



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 3.1.2003  
COM(2002) 774 final

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, AL PARLAMENTO  
EUROPEO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE  
LAS REGIONES**

**Propuesta de**

**INFORME CONJUNTO**

**Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales  
para garantizar un alto nivel de protección social**

# COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, AL PARLAMENTO EUROPEO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES

## Propuesta de

### INFORME CONJUNTO

#### Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social

#### 1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de protección social no sólo proporcionan prestaciones en metálico para sustituir los ingresos salariales en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad permanente o jubilación, o para las personas con recursos financieros insuficientes. Ponen también a disposición de las personas asistencia médica y cuidados de larga duración apropiados, cuyos costes rebasan a menudo las posibilidades financieras de los pacientes y su familia. En consecuencia, en una Comunicación de la Comisión de 1999 relativa a «Una estrategia concertada para modernizar la protección social»<sup>1</sup> se considera que **garantizar una atención sanitaria viable y de alta calidad** es uno de los objetivos cruciales de la profundización en la cooperación entre los Estados miembros.

Esta iniciativa fue aprobada por el Consejo Europeo de Lisboa de marzo de 2000, que señaló la necesidad de reformar los sistemas de protección social, en particular para poder seguir proporcionando servicios sanitarios de calidad. En junio de 2001, el Consejo europeo de Gotemburgo, en el marco de sus consideraciones sobre lo que se necesita hacer para afrontar el envejecimiento de la población, pidió al Consejo, de acuerdo con el método abierto de coordinación, que elaborara un informe inicial para el Consejo Europeo de la primavera de 2002 sobre orientaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria y de la atención a los ancianos. Este informe se basaba en una Comunicación de la Comisión de diciembre de 2001<sup>2</sup> que examinaba las tendencias demográficas, tecnológicas y financieras que pueden poner a prueba nuestra capacidad futura para mantener los altos niveles de protección social en este ámbito. La Comunicación llegaba a la conclusión de que los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en la Unión Europea tienen ante sí el reto de alcanzar al mismo tiempo tres objetivos:

- el acceso de todos, independientemente de los ingresos o el patrimonio;
- un alto nivel de calidad de la asistencia;
- la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia.

---

<sup>1</sup> COM (1999) 347 final.

<sup>2</sup> COM (2001) 723 final «El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera».

Estos tres grandes objetivos fueron aprobados por el Consejo en un primer informe orientativo sobre la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores presentado al Consejo Europeo de Barcelona, que también insiste en que todos los sistemas sanitarios de la UE están basados en los principios de solidaridad, equidad y universalidad. El Consejo Europeo de Barcelona invitó a **la Comisión y al Consejo a examinar con mayor detalle las cuestiones de la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera**. A tal efecto, se envió un cuestionario a los Estados miembros. El presente informe incluye las principales conclusiones que se derivan del análisis de las respuestas de los Estados miembros y propuestas de medidas futuras. En un documento de trabajo de los servicios de la Comisión, se presentará un resumen más detallado de las respuestas nacionales al cuestionario.

## 2. RETOS Y CUESTIONES COMUNES

Nuestra futura capacidad de mantener un alto nivel de protección social de las personas que necesitan asistencia sanitaria y cuidados de larga duración depende de las evoluciones sociales y tecnológicas y estará influida en el futuro sobre todo por el envejecimiento de la población. La Comunicación de diciembre de 2001 señaló ya dichas evoluciones.

### (1) Nuevas tecnologías y terapias

Las nuevas técnicas, tecnologías y terapias ofrecen enormes posibilidades para mejorar y desarrollar la asistencia sanitaria. No obstante, la integración de las nuevas tecnologías y terapias en los sistemas de asistencia sanitaria constituye un reto importante. Por una parte, pueden reducir los costes relacionados con el tratamiento de algunas enfermedades, pero, por otra parte, pueden conllevar un aumento de los gastos si permiten tratar afecciones cuyo tratamiento no era ante posible. Los progresos de las tecnologías y terapias médicas parecen haber sido una de las causas más importantes del incremento de los costes en las últimas décadas. Es imposible predecir cuál será el impacto global de las nuevas tecnologías en los gastos futuros en asistencia sanitaria. Una evaluación más sistemática de las intervenciones, las terapias y las tecnologías en el ámbito de la sanidad contribuiría a mejorar el proceso decisorio, en particular para garantizar que los aumentos de los gastos redunden solamente en beneficio de los verdaderos progresos tecnológicos y que no se descuiden las posibilidades de ahorro. Dicha evaluación es fundamental para los tres objetivos de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera.

### (2) Mejora del bienestar y de la información al paciente

El coste de las prestaciones de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración tiende a aumentar al mismo tiempo que el nivel de bienestar material de las personas y las sociedades. Las razones de este fenómeno son difíciles de identificar e incluyen probablemente factores relacionados con la oferta y la demanda. Un aspecto de esta cuestión reside en la evolución positiva según la cual las personas tienen un mayor nivel educativo y mayor acceso a la información sobre los tratamientos médicos y la calidad de la asistencia. Como resultado de ello, son más exigentes con respecto a los proveedores profesionales de asistencia y las instituciones que financian el acceso a dicha asistencia. En el marco de los enfoques actuales de la organización de la asistencia sanitaria, la toma de conciencia cada vez mayor de los consumidores seguirá constituyendo probablemente un factor de aumento de los costes.

Parece también claro que la demanda futura de cuidados de larga duración aumentará debido a una combinación de factores sociales y económicos. La mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, el incremento de la movilidad geográfica, la proporción más baja de personas en edad de trabajar en relación con las personas mayores que necesitan cuidados y las modificaciones de la estructura familiar, tales como el divorcio, pueden limitar las posibilidades de ofrecer los cuidados que tradicionalmente se prestaban en el ámbito familiar.

### (3) Envejecimiento demográfico

El hecho que un número creciente de personas viva más tiempo es un gran logro de nuestras sociedades y nuestros sistemas sanitarios. La esperanza de vida ha aumentado mucho en los últimos cincuenta años y continuará haciéndolo en las próximas décadas. No obstante, los cambios demográficos plantearán nuevos problemas para nuestros sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración.

Como resultado de la baja tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, la población europea envejecerá progresivamente. Además, las personas nacidas en los años 50 y 60, que tuvieron una alta tasa de natalidad, llegarán a edades avanzadas en los próximos diez o quince años. Se prevé que el número de personas de 65 o más años de edad en la UE15 pasará de los 61 millones de 2000 a unos 103 millones en 2050. El número de personas de 80 o más años de edad, que en 2000 era de 14 millones, será previsiblemente en 2050 de unos 38 millones. Al mismo tiempo, se prevé un descenso importante de la población en edad de trabajar (véanse los gráficos 1a, 1b y 1c del anexo 1). Estas proyecciones de Eurostat se basan en hipótesis específicas relativas, por ejemplo, a la tasa de natalidad. Hay otras proyecciones, basadas en hipótesis distintas, que ofrecen cifras diferentes, por ejemplo para los grupos de población en edad de trabajar.

Con respecto al impacto de esta evolución en los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración, el principal efecto del envejecimiento de la población estará relacionado con el aumento de personas mayores que necesitarán cuidados en las próximas décadas. De manera general, las personas mayores necesitan en efecto más cuidados sanitarios que las personas de los grupos de mayor actividad debido a la mayor incidencia de las enfermedades graves. Los perfiles de edad del gasto público en asistencia sanitaria y cuidados de larga duración muestran que los gastos son claramente más altos para los grupos de mayor edad que para los grupos de edad más jóvenes (véanse los gráficos 2a y 2b). Los sistemas de asistencia sanitaria deberán adaptarse también a los diferentes tipos de enfermedad relacionados con el perfil de edad de los pacientes —las enfermedades relacionadas con la edad serán probablemente más frecuentes—. En materia de cuidados de larga duración, las demandas de cuidados de las personas mayores, por ejemplo la ayuda para realizar las tareas cotidianas, están relacionadas a menudo más con una discapacidad derivada de la vejez que con una enfermedad.

En cambio, con respecto a la asistencia sanitaria, la amplitud del crecimiento de la demanda podría verse limitado por la mejora del estado de salud de las personas mayores en el contexto de la evolución del aumento de la esperanza de vida constatada en las últimas décadas. Algunas teorías señalan que esto se explica por el hecho de que las enfermedades graves que requieren muchas intervenciones médicas tienen tendencia a afectar a las personas sólo al final de la vida y que, en vista del

incremento de la esperanza de vida, las necesidades de asistencia intensiva se difieren también. En cuanto a los cuidados de larga duración, hay también motivo para el optimismo: en los países en los que se dispone de datos, tales como Estados Unidos, la proporción de personas con discapacidad entre los mayores disminuye con el tiempo, aunque este fenómeno no está necesariamente relacionado con el alargamiento de la esperanza de vida. Por otra parte, independientemente del aumento de la esperanza de vida, las personas muy mayores tienden a ser frágiles y a necesitar cuidados de larga duración.

El envejecimiento de la población obligará también a los servicios sociales y sanitarios a adaptarse a la evolución de los tipos de afecciones (aumento de las enfermedades crónicas) y a los tipos de pacientes. Los sistemas sanitarios deberían conceder una nueva importancia al objetivo de hacer posible que las personas mayores sigan viviendo en la vejez de manera activa, sana e independiente. Debe hacerse hincapié en las estrategias de prevención, incluyendo la alimentación sana y la actividad física y mental, comenzando por los estilos de vida de los jóvenes y las personas de mediana edad.

### **Respuesta a estos retos: responsabilidad política**

La organización y la financiación de los sistemas de asistencia sanitaria sigue siendo competencia de los Estados miembros, que deberán adaptar sus sistemas muy diversos para responder a los retos comunes señalados anteriormente. No obstante, algunas otras políticas comunitarias afectan a los sistemas nacionales de protección social en el ámbito de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración.

