

Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados

Nadin Medellín
Pablo Ibararán
Mauricio Matus
Marco Stampini

División de Protección Social
y Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1438

Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados

Nadin Medellín
Pablo Ibararán
Mauricio Matus
Marco Stampini

Mayo 2018

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados / Nadin Medellín, Pablo
Ibarrarán, Mauricio Matus, Marco Stampini.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1438)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Health planning-Latin America. 2. Health planning-Caribbean Area. 3. Older people-Medical care-Latin America. 4. Older people-Medical care-Caribbean Area. 5. People with disabilities-Medical care-Latin America. 6. People with disabilities-Medical care-Caribbean Area. I. Medellín, Nadin. II. Ibarrarán, Pablo. III. Matus, Mauricio. IV. Stampini, Marco. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VI. Serie.

IDB-TN-1438

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/es/ProteccionSocial

Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados

Nadin Medellín, Pablo Ibararán, Mauricio Matus y Marco Stampini

Resumen

Los gobiernos de América Latina y el Caribe enfrentan el reto de diseñar una respuesta de política pública para promover que un número cada vez mayor de personas con dependencia accedan a servicios de cuidado para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Este documento revisa cuatro elementos que son fundamentales para diseñar un sistema formal de cuidados con base en la experiencia internacional para extraer lecciones aprendidas. En particular, esta nota técnica presenta una revisión de las experiencias de países desarrollados que han implementado sistemas de cuidados para tratar de responder cuatro aspectos que todo país que desee diseñar un sistema de cuidados se debe plantear: i) definir quiénes serán los beneficiarios del sistema, ii) establecer cuáles son los servicios y los beneficios que entregará el sistema, iii) determinar cómo se asegurará que dichos servicios sean de calidad y iv) precisar una estrategia de financiamiento.

Esta nota técnica es parte de una serie de estudios sobre cuidados a la dependencia, que incluye Galiani, Ibararán y Caruso Bloeck (2017); Aranco et al. (2018); Aranco y Sorio (2018); López-Ortega (2018).

Clasificación JEL: J14, J18, H5.

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, cuidado, inclusión social, América Latina y Caribe.

Contenido

<i>Introducción</i>	3
<i>¿Quiénes son los beneficiarios de los servicios de cuidado?</i>	5
Identificar a las personas con dependencia	5
Aspectos operativos	11
Criterios de elegibilidad y prioridad para los beneficiarios	12
<i>¿Qué servicios debe ofrecer el sistema de cuidados?</i>	13
<i>¿Cómo promover la calidad de los servicios?</i>	18
<i>¿Cómo financiar los sistemas de cuidado?</i>	21
<i>Conclusiones</i>	23
<i>Referencias</i>	26

Introducción

La necesidad de cuidar a personas en situación de dependencia está creciendo en los países de América Latina y el Caribe, y se espera que esta tendencia se mantenga e incluso incremente en las próximas décadas. Lo anterior se explica por el aumento en el porcentaje de las personas mayores asociado a las etapas más avanzadas de la transición demográfica, y por el incremento en los padecimientos crónicos degenerativos que están relacionados con la transición epidemiológica.

Se dice que una persona está en situación de dependencia cuando tiene dificultades para realizar actividades básicas de autocuidado y algunas tareas más complejas que implican la toma de decisiones para resolver problemas cotidianos. Al primer grupo se le denomina actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e incluye, por ejemplo, bañarse y vestirse. Al segundo grupo de actividades más complejas se les refiere como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y comprende, por ejemplo, realizar compras y tomar medicamentos.

Dos poblaciones son particularmente propensas a desarrollar una situación de dependencia: los adultos mayores y las personas con discapacidad. El envejecimiento implica un deterioro paulatino en las funciones corporales (por ejemplo, motrices, cognitivas y sensoriales) y está asociado a una mayor incidencia de enfermedades crónicas que pueden agudizar el deterioro o causar discapacidad¹. Por esta razón, los adultos mayores tienen una mayor probabilidad de desarrollar una situación de dependencia. Sin embargo, solo una fracción de los adultos mayores son dependientes. Aranco et al. (2018) estiman que en América Latina y el Caribe 11% de los adultos mayores de 60 años tienen dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria. La discapacidad es una situación que se define por deficiencias en las estructuras y las funciones del cuerpo (ver Recuadro 1). Esta puede ser congénita o bien ser consecuencia de un accidente o de una enfermedad.

En paralelo al aumento en la necesidad de cuidado debido al envejecimiento de la población, existen menos manos para brindar cuidados. Las familias, que son las principales proveedoras de cuidado, son más pequeñas que antes y por ello el cuidado de las personas con dependencia se distribuye entre menos personas. Además, las mujeres, que típicamente son las que asumen la tarea de cuidar dentro del hogar, participan cada vez más en el mercado laboral. Por otro lado, las familias tienen pocos recursos a su disposición para facilitar cuidados por su cuenta. Por ejemplo, no existe un mercado de aseguramiento privado para enfrentar los gastos asociados con los cuidados a la dependencia.

Los gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) enfrentan el reto de diseñar una respuesta de política pública al aumento en las necesidades de cuidado y apoyar a las familias. Los gobiernos de países desarrollados se enfrentaron a este mismo reto hace al menos un par de décadas y construyeron servicios de cuidado. Dichos sistemas se componen de una serie de regulaciones, instituciones y políticas públicas para facilitar que las personas con dependencia accedan a servicios de cuidado de calidad. En el contexto de los países desarrollados, estos sistemas se edificaron sobre instituciones sólidas de seguridad social y en el marco de un estado de bienestar consolidado.

¹ Por ejemplo, la pérdida de visión o de la amputación de un pie relacionado con padecer diabetes

Recuadro 1. ¿Qué es la discapacidad?

El concepto de discapacidad ha evolucionado de estar centrado en deficiencias estructurales y de las funciones del cuerpo hacia una definición social, que además considera limitaciones para realizar actividades, barreras para participar, e incorpora la influencia del contexto o ambiente donde vive la persona (ver detalle en Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial 2011, cuadro 1.1). La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aterriza dicho concepto de discapacidad (Organización Mundial de la Salud 2001, 2017). El objetivo de la CIF es clasificar la situación de discapacidad de las personas en relación con cuatro componentes: i) funciones corporales, ii) estructuras corporales, iii) actividades y participación y iv) factores ambientales. Los siguientes párrafos explican de manera general cada uno de los componentes. Una definición detallada de los dominios de la clasificación se puede consultar en Organización Mundial de la Salud (2001).

En la CIF se entiende por deficiencia la anormalidad o pérdida en las funciones y las estructuras corporales. Las funciones corporales se refieren a las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo. Por ejemplo, las funciones de registrar y almacenar información en la memoria, de percibir luz y color, de producir sonidos al hablar, de mantener la frecuencia cardíaca, de respirar y de digerir. Cada una de las deficiencias en las funciones se califica con una escala de gravedad de la deficiencia. Las estructuras corporales se refieren a las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, extremidades y sus componentes. Cada una de las deficiencias en las estructuras corporales se califican con una escala sobre la gravedad, la naturaleza y la localización de la deficiencia.

Las limitaciones para realizar actividades y las barreras a la participación se agrupan en un componente y se refieren, por ejemplo, al aprendizaje y aplicación del conocimiento, comunicación, movilidad, tareas de autocuidado, comunicación, interacciones personales y participación en el trabajo, educación y vida social y comunitaria. A cada uno de los dominios de este componente se agrega un calificador del desempeño de la persona en su contexto actual y un calificador del desempeño que tendría sin la ayuda de tecnologías o de otras personas.

La CIF también incluye en su definición factores ambientales que se refieren a la tecnología, el ambiente natural, el soporte y las relaciones, actitudes, y los servicios y políticas que existen en el contexto donde se desenvuelve la persona.

Para identificar el número de personas con discapacidad en una población no se utiliza la CIF, sino instrumentos más breves que permiten identificar a la mayoría de las personas con discapacidad y que son compatibles con el concepto de discapacidad de la CIF. Por ejemplo, el cuestionario corto del Grupo de Washington (*The Washington Group on Disability Statistics 2017*) pregunta si existe dificultad para caminar y moverse, ver (a pesar de usar lentes), oír (a pesar de usar aparato auditivo), caminar o subir escaleras, recordar o concentrarse, el cuidado personal (incluyendo bañarse o vestirse) o al usar el lenguaje para comunicarse.

Fuentes: Elaboración de los autores.

La situación institucional con la que ALC enfrenta los retos de cuidado a la dependencia es muy distinta. Los sistemas de salud tienen desafíos y falencias importantes, y los servicios sociales son, en el mejor de los casos, incipientes. A pesar de dichas diferencias, la experiencia de los

países de ingreso alto permite extraer lecciones importantes para los países de ALC que se plantean diseñar sistemas de cuidado.

Este documento presenta una revisión de las experiencias de países desarrollados que han implementado sistemas de cuidados para tratar de responder cuatro aspectos que todo país que desee diseñar un sistema de cuidados se debe plantear: i) definir quiénes serán los beneficiarios del sistema, ii) establecer cuáles son los servicios y los beneficios que entregará el sistema, iii) determinar cómo se asegurará que dichos servicios sean de calidad y iv) precisar una estrategia de financiamiento.

¿Quiénes son los beneficiarios de los servicios de cuidado?

El primer paso para diseñar un sistema de cuidados es definir quiénes son las personas elegibles para recibir estos beneficios. El punto de partida es definir de manera formal la situación de dependencia. Consecuentemente, es necesario diseñar un mecanismo o un instrumento para medir la severidad de la situación.

