

# Marco para que los países logren un **sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo**







Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

# Marco para que los países logren un **sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo**



Versión oficial en español de la obra original en inglés

Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care

© Organización Mundial de la Salud, 2021

ISBN 978-92-4-003884-4 (versión electrónica)

Marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo

ISBN: 978-92-75-32645-9 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12645-5 (versión impresa)

### © Organización Panamericana de la Salud, 2022

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

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326459>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	vi
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes.....	1
1.1.1 Integración de los cuidados a largo plazo en la cobertura universal de salud.....	2
1.1.2 Enseñanzas derivadas de la pandemia de COVID-19.....	2
1.2 Objetivos del presente documento.....	2
1.3 Destinatarios del presente documento.....	3
1.4 Cómo usar el presente documento.....	3
<b>2. Envejecimiento saludable y cuidados a largo plazo.....</b>	<b>5</b>
2.1 ¿Qué es el envejecimiento saludable?.....	5
2.2 Definición y alcance de los cuidados a largo plazo.....	6
2.2.1 ¿Qué son los cuidados a largo plazo?.....	6
2.2.2 ¿Cuál es el objetivo de los cuidados a largo plazo?.....	7
2.2.3 ¿Dónde se prestan los cuidados a largo plazo? Lograr el envejecimiento en el entorno propio.....	8
<b>3. Hacia un sistema integrado de cuidados a largo plazo.....</b>	<b>11</b>
3.1 ¿Qué es un sistema de cuidados a largo plazo?.....	11
3.2 ¿Cómo constituir un sistema de cuidados a largo plazo?.....	11
<b>4. Marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo.....</b>	<b>15</b>
<b>Elemento 1. Gobernanza.....</b>	<b>16</b>
Aspectos clave para la gobernanza de los cuidados a largo plazo.....	18
<b>Elemento 2. Financiamiento sostenible.....</b>	<b>21</b>
Aspectos clave para el financiamiento sostenible de los cuidados a largo plazo.....	24
<b>Elemento 3. Sistemas de información, seguimiento y evaluación.....</b>	<b>26</b>
Aspectos clave para los sistemas de información, seguimiento y evaluación de los cuidados a largo plazo.....	28
<b>Elemento 4. Fuerza laboral.....</b>	<b>31</b>
Aspectos clave para la fuerza laboral de cuidados a largo plazo.....	34
<b>Elemento 5. Prestación de servicios.....</b>	<b>36</b>
Aspectos clave para la prestación de los servicios de cuidados a largo plazo.....	39
<b>Elemento 6. Innovación e investigación.....</b>	<b>41</b>
Aspectos clave para la innovación e investigación en cuidados a largo plazo.....	42
Referencias.....	47
<b>Anexo 1. Lista de verificación de las líneas clave de acción para fortalecer los sistemas de cuidados a largo plazo.....</b>	<b>53</b>
<b>Anexo 2. Metodología para desarrollar el marco.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo 3. Revisión rápida: niveles macro y meso de los cuidados a largo plazo.....</b>	<b>63</b>
Glosario.....	67

# Agradecimientos

El presente informe se elaboró bajo la supervisión técnica general de Zee-A Han, funcionaria médica, Unidad de Envejecimiento y Salud, y la dirección de Anshu Banerjee, director, Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento, en el seno de la División de Cobertura Universal de Salud en todas las Etapas de la Vida, sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra.

La coordinación general de su elaboración estuvo a cargo de Zee-A Han, Hyobum Jang y Anshu Banerjee. El grupo directivo encargado de elaborar el documento marco estuvo integrado por asesores regionales de la OMS: Françoise Bigirimana, Innocent Bright Nuwagira, Saliyou Sanni (Oficina Regional de la OMS para África); Enrique Vega, Patricia Morsch (Oficina Regional de la OMS para las Américas); Samar Elfesky (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental); Manfred Huber, Satish Mishra, Stefania Ilinca (Oficina Regional de la OMS para Europa); Neena Raina, Aparajit Ballav Dey (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental); Hiromasa Okayasu (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental); departamentos técnicos de la OMS en la sede (Marie-Charlotte Bouesseau, Alarcos Cieza, Pauline Kleinitz, Chapal Khasnabis, Alana Officer, Katrin Seeher, Emma Tebbutt, Cherian V. Varghese); y el Centro de la OMS para el Desarrollo de la Salud en Kobe (Japón) (Sarah Barber, Paul Ong). Agradecemos asimismo los perspicaces comentarios recibidos de otros colegas de la OMS: Kylie Shae, Susan Sparkes, Diana Zandi y Wei Zhang.

Los redactores del informe principal fueron Zee-A Han, Déborah Oliveira y Monica Perracini. David Hunter, Kate Melvin y Zee-A Han llevaron a cabo y escribieron los resultados de la revisión rápida de los cuidados a largo plazo (anexo 3).

Otros redactores que intervinieron fueron Hanadi Al Hamad (Ministerio de Salud Pública, Qatar), Charlene Chang (Ministerio de Salud, Singapur), Hongsoo Kim (Universidad Nacional de Seúl, República de Corea), Naoki Kondo (Universidad de Tokio, Japón), Sasaki Kyoka (Universidad de Tokio, Japón), Peter Lloyd-Sherlock (Universidad de Anglia Oriental, Reino Unido), Arvind Mathur (Facultad de Medicina Dr. Sampurnanand, India) y Reshma A. Merchant (Sistema de Salud de la Universidad Nacional, Singapur).

Agradecemos de modo especial los perspicaces comentarios recibidos de los miembros de la Unidad de Envejecimiento y Salud: Ritu Sadana, Yuka Sumi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Matteo Cesari y Ana Posarac.

Los revisores principales fueron los integrantes de la Red Mundial de la OMS sobre Cuidados a Largo Plazo: Hanadi Al Hamad (Ministerio de Salud Pública, Qatar), Liat Ayalon (Universidad Bar Ilan, Israel), Adelina Comas-Herrera (Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, Reino Unido), Walter R. Frontera (Sociedad Internacional de Medicina Física y Rehabilitación, Puerto Rico), Terry Fulmer (Fundación John A. Hartford, Estados Unidos), Leon Geffen (Instituto Samson para la Investigación del Envejecimiento, Sudáfrica), Karla Giacomini (Centro Internacional de Longevidad, Brasil), David Hunter (Universidad de Newcastle, Reino Unido), Hongsoo Kim (Universidad Nacional de Seúl, República de Corea), Naoki Kondo (Universidad de Tokio, Japón), Peter Lloyd-Sherlock (Universidad de Anglia Oriental, Reino Unido), Arvind Mathur (Facultad de Medicina Dr. Sampurnanand, India), Reshma A. Merchant (Sistema de Salud de la Universidad Nacional, Singapur), Stephen Connor (Alianza Mundial de Cuidados Paliativos, Reino Unido), Eunok Park (Universidad Nacional de Jeju, República de Corea), Anne Margriet Pot (Universidad Libre de Ámsterdam, Países Bajos), Pablo Villalobos (Universidad de Santiago, Chile) y Jane Barratt (Federación Internacional del Envejecimiento, Canadá), John Beard (Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia) y Kate Melvin (consultora independiente).

La OMS expresa su agradecimiento a los integrantes de la Red Mundial de la OMS sobre Cuidados a Largo Plazo que participaron asimismo en reuniones para debatir la elaboración del documento marco; además de los ya mencionados, también los siguientes: Rafael Bengoa, Muthoni Gichu, Alexandre Kalache, Sebastiana Kalula, Angela Leung, Caitlin Littleton, Terry Lum, Colin Milner, Alex Molasiotis, Graeme Prior, John W. Rowe, Saniya Sabzwari, Hillel Schmid, Vinod Shah, Mary Ann Tsao, Lieve van den Block y Alfred Yawson.

Ninguno de los expertos que han intervenido en la elaboración del presente informe declaró tener conflicto alguno de intereses.

La OMS lamenta profundamente el fallecimiento de Islene Araujo de Carvalho, quien proporcionó supervisión y orientación iniciales para la elaboración de este documento marco.

La OMS agradece el amable apoyo prestado por el Ministerio de Salud y Bienestar de la República de Corea.

# Resumen

A pesar de que el número de personas mayores está aumentando en todo el mundo, las experiencias de salud y bienestar en la edad avanzada varían mucho y no se distribuyen de manera equitativa en las distintas poblaciones ni tampoco dentro de una misma población, lo cual da lugar a enormes disparidades en el modo en que se experimenta el envejecimiento a nivel mundial. Para muchos, el aumento de la esperanza de vida registrado en todo el mundo no se ha acompañado de más años de vida con buena salud; en algunos lugares, gran parte de esos años adicionales se viven con mala salud.

Aproximadamente dos tercios de las personas que alcanzan la vejez precisarán cuidados y apoyo prestados por terceros para llevar a cabo sus actividades cotidianas, como alimentarse, desplazarse y asearse, al menos en algún momento de su senda hacia la longevidad. Las fluctuaciones de la capacidad funcional son multidireccionales, lo cual significa que no hay una sola senda para todos ni una misma trayectoria de capacidad funcional dentro de la trayectoria de envejecimiento de una persona.

Estas necesidades de cuidados y apoyo pueden surgir de forma repentina, como consecuencia de un problema agudo que podría tener secuelas crónicas, o bien desarrollarse de modo gradual como consecuencia de un proceso crónico y progresivo. En la actualidad, sin embargo, muchos sistemas de salud y asistencia social no son capaces de satisfacer las necesidades de cuidado y apoyo a largo plazo de las personas mayores.

El concepto de “cuidados a largo plazo” (CLP) incluye las actividades llevadas a cabo por cuidadores y por trabajadores de CLP, en diferentes entornos, “para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana”.<sup>1</sup> Hace referencia a una gama de actividades que abordan la salud, el cuidado personal y las necesidades sociales de las personas. Estos servicios pueden ser continuos o intermitentes, pero se prestan durante períodos sostenidos a personas con necesidades objetivas, que generalmente se determinan midiendo diversos

aspectos de la capacidad funcional. Los cuidados a largo plazo son esenciales para garantizar que las personas mayores con una pérdida significativa de su capacidad intrínseca puedan seguir disfrutando de un envejecimiento saludable.

La capacidad intrínseca y la capacidad funcional de una persona varían de forma continua a lo largo de la segunda mitad de la vida. Prevenir y compensar las pérdidas permanentes o transitorias de la capacidad intrínseca es de suma importancia para mantener la capacidad funcional a lo largo del tiempo. Las diferencias en cuanto a la capacidad intrínseca y la capacidad funcional no son definidas por la edad cronológica, ni disminuyen tampoco necesariamente de forma continua, sino que difieren de modo notable de una persona a otra. No todas las personas siguen una trayectoria vital parecida. Por lo tanto, optimizar la capacidad funcional para lograr un envejecimiento saludable debe ser un objetivo para todas las personas, con independencia de su estado de salud actual.

El concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un sistema continuo e integrado de CLP tiene como objetivo mantener estos principios de optimización de la capacidad funcional y lograr un envejecimiento saludable para las personas con disminuciones significativas de la capacidad intrínseca.

El **sistema continuo de CLP** hace hincapié en la coordinación entre los sectores social y de salud mediante una gobernanza efectiva, una derivación sin fisuras entre entornos (doméstico, comunitario, establecimientos de salud y servicios sociales, atención aguda), y la prestación coordinada y colaboración entre las distintas funciones asistenciales (prevención, rehabilitación, cuidados paliativos, cuidados agudos), que abarque todos los niveles de intensidad asistencial y prestación de cuidados en el momento oportuno.

Un **sistema integrado de CLP** implica la integración de los servicios de atención de salud y asistencia social a lo largo de todo el espectro, desde los sistemas de información hasta la prestación de cuidados, de modo que los cuidados a largo plazo

1 Organización Mundial de la Salud: *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, 2015.



puedan prestarse y recibirse de una forma que no sea fragmentada.

En última instancia, para lograr un sistema continuo e integrado de CLP, los servicios deben:

- estar centrados en la persona y en consonancia con los valores y preferencias de la persona;
- optimizar la capacidad funcional a lo largo del tiempo y compensar la pérdida de capacidad intrínseca;
- prestarse en la comunidad;
- proporcionar servicios integrados en un sistema continuo;
- incluir servicios que empoderen a la persona mayor;
- hacer hincapié en el apoyo a los cuidadores y trabajadores de CLP.

La OMS define los **sistemas de CLP** como “sistemas nacionales que garantizan una atención integrada a largo plazo que sea apropiada, asequible, accesible y que defienda los derechos de las personas mayores y los cuidadores por igual”.<sup>2</sup> No es necesario que los sistemas de CLP constituyan un sistema nuevo y aparte, sino que pueden —y, de ser posible, deben— construirse con la fuerza laboral y en el seno de los sistemas de salud y asistencia social ya establecidos en cada país, siempre que contribuyan a optimizar las capacidades físicas y mentales, así como las capacidades funcionales, de sus usuarios.

Las características de los sistemas de CLP varían notablemente de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país, para tener en cuenta las diferencias culturales, políticas, epidemiológicas y socioeconómicas. En un extremo del espectro, hay países sin un sistema de CLP, o con un sistema apenas desarrollado de modo muy incipiente, que dejan dichas actividades (casi) por completo en manos de la familia, sin ningún apoyo u orientación adicionales. En el otro extremo, algunos países disponen de sistemas formales bien desarrollados. Pese a las diferencias en cuanto a características, no obstante, las normas y principios específicos subyacentes a los cuidados a largo plazo deben ser universales en todos los sistemas.

Es urgente que los sistemas de CLP a nivel nacional y subnacional estén preparados para abordar las necesidades crónicas y complejas relacionadas con la capacidad funcional y las enfermedades subyacentes más prevalentes en las personas mayores, así como los problemas de salud agudos, garantizando un acceso asequible a los servicios integrados de CLP en todo el proceso de continuidad asistencial y durante toda la vida. La escasez de

recursos exige más que nunca que los países revisen sus sistemas de salud y asistencia social, que detecten brechas en la estructuración de servicios asistenciales integrados y centrados en la persona que requieran una mejor asignación de recursos, y que consideren la posibilidad de establecer servicios específicos de CLP que no están siendo cubiertos por los servicios formales disponibles, pero que son necesarios para las personas mayores con pérdida significativa de su capacidad intrínseca.

A medida que nos adentramos en la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021–2030), la función de la OMS será apoyar a los países a la hora de constituir sistemas sostenibles y equitativos de CLP, así como ofrecer asesoramiento técnico para lograr la prestación de cuidados a largo plazo que satisfagan las necesidades de las personas mayores. Con el presente documento, el objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es ofrecer orientación poniendo de relieve los componentes clave de un sistema de CLP, de modo que los países reciban apoyo en su camino hacia la creación de un sistema sostenible y equitativo de prestación de CLP.

## Marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo

En el presente marco se definen los aspectos clave necesarios para lograr un sistema integrado y continuo de prestación de cuidados a largo plazo, y facilitar la integración de tales servicios dentro de los sistemas de salud y asistencia social ya establecidos.

Teniendo en cuenta esta enorme diversidad, no hay un único sistema de CLP que pueda aplicarse en todos los contextos, ni siquiera en países con limitaciones de recursos similares. No obstante, todos los sistemas de CLP en todo el mundo deben tener en cuenta los siguientes principios clave para establecer la prestación de un espectro continuo e integrado de servicios de CLP en los países.

- Los gobiernos nacionales, junto con las administraciones locales, deben asumir la responsabilidad general de rectoría de los sistemas de CLP.
- La prestación de cuidados a largo plazo debe basarse en los sistemas de salud y asistencia social disponibles y, lo que es más importante, incorporar los cuidados a largo plazo a través de la atención primaria de salud.

2 Organización Mundial de la Salud: *Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa*, 2017.

- Los cuidados a largo plazo deben ser asequibles y accesibles y, más concretamente, deben garantizar el acceso de las personas desfavorecidas a los servicios.
- Los cuidados a largo plazo deben salvaguardar los derechos humanos de las personas mayores (y de sus cuidadores) para reforzar su dignidad y permitir su autoexpresión, así como, cuando sea posible, su capacidad para tomar decisiones, teniendo en cuenta al mismo tiempo los derechos y las necesidades de la fuerza laboral de CLP.
- Los cuidados a largo plazo deben orientarse en torno a las necesidades de la persona mayor (esto es, estar centrados en la persona), más que a la estructura del servicio, y deben prestarse de una forma que no sea fragmentada y como parte de la continuidad asistencial con otros servicios.

El marco guiará a los países en la evaluación de los componentes a nivel de sistema para poner en marcha medidas sostenibles y equitativas de CLP. Al aplicar el presente marco, los países pueden comenzar a desarrollar y dar forma a sus sistemas de CLP como parte de sus programas de cobertura universal de salud, y promover la inversión en cuidados a largo plazo y fuerza laboral de salud, incluidos los cuidadores. Además, el marco:

- promoverá una visión mundial común de los cuidados a largo plazo, dada la necesidad de una interpretación compartida de los cuidados a largo plazo en cuanto a la definición, el conjunto de servicios y los elementos clave que los países deben prever para fortalecer los sistemas de CLP de manera sostenible y equitativa, con independencia de las diferencias entre los distintos países en cuanto a los ingresos o a los contextos culturales, sociales, institucionales y políticos;
- facilitará la evaluación de los sistemas y servicios de CLP disponibles mediante la detección de brechas en los elementos organizativos, la prestación de servicios, las normas de calidad y las estrategias de implantación, y anticipación de la necesidad de integrar todos los sistemas de salud y asistencia social;
- ofrecerá orientación a los países sobre los elementos clave del sistema que deben tenerse en cuenta para desarrollar y fortalecer las medidas sobre CLP de conformidad con los objetivos expresados en la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud* de la OMS, la *Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030)* y los *Objetivos de Desarrollo Sostenible*;
- facilitará la integración de las medidas sobre CLP en los sistemas de salud y asistencia social.

En el documento marco se presentarán asimismo los desafíos que afrontan los países y se guiará a los países a la hora de detectar oportunidades y materializar los objetivos en el transcurso de la *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)* y posteriormente.

## Cómo usar el presente documento

El documento está destinado principalmente a los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas, tanto nacionales como subnacionales, para ayudar a los países a cumplir su objetivo de constituir un sistema eficaz y sostenible de prestación de cuidados a largo plazo (trabajadores de CLP y cuidadores). Además, muchas de las medidas son pertinentes para otras partes interesadas a nivel de país, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los asociados para el desarrollo. Quienes trabajan en instituciones científicas o universitarias pueden encontrar útil este documento para definir las áreas que requieren más investigación.

El presente documento debe usarse con la lista de verificación adjunta (anexo 1), que ayudará a los países a considerar sus sistemas actuales, detectar posibles brechas y, en última instancia, ayudar a planificar los próximos pasos. La lista de verificación debe emplearse como una herramienta general de referencia para evaluar a nivel macro y meso la situación nacional de los cuidados a largo plazo, de manera conjunta con otros productos normativos armonizados más detallados relativos a los cuidados a largo plazo. La lista de verificación puede adaptarse a los contextos nacional y local teniendo en cuenta las políticas, orientaciones, riesgos locales, requisitos, normas y prácticas de un país concreto. La lista de verificación puede aplicarse de forma periódica con el fin de supervisar el progreso de la preparación de un país para proporcionar un espectro continuo e integrado de servicios de CLP.

## Elementos clave del marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo

En el marco se describe cada elemento importante para constituir un sistema de CLP; a saber: a) gobernanza; b) financiamiento sostenible; c) sistemas de información, seguimiento y evaluación; d) fuerza laboral; e) prestación de los servicios; y f) innovación e investigación, y medidas que puedan adoptarse para orientar los procesos nacionales de planificación y toma de decisiones para la aplicación de los cuidados a largo plazo.

En los distintos apartados se profundiza en la importancia de cada elemento y se recomiendan medidas, sin intentar proponer una solución universal válida para todos los casos. En cada elemento, se proporciona un ejemplo a nivel de país para ilustrar cómo puede funcionar en la práctica. Al final, se proporciona una lista de verificación con aspectos clave que deben tenerse en cuenta en cada elemento, de modo que los países puedan evaluar su estado actual de desarrollo e implantación de un sistema continuo e integrado de CLP calificando cada aspecto como “no disponible”, “parcialmente funcional” o “plenamente funcional”. De este modo, los países pueden obtener una visión general del estado actual de sus sistemas de CLP, detectar las brechas y fortalezas actuales, y elaborar estrategias para avanzar en la prestación de cuidados a largo plazo con el fin de no dejar a nadie atrás.



# 1. Introducción

## 1.1 Antecedentes

La longevidad es un importante logro humano, y hoy vivimos el doble de años que quienes nacieron en 1900. Sin embargo, la buena salud en la vejez no se distribuye de modo equitativo en las distintas poblaciones ni dentro de cada una de ellas, lo cual da lugar a enormes disparidades en la forma en que se experimenta el envejecimiento a nivel mundial (1).

En la actualidad, entre los distintos países hay una diferencia promedio de 31 años de esperanza de vida saludable al nacer y 11 años de esperanza de vida saludable a los 60 años. Tales diferencias ponen de manifiesto que la salud a lo largo de la vida viene determinada por la repercusión de diversos determinantes sociales y económicos que se van acumulando a medida que las personas envejecen (1). La repercusión de estos determinantes es particularmente evidente en algunos grupos; por ejemplo, en comparación con los varones y las personas de grupos étnicos blancos, las mujeres mayores y las personas mayores de otras etnias presentan resultados de salud significativamente peores debido a la exposición de por vida a las inequidades (2-4).

Además, en opinión de muchos, el aumento en la esperanza de vida observado a nivel mundial no se ha traducido en más años de vida con buena salud: en algunos lugares, una gran proporción de estos años adicionales se viven con mala salud (5). Algunas personas de edad muy avanzada (más de 90 años) tienen la misma capacidad funcional (atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que considere importante para ella) que las de menor edad (60-64 años), mientras que otras de ese mismo grupo etario presentan mermas importantes de sus capacidades físicas y mentales (1).

Aproximadamente dos tercios de las personas que alcanzan la vejez precisarán cuidados y apoyo prestados por terceros para llevar a cabo sus actividades cotidianas, como alimentarse, desplazarse y asearse, al menos en algún momento de su senda hacia la longevidad (6). En el momento actual, muchos sistemas de salud y asistencia social están teniendo dificultades, y en cierta medida fracasando, para satisfacer las necesidades de cuidado y apoyo de las personas mayores. Hay al menos 142 millones de personas mayores en todo el mundo (14% de la

población mundial de edad avanzada en 42 países) que no pueden satisfacer sus necesidades: vestirse, conseguir y tomar su medicación, o administrar su propio dinero, facturas o finanzas (1).

Los cuidados a largo plazo (CLP) son esenciales para garantizar que las personas mayores con capacidad funcional limitada puedan seguir disfrutando de un envejecimiento saludable. Es urgente, pues, que los sistemas de CLP a nivel nacional y subnacional estén preparados para abordar las necesidades crónicas y complejas relacionadas con la capacidad funcional más frecuentes en las personas mayores, así como los problemas de salud agudos, garantizando un acceso asequible y equitativo a un sistema integrado de CLP. La escasez de recursos exige más que nunca que los países revisen sus sistemas de salud y asistencia social, que detecten brechas en la estructuración de servicios asistenciales integrados y centrados en la persona que requieran una mejor asignación de recursos, y que consideren la posibilidad de establecer aquellos servicios específicos de CLP que no están cubiertos por los servicios formales disponibles, pero que son necesarios para las personas mayores con pérdida significativa de su capacidad funcional.

Los cuidados a largo plazo incluyen las actividades “para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana” (6). Estos servicios pueden ser continuos o intermitentes, pero se prestan durante períodos sostenidos a personas que presentan necesidades objetivas, generalmente en relación con diversos aspectos de la capacidad funcional.

Los cuidados a largo plazo forman parte central de la agenda mundial y de la respuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al envejecimiento de la población en la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud* (7) adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016. La Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020 también tiene, como una de sus medidas centrales, la prestación de cuidados a largo plazo para las personas mayores que los necesiten (8). Se insiste

en que, si bien los cuidados a largo plazo no son solo para las personas mayores y hay una variada gama de usuarios, los fundamentos son los mismos: prestar servicios a quienes necesitan cuidados de larga duración con el fin de asegurar una vida acorde con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y su dignidad humana. Además, en el plan de acción del sistema de las Naciones Unidas para el Tercer Decenio de las Naciones Unidas para la Erradicación de la Pobreza (2018–2027) también se ha especificado la importancia de proporcionar cuidados a largo plazo a través de sistemas integrados de asistencia social a lo largo de toda la vida para satisfacer las necesidades de las personas mayores (10), reconociendo una vez más la importancia de lograr una atención sostenible a largo plazo.

### 1.1.1 Integración de los cuidados a largo plazo en la cobertura universal de salud

Para lograr un envejecimiento saludable, en la *Estrategia y el plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud* (7) y la *Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030)* se describe el papel de los sistemas de salud en la optimización de la capacidad física y mental, así como la importancia de integrar los servicios de CLP en el contexto de la cobertura universal de salud. La cobertura universal de salud implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesiten (incluido todo el espectro completo de servicios de salud esenciales y de calidad) sin quedar expuestas a dificultades económicas. Teniendo en cuenta que los cuidados a largo plazo abarcan tanto el apoyo social como los servicios de salud tradicionales, será imposible lograr un sistema sostenible y equitativo de CLP sin una cobertura universal de salud. Además, será imposible alcanzar la visión de la cobertura universal de salud sin tener en cuenta las necesidades de CLP del número cada vez mayor de personas mayores con deterioro significativo de su capacidad física y mental (11).

Se admite que puede haber variabilidad en la forma en que cada país preste los servicios de CLP, algunos de los cuales pueden proporcionarlos o no los sistemas de salud disponibles, o prestarse a través de otras formas de cobertura universal. Con independencia de cómo logre la sostenibilidad cada país, los costos del cuidado a largo plazo no deben ser motivo de empobrecimiento por gastos catastróficos que recaigan en el usuario de los servicios o su familia.

### 1.1.2 Enseñanzas derivadas de la pandemia de COVID-19

Pese a las dificultades afrontadas durante la pandemia, la crisis mundial ha aportado numerosas enseñanzas y una oportunidad política para los cuidados a largo plazo. La pandemia ha llevado a los países a examinar con urgencia la necesidad de transformar los sistemas de salud y asistencia social para que los servicios de CLP queden bien integrados y se presten juntamente con la continuidad tradicional de la atención (9).

A nivel mundial, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragmentación de los servicios de CLP en el seno de los sistemas de salud y asistencia social, junto con las debilidades inherentes a la actual estructura de gobernanza general de los cuidados a largo plazo, incluida la falta de legislación, el personal mal cualificado y remunerado, y las estrategias y marcos nacionales insuficientes para el cuidado a largo plazo. En todo el mundo, pero sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos, los centros de CLP representan un sector heterogéneo que opera sin una regulación adecuada, lo que contribuye a la mala calidad de la atención brindada a los residentes (12).

La informalidad del sector, con información deficiente y poco fiable sobre los centros de CLP y la ausencia de una base de datos de registro nacional, ha retrasado la respuesta gubernamental coordinada para controlar la transmisión del virus y evitar muertes, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos. La pandemia ha puesto de relieve la necesidad de fortalecer las relaciones entre los diferentes niveles gubernamentales que participan en la atención de salud y asistencia social, y desarrollar mecanismos concretos de coordinación vertical e intersectorial (9).