- Las políticas nacionales deben cumplir las normas del **mercado interior**, incluidas las normas en materia de competencia y los principios de la libre circulación de personas, bienes y servicios. La jurisprudencia del Tribunal de Justicia<sup>3</sup> reconoce la competencia de los Estados miembros en materia de organización de sus sistemas de protección social, pero deben justificar debidamente cualquier restricción de las libertades del mercado interior<sup>4</sup>. Actualmente, se está estableciendo un grupo de reflexión de alto nivel para examinar las cuestiones que plantean el incremento de la movilidad de los pacientes y la mayor interacción entre los sistemas sanitarios.
- De conformidad con el artículo 152 del Tratado sobre la **salud pública**, la UE garantizará un alto nivel de protección de la salud humana. En la Comunicación de la Comisión sobre la «estrategia sanitaria de la Unión Europea»<sup>5</sup> se indica que los servicios sanitarios deben atender las expectativas y las inquietudes de la población, en un contexto caracterizado por el desafío del envejecimiento y el desarrollo de nuevas tecnologías médicas, así como la dimensión más internacional de la asistencia sanitaria (enfermedades contagiosas, salud medioambiental, incremento de la movilidad de personas, bienes y servicios).

---

<sup>3</sup> Sentencias de 7 de febrero de 1984, Duphar y otros C-238/82, Rec. p. 523, punto 16; de 17 de junio de 1997, Sodemare y otros C-70/95, Rec. p. I-3395, punto 27; y de 28 de abril de 1998, Kohl C-158/96, Rec. p. I-1931, punto 17.

<sup>4</sup> Asuntos C-157/99 (Smits/Peerbooms) y C-368/98 (Vanbraeckel).

<sup>5</sup> COM (2000) 285 final.

- La UE vigila también la **sostenibilidad financiera** a largo plazo **de las finanzas públicas**. Dado que la asistencia sanitaria es responsable de una amplia proporción del gasto público, este sector es fundamental para aplicar las recomendaciones formuladas en las Orientaciones Generales de la Política Económica y los Programas de Estabilidad y Convergencia.

Así, en la actualidad los tres objetivos de la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera se consideran como aspectos de los ámbitos políticos anteriores de manera bastante fragmentaria a nivel de la UE. Desde el punto de vista del intercambio con vistas a la cooperación sobre la modernización social, es importante considerarlos de manera integrada. La accesibilidad a servicios de asistencia de baja calidad no es deseable; la accesibilidad sin sostenibilidad financiera no es viable; y la garantía de que sólo las terapias de calidad demostrada recibirán financiación pública es una forma importante de asegurar la sostenibilidad financiera.

### **3. RESPUESTAS POLÍTICAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS A LOS RETOS COMUNES**

En respuesta a las conclusiones del Consejo Europeo de Barcelona, el Comité de Protección Social, en cooperación con el Comité de Política Económica, presentó un cuestionario a los Estados miembros para recopilar información sobre cómo abordan los tres objetivos establecidos en el informe orientativo: la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera.

En esta sección se resumen las principales cuestiones y los enfoques políticos reconocibles a partir de las respuestas de los Estados miembros al cuestionario. En otro documento de trabajo de los servicios de la Comisión se presentará un análisis más detallado.

#### **3.1. Accesibilidad a la asistencia sanitaria**

##### **Mecanismos para garantizar la accesibilidad**

Todos los Estados miembros reconocen el derecho general, o casi general, a la asistencia sanitaria de las personas que residen en su territorio. Los Estados miembros pueden clasificarse en dos grandes grupos con arreglo al modo de financiación de sus sistemas y a los requisitos para tener derecho a la asistencia sanitaria. Un grupo financia sus sistemas a través de los impuestos y el derecho de acceso se basa en la nacionalidad o la residencia. El segundo grupo tiene su origen en los sistemas profesionales de seguro de enfermedad para los trabajadores y sus familias. Se financia principalmente a través de las cotizaciones de seguridad social deducidas de los ingresos. En la práctica, la diferencia entre los dos enfoques ha perdido importancia al ampliarse gradualmente los sistemas basados en el empleo a toda la población, pasando las cotizaciones de seguridad social a desempeñar un papel algo menos importante en la financiación que los impuestos.

El derecho casi universal a la asistencia sanitaria en toda la UE significa que la gran mayoría de la población está cubierta, aunque el alcance de dicha cobertura varía. Cuando el sistema se basa en la participación en el mercado de trabajo, puede haber por ejemplo diferencias en el tratamiento de los diversos grupos profesionales, por ejemplo entre asalariados y autónomos; no obstante, estas diferencias son cada vez

menos importantes. Más importante es que todos los sistemas limitan el grado de cobertura del coste de las terapias o los tratamientos que pueden estar cubiertos. De este modo, la participación de los hogares en los gastos sanitarios totales se sitúa en la mayoría de los Estados miembros entre un 20% y un 30% aproximadamente.

Como resultado del incremento de los costes sanitarios totales, los Estados miembros tienden a aumentar la participación de los pacientes en los costes, bien directamente mediante la introducción de tarifas o pagos compartidos por las prestaciones, o indirectamente, reduciendo las prestaciones cubiertas. Así, algunos países han establecido una lista de tratamientos subvencionables y normas en materia de tarifas o reembolso. Otros definen los criterios de subvencionabilidad con arreglo a la «asistencia básica» necesaria o dejan que el paciente pague las prestaciones con el subsiguiente reembolso. En varios países los pacientes deben pagar una cantidad fija por distintas prestaciones sanitarias, mientras que en otros deben pagar la diferencia entre el precio de una prestación o un producto y la tasa de reembolso fija o variable. Las tasas de reembolso pueden variar según el tipo de prestación (lista de prestaciones subvencionables) o la persona beneficiaria (por ej., nivel de ingresos, gastos sanitarios anuales y edad). Los seguros privados complementarios pueden cubrir dichas contribuciones. El papel de los pagos compartidos en el contexto de la sostenibilidad se aborda con mayor detalle en la sección 3.5.

El hecho de que los sistemas requieran una participación financiera de los pacientes crea el riesgo de que los grupos vulnerables no puedan pagar los gastos y no puedan o estén dispuestos a beneficiarse de una asistencia sanitaria adecuada. Esta cuestión se discutió en el Informe conjunto sobre la inclusión social aprobado en el Consejo de Laeken en diciembre de 2001 y aparece de nuevo como una preocupación política fundamental en las respuestas de varios Estados miembros, que suelen tener disposiciones que garantizan la limitación de los gastos de las personas que deben hacer frente a costes sanitarios especialmente elevados o la reducción de la participación de las personas con pocos ingresos en los costes de tratamiento.

Por tanto, de una u otra forma, todos los Estados miembros mencionan los rasgos solidarios de sus sistemas, cuyo objetivo es velar por que una mala salud no conduzca al empobrecimiento y por que un nivel bajo de ingresos no reduzca la accesibilidad a la asistencia sanitaria. También se reconoce en general que otra dimensión de las desigualdades en materia de salud radica en el hecho evidente de que las personas de los grupos vulnerables tienden a llevar una vida menos saludable.

Algunos países consideran a las personas mayores como un grupo que corre el riesgo de no tener acceso suficiente a la asistencia sanitaria y los cuidados preventivos. A tal efecto, hay por ejemplo disposiciones específicas para garantizar que la asistencia sanitaria no sea exorbitante o medidas para asegurar que las personas mayores se beneficien de los servicios médicos de una manera que corresponda a sus verdaderas necesidades. En algunos países se fomentan las visitas periódicas a domicilio de las personas mayores por parte de profesionales sanitarios. Este aspecto reviste especial importancia con vistas a una buena coordinación de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración de las personas mayores.

Las respuestas nacionales dicen poco sobre otras posibles dimensiones de las desigualdades en materia de accesibilidad, tal como las desigualdades regionales. En respuesta a la pregunta de si el acceso a las nuevas terapias da lugar a desigualdades, no comunican que haya desigualdades particulares, al tiempo que reconocen que la

gestión del acceso a dichos tratamientos plantea, en el contexto del control de los costes, un problema de gestión importante, continuo y cada vez mayor en vista del rápido desarrollo tecnológico.

### **Sistemas de seguimiento y evaluación**

Varios Estados miembros han establecido o propuestos diversos indicadores para vigilar la accesibilidad. Dichos indicadores pueden basarse en mediciones de las prestaciones: por ejemplo, número de noches pasadas en el hospital, número de intervenciones particulares, rehabilitación por grupos de población. De este modo se pretenden determinar las carencias en materia de eficacia, prestación y funcionamiento. En muchos países hay listas de espera para diversos tratamientos, pero su alcance varía mucho en función del sistema. Los países con sistemas de asistencia sanitaria basados en los seguros parecen tener menos problemas con las listas de espera.

### **Retos**

Las tendencias demográficas y epidemiológicas plantean un reto importante a los sistemas actuales de asistencia sanitaria, que deben revisarse continuamente para responder a la demanda prevista de asistencia y tener en cuenta los progresos tecnológicos y médicos. Otros retos importantes son:

- revisar el conjunto de nuevas terapias y medicamentos facilitados o reembolsables;
- reducir la espera para asistencia hospitalaria de casos no agudos;
- crear más y nuevos tipos de servicios de asistencia sanitaria que atiendan los tipos de enfermedad relacionados con el envejecimiento y que puedan ayudar a mantener la independencia de los mayores;
- desarrollar estrategias de prevención para permitir a los ancianos vivir su vejez de manera activa, sana e independiente;
- garantizar la disponibilidad de suficiente personal médico adecuadamente formado.

### **Cambios previstos en la política sanitaria**

Los Estados miembros señalan las siguientes prioridades:

- mejorar la accesibilidad de algunos grupos de población (autónomos, personas mayores, personas con pocos ingresos);
- reducir los plazos de acceso a la asistencia (listas de espera);
- mejorar la distribución de los servicios adecuados de asistencia sanitaria en el país (zonas urbanas y rurales, regiones ricas y pobres);

- mejorar la contratación y la formación de personal médico cualificado (médicos, personal de enfermería y otro personal) en vista del envejecimiento del personal existente, las difíciles condiciones de trabajo y las escaseces de personal emergentes.

