

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

## Sinopsis 7. Promover la calidad y el valor de los cuidados a largo plazo

### Mensajes clave

- La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto problemas de calidad y seguridad que afectan desde hace mucho tiempo a las instituciones de cuidados a largo plazo y que dieron lugar a tasas terriblemente altas de mortalidad prevenible en las personas mayores vulnerables.
- Un requisito fundamental para la prestación, el seguimiento y el financiamiento de los servicios de cuidados a largo plazo es la creación de sistemas que establezcan principios y normas de calidad que se apliquen en toda la gama de entornos de prestación de servicios de cuidados a largo plazo.
- Invertir en marcos sólidos de garantía de la calidad es esencial a la hora de ofrecer cuidados a largo plazo de calidad, darles seguimiento y pagar por ellos. Esto incluye la creación y puesta en marcha de sistemas de acreditación y regulación para instituciones y prestadores de cuidados comunitarios.
- La recopilación y el seguimiento de los datos sobre la calidad de todos los prestadores de cuidados a largo plazo en las instituciones y las comunidades pueden ser útiles para orientar las estrategias de mejora. Se está produciendo un cambio para pasar de la medición de resultados adversos al empleo de mediciones sobre la calidad que miden el bienestar y la calidad de vida.
- Para promover la calidad, algunos países han vinculado los pagos más altos a los resultados de calidad; sin embargo, la evaluación del impacto de pagar por la calidad en la salud y los cuidados a largo plazo no es concluyente, y se necesita una evaluación más exhaustiva.

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Región de las Américas



Década  
del envejecimiento  
saludable



World Health  
Organization

Centre for Health Development

- Más allá de vincular los pagos a los resultados de calidad, los países utilizan otras estrategias de compra que emplean incentivos económicos para mejorar la calidad de los cuidados a largo plazo, pero no se han realizado evaluaciones de su impacto.
- La mejora de la calidad de la atención prestada a las personas mayores comienza con la participación formal de las personas mayores en la investigación biomédica que sustenta las directrices clínicas y los mecanismos de pago.
- Los entornos de ingresos bajos y medianos pueden aprender de las experiencias y los errores cometidos en entornos más desarrollados, e invertir desde un comienzo en sistemas regulatorios y de calidad potentes para los cuidados a largo plazo, lo que incluye centrarse en parámetros de medición de la calidad que evalúen los resultados deseados, como la calidad de vida.

### **La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto problemas de calidad y seguridad que afectan desde hace mucho tiempo a las instituciones de cuidados a largo plazo y que dieron lugar a tasas terriblemente altas de mortalidad prevenible en las personas mayores muy vulnerables**

La pandemia de COVID-19 afectó de manera desproporcionada a las personas mayores. Las personas que vivían en residencias, que eran algunos de los miembros más vulnerables de las comunidades, tuvieron unas tasas altas de mortalidad prevenible por la COVID-19, y representaron hasta la mitad del total de muertes que se produjeron en Europa y Estados Unidos de América durante las primeras etapas de la pandemia (1). Cabe destacar que muchas de estas muertes eran prevenibles. En algunos entornos, la mortalidad atribuible a la COVID-19 fue insignificante porque se aplicaron medidas básicas de control de infecciones, como el lavado de las manos, la desinfección ambiental, la realización de pruebas, el distanciamiento físico y las medidas fundamentales de control de brotes en las residencias (2).

Garantizar la calidad de los cuidados a largo plazo (CLP) era problemático antes de la pandemia. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) realiza un seguimiento de los datos sobre la seguridad en las residencias, que se mide con la incidencia de infecciones contraídas en un establecimiento de atención de salud o de CLP que son resistentes a los antibióticos y antifúngicos y, por lo tanto, no pueden tratarse con facilidad. En Estados Unidos de América, se estima que, cada día, una de cada 43 personas que viven en residencias contrae al menos una infección asociada a la atención de salud (3). Otras consideraciones en cuanto a la seguridad son las de la polifarmacia y la prescripción excesiva. Los países que informan a la OCDE indican que a más de la mitad de las personas de 75 años o más se les recetan al menos cinco medicamentos; además, el uso de benzodiazepinas (prescritas generalmente con fines de sedación, para la ansiedad o la depresión) se consideró crónico. En el 2021, se prescribieron a una media de 44 de 1000 personas mayores, a pesar de las recomendaciones contrarias a su uso en este grupo de población debido a sus efectos secundarios peligrosos (4). Las grandes variaciones existentes en su uso podrían atribuirse, en parte, a las políticas de reembolso y prescripción. Se dispone de mucha menos información sobre la calidad en los contextos de CLP domiciliarios