La crisis mundial ha reforzado la importancia de definir mecanismos para garantizar servicios de calidad tanto en el sector regulado de CLP como en el no regulado, y para consolidar la acreditación con el fin de garantizar la supervisión de los centros de CLP por parte del sector de salud como preparación ante futuras pandemias y para garantizar los derechos humanos (9).

## 1.2 Objetivos del presente documento

A medida que nos adentramos en la *Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable*, la función de la OMS será apoyar a los países a la hora de constituir sistemas sostenibles y equitativos de CLP, así como ofrecer asesoramiento técnico para

lograr la prestación de cuidados a largo plazo que satisfagan las necesidades de las personas mayores.

El marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de CLP guiará a los países en el proceso de evaluación de los componentes a nivel del sistema y la implantación de un sistema integrado, continuo, sostenible y equitativo de CLP. Al aplicar este marco, los países pueden comenzar a desarrollar y dar forma a su sistema de CLP, y promover la inversión en los cuidados a largo plazo. Además, el marco:

- promoverá una visión mundial común de los cuidados a largo plazo, dada la necesidad de una interpretación compartida de los cuidados a largo plazo en cuanto a la definición, el conjunto de servicios y los elementos clave que los países deben prever para fortalecer los sistemas de CLP de manera sostenible y equitativa, con independencia de las diferencias entre los distintos países en cuanto a los ingresos o los contextos culturales, sociales, institucionales y políticos;
- facilitará la evaluación de los sistemas y servicios de CLP disponibles mediante la detección de brechas en los elementos organizativos, la prestación de servicios, las normas de calidad y las estrategias de implantación, y anticipación de la necesidad de integrar todos los sistemas de salud y asistencia social;
- ofrecerá orientación a los países sobre los elementos clave del sistema que deben tenerse en cuenta para desarrollar y fortalecer las medidas sobre CLP de conformidad con los objetivos expresados en la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*, la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible;
- facilitará la integración de las medidas sobre CLP en los sistemas de salud y asistencia social.

En cuanto a este último objetivo, todos los países disponen de alguna forma de cuidado a largo plazo que se aplica y se presta de manera pública, privada o individual a través de familiares y amistades. En la medida de lo posible, estos servicios y actividades deben integrarse en los sistemas de salud y asistencia social disponibles para que se presten de manera eficiente, equitativa, sostenible y centrada en la persona, desde el ámbito doméstico hasta el residencial. El presente marco ayudará a facilitar la prestación eficaz de actividades de CLP a través de las plataformas que ya tengan los países, sin necesidad de reinventar un sistema completamente nuevo.

En el documento marco se presentarán asimismo los desafíos que afrontan los países y se guiará a los países a la hora de detectar oportunidades y materializar los objetivos en el transcurso de la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) y con posterioridad a él.

### 1.3 Destinatarios del presente documento

Los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas públicas, tanto nacionales como subnacionales, son los destinatarios clave. Además, muchas de las medidas son pertinentes para otras partes interesadas a nivel de país, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los asociados para el desarrollo. Quienes trabajan en instituciones científicas o universitarias pueden encontrar útil este documento para definir las áreas que requieren más investigación.

### 1.4 Cómo usar el presente documento

La finalidad principal del documento es ayudar a los países a cumplir su objetivo de constituir un sistema continuo, integrado, equitativo y sostenible de CLP. El presente documento debe usarse con la lista de verificación adjunta (Anexo 1), que ayudará a los países a considerar los sistemas disponibles, detectar posibles brechas y, en última instancia, ayudar a planificar los próximos pasos.

La lista de verificación debe emplearse como una herramienta general de referencia para evaluar a nivel macro la situación nacional de los cuidados a largo plazo, de manera conjunta con otros productos normativos armonizados más detallados relativos al desarrollo de los cuidados a largo plazo elaborados por la OMS. La lista de verificación debe adaptarse a los contextos nacional y local teniendo en cuenta las políticas, orientaciones, riesgos locales, requisitos, normas y prácticas de un país concreto. La lista de verificación puede aplicarse de forma periódica con el fin de supervisar el progreso de la preparación de un país para proporcionar un espectro continuo e integrado de servicios de CLP.





## 2. Envejecimiento saludable y cuidados a largo plazo

### 2.1 ¿Qué es el envejecimiento saludable?

En el 2015, la OMS definió el **envejecimiento saludable** como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (6). La **capacidad funcional** es fundamental para el envejecimiento saludable y se define como “los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que considere importante para ella”. Abarca la capacidad de las personas mayores para: a) mantener la movilidad y desplazarse; b) entablar y mantener relaciones; c) satisfacer sus propias necesidades básicas; d) aprender, desarrollarse y tomar decisiones; y e) contribuir a la sociedad (figura 1) (6).

Un envejecimiento saludable no significa mantenerse libre de enfermedades, cuadros crónicos, multimorbilidad o fragilidad, sino optimizar la capacidad física y mental y la capacidad funcional de las personas durante todo el curso de su vida para permitirles vivir una vida con bienestar, sentido y dignidad. Refleja la interacción continua entre la persona y el entorno que habita, que determina las trayectorias tanto de la capacidad intrínseca como de la capacidad funcional (figura 2).

Figura 1. Dominios de la capacidad funcional

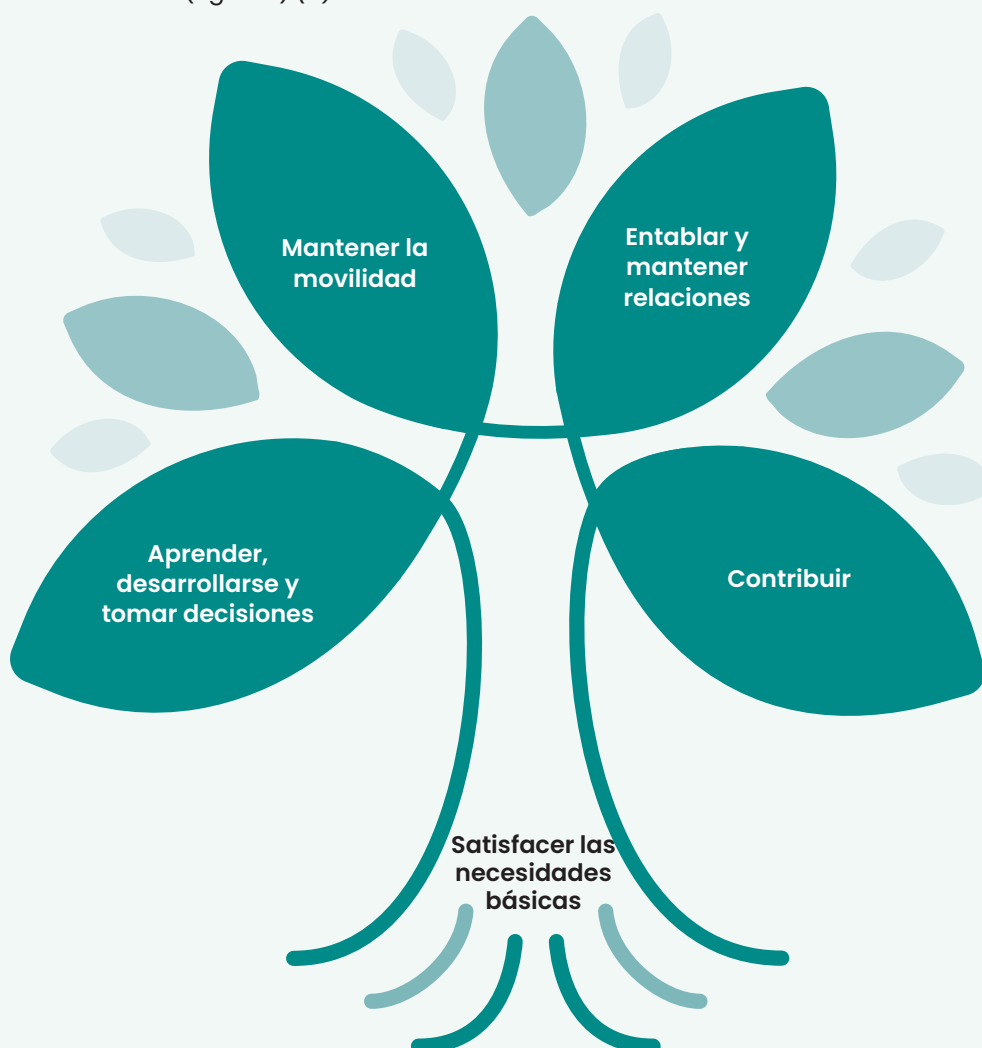
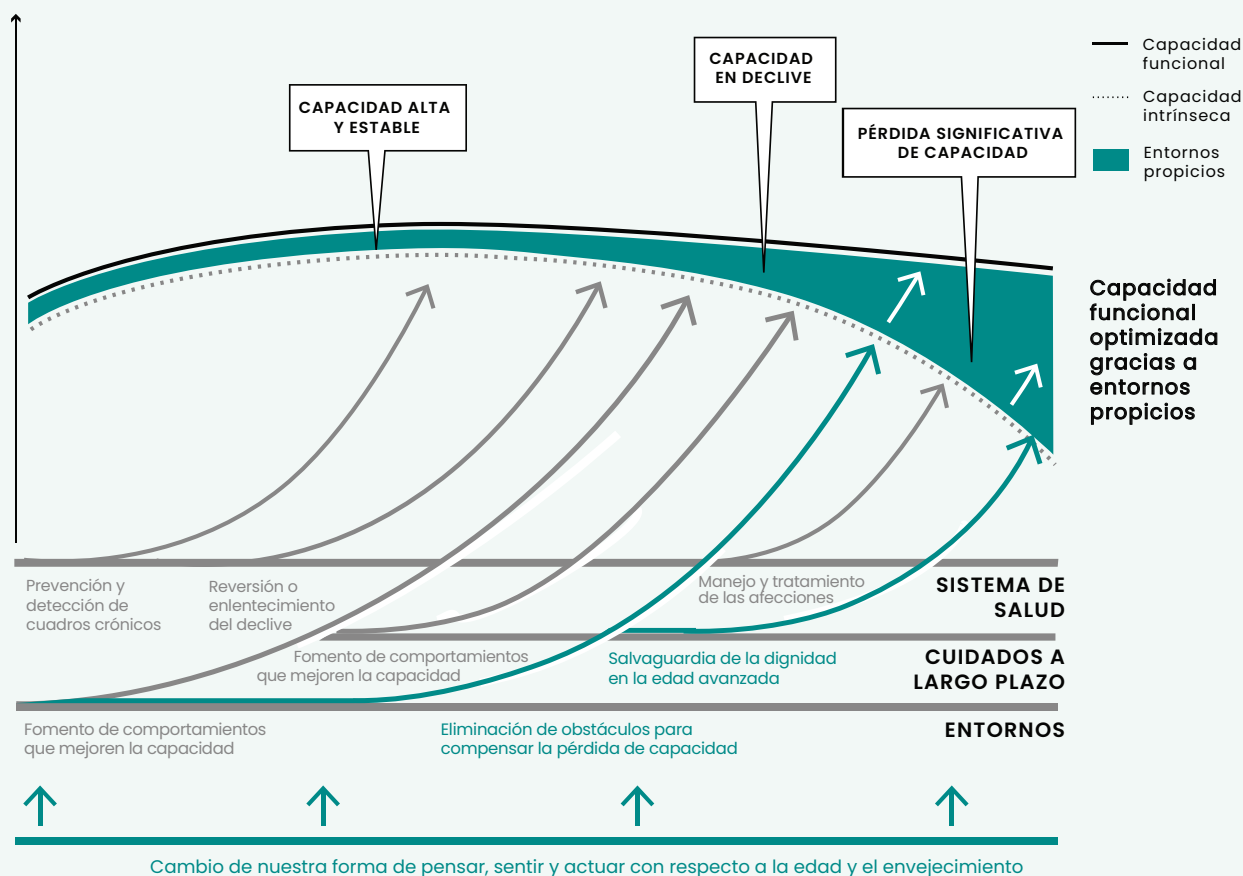


Figura 2. Marco de salud pública para el envejecimiento saludable



La **capacidad intrínseca** es “la suma de todas las capacidades físicas y mentales de una persona”. El **entorno** abarca “todos los factores del mundo extrínseco que conforman el contexto vital de una persona. Estos incluyen —desde el nivel micro hasta el nivel macro— el hogar, las comunidades y la sociedad en general”, “incluidos el entorno construido, las personas y sus relaciones, actitudes y valores, las políticas sociales y de salud, los sistemas que los apoyan y los servicios que implementan” (6).

En la figura 2 puede apreciarse cómo la capacidad intrínseca y la capacidad funcional varían de forma continua a lo largo de la segunda mitad de la vida. Prevenir y compensar las pérdidas permanentes o transitorias de la capacidad intrínseca es fundamental para mantener la capacidad funcional a lo largo del tiempo. En general, estas trayectorias se pueden dividir en tres períodos comunes: un período de capacidad mental y física relativamente alta y estable, un período de disminución de la capacidad y un período de pérdida significativa de capacidad. Estos períodos no vienen definidos por la edad cronológica ni disminuyen por fuerza continuamente, difieren de modo notable de una persona a otra, y

no todas las personas pasan por los tres períodos durante su vida.

Por lo tanto, optimizar la capacidad funcional para lograr un envejecimiento saludable debe ser un objetivo para todas las personas, con independencia de su estado de salud actual. Sea cual fuere el espectro de la capacidad funcional (figura 2), la OMS considera el envejecimiento saludable como el logro de una vida plena, incluso en presencia de disminuciones significativas de la capacidad física y mental.

## 2.2 Definición y alcance de los cuidados a largo plazo

### 2.2.1 ¿Qué son los cuidados a largo plazo?

Para casi todas las personas, llegará un momento en la vida en el que su capacidad para hacer las cosas que deben o desean hacer haya disminuido significativamente, y en el que posiblemente requieran medidas como la prestación de cuidados de apoyo para garantizar una vida plena. Puede haber también factores ambientales que dificulten

las actividades significativas pese a disponer de una capacidad adecuada. Por lo tanto, las personas con una disminución significativa de la capacidad necesitarán ayuda diaria con actividades como asearse y vestirse, o ayuda con las actividades domésticas como limpiar y cocinar. Este cuidado y apoyo para mantener la capacidad funcional constituye el núcleo de los cuidados a largo plazo (CLP).

Los cuidados a largo plazo incluyen las actividades “para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana” (6). Los cuidados a largo plazo han de abordar la salud, el cuidado personal y las necesidades sociales de las personas; pueden ser continuos o intermitentes, pero se prestan durante períodos sostenidos a personas que presentan necesidades objetivas, en relación con la capacidad funcional.

La necesidad de cuidados a largo plazo puede surgir repentinamente, como consecuencia de un problema agudo que puede entrañar secuelas crónicas (como un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular o una fractura de cadera), o bien desarrollarse de modo gradual como consecuencia de un cuadro crónico y progresivo (como la demencia o la fragilidad). Las fluctuaciones de la capacidad funcional son multidireccionales, lo cual significa que no hay una sola senda para todos ni una misma trayectoria de capacidad funcional dentro de la trayectoria de envejecimiento de una persona. Los componentes de apoyo de los cuidados a largo plazo (asistencia prestada para ayudar a una persona a llevar a cabo una tarea determinada con el fin de optimizar su capacidad funcional y promover su independencia), por ejemplo, pueden ser servicios a corto plazo que pueden optimizar la capacidad funcional en situaciones en las que cabe la posibilidad de restablecer la función, o bien prestarse a largo plazo para quienes presenten un deterioro de la capacidad funcional menos susceptible de rehabilitación.

Por lo tanto, las personas siguen diferentes sendas según sus necesidades de CLP, que reflejan las diferencias en cuanto a estado funcional y de salud, preferencias y valores tanto individuales como familiares, circunstancias económicas y ubicación geográfica. De forma combinada, estos factores dan forma tanto a las opciones como a los recursos disponibles para las personas que necesitan cuidados a largo plazo y al modo en que entienden y evalúan sus opciones. Los cuidados a largo plazo

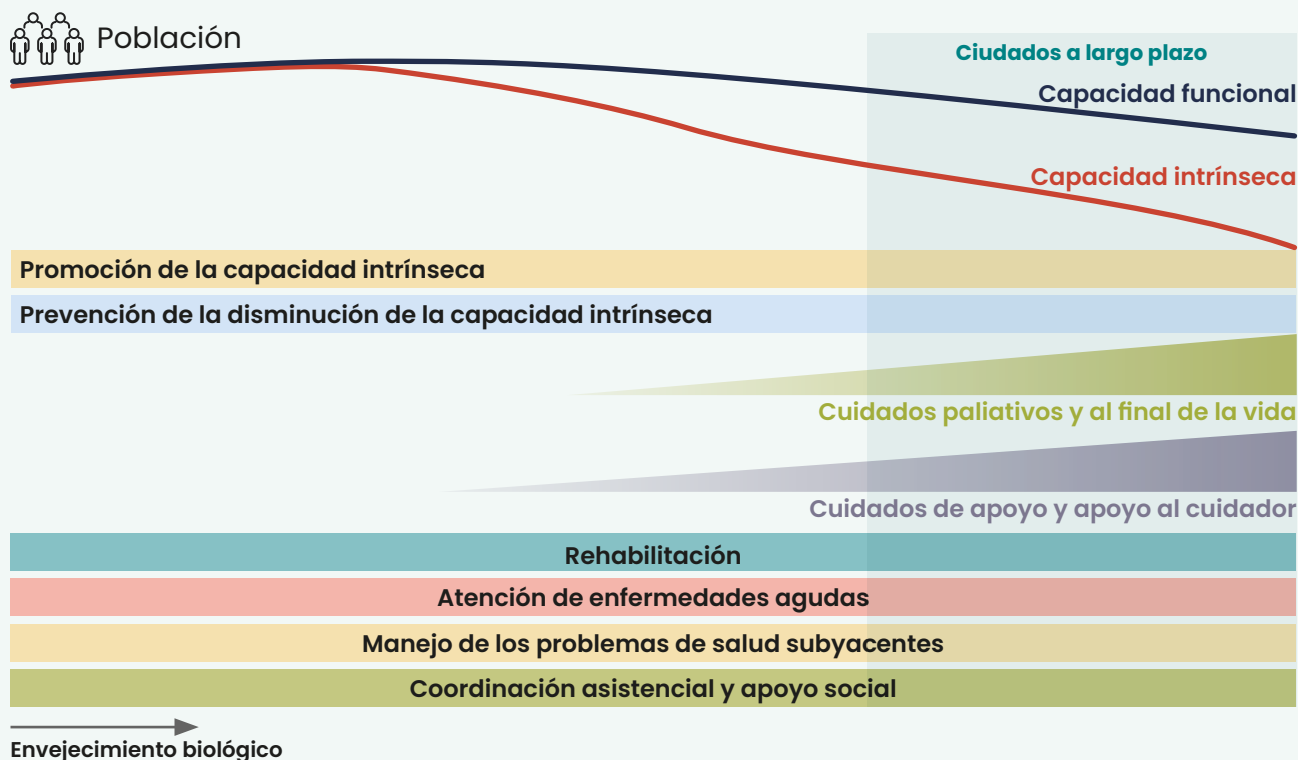
pueden ayudar a estabilizar o retrasar la progresión de las afecciones crónicas siempre que sea posible, así como a prevenir las agudas, y a detectarlas y tratarlas con rapidez cuando ocurren, ayudando a promover la capacidad funcional y el bienestar.

### 2.2.2 ¿Cuál es el objetivo de los cuidados a largo plazo?

El objetivo de los cuidados a largo plazo es garantizar que una persona con disminución significativa de la capacidad física o mental pueda mantener la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. El objetivo de los cuidados a largo plazo incluye asimismo la provisión de comodidad y bienestar para las personas al final de la vida, así como para sus familiares. Para lograr estos objetivos y alcanzar la visión de un sistema continuo e integrado de CLP, los servicios deben respetar los siguientes valores.

- **Estar centrados en la persona y en consonancia con los valores y preferencias de la persona.** Las actividades de CLP deben adaptarse y personalizarse al nivel de capacidad de cada individuo, y a sus valores y preferencias, de una manera centrada en la persona, proporcionando a las personas mayores o a su persona de confianza (por ejemplo, en casos de deterioro cognitivo grave que impida la toma independiente de decisiones) la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones fundamentadas en relación con su atención. Las personas mayores y sus cuidadores tienen el derecho y merecen la libertad de hacer realidad sus aspiraciones constantes de bienestar, plenitud y dignidad, y una buena vida, incluso en caso de pérdida significativa de la capacidad intrínseca o el riesgo de tal pérdida. También deben tenerse en cuenta los valores y preferencias de las personas que participan en la prestación de cuidados, como los cuidadores (13).
- **Optimizar la capacidad funcional a lo largo del tiempo y compensar la pérdida de capacidad intrínseca.** Además de abordar las necesidades físicas y básicas (como la nutrición y la higiene) de las personas mayores, los sistemas de CLP deben promover su capacidad para desplazarse, entablar y mantener relaciones, aprender, desarrollarse, decidir y contribuir a sus comunidades lo máximo posible. Los cuidados a largo plazo deben tener como objetivo mantener las trayectorias de capacidad intrínseca y capacidad funcional de la persona todo lo óptimas posible a lo largo del tiempo, optimizando y rehabilitando las pérdidas funcionales transitorias, y compensando las

Figura 3. Composición de los servicios de salud pública para la implantación de la atención integrada para un envejecimiento saludable



Envejecimiento biológico

pérdidas permanentes, con el fin de lograr un envejecimiento saludable (1).

- **Prestarse en la comunidad.** Las personas mayores y sus cuidadores valoran los servicios e intervenciones capaces de mejorar su vida cotidiana y proporcionar soluciones prácticas para permitir que las personas mayores envejezcan en su entorno de vida preferido, al tiempo que participan y contribuyen a su familia y a su comunidad durante el mayor tiempo posible.
- **Proporcionar servicios integrados en un proceso de continuidad asistencial.** Los cuidados formales a largo plazo implican un conjunto de servicios que incluyen aspectos de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidados de apoyo y apoyo social en diversos grados, según las necesidades de cada persona. Para aumentar al máximo las capacidades físicas y mentales y la capacidad funcional de las personas mayores, y para apoyar a sus cuidadores, estos componentes de servicio deben prestarse de manera eficiente en un proceso de continuidad asistencial e integrarse en conjuntos de servicios para responder de modo eficaz a los cambios en la capacidad funcional de las personas mayores (figura 3).
- **Incluir servicios que empoderen a la persona mayor.** Los cuidados a largo plazo deben empoderar a las personas y permitirles hacer lo máximo posible por sí mismas, en lugar de reemplazar su capacidad actual o potencial

con un servicio social que en última instancia disminuya su función y aumente la dependencia de los cuidados (6).

- **Hacer hincapié en el apoyo a los cuidadores y a los trabajadores de CLP.** Dicho apoyo debe garantizar que no sufran las repercusiones negativas del cuidado en su bienestar físico, emocional, social y económico.

Los cuidados a largo plazo respetan el enfoque básico proporcionado por el marco de implantación de la atención integrada para personas mayores (ICOPE), que es aplicable en todo momento a los cuidados a largo plazo (14) (figura 3).

### 2.2.3 ¿Dónde se prestan los cuidados a largo plazo? Lograr el envejecimiento en el entorno propio

Los cuidados a largo plazo pueden prestarse en varios entornos, incluido el propio hogar de la persona mayor, los centros comunitarios, los hospitales o los centros de CLP (6). Las encuestas poblacionales de Estados Unidos, por ejemplo, indican que en torno a 90% de las personas mayores tienen la intención de permanecer en su hogar actual durante los próximos 5 a 10 años (15). La prestación de servicios eficaces en el hogar y en los centros comunitarios permite a las personas mayores envejecer en el entorno preferido y más adecuado.

**Envejecer en el entorno propio** es la “capacidad de vivir en el propio hogar y comunidad de manera segura, independiente y cómoda, con independencia de la edad, los ingresos o el nivel de capacidad. Envejecer en el entorno correcto amplía este concepto a la capacidad de vivir en el lugar que mejor se ajuste a las necesidades y preferencias de la persona, sea o no el propio hogar” (6).

Cada persona tiene sus propias razones para querer pasar los años que le queden de vida en un entorno familiar. Aun cuando las decisiones deben adoptarse en virtud de una evaluación caso por caso, pues no hay soluciones universales, las personas mayores deben tener el derecho a envejecer en la residencia de su elección. Permanecer en el propio hogar puede ayudar a mantener un sentido de conexión, seguridad y familiaridad, así como un sentido de identidad (6). Sin embargo, permanecer en el propio hogar puede generar sentimientos de aislamiento o aumentar el riesgo de fragilidad y discapacidad de la persona mayor debido a necesidades insatisfechas, como puede suceder en el caso de quienes residen en vecindarios inseguros o en los que no hay apoyo. Las disminuciones de la capacidad pueden abordarse mediante diversas adaptaciones que garanticen la seguridad y el bienestar, servicios más específicos o, en ocasiones, la reubicación en una residencia con más servicios de forma continua destinados a satisfacer las necesidades.

Para adaptarse a quienes eligen vivir en centros de CLP, el personal en estos centros debe prestar servicios integrados de diversos niveles de complejidad, centrados en la persona, de manera de facilitar la transición asistencial y evitar hospitalizaciones innecesarias. Con independencia de las opciones disponibles, las personas mayores (o una persona de confianza si la persona mayor carece de capacidad para decidir de manera independiente) siempre deben tener voz en las decisiones relacionadas con su cuidado y manera de vivir, con el fin de proteger su albedrío, dignidad y autonomía, y de evitar los abusos y la discriminación.



# 3. Hacia un sistema integrado de cuidados a largo plazo

## 3.1 ¿Qué es un sistema de cuidados a largo plazo?

La OMS define los sistemas de cuidados a largo plazo (CLP) como “sistemas nacionales que garantizan una atención integral de larga duración adecuada, asequible y accesible que defiende los derechos de personas mayores y cuidadores por igual” (16).

No es necesario que los sistemas de CLP constituyan un sistema nuevo y aparte, sino que pueden —y de ser posible deben— construirse con el personal asistencial y en el seno de los sistemas de salud y asistencia social ya establecidos en cada país, siempre que contribuyan a optimizar las capacidades físicas, mentales y funcionales de sus usuarios.

La integración en el ámbito de los cuidados a largo plazo hace referencia a una perfecta integración de los sistemas de salud y asistencia social, desde la gobernanza hasta los sistemas de información y la prestación de cuidados, de modo que los cuidados a largo plazo puedan prestarse y recibirse de forma que no sea fragmentada.

El sistema continuo de CLP hace hincapié en la continuidad asistencial que abarca la prevención, la promoción, la curación, la rehabilitación, los cuidados paliativos y de apoyo, y la asistencia social. Resalta asimismo la importancia de la coordinación entre los sectores social y de salud, una derivación sin fisuras entre los distintos entornos (cuidado domiciliario, centros comunitarios de día, atención en centros residenciales) y una gestión armonizada de las distintas funciones asistenciales (por ejemplo, profesionales de la salud y trabajadores de CLP, cuidadores y familiares), que abarque todos los niveles de intensidad de los cuidados y los brinde en el momento oportuno.

Un sistema de CLP —que puede reflejar el sistema de salud— consiste en el conjunto de organizaciones, personas y medidas cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud o las capacidades de quienes tienen limitaciones significativas en la capacidad funcional y precisan de cuidados, o están en riesgo de precisarlos (16). Ello

incluye los esfuerzos para influir en los determinantes de la salud de las personas que precisan de cuidados a largo plazo, así como de sus cuidadores. Un sistema de CLP, pues, es algo más que las instalaciones de propiedad pública destinadas a la prestación de cuidados a largo plazo. Incluye, por ejemplo, a una cuidadora que presta asistencia a su madre anciana incapaz de realizar de forma independiente las actividades cotidianas básicas (como alimentarse, vestirse y asearse), pero también a prestadores privados, programas de cambio de comportamiento, seguros de salud y asistencia social (16).