En relación con las necesidades sanitarias particulares de las personas mayores, se mencionan las siguientes cuestiones:

- la necesidad de facilitar instalaciones alternativas de geriatría y rehabilitación postaguda fuera de los hospitales para que haya en estos más espacio disponible y permitir que los ancianos disfruten el tiempo que sea posible de una vejez vivida de manera independiente y activa ;
- la creación o reactivación de centros sanitarios locales para facilitar el acceso a la asistencia y, a través de un enfoque multidisciplinario, al tratamiento adecuado.

En general, los Estados miembros reconocen que el envejecimiento de la población planteará nuevos problemas y desafíos si se quieren mantener las formas de acceso general y extenso a la asistencia sanitaria a las que se han acostumbrado los ciudadanos. No obstante, varios Estados miembros consideran que este objetivo fundamental debe mantenerse a pesar del aumento de los costes, mientras que otros señalan que prevén introducir nuevas reformas y mejoras en sus mecanismos de acceso. Por tanto, es posible que en el futuro los Estados miembros deban hacer mayor hincapié en la adopción de medidas para mejorar la rentabilidad y la eficacia, tal como se indica en la sección 3.5.

### **3.2. Accesibilidad a los cuidados de larga duración**

A diferencia de la asistencia sanitaria, la necesidad de cuidados de larga duración acaba de reconocerse como un riesgo social importante que los sistemas de protección social deben cubrir. Los cuidados de larga duración tienen como destinatarios a las personas que no pueden vivir de manera autónoma y necesitan la ayuda de otros en la vida cotidiana. Sus necesidades de ayuda pueden abarcar desde la ayuda a la movilidad, las compras, la preparación de las comidas y la realización de otras tareas hogareñas hasta el aseo y la alimentación en los casos más extremos. Como esta asistencia no requiere necesariamente cualificaciones médicas, se deja a menudo al cuidado de los parientes, normalmente cónyuges y descendientes, que siguen ocupándose, como antes, de la mayor parte de esta asistencia.

Por las razones mencionadas en la sección 2(2), ya no puede esperarse que los parientes sigan facilitando la asistencia en la misma medida que antes. En consecuencia, un número cada vez mayor de personas mayores necesitadas de cuidados depende de cuidadores profesionales que prestan sus servicios en el domicilio de los afectados o en instituciones especializadas. El coste de los cuidados de larga duración rebasa a menudo, al igual que la asistencia médica, los ingresos de la persona necesitada de cuidados y puede consumir rápidamente el patrimonio de dicha persona. La necesidad de cuidados de larga duración es por tanto un riesgo social importante para el que es evidentemente necesario disponer de mecanismos de protección social.

Estos mecanismos de protección social adoptan formas muy diferentes en los Estados miembros. En algunos países, las familias siguen siendo responsables de la prestación o la financiación de los cuidados. Sólo se facilita ayuda pública, en forma de ayuda social, servicios sociales o acogida en un establecimiento de cuidados, si no es posible la ayuda familiar. Después del fallecimiento de la persona dependiente, los costes de la asistencia financiada públicamente pueden recuperarse del patrimonio de la persona fallecida. Esta es la forma más básica de protección social, en la que las familias deben soportar la mayor parte del riesgo de los cuidados de larga duración y que sólo se presta si las familias ya no pueden facilitar los cuidados. En otros países, los descendientes no están obligados jurídicamente con respecto a sus ascendientes, pero puede que el riesgo tenga que ser soportado sobre todo por las personas individuales, que tienen que pagar las necesidades de asistencia con sus ingresos y patrimonio.

No obstante, cada vez hay más países que optan por un reparto más amplio de los riesgos a través de la prestación directa de servicios de asistencia a domicilio o en establecimientos, o a través de mecanismos de seguro. La responsabilidad de la prestación pública incumbe normalmente a las autoridades locales, a menudo en asociación con organizaciones no lucrativas. El enfoque alternativo al reparto de riesgos es el sistema de seguro. En algunos casos, las necesidades de cuidados de larga duración están cubiertas por los regímenes obligatorios del seguro de enfermedad; recientemente, algunos países han introducido un seguro de dependencia como nueva rama de su sistema de protección social. La financiación de la prestación directa de servicios de asistencia se realiza normalmente a través de los impuestos, mientras que los sistemas basados en seguros suelen financiarse con cotizaciones de seguridad social. No obstante, al menos un país recurre al impuesto sobre sucesiones como fuente de financiación; esto parece justificado porque la mutualización de los costes de los cuidados de larga duración impide también que los descendientes tengan que renunciar a una parte importante de su herencia.

Los cuidados de larga duración pueden prestarse de diversos modos. Aparte de la ayuda familiar, puede prestarse asistencia profesional a domicilio, en centros de día, en establecimientos especiales de cuidados de larga duración o en hospitales. La forma de prestar la asistencia depende de los mecanismos de protección social. Si se pone a disposición más recursos para los establecimientos de cuidados de larga duración que para los cuidados a domicilio es probable que más personas vivan en dichos establecimientos.

Algunos Estados miembros han intentado que sus mecanismos de protección social sean neutrales con respecto a la manera en que se presta la asistencia. Esto implica en particular que debe apoyarse la asistencia de personal no profesional. Debe darse a las personas dependientes la posibilidad de elegir entre prestaciones en especie o prestaciones en metálico que puedan utilizarse para el cuidado familiar. También es posible fomentar la asistencia familiar mediante privilegios fiscales, derechos de pensión y de seguridad social para las personas que prestan la asistencia, formación, el derecho a dejar el trabajo para cuidar a un familiar, la puesta a disposición de personal de asistencia sustitutivo durante los periodos de descanso de las personas que prestan los cuidados así como de centros de día. Los derechos y los deberes de los cuidadores no profesionales pueden fijarse incluso contractualmente. La ayuda al personal de asistencia no profesional tiene la ventaja de ser más económica (los subsidios pagados a estas personas son normalmente más bajos que el coste de los

cuidadores profesionales) y de ser prestada por una persona de confianza y familiar. Además, la persona dependiente puede permanecer en su entorno habitual.

Todos los países disponen de una infraestructura para los cuidados profesionales de larga duración, pero la importancia de estas instituciones varía en función del papel de las familias, los mecanismos de protección social y la existencia de servicios e instalaciones de asistencia. La falta de instalaciones y servicios puede obligar a las personas dependientes a permanecer más tiempo en hospitales o al cuidado de parientes.

### **Retos**

Los mecanismos de protección social para garantizar los cuidados de larga duración son relativamente nuevos en muchos Estados miembros y en otros deben todavía desarrollarse más allá de los mecanismos de ayuda asistencial. Cuando aumente la demanda de cuidados de larga duración, puede haber escasez de personal profesional.

La escasez de personal puede explicar también en parte la falta de capacidad de los establecimientos de cuidados de larga duración, que obliga a las personas mayores a ocupar camas para asistencia aguda en los hospitales durante más tiempo del necesario. Los cuidados en establecimientos de asistencia son especialmente importantes para las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia que requieren cuidados intensivos y vigilancia continua.

Otro problema es la necesidad de coordinar a los diferentes prestadores de asistencia. Las personas dependientes precisan normalmente una serie de ayudas médicas y no médicas que requieren una buena cooperación entre los familiares, los cuidadores profesionales y el personal médico. Puede ser también útil establecer un coordinador que tenga la plena responsabilidad de la gestión de los costes de los diferentes tipos de asistencia.

### **Cambios previstos a nivel político**

Para varios Estados miembros la primera prioridad es aplicar los cambios importantes a nivel político que se han introducido recientemente. Otros prevén nuevas medidas, en particular para mejorar la atención domiciliaria. Algunos países están planeando nuevas estructuras para ofrecer asistencia integrada y continua. Esto implica también la atención de necesidades complejas de asistencia sanitaria y ayuda social de personas que han perdido su autonomía debido a enfermedades crónicas.

### **3.3. Asistencia sanitaria de calidad**

Garantizar la calidad en la organización y la prestación de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración se considera una preocupación política fundamental de todos los Estados miembros.

Parece útil distinguir entre los diferentes contextos en los que se utilizan criterios de calidad. En primer lugar, hay criterios de calidad estructural, referidos a la forma en que el servicio de que se trate está equipado personal y materialmente y a los casos para los que está pensado. Los criterios de calidad relacionados con el proceso se refieren a la forma de funcionamiento del servicio y a cómo se aplican medidas específicas. Por último, los criterios relativos a los resultados intentan medir la calidad de las prestaciones examinando los resultados de las intervenciones

específicas: por ejemplo, las tasas de supervivencia o de aparición de complicaciones a largo plazo.

La mayoría de los Estados miembros han establecido *criterios de calidad estructural* para la asistencia en centros de atención a pacientes internos, por ejemplo hospitales. Incluyen, por ejemplo, al personal (cantidad, formación y experiencia), el equipo, el número de casos, las normas sobre edificios, etc. Estos criterios son normalmente vinculantes y son establecidos por organismos públicos o instituciones de seguro. No obstante, en el sector ambulatorio parece más difícil establecer normas. Por lo general, sólo se establecen los requisitos básicos, por ejemplo con respecto a la formación oficial del personal médico.

En cuanto a los *criterios de calidad relacionados con el proceso*, la situación es más diversa. Aunque muchos profesionales sanitarios consideran normal seguir las normas y las directrices establecidas por las asociaciones médicas y otros organismos oficiales, el desarrollo de directrices formales en materia de terapias y procedimientos a nivel político va a la zaga. No obstante, los Estados miembros se están esforzando mucho en este ámbito y están realizando progresos importantes, sobre todo en el campo de la atención a pacientes internos.

En este ámbito hay grandes diferencias en cuanto al nivel de formalidad con el que se aplican las normas. A menudo, los gobiernos centrales, por ejemplo en Dinamarca o Suecia, establecen un marco jurídico y publican recomendaciones que sirven de base para que las instituciones sanitarias, las instituciones de seguridad social, las asociaciones médicas u otros organismos elaboren directrices más específicas a nivel local o regional.