Identificar a las personas con dependencia

La mayoría de los países con sistemas de cuidado miden la dependencia y su severidad por medio de un cuestionario que indaga si existe o no dificultad para realizar una serie de actividades elementales. La lista de actividades que se consideran elementales varía entre instrumentos. Los dominios relacionados con las actividades básicas de la vida diaria, tal como las planteó Katz en el campo de la geriatría en los sesenta (Katz et al. 1963), son constantes a casi todos los instrumentos: bañarse, uso del sanitario y continencia, vestido, autocuidado, movilidad y alimentación. A este conjunto de actividades básicas, se agregan algunas limitaciones para realizar actividades relacionadas con las actividades instrumentales como las definieron Lawton y Brody (1969). Esto incluye: utilizar medios de comunicación (especialmente para notificar una emergencia), realizar compras, preparar comida, limpiar el hogar, lavar la ropa, usar transporte público, ser responsable de tomar medicamentos y administrar un presupuesto. La mayoría de los países desarrollan sus propios cuestionarios para identificar la dependencia; una excepción es Italia que utiliza el índice de Katz para reconocer la situación de dependencia (Vilaplana Prieto 2010). La Tabla 1 compara las actividades que se consideran elementales en el índice de Katz, el índice de Barthel y en las escalas oficiales para medir la dependencia de Francia y España.

Los cuestionarios son instrumentos complejos que incluyen varios recursos para poder describir a detalle la situación de dependencia a través de variables que miden el nivel de dificultad o el tipo de ayuda requerida para realizar actividades. La escala para medir la dependencia en Francia se llama Grupos Iso-recursos de Autonomía Gerontológica (*Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources*, AGGIR en adelante) y considera tres niveles de dificultad para cada una de las actividades que incluye. Desde otra perspectiva, el Baremo de Valoración de la Dependencia que es el instrumento estandarizado para medir la dependencia en España, califica el tipo de ayuda necesaria para realizar la actividad en cuatro niveles de dificultad.

Tabla 1. Actividades elementales en los instrumentos para medir dependencia

Dominios generales	Índice de Katz	Índice de Barthel	Escala AGGIR (Francia)	Baremo de Valoración de la Dependencia (España)
Bañarse	- Bañarse (no incluye áreas complicadas como la espalda)	-Bañarse	-Bañarse y lavarse (excluye la espalda)	-Bañarse
Uso del sanitario y continencia	- Usar el sanitario - Continencia	-Usar el sanitario -Continencia (micción) -Continencia (defecación)	- Asegurar la higiene en la eliminación urinaria y fecal (una persona incontinente que puede manejar la situación de manera higiénica se considera independiente)	-Uso del sanitario
Vestido	-Vestirse (excluyendo atarse los zapatos)	-Vestirse a una velocidad razonable (incluye abrocharse zapatos y botones)	-Vestirse	-Vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y abrochar botones)
Autocuidado		-Lavarse las manos y los dientes, afeitarse y peinarse		-Lavarse los dientes, peinarse y cortarse las uñas
Movilidad	- Levantarse y acostarse en la cama y levantarse y sentarse en una silla	-Trasladarse del sillón a cama -Subir y bajar escalones -Caminar al menos 50 metros	-Ponerse de pie, acostarse, sentarse y cambiar de posición -Moverse dentro de la vivienda -Moverse fuera de la vivienda	-Cambiar y mantener posiciones (de pie, sentado y acostado) -Desplazarse dentro del hogar -Desplazarse afuera del hogar (incluyendo entornos desconocidos)
Alimentación	-Comer (se excluye cortar los alimentos)	-Comer en un tiempo razonable (incluye cortar los alimentos)	-Servirse la comida y comer	-Comer y beber (incluyendo cortar la comida)
Cognitivo			-Comunicarse -Orientación en tiempo y espacio	Evitar situaciones de riesgo dentro y fuera del domicilio
Instrumentales			-Utilizar medios de comunicación para alertar en caso de ayuda -Gestionar presupuesto económico -Preparar comida -Realizar tareas domésticas -Utilizar el transporte público -Realizar compras -Tomar medicamentos y seguir un tratamiento médico -Participar en actividades de ocio	-Solicitar ayuda en caso de emergencia -Gestionar un presupuesto -Preparar comida -Limpiar y cuidar la vivienda -Lavar y cuidar la ropa -Planificar desplazamientos fuera del hogar -Realizar compras -Seguir un tratamiento médico -Disponer de su tiempo y actividades cotidianas -Decidir relaciones interpersonales -Resolver sobre el uso de servicios públicos

Nota: No se trata de una comparación exhaustiva de las actividades y tareas de cada uno de los instrumentos, sino de una comparación de lo que cada índice aborda en los dominios de la columna izquierda.

Fuente: Elaborado por los autores con base en Katz et al. (1963); Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011); Mahoney y Barthel (1965) y Caisse nationale de solidarité pour L'autonomie (2008).

Tabla 2. Aspectos metodológicos sobre índices para medir dependencia

	Índice de Katz	Barthel	Escala AGGIR (Francia)	Baremo de Valoración de la Dependencia (España)
Grado de dificultad	No se considera	Para algunas opciones es dicotómico, para otras considera hasta cuatro grados de dificultad	Se clasifica el nivel de dificultad para realizar actividades en 3 niveles	Se clasifica el tipo de ayuda necesaria para realizar tareas en 3 niveles
Importancia de los dominios y construcción del puntaje	Cada actividad vale un punto y el puntaje va de 0 para la total dependencia y 6 para la total independencia	Es un índice del 0 al 100, donde 100 representa la total independencia Algunas actividades tienen mayor peso que otras	El grupo de actividades corporales y mentales se utilizan para estimar un índice y tienen diferentes pesos. Esto excluye a un grupo de actividades instrumentales que solo se usan como informativas	Es un índice del 0 al 100 donde 100 es la total dependencia. Cada dominio tiene un peso diferente que varía de acuerdo con el grupo de edad. Se aplican dos escalas, una general y una para personas con alguna condición de salud que afecta sus funciones mentales
Categorías	Clasifica a las personas en tres grupos: total independencia, dificultades moderadas y dificultades severas	No clasifica a las personas en categorías	Clasifica a las personas en 6 grupos: el grupo 1 es el de mayor dependencia y el grupo 6 es totalmente independiente	Las personas con dependencia se clasifican en tres grupos: dependencia moderada, severa y gran dependencia
Población objetivo	Personas mayores	Pacientes con desórdenes neuromusculares o musculoesqueléticos	Personas de 60 años y más	Todas las personas a partir de 3 años

Fuente: Elaborado por los autores con base en Katz et al. (1963); Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011); Mahoney y Barthel (1965) y Caisse nationale de solidarité pour L'autonomie (2008).

No todas las actividades limitan de igual manera la capacidad de vivir de manera independiente. Por ejemplo, una persona que requiere ayuda para bañarse y alimentarse tiene un nivel de dependencia más severo que una persona que no puede realizar compras o quehaceres del hogar. Por esta razón se utilizan ponderadores para cada una de las actividades. Las actividades básicas tienen un peso mayor que las instrumentales. Además, las actividades relevantes varían de acuerdo con la edad. Por ejemplo, el hecho de que un niño pequeño no pueda cortar su comida en trozos o no pueda tomar el transporte público solo, no es un problema de dependencia al ser algo esperado para su edad. El baremo español es un ejemplo de cómo se pueden utilizar distintos ponderadores para diferentes actividades y de acuerdo con el grupo de edad. Los detalles pueden ser consultados en el Anexo A del Real Decreto que aprobó el baremo (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad 2011).

Recuadro 2. ¿Cómo se estima el puntaje del Baremo de Valoración de la Dependencia?

El Baremo de Valoración de la Dependencia de España evalúa la autonomía en 11 actividades. Cada una de las actividades tiene un peso que varía de acuerdo con grupo de edad. Existen cuatro grupos de edad. El Panel A presenta las tablas de ponderadores que utilizan la escala general y la escala específica que es utilizada para evaluar a las personas que tienen con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales. La suma de los ponderadores de las actividades es 100, que es el valor que indica el máximo nivel de dependencia en una persona.

Panel A. Ponderadores por actividad

Actividades	Tabla de pesos de la escala general				Tabla de pesos de la escala específica			
	Grupos de edad				Grupos de edad			
	3 a 6 años	7 a 10 años	11 a 17 años	18 años y más	3 a 6 años	7 a 10 años	11 a 17 años	18 años y más
Comer y beber	22.4	18.3	18.3	16.8	15.1	10.9	10.9	10
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	20.3	16.1	16.1	14.8	10.6	7.6	7.6	7
Lavarse	12.1	9.6	9.6	8.8	12.1	8.7	8.7	8
Realizar otros cuidados personales	0	3.2	3.2	2.9	0	2.2	2.2	2
Vestirse	16.3	12.9	12.9	11.9	17.5	12.6	12.6	11.6
Mantenimiento de la salud	0	3.2	3.2	2.9	0	12	12	11
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	12.1	11	11	9.4	3	2.2	2.2	2
Desplazarse dentro del hogar	16.8	13.4	13.4	12.3	18.3	13.2	13.2	12.1
Desplazarse fuera del hogar	0	12.3	12.3	12.2	0	14	14	12.9
Realizar tareas domésticas	0	0	0	8	0	0	0	8
Tomar decisiones	0	0	0	0	23.4	16.6	16.6	15.4
Suma de las actividades	100	100	100	100	100	100	100	100

Cada una de las actividades está compuesta de tareas específicas. Por ejemplo, la actividad de comer y beber se compone de cuatro tareas como se presenta en el Panel B. Cada tarea tiene asociado un ponderador, y la suma de todos los ponderadores de las tareas que componen cada actividad es igual a 1.