o prestados en la comunidad, debido en parte a que hay menos regulaciones y a la debilidad de los sistemas de información y seguimiento de la calidad.

### **Un requisito fundamental para la prestación, el seguimiento y el financiamiento de los servicios de cuidados a largo plazo es la creación de sistemas sólidos que establezcan principios y normas de calidad que se apliquen en toda la amplia gama de entornos de prestación de servicios**

La calidad de los CLP promueve una atención equitativa y centrada en las personas que respete las preferencias individuales y responda a una serie de necesidades importantes, entre ellas la atención de salud, comportamental y social; la seguridad; la calidad de vida; y la autonomía. Los sistemas para mejorar de forma continua la calidad en todos los entornos de CLP pueden abarcar una amplia gama de actividades. Entre ellas pueden estar, por ejemplo, fortalecer los modelos para los sistemas de prestación de atención; garantizar la disponibilidad y las calificaciones adecuadas del personal de CLP; promover la transparencia en el financiamiento y la propiedad de los establecimientos; garantizar un financiamiento suficiente y sostenible; crear sistemas de garantía de la calidad que incluyan programas de regulación y de defensa del usuario, programas de medición, seguimiento y mejora de la calidad y sistemas de información integrales; y permitir que las personas beneficiarias elijan a su prestador (5). Esta sinopsis se centra en algunas cuestiones importantes para los países de ingresos bajos y medianos, reconociendo que la madurez de un sistema de CLP<sup>a</sup> es un factor clave en la forma en que los países determinan los tipos de estrategias aplicadas para mejorar la calidad (6). Dado que las estrategias de CLP para el reclutamiento y la retención del personal son variadas y cruciales, se tratan por separado.

Varios países han establecido estrategias para garantizar y regular la calidad de los servicios de CLP en todos los entornos (7). En Alemania se ha aprobado la ley de seguro de cuidados a largo plazo, que establece un marco de requisitos que se aplican a todos los prestadores de CLP en entornos de residencias y comunitarios. Dichos requisitos incluyen la calidad de la infraestructura, las calificaciones del personal y los sistemas internos de gestión de calidad que pueden incluir directrices para el tratamiento de problemas de salud específicos y el seguimiento de los resultados. El marco también define las funciones y responsabilidades de las partes interesadas, incluida la función del gobierno en los diferentes niveles administrativos. En Luxemburgo, el marco de calidad de los CLP es jurídicamente vinculante y se aplica a todos los prestadores de cuidados, ya sea que presten cuidados de manera formal o informal. El principal organismo responsable del control de calidad es la Oficina Estatal de Evaluación y Seguimiento del seguro de cuidados a largo plazo, de carácter independiente. En Portugal, la Red Nacional de Atención Continua Integrada especifica los requisitos legales para todos los servicios de CLP, ya sea en entornos de atención de salud o asistencia social, en establecimientos o comunidades, o prestados por organizaciones públicas o privadas. En otros contextos de Europa, la calidad de los CLP está cubierta por los marcos regulatorios existentes para la atención de salud o la asistencia social.

---

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

## **El fortalecimiento de los marcos de garantía de la calidad es esencial a la hora de ofrecer cuidados a largo plazo de calidad, darles seguimiento y pagar por ellos. Esto incluye los sistemas de acreditación y regulación para instituciones y prestadores de cuidados comunitarios**

En los marcos de garantía de la calidad se reconoce que se requieren inversiones para fortalecer las normas de calidad que son la base para la prestación de los CLP. Las inversiones deben ser similares a las del sector de la salud, incluida la elaboración y aplicación de normas de calidad para los insumos del sistema y la infraestructura. La aplicación abarca la regulación de las calificaciones y el número de prestadores de cuidados y profesionales, así como las normas para proteger a las personas mayores.