## 3.2 ¿Cómo constituir un sistema de cuidados a largo plazo?

Muchos servicios pertinentes para los cuidados a largo plazo ya se están prestando en los países a

### Recuadro 1. Definiciones de la fuerza laboral de CLP

**Cuidadores** (por ejemplo, cuidadores informales, familiares): personas que prestan cuidados a uno o varios parientes, amistades o miembros de su comunidad. Pueden proporcionar los cuidados de manera periódica, ocasional o habitual, o bien estar involucrados en organizar la prestación de cuidados por parte de terceros. Estos cuidadores deben distinguirse de los trabajadores profesionales vinculados a un sistema formal de prestación de servicios, y en la mayor parte de los casos prestan sus servicios de forma no remunerada.

**Trabajadores de CLP** (por ejemplo, cuidadores profesionales, asistentes sociales y enfermeras): cuidadores profesionales vinculados a sistemas formales de prestación de servicios de CLP. Estas y otras definiciones pueden consultarse en el “Glosario” final).

través de sus sistemas generales de atención de salud y asistencia social; es el caso de las visitas a domicilio de los equipos de atención primaria de salud, la capacitación y apoyo prestados a los cuidadores, la aportación de productos de apoyo y los servicios de cuidados paliativos. En lugar de crear nuevos sistemas, es preferible intentar transformar los modelos asistenciales centrados en la enfermedad para incorporar un discurso más amplio que tenga en cuenta los aspectos de la capacidad funcional y se centre en las necesidades de la persona.

Para establecer un sistema de CLP, los países deberán determinar los servicios existentes y asegurarse de que se presten en el momento oportuno, centrados en la persona y de manera integrada, asequible y equitativa. Deben crearse y ampliarse nuevos tipos de servicios a largo plazo en función de los contextos y las previsiones nacionales y locales. Debe haber una inversión continua en el desarrollo de la capacidad de los trabajadores de CLP y cuidadores (recuadro 1), y deben aplicarse mecanismos de garantía de la calidad de los servicios de CLP no solo para garantizar la calidad, sino también para prevenir resultados negativos como el abuso o la discriminación de las personas mayores. La sostenibilidad de dicho sistema puede garantizarse mediante la gobernanza, la legislación y los sistemas de financiamiento, todos los cuales deben basarse en datos sólidos desglosados (por ejemplo, por región, sexo y grupo etario) y fortalecerse mediante medidas transparentes de rendición de cuentas y participación pública.

Las características de los sistemas de CLP varían notablemente de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país, según las diferencias culturales, políticas, epidemiológicas, de recursos y socioeconómicas. En un extremo del espectro, hay países sin ningún sistema de CLP, o apenas desarrollado de un modo muy incipiente, que dejan dichas actividades (casi) por completo en manos de la familia, sin ningún apoyo u orientación adicionales. En el otro extremo, algunos países disponen de sistemas formales bien desarrollados. Pese a las diferencias en cuanto a sus características, no obstante, las normas y principios específicos subyacentes a los cuidados a largo plazo deben ser universales en todos los sistemas.

Los sistemas con mayor nivel de desarrollo incluyen una amplia variedad de servicios de salud y asistencia social, con la contribución de otros sectores como los de transporte y educación. Los servicios formales pueden incluir los cuidados domiciliarios, comunitarios y en establecimientos residenciales para personas mayores con pérdida de capacidad, pero también la capacitación y el apoyo dirigidos a los cuidadores (como los programas de

relevos o respiros). Lo que es más importante, en estos sistemas desarrollados de CLP, las actividades están orientadas a las necesidades de la persona mayor, en lugar de a las necesidades de los servicios, para hacer posible un proceso integrado de cuidado y apoyo.

Los cuidados pueden proporcionarlos alguna combinación de la familia, la sociedad civil, el sector privado y el sector público. Sin embargo, los gobiernos deben asumir la responsabilidad general y la función coordinadora para movilizar recursos y garantizar el correcto funcionamiento del sistema (16-18). Es imperativo que los países avancen hacia sistemas de financiamiento público de los cuidados a largo plazo para exigir la cobertura universal; garantizar el derecho (como sucede con la atención médica) y el acceso equitativo; y reducir el estigma asociado a las consecuencias negativas del apoyo a los cuidados a largo plazo condicionado al nivel de recursos (19).

Teniendo en cuenta esta enorme diversidad, no hay un único sistema de CLP que pueda aplicarse en todos los contextos, ni siquiera en países con limitaciones de recursos similares. No obstante, todos los sistemas de CLP en todo el mundo deben tener en cuenta los siguientes principios clave para lograr un espectro continuo e integrado de servicios de CLP en los países.

- Los gobiernos nacionales, junto con las administraciones locales, deben asumir la responsabilidad general de rectoría de los sistemas de CLP (6).
- La prestación de cuidados a largo plazo debe basarse en los sistemas de salud y asistencia social disponibles y, lo que es más importante, incorporar los cuidados a largo plazo a través de la atención primaria de salud. En los países con sistemas de salud más desarrollados, los cuidados a largo plazo podrían aprovechar la infraestructura del sistema de salud como base para estrategias y sinergias destinadas a constituir una prestación sostenible y equitativa de los cuidados a largo plazo; en los países con sistemas de salud más limitados, en cambio, el énfasis recaerá en la integración de los cuidados a largo plazo con los servicios de atención primaria de salud como parte de una reorientación más amplia de la atención primaria de salud dirigida a las enfermedades no transmisibles. Un recurso clave para generar políticas de CLP es aprovechar las experiencias anteriores, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos (20).
- Los cuidados a largo plazo deben ser asequibles y accesibles y, más concretamente, deben garantizar el acceso de las personas desfavorecidas a los servicios.



- Los cuidados a largo plazo deben salvaguardar los derechos humanos de las personas mayores (y de sus cuidadores) para reforzar su dignidad y permitir su autoexpresión, así como, cuando sea posible, su capacidad para tomar decisiones, teniendo en cuenta al mismo tiempo los derechos y las necesidades de la fuerza laboral de CLP.
- Los cuidados a largo plazo deben orientarse en torno a las necesidades de la persona mayor (esto es, estar centrados en la persona), más que a la estructura del servicio, y deben prestarse de forma que no sea fragmentada y que garantice la continuidad asistencial con otros servicios.



# 4. Marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo

En el marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo (CLP) (figura 4) se ponen de relieve seis elementos clave del sistema necesarios para lograr un proceso integrado y continuo de CLP y facilitar la integración de los servicios a largo plazo dentro de los sistemas de salud y asistencia social (17, 18). Se trata de: a) gobernanza; b) financiamiento sostenible; c) información, seguimiento y evaluación; d) fuerza laboral; e) prestación de los servicios; y f) innovación e investigación. Se indican además las medidas para orientar los procesos nacionales de planificación y toma de decisiones con vistas a la aplicación de los cuidados a largo plazo.

Se reconoce que los elementos y medidas tendrán una importancia distinta en países con diferentes niveles de desarrollo social o económico, grados de orientación de los cuidados a largo plazo y desarrollo del sistema de salud. Las medidas que se describen a continuación pretenden ser aplicables a una amplia gama de países, pero no todas ellas resultarán apropiadas o deberán priorizarse en todos los países. Se sugiere que las medidas se adopten en el contexto de las necesidades de cada país concreto para acelerar las tareas encaminadas a mejorar los cuidados a largo plazo.

Figura 4. Marco integrado y continuo de los cuidados a largo plazo



## Elemento 1. Gobernanza

La gobernanza hace referencia a velar por que haya marcos de políticas estratégicas y que se apliquen en combinación con una supervisión eficaz, la constitución de coaliciones, la regulación, la atención al diseño de los sistemas y la rendición de cuentas (20). La gobernanza del sistema de CLP a menudo exige la intervención de múltiples sectores, ministerios y niveles de gobierno, por lo que es de suma importancia disponer de una coordinación eficaz.

Los sistemas de CLP constan de una mezcla de prestadores públicos, privados con ánimo de lucro y privados sin ánimo de lucro, lo cual dificulta tanto la rendición de cuentas como la regulación. Debido a estos matices, los funcionarios de salud pública pueden tener la percepción negativa de que los cuidados a largo plazo constituyen un complejo maremágnum que requiere recursos e inversiones indefinidos, lo cual lleva a una falta de priorización y a mayores desafíos de gobernanza en comparación con otros sistemas. Sin embargo, debe reconocerse que estas complejidades no solo deben afrontarse los sistemas de CLP, sino que son aspectos presentes en todos los sistemas de salud, especialmente a medida que maduran. Como sucede en el caso de la atención médica, comenzar designando una entidad gubernamental encargada de coordinar a los diversos participantes multisectoriales es un primer paso para simplificar estas persistentes nociones erróneas en cuanto a la complejidad comparativa de los cuidados a largo plazo.

En la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos, los gobiernos se han centrado en la prestación de servicios desde el sector público en lugar de adoptar la visión de gobernanza más amplia que integra a los sectores público y privado (21, 22). En algunos países, el sector privado constituye los principales prestadores de servicios de CLP; mientras que, en otros, gran parte de la fuerza laboral está formada por cuidadores no remunerados. Es tarea de los gobiernos transformar la gobernanza de los cuidados a largo plazo para integrar la prestación de servicios tanto públicos como privados.

Para una gobernanza sólida, los gobiernos deben tener en cuenta e involucrar a toda la gama de actores, incluidos no solo los directamente implicados en el sector de la atención de salud y la asistencia social, sino también los sectores implicados de forma indirecta que requieren orientación, como es el caso de los sectores de infraestructura y transporte. Esto ayudará a garantizar la prestación eficiente de los servicios, así como la accesibilidad y la integración de los servicios de salud y asistencia social en el nivel micro.

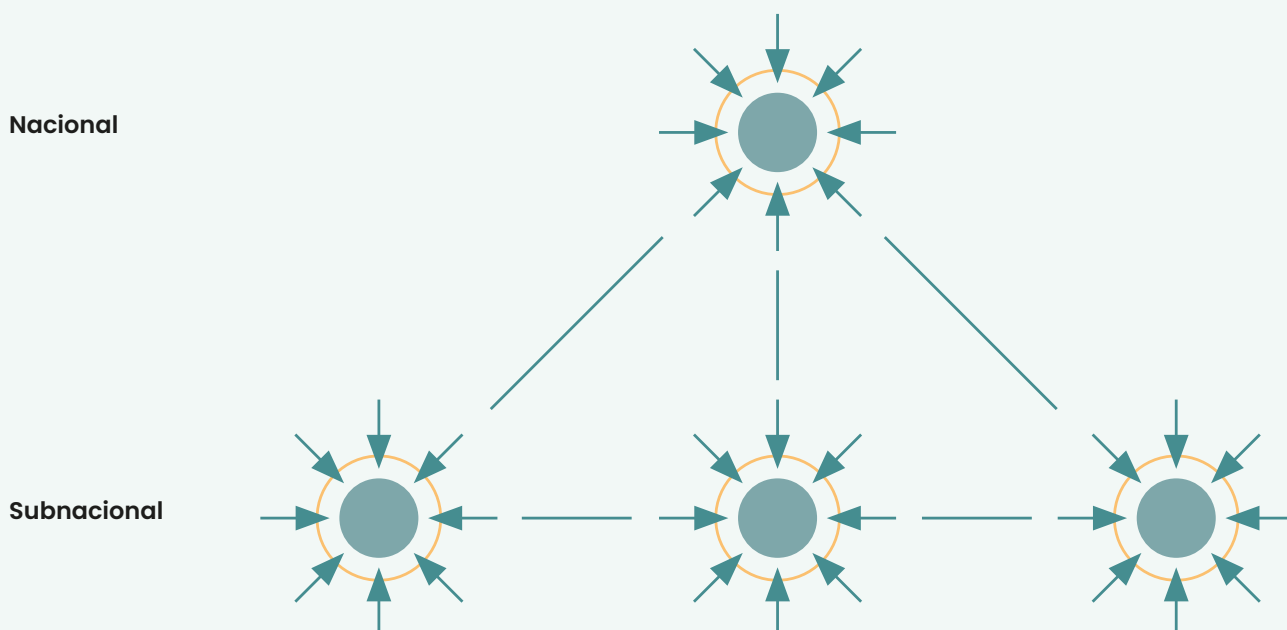
Otra dimensión importante para mejorar la gobernanza es reconocer la importancia cada vez mayor de las comunidades. Para que los sistemas de CLP sean más flexibles, es preciso reconocer y fortalecer el papel fundamental de las comunidades para hacer posible detectar de manera temprana las preocupaciones locales y abogar eficazmente por las necesidades emergentes. La implicación de la comunidad en la estructura de gobernanza de los cuidados a largo plazo puede facilitar respuestas más ágiles y flexibles, y mejorar la rendición de cuentas, lo cual da como resultado cuidados más equitativos y de mayor calidad. Esto puede lograrse permitiendo que los representantes de la comunidad adopten funciones oficiales en las estructuras de gobernanza local de los organismos coordinadores de los cuidados a largo plazo. Dicha gobernanza local debe integrarse en los sistemas nacionales y subnacionales de apoyo de los cuidados a largo plazo.

### Estructura de gobernanza

En la mayor parte de los países, los cuidados a largo plazo se sitúan en la intersección de varios ministerios, que por lo general son los de salud y asuntos sociales, desarrollo o protección social. Esta división afecta a la calidad de los servicios de CLP, pues puede llevar a la fragmentación y a una mayor complejidad de los mecanismos de financiamiento, regulación, sistemas de información y gestión de los servicios. Un plan de gobernanza cuidadosamente diseñado puede ayudar a mitigar dicho riesgo.

Es importante contar con un organismo coordinador multisectorial específico a nivel nacional y subnacional, que facilite la coordinación y la comunicación sobre los cuidados a largo plazo (figura 5). Esto es clave para garantizar la integración entre los diversos sectores pertinentes y la prestación de cuidados a largo plazo de manera coordinada e integrada. Dicho organismo coordinador garantizará la comunicación entre los distintos ministerios, incluidos los sectores relacionados con cuestiones sociales y fuera del sector de la salud, e incluirá

**Figura 5. Organismo coordinador multisectorial específico a nivel nacional y subnacional**



también a las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, que en muchos países desempeñan una función clave en la prestación de servicios (23).

Este organismo coordinador debería facilitar asimismo la prestación y contribuir a mejorar la calidad de los cuidados. El plan de gobernanza para los sistemas de CLP debe incluir procedimientos relacionados con la toma de decisiones, el control de gastos, la rendición de cuentas (seguimiento del desempeño) y las estructuras o vías en el seno del sistema de CLP para ofrecer orientación general a los servicios y sus usuarios (23).

### Legislación sobre cuidados a largo plazo

La legislación sobre CLP a nivel nacional es un punto de partida para la formulación de estrategias y hojas de ruta posteriores en el ámbito de los cuidados a largo plazo. La legislación sentará las bases para que los países establezcan estructuras de gobernanza, aseguren un financiamiento sostenible, desarrollen la fuerza laboral para los cuidados a largo plazo y establezcan mecanismos de seguimiento y vigilancia mediante el desarrollo de indicadores relativos a la calidad, el desempeño y el nivel mínimo de cuidados que deben prestarse. En la elaboración de este tipo de legislación se deben tener en cuenta los puntos de vista de las múltiples partes interesadas (como

los prestadores de servicios, las asociaciones profesionales y los organismos de acreditación) y también de las propias personas mayores y sus cuidadores. Dicha legislación debe garantizar no solo la prestación de cuidados a largo plazo para quienes los necesiten, sino también la asistencia social, los derechos y las prerrogativas de las personas mayores y sus cuidadores.

### Estrategia de cuidados a largo plazo

Tras establecerse la legislación, la presencia de un plan, estrategia o marco nacional específico de CLP acreditado por la entidad gubernamental pertinente (ministerio responsable) o un órgano legislativo (como el parlamento) ayudará a garantizar la prestación de servicios de CLP de calidad, sostenibles y equitativos a las personas mayores necesitadas. Una estrategia o marco nacional consiste en un conjunto organizado de principios, objetivos o medidas por escrito para reducir la carga atribuible a la dependencia de cuidados en una población. Puede tratarse de instrumentos independientes específicos para los cuidados a largo plazo o la integración de la prestación de cuidados a largo plazo en otras políticas, planes, estrategias o marcos pertinentes (por ejemplo, políticas de atención de salud, de bienestar social o de envejecimiento). La instauración de un sistema plenamente

integrado de CLP implica la elaboración de políticas, estrategias, planes o marcos mediante un enfoque multisectorial integral.

### Mecanismos de rendición de cuentas

La rendición de cuentas hace referencia a la obligación de responder ante alguien o ante una institución (como una parte interesada o accionista) y de demostrar que se satisfacen los objetivos acordados (20). Los sistemas de CLP, pues, deben tener medidas de rendición de cuentas bien definidas para garantizar que todos los actores del sistema rindan cuentas públicamente (24). Para eso hace falta transparencia; seguimiento del











desempeño de los organismos responsables y de los servicios y procedimientos (por ejemplo, mediante evaluación de la repercusión); implicación activa de las personas mayores, sus familiares, cuidadores, sociedad civil y prestadores locales de servicios en el desarrollo tanto de las políticas como de los servicios; y seguimiento del desempeño de los cuidados a largo plazo. Otros mecanismos de rendición de cuentas son la acreditación de los servicios, los enfoques regulatorios (por ejemplo, promulgación de legislación sobre CLP o implantación de sistemas de cumplimiento), la armonización de las medidas de responsabilidad fiscal con los criterios de desempeño y la presentación de informes de desempeño público independientes y periódicos (24).

### Aspectos clave para la gobernanza de los cuidados a largo plazo

En el recuadro 2 se indican los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la gobernanza de los cuidados a largo plazo; y en el recuadro 3 se presentan ejemplos concretos a nivel de país.

#### RECUADRO 2. GOBERNANZA: ASPECTOS CLAVE

Los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la gobernanza de los cuidados a largo plazo son los siguientes.

-  Incluir los cuidados a largo plazo dentro de la cartera de los gobiernos nacionales y regionales o municipales con la designación de un organismo coordinador específico con el objetivo de asumir el liderazgo e implicar a los representantes de la comunidad y otras partes interesadas pertinentes.
-  Formular legislación sobre los cuidados a largo plazo que incluya un mandato para la estructura de gobernanza, el mecanismo de financiamiento, la prestación de servicios con un grupo poblacional destinatario definido, y el seguimiento de la calidad y el desempeño de los cuidados.
-  Formular legislación para garantizar la protección de los derechos y prerrogativas tanto de las personas mayores como de los cuidadores.
-  Establecer un plan, estrategia o marco nacional general (y regional cuando proceda) que determine las indicaciones y los criterios de valoración para lograr un sistema organizado y sostenible de CLP que se ponga en marcha a nivel subnacional con un grupo poblacional destinatario especificado.
-  Mapear a las partes interesadas clave en la elaboración de una política y estrategia de CLP.
-  Formular un documento explícito de política de CLP elaborado como un documento nacional independiente, que incluya por lo general un proceso en múltiples etapas con las partes interesadas, dirigido o apoyado por la entidad gubernamental específica que se ocupa de los cuidados a largo plazo.
-  Dirigir las funciones del gobierno a nivel nacional, regional y municipal en cuanto a la garantía, el financiamiento, la regulación y la prestación de los servicios de CLP, incluidas las funciones de los prestadores públicos y privados y de las organizaciones no gubernamentales.
-  Establecer un plan de acción detallado con estrategias esenciales de implantación.
-  Crear y apoyar un órgano decisorio permanente para integrar todos los niveles del sector de los cuidados a largo plazo, incluida la colaboración de las organizaciones laborales del ámbito social y de salud, con el objetivo de fomentar el diálogo y formular procesos, normas, estándares y regulaciones.
-  Definir estrategias y medidas para facilitar el liderazgo, fomentar la colaboración entre los sistemas de salud y asistencia social, y posibilitar las alianzas destinadas a promover modelos más integrados de CLP.

- ✔ Definir cómo se asignarán y distribuirán los fondos públicos para la ejecución sostenible del plan nacional o subnacional.
- ✔ Asignar y coordinar los presupuestos en los múltiples niveles de gobernanza para implantar un sistema integrado de CLP.
- ✔ Promover la colaboración intersectorial (salud y otros sectores gubernamentales, así como representantes del sector privado, voluntarios y grupos sin fines de lucro) para construir sobre objetivos comunes y asignar los recursos.
- ✔ Establecer mecanismos para revisar y hacer el seguimiento del progreso hacia los objetivos de la política nacional de CLP de conformidad con lo definido en el plan o marco.
- ✔ Establecer y perfeccionar de manera continua las medidas de supervisión y seguimiento del plan nacional de CLP, con el fin de determinar si se está implantando según lo previsto y se cumplen las estrategias.
- ✔ Configurar las actividades de auditoría para medir el desempeño y la transparencia de los organismos responsables.
- ✔ Dar seguimiento al desempeño de los servicios de CLP en lo que concierne a su eficacia, eficiencia, aspectos económicos, cumplimiento de las leyes y regulaciones, requisitos contractuales, requisitos de subvenciones, y políticas y procedimientos organizativos.
- ✔ Establecer normas, procedimientos y regulaciones laborales para los cuidadores y los trabajadores de CLP, como condiciones de trabajo, salarios, acuerdos sobre horarios de trabajo, mecanismos de compensación y estrategias para superar la informalidad.
- ✔ Promover el reconocimiento de la fuerza laboral de CLP y la observancia de las normas de higiene y seguridad laborales.
- ✔ Proporcionar un programa de capacitación continua para los cuidadores (tanto remunerados como no remunerados) y formular legislación relativa a los requisitos de capacitación y certificación para acreditar los conocimientos teóricos y prácticos sobre CLP.
- ✔ Asociarse con partes interesadas y grupos nacionales, subnacionales y locales para determinar y fortalecer los mecanismos destinados a implicar y empoderar a las comunidades en los procesos de gobernanza.
- ✔ Formular normas de calidad para los servicios de CLP, ya sean prestados por entidades públicas, privadas o sin fines de lucro, estableciendo normas mínimas de calidad para los prestadores a través de licencias y certificaciones, y llevando a cabo inspecciones periódicas destinadas a garantizar su cumplimiento y vigilar el desempeño en cuanto a calidad.

### RECUADRO 3. GOBERNANZA: EJEMPLOS DE PAÍSES

#### Alemania

El departamento de cuidados a largo plazo, dependiente del Ministerio Federal de Salud, es responsable de la gobernanza de los cuidados a largo plazo. Son muchos los actores implicados en la gobernanza de la atención de salud y cuidados a largo plazo; entre ellos, el gobierno federal, las autoridades regionales y locales, y las asociaciones autónomas de prestadores de servicios. La ley del seguro de CLP y las regulaciones de apoyo a los cuidados, como parte de las políticas de asistencia social, constituyen la principal legislación reguladora de los cuidados a largo plazo. Las autoridades locales contribuyen también al financiamiento de los cuidados a largo plazo en tanto que proporcionan asistencia social para cubrir los elevados costos compartidos de las familias que no pueden pagarlos con sus ingresos, ahorros o bienes. La prestación integrada de cuidados a largo plazo se refuerza mediante la promoción del desarrollo de los barrios y la asignación de asesoramiento sobre cuidados a los municipios. Hay un interés cada vez mayor por mejorar la coordinación de los servicios de salud y los cuidados a largo plazo, así como fortalecer el papel de las autoridades locales (25).

#### Dinamarca

La gobernanza del sistema de salud está sumamente descentralizada. Históricamente, el Ministerio de Asuntos Sociales e Interior era el responsable de regular los servicios y el apoyo a las personas mayores, pero desde el 2015 estas competencias se han transferido al Ministerio de Salud. Este ministerio es responsable de regular, supervisar y planificar el desempeño, incluida la supervisión de la prestación de cuidados. A través de la participación de las partes interesadas, el Ministerio de Salud determina y aplica las políticas nacionales, y diseña la legislación relacionada con el funcionamiento y la organización de los sistemas de salud y CLP. El ministerio está asimismo a cargo de establecer el marco económico general. Las cinco regiones administrativas del país determinan los fondos que se asignarán a los servicios, establecen los convenios colectivos y tienen la responsabilidad general de proporcionar los servicios. Cada región es propietaria de los centros públicos (hospitales y unidades especializadas de atención de salud mental) ubicados en su territorio y contrata los servicios directamente. Los municipios son los responsables de prestar y garantizar la calidad de los servicios sociales y ciertos servicios de salud, y prestan también servicios de CLP y servicios de compras a los prestadores privados. Los municipios son autónomos en lo que concierne a la prestación de cuidados a largo plazo, incluida la evaluación de las necesidades y los protocolos asistenciales (26).



## Elemento 2. Financiamiento sostenible

El financiamiento de los servicios de CLP para la población en aumento de personas mayores con pérdida significativa de su capacidad intrínseca puede plantear numerosos desafíos presupuestarios a los países de todo el mundo. En la actualidad, son los cuidadores quienes prestan la mayor parte de los cuidados a largo plazo destinados a las personas mayores, sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos. Sin embargo, contar con los cuidadores para satisfacer todas las necesidades de una población en aumento no es justo ni sostenible.

A menudo se tiene la percepción de que un sistema sólido de CLP es costoso. No obstante, las medidas de CLP pueden reducir los costos públicos al permitir que las personas (por lo general, mujeres) que cuidan de algún familiar anciano sigan trabajando. Un estudio de simulación aplicado a siete países latinoamericanos puso de manifiesto que un sistema de CLP con un conjunto de servicios relativamente generoso y cobertura universal para las personas mayores de 60 años costaría a los gobiernos entre 0,5 y 1% del producto interno bruto (PIB) (27).

Los cuidados de calidad a largo plazo pueden reducir el uso inadecuado de los servicios de salud por enfermedades agudas, como las estadías hospitalarias prolongadas o innecesarias, y ayudar a las familias a evitar el empobrecimiento derivado de gastos catastróficos en atención médica. El número de personas que requieren cuidados y ayuda y la proporción de personas disponibles para prestar dichos cuidados están cada vez más desequilibrados. Un sistema de CLP podría disminuir la carga económica de las enfermedades crónicas y fomentar la cohesión social y la solidaridad entre generaciones. Algunas necesidades están cubiertas hoy de manera informal por personas con costos ocultos; formalizar los cuidados a largo plazo, por tanto, implicaría estructurar, calificar y organizar (al menos algunas de) estas actividades en un contexto sistémico, aliviando así la carga que soportan los cuidadores. La mayoría de los cuidadores son mujeres y prestar cuidados no remunerados es una forma de injusticia de género en rápido aumento, pues a menudo les impide desempeñar otras actividades (trabajo, formación, ocio) y repercute de modo perjudicial en su bienestar y protección económica.

Pese a la necesidad mundial y el énfasis en los cuidados a largo plazo, es baja la disponibilidad de servicios de CLP financiados con fondos públicos. Según algunos datos, 48% de las personas mayores no están cubiertas por ningún tipo de prestación formal de servicios; 46% están excluidas de toda

cobertura disponible por alguna forma de “evaluación del nivel de recursos”; y solo 5,6% de las personas mayores en todo el mundo están cubiertas por una legislación nacional que brinda cobertura universal (28). El gasto público promedio es inferior a 1% del PIB a nivel mundial. Este déficit de financiamiento público pone en peligro el acceso a los cuidados a largo plazo para la mayoría de las personas mayores necesitadas, sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos (6).

