

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

Sinopsis 2. Decisiones sobre la cobertura poblacional de los cuidados a largo plazo

Mensajes clave

- Después de que deciden invertir en los cuidados a largo plazo para las personas mayores, los países pueden adoptar un enfoque universal, selectivo o combinado para determinar quiénes recibirán cobertura por medio del sistema público de cuidados a largo plazo.^a
- El enfoque universal de los cuidados a largo plazo se basa en el principio de la igualdad de acceso a los servicios necesarios de salud y asistencia social de toda la población y el acceso a la atención necesaria para las personas con discapacidad.
- Entre las ventajas del enfoque universal cabe mencionar su amplia base de financiamiento, que promueve la equidad y la sostenibilidad.
- Si bien se suele creer que los sistemas de cuidados a largo plazo con un enfoque universal son costosos, el costo depende de la generosidad del conjunto de prestaciones y de las decisiones relativas a su ejecución.
- El enfoque selectivo de los cuidados a largo plazo, que se centra en las personas que más los necesitan, supone que las personas y las familias son las principales responsables de prestar los cuidados a largo plazo, y el apoyo del gobierno se dirige a quienes no pueden atender sus propias necesidades.
- La percepción de que el enfoque selectivo supondrá un costo menor para el gobierno puede verse contrarrestado por el costo de realizar la comprobación de los recursos de la persona para determinar quiénes cumplen los umbrales de ingresos bajos o quiénes necesitan servicios.

- El enfoque selectivo también puede dar lugar a un alto grado de necesidades insatisfechas y de gastos en las personas que no cuentan con los recursos para pagar la atención pero que no alcanzan los umbrales de ingresos bajos establecidos.
- El enfoque combinado de los cuidados a largo plazo aplica la cobertura universal para algunos servicios o grupos poblacionales y la cobertura condicionada a la comprobación de los recursos de la persona para otros; por consiguiente, algunas personas mayores pueden tener que afrontar pagos elevados para acceder a los servicios que necesitan.
- Algunos países de ingresos bajos y medianos han empezado a aplicar un enfoque combinado utilizando los recursos públicos y privados disponibles, al tiempo que han establecido las políticas, los sistemas y la infraestructura necesarios para la cobertura universal de los cuidados a largo plazo y la protección financiera de las personas mayores.

^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.

Después de que deciden invertir en los cuidados a largo plazo para las personas mayores, los países pueden adoptar un enfoque universal, selectivo o combinado para determinar quiénes recibirán cobertura por medio del sistema público de cuidados a largo plazo

Hay grandes diferencias entre los países respecto de los enfoques de cobertura, las fuentes de financiamiento, los conjuntos de prestaciones y los modelos de prestación de servicios de cuidados a largo plazo (CLP). Estas decisiones dependen del contexto económico y social, así como de la infraestructura disponible para prestar atención de salud y asistencia social. Los enfoques evolucionan constantemente a medida que los países se esfuerzan por brindar cobertura y protección financiera a las personas mayores. Las diferencias afectan al nivel y la composición del gasto en CLP por categorías de servicios.

A la hora de diseñar y financiar los CLP, una de las primeras cuestiones clave de política es definir la población que estará cubierta (figura 1). Los países pueden adoptar un enfoque universal o selectivo, o una combinación de ambos, para determinar quiénes se beneficiarán del financiamiento público destinado a asegurar el acceso a los CLP y la protección financiera (1). Los sistemas de CLP con un enfoque universal suelen cubrir a toda la población, y los enfoques selectivos se centran en los servicios de CLP para quienes más los necesitan.

Figura 1. La población que recibirá cobertura
La elección entre un enfoque universal, selectivo o combinado de los cuidados a largo plazo



Fuente: Figura adaptada de (2).