La mayoría de los países de la OCDE establecen normas mínimas para la concesión de licencias y la acreditación de los establecimientos de CLP (8). Las normas internacionales de acreditación de la Comisión Conjunta para los CLP incluyen normas centradas en la seguridad de los residentes, el acceso y la calidad de los cuidados, así como las normas organizativas en cuanto a la dotación de personal y la gobernanza (recuadro 1) (9). El establecimiento y la aplicación de estas normas son especialmente importantes en los países de ingresos bajos y medianos para garantizar la seguridad y la protección de las personas mayores, dado que una atención de mala calidad puede ser perjudicial (10).

La aplicación de las normas de calidad requiere instituciones regulatorias y sanciones. La certificación obligatoria de la calidad o la acreditación se pueden utilizar como requisito previo para obtener una licencia de práctica y para que los establecimientos de CLP sean considerados aptos para recibir pagos públicos o reembolsos de seguros. Los establecimientos que infrinjan las normas regulatorias podrían enfrentarse a la retirada de la acreditación, la pérdida de los pagos públicos, multas o incluso el cierre, dependiendo de la naturaleza y la persistencia de la infracción (7, 11). En Australia, las autoridades regulatorias se esfuerzan en fomentar mejoras en la seguridad y la calidad, y adoptan el enfoque de trabajar con los prestadores para encontrar soluciones a los problemas detectados (12).

Los requisitos para los servicios de cuidados domiciliarios varían ampliamente en los entornos de ingresos altos. Algunos países han elaborado conjuntos de normas o utilizan un proceso de registro, mientras que otros utilizan la acreditación. El registro de los prestadores de servicios de cuidados domiciliarios puede utilizarse para garantizar que haya un número mínimo de recursos humanos calificados y los recursos económicos suficientes. En Inglaterra, la Comisión de Calidad de los Cuidados lleva a

### **Recuadro 1. Esferas de la calidad: Normas internacionales de acreditación de la Comisión Conjunta para los Cuidados a Largo Plazo, 2023 (9)**

Sección 1. Requisitos para participar en la acreditación

Sección 2. Normas para los cuidados centrados en el residente

- Objetivos de seguridad del paciente
- Acceso y continuidad de los cuidados
- Cuidados centrados en el residente
- Evaluaciones de los cuidados por parte de los residentes
- Manejo y uso de la medicación

Sección 3. Normas de organización y gestión de la atención de salud

- Mejora de la calidad y seguridad de los residentes
- Prevención y control de infecciones
- Gobernanza, liderazgo y dirección
- Gestión y seguridad de las instalaciones
- Calificaciones y formación del personal
- Gestión de la información

cabo inspecciones exhaustivas de los nuevos prestadores de servicios de CLP que se registran, a fin de evaluar su seguridad, su eficacia, los cuidados prestados y su capacidad de respuesta y liderazgo (13). En Luxemburgo, los prestadores de CLP que trabajan en el ámbito de los cuidados comunitarios y los cuidados en residencias deben seguir un proceso de acreditación para obtener la autorización para ejercer en el sector, y hay normas para la calificación del personal y para la infraestructura. En Lituania, los prestadores de servicios sociales deben obtener una licencia y cumplir con las normas de dotación de personal y de cuidados, y los prestadores de CLP en el sector de la salud deben estar acreditados por la Agencia Estatal de Acreditación de la Atención de la Salud y obtener una licencia para ejercer (7).

**La recopilación de datos sobre la calidad de todos los prestadores de cuidados a largo plazo en las instituciones y las comunidades, si bien es un desafío, puede respaldar el seguimiento y guiar las estrategias de mejora. Se está produciendo un cambio para pasar de la medición de la calidad centrada en los resultados a la medición del bienestar y de la calidad de vida**

La medición de la calidad de los CLP es un desafío que viene de antiguo, dada la diversidad de prestadores y establecimientos que participan en la prestación de cuidados y la amplia gama de resultados deseados. Los procesos de garantía de la calidad y regulatorios implican el establecimiento de medidas y normas, con unos requisitos mínimos para los insumos destinados a los servicios de CLP. Muchas de las normas de calidad son estructurales (como las de recursos humanos) y algunas están relacionadas con procesos y resultados. En algunos entornos, los países exigen la presentación de informes sobre estos requisitos estándares. De este modo, puede recopilarse la información sobre los indicadores estructurales de la calidad y realizarse más fácilmente su seguimiento.