Panel B. Ponderadores por tarea (ejemplo de la actividad de comer y beber)

Tareas de la actividad comer y beber	Grupos de edad			
	3 a 6 años	7 a 10 años	11 a 17 años	18 años y más
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0.35	0.25	0.25	0.25
Cortar o partir la comida en trozo	0.00	0.20	0.20	0.20
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0.30	0.30	0.30	0.30
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0.35	0.25	0.25	0.25
Suma de las tareas	1.00	1.00	1.00	1.00

Para evaluar el grado de autonomía al realizar una tarea se utiliza un coeficiente que aumenta su valor a medida que aumenta el grado de ayuda que necesita la persona. Si una persona requiere ayuda, el valor del coeficiente oscila entre 0.90 y 1.00, valor que representa el máximo grado de ayuda requerida.

Panel C. Tabla de coeficientes de ayuda personal

Nivel de ayuda	Coeficiente
Supervisión	0.90
Física parcial	0.90
Sustitución Máxima	0.95
Ayuda especial	1.00

El índice del baremo es la suma del valor asignado a cada una de las tareas en las que se detecta necesidad de ayuda, multiplicado por el coeficiente del tipo de ayuda para realizar cada tarea. El valor asignado a cada una de las tareas resulta de multiplicar el ponderador de la tarea (Panel B) por el ponderador de la actividad (Panel A) de la escala que corresponde a la persona, es decir, la escala general o la específica.

Fuente: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011).

Los cuestionarios que dan mucho peso a las actividades básicas e instrumentales no son adecuados para identificar a las personas con deterioro cognitivo que requieren cuidado, lo cual es un tema relevante dado el aumento en la prevalencia de demencia entre adultos mayores. Por esta razón, los instrumentos para identificar la dependencia de Japón, Alemania y Corea del Sur fueron adaptados para incorporar o fortalecer preguntas sobre deterioro cognitivo (Campbell, Ikegami, y Gibson 2010; Jeon y Kwon 2017). En el caso de España, cuando una persona tiene condiciones de salud que afectan sus facultades mentales, se utiliza la escala específica que incluye pesos diferentes para las actividades que están en la escala general y que incluye una sección con preguntas sobre actividades que requieren la toma de decisiones.

A partir de la información recopilada con los cuestionarios y de los pesos asignados a las actividades elementales se construye un índice que mide el nivel de dependencia. Una vez calculado dicho índice, se requiere establecer un punto de corte, es decir, definir a partir de qué valor se considera que una persona es dependiente. La mayoría de los sistemas de cuidado han establecido más de un punto de corte para definir grupos de acuerdo con el nivel de dependencia. Por ejemplo, el baremo español considera que las personas con un puntaje igual o mayor a 25 están en situación de dependencia y la dependencia se clasifica en tres grados: moderada (25 a 49 puntos), severa (50 a 74 puntos) y gran dependencia (75 a 100 puntos). El Recuadro 2 resume cómo se estima el índice del baremo. En el caso de Francia, se clasifica el nivel de dependencia en seis grupos que se denominan Grupos de Iso-Recursos (GIR). El GIR 6 se refiere a las personas autónomas, y el grado de dependencia aumenta desde el GIR 5 que incluye a personas que necesitan ayuda para actividades básicas de manera ocasional, hasta el GIR 1 que se refiere a las personas confinadas a una cama o silla, con funciones mentales gravemente deterioradas y que requieren de la presencia indispensable y continua de ayuda.

Además de determinar la elegibilidad y medir el nivel de dependencia, los cuestionarios son una herramienta útil para diseñar un plan de cuidados. Para este fin, incluyen preguntas que no entran

en el cálculo del puntaje, pero que se utilizan para describir con más detalle la situación de dependencia. Por ejemplo, la escala AGGIR de Francia incluye información sobre las actividades instrumentales que no se incluyen en el puntaje². En el caso del baremo español, para cada actividad se registra el tipo de problema de desempeño (funcionamiento físico, funcionamiento mental o ambos) y la frecuencia con la que se necesita apoyo³. Asimismo, para cada actividad se requiere incluir una sección de notas donde se incluye información cualitativa. Esta sección incluye el tipo de productos de apoyo que utiliza la persona y la descripción de factores ambientales que pueden actuar como barreras o facilitadores. En la Figura 1 se muestra un fragmento del formulario para recoger información.

Figura 1. Fragmento del formulario para recoger la información sobre la actividad “Comer y beber”

Comer y beber	Nivel de desempeño	Problema	Apoyos personales								
			Tipo				Frecuencia				
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	P1 N1 N2 NA	F M A	SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Cortar o partir la comida en trozo	P1 N1 N2 NA	F M A	SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	P1 N1 N2 NA	F M A	SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	P1 N1 N2 NA	F M A	SP	FP	SM	AE	0	1	2	3	4

Notas

Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño de la persona solicitante en la actividad _____

Descripción del funcionamiento de la persona solicitante en la actividad _____

Identificación del empleo de productos de apoyo _____

Identificación de barreras o facilitadores en el entorno _____

Otras observaciones _____

Nota: Niveles de desempeño: P1= Positivo, N1=Negativo por dependencia, N2=Negativo por otras causas, NA= No aplicable. Problema: F=Físico M=Mental A= Ambos. Tipo de apoyos personales: SP= Supervisión FP= Física parcial SM=Sustitución máxima AE= Apoyo Especial. Frecuencia de apoyos personales 0= Casi nunca 1= Algunas veces 2=Bastantes veces 3= Mayoría de las veces 4= Siempre.

Fuente: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011).

Algunos países no tienen un cuestionario único para medir la dependencia y utilizan otras estrategias. Por ejemplo, en el caso de Escocia, el gobierno central elaboró un marco de referencia para definir la elegibilidad. Cada uno de los gobiernos locales debe asegurarse de que sus criterios de elegibilidad sean compatibles con el marco de referencia nacional que describe las situaciones de dependencia en cuanto al riesgo para la salud y la seguridad de la persona con dependencia y de su cuidador o cuidadores, y la prioridad del servicio requerido. La Tabla 3 muestra las definiciones del marco de referencia nacional en cuanto a los riesgos relativos al cuidado personal, las rutinas domésticas y el ambiente del hogar.

² Con excepción de la habilidad de usar medios de comunicación en caso de emergencia que se considera para estimar el puntaje.

³ El puntaje del baremo español se calcula con base en el ponderador para cada actividad en la que se identifica la necesidad de ayuda dentro del grupo de actividad y un coeficiente asignado a la intensidad de la ayuda requerida que toma el valor de 0.9 si es supervisión o física parcial, 0.95 si es sustitución máxima y 1.0 si es apoyo especial. El índice oscila entre 0 que representa la independencia total y 100 que implica la dependencia total. Los detalles sobre el cálculo y ejemplos sobre cómo aplicar la metodología están disponibles en Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011).

Tabla 3. Fragmento del marco de referencia para definir la elegibilidad para el sistema formal de cuidados en Escocia

Riesgo	Crítico	Sustancial	Moderado	Bajo
Prioridad	Alto		Mediano preventivo	Bajo preventivo
Cuidado personal	La persona es incapaz de realizar <u>la mayoría de los aspectos más vitales</u> del cuidado personal causando daños o peligros mayores al cliente o a otros, o riesgos mayores a la independencia	La persona es incapaz de realizar <u>muchos de los aspectos</u> del cuidado personal más vitales causando daños o peligro considerables al cliente o a otros, o riesgos considerables a la independencia	La persona puede realizar algunos aspectos del cuidado personal indicando algo de riesgo a su independencia	La persona es capaz de manejar la mayoría de los aspectos domésticos básicos
Rutinas domésticas	La persona es incapaz de realizar <u>la mayoría de los aspectos</u> de las rutinas domésticas o los aspectos más vitales causando daños o peligros mayores al cliente o a otros, o riesgos mayores a la independencia	La persona es incapaz de realizar <u>muchos aspectos</u> de las rutinas domésticas más vitales causando daños o peligro considerables al cliente o a otros o riesgos considerables a la independencia	La persona puede realizar algunos aspectos de las rutinas domésticas indicando algo de riesgo a su independencia	La persona es capaz de manejar la mayoría de las actividades domésticas
Ambiente del hogar	Pérdida <u>completa o extensa</u> de decisión o de control sobre aspectos vitales del ambiente del hogar causando daños mayores o peligro al cliente o a otros, o riesgos mayores a la independencia	Pérdida <u>sustancial</u> de decisión o de control sobre aspectos del ambiente del hogar causando daños o peligros mayores al cliente o a otros, o riesgos considerables a la independencia	La persona es capaz de manejar algunos aspectos del ambiente del hogar, algo de riesgo a la independencia	La persona es capaz de manejar la mayoría de los aspectos básicos del ambiente del hogar

Fuente: Gobierno de Escocia (2009).

Aspectos operativos

Los gobiernos han optado por que las personas interesadas en recibir los beneficios del sistema soliciten ser considerados, en lugar de realizar una búsqueda activa entre la población. En algunos países el sistema de salud identifica y deriva al sistema de cuidados a personas que, de acuerdo con la información del mismo, podrían necesitar servicios de cuidado. Esta es una práctica creciente conforme avanza la integración de servicios socio-sanitarios. Con este tipo de método de identificación de beneficiarios no todas las personas que tienen necesidad de cuidado aplicarán al sistema: algunas porque no saben de la existencia de los apoyos o cómo acceder a

ellos, otras, porque no están en condición de asistir a las oficinas del sistema. Esto es un asunto que requiere atención cuando se diseña un sistema en América Latina y el Caribe, particularmente para la población en situación de exclusión social.