Algunas directrices y normas se aplican de manera voluntaria a través de proyectos piloto, recomendaciones generales o incentivos financieros. En general, los sistemas nacionales de sanidad, como el del Reino Unido, pueden establecer normas más vinculantes utilizando los instrumentos normativos centrales de que disponen y pueden imponer sanciones para garantizar su cumplimiento. Está claro que la aplicación de normas de calidad en la práctica clínica es el factor fundamental de una política de calidad en el ámbito de la asistencia sanitaria. Muchos Estados miembros persiguen este objetivo. El control de la calidad del proceso de manera comparable en los Estados miembros requeriría la descripción sistemática de las realizaciones de los sistemas de asistencia sanitaria mediante los procedimientos médicos seguidos y las enfermedades tratadas. Además, sería necesario establecer una relación entre estas combinaciones enfermedad-procedimiento y los esfuerzos realizados en materia de evaluación de la calidad. Estos esfuerzos no están actualmente muy desarrollados.

Sólo algunos Estados miembros utilizan un enfoque sistemático para evaluar los *resultados* de la asistencia sanitaria en el marco de su programa relativo a la calidad. Aunque, en principio, los resultados de la asistencia sanitaria pueden ser un buen método para medir la calidad de las intervenciones, este método tiene una serie de dificultades prácticas, que incluyen la escasez o la falta de fiabilidad de los datos y las dificultades políticas relacionadas con la implicación del gobierno en un ámbito que se considera una competencia básica de las profesiones médicas. Por ejemplo, sólo algunos países, como el Reino Unido, disponen de un sistema de clasificación de los hospitales con arreglo a la calidad del servicio prestado.

El interés creciente por las cuestiones relacionadas con la calidad ha llevado a los Estados miembros a crear instituciones u organismos específicamente encargados de promover la calidad, realizar evaluaciones y elaborar directrices y sistemas de acreditación. Actualmente, casi todos los Estados miembros disponen de organismos centrales.

A menudo, el gobierno central sólo puede crear la legislación marco, que debe aplicarse a continuación a nivel regional o local. Una tendencia importante, que puede desprenderse de las respuestas de los Estados miembros, es la atención prestada al papel de los pacientes. Casi todos los países han establecido medidas para proteger los derechos de los pacientes, en particular en el sector hospitalario. En este contexto resulta especialmente importante conseguir que los pacientes puedan adoptar decisiones con conocimiento de causa facilitándoles información adecuada y transparente sobre los servicios sanitarios y las terapias posibles, y dándoles acceso a los historiales médicos. Actualmente, por ejemplo, Austria, Finlandia y Dinamarca disponen de legislación específica sobre los derechos de los pacientes.

Por último, es fundamental comprender la relación entre las cuestiones relativas al acceso a los cuidados y a la calidad. Las deficiencias y las desigualdades en materia de acceso a los servicios sanitarios son también una cuestión de calidad importante y, al elaborar normas de calidad, es necesario tener en cuenta aspectos relativos a la accesibilidad y la equidad. Hay que adoptar medidas en diferentes ámbitos políticos para encontrar una solución a estos problemas.

### **3.4. Calidad de los cuidados de larga duración**

La mayor parte de los Estados miembros disponen de normas de calidad sobre la asistencia a las personas mayores. No obstante, hay diferencias en cuanto a su estatuto jurídico: pueden ser normas jurídicamente vinculantes o simples recomendaciones. Además, varias respuestas al cuestionario permiten deducir que, en comparación con la asistencia sanitaria, el sector de los cuidados de larga duración funciona de manera muy descentralizada y que las autoridades locales y regionales disponen de un gran margen de libertad en la aplicación de las normas. No obstante, es interesante observar que el Reino Unido ha vuelto a transferir esta responsabilidad al nivel nacional, creando un organismo nacional independiente, *-National Care Standards Commission (NCSC)-* para regular los servicios sociales y los servicios independientes de asistencia sanitaria. Esta nueva organización tiene por objeto aumentar la calidad de las prestaciones y el nivel de protección de los grupos vulnerables al tiempo que se salvaguarda y se mantiene la calidad de los centros de acogida de ancianos.

En varios Estados miembros parece haber dificultades relacionadas con la descentralización; por ejemplo, los programas están mal orientados, su control es desigual y faltan iniciativas que permitan mejorar la calidad.

Para la asistencia en centros de atención a pacientes internos, la mayoría de los Estados miembros han establecido criterios de calidad, por ejemplo sobre las cualificaciones del personal y las normas en materia de construcción. En Bélgica y Alemania, por ejemplo, el respeto de dichas normas es una condición para obtener el reembolso del sistema de seguridad social.

Algunos países, como Francia, han establecido también criterios de calidad relacionados con el proceso para los establecimientos de asistencia. Este enfoque de los cuidados residenciales centrado en la calidad incluye objetivos específicos en materia de calidad y la elaboración de una «estrategia propia del establecimiento» con referencia a especificaciones que establecen los objetivos para los principales criterios de calidad.

Otros países, como Italia, señalan que el problema fundamental del sistema de cuidados de larga duración es la falta de un sistema armonizado que garantice un nivel mínimo de asistencia.

La mayor parte de los Estados miembros indica que la asistencia domiciliaria no está suficientemente normalizada en relación con la asistencia en establecimientos de cuidados. En Bélgica se han realizado algunos proyectos piloto en el ámbito de las normas de calidad y en Dinamarca se ha creado un sistema de garantía de calidad local. Francia ha establecido una «normativa sobre los servicios a domicilio», que tiene por objeto garantizar la calidad de las prestaciones. Está también a punto de crear una organización externa que vele por el cumplimiento de dichas normas. Con respecto a la formación de los cuidadores, Austria ha adoptado disposiciones legislativas sobre la formación de los prestadores de cuidados a personas mayores, incluidos los cuidadores a domicilio.

Al mismo tiempo, ha aumentado la demanda de asistencia a domicilio debido a la evolución demográfica y al aumento de la cobertura de estos cuidados por los sistemas de seguridad social. Como se ha mencionado antes, en Grecia, los cuidados destinados a las personas mayores se consideran una cuestión familiar. No obstante, dada la evolución de las estructuras familiares, Grecia está elaborando programas de cuidados a domicilio.

La mayoría de los Estados miembros señalan que los derechos de los beneficiarios se tienen en cuenta en los criterios de calidad o en las disposiciones sobre la protección de los derechos de los pacientes, mientras que en algunos casos hay leyes específicas para promover los derechos de los usuarios y pacientes.

Varios Estados miembros, entre ellos Finlandia, Reino Unido y Suecia, señalan que las principales fuentes de preocupación del sector son la escasez de personal, la elevada fluctuación del personal y el aumento de la carga de trabajo. Varios países indican que la evolución demográfica de la población de edad avanzada requiere más personal formado y cualificado en este ámbito, así como nuevos enfoques para hacer más atractiva la profesión.

Se han adoptado también medidas para reducir la fatiga laboral del personal de los establecimientos de asistencia. Suecia, que tiene dificultades para contratar personal en el ámbito de la prestación de cuidados, prevé la posibilidad de aumentar los salarios, reforzar los efectivos, establecer programas de «formación *in situ*» y mejorar el entorno de trabajo del personal de cuidados de larga duración.

Algunos Estados miembros señalan que no hay suficientes indicadores y controles de calidad y consideran su desarrollo como un reto inmediato. Para resolver algunos de estos problemas, en 2003 Bélgica prevé adoptar nuevas medidas dirigidas a las personas mayores, incluyendo instrumentos para evaluar las necesidades de las personas mayores en materia de cuidados, que servirán también controlar y evaluar

los resultados de la asistencia prestada. Dinamarca prevé desarrollar un modelo general de buena práctica, procedimientos de seguimiento y consolidación de las normas de calidad en el seno de las autoridades locales.

### 3.5. Sostenibilidad financiera de la asistencia sanitaria

#### Estructuras de financiación de los sistemas de asistencia sanitaria en la UE

El modo de financiación de los sistemas de asistencia sanitaria de la UE varía mucho de un Estado miembro a otro, a grandes rasgos con arreglo a los diferentes modelos utilizados para estructurar los sistemas de asistencia sanitaria. En general, los sistemas de asistencia sanitaria de la UE tienden a ser sistemas mixtos que combinan la financiación pública (que es predominante) y algunos elementos de financiación privada. La mayoría de los sistemas, aunque no todos, incluyen un seguro de enfermedad (obligatorio) y casi todos son en parte financiados directamente mediante los impuestos generales. A menudo, los recursos para financiar los sistemas de asistencia sanitaria se recaudan a nivel regional. En todos los sistemas, los pacientes deben correr con una parte de los gastos, participando de este modo en la financiación de la sanidad pública. No obstante, el papel fundamental de dichas contribuciones es a menudo intentar limitar la demanda de prestaciones y productos sanitarios.

#### Retos comunes para la sostenibilidad financiera de los sistemas públicos de asistencia sanitaria

Los Estados miembros han señalado algunos problemas que encuentran para garantizar la sostenibilidad financiera de sus sistemas públicos de asistencia sanitaria. A pesar de las diferencias entre los sistemas de asistencia sanitaria de la UE, pueden identificarse algunos retos comunes.

Con respecto a los *retos a largo plazo* para la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia sanitaria, los Estados miembros hacen hincapié en las evoluciones sociales fundamentales ya descritas en la sección 2:

- El sistema sanitario soporta presiones importantes, tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes, para que *se difundan en mayor medida las tecnologías médicas nuevas y costosas*.
- *La tendencia a largo plazo de la población a consumir más cuando disponen de mayores recursos*, lo que aumenta con el tiempo los costes de los sistemas sanitarios.
- Los cambios demográficos relacionados con el *envejecimiento de la población*.

En las respuestas a los cuestionarios los Estados miembros indicaron los siguientes *desafíos urgentes* que se plantean para la gestión financiera de los sistemas públicos de asistencia sanitaria:

- La necesidad de reducir el *consumo excesivo* de prestaciones y productos sanitarios más allá de lo que es eficaz para mejorar los resultados de la asistencia sanitaria.

- En algunos Estados miembros es urgente ocuparse de los *excesos de costes* inmediatos que ponen en peligro el equilibrio financiero de los fondos del seguro de enfermedad y dificultan la gestión global de las finanzas públicas.
- En otros Estados miembros la urgencia es de naturaleza diferente y afecta más bien a la necesidad de *aumentar el volumen de las prestaciones*, en particular reduciendo los plazos de espera, pero sin poner en peligro la gestión financiera del sistema.

