

# ¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?

Guías prácticas de políticas públicas





## Lo que se mide se puede mejorar

El **CONEVAL** es una institución del Estado mexicano, con autonomía técnica, que evalúa los programas y las políticas de desarrollo social y genera información confiable y con rigor técnico sobre los niveles de pobreza en el país.

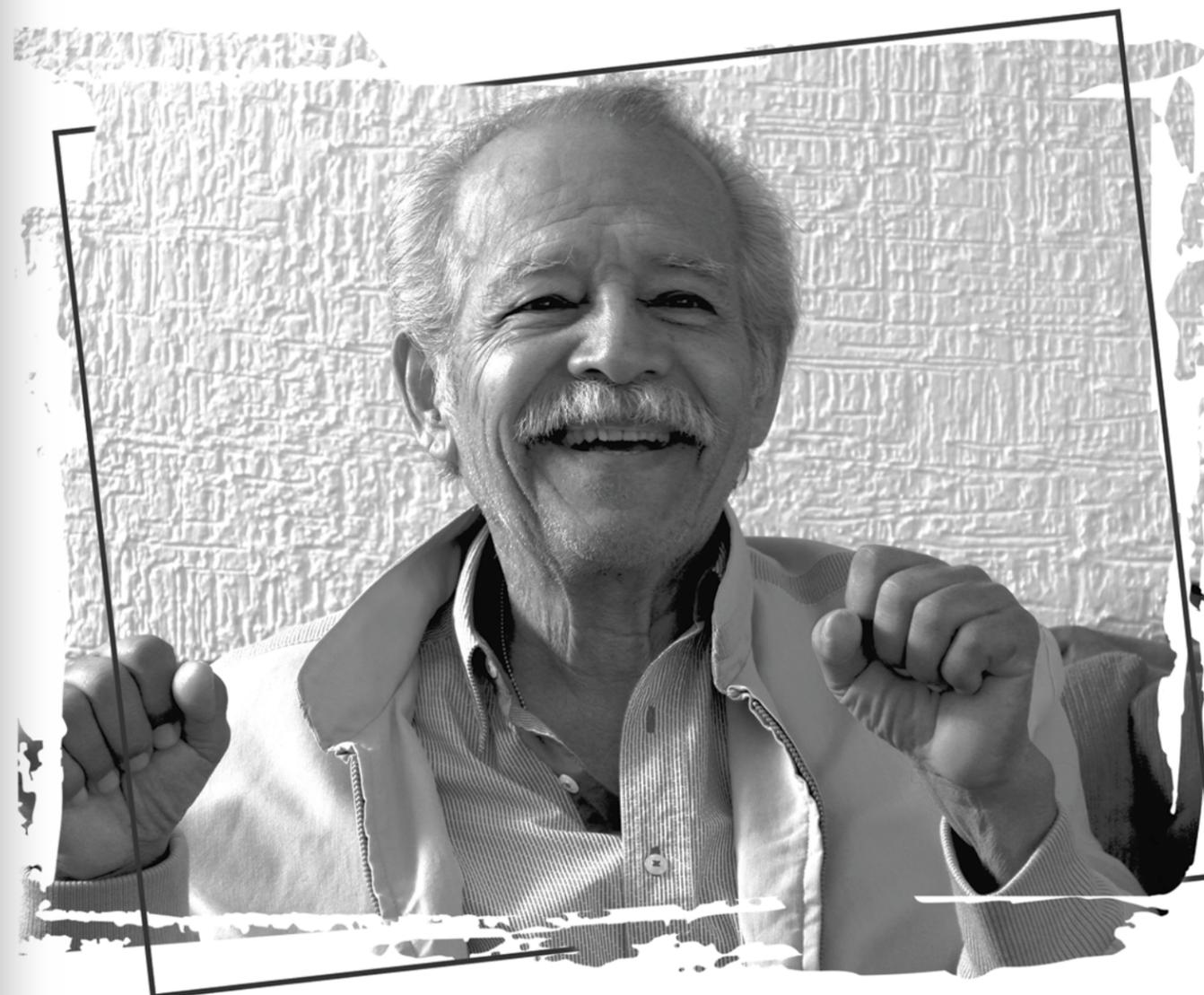
El **CONEVAL** ha desarrollado una metodología confiable y transparente que permite medir la pobreza en los ámbitos nacional, estatal y municipal.

Para mayor información consulte:

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)

# ¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?

Guías prácticas de políticas públicas



**CONEVAL**  
Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide se puede mejorar

## Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

### Consejo académico\*

**María del Rosario Cárdenas Elizalde**  
Universidad Autónoma Metropolitana

**Fernando Alberto Cortés Cáceres**  
El Colegio de México

**Agustín Escobar Latapí**  
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Occidente

**Salomón Nahmad Sittón**  
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

**John Roberto Scott Andretta**  
Centro de Investigación y Docencia Económicas

**Graciela María Teruel Belismelis**  
Universidad Iberoamericana

### Secretaría Ejecutiva

**Gonzalo Hernández Licona**  
Secretario Ejecutivo

**Thania Paola de la Garza Navarrete**  
Directora General Adjunta de Evaluación

**Édgar A. Martínez Mendoza**  
Director General Adjunto de Coordinación

**Ricardo C. Aparicio Jiménez**  
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

**Daniel Gutiérrez Cruz**  
Director General Adjunto de Administración

\* <https://www.coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-Academicos-2014-2015.aspx>

