



Official Use

Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Inter-American Conference on Social Security

Nov 01, 2005

Español - Or. English

Documento de Trabajo CISS/WP/0509
Official Use

**Resumen de los Sistemas de CLP en los Países
Desarrollados**
Documento de Trabajo CISS/WP/0509

Español - Or. English

Cualquier comentario o sugerencia por favor contacte a Nelly Aguilera a naguilera@ciess.org.mx o a Jorge Huerta a j.huerta@ciss.org.mx

Comentarios

Este Anexo presenta información enfocada en temas especiales de programas de CLP en países desarrollados, como financiamiento, contribuciones y cobertura.

Es importante mencionar que la información contenida en las tablas proviene de diversos autores con fechas diferentes. Las tablas fueron divididas de acuerdo con la información contenida en diversos documentos que fueron publicados entre 1995 y 2005. Obviamente, la información al respecto es escasa, no se encuentra actualizada o, inclusive, para el caso de algunos países la información no está disponible. Además, la información pudo haber cambiado desde su publicación o ser diferente a la información contenida en este documento.

Con el propósito de proveer información reciente a nuestros miembros, este documento podría cambiar con la intención de actualizar o incorporar nueva información o a nuevos países.

Contenido

Cuadro 1 Alcance de los Sistemas	4
Cuadro 2 Fuente de Financiamiento para CLP	7
Cuadro 3 Requisitos para acceder a los beneficios.....	8
Cuadro 4 Breve descripción de la provisión	10
Referencias.....	11

El documento debe ser citado como sigue:

Aguilera, Nelly, y Jorge Huerta-Muñoz. "Resumen de los Sistemas de CLP en Países Desarrollados". Documento de trabajo CISS/WP/0509. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 2005.

© CISS, 2005.

Cuadro 1
Alcance de los Sistemas

País	Alcance en la población	Beneficios		
		Cuidado recibido y tipo	Ayuda financiera o asistencia para el receptor del cuidado	Ayuda financiera o asistencia para el cuidador
Austria	<ul style="list-style-type: none"> • Universal a través de dos programas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de dinero (sin restricción¹) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pago a cuidadores “Carer payment” y aportaciones a cuidadores “Carers allowance”. Estos programas son denominados estrategia de dinero complete “full cash” (No hay beneficios en especie para cuidado en el hogar)
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de dinero (Restringido a ser utilizado para comprar servicios de cuidado de respiro) 	<ul style="list-style-type: none"> •
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los empleados y quienes perciban cualquier otro tipo de ingreso deben contar con este seguro • El seguro voluntario es ofrecido a algunos grupos de la población • Trabajadores civiles están obligados a tomar un seguro privado • La población de altos ingresos puede optar por tomar un seguro privado • El seguro de CLP incluye a los miembros de la familia, quienes están incluidos sin tener que hacerse una contribución extra • La provisión de cuidado está contemplada en la pensión pública y dentro del seguro de riesgos de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado formal en el hogar • Cuidado institucional • El cuidado formal en el hogar tiene prioridad sobre el cuidado institucional • Cuidado de respiro • Ayuda para aparatos ortopédicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de dinero sin restricciones • El objetivo de los beneficios en dinero es ayudar al cuidador privado, que pudiera ser un miembro de la familia (La suma del efectivo es menor que los pagos complementarios hechos a un cuidador formal) 	<ul style="list-style-type: none"> •

¹ Asignaciones en efectivo sin restricciones permiten al individuo usar esos fondos para lo que ellos consideren necesario. En cambio, las asignaciones con restricciones solo pueden ser empleado para comprar determinados servicios

Cuadro 1(Continuación)