En vista de estas tendencias a corto y largo plazo de la sostenibilidad financiera de sus sistemas sanitarios, muchos Estados miembros señalan los problemas que se les plantean para reformar dichos sistemas. Mencionan, por ejemplo, los retos siguientes:

- Encontrar la forma de utilizar más adecuadamente los recursos.
- Hacer que los médicos y los profesionales sanitarios participen más activamente en la gestión de los recursos.

### **Evoluciones recientes de los gastos sanitarios**

Aunque muchas de las respuestas de los Estados miembros al cuestionario del Comité de Política Económica y el Comité de Protección Social abordan las evoluciones recientes de los gastos sanitarios, no facilitan datos cuantitativos sobre la evolución del nivel general de los gastos de asistencia sanitaria. Además, cuando se dan cifras de gasto, estas no son siempre coherentes o comparables con las de los otros Estados miembros. Por consiguiente, estos datos no pueden utilizarse fácilmente para comparar los gastos de los sistemas de asistencia sanitaria de la UE. A falta de estos datos, en el cuadro 4 del anexo 1 se presentan a modo de ejemplo los datos más recientes de la base de datos de la OCDE en materia de salud.

Las respuestas al cuestionario permiten realizar algunas comparaciones cualitativas -sujetas a las limitaciones derivadas de la coherencia y la comparabilidad insuficientes mencionadas-. De acuerdo con ellas, habría diferencias entre los Estados miembros con respecto a la reciente evolución de los gastos sanitarios y las respuestas políticas dadas:

- En algunos Estados miembros el rápido crecimiento de los gastos es motivo de preocupación. Los gastos públicos aumentan más rápidamente que el PIB, lo que incrementa la participación de los sectores sanitarios en el PIB. Los países afectados son Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Luxemburgo y Portugal. A menudo, el exceso de costes en el sector sanitario es una fuente de problemas para la gestión global de las finanzas públicas. En algunos Estados miembros este exceso de costes persiste a pesar de la existencia de numerosos mecanismos de control de los costes. Hay que señalar, no obstante, que el rápido crecimiento de los gastos en países como Portugal e Italia se enmarca en el contexto de un nivel relativamente bajo de gastos públicos para la asistencia sanitaria.

- En otros Estados miembros, el crecimiento de los gastos ha sido también rápido, pero ha sido el resultado de *medidas políticas para asignar mayores recursos al sector sanitario* a fin de mejorar la calidad de la asistencia. A este grupo de países pertenecen Dinamarca, Irlanda y el Reino Unido.
- En un tercer grupo de países las respuestas apuntan que los *niveles de gasto son relativamente estables*, por lo que no es urgente contener los costes. Es el caso de España, que se centra más bien en la mejora de la gestión y la eficacia de su sistema nacional de sanidad.

Con respecto a los componentes principales que provocan el rápido aumento de los gastos, muchos Estados miembros apuntan al rápido crecimiento del coste de los medicamentos.

### **Sostenibilidad financiera a largo plazo de la sanidad pública**

También en este caso no todos los Estados miembros ofrecen datos cuantitativos sobre la posible evolución del gasto sanitario a largo plazo. Cuando se facilitan estimaciones cuantitativas, se trata a menudo de un resumen de las proyecciones del Comité de Política Económica para 2001<sup>6</sup>. Algunos Estados miembros han facilitado también datos basados en otras proyecciones a largo plazo, entre ellos Bélgica, España y Finlandia. En la mayoría de los casos las proyecciones nacionales estiman que el aumento a largo plazo del gasto sanitario será superior al estimado por el CPE. Esto no es sorprendente, ya que las estimaciones del CPE medían solamente el impacto del cambio demográfico y eran neutrales en cuanto al aumento de otros factores de coste. No obstante, es de esperar que esos otros factores, incluyendo en particular la difusión de tecnologías médicas nuevas y costosas, generarán un aumento adicional de los niveles generales de gasto. Las proyecciones del CPE se resumen en el cuadro 3 del anexo I. No obstante, estas proyecciones a largo plazo deben considerarse con precaución, tal como se indica en el informe del CPE.

Las proyecciones del CPE, junto con las demás proyecciones nacionales mencionadas, indican que el futuro crecimiento del gasto en asistencia sanitaria y cuidados de larga duración podría ser importante, imponiendo a largo plazo una carga suplementaria considerable a las finanzas públicas. Las proyecciones del CPE relativas al gasto público en asistencia sanitaria muestran que las repercusiones del cambio demográfico en un periodo de cincuenta años se situarán entre 0,7 y 2,3 puntos porcentuales del PIB. En algunos Estados miembros (por ej., Alemania e Irlanda) se prevé que durante el periodo de proyección los gastos experimentarían un aumento aproximado de 2 puntos porcentuales del PIB o más (Austria ha revisado sus proyecciones en 2002. Estas proyecciones revisadas figuran en una nota después del cuadro 3).

En resumen, puede decirse que el sector sanitario experimentará a largo plazo un incremento adicional importante de los gastos. Algunos Estados miembros señalan que será necesario adoptar medidas políticas específicas para estar preparados ante las consecuencias financieras del envejecimiento de la población, sobre todo

---

<sup>6</sup> Report by the Economic Policy Committee on budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances.  
[http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/epc/epc\\_ageing\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

teniendo en cuenta los aumentos que se prevén a largo plazo en otros ámbitos relacionados también con el envejecimiento de la población, como las pensiones.

### **Mecanismos de control de los costes**

En general, las respuestas al cuestionario facilitan gran cantidad de datos cuantitativos sobre las medidas de control de los costes en los Estados miembros. No obstante, las respuestas no siempre indican qué medidas son eficaces. A continuación se ofrece un breve resumen de los tipos de medidas adoptadas en diferentes Estados miembros a partir de la clasificación utilizada por la OCDE<sup>7</sup>.

#### (1) Medidas para transferir los costes a los usuarios

Casi todos los Estados miembros prevén alguna forma de participación de los usuarios en los costes de los productos y las prestaciones. A veces puede tratarse de una participación en los costes de hospitalización o de las visitas médicas, pero en la mayoría de los casos se trata de una participación en los costes de los medicamentos recetados en el marco de la asistencia primaria. Las medidas de transferencia de costes tienen dos objetivos: en primer lugar, la transferencia directa de la carga financiera de las finanzas públicas a fuentes privadas (Esta parece haber sido, por ejemplo, la causa principal del aumento de la participación propia en Finlandia durante los años 90) y, en segundo lugar, la contención de la demanda de prestaciones por parte de los usuarios, reduciendo así indirectamente el gasto público (y el gasto total). No obstante, la participación de los usuarios no servirá para contener la demanda si los gastos son reembolsados por seguros complementarios.

#### (2) Control del precio y el volumen de la oferta y la demanda

En algunos Estados miembros hay acuerdos nacionales de fijación de precios entre los proveedores de productos y servicios sanitarios (por ejemplo, productores u organizaciones representativas de los profesionales sanitarios) y de los organismos responsables de la financiación de la sanidad. Hay, por ejemplo, acuerdos de esta índole en Bélgica y España. En particular, hay en casi todos los Estados miembros acuerdos específicos sobre los productos farmacéuticos. A menudo, estos acuerdos establecen el precio de estos productos, exigen la utilización de genéricos en lugar de productos de marca y, en algunos casos, prevén incluso niveles de gasto máximos para dichos productos en conjunto (por ejemplo en España).

En algunos países, hay obstáculos directos al acceso a determinados servicios sanitarios. Así, por ejemplo, en el Reino Unido, los Países Bajos, Finlandia y Dinamarca, para ir a la consulta de algunos especialistas se necesita un volante del médico generalista. La experiencia ha demostrado que este mecanismo ayuda a contener los costes sanitarios.

#### (3) Reformas para fomentar la utilización eficaz de los recursos

En algunos casos, los organismos responsables de la financiación de la sanidad imponen controles de los gastos, incluyendo presupuestos fijos para los servicios de sanidad regionales y los establecimientos hospitalarios. Esto es lo que sucede, por

---

<sup>7</sup> OCDE (1994), Economics Department Working Paper n° 149, H. Ooxley & M. MacFarlan, «Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency»

ejemplo, en Grecia, Italia y Portugal. Cada vez más a menudo, los sistemas sanitarios de la Unión Europea recurren a contratos entre los compradores de la asistencia sanitaria (organismos financiadores o terceras partes, como las compañías aseguradoras) y los prestadores de los servicios para garantizar una utilización más eficaz de los recursos financieros. En algunos casos, estos contratos prevén que los excesos de gastos se deduzcan del presupuesto del ejercicio siguiente. Es lo que sucede con los hospitales en Bélgica y con los servicios de sanidad en Irlanda. Este sistema parece bastante efectivo para mejorar la eficacia. En otros países, la asignación de recursos financieros está cada vez más vinculada a la medición de los resultados y a los casos que se tratan en los hospitales. Estas medidas parecen también bastante efectivas para mejorar la eficacia. Es lo que ha sucedido en Austria, donde la introducción de dichos contratos ha reducido la duración media de las estancias hospitalarias.

En otros países, por ejemplo en España y Portugal, los servicios del sistema de sanidad pública se confían cada vez más a prestadores privados. España es uno de los países que ha introducido mecanismos de mercado a gran escala en el sector sanitario.

### **3.6. Sostenibilidad financiera de los cuidados de larga duración**

#### **Estructuras de financiación de los sistemas de cuidados de larga duración en la UE**

La situación de la financiación de los cuidados de larga duración es todavía más difícil de categorizar que la de los sistemas sanitarios. La razón de ello estriba en que los cuidados de larga duración están a menudo repartidos entre diferentes estructuras y presupuestos públicos, normalmente entre el presupuesto de sanidad y el presupuesto para servicios sociales. Además, los cuidados de larga duración que presta el sistema sanitario son a menudo difíciles de diferenciar de las prestaciones sanitarias tradicionales. Por último, los servicios sociales de cuidados de larga duración se prestan a menudo a una escala muy local. Por esta razón, es a veces difícil distinguir cuáles son las tendencias nacionales. Algunos países disponen de sistemas de seguro de dependencia y otros están desarrollando sistemas de seguro de esta índole.