Para las personas mayores y sus familias, especialmente las personas mayores que viven en entornos de escasos recursos, un elevado nivel de dependencia de los cuidados deriva a menudo en una merma de los ingresos y el patrimonio para cubrir los costos de los servicios a largo plazo. En los países donde faltan servicios formales de CLP, es mayor la carga financiera para las familias, hay más ingresos hospitalarios de urgencia y más hospitalizaciones por causas evitables (por ejemplo, infecciones urinarias, caídas o manejo inadecuado de cuadros crónicos) y las estadías hospitalarias son más largas, por lo que aumentan los costos de salud innecesarios (29, 30).

Un buen sistema de financiamiento de los cuidados a largo plazo es aquel que recauda fondos suficientes para garantizar que las personas puedan recibir los servicios que necesitan y estén protegidas frente al empobrecimiento económico derivado de tener que pagar por ellos. También proporciona incentivos para que tanto prestadores como usuarios sean eficientes (20, 31).

La sostenibilidad del sector de los cuidados a largo plazo depende de disponer de un sistema sólido para financiarlo, así como de la claridad sobre la población cubierta por los servicios de CLP con el fin de no dejar a nadie atrás. El financiamiento público depende asimismo de contar con un fuerte respaldo político y público en lo que concierne al valor del gasto público en esta área (en comparación con otras áreas del gasto público). Además, es preciso que haya información clara y accesible sobre el gasto total y estratificado en cuidados a largo plazo, en comparación con otras cuestiones sociales y de salud, así como sobre qué servicio se financia y quién lo financia (por ejemplo, aseguradoras, individuos o gobierno).

---

*El objetivo de un sistema de financiamiento sólido es ofrecer cuidados a largo plazo a todas las personas que los necesitan in causarles dificultades económicas.*

A pesar de que los cuidados a largo plazo constituyen un derecho de quienes los necesitan y garantizarlo es un deber de los gobiernos, establecer un sistema eficiente de CLP tiene ventajas económicas, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos con elevado nivel de desempleo juvenil y empleos amenazados por los avances tecnológicos. Por ejemplo, capacitar a los jóvenes para que trabajen con personas mayores y cuiden de ellas puede suponer un estímulo económico y ayudar a desarrollar habilidades valiosas para otros empleos remunerados. Las personas mayores desempeñan un papel importante en la economía al cuidar de los nietos pequeños y permitir así que la generación intermedia trabaje. Prestar cierto apoyo a las personas mayores que necesitan cuidados a largo plazo puede permitirles seguir desempeñando su papel como cuidadores en los hogares intergeneracionales.

Además, los cuidados a largo plazo constituyen uno de los estímulos más poderosos para la creación de empleo a nivel mundial, y las iniciativas para capacitar a los recursos humanos y ofrecer servicios de asistencia domiciliaria están en auge (32, 33). Con la modernización del sector de los cuidados a largo plazo (por ejemplo, mejorando las instalaciones y haciendo un uso más amplio de las tecnologías) debería ser posible generar ingresos, promover la inversión en otros sectores y ampliar las oportunidades de empleo. La consiguiente mejora de la infraestructura de CLP facilitará la sostenibilidad y generará el círculo virtuoso descrito en el *Informe mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud* (6).

El objetivo de un sistema de financiamiento sólido es ofrecer cuidados a largo plazo a todas las personas que los necesitan sin causarles dificultades económicas. En la actualidad, gran parte del financiamiento de los cuidados a largo plazo lo proporcionan en especie los cuidadores. Ello tiene implicaciones fiscales, puesto que muchos cuidadores no pueden contribuir a la seguridad social ni pagar impuestos.

### Mecanismo de financiamiento

El sistema de financiamiento de los servicios de CLP puede adoptar muchas formas, por ejemplo, mediante el financiamiento público, basado en seguros, privado o individual. No hay un único mecanismo de financiamiento ideal para los sistemas de CLP, y los distintos países del mundo siguen modelos diferentes. Sin embargo, pese a la diversidad de opciones, es preciso que haya una fuente clara y protegida de financiamiento disponible para recaudar el presupuesto, así como

medidas claras para el gasto (que cubran a las personas mayores y sus cuidadores).

Idealmente, debería haber un equilibrio entre la prestación pública y privada de cuidados a largo plazo, con mecanismos económicos asentados para asegurar una fuente presupuestaria sostenible (como un seguro mancomunado o un sistema basado en los impuestos) que esté garantizada por ley y mecanismos equitativos de prestación de servicios (21). Los países deben aspirar a que sean muy pocos los gastos directos que deba abonar el usuario, con el fin de garantizar que todos puedan tener acceso a los servicios que necesiten, de calidad similar y sin riesgo de empobrecimiento. Además, los mecanismos de financiamiento deben estructurarse siempre para apoyar la atención integrada de las personas mayores, incluida una amplia cobertura de servicios de atención de salud y asistencia social entre los que puedan elegir las personas mayores (31).

### Gasto

Para gastar bien y lo suficiente, se aconseja a los países que cuenten con un conjunto de medidas deseadas (como enfocar las prestaciones de asistencia donde las necesidades sean mayores), avanzar hacia políticas de financiamiento con visión de futuro y facilitar la creación de instrumentos financieros para pagar el costo del alojamiento con pensión completa para los cuidados a largo plazo en residencias (34). Para obtener una mejor relación entre calidad y precio, los países deben fomentar los cuidados domiciliarios y comunitarios, mejorar la productividad en los cuidados a largo plazo, fomentar el envejecimiento saludable y la prevención, facilitar la utilización adecuada en los ámbitos de atención de salud y cuidados a largo plazo, así como la coordinación asistencial, y abordar la eficiencia institucional (35-37).

También es importante que los países tengan una comprensión más amplia, pero profunda, de su gasto interno total y estratificado en la gama de servicios disponibles y los medios de prestación de cuidados a largo plazo; en dos conceptos: a) ¿cuánto se gasta en cada ámbito (cuidados domiciliarios, comunitarios y residenciales)?; y b) en relación con el PIB del país, ¿cuánto se gasta en la gama de servicios disponibles para las personas y los medios de prestación de cuidados a largo plazo en comparación con otras necesidades de atención de salud y asistencia social?

## Incentivos para la prestación de servicios de cuidados a largo plazo

Hay diversos incentivos que pueden alentar a los prestadores a ampliar el acceso a servicios integrales de CLP que han funcionado bien en distintos países. Por ejemplo, los gobiernos podrían establecer sistemas de financiamiento basados en los resultados y de pago por desempeño para los servicios públicos y privados con el fin de garantizar la prestación de servicios de calidad. También las transferencias en efectivo pueden servir para apoyar a los cuidadores mediante pagos para programas de relevo, y cabe la posibilidad de implantar iniciativas de desgravación fiscal para que los empleadores concedan permisos a los cuidadores. Este tipo de mecanismos puede garantizar que los familiares puedan seguir prestando cuidados a las personas mayores al tiempo que protegen su propia salud y bienestar. Los programas de ajuste de riesgos pueden brindar la oportunidad de incentivar a las aseguradoras para que se enfoquen en los grupos de población que más se beneficiarían de acuerdos de atención más integrados y centrados en la persona, como los enfermos crónicos y los grupos vulnerables en general (13).

## Cobertura de la población

Los países deben tener una noción clara de su situación actual en cuanto a la prestación de cuidados a largo plazo. Puede lograrse definiendo el perfil y el número de personas que podrían necesitar servicios de CLP y estableciendo unos criterios de selección (desde factores clínicos hasta socioeconómicos) claros y equitativos. Algunos países disponen de un sistema público de atención de salud (gratuito en el punto de acceso) y siguen un enfoque basado en los recursos para evaluar la idoneidad económica para acceder a la asistencia social (23). Además de evaluar las necesidades de las personas mayores y sus cuidadores, el sistema social puede ofrecer subsidios públicos más elevados de cuidado a largo plazo a los hogares con ingresos más bajos, de modo que únicamente las personas con ingresos o bienes por debajo de un determinado nivel de recursos tendrían derecho a recibir asistencia social financiada con fondos públicos. Sin embargo, ese enfoque basado en los recursos podría implicar que una persona con necesidades de CLP tendría que agotar su patrimonio antes de recibir ayuda económica, lo cual supondría una carga para los usuarios y desincentivaría a quienes necesitan dichos servicios. Otra desventaja de este enfoque es que las personas mayores con recursos moderados podrían afrontar el riesgo de costos del cuidado a

largo plazo extremadamente elevados y terminar sufriendo quizá un perjuicio económico enorme (38).

## Cobertura de los servicios

La cobertura de los servicios debe ir más allá de la atención en centros asistenciales para tener en cuenta el tipo de servicios (ya sean prestaciones en efectivo, servicios comunitarios en especie, centros de día o atención residencial) y su intensidad (cantidad de cuidados prestados por usuario en un período de tiempo determinado) (39). Esto último debe basarse en la evidencia sobre la eficacia de cada tipo de atención y el nivel de necesidad o capacidad funcional de la persona (14, 40). Lo más importante es que la cobertura debe reflejar siempre las necesidades de CLP de las personas mayores y sus cuidadores.

En los países con sistemas públicos de atención de salud y asistencia social, los gobiernos deberán analizar qué parte de los fondos se ha empleado en prestar la gama actual de servicios y decidir si la situación actual es ideal o debe reevaluarse para garantizar que la gama de servicios esté disponible para todos los que la necesiten. Por ejemplo, en los casos en que los países descubran que solo un pequeño porcentaje de la población está cubierto con la gama y la intensidad de los servicios de CLP necesarios o que las personas y sus familias están pagando de su bolsillo los servicios que necesitan, habrá que hacer ajustes para garantizar que nadie se quede sin los cuidados que necesita cuando la familia ya no pueda pagar o proporcionar esa atención, y que los cuidadores no tengan que asumir todos los costos del cuidado y corran un riesgo de empobrecimiento.

## Aspectos clave para el financiamiento sostenible de los cuidados a largo plazo

En el recuadro 4 se indican los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para el financiamiento sostenible de los cuidados a largo plazo; y en el recuadro 5 se presenta un ejemplo concreto a nivel de país.

### RECUADRO 4. FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE: ASPECTOS CLAVE

Los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para el financiamiento sostenible de los cuidados a largo plazo son los siguientes:

- ✔ Establecer un sistema público de financiamiento de los cuidados a largo plazo con un conjunto definido de criterios de selección para determinar el acceso y el derecho a una gama de servicios financiados con fondos públicos que deberían estar disponibles para las personas, así como las responsabilidades del cuidado a largo plazo, reconociendo que este no tiene por qué constituir un sistema de financiamiento independiente, pero sí un sistema de financiamiento previsible para los cuidados a largo plazo que esté bien integrado con otros sistemas de salud y asistencia social.
- ✔ Garantizar que los ingresos públicos se asignen y combinen con fines redistributivos para respaldar el acceso equitativo a los cuidados a largo plazo, y asignar un presupuesto sostenible para financiar los cuidados a largo plazo y otros aspectos afines (por ejemplo, los sistemas de información sobre CLP).
- ✔ Establecer mecanismos de financiamiento para garantizar el uso equitativo y la cobertura universal de los cuidados a largo plazo, y para apoyar la atención integrada de las personas mayores (por ejemplo, financiamiento basado en los resultados, remuneración por rendimiento y pagos de una suma total [también conocidos como pagos por caso]).
- ✔ Garantizar que los sistemas de gestión de las finanzas públicas se basen en las necesidades esenciales de la población local y sean capaces de asignar, distribuir, ejecutar y contabilizar los fondos.
- ✔ Implantar mecanismos para garantizar que quienes no puedan contribuir al sistema de seguro social (como las personas sin empleo formal) estén también cubiertos en caso de necesitarlo.
- ✔ Establecer herramientas de medición precisas para determinar el gasto corriente en cuidados a largo plazo expresado como proporción de otros gastos (por ejemplo, el gasto total en salud o el PIB), en el marco de la metodología de las cuentas nacionales de salud.
- ✔ Garantizar que el financiamiento se base en datos precisos relacionados con los costos (véase el elemento 3).
- ✔ Establecer medidas y subsidios para reducir los costos asumidos por los cuidadores informales (por ejemplo, subsidios en efectivo, licencias con goce de sueldo, servicios de relevo o licencia por cuidados informales).

## RECUADRO 5. FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE: EJEMPLO A NIVEL DE PAÍS

### Japón

Como resultado del desplazamiento previsto de la asistencia familiar tradicional a la asistencia social, el Gobierno del Japón puso en marcha en el año 2000 un sistema nacional de seguro de cuidados a largo plazo (SCLP) para reducir la carga económica y laboral de los cuidadores (41). Su fundamento jurídico es la ley del SCLP (42). Este sistema tiene como objetivo satisfacer las necesidades de asistencia de las personas mayores y prestar servicios de asistencia adecuados a cada uno de los siete niveles de necesidad: dos que requieren apoyo (niveles 1 y 2) y cinco que requieren cuidados a largo plazo (niveles 1-5). El número total de personas mayores a las que se había asignado alguno de dichos niveles de asistencia era de 5,69 millones en el 2013 (42), el doble con respecto a cuando se implantó el sistema en el año 2000 (43). Por ello, la sostenibilidad del sistema ha sido un problema importante.

Todos los ciudadanos japoneses están obligados a abonar las “primas del SCLP” desde el momento en que cumplen los 40 años, además de las primas ordinarias del seguro médico. Las primas del SCLP para mayores de 65 años vienen determinadas por la “cantidad estándar” calculada por cada municipio y por el nivel de ingresos de la persona y de su unidad familiar. La cantidad estándar se calcula dividiendo la porción del costo requerido para la prestación de cuidados a largo plazo en el municipio que corre a cargo de los mayores de 65 años entre el número de mayores de 65 años que viven en el municipio. Cuanto mayores sean los ingresos de la persona mayor y de su unidad familiar, mayor será la prima que debe abonar. Al utilizar los servicios del SCLP, el ciudadano medio debe pagar 10% de la tarifa del servicio, mientras que los ciudadanos con altos ingresos pagan de 20 a 30%. Los beneficiarios de protección social están exentos tanto de las primas del seguro de cuidados de enfermería como de los copagos cuando utilizan los servicios.

El sistema del SCLP estableció un mercado del cuidado a largo plazo. Se ha permitido que una amplia variedad de prestadores, incluidos los prestadores con fines de lucro, ingresen al mercado de la asistencia comunitaria. Los usuarios del sistema SCLP pueden contratar con los prestadores de servicios y elegir el tipo y la frecuencia de los servicios que necesiten. Hay competencia entre los prestadores de servicios. Desde la creación del sistema SCLP, el número de personas mayores ha crecido de forma constante, el mercado correspondiente ha seguido creciendo y los pagos del gobierno han aumentado. El control de los pagos se ha convertido en un asunto clave para el gobierno.

Por lo tanto, aun cuando el propósito original del SCLP era apoyar a las personas mayores con deterioro físico o cognitivo, su enfoque ha pasado de apoyar en caso de discapacidad a promover la autogestión y desarrollar actividades comunitarias para mantener la capacidad funcional, lo cual podría reducir el uso de servicios de CLP. En la revisión parcial de la ley del SCLP en el 2018, con el objetivo de fortalecer el sistema de cuidados integrados basados en la comunidad, se puso en marcha un sistema de incentivos destinado a mejorar la eficacia de la labor de las aseguradoras. Se establecen indicadores objetivos para evaluar los logros de la labor municipal, y el monto de la subvención financiera se determina de acuerdo con la puntuación de cada aseguradora (es decir, la puntuación total calculada a partir de los indicadores). Se alienta al gobierno local o municipal a apoyar a las aseguradoras y, de manera análoga, el gobierno nacional formula los indicadores objetivos para las prefecturas y distribuye subvenciones económicas a las prefecturas de acuerdo con sus puntuaciones. En el primer año (2019), se destinaron 20 000 millones de yenes para esta subvención incentivadora, y al año siguiente se duplicó el presupuesto. Se espera que el presupuesto aumente en el futuro sobre la base de las revisiones de los indicadores y las operaciones.

## Elemento 3. Sistemas de información, seguimiento y evaluación

La falta de información y la baja calidad del seguimiento de los sistemas de CLP suelen ser el resultado de la fragmentación de la gobernanza y del financiamiento (9). Son relativamente pocos los países que disponen de información y seguimiento sobre la prestación y los resultados de los cuidados a largo plazo, y los datos de atención de salud y asistencia social suelen registrarse en sistemas separados, lo cual dificulta la vinculación de los datos correspondientes a una misma persona. La falta de estratificación de la información sobre CLP a nivel individual o poblacional refleja la situación general de escasez de fuentes de datos sobre las personas mayores en general. Además, la falta de información general invisibiliza las necesidades de la población que requiere cuidados a largo plazo, con lo que las políticas se limitan a apoyar a las personas mayores en situación de pobreza o con enfermedades discapacitantes (44).

La generación, sistematización y uso de datos, y el seguimiento y la evaluación mediante sistemas de información que funcionen bien y generen datos confiables, son importantes para la toma de decisiones y el aprendizaje a nivel local, nacional y mundial. Los sistemas integrados de información sobre CLP (con inclusión de los sectores público y privado) pueden ayudar a los prestadores de servicios y a los responsables de la toma de decisiones a nivel macro a hacer el seguimiento y evaluar el progreso en materia de salud (tanto de las personas mayores como de los cuidadores), así como a revisar el desempeño de los servicios para garantizar la capacidad de respuesta y lograr la prestación de cuidados a largo plazo de calidad.

---

*Los sistemas integrados de información sobre CLP pueden ayudar a los prestadores de servicios y a los responsables de la toma de decisiones a nivel macro a hacer el seguimiento y evaluar el progreso en materia de salud, así como a revisar el desempeño de los servicios para garantizar la capacidad de respuesta y lograr la prestación de cuidados a largo plazo de calidad.*

La evaluación y el seguimiento eficaces del desempeño de los cuidados a largo plazo deben basarse en una amplia gama actualizada de fuentes de datos, que incluya sistemas de información basados en los centros, sistemas de vigilancia de la salud pública y encuestas poblacionales. Los sistemas de información sobre CLP deben estar integrados con los sistemas de salud para garantizar un enfoque centrado en la persona dondequiera que se cuide a la persona en un momento dado, y de un modo que abarque tanto a las personas en centros asistenciales como a las que dependen de los cuidados en la comunidad.

Los sistemas de información basados en centros proporcionan información en tiempo real sobre el uso y la cobertura de los servicios, la atención individual y los resultados en materia de salud, y son esenciales para mejorar la prestación de servicios. Sin embargo, la prestación de cuidados a largo plazo debe consolidarse firmemente en los hogares y la comunidad. Por lo tanto, los sistemas de vigilancia de la salud pública y asistencia social que se basan en fuentes comunitarias desempeñan un papel fundamental en los vínculos de la comunidad con los centros y la asistencia domiciliaria. El uso de encuestas poblacionales ayudará a comprender mejor las necesidades más amplias de la población, el nivel de acceso a los servicios y las opciones para mejorar la eficacia de la cobertura.

### ¿Qué tipo de datos se necesitan?

#### Estado y necesidades de salud

**Información poblacional.** La recopilación de información poblacional relacionada con la salud sirve para respaldar la prestación adecuada de cuidados, así como la preparación frente a tendencias futuras en cuanto a necesidades de CLP a nivel local y regional. Los datos útiles, con ejemplos, incluyen la esperanza de vida actual y proyectada (mediana de edad, esperanza de vida), el crecimiento demográfico (tasa de fecundidad, tendencias migratorias), la necesidad de cuidados (necesidad de ayuda con las actividades cotidianas, deterioro cognitivo), las principales causas de multimorbilidad (calidad de la alimentación de las personas mayores), las tendencias en discapacidad (años de vida ajustados por discapacidad, principales causas de discapacidad) y los niveles de bienestar (satisfacción vital, autonomía).

**Salud y bienestar de las personas mayores.** La valoración integral de las necesidades debe incluir la evaluación periódica del estado de salud de las personas mayores, la detección temprana de la disminución de la capacidad intrínseca,

las modificaciones ambientales y aportación de productos de apoyo, los resultados de las intervenciones proporcionadas y la previsión de necesidades futuras (14).

**Salud y bienestar de los cuidadores.** Debe evaluarse la frecuencia, la intensidad y la duración de la ayuda que prestan los cuidadores, el grado de tensión que experimentan, su estado y necesidades de salud, las redes de apoyo social y las oportunidades de relevo (14).

### **Cobertura de los servicios**

Las bases de datos deben incluir asimismo el número comunicado o estimado de personas que reciben cada tipo de cuidado a largo plazo en cada ámbito (hogar, residencia, centro de día, cuidados de relevo, centro comunitario) y por cada mecanismo de financiamiento (por ejemplo, privado o público) en relación con el número total de personas mayores. Algunas mediciones como el tiempo de espera, la satisfacción del usuario (tanto cuantitativa como cualitativa) o el uso de casos agudos por motivos que podrían prevenirse o resolverse en la comunidad (como caídas y deshidratación) pueden ayudar a determinar cuántas personas tienen acceso al tipo de servicios de CLP que necesitan y cuándo los necesitan. Además, son importantes los registros relativos a cada tipo de prestador de servicios. Algunos países no disponen aún de información precisa sobre el número de organizaciones privadas y no gubernamentales que prestan servicios de CLP.

### **Protección frente a riesgos**

El riesgo de necesidades insatisfechas puede medirse comparando la información sobre la cobertura, el estado de salud y la necesidad de cuidados con la información sobre cuántas personas están usando actualmente servicios domiciliarios o comunitarios (incluidos los centros de día) o centros de CLP (tanto privados como no privados) para determinar cuántos (y quiénes) necesitan cuidados y su nivel de acceso a ellos. Otras variables clave para la protección frente a riesgos son la posición socioeconómica de las personas mayores a nivel nacional y regional (incluido el tamaño de la familia y el lugar de residencia) estratificada en función de los diferentes niveles de capacidad intrínseca y capacidad funcional; la situación de los ingresos familiares y las tasas de pobreza entre personas mayores; los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, como la actividad física, el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas; y la disponibilidad de servicios de CLP, por ejemplo, el número de estrategias de CLP elaboradas e implantadas, y el número comunicado o estimado de personas que reciben servicios de

CLP (34, 45). Otro factor importante es el grado de tensión y sobrecarga que sufren los cuidadores, que podría afectar su capacidad para prestar cuidados suficientes a las personas mayores. En este sentido, prever la repercusión del agotamiento en la salud de los cuidadores es de vital importancia para evitar las consultas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y las necesidades insatisfechas.

### **Fuerza laboral**

Se recomienda que los países reúnan datos sobre el número y las características demográficas de los trabajadores de CLP y cuidadores (entre otros, número de empleados, proporción de personal, funciones, sexo y origen). También debe tenerse en cuenta la información sobre protección social y bienestar de los cuidadores. Debe haber igualmente información sobre el tipo de profesionales de salud y sociales que prestan servicios de CLP (por ejemplo, personal médico y de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, geriatras, agentes comunitarios de salud, ergoterapeutas o terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, gerontólogos y enfermeras comunitarias) y que trabajan en la interfaz de servicio (por ejemplo, asistentes sociales como gestores de casos, enfermeras como gestoras de altas) (46). Lo ideal sería que la información incluya también el número de trabajadores de CLP y cuidadores debidamente capacitados y cualificados para responder a las complejidades clínicas y sociales que caracterizan a las personas mayores en cuidado a largo plazo.

### **Seguimiento**

Una forma de lograr unos cuidados de calidad es mediante el seguimiento sistemático de los resultados de los cuidados a largo plazo (véanse en el elemento 5 los aspectos relacionados con la garantía de la calidad). Entre los aspectos que podrían someterse a seguimiento figuran la eficacia (por ejemplo, mejora de los resultados de salud y sociales); la eficiencia (por ejemplo, reducción del desperdicio de recursos y beneficio máximo); la accesibilidad (no solo por distribución geográfica, sino también con respecto a otras barreras y obstáculos, como los obstáculos culturales y lingüísticos); la capacidad de respuesta (cuidados prestados en el momento oportuno; por ejemplo, tiempos de espera cortos); la centralidad en el paciente (por ejemplo, satisfacción de los usuarios, medidas de atención centrada en la persona, participación de los usuarios en la toma de decisiones); la seguridad (por ejemplo, tasas reducidas de resultados adversos prevenibles o lesiones derivadas de los cuidados prestados); y la equidad (esto es, que las personas con

parecidas necesidades tengan acceso a servicios de calidad semejante con independencia de sus características sociodemográficas).

Los sistemas de CLP deben garantizar que la información se proporcione por igual y esté conectada con todos los nodos de la red (no solo con los hospitales). Además de garantizar la continuidad de la información, también es importante que los servicios de CLP estandaricen la recopilación de datos administrativos, clínicos y sociales integrados para mejorar la reactividad ante situaciones emergentes y urgentes como una pandemia. Aparte,

además de la recopilación de datos de calidad, es importante que el seguimiento del sistema se actualice periódicamente para proporcionar una visión realista de la situación en cuestión (a nivel individual y del sistema). Uno de los problemas surgidos durante la pandemia de COVID19 fue la falta de comprensión de la situación en los centros de CLP (por ejemplo, debido a la ausencia de datos o información obsoleta), lo cual dificultó la adopción de las medidas adecuadas para contener los brotes, proteger la salud y salvar vidas (47).

## Aspectos clave para los sistemas de información, seguimiento y evaluación de los cuidados a largo plazo

En el recuadro 6 se indican los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para los sistemas de información, seguimiento y evaluación de los cuidados a largo plazo; y en el recuadro 7 se presenta un ejemplo concreto a nivel de país.

### RECUADRO 6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: ASPECTOS CLAVE

Los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para los sistemas de información, seguimiento y evaluación de los cuidados a largo plazo son los siguientes:

- ✓ Definir la esperanza de vida actual y prevista (por ejemplo, mediana de edad, esperanza de vida), el crecimiento demográfico (por ejemplo, tasa de fecundidad, tendencias migratorias) y el índice de dependencia de las personas mayores (proporción de la población en edad de trabajar en relación con la población de personas mayores).
- ✓ Realizar encuestas poblacionales sobre cuadros crónicos subyacentes y factores de riesgo para la disminución y la pérdida de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, con el fin de estimar y prever las necesidades.
- ✓ Seguir y evaluar los niveles de cuidado y las necesidades de apoyo entre las personas mayores y sus cuidadores.
- ✓ Integrar y vincular los sistemas de información sobre CLP con los sistemas de información sobre salud para garantizar un enfoque centrado en la persona.
- ✓ Supervisar y seguir el desempeño de los cuidados a largo plazo con base en una amplia gama actualizada de fuentes de datos, que incluya sistemas de información basados en los centros, sistemas de vigilancia de la salud pública y encuestas poblacionales.
- ✓ Realizar encuestas sobre la posición socioeconómica de las personas mayores (tamaño de la familia, lugar de residencia, situación de los ingresos familiares, tasas de pobreza).
- ✓ Analizar las tendencias en cuanto a la discapacidad (por ejemplo, años de vida ajustados por discapacidad, causa principal de discapacidad).
- ✓ Establecer mediciones del bienestar (por ejemplo, satisfacción con la vida, calidad de vida relacionada con la salud) y estado de salud de las personas mayores y sus cuidadores.
- ✓ Crear conjuntos de datos mínimos integrados (resultados clínicos, objetivos de servicios integrados, mediciones de calidad compuestas) utilizados de forma habitual para mejorar la calidad de la información y respaldar el intercambio de información entre todas las partes interesadas.
- ✓ Determinar indicadores intersectoriales de distribución, calidad y equidad de los cuidados (por ejemplo, modificaciones en el hogar, transporte y seguridad alimentaria y nutricional).



