

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

Sinopsis 1. Factores que impulsan la demanda de cuidados a largo plazo

Mensajes clave

- El número de personas de 65 años o más aumentará en los países de ingresos medianos: para el 2050 la mayoría de las personas mayores vivirá en estos países.
- En los países de ingresos bajos y medianos, muchas personas comenzarán a tener problemas de salud relacionados con la edad antes de los 65 años.
- Los cuidados a largo plazo pueden incluir algunos servicios médicos para tratar enfermedades y problemas de salud agudos en centros de salud, pero por lo general se refieren principalmente al apoyo que brindado al margen del sistema de salud por las personas que prestan cuidados en instituciones o en el hogar para que sea posible mantener las actividades de la vida diaria.
- Las necesidades insatisfechas de las personas aumentan la demanda de cuidados a largo plazo; un gasto público más elevado en cuidados a largo plazo se asocia con niveles más bajos de necesidades insatisfechas, ya que los cuidados a largo plazo ayudan a abordar esta demanda.
- En ausencia de servicios y sistemas formales de cuidados a largo plazo,^a el costo de los cuidados recae sobre las familias. Las personas que prestan cuidados de manera informal, que suelen ser las mujeres, pueden verse obligadas a reducir sus horas de trabajo o abandonar el mercado laboral de forma prematura, lo que ejerce presión sobre la economía y los recursos del hogar.
- Con la disminución de la fecundidad y el tamaño de las familias, y con el aumento de las oportunidades laborales formales para las mujeres, ha disminuido el número de personas disponibles para prestar cuidados de manera informal, que tradicionalmente han sido brindados por las mujeres.

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

- En ausencia de servicios y sistemas formales de cuidados a largo plazo, las personas acuden a los servicios de atención de enfermedades y problemas de salud agudos, lo que puede aumentar los costos de la atención de salud y suponer una atención subóptima para las personas mayores.
- Las personas subestiman su necesidad de cuidados a largo plazo, a pesar de que muchas podrían necesitar apoyo intensivo o asistencia institucional, cuyo costo puede ser superior a su nivel de ingresos. Dadas las fallas del mercado de los seguros de cuidados a largo plazo, se justifica la intervención pública para satisfacer la demanda.

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

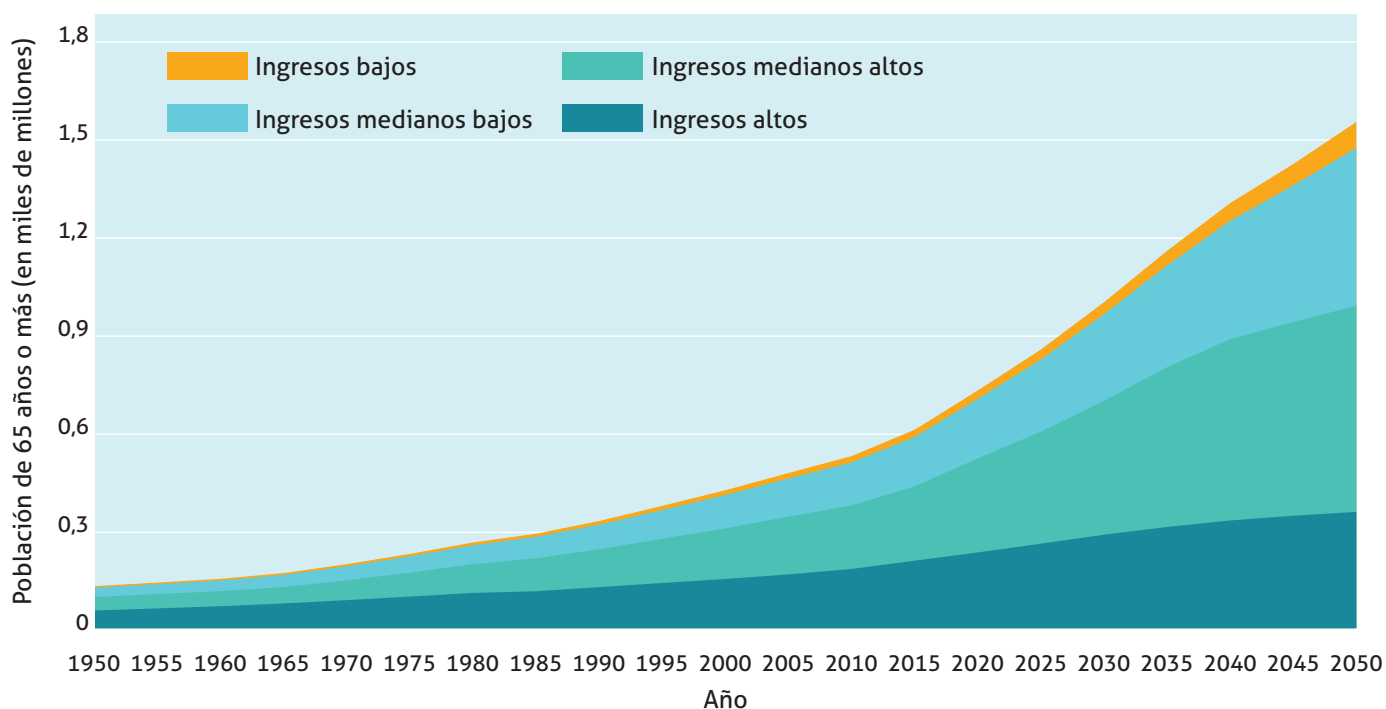
El número de personas de 65 años o más aumentará en los países de ingresos medianos: para el 2050 la mayoría de las personas mayores vivirá en estos países.