País	Alcance en la población	Beneficios		
		Cuidado recibido y tipo	Ayuda financiera o asistencia para el receptor del cuidado	Ayuda financiera o asistencia para el cuidador
Israel	<ul style="list-style-type: none"> • Universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Institucional, pero sólo por un día • Atención en el hogar, cuidado de día, ayuda para labores del hogar y beneficios en especie para problemas de continencia. Los servicios médicos, paramédicos y apoyo social no son proveídos. 		
Japón	<ul style="list-style-type: none"> • Universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado institucional y en el hogar • Ayuda económica para reconstruir el hogar • Periodos de respiro • Beneficios para cuidado en el hogar limitados a una cantidad superior 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay beneficios en efectivo 	
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> • Universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado institucional • Cuidado formal en el hogar • Periodos de respiro • Ayuda para aparatos ortopédicos 		
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> • Universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado institucional y en el hogar • Centro comunitario de estadía diurna y otros servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal requiere asignaciones de dinero • Algunos municipios dan “vouchers” que se puede emplear para pagar a un proveedor de CLP 	En algunas ocasiones los municipios ofrecen al ciudadano la ayuda para pagar a cuidadores familiares en el hogar.
Estados Unidos (Medicaid)	<ul style="list-style-type: none"> • Población con insuficiencia financiera probada 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado institucional y enfermeras en el hogar • Diferentes estándares entre los estados en la provisión de cuidado comunitario y atención en el hogar 		

Cuadro 1(Continuación)

País	Alcance en la población	Beneficios		
		Cuidado recibido y tipo	Ayuda financiera o asistencia para el receptor del cuidado	Ayuda financiera o asistencia para el cuidador
Estados Unidos (Medicare)	<ul style="list-style-type: none"> Trabajadores y pensionados 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado institucional y enfermeras en el hogar En algunos casos cuidado formal en el hogar Hay límite para el tiempo de estadía en las instituciones 		
Reino Unido: Autoridades locales	<ul style="list-style-type: none"> Población con insuficiencia financiera probada 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado institucional y en el hogar Cuidados de respiro 		
Reino Unido: Servicio Nacional de Salud (National Health Service)	<ul style="list-style-type: none"> Universal 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado institucional y en el hogar (Atención de enfermería para todos los tipos de cuidado) 		

Cuadro 2
Fuente de Financiamiento para CLP

	Seguro obligatorio de CLP	Impuestos generales	Otras características
Austria		Fondeado a través de impuestos generales (o al ingreso)	<ul style="list-style-type: none"> • Co-pagos para cuidado institucional
Canadá		Fondeado a través de impuestos generales (o al ingreso)	<ul style="list-style-type: none"> • Co-pagos para cuidado en el hogar no médico
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> • 1.7 por ciento del impuesto al ingreso, empleados y empleadores pagan el mismo porcentaje del salario, sujeto a un salario máximo establecido, los retirados también contribuyen a este seguro 		<ul style="list-style-type: none"> • Co-pagos para cuidado institucional
Israel	<ul style="list-style-type: none"> • Fondeado a través de la Seguridad Social 		
Japón	<ul style="list-style-type: none"> • 50 por ciento de impuestos y 50 por ciento de contribuciones del seguro • Ingreso de impuestos: 50 por ciento de impuestos generales, 25 por ciento de impuestos regionales y locales (cada uno) • 0.6% por ciento del salario (con un límite superior), repartidos igual entre los trabajadores de 40-64 años y empleadores • Cuota relativa al ingreso de las personas de 65+, deducido de la pensión 		<ul style="list-style-type: none"> • Se impone un co-pago equivalente al 10 por ciento del costo del cuidado individual, con algunas excepciones
Holanda	10.25 por ciento del impuesto al ingreso con un límite superior de un determinado salario, no hay contribuciones del empleador		<ul style="list-style-type: none"> • Co-pagos para todos los servicios
Suecia		<ul style="list-style-type: none"> • Impuestos locales al ingreso • Subsidio del gobierno federal a los municipios (en función de un nivel, edad, subsidios relaciones y costo de ajustes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los municipios pueden realizar cargos adicionales que varían de acuerdo en cantidad y tipo de cuidado médico en el hogar • Se establece un máximo para los gastos de bolsillos • Co-pagos
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • Proveniente de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveniente de Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare: pensionados deben realizar contribuciones (aunque pocos pensionados realizan este pago)
Reino Unido: Autoridades locales		<ul style="list-style-type: none"> • Subsidio del gobierno e impuestos a la propiedad privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo compartido: varía de acuerdo a la localidad. Es gratis en Escocia
Reino Unido: Servicio Nacional de Salud		<ul style="list-style-type: none"> • Vía el Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) 	