#### **Retos**

El reto más común señalado por los Estados miembros en el cuestionario al que se enfrentan los cuidados de larga duración es el envejecimiento de la población. En primer lugar, a resultas de él habrá muchas más personas de edad avanzada y muy avanzada. En segundo lugar, los cuidados de larga duración son un sector que absorbe mucha mano de obra. Algunos Estados miembros señalan que es probable que el sector se enfrente a graves escaseces de personal (también relacionadas con el envejecimiento de la población), lo que hará por sí mismo aumentar los costes salariales. En el informe alemán se indica que la presión sobre los sistemas de cuidados de larga duración debida al envejecimiento de la población se verá en gran medida reforzada por el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas, tales como la demencia, que no requieren necesariamente una asistencia médica tradicional intensiva, pero que exigen muchos cuidados.

Además del envejecimiento de la población, los informes danés y alemán señalan que si continúan las tendencias observadas hasta ahora crecerá la demanda de servicios profesionales de cuidados, ya que, como consecuencia de los cambios sociales, cada vez será más difícil disponer de asistencia no profesional.

Portugal e Italia mencionan una serie de problemas que se les plantean para constituir un sistema coherente de cuidados para los ancianos. Uno de los problemas fundamentales es ofrecer soluciones integradas a los pacientes que cubran toda la gama de servicios de asistencia que necesitan, incluida la asistencia sanitaria. Otro problema es la organización de la prestación de servicios de asistencia a domicilio para las personas mayores que atiendan mejor sus necesidades y presenten una mejor relación coste-eficacia.

### **Nuevas tendencias del gasto**

Los datos de los informes nacionales sobre esta cuestión son algo incompletos debido en parte a la dificultad de cuantificar los costes de los servicios de cuidados de larga duración, que se financian con muchos presupuestos diferentes. Entre los Estados miembros que facilitan datos cuantitativos es difícil distinguir tendencias generales claras. En Dinamarca, los recursos dedicados a este sector han aumentado en términos reales, aunque a un ritmo inferior al crecimiento real del PIB. Este incremento del coste se explica por el del número de personas mayores y de los costes por persona. El incremento de los costes ha sido también importante en España, donde las regiones autónomas dedican mayores recursos a los cuidados de larga duración, y en Luxemburgo, donde el seguro de dependencia está todavía en sus inicios.

### **Previsiones de gasto a largo plazo**

Los datos facilitados sobre las perspectivas a largo plazo del gasto en cuidados de larga duración son también incompletos. Las proyecciones de los Estados miembros que facilitan algunos datos sobre dichas perspectivas se basan esencialmente en las proyecciones del CPE. Para mayor información, véase el cuadro 3 del anexo I.

### **Mecanismos de control de los costes**

En algunos Estados miembros se está desarrollando una estrategia integrada en materia de cuidados de larga duración. Por ello, no se necesitan todavía medidas para controlar los costes. Esto es lo que sucede, por ejemplo, con Bélgica.

En Francia y Portugal, las asignaciones financieras se realizan con arreglo a planes y objetivos nacionales. En Francia los objetivos son parte de los objetivos generales de toda la asistencia sanitaria. Estas asignaciones y objetivos se establecen teniendo ya en cuenta desde el principio la necesidad de limitar los costes, pero los informes no muestran si son eficaces en este sentido. En Alemania, el control de los costes es en cierta medida responsabilidad de las cajas del seguro de enfermedad.

En algunos países, los servicios que se prestan se establecen por adelantado, con lo que se limitan en cierta medida las posibilidades de incremento del gasto. En Austria, están recogidos en la legislación, y en Dinamarca y Luxemburgo se basan en un plan de asistencia individualizado en función de las necesidades. En Irlanda, se está

intentando prestar los cuidados a domicilio, lo que es menos costoso y permite atender mejor las necesidades de las personas mayores.

En Francia, el control de los costes se realiza también a través de una cierta participación de los usuarios, que depende de los recursos financieros de las personas mayores (incluido el subsidio social de autonomía introducido recientemente).

#### 4. CONCLUSIONES

Las respuestas de los Estados miembros confirman la utilidad de los tres grandes objetivos (accesibilidad, calidad y viabilidad) como base de reflexión sobre las políticas en el ámbito de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración para las personas mayores. Todos los Estados miembros intentan encontrar el mejor equilibrio entre estos tres objetivos: cómo obtener una financiación suficiente para garantizar una asistencia adecuada y de calidad para todos y cómo ofrecer servicios que presenten una mejor relación coste-eficacia.

Las respuestas de los Estados miembros muestran que este equilibrio es un reto importante para la gestión global de los sistemas. Por consiguiente, muchas respuestas de los Estados miembros mencionan la necesidad de garantizar un proceso decisorio adecuado al nivel de la concertación entre el sector de la asistencia sanitaria y el sector emergente de los cuidados de larga duración, así como una mejor coordinación de las responsabilidades en el ámbito de la prestación de asistencia sanitaria y los servicios de cuidados de larga duración para los mayores. La búsqueda del mejor equilibrio plantea también cuestiones en materia de gobernanza: Debe encontrarse un equilibrio entre la búsqueda de los objetivos de calidad, establecimiento de estándares y contención de los costes, dirigidos a menudo a nivel nacional, y la gestión y prestación de la asistencia a nivel local.

Aunque no era un objetivo explícito del cuestionario, las respuestas de algunos Estados miembros señalan que en el sector de los cuidados hay grandes dificultades y posibilidades en materia de empleo. Las dificultades incluyen los siguientes aspectos: cómo conservar al personal a pesar de las condiciones de trabajo a veces bastante duras, cómo se puede contratar y formar a nuevo personal en vista del aumento de la demanda que se producirá en las próximas décadas y cómo puede mejorarse la calidad del trabajo ofreciendo a los trabajadores del sector la posibilidad de desarrollar sus competencias y progresar profesionalmente. Las posibilidades de crecimiento del empleo son evidentes. El sector de los servicios sociales y de sanidad es ya un empleador importante que representó el 9,7 % del empleo total en la Unión Europea en 2001<sup>8</sup>.

Con respecto a la accesibilidad, los Estados miembros manifiestan su voluntad de mantener el acceso general y completo a los cuidados como piedra angular de sus sistemas, incluso en caso de incremento de los costes, y algunos proponen que se optimicen y mejoren más sus mecanismos de acceso a la asistencia.

En relación con la calidad, las respuestas ponen de manifiesto que es posible reforzar la cooperación entre los Estados miembros para garantizar una mejor calidad de las prestaciones tanto en el campo de la asistencia sanitaria como en el de los cuidados

---

<sup>8</sup> Empleo en Europa 2002, p. 32. [http://europa.eu.int/comm/dgs/employment\\_social/key\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/key_en.htm)

de larga duración. Esto tiene especial relevancia en vista de la ampliación y el incremento de la movilidad transfronteriza de los pacientes. El programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública, que entrará en vigor en enero de 2003, ayudará a desarrollar herramientas para la determinación de la calidad.

En cuanto a la sostenibilidad financiera, los Estados miembros señalan la dificultad de asegurar una utilización de los recursos, en particular de las nuevas tecnologías, con una buena relación coste-eficacia y de garantizar que los profesionales sanitarios y los pacientes tengan en cuenta los costes en sus decisiones.

### **Próximos pasos que deberían darse**

La Comisión invita al Consejo, sobre la base de la presente Comunicación a adoptar el informe conjunto solicitado por el Consejo Europeo de Barcelona y a presentarlo al Consejo Europeo de la primavera de 2003.

Sobre la base de los aspectos identificados en el informe conjunto, debería proseguirse un proceso de aprendizaje mutuo y de intercambios a efectos de cooperación. En el otoño de 2003, la Comisión presentará nuevas propuestas para continuar dicha cooperación. Esta comunicación debería abarcar también aspectos específicos de estas cuestiones relacionadas con la ampliación de la Unión Europea.

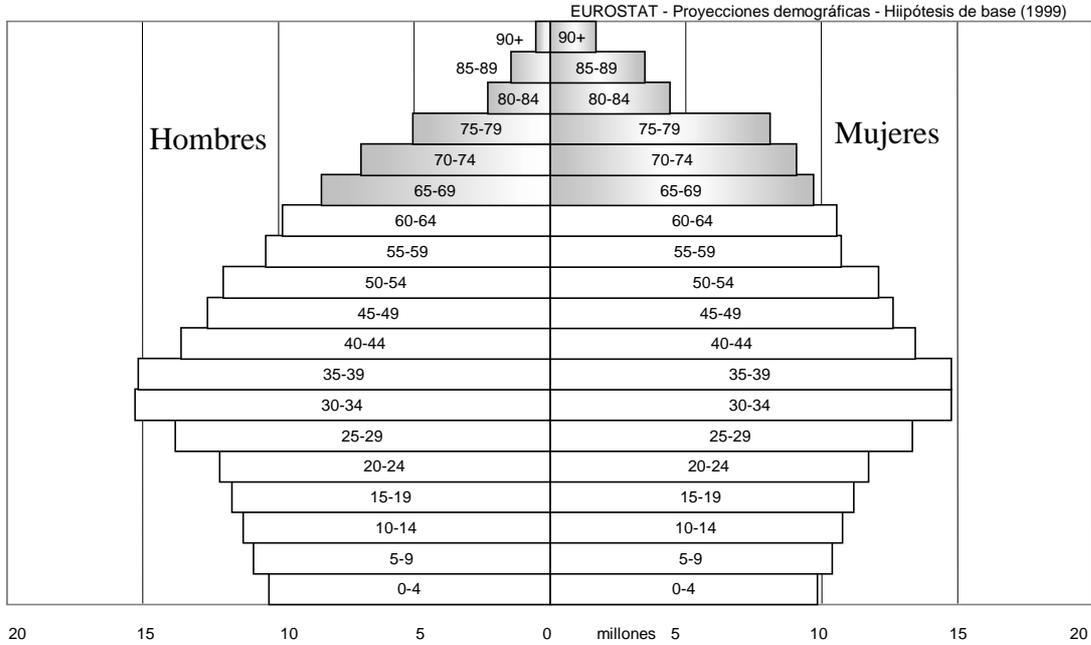
La colaboración entre los Estados miembros podría concentrarse en el intercambio de experiencias y buenas prácticas relativas a cada uno de los tres grandes objetivos. Debería hacerse especial hincapié en la mejora de la información y la elaboración de indicadores que sirvan de base para dicha colaboración, basándose en la estrecha cooperación existente entre Eurostat y la OCDE. Sería también conveniente prestar especial atención al aspecto del empleo.