- ✓ Determinar el número y la distribución geográfica de los centros sociales comunitarios y el número de personas que usan estos servicios.
- ✓ Auditar el número de centros de CLP, su distribución geográfica, su nivel de complejidad, el número de camas y el número de cuidadores profesionales por número de camas.
- ✓ Determinar el número de profesionales de la salud que prestan servicios de CLP (por ejemplo, profesionales médicos generalistas, personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, geriatras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, gerontólogos, enfermeras comunitarias y cuidadores).
- ✓ Determinar el número de profesionales que trabajan en las interfaces o transiciones en la atención (por ejemplo, enlaces médicos, gerentes de protección social, enfermeras gerentes de altas).
- ✓ Auditar el número y las características de las personas mayores que reciben cuidados a largo plazo, y de sus cuidadores.
- ✓ Formular mediciones que permitan evaluar la calidad (como tasas de ingreso hospitalario evitable, integración de servicios, resultados clínicos, satisfacción de los usuarios, tiempo de espera).
- ✓ Mapear y generar informes de las características de los servicios prestados (tipo, privado o público, tamaño, cantidad, distribución geográfica y de la calidad), incluidos los servicios domiciliarios (programas de extensión, servicios de centros de día, servicios de apoyo en centros de atención primaria), centros comunitarios (centros y servicios de día, programas de relevo, servicios de apoyo en centros de atención primaria) y centros de CLP (residencias para personas mayores, viviendas con servicios de apoyo, centros residenciales, centros de cuidados paliativos).
- ✓ Generar datos detallados sobre el financiamiento (por ejemplo, gastos directos para los cuidados a largo plazo, cobertura basada en la idoneidad, número de personas con derecho a los cuidados a largo plazo que recibieron una evaluación de las necesidades en el último año, proporción de cada tipo de servicios de CLP prestados y por qué sector, financiamiento de los sistemas de salud frente al financiamiento específico para los cuidados a largo plazo, proporción de los cuidados prestada por cuidadores informales y sus costos).

## RECUADRO 7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: EJEMPLO A NIVEL DE PAÍS

### República de Corea

El seguro público de cuidados a largo plazo (SCLP) se implantó en la República de Corea en el 2008 y cubre principalmente a personas mayores de 65 años con determinados niveles de discapacidad, con independencia de su nivel de ingresos (48). El SCLP es operado por el servicio del seguro nacional de salud (SSNS), la única aseguradora pública tanto del SCLP como del seguro nacional de salud dependiente del Ministerio de Salud y Bienestar. El SSNS es responsable de operar el SCLP, incluida la evaluación de la idoneidad, la emisión de planes ordinarios en respaldo del uso de los cuidados, el seguimiento de la calidad de las instituciones de CLP, la gestión de las calificaciones para la cobertura del seguro, el cobro de las primas apropiadas a los beneficiarios y el reembolso a los prestadores por sus servicios a los beneficiarios.

Para facilitar las tareas indicadas, el SSNS introdujo en el 2016 un sistema integrado de información a nivel nacional para el SCLP que proporciona a todas las instituciones de CLP del país formularios electrónicos estandarizados que facilitan el intercambio de datos e información entre los prestadores y la aseguradora, promoviendo así los servicios centrados en el usuario (49, 50). Como actualización de un sistema anterior de información, el sistema también apoya al SSNS en el seguimiento, revisión y evaluación de los perfiles de las instituciones de CLP y el proceso de prestación de servicios de CLP. Los datos personales de los beneficiarios están encriptados en el sistema para proteger su confidencialidad. Se han instalado asimismo sistemas móviles y basados en sistemas de información geográfica (SIG) que puede utilizar el personal del SSNS durante las visitas a los hogares de los beneficiarios para evaluar su nivel de necesidad de cuidados, o bien las instituciones de CLP para el seguimiento de la calidad. Dado que el SSNS es la aseguradora tanto del seguro nacional de salud como del SCLP, los registros de cuidado a largo plazo y las historias clínicas de los nacionales cubiertos tanto por el seguro nacional de salud como por el SCLP pueden vincularse entre sí y ser analizados por esta única aseguradora para la planificación estratégica, la formulación de políticas y la toma de decisiones.

Con ayuda de este completo sistema integrado de información del SCLP y otros sistemas de información relacionados, el seguro nacional de salud pública de forma sistemática el anuario estadístico del SCLP, que incluye información detallada sobre el perfil de los beneficiarios, prestadores e instituciones de CLP, así como la prestación de servicios y los gastos (51). Más concretamente, el SCLP se sirve de los sistemas de información para recopilar informes detallados de financiamiento y calidad relativos a todos los prestadores que perciben reembolsos, y los analiza para planificar la sostenibilidad futura del sistema. Los sistemas de información promueven asimismo la investigación sobre CLP; las bases de datos longitudinales anonimizados vinculadas al seguro nacional de salud y al SCLP están disponibles públicamente con fines de investigación después de que las propuestas de investigación hayan pasado un exhaustivo proceso de revisión por parte del SSNS (52). Diversas encuestas recientes sobre las instituciones de CLP, las personas mayores, los cuidadores y los trabajadores de CLP han reforzado también los sistemas de información basados en datos administrativos (53).

## Elemento 4. Fuerza laboral

En todo el mundo hay una variabilidad considerable con respecto a quién presta cuidados a largo plazo, y los cuidados prestados por cuidadores siguen constituyendo el tipo más frecuente de cuidados a largo plazo (54). Los bajos salarios y las malas condiciones de trabajo, así como la escasa proporción de personal con cualificación profesional, han sido preocupaciones de larga data en el ámbito de los cuidados a largo plazo (55-57). Los trabajadores de CLP en el marco de los sistemas de salud y asistencia social suman 130,2 millones de empleos en todo el mundo (3,9% del empleo mundial), ocupados en su mayoría por mujeres, y abarcan todas las ocupaciones involucradas en la continuidad asistencial: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos y de apoyo (58). En muchos países, los cuidadores migrantes constituyen una parte importante de la fuerza laboral de CLP (54, 59, 60). Es frecuente que estos cuidadores tengan contratos temporales, lo que resulta en una marginación mayor de un grupo socialmente vulnerable. Esta situación se ve agravada en los países de ingresos bajos o medianos.

La prestación de cuidados a largo plazo tiene ventajas económicas, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos, donde hay altos niveles de desempleo juvenil y amenazas para el empleo por los avances tecnológicos y otros factores. Capacitar a los jóvenes para que trabajen con personas mayores y cuiden de ellas puede suponer un estímulo económico y el desarrollo de habilidades aplicables a otros empleos remunerados.

A nivel mundial, el grado en que los países dependen de los cuidados no remunerados sigue siendo sustancial, y las mujeres continúan prestando la mayor parte de los cuidados a las personas mayores (76,2% de todas las horas prestadas) (58). A pesar de esta gran dependencia, las políticas mundiales de apoyo a los cuidadores, como las políticas de permisos, las prestaciones de protección social y los acuerdos laborales favorables a la familia, siguen siendo escasas. A menudo, los cuidadores están sometidos a una intensa tensión que afecta su salud física y mental (6). Los elevados niveles de carga soportados por los cuidadores pueden conducir a una disminución del apego de la fuerza laboral, menores ingresos, abusos y discriminación contra las personas mayores y, en última instancia, tasas superiores de pobreza, ya que los cuidadores se ven obligados a ajustar o renunciar a su trabajo para prestar los cuidados, todo lo cual puede resultar en estrategias deficientes de cuidado,

con consecuencias perjudiciales tanto para los cuidadores como para las personas mayores.

En la actualidad, hay un promedio de cinco trabajadores de CLP por cada 100 personas mayores en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); esta fuerza laboral incluye: auxiliares de enfermería certificadas, auxiliares de atención médica domiciliaria, enfermeras registradas, asistentes sociales, fisioterapeutas, ergoterapeutas, personal médico y cuidadores personales y del hogar que ayudan con el cuidado personal atendiendo las actividades cotidianas (comer, asearse, vestirse y hacer las necesidades) (54). En más de la mitad de los países de la OCDE, no obstante, el envejecimiento de la población ha superado ya la oferta de fuerza laboral de CLP formal, y el número de profesionales implicados en la prestación de cuidados a largo plazo se mantiene en los mismos niveles o disminuye con el paso de los años (54).

En los países de ingresos altos, medianos y bajos, hay un amplio grupo de cuidadores remunerados que están mal capacitados y reciben salarios bajos, gran parte de los cuales son empleados domésticos. La informalidad, las largas jornadas de trabajo y las modalidades atípicas de empleo son problemas comunes relacionados con el trabajo remunerado en estos países. La migración de las mujeres de países de ingresos bajos o medianos, o incluso dentro de un país desde entornos con menos recursos a los entornos más ricos, puede dar lugar a que las mujeres migrantes empleadas como cuidadoras necesiten a su vez emplear a otras migrantes nacionales o internacionales, o bien deleguen en familiares el cuidado de sus propios hijos (56).

### Conocer la fuerza laboral disponible

La planificación eficaz de la fuerza laboral debe comenzar por conocer la fuerza laboral de atención de salud y asistencia social disponible que está involucrada en los cuidados a largo plazo en cada contexto (por ejemplo, cantidad, proporción entre trabajadores de CLP y cuidadores, distribución, combinación de habilidades, educación, regulación, entrada y salida, condiciones de trabajo y remuneración). No hay un único modelo universal de la fuerza laboral o equipo de prestación de servicios, dado el contexto cultural variable y las necesidades de las personas que reciben los servicios. Lo ideal sería que los equipos de CLP fuesen interdisciplinarios, abarcando tanto la atención de salud como la asistencia social. Sin embargo, al evaluar la disponibilidad y distribución de la fuerza laboral, es importante adoptar un enfoque basado en las necesidades y reconocer que el contexto de

cada país influye en el modo en que se organizan los equipos multidisciplinares de trabajadores de salud y sociales.

De modo especial en los países en los que es frecuente la atención basada en centros, es preciso disponer de una imagen precisa del número de trabajadores de CLP y cuidadores implicados, y debe determinarse una proporción mínima de personal en las políticas y la legislación para garantizar la calidad y la seguridad de los cuidados, así como la satisfacción y la retención de la fuerza laboral (34). Dicha proporción puede basarse en el número de personas mayores que necesitan cuidados a largo plazo en el centro y el nivel de tales necesidades, con un número mayor de personal cualificado para quienes tengan niveles más altos de necesidades.

### Mejora de capacidades y profesionalización de la fuerza laboral

Contar con una fuerza laboral de CLP bien capacitada, bien equipada y suficiente es clave para garantizar que se satisfagan las necesidades de las personas mayores y sus cuidadores. Para lograr ese objetivo, los países deben aplicar medidas para la mejora de las capacidades y la profesionalización de las personas implicadas en la prestación de cuidados a largo plazo.

Los trabajadores de CLP deben estar capacitados en prestación de cuidados a largo plazo, recibir capacitación periódica (incluida la especialización, los programas de capacitación anual y cursos de reentrenamiento) y someterse a evaluación periódica. Las iniciativas de mejora de capacidades deben apoyarse en un plan de estudios basado en la evidencia y generalizarse para evitar diferencias en la calidad de los cuidados prestados en las distintas zonas geográficas. La capacitación debe basarse en las necesidades clave de las personas mayores atendidas y en las brechas de conocimiento detectadas en las evaluaciones institucionales. Los países deben tratar también de instaurar la profesionalización de los cuidados a largo plazo mediante la implantación de políticas y procedimientos para proporcionar (y exigir) la certificación y acreditación de los cuidados a largo plazo, sobre todo en el caso de los profesionales con licencia y los cuidadores de asistencia domiciliaria y centros asistenciales.

Las personas que trabajan como cuidadores (véase el glosario) representan en torno a 70% de la mano de obra remunerada en el sector de los cuidados a largo plazo en los países de la OCDE, y hasta 90% en otros lugares, como República de Corea, Estonia, Israel, Suecia y Suiza (54). En muchos países, no obstante, estos cuidadores no tienen su papel

oficialmente reconocido por la ley, lo que les impide tener derechos profesionales y un plan de estudios consolidado. Estas personas son contratadas a menudo como “empleadas domésticas”; suelen tener bajo nivel de escolaridad; en su mayoría no están capacitadas para brindar cuidados a largo plazo y reciben salarios bajos; y es probable que sufran discriminación. Es urgente que los países oficialicen a los cuidadores como profesionales, con el respaldo de la implantación y regulación de los términos y condiciones de empleo para que su función, habilidades y derechos laborales queden definidos y garantizados como parte de la fuerza laboral profesional de CLP.

### Rotación y retención de la fuerza laboral

La elevada rotación de la fuerza laboral en el sector de los cuidados a largo plazo es un problema común, y es posible que los países deban adoptar decisiones a nivel macro para incentivar a quienes trabajan en dicho sector mediante formalización de sus funciones, aportando modos de aumentar el salario y otros medios (34). Lo ideal es que la fuerza laboral profesional de CLP reciba al menos el pago mínimo establecido por sus consejos profesionales (como el consejo de enfermería) y se haga lo posible por garantizar la satisfacción de la fuerza laboral mediante cualificaciones, incentivos y otros beneficios. Ello podría ayudar también a mitigar los estereotipos negativos relacionados con el cuidado de las personas mayores. Deben promoverse las habilidades específicas relativas a la función correspondiente, de conformidad con las competencias básicas estandarizadas para cada entorno de CLP (por ejemplo, los centros asistenciales pueden requerir habilidades profesionales distintas de las requeridas para las tareas de relevo o la asistencia domiciliaria). Son también esenciales el establecimiento, el seguimiento y la evaluación de indicadores clave de garantía y mejora de la calidad.

### Apoyo a los cuidadores familiares

Los cuidadores prestan la mayor parte de los cuidados a largo plazo (46). Por lo tanto, es esencial que la planificación del sistema de CLP incluya medidas para garantizar la capacitación y el apoyo a los cuidadores, y que el sistema pueda satisfacer de modo eficaz sus necesidades físicas, emocionales y económicas. Para apoyar adecuadamente a los cuidadores, toda persona que esté dispuesta a cuidar de un pariente, amigo o vecino debe recibir una evaluación periódica (por ejemplo, una vez al año) de sus necesidades y capacidad, así como capacitación sobre CLP y apoyo para el autocuidado (como grupos de apoyo, apoyo psicológico y apoyo económico).

La capacitación del cuidador debe ir más allá de las necesidades físicas de la persona mayor (como la medición de la presión arterial o la higiene) e incluir, por ejemplo, el desarrollo de habilidades de cuidado ético y compasivo, y estrategias de autocuidado. La capacitación es importante no solo para garantizar la calidad de los cuidados, sino también para prevenir la ansiedad y la falta de confianza en los cuidadores. La capacitación debe proporcionarse de acuerdo con las necesidades de los cuidadores y de las personas mayores a quienes cuidan, y debe proporcionarse también de forma preventiva para preparar a los cuidadores con vistas a necesidades de atención futuras e inesperadas.

---

*Es esencial que la planificación del sistema de CLP incluya medidas para garantizar la capacitación y el apoyo a los cuidadores, y que el sistema pueda satisfacer de modo eficaz sus necesidades físicas, emocionales y económicas.*

Todos los cuidadores deben poder satisfacer sus necesidades físicas y mentales mediante servicios de relevo, centros de día comunitarios, apoyo temporal en el hogar o apoyo en línea (por ejemplo, los programas de capacitación iSupport y mDementia de la OMS). Dichos servicios deben usarse como medio para prevenir la aparición o aliviar la carga física y mental de los cuidadores. Es importante que los cuidadores no lleguen al límite antes de que se pueda adoptar alguna medida para mitigar la repercusión en su salud. Las estrategias de apoyo deben proporcionarse también de manera integrada, con inclusión de todos los aspectos de salud, sociales, económicos y ambientales para facilitar la orientación de los cuidadores en el seno de los diversos sistemas disponibles (por ejemplo, asignando a cada cuidador un gestor de cuidados de referencia). Los países deben garantizar acuerdos laborales flexibles para los cuidadores dentro de su legislación laboral y proporcionar incentivos a los empleadores con condiciones más favorables para los cuidadores. El apoyo debe ir más allá de la muerte de la persona mayor, para apoyar al cuidador durante el duelo y su reincorporación al mercado laboral, por ejemplo.

## Aspectos clave para la fuerza laboral de cuidados a largo plazo

En el recuadro 8 se indican los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la fuerza laboral de CLP; y en el recuadro 9 se presenta un ejemplo concreto a nivel de país.

### RECUADRO 8. FUERZA LABORAL: ASPECTOS CLAVE

Los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la fuerza laboral de CLP son los siguientes.

- ✓ Definir y actualizar periódicamente el número de cuidadores (parientes, amistades, voluntarios, remunerados y no remunerados), sus perfiles y necesidades.
- ✓ Definir y actualizar periódicamente las tasas de rotación de la fuerza laboral de CLP en cada entorno (hogar, centro comunitario, centro de CLP).
- ✓ Formular políticas y legislación sobre registro, requisitos, estándares curriculares, competencias básicas y certificación para los cuidadores y trabajadores de CLP en cada entorno de CLP (incluidos los servicios de asistencia domiciliaria y los centros de CLP).
- ✓ Regular la inspección pedagógica anual, los requisitos de capacitación y la supervisión pedagógica garantizada periódicamente por un organismo de supervisión acreditado para el personal en cada entorno de CLP.
- ✓ Formular mecanismos de evaluación de la capacidad actual de la fuerza laboral (cursos de especialización, de capacitación y de reentrenamiento) y de seguimiento (por ejemplo, habilidades, satisfacción).
- ✓ Formular y establecer mecanismos para garantizar la equidad de género en la prestación de cuidados (por ejemplo, oportunidades de trabajo y aprendizaje flexibles para las mujeres que son o fueron cuidadoras, beneficios y derechos para retornar al trabajo).
- ✓ Formular y establecer mecanismos para garantizar la retención del personal y una dotación mínima de personal (por ejemplo, modalidades de trabajo flexible, fijación de salarios mínimos, premios basados en objetivos, desarrollo profesional y promoción).
- ✓ Establecer estrategias para medir la disponibilidad de iniciativas de mejora de las capacidades de la fuerza laboral que respondan a las necesidades de la población.
- ✓ Formular políticas de apoyo a los cuidadores y fomento de su bienestar físico y mental (por ejemplo, servicios de relevo, centros de día, apoyo domiciliario, programas de capacitación iSupport y mDementia de la OMS).

## RECUADRO 9. FUERZA LABORAL: EJEMPLO A NIVEL DE PAÍS

### Brasil

La ciudad brasileña de Belo Horizonte ha elaborado un plan para desarrollar y apoyar en los barrios pobres, mediante financiamiento municipal, las habilidades de CLP basados en la comunidad (61). Los cuidadores de apoyo son reclutados en las comunidades locales y se les ofrece un programa personalizado de capacitación inicial. Perciben un salario mínimo y trabajan en estrecha colaboración con un pequeño número de familias, aportando cada uno entre 10 y 40 horas de cuidados de apoyo a la semana. Los cuidadores de apoyo son supervisados conjuntamente por el personal de los centros de atención de salud y asistencia social, lo cual ha reforzado la coordinación entre estas entidades, con una sesión mensual de revisión conjunta de casos. No se pretende que los cuidadores de apoyo asuman por entero la responsabilidad del cuidado familiar: más bien ofrecen a las familias un relevo del cuidado permanente de los parientes dependientes. Además, trabajan con los cuidadores habituales para desarrollar sus propias habilidades y competencias de cuidado y, juntamente con la persona mayor, los cuidadores de apoyo y las familias acuerdan un plan de cuidados personalizado. Cuando surge algún problema, los cuidadores de apoyo lo comunican en la sesión interinstitucional de revisión de casos. Continúan apoyando a las personas mayores en caso de hospitalización, para garantizar un alta sin problemas y en el momento oportuno.

Las evaluaciones ponen de manifiesto que, con un presupuesto modesto, el plan de Belo Horizonte ha mejorado los resultados de los cuidados prestados a las personas mayores dependientes, ha aliviado la carga de los cuidadores y ha reducido el uso no planificado de los servicios de salud (62). Esto demuestra la importancia de incorporar formas adecuadas de mejora de las capacidades dentro de una estructura institucional que vincule a las familias, los cuidadores de apoyo y las distintas entidades. El plan lleva funcionando más de un decenio y en la actualidad cuenta con el apoyo del Ministerio Federal de Salud, que espera ayudar a otras ciudades a poner en marcha intervenciones por el estilo.

## Elemento 5. Prestación de servicios

En muchos países, los servicios de atención de salud y asistencia social no están integrados, lo que crea dificultades para las personas mayores que necesitan ambos tipos de servicios. Hay diferencias profundamente arraigadas que generan una serie de divisiones funcionales, como disparidades en cuanto a criterios de selección, cronograma, límites geográficos, marcos legales, capacitación del personal y exhaustividad de la cobertura. La separación de los presupuestos y la fragmentación de las fuentes de financiamiento contribuyen a una coordinación insuficiente de la atención. Además, los profesionales de la atención de salud y la asistencia social suelen tener valores y culturas diferentes, y no están familiarizados los unos con el modo de trabajo de los otros, lo cual crea nuevos obstáculos para la integración (63).

Hace falta un esfuerzo concertado para lograr una continuidad asistencial con integración de los servicios esenciales de CLP, ya sean de salud o sociales. Para ello, es preciso analizar los factores que contribuyen a la fragmentación (como los aspectos de gobernanza fragmentada, fuentes de financiamiento inconexas y capacitación paralela de la fuerza laboral) y proceder a revisarlos en función de la situación geográfica, política, social y cultural de cada país (64).

En los sistemas de CLP deben quedar definidos claramente los tipos de servicios que se incluyen, así como los entornos en los que se prestan dichos servicios. La prestación de los servicios debe basarse en una evaluación de las necesidades y es preciso establecer un plan de gestión de la calidad para garantizar la prestación de servicios de buena calidad a cuantos los necesiten, cuando los necesiten (fomento de la elección y la atención centrada en la persona) y donde los necesiten (fomento del envejecimiento en el entorno propio), garantizando al mismo tiempo la cobertura y el acceso a unos cuidados a largo plazo equitativos, basados en la evidencia y sostenibles.

---

*Hace falta un esfuerzo concertado para lograr una continuidad asistencial con integración de los servicios esenciales de CLP, ya sean de salud o sociales.*

## Definición de los servicios mínimos

Al definir los tipos de servicios, los Estados Miembros deben tener en cuenta la continuidad asistencial (prevención, promoción, rehabilitación, curación, paliación, duelo), los tipos específicos de atención (asistencia personal, atención médica o clínica, apoyo a la autogestión, apoyo social) y la población destinataria para cada uno de ellos (teniendo en cuenta, por ejemplo, a las personas mayores con diversos grados de capacidad funcional y sus elecciones, las que viven solas o acompañadas, y las necesidades de los cuidadores: cuidadores que siguen trabajando o ya jubilados, cuidadores mayores o más jóvenes, cuidadores que conviven o externos de larga distancia). Los servicios deben prestarse de acuerdo con las necesidades, opciones y preferencias de cada persona mayor y sus cuidadores (por ejemplo, mediante planes asistenciales individuales diseñados de manera conjunta). Los servicios deben responder asimismo oportunamente a los rápidos cambios en la capacidad intrínseca, lo cual puede facilitarse introduciendo cierto grado de flexibilidad a lo largo de los diversos protocolos asistenciales.

## Entornos para la prestación de cuidados a largo plazo

Los cuidados a largo plazo pueden prestarse en diversos entornos. Las personas mayores deben poder elegir dónde desean vivir, y ese lugar debe permitirles envejecer con bienestar. Es necesario mapear y definir los diversos entornos en los que se prestan cuidados a largo plazo, y tanto las zonas rurales como las urbanas deben beneficiarse de los servicios de CLP para hacer posible la cobertura universal.

La distribución equitativa de los servicios debe dirigirse a las grandes ciudades, donde normalmente hay una concentración de servicios en el centro de la ciudad o en las zonas más acomodadas. Los suburbios de la ciudad no suelen estar cubiertos por una gama de servicios, y ello da lugar a una prestación deficiente de servicios y necesidades insatisfechas. Debe proporcionarse

---

*Los países deben garantizar la disponibilidad progresiva, aunque sostenible, de infraestructura suficiente para apoyar los cuidados a largo plazo prestados por la comunidad, con la finalidad de apoyar la prestación de cuidados seguros y eficaces en la comunidad.*



transporte a los servicios que no se puedan prestar en el hogar o cerca de él. Los servicios basados en el hogar y en la comunidad, como los programas de extensión, los centros de día y los servicios de apoyo en centros de atención primaria, suelen resultar útiles para las personas mayores que han elegido permanecer en su hogar y que se encuentran en cualquier punto de su trayectoria de capacidad funcional. Los servicios basados en la comunidad y las viviendas con servicios de apoyo, en concreto, resultan más adecuados para quienes tengan sus capacidades intrínsecas más conservadas. Los centros de CLP (residencias de ancianos, residencias para personas mayores, centros de cuidados paliativos) pueden ser una opción en los casos en que la capacidad intrínseca de la persona mayor se haya deteriorado gravemente y esta sea su opción preferida, cuando no hay familiares cerca que puedan prestar apoyo, o cuando los cuidadores ya no pueden o no desean brindar cuidados y apoyo en el hogar.

Además, los países deben garantizar la disponibilidad progresiva, aunque sostenible, de infraestructura suficiente para apoyar los cuidados a largo plazo prestados por la comunidad, con la finalidad de apoyar la prestación de cuidados seguros y eficaces en la comunidad (espacio físico, transporte, telecomunicaciones, acceso a dispositivos de ayuda). La infraestructura física de muchos entornos de atención de salud y asistencia social se encuentra lejos de estar preparada para atender las necesidades de las personas mayores: a menudo faltan centros comunitarios asistenciales adecuados, no hay un diseño universal (como la disponibilidad de baños accesibles en los edificios), y hay barreras físicas para el acceso y obstáculos de comunicación resultantes de la falta de información accesible para las personas con pérdida auditiva o discapacidad visual. La accesibilidad deficiente al hogar, la falta de servicios para la modificación del hogar, el difícil acceso a los productos de apoyo y los vecindarios violentos pueden afectar de manera significativa los cuidados brindados por los trabajadores de CLP y los cuidadores. Además, hay escasez de transporte asequible, sobre todo para quienes viven en zonas rurales donde la concentración de servicios es aún menor. Todo ello se ve agravado por la carencia de sistemas coordinados de derivación (63) y la ausencia de servicios asistenciales que vinculen la atención aguda con los servicios de CLP cuando sea preciso. La acción multisectorial para fortalecer la infraestructura ambiental contribuirá al envejecimiento en el entorno propio, así como a mejorar la calidad de vida de todos, pues los entornos desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la capacidad funcional.

Los países deben garantizar la disponibilidad progresiva, aunque sostenible, de infraestructura suficiente para apoyar los cuidados a largo plazo prestados por la comunidad, con la finalidad de apoyar la prestación de cuidados seguros y eficaces en la comunidad.

### **Proceso integrado de cuidados y protocolos asistenciales centrados en la persona**

Con independencia de dónde se presten los cuidados a largo plazo, debe haber una estrecha coordinación e integración entre los diferentes servicios y sectores implicados para promover la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, optimizando al mismo tiempo los recursos. Esto podría conseguirse mediante protocolos asistenciales integrados (integración de la salud y el cuidado personal y el apoyo social, y guías clínicas y protocolos estandarizados) (14) y mediante sistemas sólidos de datos e información que integren la información correspondiente a los distintos servicios y sectores (como los sectores privado, sin fines de lucro y público). Estos protocolos asistenciales integrados pueden garantizarse mediante legislación intersectorial, sistemas presupuestarios y de información compartidos y mecanismos de rendición de cuentas.