Medir el proceso, la calidad y los resultados de los CLP prestados en la comunidad y en el hogar sigue siendo un desafío, y muchos parámetros de medida se centran en grupos de enfermedades o resultados adversos (14). En el caso de las residencias de CLP, los indicadores de calidad suelen centrarse en la incidencia de eventos adversos específicos, como caídas, úlceras de decúbito, uso de restricciones de seguridad, pérdida de peso involuntaria, problemas con la medicación o infecciones resistentes a los medicamentos (7). También se están haciendo esfuerzos para pasar de los indicadores de calidad negativos a los que tienen una visión más positiva del envejecimiento y de los resultados deseados en el cuidado de las personas mayores, como el bienestar, la calidad de vida y el derecho a los cuidados. Por ejemplo, los parámetros de calidad de vida pueden incluir la movilidad, la capacidad de autocuidado, la capacidad de realizar actividades habituales, las relaciones sociales, el entorno, la limpieza y el confort personal, la nutrición, la provisión de un alojamiento limpio y cómodo, el control de la vida diaria, la ocupación y la dignidad (15).

Algunos países de ingresos altos ponen a disposición de los prestadores de atención de salud y del público en general datos sobre los parámetros de precio y calidad de los CLP. En Alemania, los fondos de seguros están obligados a auditar la calidad de las instalaciones de CLP (principalmente en lo que respecta a los procesos y los resultados) al menos una vez al año, y los resultados están a disposición del público (7). En algunos casos, la publicación de datos sobre precios y calidad forma parte de un programa para fomentar la elección individual. En el programa de cuidados domiciliarios de Australia, por ejemplo, la lista de precios de CLP debe publicarse en el sitio web del gobierno *My Aged Care* e incluir la tarifa diaria básica, los costos de

gestión de los cuidados y las horas aproximadas de servicio disponibles dentro de cada nivel del conjunto de servicios comunes de cuidados domiciliarios (por ejemplo, cuidado personal, cuidado por parte de un profesional de enfermería titulado, asistencia para la limpieza y tareas domésticas) (16). La lista de precios también debe incluir otros costos, como el reembolso de los viajes del personal y cualquier costo adicional relacionado con la obtención de servicios de otros prestadores. Sin embargo, los estudios no son concluyentes en cuanto a si el hecho de que la información sobre costos y calidad esté disponible públicamente influye en la utilización y los resultados de los pacientes (17).

**Para promover los cuidados de calidad, algunos países han vinculado los pagos más altos a los resultados de calidad; sin embargo, la evaluación del impacto de pagar por la calidad en la salud y los cuidados a largo plazo no es concluyente, y se necesita una evaluación más exhaustiva**

Los pagos de salarios y honorarios por servicios suelen ser la base para el reembolso a los prestadores por los CLP prestados en el hogar, y las tarifas se utilizan normalmente para los establecimientos de CLP (18). Estos métodos de pago tienden a promover mayores volúmenes de servicios en lugar de obtener resultados de salud óptimos y de calidad. Se están llevando a cabo algunas iniciativas para utilizar mecanismos de pago destinados a promover la calidad. Las más comunes incluyen esquemas de pago por desempeño que proporcionan recompensas por alcanzar objetivos de calidad específicos o aplican penalizaciones por no alcanzarlos. Esto puede incluir pagos por coordinación en los que los prestadores reciben incentivos adicionales por colaborar en los cuidados y coordinarlos, actividades que son cruciales para el manejo de enfermedades crónicas, en especial en pacientes con múltiples comorbilidades. Sin embargo, no hay evidencia ni documentación rigurosas sobre los efectos de estos mecanismos en la calidad, en especial en el caso de los servicios de CLP y en los países de ingresos bajos y medianos (19). Los desafíos para su aplicación incluyen medir la calidad con la precisión suficiente para vincularla a los pagos, garantizar la presentación oportuna de informes y aplicar ajustes en función de los riesgos socioeconómicos y de salud en los diferentes grupos de personas beneficiarias (20, 21).