# ANEXO 1

## ANEXO 1: CUADROS Y GRÁFICOS

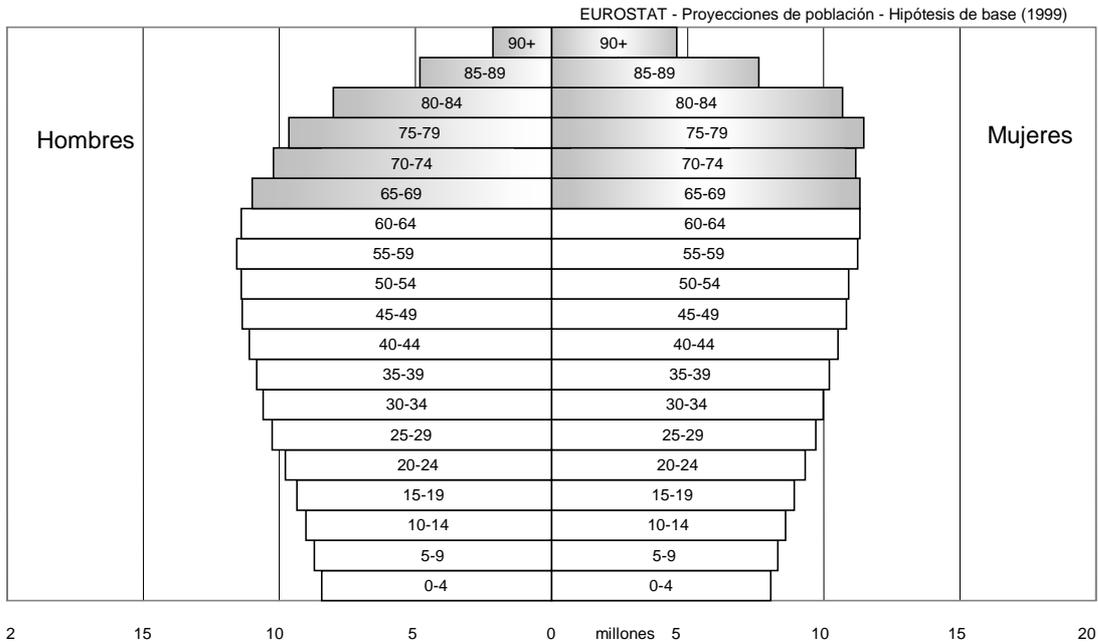
**Gráfico 1a:**

### Pirámide de edades en 2000 - UE15



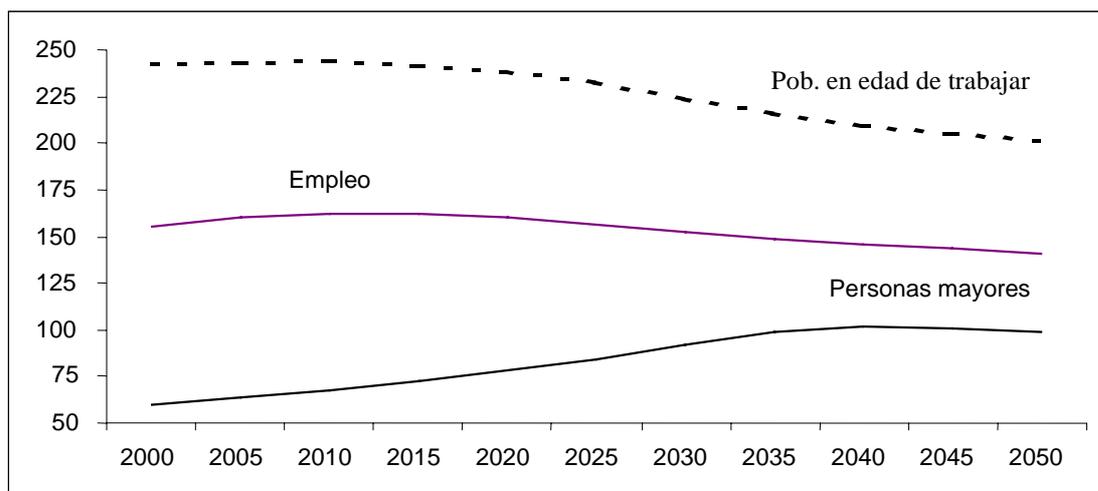
**Gráfico 1b:**

### Pirámide de edades en 2050 - UE15



Fuente: EUROSTAT

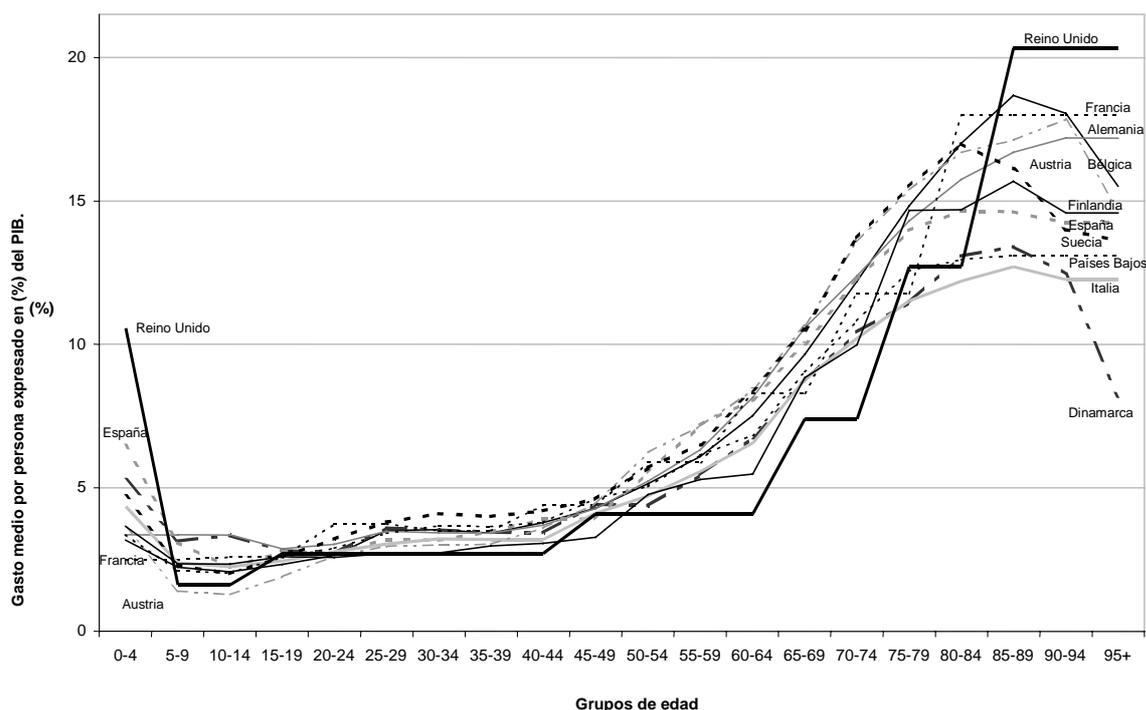
**Gráfico 1c: Proyección del tamaño de la población en edad de trabajar y la población de personas mayores (en millones de personas)**



**Nota:** La población en edad de trabajar está compuesta por las personas de 15 a 64 años de edad.  
La población de personas mayores está compuesta por las personas de 65 o más años de edad.

Fuente: Comité de Política Económica (2001) «Desafíos presupuestarios planteados por el envejecimiento de la población», Eurostat y proyecciones del grupo de trabajo del CPE sobre el envejecimiento de la población.

**Gráfico 2a: Perfiles de edad del gasto público en el ámbito de la asistencia sanitaria**



Notas:

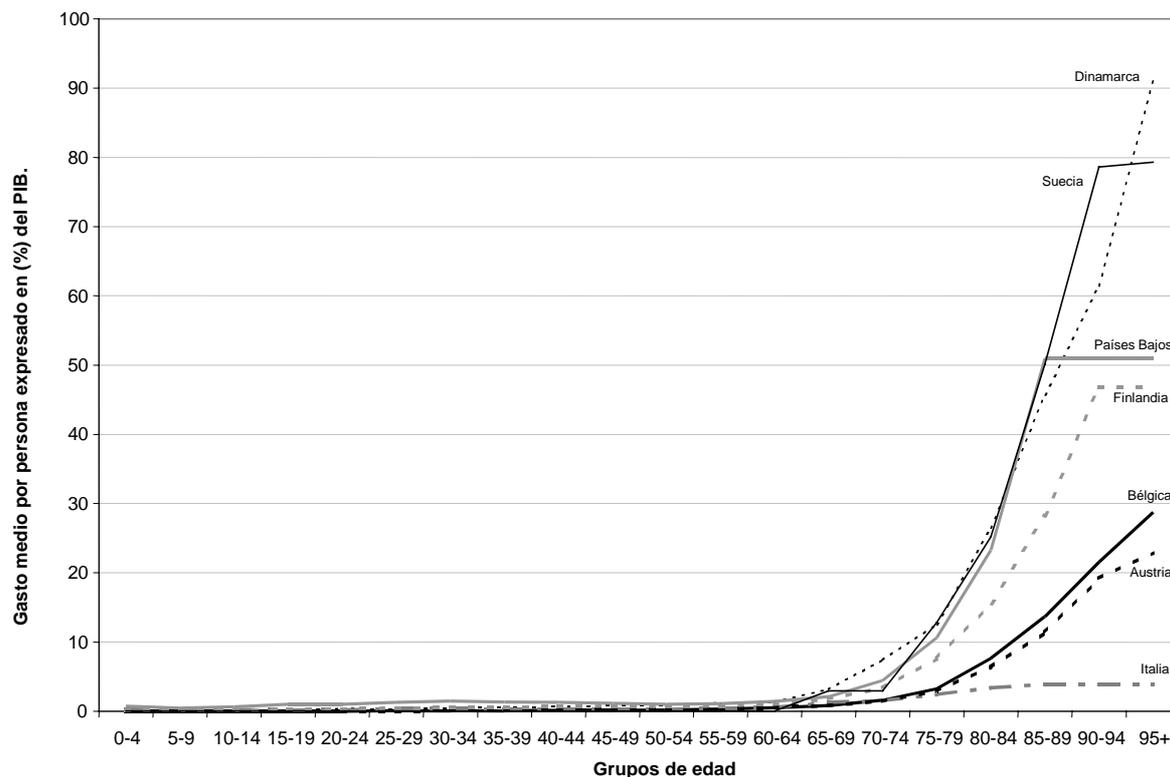
(1) Los perfiles de edad expresados en porcentaje del PIB por habitante son los utilizados para establecer las proyecciones de los gastos de asistencia sanitaria. El año de referencia utilizado para las proyecciones varía un poco según los Estados miembros, lo que significa que los perfiles del gráfico se refieren a años diferentes: 1997 para Francia, 1998 para Bélgica, Dinamarca, España y el Reino Unido; 1999 para Italia y 2000 para Alemania, Finlandia, Países Bajos, Austria y Suecia. (Los perfiles de Portugal no se presentan aquí porque este país utiliza categorías de edad diferentes.)