## COLABORADORES

### Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

#### Equipo técnico

Thania Paola de la Garza Navarrete  
Janet Zamudio Chávez  
Osmar Marco Medina Urzúa  
David Guillén Rojas  
Héctor Álvarez Olmos  
Arturo Isaín Cisneros Yescas  
Jorge Alejandro Corti Aguilar  
Eduardo Jair Lizárraga Rodríguez  
Mariana Suelem Luna Pareja  
Carolina Maldonado Carreño  
Ixchel Valencia Juárez  
Bertha Verónica Villar Ortega  
Itzel Soto Palma  
José Miguel Yáñez Reyes

#### Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Omar de la Torre de la Mora  
José Antonio Alvarado Ramírez  
Ingrid Hernández Ardieta

#### Equipo técnico

Carmen García Peña  
Marina López Ortega  
Ximena Vázquez García

*¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?*

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle, CP.03100, alcaldía de Benito Juárez, Ciudad de México

Citación sugerida:  
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

*¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?* Ciudad de México: México, CONEVAL, 2019.

## CONTENIDO

<b>Siglas y acrónimos</b> .....	<b>4</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
¿Cuál es el estado de la problemática sobre cuidados de largo plazo en México? .....	<b>8</b>
¿Qué intervenciones de política pública existen asociados a los cuidados de largo plazo para personas adultas mayores? .....	<b>18</b>
¿Qué funciona? Evidencia sobre la efectividad de programas dirigidos a satisfacer las necesidades de cuidados de largo plazo en la población mayor .....	<b>24</b>
Utilizar la evidencia para la formulación de la respuesta de política pública.....	<b>36</b>
Conclusiones .....	<b>40</b>
Referencias bibliográficas .....	<b>44</b>
Anexo 1. Metodología para la búsqueda y selección de evidencia.....	<b>48</b>
Anexo 2. Definiciones de las categorías de organización de la evidencia.....	<b>52</b>
Anexo 3. Resumen de la evidencia .....	<b>54</b>

### Cuadros

Cuadro 1. Población con discapacidad por grupo quinquenal de edad y su porcentaje, según tipo de discapacidad, 2014 .....	<b>14</b>
Cuadro 2. Dificultades para realizar ABVD o AVD, por grupo de edad y sexo, 2012.....	<b>15</b>
Cuadro 3. Apoyos a personas mayores otorgados en México.....	<b>19</b>
Cuadro 4. Número de personas y tiempo dedicado al cuidado de personas mayores que necesitan apoyo, por tipo de actividad y sexo de la persona a la que se le realizan los cuidados, 2014.....	<b>23</b>
Cuadro A1 Términos de búsqueda en inglés y español.....	<b>49</b>
Cuadro A2 Bibliotecas electrónicas utilizadas en la búsqueda de evidencia.....	<b>49</b>
Cuadro A3 Variables analizadas en los estudios para validar la relevancia del tema.....	<b>50</b>

### Gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional por sexo, 2010-2050.....	<b>11</b>
Gráfica 2. Esperanza de vida y de vida saludable a los 60 años, varios países, 2015.....	<b>12</b>

### Figuras

Figura 1. Modelo conceptual de cuidados de largo plazo .....	<b>13</b>
Figura 2. Causas de la problemática de los cuidados de largo plazo para las personas mayores.....	<b>16</b>
Figura 3. Diseño metodológico de los 28 artículos seleccionados.....	<b>25</b>
Figura 4. Esquema de recomendaciones de políticas públicas .....	<b>38</b>
Figura A1 Flujograma del proceso de selección de estudios .....	<b>51</b>

<b>ABVD</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>AIVD</b>	Actividades instrumentales de la vida diaria
<b>CAAS</b>	Censo de Alojamientos de Asistencia Social
<b>CISS</b>	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
<b>CLP</b>	Cuidados de largo plazo
<b>CLPC</b>	Cuidados de largo plazo en casa
<b>Conapo</b>	Consejo Nacional de Población
<b>CONEVAL</b>	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
<b>DIF</b>	Desarrollo Integral de la Familia
<b>ENADID</b>	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
<b>EV</b>	Esperanza de vida al nacer
<b>INAPAM</b>	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organizaciones no Gubernamentales
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>PACE</b>	Programs of All-Inclusive Care for the Elderly
<b>S.C.</b>	Sociedad civil
<b>SCLP</b>	Seguro de cuidados de largo plazo

Las decisiones presupuestarias y de política pública que el gobierno toma cada año podrían tener efectos de largo plazo en el bienestar de los ciudadanos. Por ello, en años recientes, el monitoreo y la evaluación han ganado relevancia en la administración pública para informar tanto del uso de los recursos públicos como del desempeño de las intervenciones de política pública, particularmente para los implementadores de los programas públicos y los tomadores de decisiones en el gobierno.