El enfoque universal de los cuidados a largo plazo se basa en el principio de la igualdad de acceso a los servicios necesarios de salud y asistencia social de toda la población y el acceso a la atención necesaria para las personas con discapacidad

El principio subyacente del enfoque universal es asegurar un acceso equitativo para toda la población, sobre la base de sus necesidades de asistencia social y atención de salud. Este principio está en consonancia con los compromisos de las Naciones Unidas establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, específicamente la meta 3.8 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, que busca alcanzar la cobertura universal de salud y en la cual los Estados Miembros se comprometieron a asegurar la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de atención de salud de alta calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de alta calidad y asequibles para todas las personas (3). El enfoque universal de los CLP también está en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que los Estados Miembros se comprometieron a asegurar el acceso a los servicios para las personas con discapacidad (4), y con una posible convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas mayores.

Algunos sistemas de CLP con un enfoque universal se centran en las personas mayores. En Japón, el acceso a los CLP se determina por la edad, por lo que todas las personas de 65 años o más que tengan una necesidad demostrada tienen acceso a CLP, independientemente de su nivel de ingresos o de la disponibilidad de familiares para prestar cuidados; además, las personas de 40 años o más tienen acceso si tienen alguna discapacidad relacionada con la edad (5). En otros entornos con cobertura universal de CLP, como en el Reino de los Países Bajos, toda la población recibe

cobertura, y las personas pueden recibir prestaciones independientemente de su edad si se demuestra que necesitan estos cuidados. Si bien los ingresos o el patrimonio no se tienen en cuenta a la hora de determinar la población que está cubierta y el acceso, los ingresos pueden tenerse en cuenta a la hora de determinar el nivel de coparticipación en los costos de cada persona beneficiaria. Se estima que un tercio de los Estados Miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) cuentan con sistemas que proporcionan cobertura universal de CLP financiada principalmente con ingresos tributarios o el seguro social (1). Muchos países modelan sus sistemas de CLP basándose en sus sistemas de salud; por lo tanto, los países que adoptan un enfoque universal para financiar y proporcionar atención de salud también tienden a adoptar un enfoque universal respecto de los CLP.

Una ventaja clave del enfoque universal es la equidad al incluir a todas las personas que necesitan atención, en consonancia con los compromisos de las Naciones Unidas (figura 2). Cuando los conjuntos de prestaciones son generosos, esto permite que los mayores costos de los cuidados para las personas con discapacidad grave se compensen con los menores costos de los cuidados para las personas con discapacidad menos grave, lo que puede crear una base de financiamiento más sostenible y equitativa (6).

Si bien se suele creer que los sistemas de cuidados a largo plazo con un enfoque universal son costosos, el costo depende de la generosidad del conjunto de prestaciones y de las decisiones relativas a su ejecución

A menudo se supone que la principal desventaja del enfoque universal son los costos más altos en comparación con el enfoque selectivo, que se centra en grupos específicos de la población (figura 2). Sin embargo, esta idea se basa en la premisa de que los sistemas de CLP con un enfoque universal ofrecen conjuntos de prestaciones generosos, lo cual no siempre es cierto. La generosidad del conjunto de prestaciones está determinada por otras decisiones sobre el alcance de las prestaciones cubiertas, la coparticipación en los costos de las personas beneficiarias, las políticas de precios y reembolsos, y las normas de calidad.

Tales decisiones pueden cambiar en respuesta a la demanda y los recursos. En algunos entornos, los sistemas de CLP con un enfoque universal cubren a toda la población, pero el conjunto de prestaciones puede ser limitado o centrarse en personas con discapacidad grave o grandes necesidades de asistencia y los copagos pueden ser altos. El modelo de prestación de servicios también es un componente clave del costo; por ejemplo, los costos pueden ser más altos en los sistemas en los que los servicios de CLP no médicos se prestan en centros especializados o de atención de salud.

Figura 2. Principales ventajas y desventajas del enfoque universal de los cuidados a largo plazo

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> – Está en consonancia con los compromisos de las Naciones Unidas con la cobertura universal de salud y la prestación de servicios para las personas con discapacidad. – La participación obligatoria o universal puede ser más sostenible, equitativa e inclusiva. – Reduce la presión sobre las familias y las personas que prestan cuidados de manera informal, quienes suelen asumir los gastos asociados a los cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> – Puede costar más para el pagador público dependiendo de la generosidad del conjunto de prestaciones, los acuerdos de coparticipación en los costos, las decisiones de fijación de precios, pagos y reembolsos, y el modo de prestación de servicios.