(2) Los perfiles de edad de este gráfico se refieren únicamente al gasto público en el ámbito de la asistencia sanitaria. Se excluyen los gastos privados y públicos relativos a los cuidados de larga duración. Véase la definición de gasto utilizada para las proyecciones del anexo 4.

(3) Un perfil plano al final de las categorías de edad se explica generalmente porque no se dispone de un desglose de las clases de mayor edad para los Estados miembros afectados.

Fuente: Comité de Política Económica (2001) «Desafíos presupuestarios planteados por el envejecimiento de la población».

**Gráfico 2b: Perfiles de edad del gasto público en el ámbito de los cuidados de larga duración**



Notas:

(1) Los perfiles de edad expresados en porcentaje del PIB por habitante son los utilizados para establecer las proyecciones de los gastos en cuidados de larga duración. El año de referencia utilizado para las proyecciones varía poco según los Estados miembros, lo que significa que los perfiles del gráfico se refieren a años diferentes: 1998 para Bélgica y Dinamarca, 1999 para Italia y 2000 para Austria, Finlandia, Países Bajos y Suecia.

(2) Los perfiles de edad de este gráfico se refieren únicamente al gasto público en el ámbito de los cuidados de larga duración. Se excluyen los gastos privados.

(3) Un perfil plano al final de las categorías de edad se explica generalmente porque no se dispone de un desglose de las clases de mayor edad para los Estados miembros afectados.

Fuente: Comité de Política Económica (2001) «Desafíos presupuestarios planteados por el envejecimiento de la población»

### Cuadro 3: Gasto público total en el ámbito de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración

Expresado en porcentaje del PIB. Variante demográfica central

	GASTO TOTAL EN ASISTENCIA SANITARIA Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN		ASISTENCIA SANITARIA		CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN				
	Gasto en porcentaje del PIB en 2000	Aumento del gasto en porcentaje del PBI entre 2000 y 2050		Gasto en porcentaje del PIB en 2000	Aumento del gasto en porcentaje del PBI entre 2000 y 2050		Gasto en porcentaje del PIB en 2000	Aumento del gasto en porcentaje del PBI entre 2000 y 2050	
		per capita	por trabajador		per capita	por trabajador		per capita	por trabajador
B	6,1%	+2,1	+2,4	5,3%	+1,3	+1,5	0,8%	+0,8	+0,8
DK	8,0%	+2,7	+3,5	5,1%	+0,7	+1,1	3,0%	+2,1	+2,5
D (1)				5,7%	+1,4	+2,1			
EL (1)				4,8%	+1,7	+1,6			
E (1)				5,0%	+1,7	+1,5			
F	6,9%	+1,7	+2,5	6,2%	+1,2	+1,9	0,7%	+0,5	+0,6
IRL (2)	6,6%		+2,5	5,9%		+2,3	0,7%		+0,2
I	5,5%	+1,9	+2,1	4,9%	+1,5	+1,7	0,6%	+0,4	+0,4
NL	7,2%	+3,2	+3,8	4,7%	+1,0	+1,3	2,5%	+2,2	+2,5
A	5,8%	+2,8	+3,1	5,1%	+1,7	+2,0	0,7%	+1,0	+1,1
P (1)				5,4%	+0,8	+1,3			
FIN	6,2%	+2,8	+3,9	4,6%	+1,2	+1,8	1,6%	+1,7	+2,1
S	8,8%	+3,0	+3,3	6,0%	+1,0	+1,2	2,8%	+2,0	+2,1
UK	6,3%	+1,8	+2,5	4,6%	+1,0	+1,4	1,7%	+0,8	+1,0
<b>UE (media ponderada (3))</b>	6,6%	+2,2	+2,7	5,3%	+1,3	+1,7	1,3%	+0,9	+1,0

Notas: (1) Para algunos Estados miembros no se dispone todavía de cifras sobre el gasto público en cuidados de larga duración.

(2) Las cifras de Irlanda se expresan en porcentaje del PIB.

(3) Las ponderaciones se calculan en función de los Estados miembros para los que se dispone de cifras. Por consiguiente, la ponderación relativa a la asistencia sanitaria se refiere a UE14, mientras que para los cuidados de larga duración y los gastos totales en asistencia sanitaria y cuidados de larga duración, la ponderación se basa en 10 Estados miembros.

Fuente: Comité de Política Económica (2001) «Desafíos presupuestarios planteados por el envejecimiento de la población»

Nota 13/11/2002: Nueva proyección, basada en nuevas previsiones demográficas de la Oficina de Estadística austriaca en 2002.

Austria (2002)	5,6%	+2,4	+2,5	4,9 %	+1,5	+1,6	0,7%	+0,9	+0,9
----------------	------	------	------	-------	------	------	------	------	------

**Cuadro 4 a: Gasto total en asistencia sanitaria como porcentaje del PIB (%)**

Cuadro	Gasto total asistencia sanitaria- % PIB													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Austria	7,6	6,6	7,1	7,1	7,5	7,9	7,9	8,6	8,7	8	8	8,1	8	
Bélgica	6,4	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	7,9	8,7	8,8	8,5	8,5	8,7	8,7	
Dinamarca	9,1	8,7	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,4
Finlandia	6,4	7,2	7,9	9	9,1	8,3	7,8	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6	
Francia			8,6	8,9	9,1	9,5	9,4	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5	
Alemania	8,8	9,3	8,7		9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6	
Grecia	6,6		7,5	7,8	7,2	8,1	8,9	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3	
Irlanda	8,4	7,6	6,6	7	7,6	7,5	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7	
Italia			8	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,1
Luxemburgo	5,9	5,9	6,1	6	6,2	6,4	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6		
Países Bajos	7,5	7,3	8	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1	
Portugal	5,6	6	6,2	6,8	7	7,3	7,3	8,3	8,5	8,6	8,3	8,4	8,2	
España	5,4	5,4	6,6	6,8	7,2	7,5	7,4	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7	
Suecia	9,1	8,7	8,5	8,4	8,6	8,6	8,2	8,1	8,4	8,1	7,9			
Reino Unido	5,6	5,9	6	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,8	7,1	7,3	
República Checa			5	5,2	5,4	7,2	7,3	7,3	7,1	7,1	7,1	7,2	7,2	
Hungría				7,1	7,7	7,7	8,3	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	
Polonia			5,3	6,6	6,6	6,4	6	6	6,4	6,1	6,4	6,2		
Eslovaquia										6,1	5,9	5,8	5,9	
Turquía	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8			
Estados Unidos	8,7	10	11,9	12,6	13	13,3	13,2	13,3	13,2	13	12,9	13	13	
Canadá	7,1	8,2	9	9,7	10	9,8	9,5	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1	9,3

Copyright OCDE HEALTH DATA 2002 4ª ed.

**Cuadro 4 b: Gasto público en asistencia sanitaria como porcentaje del PIB (%)**

	Gasto público en asistencia sanitaria - % PIB													
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Austria	5,2	5	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	6,1	6,1	5,6	5,7	5,6	5,6	
Bélgica								6	6,4	6	6	6,2	6,2	
Dinamarca	8	7,4	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,8	6,9
Finlandia	5	5,6	6,4	7,3	7,3	6,3	5,9	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	5	
Francia			6,6	6,7	7	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1	7,2	
Alemania	6,9	7,2	6,7		7,7	7,6	7,8	8,1	8,4	8,1	7,9	8	8	
Grecia	3,7		4,7	4,7	4,2	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	
Irlanda	6,8	5,8	4,8	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,1	5,3	5,2	5,2	5,1	
Italia			6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	6,1
Luxemburgo	5,5	5,3	5,7	5,6	5,8	5,9	5,6	5,9	5,9	5,4	5,4	5,6		
Países Bajos	5,2	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5	
Portugal	3,6	3,3	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,5	5,6	5,9	5,8	
España	4,3	4,4	5,2	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4	
Suecia	8,4	7,9	7,6	7,4	7,5	7,4	7	6,9	7,1	6,8	6,6			
Reino Unido	5	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	
República Checa			4,8	5,1	5,2	6,8	6,9	6,8	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6	
Hungría				6,4	6,8	6,7	7,2	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5,1	
Polonia			4,8	5	5,1	4,7	4,3	4,4	4,7	4,4	4,2	4,4	4,2	
Eslovaquia										5,6	5,4	5,2	5,3	
Turquía	0,9	1,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5			
Estados Unidos	3,6	4	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	
Canadá	5,4	6,2	6,7	7,2	7,4	7,2	6,8	6,5	6,3	6,2	6,5	6,5	6,5	6,8

Fuente OCDE HEALTH DATA 2002, 4ª ed.

**Fuente: OCDE Health Data 2002, © OCDE, Aug. 2002**