Para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), es prioritario incentivar un proceso en el que, a partir de la evidencia sobre lo que funciona, y no, en política pública, sea posible emitir recomendaciones específicas que sean utilizadas por los responsables del diseño y la operación de las intervenciones de los gobiernos a fin de que se tomen mejores decisiones de política pública.

A diferencia de la práctica común de formular e instrumentar programas de manera circunstancial, la política pública basada en evidencia emplea, sistemáticamente, información estadística, resultados de investigaciones y distintas herramientas metodológicas para apoyar las decisiones sobre la formulación de estrategias y programas. La toma de decisiones basada en evidencia supone investigar la relación causal entre los bienes y servicios que proveen los programas públicos y los efectos sobre los objetivos que pretenden alcanzar. Para lograr esto, los tomadores de decisiones se pueden auxiliar con diversas herramientas, entre ellas las evaluaciones de impacto y las revisiones sistemáticas de evidencia.

Las evaluaciones de impacto permiten determinar si un programa ha logrado los resultados previstos, o no, así como vislumbrar estrategias alternativas para alcanzar los mismos resultados de mejor manera (Gertler, Martínez, Premand, Rawlings y Vermeersch, 2017). Las evaluaciones de impacto ayudan a responder preguntas concretas sobre los programas, como, por ejemplo, ¿la entrega de apoyos por el programa está generando el impacto esperado sobre las variables de resultado definidas en la teoría de cambio<sup>1</sup>?, ¿qué efectos inesperados ha tenido el programa sobre la población beneficiada e intervenida?

La evaluación de impacto hace posible producir aprendizaje a través de la evidencia y contribuir a una cultura de responsabilidad y transparencia (OCDE, 2006). Una evaluación de impacto diseñada de manera adecuada puede establecer si el programa evaluado funciona, o no, y también ayudar al tomador de decisiones a esclarecer cuáles elementos de una intervención funcionan y cuáles no; lo anterior genera información valiosa para el rediseño o para futuros programas.

Una revisión sistemática de evidencia es una síntesis de las pruebas científicas acumuladas que busca responder a preguntas de política relevantes desde un enfoque metodológicamente riguroso y transparente; es decir, pretende sintetizar evidencia relevante con la idea de llegar a conclusiones transparentes, sin sesgos y que faciliten replicar la intervención en otros contextos. Al tamizar la evidencia existente, las revisiones sistemáticas proveen a los tomadores de decisiones de información relevante sobre el tema de su interés y les permite valorar la calidad de la evidencia.

<sup>1</sup> La teoría de cambio aplicada al diseño y la evaluación de políticas públicas busca explicar cómo las actividades de un programa o intervención van a producir una serie de resultados que contribuyan a lograr los impactos finales previstos (Rogers, 2014); es decir, la teoría de cambio es una guía que indica hacia dónde se va (resultados) y cómo se llega a la meta (procesos).

A diferencia de las revisiones de literatura, las revisiones sistemáticas se enfocan en responder una pregunta específica; presentan un protocolo o plan de revisión por pares; establecen criterios de inclusión y exclusión antes de realizar la revisión; e incluyen el proceso de búsqueda de manera explícita (Gough, Thomas y Oliver, 2012).

¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores? forma parte de una serie de documentos titulados "Guías prácticas de políticas públicas", cuyo objetivo es reunir y sintetizar evidencia sobre la efectividad de las acciones y programas enfocados en reducir problemáticas sobre el desarrollo social. La revisión de evidencia reunida en este documento es el resultado de una búsqueda exhaustiva de evaluaciones de impacto y de revisiones sistemáticas sobre la efectividad de diferentes intervenciones, así como del análisis de la rigurosidad metodológica de estos documentos.

La identificación de las evaluaciones de impacto y revisiones sistemáticas se realizó mediante una búsqueda a partir de términos definidos para cada uno de los temas abordados en bases de datos de instituciones académicas y organizaciones dedicadas a la generación y el análisis de evidencia de la efectividad de intervenciones, así como publicaciones de acceso libre y literatura gris.<sup>2</sup> Con base en la identificación de literatura relevante para el análisis, se seleccionaron documentos mediante los criterios definidos de inclusión y exclusión para que únicamente los que cumplieran con la pertinencia temática y la robustez metodológica fueran elegidos como fuente de evidencia.

Esta guía pretende mostrar un panorama de los consensos sobre lo que funciona, o no, en materia de evidencia sobre cuidados de largo plazo de personas adultas mayores, y contribuir a la toma de decisiones y a la mejora de los mecanismos de política pública del país con base en evidencia. Es importante mencionar que el objetivo del documento no es sugerir que se repliquen las intervenciones referidas, en virtud de que los contextos en donde se implementaron las intervenciones a partir de las cuales se generó la evidencia mostrada difieren, en muchos casos, de los de México; más bien se busca crear un bagaje de conocimiento que dirija la mirada de los tomadores de decisiones y apoye en la elaboración de una agenda pública de mayor alcance y con expectativas de gran impacto social.