En todos los países del mundo, las cohortes de personas que están envejeciendo son cada vez más grandes. Se prevé que el número de personas de 65 años o más llegue a 994 millones en el 2030 y a 1600 millones en el 2050 (1). Entre los distintos países se observan grandes variaciones en el ritmo de envejecimiento, debido a las diferencias en las tasas de fecundidad y mortalidad infantil, así como al aumento de la tasa de supervivencia de las personas adultas y a las variaciones en las tasas de natalidad y mortalidad registradas en el pasado.

El ritmo de envejecimiento más acelerado se observa en los países de ingresos medianos: para el 2050 alrededor del 71% de las personas de 65 años o más vivirán allí (figura 1). Además, en la actualidad, las mujeres mayores superan en número a los hombres mayores debido a que tienen una mayor esperanza de vida en todas las regiones del mundo.

En el mundo, la esperanza de vida al nacer aumentó de 66,8 años en el 2000 a 73,3 años en el 2019. Al mismo tiempo, la esperanza de vida saludable pasó de 58,3 a 63,7 años (1). Esto quiere decir que la brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable al nacer se incrementó de 8,5 a 9,6 años. La brecha sigue expandiéndose, lo cual implica un aumento de la morbilidad (es decir, más discapacidad con la edad) y un alza en la demanda de cuidados.

Figura 1. Número de personas de 65 años o más, por nivel de ingresos de los países, 1950-2050