Fuentes: Colombo et al. (1), Karagiannidou y Wittenberg (6), Reinhard et al. (7), Cheng et al. (8).

El enfoque selectivo de los cuidados a largo plazo, que se centra en las personas que más los necesitan, supone que las personas y las familias son las principales responsables de prestar cuidados a largo plazo, y el apoyo del gobierno se dirige a quienes no pueden atender sus propias necesidades

En el enfoque selectivo, los CLP se brindan a quienes más los necesitan (1). Los sistemas selectivos de CLP definen la necesidad como la incapacidad de las personas con altos niveles de deterioro físico o cognitivo de afrontar el costo de los servicios. La premisa subyacente es que las personas y sus familias son los principales responsables de prestar los CLP, y el apoyo del gobierno debe utilizarse solo como último recurso para quienes no pueden atender sus propias necesidades. La población cubierta se determina mediante el uso de diversos instrumentos, como la comprobación de los recursos de la persona y la evaluación de sus necesidades. La comprobación de los recursos de la persona consiste en medir su patrimonio o sus ingresos para determinar si una persona puede permitirse pagar los CLP.

En el enfoque selectivo se establecen umbrales para determinar el acceso. En algunos entornos, las personas solo reúnen los requisitos para recibir financiamiento público cuando agotan sus propios recursos financieros y si tienen un alto grado de discapacidad. En la práctica, esto implica que las personas mayores solo reúnen los requisitos cuando se empobrecen. En Estados Unidos de América, por ejemplo, se exige a las personas que gasten sus activos antes de reunir los requisitos para recibir CLP públicos (9).

En los enfoques selectivos, los miembros del hogar y la comunidad suelen ser la columna vertebral de la asistencia de CLP. La prestación informal de cuidados por la familia y las amistades es parte fundamental de la prestación de cuidados personales y asistencia social, especialmente en el caso de las personas que no son pobres ni tienen discapacidad grave. En algunos sistemas de CLP, la prestación informal de cuidados se considera un activo, y las comprobaciones de los recursos de la persona pueden incluir la determinación de la disponibilidad de cuidadores informales, ya sea

que esas personas estén realmente prestando cuidados o no. Esto puede dar lugar a necesidades insatisfechas cuando los cuidados no están disponibles (10).

La ventaja principal de un enfoque selectivo es que se da prioridad a que quienes necesitan los servicios reciban los recursos escasos, suponiendo que la selección sea eficiente y que la comprobación de los recursos de la persona no acarree una pesada carga administrativa. Por lo tanto, este enfoque puede ser menos costoso para el pagador público, dependiendo de la carga administrativa y el conjunto de prestaciones (figura 3).

Figura 3. Principales ventajas y desventajas del enfoque selectivo de los cuidados a largo plazo

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> - Si se dirige de manera eficiente, se priorizan los recursos escasos para quienes los necesitan. - Puede ser menos costoso para los pagadores públicos dependiendo de la generosidad del conjunto de prestaciones y su aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - La aplicación de la comprobación del patrimonio y de los recursos de la persona y el establecimiento de umbrales de acceso pueden ser difíciles, costosos y controvertidos en la práctica. - Es posible que las personas deban gastar todos sus ahorros y liquidar activos personales antes de reunir los requisitos para recibir asistencia. - Puede dar lugar a una gran necesidad insatisfecha en el caso de las personas que no logran alcanzar los umbrales de ingresos bajos, pero que no pueden pagar el costo de la asistencia. - Las personas que no reúnen los requisitos y sus familias pueden afrontar altos gastos relacionados con los CLP. - Si no hay una fuente específica de ingresos, los impuestos generales pueden estar sujetos a recortes presupuestarios. - Tiende a depender en gran medida de las personas que prestan cuidados de manera informal, lo que supone una carga considerable para estas personas, principalmente mujeres, que pueden verse obligadas a reducir su participación en la fuerza de trabajo formal. - Las prestaciones condicionadas a la comprobación de los recursos de la persona suelen ser percibidas como un estigma en lugar de un derecho, lo que puede afectar la participación y la utilización.