En términos operativos esto implica que la persona con dependencia o sus familiares se comuniquen (por teléfono o a través de internet) o se acerquen a una oficina local⁴ para presentar una solicitud y empezar el proceso de inscripción. Es común que el proceso de inscripción se lleve a cabo en dos etapas. Durante la primera se realiza un diagnóstico corto y, solo si se identifica a un beneficiario potencial, se programa una visita al hogar para realizar un diagnóstico detallado. Este diagnóstico detallado es llevado a cabo por personal técnico como médicos, enfermeros y trabajadores sociales. Este es el caso de Francia, donde las personas deben aplicar en la oficina local de servicios sociales (*Centre communal d'action sociale*, CCAS) o en un centro de información local dedicado a las personas mayores para postularse como candidatos a recibir los apoyos. Un equipo técnico integrado por al menos un médico y un trabajador social evalúa la intensidad de la dependencia y la necesidad de apoyo para los familiares que están prestando cuidado; la evaluación incluye una visita al hogar. También es el caso de Uruguay, donde la primera fase se realiza telefónicamente y la segunda requiere una visita al hogar con personal técnico. Durante la visita al hogar también se puede averiguar cuáles son los apoyos y los recursos para apoyar la independencia.

En la mayoría de los sistemas de cuidado, incluyendo Escocia, España, Francia, se formaliza el apoyo con base en un plan de cuidados que especifica qué servicios necesita la persona con dependencia y qué proporción será cubierta por el sistema y cuál por el hogar. Las personas con dependencia y sus familias participan en el diseño del plan y hay mecanismos de apelación para promover que el plan se ajuste de la mejor manera a las necesidades, los recursos disponibles y las expectativas de cuidado.

Criterios de elegibilidad y prioridad para los beneficiarios

Los sistemas de cuidado utilizan criterios de elegibilidad y de prioridad. El criterio de elegibilidad más utilizado es el grado de dependencia. Así, de manera general, los sistemas de cuidado se dirigen a toda la población con un nivel de dependencia mayor a un umbral determinado. En el caso de España son elegibles todas las personas con más de 25 puntos en el Baremo de Valoración de la Dependencia. En el caso de Francia son elegibles a apoyos las personas cuyo nivel de dependencia corresponde a los grupos de iso-recursos 1 al 4.

Algunos sistemas incluyen un criterio de elegibilidad ligado a la edad de las personas en situación de dependencia. Por ejemplo, solo las personas mayores a 60 años son elegibles para recibir la asignación personalizada de autonomía (*L'allocation personnalisée d'autonomie*, APA) que consiste en una transferencia para compra de servicios de cuidado. En Escocia, los beneficios del *self-directed support* (apoyo autodirigido) aplican para toda la población con dependencia pero las personas de 65 años y más pueden acceder a un apoyo adicional para los servicios personales por concepto del *Free Personal and Nursing Care* (*Cuidado Personal y de Enfermería Gratuito*) establecido en la Ley de Cuidado Comunitario y Salud. En el caso de Uruguay se utiliza la edad y el grado de dependencia para determinar a qué tipo de servicio tienen acceso las personas con dependencia. Por ejemplo, el servicio de asistencia personal solamente está

⁴ Aquí es importante hacer el comentario de que en una gran cantidad de sistemas los gobiernos locales juegan un papel fundamental en la captación de la demanda de beneficiarios.

disponible para las personas de 80 años y más con dependencia severa. En contraste, el servicio de teleasistencia se enfoca en las personas de 70 años y más con dependencia leve o moderada.

También, para el diseño de los sistemas de cuidado, se han utilizado criterios de prioridad para que las personas con mayor necesidad reciban apoyos lo más pronto posible cuando el sistema no se da abasto para atender a todas las personas que demandan servicios. En el caso de España, se atiende primero a las personas con mayor dependencia y en Escocia a las personas con mayores riesgos para la salud (riesgos críticos o sustanciales).

En general, el nivel de ingresos y de riqueza de las personas no es un criterio de elegibilidad para acceder a los servicios formales de cuidado. Sin embargo, es un factor importante para determinar el valor monetario de los apoyos o la contribución de bolsillo que deben aportar los usuarios en algunos sistemas. Por ejemplo, en Francia y en Uruguay se utilizan esquemas en los que las personas con menores ingresos y activos reciben un mayor apoyo. Cuando el ingreso es relevante, además del cuestionario de dependencia, se utiliza un cuestionario socioeconómico sobre el individuo y su familia. Una excepción notable es Estados Unidos, donde el ingreso sí se utiliza para definir la elegibilidad. El apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria (denominado *custodial care*) solamente es financiado por *Medicaid* que se dirige exclusivamente a las personas con bajos ingresos.

¿Qué servicios debe ofrecer el sistema de cuidados?

Los servicios de cuidado tienen como objetivo apoyar a las personas en situación de dependencia a realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria por un periodo extendido de tiempo. La mayoría de los países que ofrecen este tipo de servicios incluyen en su sistema de cuidados una combinación de algunos o todos estos servicios. Se suelen organizar en 5 categorías: servicios en instituciones que incluyen alojamiento, servicios en el hogar, centros de día (sin alojamiento), servicios para apoyar a los cuidadores familiares y teleasistencia. La Tabla 4 describe cada uno de estos servicios.

Los beneficios del sistema de cuidados incluyen apoyos en especie y transferencias para la compra de servicios. En la mayoría de los casos los sistemas ofrecen ambas opciones⁵. Una excepción es el sistema francés, que únicamente entrega apoyos por medio de la transferencia denominada APA que puede ser utilizada para comprar servicios en instituciones o servicios en domicilio.

Al momento de diseñar el menú de servicios de cuidado que tendrá un sistema, es necesario reconocer que cada uno de los servicios es adecuado para cierto grado de dependencia y en ciertos contextos. Por ejemplo, el cuidado en instituciones es adecuado para las personas con mayor grado de dependencia, especialmente cuando a la par se requiere atención médica continua y se cuenta con poco apoyo familiar. En estos casos, incluso se pueden alcanzar economías de escala cuando se atiende a las personas en instituciones en comparación con servicios intensivos en el hogar (Muir 2017). En contraste, los servicios de teleasistencia tienen un carácter complementario pues no apoyan para realizar las actividades básicas de la vida diaria y solo resuelven algunas instrumentales como gestionar la toma de medicamentos.

⁵ Galiani, Ibarrarán y Caruso Bloeck (2017) presentan un análisis teórico sobre el desempeño de sistemas de cuidado con diferentes mezclas de apoyos en especie y transferencias monetarias. Sus resultados sugieren que las familias en situación de pobreza prefieren las transferencias monetarias sobre los apoyos en especie.

Tabla 4. Descripción del tipo de servicios

Tipo de servicio	Descripción
Servicios en instituciones	Se trata de un paquete integral de servicios que son prestados en una institución que incluye alojamiento. En el paquete se incluyen servicios de cuidado y usualmente enfermería y servicios de salud más complejos. Algunos ejemplos son: asilos, hospicios, casas de retiro y geriátricos.
Servicios en el hogar	Son servicios prestados en el lugar donde reside la persona. El eje es el servicio de asistencia personal para realizar actividades básicas e instrumentales. Sin embargo, hay otros servicios que se pueden brindar en hogar, incluyendo ayuda para realizar tareas domésticas y servicios de entrega de alimentos.
Centros de día	Son servicios integrales que se brindan en instalaciones que no incluyen alojamiento. El paquete puede incluir, además de servicios de cuidado, servicios de enfermería y otros servicios de salud.
Servicio de teleasistencia	Son brindados a la distancia a través de tecnologías de información. El objetivo principal de los servicios de teleasistencia o telecuidado, es proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia a las personas en situación de dependencia y/o con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias o cuidados, alarmas personales, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas, detectores de temperatura, humo y fugas de agua y administradores de medicamentos.
Servicios para cuidadores	Son servicios que están orientados a apoyar a los cuidadores no remunerados (familiares). Hay dos categorías importantes: los servicios de capacitación para los cuidadores familiares y también servicios de respiro. Estos últimos consisten en servicios de cuidado que se prestan de manera temporal para permitir que el cuidador habitual descanse de las responsabilidades de cuidado.

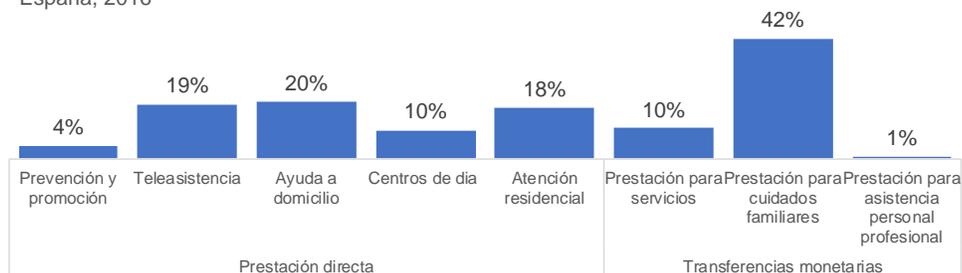
Fuente: Elaboración de los autores.

La proporción de servicios de cuidados en instituciones ha disminuido en los últimos años en todos los sistemas de cuidado y se espera que esta tendencia continúe. El alto costo para los gobiernos de brindar cuidados en instituciones en comparación con el cuidado en domicilio y la preferencia de las personas por permanecer en su hogar explican en gran parte esta caída. A pesar de esta tendencia a la baja, el porcentaje de personas que reciben cuidado en instituciones permanece alto en los países con sistemas de cuidados: 18% en el caso español y 41% en Francia y en Países Bajos (Ver Figura 2).