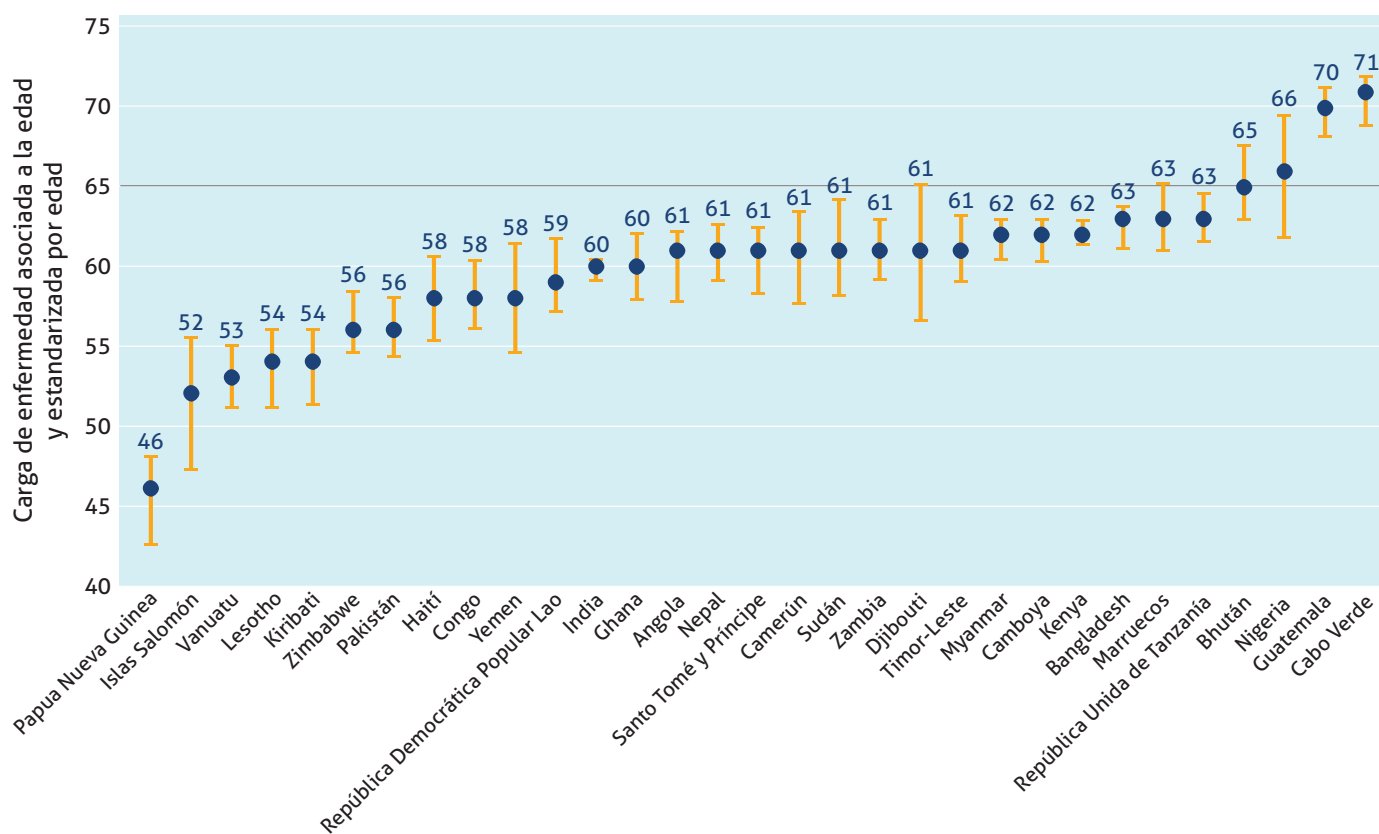
Fuente: Datos procedentes de *World population prospects 2022: summary of results (2)*.

La amplia variación observada a nivel regional en la prevalencia de la discapacidad en las personas mayores parece indicar diferencias en el acceso a los recursos relacionados con la salud a lo largo de la vida. En la Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la brecha entre la esperanza de vida saludable y la esperanza de vida al nacer es de 11 años. En comparación, en la Región de África, la diferencia es de 8,5 años, debido en parte a los niveles persistentemente elevados de mortalidad infantil y materna, y a la menor capacidad de los sistemas de salud para atender a las personas adultas con enfermedades crónicas.

En los países de ingresos bajos y medianos, muchas personas comenzarán a tener problemas de salud relacionados con la edad antes de los 65 años, sobre todo en entornos donde la inversión en atención de salud en los primeros años de vida y en la vida adulta es baja.

La mayoría de las métricas utilizadas para el envejecimiento se basan en la edad cronológica. Sin embargo, independientemente de la edad cronológica, la capacidad funcional varía significativamente entre los distintos grupos de población y dentro de ellos. Para estimar la carga para la salud relacionada con la edad y estandarizada por edad en cada país, los investigadores utilizaron la carga mundial de enfermedad en el grupo etario de 65 años como población de referencia. El estudio mostró una amplia variación entre los países en cuanto al inicio cronológico del envejecimiento, medido por la carga para la salud relacionada con la edad. El perfil de enfermedad de una persona de 46 años en Papúa Nueva Guinea y de una persona de 76 años en Japón equivalen al de la población de referencia mundial de 65 años (3). Los resultados indican que muchas personas que viven en países de ingresos bajos y medianos comenzarán a tener problemas de salud relacionados con la edad antes de cumplir los 65 años, e incluso a partir de los 46 años (figura 2).

Figura 2. Inicio del envejecimiento en los países de ingresos medianos bajos: carga de enfermedad asociada a la edad y estandarizada por la edad equivalente a una persona promedio de 65 años a nivel mundial



Fuente: *Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017* (3). Los datos correspondientes al 2017 para los países de ingresos medianos bajos se obtuvieron de *World population prospects 2022: summary of results* (2).