Fuentes: Colombo et al. (1), Karagiannidou y Wittenberg (6), Cheng et al. (8), Stangl et al. (11).

Las desventajas del enfoque selectivo de los cuidados a largo plazo incluyen el alto costo de realizar la comprobación de los recursos de la persona para determinar quiénes alcanzan los umbrales de ingresos bajos, la dificultad para establecer umbrales de acceso y la gran necesidad insatisfecha en el caso de las personas que no alcanzan los umbrales

El enfoque selectivo de los CLP presenta varias desventajas (figura 3). Realizar la comprobación del patrimonio o de los recursos de la persona y establecer umbrales de acceso puede ser un proceso difícil y costoso a la hora de ponerlo en práctica, y esto puede contrarrestar cualquier ahorro de costos asociado con la selección de las personas que necesitan los servicios. Un programa centrado en las personas de ingresos bajos puede hacer que se ejerza presión para que las personas gasten sus ahorros y liquiden activos personales para reunir los requisitos. Esto también puede crear un grupo de personas que no alcanzan los umbrales de ingresos bajos, pero que no pueden pagar los gastos de la asistencia que necesitan, lo que genera preocupaciones relativas a la justicia y la equidad. Los enfoques selectivos tienden a no tener fuentes específicas de ingresos y a depender de los impuestos generales. Los ingresos derivados de los impuestos generales son vulnerables a los recortes presupuestarios en tiempos de presiones fiscales.

Sin cobertura, las personas que no reúnen los requisitos y sus familias pueden tener gastos elevados y necesidades insatisfechas. El enfoque selectivo también tiende a depender en gran medida de las personas que prestan cuidados de manera informal, lo que supone una pesada carga, sobre todo para las mujeres, quienes pueden reducir su participación en la fuerza de trabajo formal. Además, las personas que participan en programas basados en la comprobación de los recursos de la persona pueden ser estigmatizadas, lo que puede afectar su voluntad de participar en un programa y, posiblemente, la calidad y la prestación de su atención, en caso de que los beneficiarios sean objeto de discriminación (11).

El enfoque combinado de los cuidados a largo plazo aplica la cobertura universal para algunos servicios o grupos poblacionales y la cobertura condicionada a la comprobación de los recursos de la persona para otros; por consiguiente, algunas personas mayores pueden tener que afrontar pagos elevados para acceder a los servicios que necesitan

Muchos países combinan diferentes enfoques, ofreciendo una mezcla de servicios de CLP con un enfoque universal y basados en la comprobación de los recursos de la persona. En el marco del enfoque combinado, el derecho universal se aplica a algunos servicios o grupos de población, mientras que la comprobación de los recursos de la persona se aplica a otros servicios. En los países de ingresos bajos y medianos con menos recursos para los CLP, la cobertura universal puede proporcionarse solo respecto de los servicios que necesitan las personas con discapacidad grave, como la atención institucional. En la medida de lo posible se pueden utilizar recursos limitados para cubrir los servicios de enfermería a domicilio y los cuidados personales a fin de ayudar a las personas a que sigan viviendo en su hogar el mayor tiempo posible, y reducir la presión ejercida sobre las instituciones y los centros de salud. Dichos entornos pueden utilizar múltiples pagadores y tener diferencias en los requisitos de acceso a los servicios, la estructura de las prestaciones y la aplicación. Con arreglo a estos modelos, los pagos directos de determinados servicios pueden ser relativamente elevados y algunos servicios pueden requerir una comprobación de los recursos de la persona para determinar el acceso.