Los mecanismos de pago para fomentar una coordinación sólida y una atención integrada han surgido como estrategias para proporcionar incentivos económicos para una atención de salud y CLP de mejor calidad. Varios modelos de pago incluyen ahorros y riesgos compartidos en los que se aplican pagos basados en actividades a valores de referencia establecidos para un conjunto de servicios que pueden incluir atención de salud y asistencia social, generalmente mediante redes de prestadores. Los prestadores pueden beneficiarse de los ahorros si son eficientes en la reducción de los gastos por debajo de los niveles de referencia y alcanzan los objetivos de calidad. Las organizaciones de cuidados responsables de Estados Unidos de América son un ejemplo de estas estrategias. En los modelos de riesgo compartido, los prestadores son responsables del exceso de gastos si sus costos exceden el nivel de referencia. En una revisión exploratoria que incluyó ocho modelos de riesgo compartido y ahorro compartido, se obtuvo evidencia de mejores resultados del proceso para los indicadores de gestión y control específicos de enfermedades; sin embargo, esta evidencia tuvo niveles de certeza entre moderados y bajos, y hubo poca certeza sobre las mejoras en los resultados de salud y la continuidad de los cuidados (22). Estos modelos resaltan la importancia de aspectos más amplios de la prestación de servicios combinada con la compra de estos servicios, incluida la

aplicación de estrategias de coordinación de los cuidados y el manejo del paciente. Sin embargo, es necesario evaluar el impacto para determinar su efecto en la calidad, en particular en los países de ingresos bajos y medianos y en los servicios de CLP.

### **Más allá de vincular los pagos a los resultados de calidad, los países utilizan otras estrategias de compra que emplean incentivos económicos para mejorar la calidad de los cuidados a largo plazo, pero no se han realizado evaluaciones de su impacto**

Más allá de las estrategias que vinculan los pagos con la calidad y los resultados en cuanto a la salud y los CLP, los países han utilizado una amplia gama de otros instrumentos de compra que aplican incentivos económicos para promover la calidad. Por ejemplo, reconociendo las limitaciones del sistema de pago por servicio de Australia para las personas beneficiarias que requieren CLP complejos, el gobierno nacional asignó fondos para proporcionar recursos adicionales a los médicos generales con el fin de alentarlos a coordinar la atención de los pacientes mayores, desde los cuidados agudos hasta los CLP, y para alentar a los pacientes mayores a inscribirse en una de estas prácticas. Desde el 2020, los pacientes de 70 años o más han sido considerados aptos para inscribirse para la atención por un solo médico general acreditado. El objetivo del programa es mejorar la continuidad de la atención, mejorar los resultados de salud y reducir el gasto (18).

En Países Bajos (Reino de los) se proporciona una suma fija de financiamiento adicional a las residencias de personas mayores para fomentar la mejora de la calidad. Las oficinas regionales de compras distribuyen estos fondos entre los prestadores en función de sus planes obligatorios de calidad. En Suecia se han usado incentivos económicos para fomentar un mejor desempeño mediante transferencias presupuestarias condicionadas. Estas transferencias están diseñadas para fomentar un mejor desempeño de los prestadores al incentivar la competencia entre ellos, alentar a los usuarios a elegir entre distintos prestadores, y garantizar que los municipios ofrezcan valor y calidad (18).