Es notable la diferencia en el inicio del envejecimiento en países con niveles similares de recursos. Dado que las intervenciones en materia de salud tienen un efecto acumulativo, esto indica que la manera en que los países priorizan y asignan recursos a la salud tiene una gran importancia. Invertir en la salud desde los primeros años de vida puede reducir el nivel de discapacidad relacionada con la edad más adelante. Los sistemas de salud más sólidos también permiten manejar mejor la atención de problemas de salud crónicos en las personas adultas, lo cual no solo mejora la tasa de supervivencia, sino que también fortalece la prevención y el manejo de la discapacidad en personas de mayor edad. El entorno social, tanto en el hogar como en la comunidad, también es un factor importante para el envejecimiento saludable, al igual que la movilidad y la seguridad de las personas con capacidades físicas limitadas.

Los cuidados a largo plazo incluyen algunos servicios médicos y de diagnóstico para tratar enfermedades y problemas de salud agudos en centros de salud, pero por lo general se refieren al apoyo brindado al margen del sistema de salud por personas que prestan cuidados de manera formal o informal en instituciones o en el hogar para que sea posible mantener las actividades de la vida diaria.

Muchas personas mayores necesitan cuidados a largo plazo (CLP) para mantener una buena salud y calidad de vida. La OMS define los cuidados a largo plazo como una amplia gama de servicios y apoyo personal, social y médico que garantiza que las personas que han perdido o corren riesgo de perder una porción significativa

de capacidad intrínseca (debido a una enfermedad o discapacidad mental o física) puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos y su dignidad humana (4). Mantener el control del entorno, la libre determinación y la independencia son piezas fundamentales de un enfoque de CLP basado en los derechos.

Los servicios de CLP pueden incluir la atención médica que normalmente se presta a pacientes agudos o con enfermedades comunes como parte del sistema de salud. Sin embargo, por lo general se refieren al apoyo prestado a aquellas personas que no pueden realizar las actividades habituales de la vida diaria de forma independiente. El apoyo se puede prestar por medio de instituciones o en el hogar. Las actividades de la vida diaria son una de las categorías de asistencia más comunes e incluyen asistencia con actividades como cocinar, limpiar, lavar y tomar medicamentos. Gran parte de este tipo de CLP es prestado de manera informal por personas que desean ayudar a las personas mayores de su hogar y de su comunidad. Gracias a su apoyo, las personas que reciben cuidados pueden seguir viviendo en su propia comunidad.

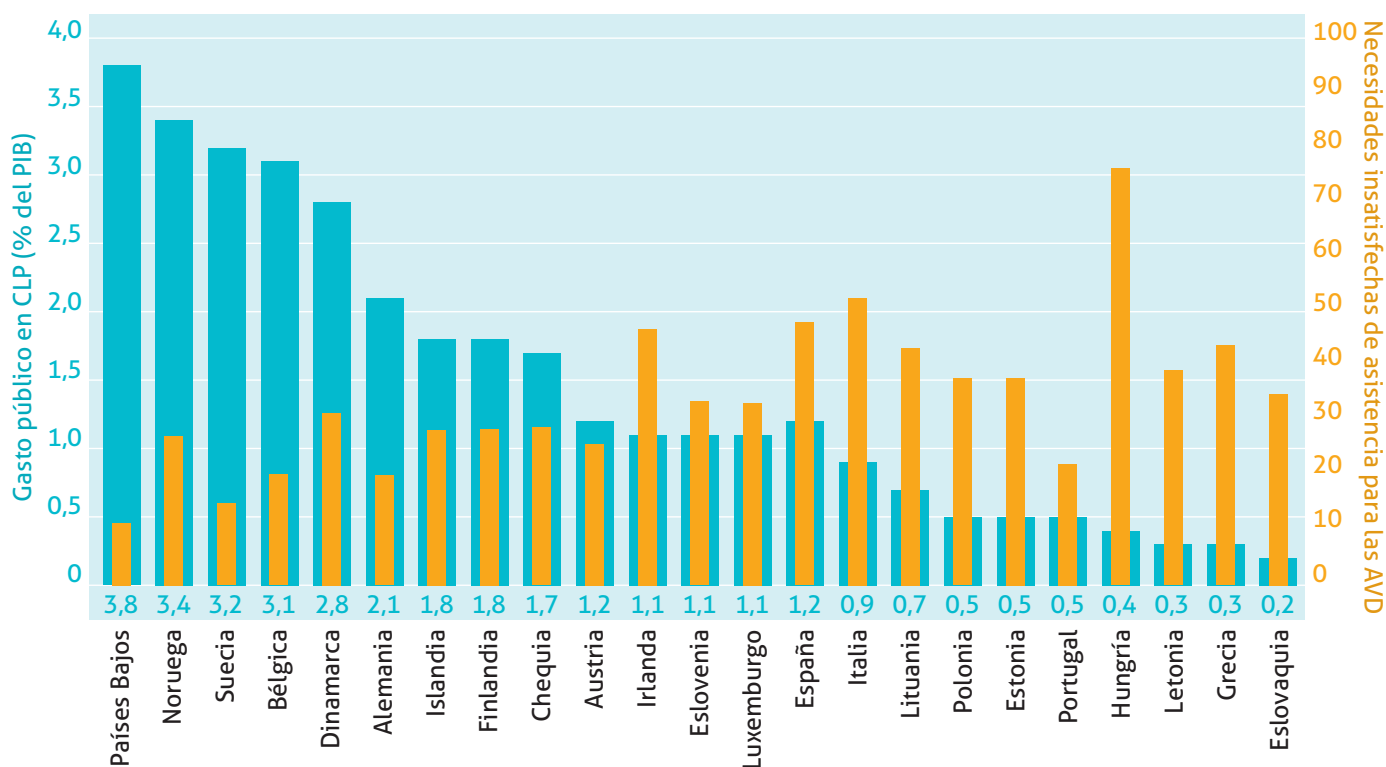
Las necesidades insatisfechas de atención de salud y protección social aumentan la demanda de cuidados a largo plazo; un gasto público más elevado en cuidados a largo plazo se asocia con niveles más bajos de necesidades insatisfechas