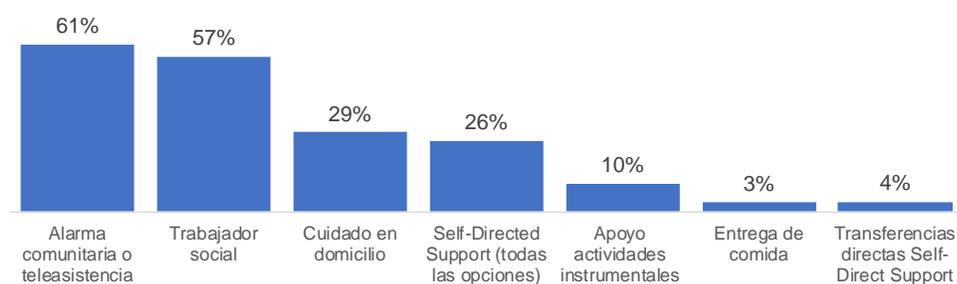
Figura 2. Estructura de los sistemas de cuidado por tipo de servicio

% de beneficiarios que reciben el apoyo

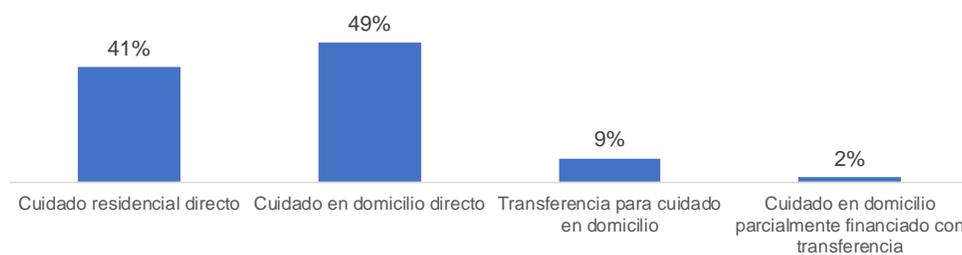
España, 2016



Escocia, 2016



Países Bajos, 2015



Francia, 2015



Nota: En España y en Escocia las personas pueden recibir más de un apoyo. En promedio reciben 1.2 en España y 1.8 en Escocia. En Escocia el apoyo para actividades instrumentales se denomina *housing support* e incluye apoyo para gestionar beneficios sociales, administrar presupuesto, trabajo doméstico y realizar compras.

Fuente: Para España IMSERSO (2017), para Escocia *Social Care Services of Scotland* (2017), para Francia *Ministère des Solidarités et de la Santé* (2017) y para Países Bajos *Centrum Indicatiestelling Zorg* (2017).

Otra tendencia que se observa en los países con sistemas de cuidado es un declive en la provisión directa de servicios por parte del gobierno y una mayor participación del sector privado, incluyendo empresas e individuos. Dichos proveedores privados pueden ser contratados por el gobierno para proveer servicios públicos subcontratados o bien ser empleados directamente por las familias utilizando las transferencias monetarias que les entrega el sistema de cuidados. En la mayoría de los países existe un ecosistema de servicios de cuidado prestados por privados, aunque en algunos casos estos servicios tienen un costo elevado. A pesar de esta tendencia de mayor participación del sector privado, la proporción de servicios prestados por los gobiernos permanece alta. Por ejemplo, en 2016 en Escocia la provisión directa sigue representando alrededor de la mitad de los servicios provistos por los gobiernos locales, versus 70% en 2007.

En la misma línea, el uso de transferencias monetarias en lugar de apoyos en especie es una tendencia en aumento en los países con sistemas de cuidado. Las transferencias son atractivas por su flexibilidad. Para el usuario esto se puede traducir en poder de elección y, para el gobierno, en facilidad para modificar los montos de los apoyos. Por ejemplo, fácilmente se puede ajustar el monto de acuerdo con características relevantes de los usuarios como el ingreso de las personas o el nivel de dependencia, lo que permite enfocar los escasos recursos económicos en las familias que más lo necesitan. Casi todos los sistemas ofrecen transferencias como una alternativa y algunos países como Francia y Escocia han apostado por entregar todos los apoyos a partir de un sistema de transferencias⁶.

Es importante notar que los servicios que prestan los sistemas de cuidado son solo la punta del iceberg (Colombo et al. 2011), pues el apoyo que brindan las familias es la parte preponderante del cuidado. Las estadísticas de la Unión Europea indican que solamente 55% de las personas con dependencia reciben apoyos de los sistemas de cuidado en 28 países de Europa (Eurostat 2017). La cobertura podría ser incluso menor, porque algunos países reportan el número de servicios y no el número de beneficiarios. Adicionalmente, esto no considera que los apoyos de los sistemas no necesariamente resuelven todas las necesidades de cuidado y que el saldo queda a cuenta de las familias.

En ese contexto los servicios para apoyar a los cuidadores familiares son fundamentales. Estos están orientados a mejorar su desempeño en las tareas de cuidado, a manejar y en ocasiones a disminuir la carga de trabajo. A menudo los cuidadores se encuentran en situaciones de estrés y aislamiento, descuidan su salud y tienen dificultades para mantener sus estudios y sus trabajos.

Definir la postura que tomará el gobierno con respecto a la prestación de cuidado no remunerado por parte de familiares es importante, e influye en el diseño de los beneficios. Algunos sistemas de cuidado como el de Países Bajos y el de Corea del Sur consideran que los familiares tienen la obligación moral de prestar una cantidad razonable de cuidados antes de recibir apoyos del estado.

⁶ Aunque en el caso de Escocia los usuarios pueden elegir ceder al gobierno las transferencias para que se les gestione el cuidado, o comprar servicios provistos por el gobierno.

Recuadro 3. Nuevas tecnologías para brindar cuidados a personas con dependencia

El cuidado a las personas con dependencia y en particular la asistencia personal es una actividad intensiva en mano de obra, especialmente cuando se refiere al apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, se han desarrollado tecnologías que apoyan el cuidado que brindan las personas y en un futuro quizá podrían disminuir la necesidad de mano de obra.

La telesalud, la telemedicina, la salud móvil y la salud digital son algunas de las tecnologías que se están aplicando al campo de cuidados. La telesalud es el uso de tecnología para el monitoreo remoto de pacientes para anticipar complicaciones y fomentar habilidades de autocuidado (por ejemplo, con monitores de presión sanguínea y de glucosa para pacientes de diabetes). La telemedicina se refiere al uso de la tecnología para entablar comunicación de soporte entre dos doctores o bien a consultas entre doctores y pacientes. La salud móvil (*mhealth*) consiste en aplicaciones de salud o de cuidado desarrolladas para teléfonos móviles. Finalmente, la salud digital (*eHealth* o *Health IT*) son términos genéricos que se refieren a sistemas de apoyo de salud basadas en plataformas e internet que incluyen, por ejemplo, los registros de salud que utiliza el personal de salud. La salud digital también incluye otras aplicaciones de salud que utilizan análisis predictivo de datos, aprendizaje de máquina, robótica del cuidado, realidad virtual, sistemas operados por voz e inteligencia artificial.

En 2015 la Organización Mundial de la Salud organizó el primer foro mundial sobre la innovación dirigida a los adultos mayores en Japón, el país más envejecido del mundo que además ha apostado al desarrollo de robots para brindar cuidado. Es importante considerar que el cuidado incluye, además de apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria, interacciones para reducir el aislamiento. Una de las principales conclusiones identificadas en este foro es la importancia de enfatizar la experiencia de los usuarios cuando se diseñan innovaciones tecnológicas para los adultos mayores. Los productos y servicios deben ser simples y fáciles de usar así como seguros; la información recopilada por estas tecnologías debe ser de calidad. La adopción de los mismos debe generar un estrés bajo, necesitar poco entrenamiento para usarla y para dar mantenimiento, e integrarse de manera natural a la vida diaria.



Robear es un robot desarrollado por Riken para apoyar la movilidad de las personas en espacios interiores. Por ejemplo, puede apoyar a un adulto mayor para levantarse de la cama y sentarse en una silla de ruedas.



Romeo es un robot humanoide diseñado por SoftBank robotics y otras compañías cuya función es ser un asistente personal para personas con pérdida de autonomía. Además de apoyar la movilidad interactúa con su ambiente y con el usuario e incorpora mecanismos de razonamiento, planeación y conocimiento.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014), NHS Commissioning Assembly (2015) y Telecare Services Association (2013). Las fotografías provienen de <http://www.riken.jp> y <https://www.ald.softbankrobotics.com/en/robots/romeo>.

En España, por ejemplo, el uso más común de las transferencias es compensar los cuidados provistos por familiares, y las transferencias para pagar asistentes personales profesionales prácticamente están en desuso⁷. Por contraste, en Uruguay el cuidado que financia el sistema no puede ser prestado por un familiar, sino que debe ser realizado por un asistente certificado. En un punto intermedio, en Francia se puede usar la transferencia para pagar a un familiar (con excepción del cónyuge o la pareja) siempre y cuando esté capacitado. Además de los servicios de cuidado, existen productos y tecnologías que favorecen la autonomía de las personas con dependencia. Estos son parte de un mercado floreciente en los países con gran poder adquisitivo e incluyen tecnologías y productos sofisticados como telesalud, telemedicina, salud móvil (*mhealth*), salud digital (*ehealth*), prótesis e implantes. Pero también incluyen productos elementales como bastones y andaderas, aparatos auditivos y lentes. Adicionalmente, en el ámbito de la vivienda y de los lugares de trabajo, algunas medidas de adaptación, como barras de apoyo o rampas, favorecen que las personas con dependencia realicen sus tareas cotidianas con mayor facilidad.

¿Cómo promover la calidad de los servicios?

Cuando se diseña un sistema de cuidados es fundamental incluir mecanismos que aseguren la calidad de los servicios, puesto que esta influye en los resultados de salud y autonomía de las personas con dependencia. Además, estos mecanismos son necesarios para proteger a los usuarios del sistema, dado que las personas con dependencia son particularmente vulnerables.