En los países con sistemas desarrollados de CLP, los precios de los servicios son fijados en su mayor parte de forma unilateral por el comprador o mediante negociaciones colectivas entre compradores y prestadores. Estos métodos tienen el potencial de reducir la discriminación de precios en los servicios de CLP y, por lo tanto, reducir las variaciones en los precios de los mismos servicios que no están vinculadas a la calidad o la producción. Esto puede promover la asequibilidad y la equidad en comparación con los sistemas en los que los precios se determinan a través de mecanismos basados en el mercado. Sin embargo, las ventajas de la fijación unilateral de precios pueden verse contrarrestadas si hay diferencias en el nivel de administración y si las autoridades locales fijan los precios en función de la disponibilidad de recursos. Por ejemplo, los gobiernos subnacionales de España, Francia y Suecia desempeñan un papel importante en la fijación de precios para los pagadores públicos de los servicios de CLP y de atención personal y asistencia social para las personas mayores, lo que da lugar a una variación sustancial de los precios dentro de cada país que no refleja necesariamente las diferencias en la calidad, los costos de producción o los salarios locales (18).

Algunos países ajustan los precios de los servicios de CLP para garantizar que los pagadores públicos cubran los cuidados cumpliendo con las normas mínimas de calidad, por ejemplo, garantizando un pago justo por los cuidados de calidad en zonas remotas o rurales. Para reconocer las diferencias de costos entre los distintos prestadores, los precios se pueden ajustar según la ubicación geográfica, el grado

de dependencia de las personas beneficiarias y el tipo y la duración del servicio de cuidados domiciliarios. Australia, Estados Unidos de América y Países Bajos (Reino de los) ajustan los precios de los establecimientos de zonas rurales. Se realizan algunos pagos atípicos para garantizar la calidad en la satisfacción de las necesidades de atención adicional, como en el caso de la oxigenoterapia y la alimentación enteral (Australia), los cuidados paliativos (Australia, Francia), las estancias cortas y largas (Francia) y algunas afecciones específicas, como la demencia (Australia) o la enfermedad de Huntington (Países Bajos [Reino de los]). En Australia, se brinda apoyo complementario para garantizar que haya servicios en las comunidades indígenas (18).

En Japón, las tarifas y condiciones de facturación se han modificado para que estén en consonancia con los objetivos de las políticas relacionadas con el acceso y la calidad. Por ejemplo, los pagos de bonificaciones se proporcionan a las agencias de cuidados domiciliarios que emplean a trabajadores con más experiencia. En Países Bajos (Reino de los), se puede hacer un pago adicional para compensar a los prestadores por los cuidados en residencias o para sustituir los cuidados domiciliarios las 24 horas del día en zonas relativamente caras si los presupuestos regionales no son suficientes (por ejemplo, debido a la alta rotación de personal en las regiones urbanas) (18).

### **La mejora de la calidad de la atención prestada a las personas mayores comienza con la participación formal de las personas mayores en la investigación biomédica que sustenta las directrices clínicas y los mecanismos de pago que favorecen la calidad**

Los protocolos y las vías de atención, basados en la investigación biomédica, son fundamentales para el manejo y la derivación de las personas beneficiarias de CLP. La investigación biomédica está en la base de la atención clínica. Los ensayos clínicos para evaluar productos médicos suelen excluir a aquellos grupos de población a los que suelen estar destinados: las personas mayores y las personas con múltiples afecciones médicas (23). Se trata de una omisión importante, dado que el envejecimiento puede afectar la eficacia de los medicamentos. Por ejemplo, las personas mayores suelen presentar una reducción de la función hepática y renal, lo que afecta la forma en que los medicamentos se absorben, distribuyen y eliminan del cuerpo, por lo que pueden producirse efectos secundarios graves.

La investigación biomédica básica es el fundamento de las directrices de práctica clínica, algunas de las cuales pueden ser inapropiadas para pacientes con múltiples comorbilidades, y también pueden utilizarse para elaborar parámetros de medición de la calidad y sistemas de pago. Muchas directrices de prácticas clínicas son específicas de la enfermedad y pueden no ser apropiadas para pacientes con múltiples afecciones. La capacitación para el personal médico y otros prestadores de servicios de salud generalmente sigue el mismo modelo: se centra en el tratamiento de enfermedades específicas por separado. Por lo tanto, un prestador de servicios de salud que elabora un plan de cuidados para una persona mayor con una combinación de diferentes afecciones, por ejemplo, depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artritis, a menudo lo hace sin disponer de la información completa y de los incentivos adecuados para garantizar la calidad. Dado que la vejez es un factor de riesgo para la multimorbilidad, los criterios tradicionales de inclusión y exclusión para las personas mayores en los ensayos clínicos deben reconsiderarse en los casos en los que no hay justificación clínica para ello. Mientras tanto, los países pueden fortalecer los estudios posteriores a la comercialización de los medicamentos y los enfoques de atención disponibles mediante la evaluación de su uso en grupos de población de edad avanzada y en diversos entornos de CLP.