En los países de ingresos más altos, el gasto público en cuidados a largo plazo oscila entre menos del 0,1% del producto interno bruto (PIB) en Eslovaquia y 2,9% del PIB en el Reino de los Países Bajos. Se prevé un aumento del gasto público y privado en cuidados a largo plazo que podría atribuirse al envejecimiento de la población, la disminución del número de familiares que están a cargo de los cuidados de manera informal, el aumento de la disponibilidad y del costo de los cuidados a largo plazo prestados de manera formal, y el aumento del patrimonio de los hogares.

En los países europeos con un gasto público relativamente alto en CLP, las personas de 70 años o más afirman tener menos necesidades insatisfechas¹ en lo que respecta a las actividades básicas de la vida diaria (figura 3). Las diferencias en las necesidades insatisfechas se deben a las variaciones en la disponibilidad de cuidados informales y las expectativas de cuidados. Sin embargo, los niveles de necesidades insatisfechas en las personas mayores suelen ser más altos en los países que no cuentan con un sistema formal de CLP y cuyo gasto público o seguro social frente a los factores de riesgo para los CLP es bajo.

¹ Para los propósitos de este estudio, "necesidad insatisfecha" se definió como la proporción de personas encuestadas con limitación en las actividades de la vida diaria que afirmaron necesitar cuidados (o más cuidados, si ya estaban recibiendo algún cuidado) (16).

Figura 3. Relación entre el gasto público en cuidados a largo plazo como porcentaje del PIB y el nivel de necesidades insatisfechas en las personas de 70 años o más en los países europeos, año 2022 o año más próximo



AVD: actividades de la vida diaria; CLP: cuidados a largo plazo; PBI: producto bruto interno.

Fuentes: Datos de estadísticas de salud de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (5) y Ng et al. (6).

Cuando no hay servicios y sistemas formales de cuidados a largo plazo disponibles, las personas y las familias recurren a los servicios de salud para enfermedades y problemas de salud agudos, lo que puede llevar a una atención costosa y subóptima para las personas mayores.

Cuando las personas mayores no tienen familiares que puedan prestar CLP o cuando necesitan atención médica para enfermedades o problemas de salud crónicos, pueden ser ingresadas en hospitales u otras instituciones de salud para obtener la atención necesaria. Esto añade presión a los hospitales y los servicios de atención para enfermedades y problemas de salud agudos, que pueden prestar una atención costosa y subóptima a la hora de satisfacer las necesidades de atención crónica de las personas mayores.