Francia aplica un enfoque combinado de los CLP. El seguro social de salud ofrece acceso universal a atención médica especializada para las personas mayores, incluida la atención en centros de enfermería especializada y residencias para personas mayores, servicios médicos y de enfermería para CLP en el hogar, como también cuidados paliativos en un hospital. Se aplican copagos significativos a los servicios de CLP, y estos pueden reducirse mediante la compra por separado de un seguro de salud voluntario privado. Un subsidio de autonomía personal brinda prestaciones para las necesidades de asistencia y cuidados personales que no están cubiertas por el seguro social de salud. El subsidio de autonomía personal es una asignación basada en la comprobación de las necesidades y los recursos de las personas mayores que se utiliza para determinar la atención diurna y los cuidados personales en residencias para personas mayores o en el hogar. Se financia tanto con contribuciones nacionales como con impuestos locales, y lo gestionan las autoridades locales (12).

Algunos países de ingresos bajos y medianos han empezado a aplicar un enfoque combinado utilizando los recursos públicos y privados disponibles, al tiempo que han establecido las políticas, los sistemas y la infraestructura necesarios para la cobertura universal de los cuidados a largo plazo y la protección financiera de las personas mayores

En algunos países de ingresos bajos y medianos se están realizando esfuerzos para poner en marcha programas selectivos de CLP que se centren únicamente en las personas de ingresos bajos o con discapacidad, prestados por organizaciones no gubernamentales o complementados por estas (8). En algunos entornos se están llevando a cabo esfuerzos concertados para ampliar el alcance de los programas de CLP a fin de adoptar un enfoque universal más integral.

Tailandia presta servicios de CLP mediante un programa comunitario y dos programas de subsidio universal dirigidos a los grupos de población vulnerables. El programa comunitario universal de CLP proporciona asistencia comunitaria y en el hogar a las personas frágiles de 60 años o más (13). El programa se financia en parte con el programa de atención universal de salud del país financiado con impuestos, y la generosidad del conjunto de prestaciones depende del nivel de fragilidad. Los servicios incluyen visitas en el hogar por parte de las personas a cargo de los cuidados; gestión de la asistencia (por ejemplo, evaluación de la asistencia y elaboración de un plan de asistencia); y asistencia social, como el apoyo a las actividades de la vida diaria, las mejoras en el entorno del hogar y el apoyo para los dispositivos de asistencia; y servicios de atención médica. El programa comunitario de CLP se complementa con dos programas de subsidio universal dirigidos a las personas mayores y a las personas con discapacidad. Tailandia amplió su programa de subsidios en el 2009, que se había establecido inicialmente como una iniciativa basada en la comprobación de los recursos de la persona, a fin de convertirlo en un plan universal que cubría a todas las personas mayores. Todas las personas de 60 años o más tienen derecho a subsidios de US\$ 20 a US\$ 33 mensuales. Un programa separado de asistencia para personas mayores basado en la comprobación de sus recursos les proporciona asistencia financiera y les ayuda a conseguir alojamiento y alimentos. Se financia con impuestos especiales sobre productos como el tabaco y el alcohol, y contribuciones de donantes. Tailandia también lleva a cabo un programa de voluntarios, conocido como voluntarios de salud de las comunidades, que promueve la vinculación de las personas mayores con el personal de atención de salud por medio de la organización de actividades comunitarias y la realización de visitas domiciliarias (8).

En Costa Rica, los CLP están evolucionando rápidamente, pasando de programas basados en la comprobación de los recursos de la persona dirigidos a las personas de ingresos bajos y vulnerables sin apoyo familiar a programas universales en pequeña escala. El Fondo de Desarrollo Social y Subsidios Familiares administra un programa basado en la comprobación de los recursos de la persona que presta atención institucional (es decir, residencial), diurna y en el hogar a las personas de 60 años o más en situación de pobreza. El Consejo Nacional de Personas con Discapacidad subsidia la atención institucional para las personas con discapacidad menores de 65 años en situación de pobreza. En el 2021 se estableció un sistema nacional de CLP y se han brindado prestaciones de servicio con un enfoque universal y subsidios en efectivo a la población adulta en función de su necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Los responsables de la prestación informal de cuidados y los familiares que brindan cuidados también pueden ser beneficiarios. El programa universal se financia con ingresos tributarios generales por un monto de US\$ 253 millones anuales (0,48 % del producto interno bruto). Estos tres programas gubernamentales abarcan una amplia gama de servicios de cuidado en el hogar, en entornos residenciales, y para la atención a distancia y la atención diurna (8, 14).