El contenido de esta guía práctica de política pública es el siguiente: en primer lugar se incluye la situación actual en México sobre el tema abordado a partir de información pública y se analiza la problemática desde sus posibles causas; en segundo, se identifican las distintas intervenciones federales y estatales que existen en México asociadas a esa problemática; en tercero, se presenta la selección de evidencia nacional e internacional existente sobre las intervenciones que sí funcionan y las que no en cuanto a su contribución hacia la resolución de la problemática; finalmente, se exponen los aspectos principales a considerar para la toma de decisiones con base en la evidencia mostrada.



<sup>2</sup> "La literatura gris, también llamada no convencional, semipublicada, invisible, menor o informal, es cualquier tipo de documento que no se difunde por los canales ordinarios de publicación comercial, y que por tanto plantea problemas de acceso" (Formación Universitaria, 2011, p. 1).

## ¿Cuál es el estado de la problemática sobre cuidados de largo plazo en México?

La población en México y en el mundo está envejeciendo. Tal fenómeno responde a la disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, con el consecuente incremento en la esperanza de vida al nacer (EV). En los próximos cuarenta años, el grupo de edad de 60 años y más equivaldrá al 22% de la población mundial (Beard *et al.*, 2011). El envejecimiento, pues, será uno de los procesos que mayor impacto tendrá en la transformación de las comunidades. En México, la tasa de crecimiento natural (nacimientos menos defunciones) prácticamente se duplicó de principios del siglo XX al año de 1965. Este fenómeno, en conjunto con la reducción de la fecundidad, generó un envejecimiento gradual de la población.

Para 2015, datos de la Encuesta Intercensal estimaron una población de 119,530,753 habitantes, de los cuales el 10.4% correspondían a personas de 60 años y más. La importancia de los cuidados de largo plazo (CLP) se hace evidente al conjugar esta información con datos sobre la esperanza de vida saludable en México. A medida que la población nacional envejece, acumula discapacidades que posiblemente la llevarán a necesitar de cuidado y atención permanente.

En este documento, los CLP para personas adultas mayores se entienden como los servicios requeridos por una persona de 60 años y más que sufre de dependencia permanente y que pueden suministrarse de manera institucional o en el hogar (ya sea por cuidadores formales o informales). La clave para entender los CLP es comprender que son cuidados que responden a la pérdida de autonomía de una persona, es decir, se trata de personas que tienen dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que ocasiona una dependencia constante de

otros para poder ejecutarlas. Los CLP pueden proveerse en distintos lugares, mediante diversos tipos de recursos humanos y pueden ser institucionales o proporcionados en el hogar. Además, pueden estar financiados de manera pública (la provisión y organización dependen de instituciones gubernamentales) o privada (tanto con fines lucrativos como no lucrativos).

En México no existe una política nacional ni programas específicos enfocados en la provisión de CLP. Se tienen dos esferas principales: el cuidado institucional y el cuidado, formal o informal, que se brinda en el hogar. En cuanto a los cuidados y la atención institucional, se considera, por una parte, las instituciones públicas y, por otra, las privadas, las cuales, dependiendo de su naturaleza jurídica y objetivo, pueden ser lucrativas, o no. Aunque los servicios privados lucrativos podrían impactar de modo importante en la oferta de servicios para las personas mayores, estos permanecen fuera del alcance de la mayoría por sus altos costos. A su vez, las instituciones no lucrativas con servicios gratuitos o cuotas mínimas de recuperación no cubren la creciente demanda.

Aquella situación ha ocasionado que en México los CLP sean regularmente provistos de manera informal a través de familiares, vecinos y amistades, quienes en general no reciben remuneración ni ningún tipo de apoyo por esta labor. De los más de 33 millones de hogares que existen en México, el 72% brinda cuidado a alguno de sus integrantes,<sup>3</sup> ya sea porque requieren los cuidados propios de su edad o por la razón de que necesitan atención especial. Del total de hogares que proporcionaron cuidado a alguno de sus integrantes, el 14.3% lo dio a personas de 60 o más años, y el 11.6%, cuidados especiales por enfermedad crónica, temporal o discapacidad de algún integrante del hogar (INEGI, 2014b).

<sup>3</sup> De acuerdo con los tabulados básicos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014, había en México 33,099,215 hogares, de los cuales 23,846,833 brindaron algún tipo de cuidado a alguno de sus integrantes.

La revisión de evidencia permite conocer la variedad de estudios e intervenciones llevados a cabo con la intención de proponer esquemas para la implementación de un sistema de CLP eficiente y funcional. Como en otros casos, el diseño de dichos programas puede variar en una gran cantidad de características —desde el aspecto a modificar/intervenir, la población objetivo, la métrica de impacto, entre otros—. Por lo tanto, agrupar y clasificar la evidencia disponible resulta necesario para entender qué tipo de políticas públicas en materia de CLP han dado resultados, y cuáles no, en qué condiciones y en qué contextos para, así, poder diseñar e implementar programas adecuados en un futuro.