### **Definición de los criterios de selección**

Los planes o políticas de CLP deben especificar claramente cuándo y quién tendrá derecho a qué tipo de servicio (en función de la discapacidad, el tipo de necesidades, la dependencia de los cuidados y la situación socioeconómica). Esto es aplicable también a los derechos y criterios de especificación para recibir prestaciones. Se debe utilizar un protocolo de evaluación de las necesidades para medir las necesidades tanto de las personas mayores (por ejemplo, con mediciones validadas de la capacidad funcional, capacidad intrínseca y niveles de apoyo social) como de los cuidadores (con mediciones validadas del autocuidado, la carga y el bienestar psicológico). En la medida de lo posible, dichos criterios deben armonizarse en todo el país para hacer posible la comparación entre ubicaciones y la asignación adecuada de recursos. Una vez que las personas mayores o los cuidadores estén calificados para un servicio dado, el proceso de iniciar el servicio debe hacerse en los plazos oportunos y resultar transparente tanto para los prestadores de servicios como para los usuarios. Además, hay que hacer menos hincapié en el tratamiento farmacológico y más en los cuidados y las intervenciones no farmacológicas.

## Garantía de la calidad

Para garantizar unos cuidados a largo plazo de buena calidad, es preciso establecer normas de calidad en los diferentes entornos. La calidad de los cuidados a largo plazo y el acceso a ellos pueden supervisarse mediante criterios semejantes a los indicadores propuestos por la OMS para la calidad y la eficiencia de los sistemas de salud (20):

- **eficacia:** los cuidados basados en las necesidades y en la evidencia producen mejores resultados de salud y benefician a las personas mayores y a sus cuidadores;
- **eficiencia:** la prestación de cuidados aumenta al máximo los resultados por recurso e infraestructura utilizados y evita el desaprovechamiento;
- **accesibilidad:** se prestan cuidados geográficamente razonables en un entorno en el que las habilidades, la información y los recursos sean apropiados para las necesidades individuales;
- **oportunidad:** los cuidados responden a las necesidades individuales de manera oportuna, sin demora en recibir los cuidados adecuados cuando son necesarios;
- **centralidad en el paciente:** los cuidados se prestan con empatía y respeto, teniendo en cuenta los valores, preferencias, aspiraciones y cultura de cada persona, incluida la aportación de información sobre alternativas terapéuticas y la implicación en la toma de decisiones sobre sus propios cuidados;
- **aceptabilidad:** las intervenciones son aceptadas tanto por las partes interesadas como por las personas mayores y sus cuidadores;

- **seguridad:** los procesos asistenciales evitan, previenen y mejoran los resultados adversos o las lesiones derivadas de los propios cuidados prestados, incluidos los malos tratos y la discriminación contra las personas mayores;
- **equidad:** la calidad de los cuidados prestados no varía en función de características personales como el sexo, la raza, el origen étnico, la ubicación geográfica o la posición socioeconómica.

Hay varios medios para evaluar dichos criterios; por ejemplo, mediante mecanismos de acreditación, tasas de hospitalización, lesiones o daños no deseados (como úlceras de decúbito y caídas), nivel de satisfacción, tiempo de espera para recibir el servicio o un procedimiento, o incidentes relacionados con la medicación (como sobremedicación o errores de medicación). Los Estados Miembros deben disponer asimismo de procedimientos para hacer cumplir las medidas de garantía de la calidad (por ejemplo, garantía de la calidad por parte de instituciones independientes, inspección y presentación de informes públicos). Deben implantarse procesos de garantía y mejora de la calidad mínima para los servicios de CLP prestados por los sectores privado, público y sin fines de lucro. Esto puede hacerse al definir áreas críticas de la prestación de servicios donde se necesite garantía de la calidad; seleccionando las herramientas adecuadas; desarrollando procesos para usar los datos de resultados de calidad con el fin de mejorar los servicios; y ampliando las medidas de calidad a nivel de sistema para incluir en todos los servicios resultados de los prestadores y centrados en la persona (13, 65-68).

## Aspectos clave para la prestación de los servicios de cuidados a largo plazo

En el recuadro 10 se indican los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la prestación de los servicios de CLP; y en el recuadro 11 se presenta un ejemplo concreto a nivel de país.

### RECUADRO 10. PRESTACIÓN DE SERVICIOS: ASPECTOS CLAVE

Los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la prestación de los servicios de CLP son los siguientes:

- ✔ Establecer un proceso de formulación de estrategias para la garantía de la calidad.
- ✔ Definir una estrategia para las medidas relacionadas con la calidad y constituir un organismo responsable del control de la calidad.
- ✔ Establecer evaluaciones de la calidad percibida por usuarios y prestadores en los servicios brindados.
- ✔ Planificar la prestación de servicios a partir de datos precisos sobre el número de prestaciones de asistencia domiciliaria, centros comunitarios y centros de CLP.
- ✔ Establecer protocolos de evaluación estandarizados y centrados en la persona, que incluyan los grados o niveles de categorías de dependencia, la evaluación de criterios de salud para poder acceder a los servicios, las preferencias, y las necesidades de las personas mayores y sus cuidadores.
- ✔ Formular mecanismos de control para garantizar que los prestadores (públicos, privados sin fines de lucro o comerciales) respeten las normas mínimas determinadas por instituciones independientes, las inspecciones y la presentación de informes públicos.
- ✔ Definir protocolos asistenciales basados en la evidencia a partir de las guías clínicas, revisiones sistemáticas y recomendaciones de mejores prácticas de organizaciones reconocidas.
- ✔ Definir normas claras de calidad para la prestación de cuidados a largo plazo en diferentes entornos en función de los derechos fundamentales, la evaluación de los cuidados orientados a las necesidades y las preferencias; por ejemplo, mecanismos de acreditación, tasas de hospitalización, lesiones o daños no deseados (como úlceras de decúbito y caídas), niveles de satisfacción e incidentes relacionados con la medicación (como sobremedicación y errores de medicación).
- ✔ Definir procesos y procedimientos claros para crear protocolos asistenciales integrados y centrados en la persona (políticas de derivación, priorización de casos, manejo de casos y cuidados).
- ✔ Prestar servicios oportunos, integrados y centrados en la persona que incluyan todos los aspectos de la continuidad asistencial (prevención, promoción, rehabilitación, curación, paliación, asistencia, apoyo social y a los cuidadores).
- ✔ Establecer estrategias de coordinación y sistemas de comunicación entre los prestadores de servicios, los profesionales de la salud, los receptores de cuidados y los cuidadores, incluido el intercambio de información entre los profesionales clínicos sobre la atención al paciente.

## RECUADRO 11. PRESTACIÓN DE SERVICIOS: EJEMPLO A NIVEL DE PAÍS

### Qatar

De conformidad con las prioridades nacionales de Qatar, el departamento de geriatría y cuidados a largo plazo de la corporación médica Hamad ha implantado servicios diversificados para garantizar la prestación de atención integral a las personas mayores con necesidades de CLP en forma oportuna, centrada en la persona, plenamente integrada, asequible y equitativa. El sistema de CLP facilita la detección y evaluación proactivas de pacientes con necesidad de cuidados, la derivación de pacientes a los entornos apropiados y la coordinación de los servicios de prestación de cuidados en todo Qatar.

Con el fin de prestar cuidados centrados en la persona en el entorno domiciliario, se establecieron servicios integrados de asistencia domiciliaria y atención móvil de salud, coordinados a nivel nacional, lo cual garantiza la gestión centralizada de las derivaciones y un enfoque unificado para gestionar las complejas necesidades de las personas mayores mediante una mayor utilización de los recursos disponibles y con la implicación adecuada de los servicios sociales. Hay diversos servicios periféricos a largo plazo, en colaboración con los centros de atención primaria de salud.

Los servicios de hospitalización a largo plazo están diseñados y equipados para acomodar a pacientes con necesidades complejas que requieran atención médica y de enfermería prolongada. Un equipo especializado *in situ* brinda atención integral basada en las evaluaciones diarias para ayudar de forma continua a los pacientes a reducir la dependencia de los dispositivos de apoyo y recuperar la mayor independencia funcional posible.

Se establecieron diversos servicios para garantizar la continuidad de acceso a los servicios durante la pandemia de COVID-19, como los servicios de orientación telefónica geriátrica y telemedicina, telefarmacia para ayudar a las personas mayores a continuar con su medicación, y una línea de ayuda para personas con demencia y sus cuidadores; todo ello supone reconocer que los servicios de apoyo son fundamentales para las personas mayores que requieren cuidados a largo plazo.

Los **centros de atención especializada para mayores** ofrecen atención médica centrada en el paciente al tiempo que ayudan a los pacientes a recuperar o mantener un nivel óptimo de funcionamiento. A diferencia del entorno hospitalario tradicional, estos centros adoptan un enfoque centrado en la persona y basado en la atención, que incluye un enfoque en las interacciones compasivas entre el paciente y el profesional, el acceso a la información, la implicación de la familia y del paciente, y el entorno físico de la atención.

Los **servicios de asistencia residencial basados en la comunidad** ayudan a las personas mayores a pasar de la atención aguda de larga estancia al entorno doméstico, ayudándolas a aprender modos de superar los efectos de su lesión o enfermedad mediante estrategias compensatorias. Además, se han implantado diversas actividades para fomentar la implicación de los residentes a través de actividades sociales, terapia de grupo y programas de implicación familiar que los preparan aún más para la reintegración en la comunidad a largo plazo.

## Elemento 6. Innovación e investigación

La innovación y la investigación deben impulsar el desarrollo y la expansión de los servicios de CLP hacia la prestación de cuidados equitativos, sostenibles y eficaces. La investigación y la innovación deben basarse en las prioridades de las partes interesadas, incluidas las propias personas mayores, y deben proporcionar soluciones innovadoras de manera equitativa entre los diversos grupos de población para evitar que aumenten las disparidades de salud entre las personas mayores. Las tecnologías de apoyo, más concretamente, tienen el potencial de ayudar a compensar la pérdida de capacidad intrínseca y restaurar la capacidad funcional.

La investigación es también vital para ofrecer respuestas a preguntas clave, como avanzar en el conocimiento sobre la centralidad en la persona, optimizar la capacidad funcional y determinar qué funciona y qué no en términos de CLP en diferentes contextos. Cada país debe tener una estrategia para fomentar el desarrollo y la adopción de nuevas soluciones tecnológicas para los cuidados de apoyo con el fin de satisfacer las necesidades de las personas mayores.

### Estrategia para promover la innovación tecnológica

Se alienta a los países a que elaboren su propia estrategia para promover el desarrollo y la adopción de tecnologías emergentes teniendo en cuenta sus preferencias culturales, niveles de alfabetización digital y necesidades clave de soluciones digitales avanzadas. Se alientan asimismo las alianzas con la industria, otras entidades del sector privado y la sociedad civil, tanto para reducir los costos como para optimizar la utilización. Dicha estrategia puede incluir asimismo la innovación para la comunicación entre la fuerza laboral y la comunicación entre los usuarios y los prestadores de servicios.

### Salud digital

El uso de tecnología y soluciones digitales sigue siendo escaso en las personas mayores, especialmente en las personas mayores que viven en entornos de escasos recursos y de grupos raciales y étnicos infrarrepresentados (69, 70). El edadismo puede ser también un obstáculo importante que impida a las personas mayores emplear la tecnología (71, 72). Las soluciones tecnológicas, no obstante, tienen el potencial de facilitar el acceso a la información, ser fácilmente escalables, facilitar la comunicación entre los prestadores y los usuarios

de los servicios, ofrecer una buena relación calidad-precio, conseguir mayor alcance en las poblaciones aisladas, y actualizarse fácilmente y adaptarse a las necesidades. La tecnología y las soluciones digitales pueden ser útiles para la autogestión de las necesidades de atención médica por parte de las personas mayores, la gestión de la medicación, la estimulación cognitiva y social, la capacitación de los cuidadores y el apoyo a los cuidadores. La conexión a Internet y el equipo informático podrían conseguirse mediante incentivos a la industria o a través de actividades intergeneracionales; por ejemplo, en centros escolares. Debe hacerse lo posible por facilitar la mejora de las capacidades de salud digital en las personas mayores y sus cuidadores, incluida la mejora de la alfabetización digital, sobre todo en los grupos de bajos recursos e infrarrepresentados.

### Productos de apoyo

Las tecnologías de apoyo consisten en la aplicación de conocimientos y destrezas organizados en relación con los productos de apoyo, incluidos sistemas y servicios, y se consideran una subcategoría dentro de las tecnologías sanitarias. Los productos de apoyo (o ayudas técnicas) son "cualquier ayuda externa (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricada especialmente o disponible ampliamente, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la autonomía y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar". Los productos de apoyo se emplean también para prevenir deficiencias y afecciones secundarias (73). En la *Lista de ayudas técnicas prioritarias* publicada por la OMS, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Alianza Internacional para la Discapacidad (73), puede consultarse una lista completa de productos de apoyo.

Estos productos de apoyo permiten a las personas mayores llevar una vida saludable, productiva, autónoma y digna, así como estudiar, trabajar y participar en la vida social. Pueden ayudar a reducir la necesidad de servicios de salud y de apoyo, así como el tiempo que deben dedicar los cuidadores. Estos productos pueden aportar beneficios socioeconómicos al reducir los costos directos de la salud y el bienestar (como los ingresos hospitalarios o los subsidios estatales) (73).

Los productos de apoyo deben emplearse con el objetivo de promover la capacidad intrínseca, compensar la pérdida de capacidad funcional, y fomentar la autonomía y el libre albedrío. Deben proporcionarse de manera equitativa a la población con necesidades de CLP. Lo ideal sería que las

necesidades de tecnología de apoyo se evaluarán para cada persona. Además, dicha evaluación debe tener en cuenta los objetivos de cada persona mayor y su cuidador para el uso de productos de apoyo. Es importante reconocer que, sin una evaluación exhaustiva de las necesidades y el potencial de capacitación y seguimiento, una proporción considerable de los productos de apoyo podría terminar no usándose de manera eficaz.

## Definición de las prioridades de investigación

Las prioridades de investigación en CLP deben definirse a partir de los datos sobre el estado actual

de los cuidados a largo plazo en cada entorno, dentro del contexto de la agenda local e internacional para los cuidados a largo plazo. El establecimiento de las prioridades de investigación debe tener en cuenta los puntos de vista de los investigadores, los responsables de la formulación de políticas y los prestadores de atención de salud y asistencia social, así como de las personas mayores y sus cuidadores. Hay que asignar un financiamiento adecuado para alcanzar los objetivos de investigación, y estos deben reevaluarse de manera periódica.

## Aspectos clave para la innovación e investigación en cuidados a largo plazo

En el recuadro 12 se indican los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la innovación e investigación en CLP; y en el recuadro 13 se presentan ejemplos concretos a nivel de país.

### RECUADRO 12. INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN: ASPECTOS CLAVE

Los aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la innovación e investigación en CLP son los siguientes:

- ✓ Estimular la investigación de alta calidad y establecer, en colaboración con los organismos de investigación nacionales y regionales, planes específicos de subvenciones para investigación en CLP.
- ✓ Formular un plan de innovación e investigación, y revisarlo periódicamente de conformidad con las políticas nacionales y subnacionales vigentes.
- ✓ Crear una comisión asesora de expertos para la agenda de investigación en CLP, en la que estén representados los investigadores y las partes interesadas clave, así como las personas mayores y los cuidadores.
- ✓ Encontrar organizaciones que podrían asociarse para financiar o cofinanciar proyectos específicos que se perciban como investigaciones de alta prioridad.
- ✓ Instaurar una inversión anual en innovación e investigación en CLP.
- ✓ Estimular iniciativas subnacionales de investigación que proporcionen a los responsables de la formulación de políticas regionales información sobre políticas costo-eficaces, con elaboración de bases de datos destinadas a respaldar el análisis de la variación subnacional.
- ✓ Fomentar un diálogo continuo entre los investigadores y los usuarios finales (personas mayores, cuidadores, personal de centros de CLP, prestadores de asistencia domiciliaria) para detectar y abordar las brechas de información y calidad a nivel micro (necesidades de las personas mayores y cuidadores), meso (prestación de servicios de CLP) y macro (políticas, estrategia, legislación).
- ✓ Promover la mejora de la calidad de la educación y la mejora de capacidades de los recursos humanos mediante la estimulación de programas de posgrado y jóvenes investigadores.
- ✓ Generar indicadores para medir el nivel de implantación de la innovación e investigación en la práctica de CLP.
- ✓ Facilitar y estimular la innovación tecnológica y de políticas, aprovechando los organismos y centros de investigación nacionales y regionales para desarrollar los cuidados a largo plazo.
- ✓ Promover la adopción y aceptación de la innovación mediante la participación en alianzas (universidades, institutos y redes de investigación, asociados comerciales).

- ✓ Crear mecanismos para acelerar la innovación en el sector apoyando la implantación de estrategias y programas bien validados en la práctica de los cuidados a largo plazo.
- ✓ Mostrar experiencias de innovación y logros ejemplares en la adopción de soluciones de CLP y formas innovadoras de realizar intervenciones.
- ✓ Valorar los conocimientos teóricos y prácticos del personal de CLP y los cuidadores mediante la implantación de programas de innovación impulsados por el personal y los cuidadores.
- ✓ Fomentar el desarrollo de las tecnologías informáticas para facilitar la comunicación y el intercambio de información entre sectores y partes interesadas.

### RECUADRO 13. INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN: EJEMPLOS DE PAÍSES

#### Países Bajos

El Gobierno de los Países Bajos, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes, lleva invirtiendo de manera regular, en colaboración con las universidades y otras entidades independientes, para desarrollar una infraestructura de conocimientos dedicada a los cuidados a largo plazo. Entre las entidades implicadas cabe mencionar el Instituto Holandés de Investigación en Servicios de Salud (NIVEL), el Centro de Competencias para los Cuidados a Largo Plazo (Vilans) y el Laboratorio Vivo de Envejecimiento y Cuidados a Largo Plazo (que cuenta con seis unidades distribuidas por todo el país).

Vilans es un ejemplo de organización nacional independiente basada en el conocimiento que lleva a cabo tareas a petición del Gobierno, y aprovecha la innovación y la investigación para desarrollar y difundir información e implantar las mejores prácticas. Trabaja en colaboración con clientes, familiares, profesionales de la salud y otros asociados en materia de políticas, y se centra en tres áreas principales: trabajo orientado a la persona, atención de calidad y eficacia práctica, y transformación digital. Vilans está llevando a cabo varios proyectos innovadores, como POSTHCARD (PersOnalized SimulaTion Helping Caregivers to Cope with Alzheimer Disease) y GUARDIAN, un robot cuidador que hace las veces de compañero e interactúa con las personas mayores en su propio hogar.

El Laboratorio Vivo de Envejecimiento y Cuidados a Largo Plazo (74) se fundó en 1998 en la Universidad de Maastricht. Actualmente es una red integrada por investigadores de alto nivel que coordinan la investigación científica y las actividades docentes, un grupo de trabajo multidisciplinario de profesionales de CLP, cuidadores y personas mayores para ayudar a detectar posibles brechas en la práctica actual que necesiten más investigación. El Laboratorio Vivo impulsa la investigación científica en CLP en creación conjunta con los usuarios para abordar los problemas detectados por las personas que viven y trabajan en cuidados a largo plazo. Varios proyectos de investigación han tenido efectos favorables en el desarrollo de políticas nacionales que se han traducido en cambios legislativos y de política. Por ejemplo, la investigación llevada a cabo por el Laboratorio Vivo y otras partes interesadas sobre reducción de las restricciones físicas y el tratamiento involuntario sirvió como aportación para la nueva ley neerlandesa de cuidados y medidas coercitivas (enero del 2020).

---

## Singapur

Kampung Admiralty es el primer complejo público residencial de Singapur que integra bajo un mismo techo viviendas para personas mayores y una amplia gama de instalaciones y servicios sociales, de salud, comunales, comerciales y minoristas. Terminado en mayo del 2017, el *kampung* (palabra malaya que significa “pueblo”) vertical de once pisos cuenta con apartamentos de tipo estudio especialmente equipados para facilitar la vida de las personas mayores, un centro médico, un centro de envejecimiento activo, guardería infantil, restaurantes y tiendas, una plaza comunitaria, un parque y un huerto comunitario.

Con la proximidad de esta amplia gama de servicios al lugar donde viven las personas mayores, Kampung Admiralty está diseñado para hacer posible el envejecimiento en el entorno propio, pues anima a las personas mayores a llevar un estilo de vida activo y saludable, y promueve la vinculación intergeneracional. A modo de ejemplo, el centro de envejecimiento activo ofrece programas de envejecimiento activo (por ejemplo, cursos de preparación para la vida activa dirigidos a personas mayores) y programas de salud preventiva (por ejemplo, controles de salud y exámenes de riesgo de caídas) para ayudar a que las personas mayores de la comunidad se mantengan sanas y seguras. Hay una enfermera comunitaria presencial para controlar las constantes vitales y aconsejar a las personas mayores, derivándolas a atención especializada en caso necesario. El centro de envejecimiento activo se encuentra al lado de una guardería infantil, lo que facilita la realización de actividades que fomentan los vínculos entre generaciones.

En consonancia con el movimiento para transformar el sistema de salud de Singapur de un sistema construido en torno al hospital a otro centrado en la comunidad, el centro médico de Kampung Admiralty ofrece diversas consultas externas de especialidades, cirugía ambulatoria, endoscopia, rehabilitación y servicios de diagnóstico. Un centro interno de diabetes brinda atención a los pacientes con casos complejos de diabetes. En cuanto a salud preventiva, el centro médico ofrece una serie de programas comunitarios de educación de salud y manejo de las enfermedades crónicas. A las personas mayores, pues, el centro médico les ofrece mayor comodidad de acceso a la atención especializada sin tener que acudir a un hospital. En la figura 6 se ilustran otras características del complejo integrado Kampung Admiralty (75).

---



**Figura 6. Características del complejo urbanístico integrado Kampung Admiralty**

**PUEBLO "TODO EN UNO"**

Este complejo integral está situado junto a la estación de metro Admiralty MRT y combina viviendas, instalaciones médico-asistenciales y comercios en medio de una exuberante vegetación, en un intento de ser un "kampung moderno"

**Apartamentos de un solo ambiente**

- ◀ Dos bloques con cerca de un centenar de unidades a la venta.
- ◀ Nuevas características: calefacción de inducción, pisos "resistentes" (PVC) de tipo parqué y tendederos retráctiles para secar la ropa

**Parque comunitario**

- ◀ Con árboles frutales como el rambután (o mamón chino) y la combava (o lima kafir).
- ◀ Cuenta con un patio de recreo intergeneracional para jóvenes y mayores

**Huerto comunitario**

- ◀ Los residentes pueden cultivar hortalizas, hierbas medicinales y plantas ornamentales

**Residencia para mayores y guardería infantil**

- ◀ Ubicados uno al lado del otro para fomentar los vínculos entre generaciones.
- ◀ La residencia para mayores tiene espacio para alojar un centenar de personas mayores, y la guardería infantil contará con doscientas plazas

**Centro Médico de Admiralty**

- ◀ Ocupa dos niveles con una superficie de 8500 m<sup>2</sup>
- ◀ Ofrece servicios de consultas externas, cirugía ambulatoria, rehabilitación y diagnóstico

**Patio de comidas (centro hawker)**

- ◀ Contará con 50 puestos de comida y unas 900 plazas

**Supermercado**

- ◀ Después de que los residentes comentaran que los supermercados de la zona eran demasiado pequeños, se decidió construir un nuevo supermercado con 1000 m<sup>2</sup> de superficie.

**Estacionamiento subterráneo para automóviles y bicicletas**

- ◀ Dos niveles de sótano albergarán el estacionamiento para automóviles y un sistema mecánico de almacenamiento con capacidad para 500 bicicletasde superficie.

**Plaza comunitaria y tiendas**

- ◀ Espacio ventilado para actividades comunitarias, desde los banquetes por la Fiesta Nacional hasta actuaciones culturales
- ◀ Las organizaciones de base aportarán su opinión sobre qué deberían ofrecer las veinte tiendas y dos o tres puntos de venta de alimentos y bebidas

**ELEMENTOS ECOLÓGICOS**

**Sistema neumático de conducción de residuos**

- ◀ La basura doméstica se envía por un sistema subterráneo de tuberías de vacío a un contenedor sellado que recoge un camión

**Biodrenaje**

- ◀ El agua de lluvia se filtrará por unos canales inclinados con vegetación en la planta baja

**Paneles solares**

- ◀ Los bloques de apartamentos estarán rematados con paneles solares capaces de generar la energía necesaria, por ejemplo, para el alumbrado de las zonas comunes



# Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Década del envejecimiento saludable: informe de referencia*. Ginebra: OMS; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900> Resumen en español: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350938> [consultado el 7 de agosto del 2021].
2. Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B, Consejo Nacional de Investigaciones de Estados Unidos [coords.]. *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life*. National Academies Press; 2004.
3. *Alzheimer's disease and healthy aging: health disparities*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos); 1999. <https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm> [consultado el 1 de enero del 2021].
4. Ferraro KF, Kemp BR, Williams MM. Diverse aging and health inequality by race and ethnicity. *Innovation in Aging*. 2017;1(1):igx002. doi:10.1093/geroni/igx002.
5. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1859–922. doi:10.1016/S0140-6736(18)32335-3.
6. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466> [consultado el 7 de agosto del 2021].
7. Organización Mundial de la Salud. *Global strategy and action plan on ageing and health*. Ginebra: OMS; 2017. <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf> [consultado el 7 de agosto del 2021].
8. Organización Mundial de la Salud. *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Ginebra: OMS; 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf> [consultado el 7 de agosto del 2021].
9. Organización Mundial de la Salud. *Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: reseña normativa, 24 de julio del 2020*. Ginebra: OMS; 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333726> [consultado el 7 de agosto del 2021].
10. Naciones Unidas. *Accelerating global actions for a world without poverty: United Nations System-wide Plan of Action for the Third United Nations Decade for the Eradication of Poverty (2018–2027)*. Nueva York: Naciones Unidas; 2017. <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/03/SWAP-Poverty-Booklet-Digital-Feb27.pdf> [consultado el 7 de agosto del 2021].
11. Organización Mundial de la Salud: *Universal health coverage and ageing*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/universal-health-coverage-and-ageing> [consultado el 7 de agosto del 2021].
12. Lloyd-Sherlock P, Giacomini K, Duarte M, Frank M, Nelida R, Sempe L, et al. An emergency strategy for managing COVID-19 in long-term care facilities in low- and middle-income countries: the CIAT framework (version 2). Global Platform for the Rapid Generation and Transfer of Knowledge on COVID-19 and older adults in low and middle-income countries, 2020. <https://corona-older.com/2020/11/24/an-emergency-strategy-for-managing-covid-19-in-long-term-care-facilities-in-low-and-middle-income-countries-the-ciat-framework-version-2> [consultado el 7 de agosto del 2021].
13. Nolte E, Merkur S, Anell A [coords.]. *Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges*. Cambridge University Press; 2020. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/achieving-person-centred-health-systems-evidence-strategies-and-challenges> [consultado el 10 de agosto del 2021].