Para reducir la presión sobre los hospitales y centros de atención de pacientes agudos, los gobiernos han invertido en servicios y sistemas de CLP para hacer frente a esta demanda. De esta manera, se reduce el gasto en atención de pacientes agudos por sustitución, es decir, mediante la transferencia de recursos y utilización del sector de la salud a los servicios y entornos de CLP. Además, es posible que otros servicios menos costosos puedan satisfacer mejor las necesidades de las personas mayores. Por ejemplo, para reducir la duración de la estancia de las personas mayores en hospitales para pacientes agudos, los gobiernos han establecido soluciones alternativas de atención institucional o comunitaria. Este tipo de servicios de CLP se asocia con una menor utilización del nivel secundario de la atención y con una menor duración de las estancias hospitalarias (7).

En ausencia de un sistema formal de cuidados a largo plazo, las personas que prestan cuidados informales, que suelen ser las mujeres, pueden tener que reducir su jornada laboral o abandonar el mercado laboral de forma prematura, lo que repercute negativamente en la economía y los recursos del hogar.

La mayoría de los cuidados informales para personas mayores son prestados por mujeres. Ya sea que se trate de esposas, hijas, otras integrantes de la familia o amigas, en muchos países estas mujeres forman la "columna vertebral invisible" de los cuidados informales: en la mayoría de los indicadores económicos no se estima formalmente el valor de su contribución (8). En la Unión Europea, se ha estimado que el 80% de los CLP son prestados por cuidadores informales, y el valor de esta actividad representa entre el 2,4 % y el 2,7 % del PIB de la UE (9). Esta cifra no incluye los cuidados informales prestados por inmigrantes en la economía informal, que en muchos entornos también forma parte del sistema de CLP (10).

Sin un sistema formal de CLP, es posible que las personas que prestan cuidados informales no puedan mantener un empleo a tiempo completo mientras brindan los cuidados necesarios. Como resultado, las personas a cargo de los cuidados pueden verse obligadas a reducir su jornada laboral o abandonar el mercado de trabajo de forma prematura, lo cual dificultará su reincorporación laboral en el futuro (11). En definitiva, supone una pérdida para la economía y para los ingresos de los hogares. Las políticas y los programas dirigidos a reducir la dependencia de los cuidados informales pueden reducir y redistribuir el trabajo no remunerado. Una política clave es aumentar la inversión en servicios y sistemas formales de CLP para aliviar la presión sobre las personas que prestan cuidados informales.

La reducción en el número de personas disponibles para prestar cuidados informales impulsa un aumento de la demanda de CLP formales para las personas mayores.

Incluso las comunidades con tradiciones y culturas que valoran mucho los cuidados prestados por familiares están sufriendo cambios demográficos y económicos. La disminución de la fecundidad de las mujeres en todo el mundo se ha traducido en un número menor de hijos que puedan cuidar a las personas mayores de su hogar. Además, a medida que los países se desarrollan económicamente, las mujeres tienen más oportunidades de ingresar a la fuerza laboral. Estos cambios demográficos y económicos, así como la migración y la urbanización, han dado lugar a una disminución en el número de mujeres disponibles para prestar cuidados de manera informal. Este descenso no se ha visto compensado por un incremento de los cuidados prestados por hombres, a excepción del cuidado de sus cónyuges a edades más avanzadas en algunos entornos.

Existen diferencias entre los países en cuanto a las oportunidades de las mujeres en la fuerza laboral, el nivel de dependencia de las personas mayores y la proporción de los servicios necesarios que pueden absorber las personas que prestan cuidados informales. En los entornos de ingresos altos, el aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral muestra correlación con un incremento del gasto en CLP (12). Esto indica que el gasto en CLP y el correspondiente aumento de los servicios formales de CLP pueden compensar la reducción en el número de personas disponibles para prestar cuidados resultante del aumento de las oportunidades de trabajo para las mujeres. Esta conclusión es congruente con los informes de los países nórdicos que destacan que disponer de beneficios laborales relativamente generosos respecto de los CLP ha contribuido a la equidad de género en la prestación de cuidados informales (13).