En primera instancia, uno de los desafíos primordiales es lograr el diseño de una política que pueda adaptarse al desarrollo de las exigencias financieras conforme avance el tiempo, y a la evolución y el crecimiento mismo de la población a la cual se destinan los CLP. A su vez, de la literatura existente, se concluye que la integración entre los servicios de salud y los CLP muestra mejores resultados y ofrece un cuidado más eficiente. El cuidado en casa es la modalidad preferida por las personas mayores y refleja resultados más alentadores respecto a índices de mortalidad, hospitalización e institucionalización. Por último, el esquema de financiamiento se identifica como la parte más compleja de los CLP, al no haber ningún consenso en la literatura.

Como resultado de la disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, así como del consecuente incremento en la EV, los países presentan perfiles de población que envejece. Por ello, en un contexto de envejecimiento acelerado existe un creciente interés sobre cómo se desarrolla este proceso, además de las consecuencias o del impacto que tiene en otras esferas, como el mercado laboral, los servicios de salud, los arreglos domiciliarios, entre otros. Si bien el incremento en la proporción de personas de 60 años y más fue relativamente pequeño en las últimas seis décadas (del 8 al 10%), en los próximos cuarenta años este grupo de edad representará el 22% de la población mundial (Beard *et al.*, 2011)

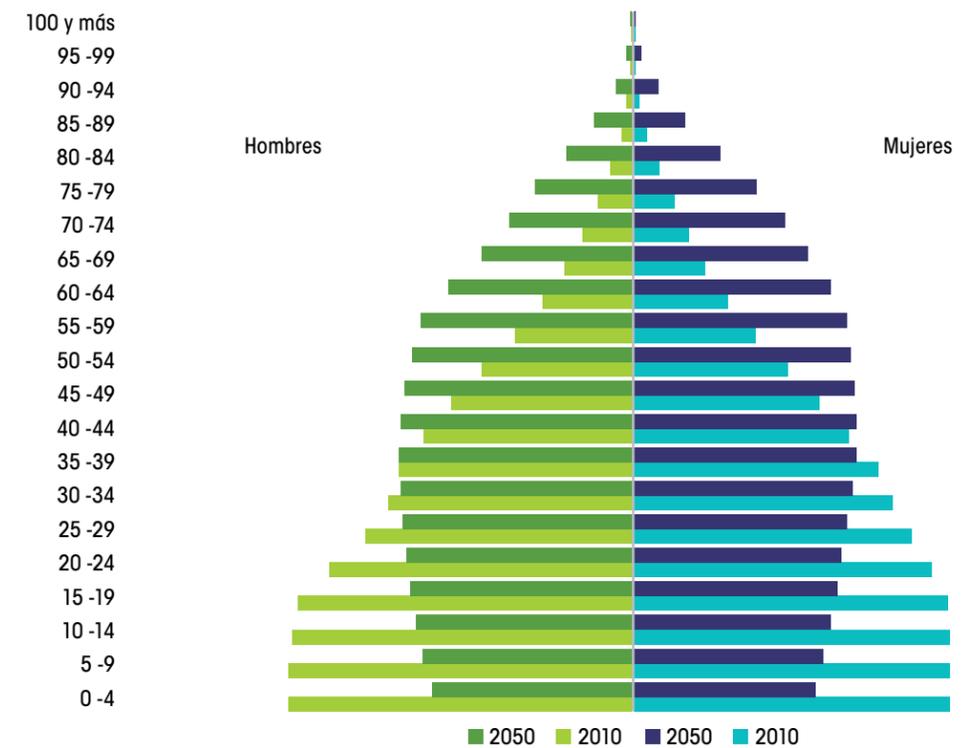
Partida (2005) sostiene que, durante la primera década del siglo XX, la tasa de crecimiento en México se mantuvo casi constante en 1.0% anual, situación que después de la revolución mexicana aumentó de modo significativo al alcanzar el 1.7% en 1930 y el 3.5% en 1965. A consecuencia del declive de la fecundidad, el crecimiento demográfico disminuyó su velocidad y registró tasas de crecimiento del 3.1% en 1970 al 1.3% en 2000 (Partida, 2005).

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), en 2018, el número de personas de 60 años o más ascendió a 13.2 millones que representan el 10.6% del total de la población en México en ese año. Además, este grupo es mayor que el de 0 a 4 años, que fue de 10.9 millones de personas, esto es, el 8.8% de la población total (Conapo, 2018).

Con relación al impacto en el cambio demográfico, se observa que, en México, la EV ha aumentado de manera significativa en las últimas décadas: pasó de 33 años en 1930 a 60 años en 1974 y, luego, a 75 años en 2014 (Conapo, 2015). Más aún, se estima que alcance los 79 años para 2050 (Conapo, 2018). En cuanto a la proporción de personas de 60 años y más (grupo de edad que crece con mayor rapidez desde hace 15 años), resulta interesante la variación registrada entre entidades federativas; por ejemplo, mientras que en Ciudad de México es del 9.8%, en Chiapas y Querétaro equivale al 5.6 y 5.7%, en ese orden (INEGI, 2015b) También es importante hacer notar las diferencias a nivel nacional entre las poblaciones urbana y rural. A primera vista, solo poco más de una cuarta parte de las personas mayores (26.2%) viven en localidades rurales.