14. Organización Mundial de la Salud. *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services*. Ginebra: OMS; 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669> [consultado el 10 de agosto del 2021].
15. Farber N, Shinkle D. *Aging in place: a state survey of livability policies and practices*. National Conference of State Legislatures y AARP Public Policy Institute; 2011.
16. Organización Mundial de la Salud. *Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa*. Serie de la OMS sobre cuidados a largo plazo. Ginebra: OMS; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340535/9789241513388-eng.pdf> [consultado el 10 de agosto del 2021].
17. Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-54. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
18. Pot AM, Briggs AM, Beard JR. The Sustainable Development Agenda needs to include long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(9):725-7. doi:10.1016/j.jamda.2018.04.009.
19. Feng Z, Glinskaya E. Aiming higher: advancing public social insurance for long-term care to meet the global aging challenge – comment on “Financing long-term care: lessons from Japan”. *International Journal of Health Policy and Management*. 2020;9(8):356-9. doi:10.15171/ijhpm.2019.121.
20. Organización Mundial de la Salud. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Ginebra: OMS; 2007.
21. Stevenson DG, Cohen MA, Tell EJ, Burwell B. The complementarity of public and private long-term care coverage. *Health Affairs*. 2010;29(1):96-101. doi:10.1377/hlthaff.2009.0920.
22. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción [Operational framework for primary health care: transforming vision into action]. Proyecto para su examen por los Estados Miembros en la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2020. [https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care\\_WHA73.pdf](https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care_WHA73.pdf) [consultado el 11 de agosto del 2021].
23. Joshua L. *Aging and long-term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*. Washington DC: Banco Mundial; 2017. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28952> [consultado el 11 de agosto del 2021].
24. Berta W, Laporte A, Wodchis W. *Approaches to accountability in long-term care*. Universidad de Toronto; 2014.
25. Germany: country case study on the integrated delivery of long-term care. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2020/germany-country-case-study-on-the-integrated-delivery-of-long-term-care-2020> [consultado el 11 de agosto del 2021].
26. Denmark: country case study on the integrated delivery of long-term care. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2019. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2019/denmark-country-case-study-on-the-integrated-delivery-of-long-term-care-2019> [consultado el 11 de agosto del 2021].
27. Medellín N. *Cost simulation tool for long-term care systems*. Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. doi:10.18235/0002660.
28. Scheil-Adlung X. *Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2008. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/---exrel/documents/publication/wcms\\_172615.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/---exrel/documents/publication/wcms_172615.pdf) [consultado el 24 de enero del 2021].
29. Crawford R, Stoye G, Zaranko B. Long-term care spending and hospital use among the older population in England. *Journal of Health Economics*. 2021;78:102477. doi:10.1016/j.jhealeco.2021.102477.
30. Kim HB, Lim W. Long-term care insurance, informal care, and medical expenditures. *Journal of Health Economics*. 2015;125:128-42. doi:10.1016/j.jpubeco.2014.12.004.
31. Organización Mundial de la Salud. *Country assessment guide: the health financing progress matrix*. Ginebra: OMS; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017801> [consultado el 11 de agosto del 2021].
32. Jiménez C, Requejo J, Foces M, Okumura M, Stampini M, Castillo A. *Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. doi:10.18235/0003237.

33. Okumura M, Stampini M, Buenadicha C, Castillo A, Vivanco F, Sánchez M, et al. *La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*. Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. doi:10.18235/0002598.
34. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. París: OCDE; 2011.
35. Costa-Font J, Courbage C, Zweifel P. Policy dilemmas in financing long-term care in Europe. *Global Policy*. 2017;8:38-45. doi:10.1111/1758-5899.12213.
36. Ikegami N. Financing long-term care: lessons from Japan. *International Journal of Health Policy and Management*. 2019;8(8):4626. doi:10.15171/ijhpm.2019.35.
37. Li F, Otani J. Financing elderly people's long-term care needs: evidence from China. *International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(2):479-88. doi:10.1002/hpm.2488.
38. Mosca I, Van der Wees PJ, Mot ES, Wammes JJG, Jeurissen PPT. Sustainability of long-term care: puzzling tasks ahead for policy-makers. *International Journal of Health Policy and Management*. 2016;6(4):195-205. doi:10.15171/ijhpm.2016.109.
39. Gori C. Long-term care financing: inserting politics and resource allocation in the debate; comment on "Financing long-term care: lessons from Japan". *International Journal of Health Policy and Management*. 2019;9(2):77-9. doi:10.15171/ijhpm.2019.88.
40. Organización Mundial de la Salud. *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Ginebra: OMS; 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109> [consultado el 11 de agosto del 2021].
41. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. Japan health system review. Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático; 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259941> [consultado el 11 de agosto del 2021].
42. *Annual health, labour and welfare report 2011-2012*. Tokio: Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón; 2016. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/index.html> [consultado el 11 de agosto del 2021].
43. Olivares-Tirado P, Tamiya N, Kashiwagi M, Kashiwagi K. Predictors of the highest long-term care expenditures in Japan. *BMC Health Services Research*. 2011;11(1):103. doi:10.1186/1472-6963-11-103.
44. Villalobos Dintrans P. Is aging a problem? Dependency, long-term care, and public policies in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:1-5. doi:10.26633/RPSP.2018.168.
45. Frank RG, Cohen M, Mahoney N. *Making progress: expanding risk protection for long-term services and supports through private long-term care insurance*. The Scan Foundation; 2013. [https://www.thescanfoundation.org/media/2019/07/tsf\\_ltc-financing\\_private-options\\_frank\\_3-20-13.pdf](https://www.thescanfoundation.org/media/2019/07/tsf_ltc-financing_private-options_frank_3-20-13.pdf) [consultado el 17 de agosto del 2021].
46. Barber SL, Ong P, Han ZA. Long-term care in ageing populations. En: Haring R, Kickbusch I, Ganten D, Moeti M [coords.]. *Handbook of global health*. Springer International Publishing; 2020:1-34. doi:10.1007/978-3-030-05325-3\_65-1.
47. Organización Mundial de la Salud: Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: reseña normativa, 24 de julio de 2020. Ginebra: OMS; 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333726> [consultado 11 de agosto del 2021].
48. Kim H, Kwon S. A decade of public long-term care insurance in South Korea: policy lessons for aging countries. *Health Policy*. 2021;125(1):22-6. doi:10.1016/j.healthpol.2020.11.003.
49. Yang YG. Health insurance corporation opens long-term care integrated information system. *Medical Observer*; 2016. <https://www.monews.co.kr/news/articleView.html> [consultado el 12 de agosto del 2021].
50. *Completion report of the long-term care integrated information system establishment project*. Wonju (República de Corea): Servicio del Seguro Médico Nacional; 2016.
51. *Long-term care insurance statistical yearbook 2019*. Wonju (República de Corea): Servicio del Seguro Médico Nacional; 2020.
52. Kim YI, Kim YY, Yoon JL, Won CW, Ha S, Cho KD et al. Cohort profile: national health insurance service-senior (NHIS-senior) cohort in Korea. *BMJ Open*. 2019;9(7):e024344. doi:10.1136/bmjopen-2018-024344.
53. Kang EN, et al. *2019 National survey of long-term care*. Sejong: Ministerio de Salud y Bienestar (de la República de Corea); 2021.

54. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. *Health at a glance 2019: OECD indicators*. París: OCDE; 2019. doi:10.1787/4dd50c09-en.
55. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. *Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA*. ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA> [consultado 9 de febrero del 2021].
56. Organización Internacional del Trabajo. *Care work and care jobs for the future of decent work*. Ginebra: OIT; 2018.
57. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OCDE; 2020. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers\\_92c0ef68-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en) [consultado 11 de octubre del 2021].
58. Organización Internacional del Trabajo. *World employment and social outlook: trends 2018*. Ginebra: OIT; 2018.
59. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. *Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America*. Viena: Centro Europeo de Políticas de Bienestar Social e Investigación; 2012.
60. Van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double- or triple-duty caregiving roles. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(8):1657-60.
61. De Souza Aredes J, Billings J, Giacomini KC, Lloyd-Sherlock P, Firmo JOA. Integrated care in the community: the case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(2):28. doi:10.5334/ijic.5619.
62. Lloyd-Sherlock P, Giacomini K. Programa pionero de atención comunitaria para personas mayores de Belo Horizonte. Plataforma Global para la Generación y Transferencia Rápida de Conocimiento sobre COVID-19 y adultos mayores en países de bajos y medianos ingresos; 2020. <https://corona-older.com/2020/11/24/belo-horizontes-pioneering-community-care-programme-for-older-people> [consultado el 12 de agosto del 2020].
63. Organización Mundial de la Salud. *Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing*. Serie de documentos técnicos sobre atención primaria. Ginebra: OMS; 2018; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326295/WHO-HIS-SDS-2018.44-eng.pdf> [consultado el 12 de agosto del 2021].
64. Lloyd-Sherlock P, Kalache A, Kirkwood T, McKee M, Prince M. WHO's proposal for a decade of healthy ageing. *Lancet*; 2019;394(10215):2152-3. doi:10.1016/S0140-6736(19)32522-X.
65. Cylus J, Papanicolas I, Smith PC [coords.]. *Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2016.
66. *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability*. Institutional Paper 105. Bruselas: Comisión Europea, Asuntos Económicos y Financieros; 2016. [https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update_en) [consultado 11 de octubre del 2021].
67. Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes. *Patient-centred healthcare indicators review*. IAPO; 2012 <https://iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Indicators%20Review.pdf> [consultado 11 de octubre del 2021].
68. Santana MJ, Ahmed S, Lorenzetti D, Jolley RJ, Manalili K, Zelinsky S, et al. Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. *BMJ Open*. 2019;9(1):e023596.
69. Choi NG, DiNitto DM. The digital divide among low-income homebound older adults: internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/internet use. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(5):e93. doi:10.2196/jmir.2645.
70. Yoon H, Jang Y, Vaughan PW, Garcia M. Older adults' internet use for health information: digital divide by race/ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Applied Gerontology*. 2020;39(1):105-10. doi:10.1177/0733464818770772.
71. Mannheim I, Schwartz E, Xi W, Buttigieg SC, McDonnell-Naughton M, Wouters EJM, et al. Inclusion of older adults in the research and design of digital technology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(19):3718. doi:10.3390/ijerph16193718.
72. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas: "Envejecimiento: edadismo". Ginebra: OMS. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism> [consultado 12 de agosto del 2021].

73. Organización Mundial de la Salud, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y Alianza Internacional para la Discapacidad. *Lista de ayudas técnicas prioritarias: Mejora del acceso a las tecnologías de apoyo para todos, en cualquier lugar*. OMS, USAID e IDA; 2016. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207697/WHO\\_EMP\\_PHI\\_2016.01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207697/WHO_EMP_PHI_2016.01_spa.pdf) [consultado 12 de agosto del 2021].
74. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Schols JMGA, Kempen GIJM, Hamers JPH. The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: a sustainable model for translational research improving quality of life, quality of care and quality of work. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2020;24(1):43-7. doi:10.1007/s12603-019-1288-5.
75. Heng J, Chua G. Modern kampung to launch in July BTO. Singapur: *The Straits Times*; 2014.





# Anexo 1. Lista de verificación de las líneas clave de acción para fortalecer los sistemas de cuidados a largo plazo

## Uso de la lista de verificación

A medida que nos adentramos en la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable, la función de la Organización Mundial de la Salud (OMS) será apoyar a los países a la hora de establecer sistemas sostenibles y equitativos de cuidados a largo plazo (CLP), así como de ofrecer asesoramiento técnico para lograr la prestación de cuidados a largo plazo que satisfagan las necesidades de las personas mayores. El marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de CLP puede guiar a los países en el proceso de evaluación de los componentes a nivel de sistema y la implantación de medidas sostenibles y equitativas de CLP.

Al aplicar la presente lista de verificación, los países pueden comenzar a dar forma a sus sistemas de CLP como un requisito para la cobertura universal de salud y promover la inversión en la fuerza laboral de CLP, incluidos los cuidadores. Esta lista de verificación ayudará a los países a analizar sus sistemas establecidos, detectar posibles brechas y, en última instancia, planificar los próximos pasos.

La lista está destinada principalmente a los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas, tanto nacionales como subnacionales, para ayudar a los países a cumplir su objetivo de establecer un sistema eficaz y sostenible de prestación de cuidados a largo plazo (trabajadores de CLP y cuidadores). Además, muchas de las medidas son pertinentes para otras partes interesadas a nivel de país, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los asociados para el desarrollo. Quienes trabajan en instituciones científicas o universitarias pueden encontrar útil este documento para definir las áreas que requieren más investigación.

La lista de verificación debe:

- emplearse como una herramienta general de referencia para evaluar a nivel macro la situación nacional de los cuidados a largo plazo, de manera conjunta con otros productos normativos armonizados más detallados relativos al cuidado a largo plazo elaborados por la OMS;
- adaptarse al contexto local y nacional teniendo en cuenta las políticas, orientaciones, riesgos locales, requisitos, normas y prácticas de un país concreto;
- aplicarse de forma periódica con el fin de dar seguimiento al progreso de un país en cuanto a su preparación para proporcionar un espectro continuo e integrado de servicios de CLP.

Para cada uno de los elementos clave que se describen a continuación, elija una de las opciones siguientes:

- **No disponible:** indica que la acción no se ha iniciado aún.
- **Parcialmente funcional, iniciado, implantado o cubierto:** indica que la acción se ha iniciado ya, pero solo se ha creado o implantado de forma parcial.
- **Plenamente funcional, implantado y cubierto:** indica que la acción está plenamente implantada y en proceso continuo de perfeccionamiento y mejora.



## 1. GOBERNANZA

### Calificación



- Incluir los cuidados a largo plazo dentro de la cartera de los gobiernos nacionales y regionales o municipales con la designación de un organismo coordinador específico con el objetivo de asumir el liderazgo e implicar a los representantes de la comunidad y otras partes interesadas pertinentes.
- Formular legislación sobre los cuidados a largo plazo que incluya un mandato para la estructura de gobierno, el mecanismo de financiamiento, la prestación de servicios con un grupo poblacional destinatario definido, y el seguimiento de la calidad y el desempeño de los cuidados.
- Formular legislación para garantizar la protección de los derechos y prerrogativas tanto de las personas mayores como de los cuidadores.
- Establecer un plan, estrategia o marco nacional general (y regional cuando proceda) que determine las indicaciones y los criterios de valoración para lograr un sistema organizado y sostenible de CLP que se ponga en marcha a nivel subnacional con un grupo poblacional destinatario especificado.
- Mapear a las partes interesadas clave en la elaboración de una política y estrategia de CLP.
- Formular un documento explícito de política de CLP elaborado como un documento nacional independiente, que incluya por lo general un proceso en múltiples etapas con las partes interesadas, dirigido o apoyado por la entidad gubernamental específica que se ocupa de los cuidados a largo plazo.
- Dirigir las funciones del gobierno a nivel nacional, regional y municipal en cuanto a la garantía, el financiamiento, la regulación y la prestación de los servicios de CLP, incluidas las funciones de los prestadores públicos y privados y de las organizaciones no gubernamentales.
- Establecer un plan de acción detallado con estrategias esenciales de implantación.
- Crear y apoyar un órgano decisorio permanente para integrar todos los niveles del sector de los cuidados a largo plazo, incluida la colaboración de las organizaciones laborales del ámbito social y de salud, con el objetivo de fomentar el diálogo y formular procesos, normas, estándares y regulaciones.
- Definir estrategias y medidas para facilitar el liderazgo, fomentar la colaboración entre los sistemas de salud y asistencia social, y posibilitar alianzas destinadas a promover modelos más integrados de CLP.
- Definir cómo se asignarán y distribuirán los fondos públicos para la ejecución sostenible del plan nacional o subnacional.
- Asignar y coordinar los presupuestos en los múltiples niveles de gobernanza para implantar un sistema integrado de CLP.
- Promover la colaboración intersectorial (salud y otros sectores gubernamentales, así como representantes del sector privado, voluntarios y grupos sin fines de lucro) para construir sobre objetivos comunes y asignar los recursos.
- Establecer mecanismos para revisar y hacer el seguimiento del progreso hacia los objetivos de la política nacional de CLP de conformidad con lo definido en el plan o marco.
- Establecer y perfeccionar de manera continua las medidas de supervisión y seguimiento del plan nacional de CLP, con el fin de determinar si se está implantando según lo previsto y se cumplen las estrategias.
- Configurar las actividades de auditoría para medir el desempeño y la transparencia de los organismos responsables.

## Calificación

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 17. Dar seguimiento al desempeño de los servicios de CLP en lo que concierne a su eficacia, eficiencia, aspectos económicos, cumplimiento de las leyes y regulaciones, requisitos contractuales, requisitos de subvenciones, y políticas y procedimientos organizativos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Elaborar políticas laborales, incluidas políticas de protección laboral, para aclarar los derechos, las prerrogativas y las obligaciones de las partes en la relación laboral, incluido un contexto de no discriminación y protección frente a la violencia.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Establecer normas, procedimientos y regulaciones laborales para los cuidadores y los trabajadores de CLP, como condiciones de trabajo, salarios, acuerdos sobre horarios de trabajo, mecanismos de compensación y estrategias para superar la informalidad.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Promover el reconocimiento de la fuerza laboral de CLP y la observancia de las normas de higiene y seguridad laborales.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Proporcionar un programa de capacitación continua para los cuidadores (tanto remunerados como no remunerados) y formular legislación relativa a los requisitos de capacitación y certificación para acreditar los conocimientos teóricos y prácticos sobre CLP.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Asociarse con partes interesadas y grupos nacionales, subnacionales y locales para determinar y fortalecer los mecanismos destinados a implicar y empoderar a las comunidades en los procesos de gobernanza.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Formular normas de calidad para los servicios de CLP, ya sean prestados por entidades públicas, privadas o sin fines de lucro, estableciendo normas mínimas de calidad para los prestadores a través de licencias y certificaciones, y llevando a cabo inspecciones periódicas destinadas a garantizar su cumplimiento y vigilar el desempeño en cuanto a calidad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



## 2. FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE

## Calificación

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Establecer un sistema público de financiamiento de los cuidados a largo plazo con un conjunto definido de criterios de selección para determinar el acceso y el derecho a una gama de servicios financiados con fondos públicos que deberían estar disponibles para las personas, así como las responsabilidades del cuidado a largo plazo, reconociendo que este no tiene por qué constituir un sistema de financiamiento independiente, pero sí un sistema de financiamiento previsible para los cuidados a largo plazo que esté bien integrado con otros sistemas de salud y asistencia social. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Garantizar que los ingresos públicos se asignen y combinen con fines redistributivos para respaldar el acceso equitativo a los cuidados a largo plazo, y asignar un presupuesto sostenible para financiar los cuidados a largo plazo y otros aspectos afines (por ejemplo, los sistemas de información sobre CLP).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Establecer mecanismos de financiamiento para garantizar el uso equitativo y la cobertura universal de los cuidados a largo plazo, y para apoyar la atención integrada de las personas mayores (por ejemplo, financiamiento basado en los resultados, remuneración por rendimiento y pagos de una suma total [también conocidos como pagos por caso]).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Garantizar que los sistemas de gestión de las finanzas públicas se basen en las necesidades esenciales de la población local y sean capaces de asignar, distribuir, ejecutar y contabilizar los fondos.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



### Calificación

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Implantar mecanismos para garantizar que quienes no puedan contribuir al sistema de seguro social (como las personas sin empleo formal) estén también cubiertos en caso de necesitarlo.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Establecer herramientas de medición precisas para determinar el gasto corriente en cuidados a largo plazo expresado como proporción de otros gastos (por ejemplo, el gasto total en salud o el PIB), en el marco de la metodología de las cuentas nacionales de salud. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Garantizar que el financiamiento se base en datos precisos relacionados con los costos (véase el elemento 3).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Establecer medidas y subsidios para reducir los costos asumidos por los cuidadores informales (por ejemplo, subsidios en efectivo, licencias con goce de sueldo, servicios de relevo o licencia por cuidados informales).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



### 3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

### Calificación

- |  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Definir la esperanza de vida actual y prevista (por ejemplo, mediana de edad, esperanza de vida), el crecimiento demográfico (por ejemplo, tasa de fecundidad, tendencias migratorias) y el índice de dependencia de las personas mayores (proporción de la población en edad de trabajar en relación con la población de personas mayores). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Realizar encuestas poblacionales sobre cuadros crónicos subyacentes y factores de riesgo para la disminución y la pérdida de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, con el fin de estimar y prever las necesidades.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Seguir y evaluar los niveles de cuidado y las necesidades de apoyo entre las personas mayores y sus cuidadores.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Integrar y vincular los sistemas de información sobre CLP con los sistemas de información sobre salud para garantizar un enfoque centrado en la persona.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Supervisar y seguir el desempeño de los cuidados a largo plazo con base en una amplia gama actualizada de fuentes de datos, que incluya sistemas de información basados en los centros, sistemas de vigilancia de la salud pública y encuestas poblacionales.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Realizar encuestas sobre la posición socioeconómica de las personas mayores (tamaño de la familia, lugar de residencia, situación de los ingresos familiares, tasas de pobreza).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Analizar las tendencias en cuanto a la discapacidad (por ejemplo, años de vida ajustados por discapacidad, causa principal de discapacidad).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Establecer mediciones de bienestar (por ejemplo, satisfacción con la vida, calidad de vida relacionada con la salud) y estado de salud de las personas mayores y sus cuidadores.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Crear conjuntos de datos mínimos integrados (resultados clínicos, objetivos de servicios integrados, mediciones de calidad compuestas) utilizados de forma habitual para mejorar la calidad de la información y respaldar el intercambio de información entre todas las partes interesadas.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Determinar indicadores intersectoriales de distribución, calidad y equidad de los cuidados (por ejemplo, modificaciones en el hogar, transporte y seguridad alimentaria y nutricional).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



## Calificación

- | 42. Definir el número y la distribución geográfica de los centros sociales comunitarios y el número de personas que usan estos servicios.  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 43. Auditar el número de centros de CLP, su distribución geográfica, su nivel de complejidad, el número de camas y el número de cuidadores profesionales por número de camas.  |  |  |  |
| 44. Determinar el número de profesionales de la salud que prestan servicios de CLP (por ejemplo, profesionales médicos generalistas, personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, geriatras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, gerontólogos, enfermeras comunitarias y cuidadores).   |  |  |  |
| 45. Determinar el número de profesionales que trabajan en las interfaces o transiciones en la atención (por ejemplo, enlaces médicos, gerentes de protección social, enfermeras gerentes de altas).  |  |  |  |
| 46. Auditar el número y las características de las personas mayores que reciben cuidados a largo plazo, y de sus cuidadores.   |  |  |  |
| 47. Formular mediciones que permitan evaluar la calidad (como tasas de ingreso hospitalario evitable, integración de servicios, resultados clínicos, satisfacción de los usuarios, tiempo de espera).  |  |  |  |
| 48. Mapear y generar informes de las características de los servicios prestados (tipo, privado o público, tamaño, cantidad, distribución geográfica y de la calidad), incluidos los servicios domiciliarios (programas de extensión, servicios de centros de día, servicios de apoyo en centros de atención primaria), centros comunitarios (centros y servicios de día, programas de relevo, servicios de apoyo en centros de atención primaria) y centros de CLP (residencias para personas mayores, viviendas con servicios de apoyo, centros residenciales, centros de cuidados paliativos). |  |  |  |
| 49. Generar datos detallados sobre el financiamiento (por ejemplo, gastos directos para los cuidados a largo plazo, cobertura basada en la idoneidad, número de personas con derecho a los cuidados a largo plazo que recibieron una evaluación de las necesidades en el último año, proporción de cada tipo de servicios de cuidados a largo plazo prestados y por qué sector, financiamiento de los sistemas de salud frente al financiamiento específico para los cuidados a largo plazo, proporción de los cuidados prestada por cuidadores informales y sus costos).                        |  |  |  |



## 4. FUERZA LABORAL

## Calificación

- | 50. Definir y actualizar periódicamente el número de cuidadores (parientes, amistades, voluntarios, remunerados y no remunerados), sus perfiles y necesidades.   |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 51. Definir y actualizar periódicamente las tasas de rotación de la fuerza laboral de CLP en cada entorno (hogar, centro comunitario, centro de CLP).  |  |  |  |
| 52. Formular políticas y legislación sobre registro, requisitos, estándares curriculares, competencias básicas y certificación para los cuidadores y trabajadores de CLP en cada entorno de CLP (incluidos los servicios de asistencia domiciliaria y los centros de CLP). |  |  |  |
| 53. Regular la inspección pedagógica anual, los requisitos de capacitación y la supervisión pedagógica garantizada periódicamente por un organismo de supervisión acreditado para el personal en cada entorno de CLP.  |  |  |  |
| 54. Formular mecanismos de evaluación de la capacidad actual de la fuerza laboral (cursos de especialización, de capacitación y de reentrenamiento) y de seguimiento (por ejemplo, habilidades, satisfacción).   |  |  |  |



## Calificación



55. Formular y establecer mecanismos para garantizar la equidad de género en la prestación de cuidados (por ejemplo, oportunidades de trabajo y aprendizaje flexibles para las mujeres que son o fueron cuidadoras, beneficios y derechos para retornar al trabajo).
56. Formular y establecer mecanismos para garantizar la retención del personal y una dotación mínima de personal (por ejemplo, modalidades de trabajo flexible, fijación de salarios mínimos, premios basados en objetivos, desarrollo profesional y promoción).
57. Establecer estrategias para medir la disponibilidad de iniciativas de mejora de las capacidades de la fuerza laboral que respondan a las necesidades de la población.
58. Formular políticas de apoyo a los cuidadores y fomento de su bienestar físico y mental (por ejemplo, servicios de relevo, centros de día, apoyo domiciliario, programas de capacitación iSupport y mDementia de la OMS).



## 5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

## Calificación



59. Establecer un proceso de formulación de estrategias para la garantía de la calidad.
60. Definir una estrategia para las medidas relacionadas con la calidad y constituir un organismo responsable del control de la calidad.
61. Establecer evaluaciones de la calidad percibida por usuarios y prestadores en los servicios prestados.
62. Planificar la prestación de servicios a partir de datos precisos sobre el número de prestaciones de asistencia domiciliaria, centros comunitarios y centros de CLP.
63. Establecer protocolos de evaluación estandarizados y centrados en la persona, que incluyan los grados o niveles de categorías de dependencia, la evaluación de criterios de salud para poder acceder a los servicios, las preferencias, y las necesidades de las personas mayores y sus cuidadores.
64. Formular mecanismos de control para garantizar que los prestadores (públicos, privados sin fines de lucro o comerciales) respeten las normas mínimas determinadas por instituciones independientes, las inspecciones y la presentación de informes públicos.
65. Definir protocolos asistenciales basados en la evidencia a partir de las guías clínicas, revisiones sistemáticas y recomendaciones de mejores prácticas de organizaciones reconocidas.
66. Definir normas claras de calidad para la prestación de cuidados a largo plazo en diferentes entornos en función de los derechos fundamentales, la evaluación de los cuidados orientados a las necesidades y las preferencias; por ejemplo, mecanismos de acreditación, tasas de hospitalización, lesiones o daños no deseados (como úlceras de decúbito y caídas), niveles de satisfacción e incidentes relacionados con la medicación (como sobremedicación y errores de medicación).
67. Definir procesos y procedimientos claros para crear protocolos asistenciales integrados y centrados en la persona (políticas de derivación, priorización de casos, manejo de casos y cuidados).
68. Prestar servicios oportunos, integrados y centrados en la persona que incluyan todos los aspectos de la continuidad asistencial (prevención, promoción, rehabilitación, curación, paliación, asistencia, apoyo social y a los cuidadores).