## Consecuencias para los países de ingresos bajos y medianos

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto problemas que afectan desde hace mucho tiempo la calidad y la seguridad de los CLP. Los miembros más vulnerables de las comunidades (las personas mayores frágiles que viven en residencias) se enfrentaron a una mortalidad inaceptablemente alta y prevenible en entornos que no cumplían las normas fundamentales de seguridad y calidad. Un requisito previo fundamental para los países de ingresos bajos y medianos es la creación de sistemas sólidos que establezcan principios y normas de calidad que se apliquen en toda la amplia gama de entornos de prestación de servicios de CLP. En particular, es necesario prestar atención a los marcos de garantía de la calidad, incluidos los sistemas de acreditación y regulación para las instituciones y los prestadores de cuidados en la comunidad. La recopilación de datos sobre la calidad de todos los prestadores de CLP en establecimientos y en comunidades puede respaldar el seguimiento de la calidad y guiar las estrategias de mejora. Si bien muchos países también han invertido en poner a disposición del público información sobre la calidad, no está claro si esas estrategias influyen en la elección o en los resultados de calidad. Los países de ingresos altos también han utilizado una serie de incentivos económicos para promover la calidad. Estos incentivos incluyen métodos de pago que están vinculados a resultados de calidad, así como una amplia gama de estrategias de compra que utilizan incentivos económicos para promover la calidad. Sin embargo, se necesitan más evaluaciones para determinar su impacto en la calidad y los resultados de los CLP, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. La inclusión de las personas mayores en la investigación biomédica puede facilitar la elaboración de directrices clínicas y parámetros de medición de la calidad pertinentes. Los países de ingresos bajos y medianos pueden aprender de las experiencias y los errores cometidos en entornos más desarrollados, e invertir de forma temprana en sistemas regulatorios y de calidad sólidos para los CLP.

## Agradecimientos

Esta sinopsis forma parte de una serie sobre el financiamiento de los cuidados a largo plazo en los países de ingresos bajos y medianos. Su redacción estuvo a cargo de Sara L. Barber, Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario en Kobe (WKC) (Japón); Sara J. McLaughlin, Universidad de Miami (Estados Unidos de América); Ricardo Jorge Alcobia Granja Rodrigues, Universidad de Lisboa (Portugal); Megumi Rosenberg, WKC; Cassandra Simmons, Oficina Regional de la OMS para Europa; y Tsolmongerel Tsilaajav, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental.