No obstante, al analizar dicho dato en proporción con la población rural total, resulta que esas localidades son las más envejecidas, puesto que las personas mayores representan el 10.1% del total de la población rural (10.0% de las mujeres y 10.2% de los hombres). Respecto a la población urbana, las personas mayores constituyen el 8.6% de la población (9.2% de las mujeres y 8.0% de los hombres) (Inmujeres, 2015). Derivado de lo anterior, se concluye que el envejecimiento

Gráfica 1. Pirámide poblacional por sexo, 2010-2050



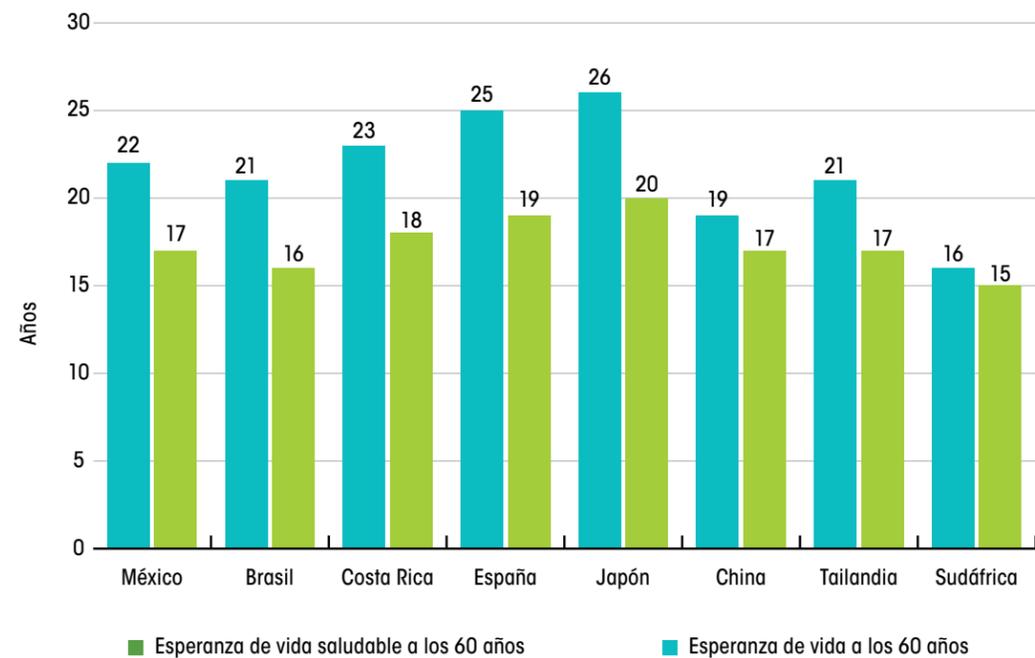
Fuente: Elaboración del CONEVAL con información del Conapo (2018).

de la población mexicana no se ha dado de manera uniforme, sino que varía con base en las entidades y el tipo de localidad.

Debe recalarse que, si bien la EV va en aumento, es importante evaluar la calidad de vida durante esos años agregados, y tener en cuenta que el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles está impactando de manera negativa sobre todo a la población mayor. La población mexicana acumula más discapacidad a medida que pasan los años, y las mujeres tienen más carga de cuidados, asociada a la discapacidad, en contraste con los hombres. En el grupo de población de 60 años y más, la *diabe-*

*tes mellitus*, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad renal crónica y la enfermedad vascular cerebral son responsables del 46% de las defunciones y el 37% del total de años de vida saludables perdidos en este grupo (Gómez *et al.*, 2014). La EV saludable a los 60 años y años vividos con discapacidad va en aumento para un gran número de países, incluido México. Se estima que, a la edad de 60 años, los mexicanos cuentan aún con una EV de 22 años más, de los cuales 17.3 transcurren en buen estado de salud y casi cinco años se viven con una o varias enfermedades o con discapacidad (HelpAge International, 2015) (ver gráfica 2).

**Gráfica 2.** Esperanza de vida y de vida saludable a los 60 años, varios países, 2015



Fuente: Elaboración del CONEVAL con información del Global AgeWatch Index 2015 (HelpAge International, 2015).

## Definiciones de cuidados a largo plazo y dependencia en personas adultas mayores

Los CLP han sido definidos por distintos organismos internacionales como parte integral tanto de los sistemas sociales como de los de salud. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) los define como un rango de servicios requeridos por personas con un grado reducido o disminuido de capacidad funcional, física o cognitiva, y que son, en consecuencia, dependientes durante un periodo extendido de ayuda o apoyo con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Huber, Hennessy, Lundsgaard y Izumi, 2005). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los CLP (o cuidados prolongados) son:

aquellas actividades y servicios que se proveen por medio de cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) o profesionales (servicios de salud y sociales) para asegurar que una persona que no es completamente capaz del autocuidado pueda mantener el grado más alto posible de calidad de vida, de acuerdo a sus preferencias, con el grado más alto de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana (OMS, 2000, 2002).