Cuadro 3
Requisitos para Acceder a los Beneficios

País	Requisitos	Proceso de evaluación	Comentarios
Austria	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad en AFVD y en AIVD (pronóstico de cuidado necesita de ser de al menos 6 meses); necesita al menos 50 horas mensuales de asistencia (Hay acceso directo para ciegos o discapacidad visuales, sordos, parapléjicos). 	<ul style="list-style-type: none"> • El tipo de evaluación es estructurada (idéntica en todo el territorio). • El encargado de la evaluación es la aseguradora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siete niveles de cuidado, por horas de cuidado al mes.
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad en AFDV y en AIVD. Sin límites de edad para la elegibilidad. • Apoyo para cuidado de respiro está sujeto a comprobación de insuficiencia económica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los centros de acceso al cuidado comunitario son responsables de la evaluación tanto de las asignaciones de cuidado como de la asistencia médica. 	
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad en dos o más AVD (pronóstico de cuidado necesita de ser de al menos 6 meses); requiere al menos de 1 1/2 horas de asistencia diaria • Cinco años de contribución • Beneficios no dependen del ingreso del individuo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de evaluación: estructurada, varía entre provincias • El responsable de la evaluación es un especialista de CLP 	<ul style="list-style-type: none"> • Se distinguen tres niveles de atención
Israel	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres a 60+, hombres 65+ • Discapacidad en AVD o que requieran constante supervisión • Requiere al menos de 2 1/2 horas de asistencia diaria si no vive solo • Sujeto a comprobación de insuficiencia económica • Vivir solo aumenta la probabilidad de recibir ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> • El tipo de evaluación es estructurada e idéntica en todo el territorio • El responsable de la evaluación es el Instituto de Seguridad Nacional (National Insurance Institute) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dos niveles de provisión medidos por horas de cuidado diario
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidades funcionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de evaluación: discrecional • El responsable de la evaluación: consejo regional de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Un paquete de servicios para cada caso
Japón	<ul style="list-style-type: none"> • Personas 65+, y de 40-64 con enfermedades que requieran asistencia • Dificultad in AFVD, habilidades cognitivas, habilidades sensoriales (pronóstico de cuidado necesita de ser de al menos 6 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • El tipo de evaluación es idéntica en todo el territorio • Los municipios son responsables de la evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de cuidado en el hogar se proveen de acuerdo al nivel de atención

Cuadro 3 (Continuación)

País	Requisitos	Proceso de evaluación	Comentarios
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para realizar AVD o demencia • No hay edad de elegibilidad ni para el cuidado institucional ni para el cuidado en el hogar 		
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> • Requisito de elegibilidad varia de acuerdo con la asignación de beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado médico en el hogar y cuidado institucional están sujetos a comprobación de insuficiencia económica 	
Estados Unidos (Medicaid)	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación de insuficiencia económica 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitado por la elegibilidad así como por el alcance de los servicios cubiertos disponibles a nivel estatal • Varía entre estados
Estados Unidos (Medicare)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare para personas que requieren permanecer en sus hogares de 65+ • Para cuidado institucional: el asegurado debe haber sido tratado previamente en un hospital • Cuidado formal en el hogar: que requiera cuidado profesional 		