## Referencias

1. Aalto UL, Pitkälä KH, AndersenRanberg K, BoninGuillaume S, CruzJentoft AJ, Eriksdotter M, et al. COVID19 pandemic and mortality in nursing homes across USA and Europe up to October 2021. *Eur Geriatr Med.* 2022;13(3):705-9. doi:10.1007/s41999-022-00637-1.
2. Calcaterra L, Cesari M, Lim WS. Longterm care facilities (LTCFs) during the COVID-19 pandemic –lessons from the Asian approach: a narrative review. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(3):399-404. doi:10.1016/j.jamda.2022.01.049.
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Healthcareassociated infections and antibiotic use prevalence survey [sitio web]. Atlanta (GA): CDC; 2022 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hai/eip/antibioticuse.html>.
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at a glance 2023: OECD indicators. París: OCDE; 2023 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/healthataglace/>.
5. Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina. The national imperative to improve nursing home quality: honoring our commitment to residents, families, and staff. Washington, D.C.: National Academies Press; 2022 [consultado el 15 de abril del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/26526>.
6. Malley J, Zigante V. How have countries worked to improve the quality of longterm care? En: Cylus J, Wharton G, Ilina S, Carrino L, Huber M, Barber SL, directores. The care dividend: why and how countries should invest in longterm care. Cambridge: Cambridge University Press; [en prensa].
7. Cès S, Coster S. Mapping longterm care quality assurance practices in the EU: summary report. Bruselas: Comisión Europea; 2019 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en>.
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. A good life in old age? Monitoring and improving quality in longterm care. Paris: OCDE; 2013 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
9. Joint Commission International. Joint Commission international accreditation standards for longterm care, segunda edición. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission International; 2023 [consultado el 15 de abril del 2024]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/long-term-care/2023-jci-longtermcare-standards-2nd-standards-only-6-21-23--bw.pdf>.
10. Harbshettar V, Gowda M, Tenagi S, Chandra M. Regulation of longterm care homes for older adults in India. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(5 Suppl.):S8896. doi:10.1177/02537176211021785.
11. Nursing home enforcement [sitio web]. Baltimore (MD): Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; 2023 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <https://www.cms.gov/medicare/health-safety-standards/enforcement/nursing-home-enforcement>.
12. Gori C, Fernández JL, Wittenberg R, editores. Longterm care reforms in OECD countries: successes and failures. Bristol (Reino Unido): Policy Press; 2016 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/long-term-care-reforms-in-oecd-countries>.
13. What we do on an inspection [sitio web]. Londres: Care Quality Commission; 2024 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <https://www.cqc.org.uk/about-us/how-we-do-our-job/what-we-do-inspection>.

14. Joling KJ, van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, et al. Quality indicators for community care for older people: a systematic review. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190298. doi:10.1371/journal.pone.0190298.
15. Siette J, Knaggs GT, Zurynski Y, Ratcliffe J, Dodds L, Westbrook J. Systematic review of 29 selfreport instruments for assessing quality of life in older adults receiving aged care services. *BMJ Open*. 2021;11:e050892. doi:10.1136/bmjopen-2021-050892.
16. My aged care [sitio web]. Canberra: Commonwealth of Australia; 2024 [consultado el 16 de abril del 2024]. Disponible en: <https://www.myagedcare.gov.au/>.
17. Metcalfe D, Rios Diaz AJ, Olufajo OA, Massa MS, Ketelaar NA, Flottorp SA, Perry DC. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(9):CD004538. doi:10.1002/14651858.CD004538.pub3.
18. Barber SL, van Gool K, Wise S, Woods M, Or Z, Penneau A, et al. Pricing long- term care for older persons. Ginebra: OMS, OCDE; 2021 [consultado el 15 de abril del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/344505>.
19. Organización Mundial de la Salud. Purchasing for quality chronic care: summary report. Ginebra: OMS, OCDE; 2023 [consultado el 15 de abril del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/373217>.
20. Wouterse B, Bakx P, Wong A. Measuring nursing home performance using administrative data. *Med Care Res Rev*. 2023;80(2):187204. doi:10.1177/10775587221108247.
21. Norton EC. Longterm care and payforperformance programs. *Rev Dev Econ*. 2018;22(3):1005-21. doi:10.1111/rode.12359.
22. Simmons C, Pot M, Leichsenring K. Scoping review on alternative purchasing arrangements: impact of purchasing, service delivery and institutional design on quality of chronic care. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 15 de abril del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/375717>.
23. Shenoy P, Harugeri A. Elderly patients' participation in clinical trials. *Perspect Clin Res*. 2015;6(4):184-9. doi:10.4103/2229-3485.167099.

Versión oficial en español de la obra original en inglés

*Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings.  
Brief 7. Promoting quality and value in long-term care*

© Organización Mundial de la Salud, 2024

ISBN: 978-92-4-009472-7 (versión electrónica)

*Financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para  
los entornos de ingresos bajos y medianos. Sinopsis 7. Promover  
la calidad y el valor de los cuidados a largo plazo*

ISBN: 978-92-75-32954-2 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12954-8 (Print versión)

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

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

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para los entornos de ingresos bajos y medianos. Sinopsis 7. Promover la calidad y el valor de los cuidados a largo plazo. Washington, DC: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329542>.

Diseño y maquetación por Howdy LLP.

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

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

# OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Región de las Américas

[www.paho.org](http://www.paho.org)