Los CLP cubren una extensa gama de personas, desde aquellas con enfermedades crónicas, transmisibles, o no, hasta personas mayores con pérdida funcional, limitaciones sensoriales o mentales. Se debe reiterar que lo común es el aspecto de dependencia permanente y la pérdida de autonomía. La Ley para la Autonomía y Atención a la Dependencia de España (SAAD, 2017) define la dependencia como:

la situación permanente en la que se encuentran las personas que por diversas causas (edad, enfermedad, discapacidad, etc.) han perdido parte o toda su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y necesitan de la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, o de otros apoyos para su autonomía personal.

Los conceptos de autonomía, dependencia y cuidado deben apreciarse como conceptos cambiantes, que giran alrededor de la estrecha relación entre cuidado y cuidador; tal correspondencia debe ser el centro de las políticas públicas de CLP (OMS, 2000).

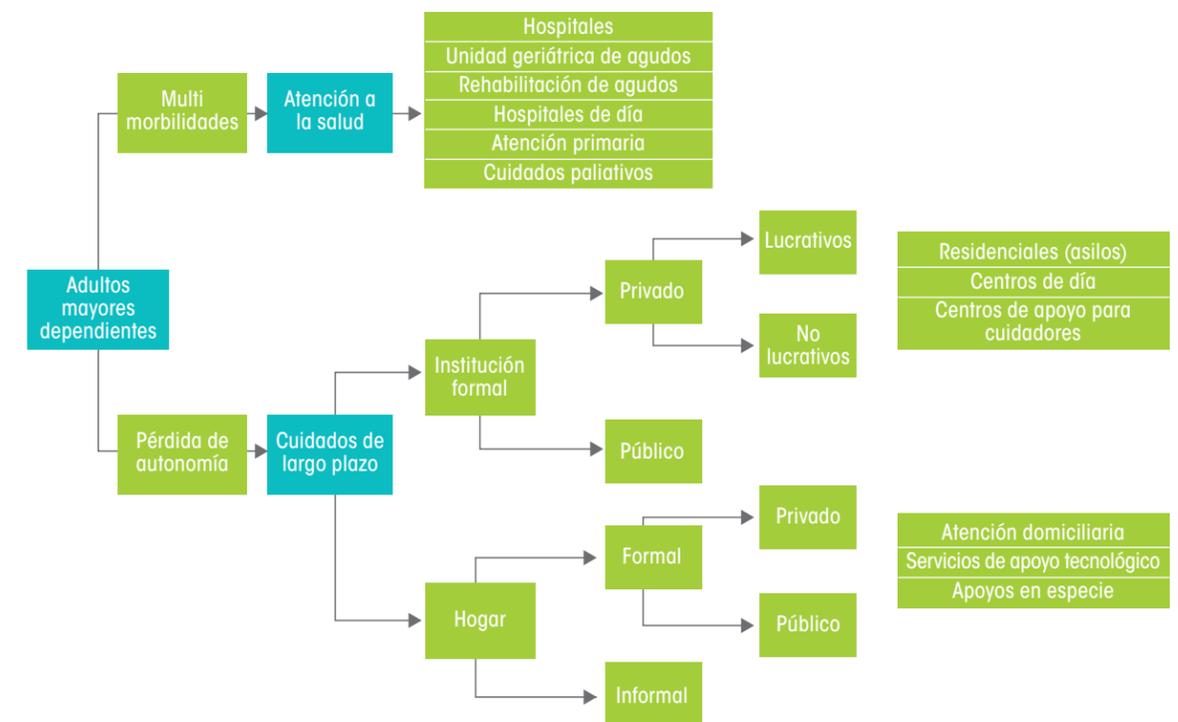
Los CLP pueden proporcionarse en distintos lugares, por diversos tipos de recursos humanos, y pueden ser institucionales o suministrados en el hogar (ya sea de manera formal o informal). Los CLP institucionales se definen como la provisión de esos cuidados para tres o más personas que no son familiares en el mismo lugar (OMS, 2000). Esta modalidad de cuidado se da en instancias

como residencias y asilos, en los cuales el financiamiento puede ser público (la provisión y organización depende de instituciones gubernamentales) o privado (tanto con fines lucrativos como no lucrativos).

Los CLP facilitados en el hogar se clasifican en formales, cuando están a cargo de una institución del sector salud, servicios sociales, etcétera, y pueden ser suministrados en la casa exclusivamente o en combinación con cuidados/servicios en la comunidad (centros de día, centros de respiro para los cuidadores, etcétera). Al igual que los CLP institucionales, los formales en el hogar pueden estar financiados y organizados de manera pública por agencias del gobierno, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil (ya sea con o sin fines de lucro) o por el sector privado.

Los CLP provistos en el hogar se consideran informales cuando son realizados por un familiar/conocido de la persona mayor. Esta modalidad de CLP es, por lo regular, una actividad no remunerada (ver figura 1).

**Figura 1.** Modelo conceptual de cuidados de largo plazo



Fuente: Elaboración del CONEVAL.

Independientemente de si se habla de CLP institucionales o en el hogar, formales o informales, financiados de manera pública o privada, definir la palabra "cuidados" al hablar de CLP es complejo: se trata de un aspecto multifactorial y requiere distintos niveles de intensidad.