Es necesaria una intervención pública para abordar las fallas del mercado de los seguros privados de cuidados a largo plazo

La necesidad de CLP es una incertidumbre a la que todas las personas se enfrentan. Sin embargo, el mercado de CLP, al igual que el mercado de la atención de salud, se enfrenta al problema de la selección adversa y el riesgo moral. La selección adversa se debe a que los principales compradores de seguros de CLP son las personas que sin duda lo usarán (es decir, aquellas con una discapacidad mayor o con discapacidades más graves). El riesgo moral se presenta cuando las personas que tienen seguro utilizan más los servicios de CLP. Además, muchas personas creen que no necesitarán CLP en el futuro, tienen una percepción errónea del riesgo de dependencia a una edad más avanzada, subestiman el costo o creen que el costo está cubierto por los seguros de salud (14). Si bien es cierto que algunas personas no necesitarán CLP, otras pueden requerir apoyo intensivo o atención institucional, lo cual podría acarrear costos que exceden sus ingresos o su patrimonio. Esto puede desembocar en pagos directos cuantiosos por servicios privados o en la renuncia a recibir cuidados por parte de las personas en países de ingresos medianos y bajos sin servicios de CLP públicos. A nivel mundial, los hogares donde la cabeza o jefe de familia es una persona de 60 años o más o donde hay al menos una persona mayor o solo personas mayores tienen mayores tasas de gastos catastróficos en salud (15).

La agrupación de riesgos hace que los costos sean más predecibles, dado que los costos son inciertos y potencialmente catastróficos. Al contrario que en el caso del seguro de salud, que es pagado de forma parcial o total por un empleador, las primas de los seguros de CLP generalmente son pagadas en su totalidad por las personas, que continúan pagándolas en la medida en que necesiten CLP. La cobertura limitada de estos seguros y las primas injustas desde el punto de vista actuarial también pueden deberse a la incertidumbre sobre el riesgo de que una persona necesite cuidados y el intervalo potencialmente extenso entre el momento en que se compra el seguro y la necesidad de usarlo (16). Por estos factores, el mercado de seguros privados de CLP sigue siendo relativamente pequeño y no representa una fuente importante de financiamiento o cobertura, ya que sirve en gran medida como seguro privado voluntario que complementa los programas públicos.

Consecuencias para los países de ingresos bajos y medianos

La demanda de CLP depende de varias tendencias. Un factor clave es el envejecimiento de la población. A medida que aumenta el número de personas mayores, una pregunta clave es si estas personas tendrán un envejecimiento saludable, en el que los años adicionales se traduzcan en vida saludable adicional, o si se enfrentarán a años adicionales de mala salud a medida que envejecen y aumentarán la demanda de CLP. La evidencia indica que, en los países de ingresos bajos y medianos, muchas personas comenzarán a tener problemas de salud relacionados con la edad antes de los 65 años. La inversión en salud durante los primeros años de vida y la vida adulta puede mitigar la demanda de CLP al promover una buena salud a lo largo de toda la vida. Sin servicios y sistemas formales de CLP, las personas que prestan cuidados de manera informal, que suelen ser mujeres, pueden verse obligadas a reducir sus horas de trabajo o a abandonar el mercado laboral de forma prematura, lo que ejerce presión sobre la economía y los recursos del hogar. Al mismo tiempo, se ha reducido el número de personas disponibles para prestar cuidados informales, que por lo general son mujeres, al disminuir la fecundidad y el tamaño de las familias, y aumentar las oportunidades para las mujeres en el mercado laboral formal. Las personas subestiman su necesidad de CLP, a pesar de

que muchas podrían requerir apoyo intensivo o atención institucional, cuyo costo puede exceder sus ingresos. Dada la falla del mercado de los seguros privados de CLP, está más que justificada la intervención pública para satisfacer la demanda. Los países que han invertido en sistemas de CLP reconocen el valor que tiene para la economía promover la participación de las mujeres en la fuerza laboral, reducir la presión sobre el sistema de atención de enfermedades y problemas de salud agudos, y prestar los servicios y la protección financiera necesarios para las personas mayores y sus familias.