El gobierno tiene un papel crucial como regulador. La información que existe sobre la calidad de los servicios en algunos países indica que hay un amplio margen de mejora. Y cuando este tipo de información es diseminada por los medios, se genera una gran presión de parte de la ciudadanía hacia el gobierno por mejorar la calidad. Los gobiernos deben regular la calidad de los servicios de cuidado independientemente de su papel en la provisión de los servicios, es decir, no importa si los provee de manera directa, subcontrata a un proveedor privado o entrega transferencias.

La OCDE y la Comisión Europea (2013) identifican que los sistemas de cuidado coinciden en identificar tres aspectos sobre la calidad de los servicios: la efectividad del cuidado y la seguridad para el paciente, el grado con el que los servicios se centran en el paciente y la coordinación e integración de los servicios sociales y de salud. Prácticamente todos los países establecen estándares mínimos y utilizan registros, acreditaciones y licencias para los proveedores de servicios para promover la calidad. Los estándares más básicos se refieren a insumos: por ejemplo, la relación entre asistentes personales y personas dependientes, o las características de las instalaciones. Los estándares más avanzados se enfocan en los procesos de cuidado y resultados. Existe mucha heterogeneidad en el nivel de rigor con el que se aplica cada acción regulatoria y los países ponen más énfasis en algunas que en otras de manera deliberada.

Mor, Leone y Maresso (2014) sugieren clasificar los países en tres grupos de acuerdo con el énfasis de su estrategia regulatoria: la profesionalización, la inspección, y el uso de datos y reportes públicos para favorecer la elección del consumidor (ver Tabla 5).

⁷ Las transferencias para compensar el cuidado familiar se diseñaron como un apoyo temporal mientras se desarrollaba un mercado privado de asistencia personal. Sin embargo, al paso del tiempo se convirtieron en un elemento permanente pues la disponibilidad de las transferencias para pagar por servicios de asistencia personal profesional no fueron suficientes para incentivar la creación de un mercado.

Tabla 5. Acciones regulatorias implementadas por diferentes países

Acciones regulatorias/ enfoque regulatorio predominante		Profesionalización					Inspección			Datos y reportes públicos				En desarrollo	
		Alemania	Austria	Japón	Suiza	Australia	Inglaterra	Países Bajos	España	Canadá	Finlandia	Nueva Zelanda	Estados Unidos	Corea del Sur	China
1	Registro y licencias														
2	Estándares sobre infraestructura física														
3	Estándares de educación profesional y capacitación														
4	Asociaciones de servicios de cuidado de largo plazo														
5	Estándares mínimos sobre los procesos de cuidados														
6	Medidas de resultados de la persona dependiente														
7	Inspecciones de rutina														
8	Inspecciones aleatorias/ sin previo aviso														
9	Datos e inspecciones basadas en experiencias														
10	Penalidades monetarias por incumplimiento														
11	Sanciones y sistemas de alarma														
12	Procesos legales de apelación														
13	Recopilación de quejas y sistemas de monitoreo														
14	Procesos de atención a quejas por teléfono o por internet														
15	Reportes públicos														
16	Datos para favorecer la elección del consumidor														
17	Calidad con base en pago por resultados														

Nota: Las celdas sombreadas indican que se utiliza esta acción regulatoria, sin embargo, no da cuenta de la importancia ni de la efectividad de esta acción.

Fuente: Mor, Leone y Maresso (2014), tabla 16.3.

La profesionalización de los recursos humanos se refiere a especificar los niveles de educación, capacitación y certificación de los trabajadores. En los países donde el énfasis es la profesionalización, por ejemplo, Alemania y Japón, parte de la tarea sobre la definición de estándares y buenas prácticas es asumida por asociaciones profesionales que están en mejor posición de entender los requerimientos. Los requerimientos de profesionalización varían considerablemente entre países. Por ejemplo, en Estados Unidos los estándares requieren que un asistente personal que brinda servicios en el domicilio tome una capacitación de dos semanas

y que un asistente de enfermería certificado realice una capacitación teórica y práctica de entre 75 y 120 horas. En contraste, en Australia un asistente personal que brinda servicios a domicilio requiere 555 horas de entrenamiento teórico y práctico y un asistente personal certificado requiere entre 730 y 740 horas de entrenamiento⁸.

Los estudios también inciden en la necesidad de mejorar las condiciones laborales si se quiere una atención de calidad. Sus resultados hacen hincapié en que, para mantener estándares de calidad, más allá de la formación, es necesario que las estructuras de los sistemas generen condiciones laborales atractivas y se compartan objetivos laborales/personales con los de eficiencia/empresariales (Chen 2012, Fujisawa y Colombo 2009).

Recuadro 4. Instrumentos estandarizados para medir la calidad

Los indicadores para medir la calidad de los servicios de cuidado más utilizados son los referentes a insumos e infraestructura, y no indicadores más sustanciales para medir la calidad del cuidado como lo son los indicadores de procesos y de resultados (Malley, Trukeschitz y Trigg 2016). De acuerdo con la OCDE y la Comisión Europea los instrumentos para medir la calidad han evolucionado con el tiempo, e identifica tres generaciones de instrumentos para medir la calidad (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Comisión Europea 2013). La primera generación se refiere a escalas diseñadas para medir un solo aspecto del cuidado, que además pueden ser aplicadas a algunos contextos de cuidado (por ejemplo, el índice de Barthel y el *Minimal State Examination*). La segunda generación considera instrumentos multidimensionales que incluyen dominios clínicos, que además están diseñados para apoyar la planeación del cuidado. Esta nueva generación de instrumentos generó información útil para realizar comparaciones entre diferentes sistemas y evolución en el tiempo. La tercera generación de instrumentos extiende los instrumentos de segunda generación a múltiples contextos de cuidado y a diferentes poblaciones. Estos instrumentos son más bien paquetes de instrumentos integrados, que permiten trabajar en un común denominador y moverse a lo largo de un continuo de cuidado. Un ejemplo de este tipo de instrumentos es el InterRAI.

InterRAI es un paquete de instrumentos para medir la calidad de vida de personas vulnerables, incluyendo adultos mayores y personas con discapacidad, que puede ser utilizado en el contexto de cuidado en instituciones residenciales y de cuidados en el domicilio. InterRAI tiene varias aplicaciones operadas con algoritmos para promover la calidad y la administración del cuidado, por ejemplo, protocolos de Evaluación Clínica (CAPs) que identifican la necesidad de tomar acciones sobre el cuidado, clasificación Case-Mix para agrupar a los individuos en categorías que reflejen los costos de servicios y apoyos que requerirán, escalas e índices para evaluar el estado de la persona (grado de dependencia con base en actividades básicas e instrumentales, desempeño cognitivo, índice de severidad de depresión) e indicadores de calidad para cuidados residenciales, cuidados en domicilio y salud mental y también indicadores para priorizar recursos de cuidado.

Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Comisión Europea (2013, cap. 3) y el sitio oficial de InterRAI (2018).

En algunos contextos donde existe poca confianza en la capacidad de apego a los estándares de calidad por parte de los proveedores, el énfasis en la promoción de la calidad está en las

⁸ Más detalles sobre la heterogeneidad de los requisitos de preparación pueden ser consultados en Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Comisión Europea (2013), tabla 4.4.

acreditaciones e inspecciones para asegurar la calidad. En este grupo se encuentran Australia, Holanda e Inglaterra.

Finalmente, algunos países han colocado una gran importancia en el poder de los usuarios a partir de la información y de reportes públicos sobre la calidad de los sistemas. Un claro ejemplo es Estados Unidos, en donde el gobierno mantiene un sitio de internet público para que las personas tomen la decisión de contratar proveedores. Los datos disponibles provienen de tres bases de datos: 1) los resultados de las inspecciones, 2) los resultados del *Minimum Data Base*⁹ que miden de manera estandarizada la calidad de instituciones (*nursing homes*), 3) el sistema de pagos y reembolsos (*claims*) que reciben los sistemas de seguridad social *Medicare* y *Medicaid*.

Es importante resaltar que la mayor parte de las acciones para regular la calidad se concentran en los cuidados prestados en el contexto de las instituciones residenciales y en el ámbito de la salud. Algunas acciones se han orientado a procurar la calidad de los cuidados prestados en el contexto del hogar y los cuidados para apoyar la realización de actividades básicas de la vida diaria cuando no se requieren servicios de salud. Por ejemplo, InterRAI (ver Recuadro 4) incluye instrumentos que permiten evaluar la calidad de servicios sociales en instituciones residenciales y en el domicilio (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Comisión Europea 2013, InterRAI 2018). Sin embargo, aún hay una oportunidad para mejorar en dichas áreas.

¿Cómo financiar los sistemas de cuidado?

En promedio, los gobiernos de los países de la OCDE gastaron 1.7% del PIB en cuidados formales de larga duración¹⁰ durante el 2015 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos 2017). El gasto promedio aumentó a una tasa anual de 4.6% entre 2005 y 2015 apuntalado por la creciente demanda de servicios, aunque ciertamente comprimido por presiones fiscales. Los empleadores y las familias aportan a los cuidados que se proveen dentro del esquema de los sistemas de cuidado. Además, las familias y las personas con dependencia asumen los cuidados necesarios que no son cubiertos por los sistemas formales.

Existen varias estrategias para financiar los costos del cuidado. Para propósitos de análisis conviene clasificar las fuentes en ex ante y ex post (Costa-Font, Courbage y Swartz 2015). Los mecanismos ex ante se refieren al financiamiento que ocurre antes de que se presente la necesidad de cuidado. Los seguros son un ejemplo de ellos. Los mecanismos ex post se refieren al financiamiento que ocurre una vez que se ha presentado la necesidad de cuidado. Son ejemplos de ello el gasto público y el gasto de bolsillo de las familias.