En la República de Indonesia, en el 2021 se anunció una nueva estrategia nacional sobre el envejecimiento, con el objetivo de aplicar una política nacional y una estrategia de financiamiento para los CLP (8). La estrategia nacional está integrada por cuatro políticas: seguridad social, educación a largo plazo, programas de empoderamiento e integración de las personas mayores en esos programas. La política nacional entraña una ampliación significativa de la capacidad del sistema de prestación de CLP, así como una mejor integración de los CLP en el sistema de atención de salud pública del país en los centros de salud de las aldeas. En la actualidad, el financiamiento público de los CLP en Indonesia comprende múltiples programas de apoyo a los servicios de CLP basados en la comprobación de los recursos de la persona para más de 625 000 personas, dirigidos a las personas mayores de ingresos bajos que tienen un acceso limitado a los centros y al apoyo familiar; lo llevan a cabo en gran medida organizaciones comunitarias (15).

Sudáfrica cuenta con marcos normativos bien desarrollados en torno al envejecimiento y los derechos de las personas mayores. El Departamento de Desarrollo Social administra programas de atención residencial, comunitaria y en el hogar. Más de 400 centros residenciales públicos atienden a personas de 60 años o más que son frágiles y de ingresos bajos, y la mayoría de los centros son administrados por organizaciones no gubernamentales o religiosas. La asistencia en el hogar comprende la ayuda en las tareas domésticas y los cuidados personales; y se ofrecen servicios de atención diurna para las personas mayores a fin de ayudar a las familias trabajadoras. La Agencia de Seguridad Social de Sudáfrica administra un subsidio o pensión que proporciona a las personas beneficiarias de 60 años o más una prestación mensual en efectivo de US\$ 117 que puede utilizarse para los CLP, pero que probablemente sea insuficiente para las personas con grandes necesidades (8).

Consecuencias para los países de ingresos bajos y medianos

Los países pueden adoptar un enfoque universal o selectivo, o una combinación de ambos, para determinar la población que recibirá cobertura con los programas de CLP. Las decisiones se basan en el contexto económico y social, y los CLP se diseñan teniendo en cuenta la infraestructura disponible para la prestación de asistencia social y atención de salud. Los enfoques universales se basan en el principio de

asegurar la igualdad de acceso a la atención social y la atención de salud. Los enfoques selectivos se centran en las personas que más necesitan los servicios, principalmente las de ingresos bajos. Si bien se suele creer que los enfoques selectivos cuestan menos, el total de los costos puede verse contrarrestado por el alto costo que acarrea aplicar la comprobación de los recursos de la persona para determinar las personas beneficiarias. El enfoque selectivo también puede dar lugar a altos niveles de necesidades insatisfechas en las personas que no alcanzan los umbrales de ingresos bajos. Los enfoques combinados, que combinan el enfoque universal y el selectivo, posibilitan la cobertura universal para algunos servicios o grupos de población y el acceso basado en la comprobación de los recursos de la persona para otros; por consiguiente, las personas mayores pueden afrontar altos pagos para acceder a los servicios que necesitan. Muchos países de ingresos bajos y medianos han adoptado enfoques combinados respecto de los CLP, utilizando recursos públicos y privados al tiempo que han creado las políticas, los sistemas y la infraestructura para la cobertura universal de los CLP.