Agradecimientos

Esta sinopsis forma parte de una serie que tiene como objetivo informar a los responsables de las políticas sobre el financiamiento de los cuidados a largo plazo en los países de ingresos bajos y medianos. Su redacción estuvo a cargo de Sara L. Barber, del Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario en Kobe (WKC). Se agradecen las contribuciones de Sara J. McLaughlin, Universidad de Miami (Estados Unidos); Ricardo Jorge Alcobia Granja Rodrigues, Universidad de Lisboa (Portugal); y Megumi Rosenberg, WKC.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. World health statistics 2022. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>. Consultado el 1 de noviembre del 2023.
2. Naciones Unidas. World population prospects 2022: summary of results. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2022. Disponible en: <https://desapublications.un.org/file/989/download>. Consultado el 1 de noviembre del 2023.
3. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*; 2019;4:e159-67. doi:10.1016/S2468 2667(19)30019-2.
4. Organización Mundial de la Salud. Integrated continuum of long-term care [sitio web]. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-continuum-of-long-term-care>. Consultado el 7 de octubre del 2023.
5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OECD health statistics 2023. París: OCDE; 2023. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Consultado el 1 de febrero del 2024.
6. Ng N, Anindya K, Berger F, Rosenberg M. Inequality in unmet healthcare and social care needs in Europe: evidence summary. Kobe: Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario; 2023. Disponible en: <https://wkc.who.int/docs/librariesprovider24/wkc-projects-documents/j0247-who-wkc-unmet-research-brief-v4-final.pdf>. Consultado el 22 de enero del 2024.
7. Searle B, Barker RO, Stow D, Spiers GF, Pearson F, Hanratty B. Which interventions are effective at decreasing or increasing emergency department attendances or hospital admissions from long-term care facilities? A systematic review. *BMJ Open*. 2023;13:e064914. doi:10.1136/bmjopen-2022-064914.
8. ONU-Mujeres. Long-term care for older people: a new global gender priority. Nueva York: ONU-Mujeres; 2017. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2017/UN-Women-Policy-Brief-09-Long-term-care-for-older-people-en.pdf>. Consultado el 1 de octubre del 2023.
9. T Huis in 't Veld, Korver D, Orhan R, Berenschot L. The economic value of informal long-term care. *Eur J Public Health*. 2022;32(Suppl. 3):ckac130.121. doi:10.1093/eurpub/ckac130.121.
10. Rodrigues R. Long-term Care: Dilemmas Concerning Sustainable Financing - EU Peer Review Slovenia. Viena: Centro Europeo de Políticas de Bienestar Social e Investigación; 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Rodrigues-25/publication/274714095_Long-term_Care_Dilemmas_Concerning_Sustainable_Financing_EU_Peer_Review_Slovenia/links/552784d60cf229e6d6361e67/Long-term-Care-Dilemmas-Concerning-Sustainable-Financing-EU-Peer-Review-Slovenia.pdf. Consultado el 22 de enero del 2024.
11. Heger D, Korfhage T. Short- and Medium-Term Effects of Informal Eldercare on Labor Market Outcomes, *Fem Econ*. 2020; 26; 4: 205-227. DOI: 10.1080/13545701.2020.1786594
12. Costa-Font J, Vilaplana-Prieto C. 'Investing' in care for old age? An examination of long-term care expenditure dynamics and its spillovers. *Empir Econ*. 2023;64:1-30. doi:10.1007/s00181-022-02246-0.

13. Da Roit B, Hoogenboom M, Weicht B. The gender informal care gap: a fuzzy-set analysis of cross-country variations. *Eur Soc.* 2015;17:199–218. doi:10.1080/14616696.2015.1007153.
14. Norton EC. Health and long-term care. En: Piggott J, Woodland A, editores. *Handbook of the economics of population ageing*. Ámsterdam: Elsevier; 2016:951-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/bs.hespa.2016.06.001>. Consultado el 1 de noviembre del 2023.
15. Organización Mundial de la Salud. *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. Ginebra: OMS, Banco Mundial; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>. Consultado el 1 de noviembre del 2023.
16. Bell DNF, Lemmon E. The economics of long-term care. En Bloom DE, Sousa- Poza A, Sunde U, editores. *The Routledge handbook of the economics of ageing*. Londres: Routledge; 2022. Disponible en: <https://www.routledge.com/The-Routledge-Handbook-of-the-Economics-of-Ageing/Bloom-Sousa-Poza-Sunde/p/book/9780367713324>. Consultado el 1 de noviembre del 2023.

Versión oficial en español de la obra original en inglés

Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings: brief 1: drivers of the demand for long-term care

© Organización Mundial de la Salud, 2023

ISBN: 978-92-4-008649-4 (versión electrónica)

Financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para los entornos de ingresos bajos y medianos. Sinopsis 1. Factores que impulsan la demanda de cuidados a largo plazo

ISBN: 978-92-75-32910-8 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12910-4 (Print versión)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2025**

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 1. Factores que impulsan la demanda de cuidados a largo plazo. Washington, DC: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329108>.

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