Al analizar las fuentes de financiamiento de un grupo de 23 países de la OCDE, se encuentra que el uso de las fuentes ex post (impuestos, gastos de bolsillo y otros) supera al uso de fuentes ex ante (aseguramiento social y seguro privado) (Ver Figura 3). Los impuestos son la forma de financiamiento público más utilizada por los gobiernos. Todos los países de la muestra los utilizan y en promedio representan el 52% del financiamiento. Sin embargo, el aseguramiento social

⁹ El *Minimum Data Base* es parte de un instrumento estandarizado para medir la calidad: el *Resident Assessment Instrument* (RAI).

¹⁰ Incluye los gastos de las categorías de cuidados de larga duración de salud y social como los definen en el sistema de cuentas de salud. En esta convención los gastos de salud incluyen enfermería y asistencia personal para actividades básicas y el gasto social cubre apoyo con actividades instrumentales de la vida diaria.

también es utilizado en una gran cantidad de países y un grupo considerable de países utilizan un balance entre el aseguramiento social y los impuestos.

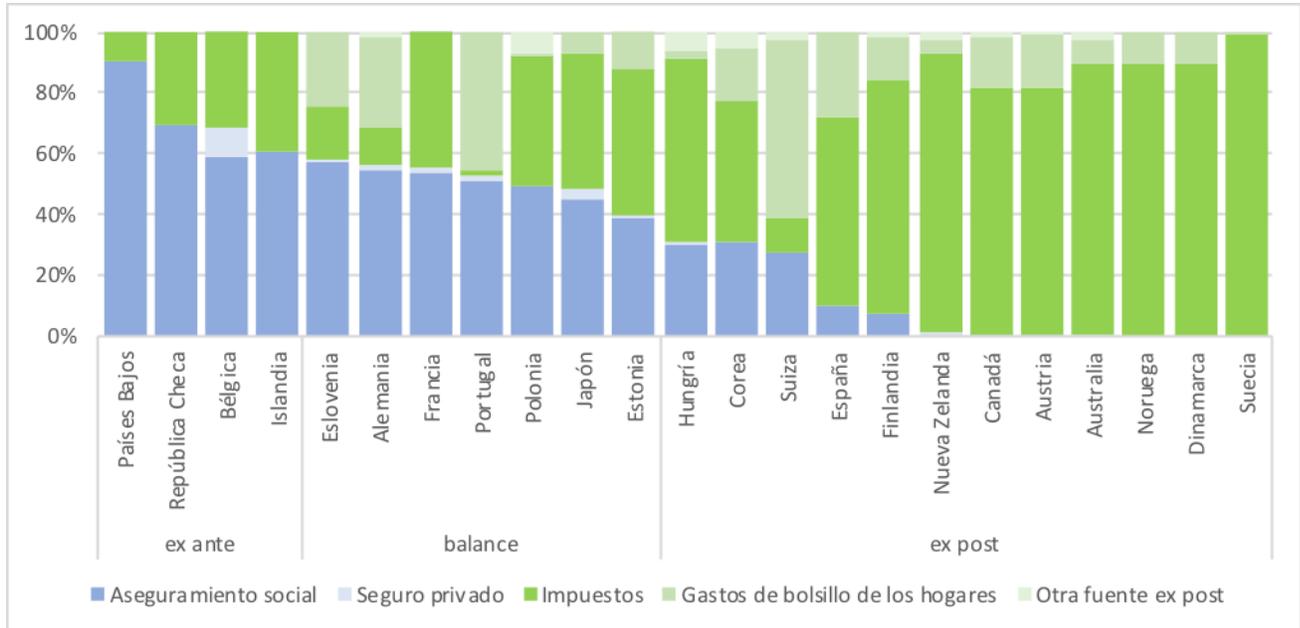
El aseguramiento privado es incipiente en todos los países. Esto puede ser explicado por las dificultades inherentes a los cuidados de largo plazo que complican el desarrollo de un mercado de seguros (Barr 2010) para crear productos rentables para las aseguradoras y atractivos para los usuarios. Entre las dificultades se encuentran está la altísima incertidumbre sobre el valor de los cuidados que se requerirán en un futuro lejano, además de fallas de mercado incluyendo riesgo moral y selección adversa. Los gastos de bolsillo son considerables en algunos países, además, hay que considerar que no se incluyen las aportaciones que realizan las familias en especie a través de los cuidados informales.

Tabla 6. Posibles fuentes para financiar cuidados de larga duración

	Fuente de financiamiento	Aplicación a gastos por cuidados de larga duración
Ex ante	Aseguramiento social	Es un esquema que protege a las personas de una sociedad contra el riesgo de requerir servicios de cuidado, a partir de una contribución obligatoria a un fondo común impuesta por el gobierno. El ejemplo de aseguramiento social más común es una contribución obligatoria vinculada al impuesto a la nómina.
	Aseguramiento privado	Es un contrato entre un individuo y una compañía que a cambio del pago de una prima ofrece protección contra el riesgo de dependencia.
Ex post	Impuestos	Incluye la recaudación del gobierno central y de gobiernos sub-nacionales que se destina a la producción o compra de servicios de cuidado incluyendo la entrega de transferencias a familias.
	Co-pagos	Es una aportación que debe realizar el usuario para cubrir los costos de un servicio de cuidado recibido.
	Activos personales	Se refiere a la venta de activos, notoriamente de bienes raíces, para pagar servicios de cuidado. La venta puede realizarse de manera convencional o a través de una hipoteca inversa. Un resumen del uso de activos personales para pagar cuidados en el Reino Unido se puede consultar en Center for Policy on Aging (2014).
	Ahorros personales	Incluye los ahorros de la persona con dependencia que se dedican a la compra de cuidados.
	Aportaciones familiares	Considera las aportaciones de los familiares de la persona con dependencia para comprar cuidados.

Fuente: Elaborado con base en Costa-Font, Courbage y Swartz (2015).

Figura 3. Fuentes de financiamiento para cuidados de larga duración de acuerdo con el tipo



Nota: se refiere únicamente a los gastos clasificados por la OCDE como cuidados de larga duración vinculados a salud
Fuente: OECD Health Care Data (2011) citado por Costa Font (2015).

Ante las presiones fiscales y el aumento de la demanda de servicios, los gobiernos han optado por reformar sus sistemas de cuidado para diversificar las fuentes. Por ejemplo, en Alemania y en Japón, las reformas de finales de los noventa y de principios del siglo XXI introdujeron sistemas de aseguramiento social para financiar los servicios que hasta entonces se habían basado en impuestos.

Conclusiones

La necesidad de cuidar a personas en situación de dependencia está creciendo en América Latina y el Caribe. Este aumento se explica en parte por el envejecimiento de la población y también por una disminución en los recursos para brindar cuidados que resultan de familias con menos hijos y una mayor participación de la mujer en el mercado laboral.

En otras regiones más avanzadas en la transición demográfica, la necesidad de cuidado se presentó hace décadas y los países respondieron desarrollando sistemas formales de cuidado. Dichos sistemas se componen de una serie de regulaciones, instituciones y políticas públicas para facilitar que las personas con dependencia accedan a servicios de cuidado de calidad.

Esta revisión busca resaltar aprendizajes que puedan apoyar a los gobiernos de América Latina y el Caribe que buscan diseñar sistemas de cuidado. Este documento revisa cómo abordan los países con sistemas de cuidado cuatro cuestiones fundamentales al momento de diseñar un sistema de cuidados: quién necesita servicios de cuidado, qué servicios existen y cuáles proveen los sistemas de cuidado, y cómo promover servicios de calidad. Además, aborda de manera

breve cómo se financian los sistemas de cuidado a partir del gobierno, los empleadores y las familias.

¿Quién necesita servicios de cuidado?

En América Latina y el Caribe, solamente Uruguay ha desarrollado un sistema formal de cuidados y algunos otros países han desarrollado políticas que apuntan a un cuidado integral de los adultos mayores (Rico y Robles 2016; Matus-Lopez y Cid Pedraza 2015, 2016). Algunos otros países tienen programas enfocados en los adultos mayores y en las personas con discapacidad. El sector privado ofrece algunos servicios, en general enfocados en los niveles de ingreso más altos, y que operan sin una regulación adecuada.

Las personas con dependencia, y en especial las personas con dependencia más severa, son las que necesitan los servicios de cuidado. Los gobiernos deben establecer criterios de elegibilidad claros y desarrollar (o adoptar) un instrumento para medir la dependencia y su severidad. Además, pueden establecer otros criterios de elegibilidad y de prioridad incluyendo la severidad de la dependencia, la edad, los ingresos y los activos. Posteriormente deben diseñar un proceso operativo para identificar a las personas con dependencia e inscribirlas en el sistema de cuidados. Una lección aprendida a partir de la experiencia de otros países es utilizar un cuestionario adecuado o un instrumento alternativo para captar a las personas con demencia y facilitar su acceso al sistema de cuidados a la dependencia. Lo anterior es importante porque un grupo considerable de personas con demencia mantiene un alto nivel de autonomía para realizar actividades básicas e instrumentales y si se utilizan los cuestionarios habituales no se les clasifica como beneficiarios potenciales.

El gobierno debe establecer un proceso operativo para que las personas con dependencia o sus familias soliciten ser consideradas ya que, hasta ahora, las personas deben solicitar ser consideradas para los apoyos. En el contexto de América Latina y el Caribe podría considerarse vincular a las personas que acuden a los servicios de salud o a partir de los sistemas de pensiones. También podría considerarse realizar un ejercicio de búsqueda activa para poder captar a las personas con mayor necesidad.

¿Qué tipo de servicios?

Cuando los gobiernos definen los servicios que se podrán financiar dentro del marco del sistema formal de cuidados deben de hacerlo de manera sistemática, es decir, considerando que cada tipo de servicio es útil para cierto nivel de dependencia, de recursos y disponibilidad de cuidado informal. Se observa una tendencia generalizada a disminuir el uso de servicios institucionales en favor de cuidados en el hogar, apuntalada por el menor costo de los servicios en el hogar y la preferencia de las personas para permanecer en casa. Sin embargo, los servicios institucionales juegan un papel importante en un sistema integral y pueden ser los más adecuados para algunas personas con dependencia severa. En estos casos incluso se pueden alcanzar economías de escala que no se pueden alcanzar con servicios en el hogar.