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 Sarah L. Barber, del Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario (Centro de Kobe de la OMS o WKC) (Japón). Se agradecen los útiles comentarios de Pablo Villalobos Dintrans, de la Universidad de Santiago de Chile; Jang Hyobum, del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento de la OMS (Suiza); Sara J. McLaughlin, de la Universidad de Miami (Estados Unidos de América); Ricarda Milstein, de la OCDE; Feby Oldfisra, de la Oficina de la OMS en Indonesia; Ricardo Jorge Alcobia Granja Rodrigues, de la Universidad de Lisboa (Portugal); Megumi Rosenberg, del WKC; y Tsolmongerel Tsilaajav, de la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental.

Referencias

1. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. París: OCDE; 2011 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
2. Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E, editores. Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa, Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud; 2011 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/cross-border-health-care-in-the-european-union-mapping-and-analysing-practices-and-policies-study>.
3. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [resolución A/RES/70/1]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [consultado el 20 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/aprobacion-agenda2030.pdf>.
4. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo [documento A/61/611]. Nueva York: Naciones Unidas; 2006 [consultado el 2 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://documents.un.org/api/symbol/access?j=N0664533&t=pdf>.
5. Imanaka Y, Sasaki N, Goto E. Financing long-term care for older people: intergenerational transfers and financial stability in Japan. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/373541>.
6. Karagiannidou M, Wittenberg R. Social insurance for long-term care. *Popul Ageing* 2022;15:557–75 [consultado el 11 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09366-6>.
7. Reinhard SC, Caldera S, Houser A, Choula RB. Valuing the invaluable: 2023 update. Strengthening supports for family caregivers. Washington, D.C.: American Association for Retired Persons Public Policy Institute; 2023 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.aarp.org/ppi/info-2015/valuing-the-invaluable-2015-update.html>.
8. Cheng TC, Yip W, Feng Z. Public provision and financing of long-term care: case studies in middle- and high-income countries. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/375854>.
9. Horstman C, Gumas ED, Jacobson G. U.S. and global approaches to financing long-term care: understanding the patchwork [informe en línea]. Nueva York: Commonwealth Fund; 2023 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.26099/2m36-vt53>.
10. Carrino L, Avendano M, Cravo Oliveria Hashiguchi T, Ortega Regalado JC, Llena-Nozal A. Who should be eligible for long-term care in older age? Policy trade-offs and implications for coverage, equity and well-being. En: Cylus J, Wharton G, Ilina S, Carrino L, Huber M, Barber SL, editores. The care dividend: why and how countries should invest in long-term care. Cambridge: Cambridge University Press; [en prensa].
11. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, Dovidio JF. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019;17:31 [consultado el 11 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>.

12. 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 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344505>.
13. Aung MN, Moolphate S, Aung TNN, Koyanagi Y, Kurusattra A, Chantaraksa S, et al. Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: a cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004. *Health Res Policy Syst.* 2022;20(Suppl. 1):110 [consultado el 11 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00911-5>.
14. Matus-Lopez MA, Chaverri-Carvajal A, Jara-Males PC. The challenge of ageing in Latin America: long-term care in Costa Rica. *Saúde Soc.* 2022;31(1):e201078 [consultado el 11 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2022.v31n1/e201078/en>.
15. Rahardjo TB, Dinni A, Guritno DE. Service delivery for older persons by young generation in Indonesia. In: Amorim A, Tzvetkova Y, Tran H-V, editores. *South– south and triangular cooperation and the care economy*. Ginebra: OIT; 2018:33-7 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.itcilo.org/sites/default/files/inline-files/Compendium%20SSTC%20CARE%20ASEAN%2015-11.pdf>.

Versión oficial en español de la obra original en inglés

Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings. Brief 2. Decisions about population coverage of long-term care

© Organización Mundial de la Salud, 2024

ISBN: 978-92-4-008976-1 (versión electrónica)

Financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para los entornos de ingresos bajos y medianos. Sinopsis 2. Decisiones sobre la cobertura poblacional de los cuidados a largo plazo

ISBN: 978-92-75-32937-5 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12937-1 (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 2. Decisiones sobre la cobertura poblacional de los cuidados a largo plazo. Washington, DC: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329375>.

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