## Calificación

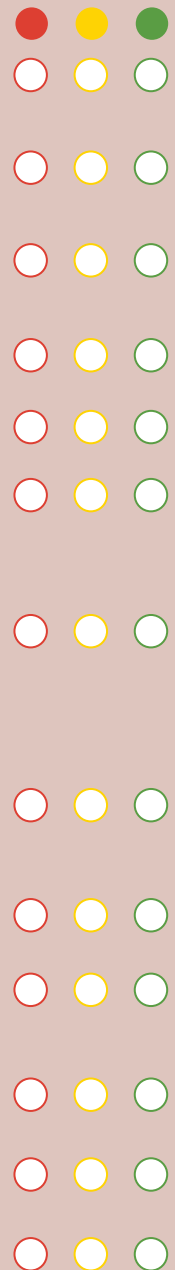
69. Establecer estrategias de coordinación y sistemas de comunicación entre los prestadores de servicios, los profesionales de la salud, los receptores de cuidados y los cuidadores, incluido el intercambio de información entre los profesionales clínicos sobre la atención al paciente.



## 6. INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN

## Calificación

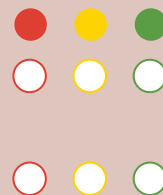
70. Estimular la investigación de alta calidad y establecer, en colaboración con los organismos de investigación nacionales y regionales, planes específicos de subvenciones para investigación en CLP.
71. Formular un plan de innovación e investigación, y revisarlo periódicamente de conformidad con las políticas nacionales y subnacionales vigentes.
72. Crear una comisión asesora de expertos para la agenda de investigación en CLP, en la que estén representados los investigadores y las partes interesadas clave, así como las personas mayores y los cuidadores.
73. Encontrar organizaciones que podrían asociarse para financiar o cofinanciar proyectos específicos que se perciban como investigaciones de alta prioridad.
74. Instaurar una inversión anual en innovación e investigación en CLP.
75. Estimular iniciativas subnacionales de investigación que proporcionen a los responsables de la formulación de políticas regionales información sobre políticas costo-eficaces, con elaboración de bases de datos destinadas a respaldar el análisis de la variación subnacional.
76. Fomentar un diálogo continuo entre los investigadores y los usuarios finales (personas mayores, cuidadores, personal de centros de CLP, prestadores de asistencia domiciliaria) para detectar y abordar las brechas de información y calidad a nivel micro (necesidades de las personas mayores y cuidadores), meso (prestación de servicios de CLP) y macro (políticas, estrategia, legislación).
77. Promover la mejora de la calidad de la educación y la mejora de capacidades de los recursos humanos mediante la estimulación de programas de posgrado y jóvenes investigadores.
78. Generar indicadores para medir el nivel de implantación de la innovación e investigación en la práctica de CLP.
79. Facilitar y estimular la innovación tecnológica y de políticas, aprovechando los organismos y centros de investigación nacionales y regionales para desarrollar los cuidados a largo plazo.
80. Promover la adopción y aceptación de la innovación mediante la participación en alianzas (universidades, institutos y redes de investigación, asociados comerciales).
81. Crear mecanismos para acelerar la innovación en el sector apoyando la implantación de estrategias y programas bien validados en la práctica de los cuidados a largo plazo.
82. Mostrar experiencias de innovación y logros ejemplares en la adopción de soluciones de CLP y formas innovadoras de realizar intervenciones.





### Calificación

83. Valorar los conocimientos teóricos y prácticos del personal de CLP y los cuidadores mediante la implantación de programas de innovación impulsados por el personal y los cuidadores.
84. Fomentar el desarrollo de las tecnologías informáticas para facilitar la comunicación y el intercambio de información entre sectores y partes interesadas.





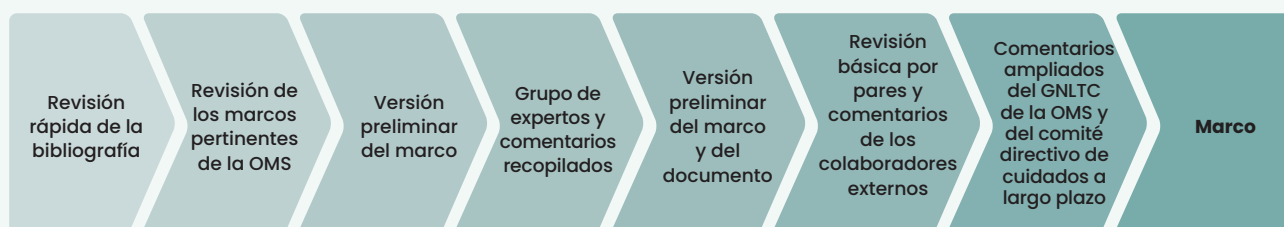
# Anexo 2. Metodología para desarrollar el marco

Los componentes del marco se han desarrollado para que sean coherentes con los objetivos de la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. Reflejan el marco presentado en el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (1) y desarrollado en Pot et al. (2). También se basan en el marco de atención integrada de las personas mayores (ICOPE, por su sigla en inglés) (3), el marco operacional de la OMS para la atención primaria de salud (4), el marco europeo de calidad para los servicios de cuidados a largo plazo (CLP) (proyecto WeDO) (5), el marco de la Oficina Regional de la OMS para Europa de evaluación nacional de la prestación integrada de cuidados a largo plazo (6), el informe de la OCDE sobre la prestación y el pago de cuidados a largo plazo (7), el manual de la OMS sobre la elaboración de estrategias nacionales de salud en el siglo XXI (8), la labor del Observatorio Mundial de

la Demencia (9) y el manual de la OMS sobre los componentes básicos de los sistemas de salud (10). El presente marco se ha basado asimismo en las conversaciones mantenidas con los miembros de la Red Mundial de Cuidados a Largo Plazo (GNLTC, por su sigla en inglés) y el comité directivo de cuidados a largo plazo, así como en las publicaciones científicas sobre el desempeño de los sistemas de CLP y sobre la definición y medición de aspectos concretos de los cuidados a largo plazo. En lo posible, hemos empleado la misma redacción y definiciones para garantizar la transferibilidad y la coherencia entre las distintas políticas.

El proceso desde la creación de la nota conceptual hasta la publicación de la versión definitiva del marco se basó en un procedimiento reflexivo, colaborativo e iterativo, como puede apreciarse en la figura A2.1.

Figura A2.1 Proceso seguido para la redacción del documento marco



## Referencias: Anexo 2

1. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466> [consultado el 7 de agosto del 2021].
2. Pot AM, Briggs AM, Beard JR. The Sustainable Development Agenda needs to include long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(9):725-7. doi:10.1016/j.jamda.2018.04.009.
3. Organización Mundial de la Salud. *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Ginebra: OMS; 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109> [consultado el 11 de agosto del 2021].
4. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción [Operational framework for primary health care: transforming vision into action]. Proyecto para su examen por los Estados Miembros en la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2020. [https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care\\_WHA73.pdf](https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care_WHA73.pdf) [consultado el 11 de agosto del 2021].
5. *European Quality Framework for long-term care services*. Proyecto WeDO (Asociación Europea para el Bienestar y la Dignidad de las Personas Mayores); 2012. [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU\\_Quality\\_Framework\\_for\\_LTC-EN.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU_Quality_Framework_for_LTC-EN.pdf) [consultado 13 de agosto del 2021].
6. *Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care: WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2019. <https://www.euro.who.int/en/activities-and-services/assessments/country-assessment-framework-for-the-integrated-delivery-of-long-term-care> [consultado 13 de agosto del 2021].
7. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. París: OCDE; 2011.
8. Organización Mundial de la Salud. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Ginebra: OMS; 2016.
9. Observatorio Mundial de la Demencia (GDO). Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/gho/data/node.dementia> [consultado 13 de agosto del 2021]. Organización Mundial de la Salud. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS; 2010.
10. Organización Mundial de la Salud. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS; 2010.

# Anexo 3. Revisión rápida: niveles macro y meso de los cuidados a largo plazo

## Objetivo

El objetivo de la revisión rápida fue doble: en primer lugar, examinar el alcance y la naturaleza de la bibliografía disponible; y en segundo lugar, conocer qué datos han surgido de los estudios en relación con los obstáculos y los facilitadores de la implantación de los cuidados a largo plazo (CLP) en los niveles macro y meso, así como cualquier enseñanza extraída desde los países de ingresos altos hasta los de ingresos bajos.

## Método

Se empleó un método adaptado de revisión rápida para reflejar los escasos recursos y tiempo disponibles para la revisión. Reconociendo la riqueza del material ya elaborado por la OMS, pero también por otros revisores anteriores, nos concentramos en las publicaciones desde el 2016 en adelante para obtener la evidencia más reciente procedente de la investigación y la elaboración de políticas. Se buscaron tan solo revisiones y revisiones sistemáticas, en parte por las limitaciones de tiempo, pero también por el deseo de cubrir la mayor cantidad posible de bibliografía al mismo tiempo que se pudiera reflexionar sobre la diversidad del material y extraer los ejes prioritarios para la formulación de políticas.

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos en abril y mayo del 2020: Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas; PubMed; Medline; NHS Evidence; DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects); Colaboración Campbell; Web of Knowledge (para Science Citation Index y Social Sciences Citation Index); SCOPUS; RePEc; ERIC; y Google Académico. Las revisiones se incluyeron si exploraban los cuidados a largo plazo o la atención integrada a nivel macro (sistema nacional) o meso (servicio subnacional). No se incluyeron los estudios que solo abarcaron intervenciones a nivel micro (primera línea, prestación de servicios), y esta exclusión se aplicó también a los estudios que se centraban en la prestación de servicios o en la integración de servicios o conjuntos específicos de medidas asistenciales. No se aplicó, sin embargo, a los estudios o revisiones que abarcaran intervenciones en diferentes niveles.

Las búsquedas se limitaron a revisiones desde el 2016 en adelante, usando descriptores en ciencias de la salud (DeCS-MeSH) cuando correspondía y palabras clave específicas pertinentes para los cuidados a largo plazo y la atención integrada. En esta revisión rápida se tuvo cuidado de incluir múltiples términos de búsqueda para garantizar una buena cobertura: sistemas de salud, organización de los sistemas de salud, modelos de atención, cuidados a largo plazo, asistencia social, servicios sociales, atención integrada, integración de la salud, atención centrada en el paciente, atención centrada en la persona, organización de atención médica, personas mayores, cuidados formales e informales, dependencia, transferibilidad, política de salud, implantación de políticas de salud, facilitadores de sistemas, contexto o elaboración de políticas, transformación de la salud, colaboración intersectorial, prestación de atención.

También se obtuvieron referencias pertinentes citadas en las publicaciones halladas. La selección final abarcó 29 revisiones en total. A pesar de que el enfoque se centró en los niveles macro y meso, una serie de artículos seleccionados para su inclusión se basaron principalmente en el nivel micro, ya que el análisis emergente tenía implicaciones más amplias.

## Resultados

### Alcance de la bibliografía

Los cuidados a largo plazo constituyen un área de estudio en rápido crecimiento (el número de publicaciones se ha multiplicado por ocho entre 1991 y el 2018), debido al aumento del envejecimiento demográfico al tiempo que disminuye la capacidad de las redes de apoyo familiar para ayudar a quienes lo necesitan. No obstante, hay muy pocos datos sobre estrategias de CLP en los países de ingresos bajos o medianos, si bien se admite que resulta inadecuado aplicar los modelos de los países de ingresos altos a los países de ingresos bajos o medianos. Pese a que hay

abundantes pruebas que justifican la transformación del sistema de atención de salud y asistencia social a nivel nacional o de políticas, hay una falta notable de datos para respaldar dicho cambio a nivel macro y, por lo tanto, escasa evidencia científica sobre las estrategias para lograrlo.

Ocurre lo mismo a nivel subnacional o meso. Además, sigue sin haber consenso en la bibliografía sobre las medidas que deben adoptarse en cualquiera de estos niveles. Por otro lado, a nivel micro hay una cantidad desproporcionada de evidencia, que se concentra de modo predominante en la atención integrada.

### Naturaleza de la evidencia disponible

La evaluación de los modelos de atención integrada sigue siendo a nivel local más que nacional, y aporta información sobre afecciones o servicios asistenciales específicos. Sin embargo, los indicadores que miden la atención y los resultados no clínicos siguen siendo escasos, y la mayoría no cumplen con las normas de elevada calidad metodológica. Ha sido difícil evaluar los programas y marcos para la atención integrada, dados sus diversos objetivos y la falta de uniformidad en cuanto a terminología y definiciones utilizadas. Esas dificultades en la evaluación pueden verse agravadas por datos e información insuficientes o inexactos, que son fundamentales para definir los factores de éxito de un programa de atención integrada y sus repercusiones en la prestación de los servicios. Además, a pesar de la abundancia de medidas estructurales, de proceso y de resultados para evaluar la integración de la asistencia social y la atención de salud a nivel micro, no hay un núcleo establecido de medidas ni orientación sobre cómo debe medirse.

En el nivel meso, se observó que los pocos estudios en los que se hacía hincapié en la comprensión del proceso más amplio y la implantación del cambio organizativo no contaban con evidencia científica suficiente y eran mixtos en sus resultados. Por ejemplo, no quedó claro qué cambios estructurales en la prestación local de atención de la salud eran los más eficaces en cuanto a la mejora de la atención de la salud. Se consideró asimismo que faltaba evidencia científica para determinar los factores apropiados que permitieran implantar con éxito la integración en la atención de salud y la asistencia social, si bien se informó la necesidad de un compromiso a largo plazo por parte de las respectivas organizaciones. Los revisores de los estudios han argumentado que, dado que la atención integrada es un proceso dinámico, es preciso seguir los efectos a largo plazo para extraer enseñanzas, en buena medida porque las estructuras de gobernanza, el desarrollo de un liderazgo adecuado con objetivos claros, los requisitos de la

fuerza laboral y los mecanismos de financiamiento requieren todos ellos un tiempo para crearlos y mantenerlos. De igual manera, es preciso tener en cuenta una perspectiva de sistemas más amplia en el desarrollo de modelos asistenciales tanto para las poblaciones destinatarias como para los servicios, con el fin de entender mejor la interdependencia de los distintos elementos en la implantación de la integración y cómo interactúan.

### Cambio de énfasis

En los últimos años se aprecia un cambio en la bibliografía, que ha pasado de centrarse en la eficacia y los resultados a poner mayor énfasis en el proceso y la evaluación de los enfoques. Además, la atención ha pasado de concentrarse en el lado de la demanda a fijarse más en la prestación y oferta de atención. Recientemente, los marcos de atención integrada han tendido a adoptar un enfoque de salud poblacional en lugar de un enfoque basado en la enfermedad, al tiempo que se hace un llamado a profundizar en la comprensión de la centralidad en la persona como un modo de dar forma y mejorar las interacciones con los pacientes y los cuidadores. Todo ello parece haber sido impulsado no simplemente por la necesidad de comprender más plenamente la atención crónica, sino también para evaluar a las personas de manera más holística, reconociendo el papel que desempeñan los componentes distintos de la propia enfermedad.

### Brechas

Hay cada vez mayor demanda de evidencia de resultados sostenibles por parte de iniciativas multinivel. Cabe destacar la necesidad de que los marcos y modelos asistenciales incluyan a las personas con necesidades que requieren un manejo a largo plazo, como la multimorbilidad, incluyendo de ese modo a los grupos etarios más jóvenes, así como a quienes pueden ser mayores y frágiles. De manera más crítica, hay espacio para una comprensión más amplia de los factores y mecanismos contextuales que favorecen el éxito y su interdependencia en el seno de una perspectiva de la totalidad de los sistemas.

En términos de atención integrada, es necesario definir de modo más preciso los grupos destinatarios de la población y perfilar sus necesidades, prestando mayor atención a factores contextuales más amplios, como los que impulsarán el éxito. Además, dado que la mayoría de los estudios tienden a concentrarse únicamente en definir los elementos de la atención integrada, será importante explorar estructuras y

posibles estrategias para apoyar el proceso real de cualquier implantación de servicios de CLP.

También a nivel meso hay una fuerte demanda de estudios a lo largo del tiempo con mayor énfasis en los componentes de la prestación de servicios locales que aborden la integración horizontal y vertical en el seno de la atención de salud, y que traspasen los límites de las distintas organizaciones. Estos estudios pueden centrarse en el papel de los prestadores, las relaciones multidisciplinarias de confianza o la colaboración. A nivel macro, las políticas, la gobernanza, la economía y, lo que es más importante, la coordinación multisectorial, desempeñarán un papel integral para contribuir a la implantación de los cuidados a largo plazo. Tales desarrollos pueden, a su vez, definir la necesidad de un mayor enfoque en el papel de los valores en los tres niveles. Diferentes valores pueden ser relevantes en diferentes niveles; esto es, desde el individuo hasta el equipo, la organización y el sistema en su conjunto.

A nivel macro, el proceso de concretar la implantación de los cuidados a largo plazo podría incluir un consenso sobre objetivos deseables, principios de gobernanza o procesos de toma de decisiones, mientras que a nivel meso podría incluir guiar a los profesionales asistenciales multidisciplinarios en sus relaciones con los colegas y pacientes, o en coproducción. En todos los niveles, el proceso de implantación de los cuidados a largo plazo requerirá estilos de liderazgo adaptativo. La clara necesidad

de articular un conjunto básico de resultados específicos del contexto para los cuidados a largo plazo debe ir acompañada de la necesidad de esclarecer las definiciones, así como las cohortes y poblaciones destinatarias, de modo que sea posible evaluar las repercusiones en la salud dentro de un contexto más amplio y holístico centrado en el paciente.

### **Conclusión: la necesidad de un marco de cuidados a largo plazo**

Hace falta una respuesta a la demanda de un marco de CLP, que dicte un amplio cambio de sistema en lugar de intervenciones fragmentarias y aisladas. Esto debe ir acompañado de datos longitudinales sobre la repercusión en la salud de los servicios de CLP integrados en los sistemas de salud. Y esto, a su vez, requerirá entender mejor la interdependencia e interacción de los factores en los niveles macro, meso y micro, así como, lo cual reviste aún más importancia, el papel y el valor de procesos más adaptativos, sobre todo en cuanto a liderazgo o las culturas profesionales y clínicas. Toda orientación diseñada para los responsables de la formulación de políticas debe estar en consonancia con la evidencia científica, que habrá de ser apropiada y detallada, pero también específica del contexto. Sobre todo, se necesitan marcos que evalúen la preparación para el cambio, con un desplazamiento del enfoque del “por qué” y el “qué” al “cómo”.



# Glosario

**Actividades cotidianas** (o actividades de la vida diaria). Actividades básicas necesarias para la vida cotidiana, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, subirse o bajarse de la cama, sentarse o levantarse de un asiento, usar el inodoro y desplazarse dentro del hogar (1).

**Actividades cotidianas instrumentales.** Actividades que facilitan la vida independiente, como usar el teléfono, tomar la medicación, administrar el dinero, comprar comestibles, preparar comidas y usar un mapa (1).

**Autocuidado.** Actividades realizadas por una persona para promover, mantener, tratar y cuidar de sí misma, así como para participar en la toma de decisiones sobre su propia salud (1).

**Capacidad funcional.** Atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que para ellas sea importante.

- **Entablar y mantener relaciones.** Las personas mayores consideran generalmente que entablar y mantener relaciones es vital para su bienestar, y a medida que envejecen suelen dar mayor prioridad a esta capacidad. Hay diversas relaciones que las personas mayores consideran importantes: las relaciones con los hijos y otros familiares, las relaciones íntimas y las relaciones sociales informales con amigos, vecinos, colegas y conocidos, así como las relaciones más formales con prestadores de servicios comunitarios (1, 3).
- **Contribuir.** La capacidad de contribuir abarca un sinnúmero de contribuciones que las personas mayores aportan a sus familias y comunidades, como ayudar a sus amigos y vecinos, aconsejar a otras personas mayores y más jóvenes, y prestar cuidados a parientes y a la comunidad en general. La capacidad de contribuir está muy relacionada con la implicación en actividades sociales y culturales (1, 3).
- **Aprender, desarrollarse y tomar decisiones.** La capacidad para aprender, desarrollarse y tomar decisiones incluye los esfuerzos por seguir aprendiendo y aplicar lo aprendido, solucionar problemas, seguir fomentando el desarrollo personal y conservar la capacidad de elegir entre diversas alternativas (1, 3).
- **Satisfacer las necesidades básicas.** La capacidad de las personas mayores para manejar y

satisfacer sus necesidades inmediatas y futuras a fin de garantizar un nivel de vida adecuado, tal como se define en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Esta capacidad incluye el que las personas mayores puedan tener acceso a una alimentación adecuada, vestido, una vivienda apropiada y servicios de atención médica y cuidados a largo plazo (CLP). También abarca el tener apoyo para minimizar el impacto de las conmociones económicas que pueden generarse con una enfermedad o discapacidad, o bien con la pérdida del cónyuge o de los medios de sustento (4, 5).

- **Mantener la movilidad.** La movilidad es importante para el envejecimiento saludable. Hace referencia al movimiento en todas sus formas, ya sea impulsado por el propio cuerpo (con o sin un dispositivo de ayuda) o por un vehículo. Es necesaria tanto para las tareas de la casa como para acceder a comercios, servicios y distintos sitios de la comunidad, y participar en actividades sociales, económicas y culturales (3, 6).

**Capacidad intrínseca.** La combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona (1).

**Centro de CLP** (también llamado “centro de cuidados a largo plazo”, “centro de atención a largo plazo” o “centro asistencial de larga permanencia”). Los centros de CLP pueden variar de un país a otro. Las residencias de personas mayores, los establecimientos de enfermería especializada, las viviendas con servicios de apoyo, los establecimientos y los centros residenciales de CLP se conocen colectivamente como “centros de CLP”. Proporcionan diversos servicios (entre ellos, atención médica y cuidados de apoyo) a personas que no pueden vivir de forma independiente en la comunidad. El término “centro de CLP” no incluye la atención domiciliaria de larga duración ni los centros comunitarios, los centros de atención diurna para adultos o los servicios de relevo (7).

**Continuidad de la información.** El mejor modo de lograr la continuidad de la información es mediante un sistema de información único, o bien mediante el acceso compartido a las historias clínicas y registros de asistencia social y una comunicación sumamente eficaz; por ejemplo, con un flujo continuo de la

información cuando una persona es dada de alta de la atención aguda para regresar a su comunidad (en forma de planificación eficaz del alta).

**Continuidad del profesional.** Ver al mismo profesional cada vez, con la oportunidad de establecer una relación terapéutica y de confianza (un papel que a menudo desempeña el médico de atención primaria, un trabajador de salud o un gestor de casos).

**Coordinación asistencial.** Enfoque proactivo que reúne a los profesionales y prestadores de servicios asistenciales en torno a las necesidades de los usuarios de tales servicios para garantizar que reciban en los diversos entornos atención integrada y centrada en la persona (2).

**Cuidador.** Persona que proporciona cuidados a uno o varios parientes, amistades o miembros de su comunidad, por lo general de manera informal. Puede proporcionar los cuidados de manera periódica, ocasional o habitual, o bien implicarse en organizar los cuidados prestados por terceros. Los cuidadores deben distinguirse de los trabajadores de CLP vinculados a un sistema formal de prestación de servicios, y en la mayor parte de los casos prestan sus servicios de forma no remunerada (1, 2).

**Cuidados de apoyo.** Asistencia proporcionada para ayudar a una persona a realizar una tarea concreta para mantener la capacidad funcional y preservar la independencia (por ejemplo, prestación de cuidados).

**Cuidados paliativos.** Enfoque que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y pediátricos) y sus familiares cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad mortal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento gracias a la detección temprana, la correcta evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual (3, 6).

**Entorno asistencial institucional.** Instituciones en las que se prestan cuidados a largo plazo; por ejemplo, centros comunitarios, viviendas con servicios de apoyo, residencias para personas mayores, hospitales y otros establecimientos de salud. Los entornos asistenciales institucionales no se definen solo por su tamaño (1).

**Equipo multidisciplinario o interdisciplinario.** Un equipo interdisciplinario está integrado por profesionales que trabajan juntos de manera interdependiente para desarrollar metas y un plan asistencial común, aunque mantienen distintas responsabilidades profesionales y asignaciones individuales. Las funciones de liderazgo son compartidas. Un equipo multidisciplinario está

formado por profesionales de diferentes disciplinas, a veces de una o varias organizaciones, involucrados en la misma tarea (evaluar a las personas, establecer metas y hacer recomendaciones asistenciales) y que trabajan juntos, aunque de manera independiente.

**Evaluación y planificación de la atención centradas en la persona.** Evaluación y planificación de la atención en las que se adopta conscientemente la perspectiva de las personas, las familias y las comunidades, que son vistas como participantes y beneficiarias de un sistema de atención médica y CLP que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística. La atención centrada en la persona requiere también que las personas tengan la educación y el apoyo necesarios para tomar decisiones y participar en su propio cuidado (2).

**Gestión (o manejo) de casos.** Enfoque asistencial dirigido, basado en la comunidad y proactivo que abarca la búsqueda de casos, la evaluación, la planificación asistencial y la coordinación de la atención para integrar los servicios en torno a las necesidades de las personas con alto nivel de riesgo que requieren atención compleja (a menudo por parte de múltiples prestadores o ubicaciones), las personas vulnerables o las personas con necesidades de salud y sociales complejas. El gestor de casos coordina la atención al paciente a lo largo de toda la continuidad asistencial (2).

**Guías o protocolos flexibles de derivación.** Guías o protocolos que describan indicaciones claras para las derivaciones y las responsabilidades de cada profesional y departamento involucrados.

**Intervención de salud digital.** Funcionalidad específica de la tecnología digital que se aplica para lograr objetivos de salud. La gama de intervenciones de salud digital es amplia, y los programas y tecnologías informáticas (aplicaciones digitales) que permiten llevar a cabo estas intervenciones digitales continúan evolucionando dentro de la naturaleza inherentemente dinámica del campo (1).

**Red social.** La red de familiares, amistades y lazos comunitarios de una persona (1).

**Salud digital.** Término genérico que engloba la ciber salud o *eSalud* (incluida la salud móvil o *mSalud*) y otras áreas emergentes, como la informática aplicada a los campos de la inteligencia artificial, los grandes volúmenes de datos o *big data*, y la genómica (1).

**Trabajador de CLP.** Prestador de cuidados vinculado a sistemas formales de prestación de servicios de CLP. Como ejemplos cabe mencionar los cuidadores formales, los asistentes o trabajadores sociales y el personal de enfermería (1, 2).



## Referencias: glosario

1. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466> [consultado el 7 de agosto del 2021].
2. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción [Operational framework for primary health care: transforming vision into action]. Proyecto para su examen por los Estados Miembros en la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2020. [https://www.who.int/service-delivery-safety/operational-framework-for-primary-health-care\\_WHA73.pdf](https://www.who.int/service-delivery-safety/operational-framework-for-primary-health-care_WHA73.pdf) [consultado el 11 de agosto del 2021].
3. Organización Mundial de la Salud. *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Ginebra: OMS; 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf> [consultado el 7 de agosto del 2021].
4. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Nueva York: Naciones Unidas; 1949.
5. Organización Mundial de la Salud. *Década del envejecimiento saludable: informe de referencia*. Ginebra: OMS; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900> Resumen en español: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350938> [consultado el 7 de agosto del 2021].
6. Organización Mundial de la Salud. *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services*. Ginebra: OMS; 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669> [consultado el 10 de agosto del 2021].
7. Organización Mundial de la Salud: *Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración: reseña normativa, 24 de julio de 2020*. Ginebra: OMS; 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333726> [consultado el 7 de agosto del 2021].







Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

**Para solicitar más información:**

Departamento de Salud de la Madre,  
el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y  
Envejecimiento  
Organización Mundial de la Salud  
Avenida Apia 20  
CH-1211 Ginebra 27  
Suiza



9 780201 379624