Cuadro 4
Breve Descripción de la Provisión

País	Provisión
Austria	<ul style="list-style-type: none"> En los países de Europa es considerado el único con "full-cash strategy", es decir, sólo se les asigna dinero y los ciudadanos deciden su utilización para los cuidados de largo plazo.
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> En 1996 el Ministerio de Salud y Cuidados de Largo Plazo estableció los Centros de Acceso al Cuidado Comunitario (Community Care Access Centres, CCACs), dichos centros con agencias locales que proveen información acerca del cuidado para los adultos mayores. Estos centros no tiene como finalidad primordial ofrecer cuidados de atención, aunque en casos eventuales los hacen. Sus objetivos principales son definir la necesidad de CLP de los ciudadanos y determinar si cumple los requisitos de elegibilidad para los servicios y subsidios gubernamentales, también a contactar al proveedor(es) de cuidado. En caso de que el adulto no cumpla con los requisitos de elegibilidad de acuerdo al CCAC o esta no haya sido determinada, los pacientes pueden aplicar directamente al centro de su elección.
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> Los fondos públicos contratan servicios: asilos sin fines de lucro, compañías privadas, y cuidadores formales (pagados con vouchers)
Israel	<ul style="list-style-type: none"> Públicos y privados, aunque varía por tipo de servicio
Japón	<ul style="list-style-type: none"> Las compañías privadas no participan en el mercado de servicios de enfermería en el hogar, la mayoría de los proveedores son organizaciones sin fines de lucro y otros a cargo de autoridades locales. Hay participaciones privadas aunque es pequeña, el sector público y organizaciones no gubernamentales toman la mayor parte del mercado.
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> Proveído por el gobierno, instituciones no gubernamentales y algunas organizaciones privadas.
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios de atención institucional y cuidados en el hogar y cualquier otro tipo de ayuda son proveídos por autoridades locales. Los proveedores privados poseen una pequeña parte del mercado que varía de acuerdo a las regiones. Los municipios son quienes pagan los servicios. Los servicios son diseñados por el municipio, aunque en algunos casos los individuos reciben un <i>voucher</i> para pagar los servicios.
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Hogares con servicio de enfermería son proveídos por organizaciones privadas (66 por ciento), organizaciones sin fines de lucro (30 por ciento) y el resto por empresas del gobierno, cuya participación varía entre estados. El cuidado residencial es proveído por centros comunitarios de cuidado Hay proveedores de cuidados formales en el hogar
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> Proveedores públicos y privados, la mayoría son públicos pero los privados están creciendo en el tiempo.

Referencias

- Brodsky, J., Habib, J., y I. Mizrahi. *Long-Term Care Laws in Five Developed Nations: A Review*. Organización Mundial de la Salud, 2000, 2003.
- Doty, P. "U.S. Long-Term Care Financing in Comparative International Perspective: Old Myths, New Ideas." 1990. U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en línea en <http://aspe.hhs.gov/daltcp/Reports/mythses.htm> visitado en Julio 25, 2005.
- Gibson, M.J., Gregory, S. R., y S.M. Pandya. *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. The AARP Public Policy Institute, 2003.
- Karlsson, M., Mayhew L., Plumb R. y B. Rickayzen. *An international comparison of long term care arrangements: an investigation into the equity, efficiency and sustainability of the long-term care systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States*. London: Cass Business School, 2004.
- Karlsson, Martin. "Comparative Analysis of Long-Term Care Systems in Four Countries". International Institute for Applied Systems Analysis, Interim Report. Austria, 2002.
- Keefe, J. y P. Fancey, "Compensating Family Caregivers: and Analysis of Tax Initiatives and Pensions Schemes" *Health Law Journal* Vol. 7, 1999.
- Korczyk, Sophie. "Long-Term Workers in Five Countries: Issues and Options". The AARP Public Policy Institute, 1995.
- Wiener, J., Tilly, J., y A. E. Cuellar. *Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany*. AARP Public Policy Institute. Washington, D.C., Octubre 2003.