No se identificó una práctica para diseñar una mezcla ideal de servicios. Sin embargo, una recomendación cuando se empieza un sistema desde cero sería definir la tipología de los servicios de cuidado y la cobertura requerida de acuerdo con la carga de dependencia actual y proyectada a futuro de la población.

La entrega de transferencias en lugar de servicios directos es una alternativa para entregar apoyos que ha ido en aumento en la región. Tiene ventajas importantes, como la flexibilidad y la facilidad para adaptar los apoyos al nivel de ingresos de los usuarios. Sin embargo, debe diseñarse con atención para asegurar la calidad de los servicios y las posibles implicaciones para en términos de informalidad laboral.

¿Cómo promover la calidad?

El tema de la calidad y el papel del gobierno en promoverla y asegurarla debe estar sobre la mesa desde el primer momento. La experiencia internacional indica que, independientemente del modelo de producción de servicios que se elija (provisión directa, subcontratación o entrega de transferencias para compra de servicios), existe una presión del público para que el gobierno intervenga en asegurar la calidad. Adicionalmente, existen temas como la eficiencia del gasto público cuando el gobierno financia los servicios, y la equidad en el acceso a servicios que justifican la intervención del gobierno.

Una lección importante en cuanto a los estándares mínimos y la medición de la calidad es que es necesario combinar indicadores de insumos (como la razón entre usuarios y cuidadores y criterios para las instalaciones) e indicadores de procesos, de resultados de salud y de calidad de vida. Sobre este último tipo de indicadores persiste el reto de aterrizar el concepto de calidad de vida en métricas.

Los recursos humanos son un aspecto crucial para la calidad de los servicios de cuidado y un área donde existen grandes retos. Las personas que trabajan en este sector enfrentan condiciones de trabajo precarias, carecen de entrenamiento y tienen pocas perspectivas de crecimiento. Las tasas de rotación del personal que trabaja en cuidados a la dependencia son muy altas.

¿Cómo financiar un sistema de cuidados?

La lección más importante en cuanto al financiamiento de los sistemas es diversificar las fuentes de recursos considerando el aseguramiento social, los impuestos y también las contribuciones de los hogares. Una alternativa para iniciar la implementación de un sistema de cuidados es iniciar con una versión acotada en cuanto a la cobertura y al tipo de servicios ofrecidos e ir ampliando la escala del sistema paulatinamente. El Sistema de Cuidados de Uruguay ha utilizado esta estrategia.

Este documento es parte de una serie de estudios del Banco Interamericano de Desarrollo para generar conocimiento y lograr entender mejor la demanda de servicios de cuidado a las personas con dependencia, así como las alternativas que tienen las familias para hacer frente a las necesidades de cuidado, incluyendo los servicios públicos disponibles, los servicios ofrecidos por el sector privado y los cuidados que brindan las familias directamente. Este documento se enfocó en revisar cuatro aspectos esenciales para diseñar sistemas de cuidado como una respuesta del gobierno para promover el acceso a servicios de cuidado de calidad. Se complementa con un documento de trabajo que discute aspectos teóricos y prácticos sobre los servicios de cuidado en ALC (Galiani, Ibararán y Caruso Bloeck 2017) y una colección de indicadores estadísticos sobre salud, envejecimiento y dependencia funcional para cuantificar el tamaño de la demanda por cuidados en ALC (Aranco et al. 2018) además de estudios de caso sobre envejecimiento y dependencia en varios países incluyendo (Aranco y Sorio 2018, López-Ortega 2018).

Referencias

- Aranco, Natalia, y Rita Sorio. 2018. "Envejecimiento y dependencia en Uruguay." Por publicar. Washington DC, Estados Unidos.
- Aranco, Natalia, Marco Stampini, Pablo Ibararán, y Nadin Medellín. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe." Resumen de Políticas. Washington D.C., Estados Unidos.
- Barr, Nicholas. 2010. "Long-Term Care: A Suitable Case for Social Insurance." *Social Policy & Administration* 44 (4). Blackwell Publishing Ltd: 359–74. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x>.
- Caisse nationale de solidarité pour L'autonomie. 2008. "Le Modèle AGGIR: Guide D'utilisation." http://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf.
- Campbell, John Creighton, Naoki Ikegami, y Mary Jo Gibson. 2010. "Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan." *Health Affairs* 29 (1). Project HOPE - The People-to-People Health Foundation, Inc.: 87–95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0548>.
- Center for Policy on Aging. 2014. "Using Housing Wealth and Other Assets to Pay for Care." Rapid Review. <http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-Rapid-Review-Using-housing-wealth-and-other-assets-to-pay-for-care.pdf>.
- Centrum Indicatiestelling Zorg. 2017. "Statistical Data." <https://ciz.databank.nl>.
- Colombo, Francesca, Ana Llena-Nozal, Jerome Mercier, y Frits Tjadens. 2011. "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care." *OECD Health Policy Studies*, Enero. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1200/JOP.2013.001303>.
- Costa-Font, Joan, Christophe Courbage, y Katherine Swartz. 2015. "Financing Long-Term Care: Ex Ante, Ex Post or Both?" *Health Economics* 24 (S1): 45–57. <https://doi.org/10.1002/hec.3152>.
- Eurostat. 2017. "European Union Statistics on Income and Living Conditions - Eurostat." <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>.
- Galiani, Sebastián, Pablo Ibararán, y Martín Caruso Bloeck. 2017. "Long-Term Care in Latin America and the Caribbean?" 834. Working Paper. Washington D.C., Estados Unidos. <https://doi.org/10.18235/0000813>.
- Gobierno de Escocia. 2009. "National Standard Eligibility Criteria and Waiting Times for the Personal and Nursing Care of Older People Guidance." www.gov.scot/resource/doc/924/0088325.doc.
- IMSERSO. 2017. "Estadísticas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia." http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/in_f_gp/2016/index.htm.

- InterRAI. 2018. "Official Website of interRAI." 2018. <http://www.interrai.org/home-care.html>.
- Jeon, Boyoung, y Soonman Kwon. 2017. "Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: Policy Challenges and Lessons." *Health Systems & Reform*, June. Taylor & Francis, (3):214-223. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1345052>.
- Katz, Sidney, Amasa B. Ford, Roland W. Moskowitz, Beverly A. Jackson, et al. 1963. "Studies of Illness in the Aged." *JAMA* 185 (12). American Medical Association: 914. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
- Lawton, M Powell, y Elaine M Brody. 1969. "Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living." *Gerontologist* 9 (3): 179–86. http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf.
- López-Ortega, Mariana. 2018. "Envejecimiento y dependencia en México." Por publicar. Washington DC, Estados Unidos.
- Mahoney, Florence, y Dorothea Barthel. 1965. "Functional Evaluation: The Barthel Index: A Simple Index of Independence Useful in Scoring Improvement in the Rehabilitation of the Chronically Ill." *Maryland State Medical Journal* (14): 61–65. <http://psycnet.apa.org/record/2012-30334-001>.
- Malley, Juliette, Birgit Trukeschitz, y Lisa Trigg. 2016. "Policy Instruments to Promote Good Quality Long-Term Care Services." In *Long-Term Care Reforms in OECD Countries: Successes and Failures*, editado por Cristiano Gori, José-Luis Fernández, y Raphael Wittenberg. Policy Press.
- Matus-Lopez, Mauricio, y Camilo Cid Pedraza. 2015. "Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile." *Journal of the American Medical Directors Association* 16 (10): 900.e7-900.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.018>.
- . 2016. "New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay." *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (7): 663–65. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.001>.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. "data.Dress." http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2011. "Real Decreto 174/2011 por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la ley 39/2006." Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 174/2011. <https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>.
- Mor, Vincent, Tiziana Leone, y Anna Maresso, eds. 2014. *Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- Muir, Tim. 2017. "Measuring Social Protection for Long-Term Care." OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a411500a-en>.

- NHS Commissioning Assembly. 2015. "Technology Enabled Care Services." https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/TECS_FinalDraft_0901.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. 2001. *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Editado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España. Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf.
- . 2014. "WHO Global Forum on Innovations for Ageing Populations." *WHO*. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/kobe_centre/publications/gfiap_report/en/.
- . 2017. "Navegador de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud." 2017. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>.
- Organización Mundial de la Salud, y Banco Mundial. 2011. *Informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2017. *Health at a Glance 2017*. Health at a Glance. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, y Comisión Europea. 2013. *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- Rico, María Nieves, y Claudia Robles. 2016. "Políticas de cuidado en América Latina forjando la igualdad." 140. *Asuntos de Género*. Santiago, Chile. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40628/1/S1600887_es.pdf.
- Social Care Services of Scotland. 2017. "Statistical Release 2016, Revised 10th April 2017." <http://www.gov.scot/Resource/0051/00516649.xls>.
- Telecare Services Association. 2013. "Different Types of TEC | Telecare Services Association." <https://www.tsa-voice.org.uk/different-types-of-tec>.
- The Washington Group on Disability Statistics. 2017. "The Washington Group Short Set of Questions on Disability." <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/The-Washington-Group-Short-Set-of-Questions-on-Disability.pdf>.
- Vilaplana Prieto, Cristina. 2010. "Estimación de la dependencia en España a partir de la edad 2008." *Hacienda Pública Española* 194 (3). IEF: 125–75. https://econpapers.repec.org/article/hpejournal/y_3a2010_3av_3a194_3ai_3a3_3ap_3a125-175.htm.