Pueden incluir los servicios o cuidados médicos, pero una gran proporción de CLP se refiere a cuidados no médicos que implican ayuda para ejecutar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y que representan una mayor carga derivada de la intensidad de estos. Entre estos cuidados, destacan el apoyo para realizar ABVD, como bañarse, vestirse, el arreglo personal, así como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como preparar alimentos y dar de comer a la persona, administración de medicamentos y manejo de dinero. Asimismo, la ayuda puede incluir el acompañamiento o la supervisión, realizar las compras y los trabajos domésticos, además de otras actividades que permitan la participación social de la persona dependiente.

**Cuadro 1.** Población con discapacidad por grupo quinquenal de edad y su porcentaje, según tipo de discapacidad, 2014

60 años y más	Tipo de discapacidad							
	Caminar, subir o bajar usando sus piernas	Ver (aunque use lentes)	Mover o usar sus brazos o manos	Aprender, recordar o concentrarse	Escuchar (aunque use aparato auditivo)	Bañarse, vestirse o comer	Hablar o comunicarse	Problemas emocionales o mentales
Total	81.3	67.2	42.7	44.6	46.9	29.3	14.0	16.3
Hombres	75.8	66.5	34.9	38.6	52.4	24.8	14.3	13.6
Mujeres	85.4	67.8	48.5	49.1	42.9	32.6	13.7	18.2

Fuente: Elaboración del CONEVAL con información de la ENADID 2014.

## Funcionalidad y dependencia en personas adultas mayores en México

El pronunciado envejecimiento poblacional y la alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas y sus consecuencias se combinan y producen en las personas mayores dificultades para llevar a cabo las actividades diarias, lo que genera crecientes necesidades de atención y cuidados específicos. Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 muestran que la mayoría de las personas de 60 años o más (62.1%) en el país viven con alguna discapacidad o limitación:<sup>4</sup> 4.7 millones tienen alguna limitación<sup>5</sup> y 3.4 millones, discapacidad,<sup>6</sup> mientras que el 37.9% de las personas de 60 años o más no presentan limitaciones ni discapacidad (4.9 millones). Estos datos revelan que el 47.4% del total de personas con discapacidad son adultas mayores.<sup>7</sup>

Asimismo, la ENADID 2014 reporta que las discapacidades para caminar, subir o bajar usando sus piernas y

la dificultad severa o grave para ver son las principales discapacidades en los adultos mayores; este comportamiento es muy similar tanto para hombres como para mujeres (ver cuadro 1). Asimismo, casi la mitad de los adultos mayores señalaron tener discapacidad para escuchar, aprender, recordar, concentrarse y mover o usar brazos o manos.

Otra fuente de información es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012<sup>8</sup> (Gutiérrez-Robledo *et al.*, 2012), la cual, por primera vez, incluyó un módulo espe-

cífico para la valoración de personas mayores y contiene información sobre su capacidad para llevar a cabo diferentes actividades, tanto ABVD como AIVD. De acuerdo con la encuesta, el 25.3% de las personas mayores entrevistadas reportaron tener alguna limitación para realizar ABVD y el 21.1%, dificultad para ejecutar al menos una de las cuatro AIVD. En las dos esferas de actividades se observó que las prevalencias se incrementan con la edad y que es mayor en las mujeres que en los hombres (ver cuadro 2).

**Cuadro 2.** Dificultades para realizar ABVD o AIVD, por grupo de edad y sexo, 2012

Actividades	Total	Edad			Sexo	
		60-69	70-79	80 o más	Hombre	Mujer
Dificultad para realizar ABVD						
Caminar	18.2	11.0	20.2	36.4	16.6	19.5
Bañarse	11.7	6.0	12.4	27.9	10.4	12.9
Acostarse o levantarse de la cama	14.9	10.3	16.4	26.3	12.5	16.9
Vestirse	12.6	7.8	13.3	25.9	11.2	13.7
Tiene al menos una limitación	25.3	17.4	27.7	44.8	22.5	27.7
Dificultad para realizar AIVD						
Preparación de alimentos	11.0	5.6	11.7	29.4	10.3	11.5
Compra de alimentos	17.2	9.3	19.9	34.6	13.0	20.6
Administración de medicamentos	9.5	4.8	9.4	24.9	8.5	10.4
Manejo de dinero	7.7	4.0	6.9	21.7	6.7	8.6
Tiene al menos una limitación	21.1	13.1	23.4	45.0	16.6	24.2

Fuente: Elaboración del CONEVAL con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

En cuanto a la trayectoria de las limitaciones en las ABVD y AIVD, un estudio de Díaz-Venegas, De la Vega y Wong (2015), que utiliza datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, muestra que en un periodo de 11 años, de 2001 a 2012, el porcentaje de personas entrevistadas sin limitantes (42.8%) se mantuvo igual. En contraste, el 11.1% del total de personas entrevistadas sin limitantes en 2001 reportaron dificultades para realizar de una a dos ABVD en 2012 y el 3.4%, en tres o más de estas actividades.

Es importante notar cómo esta discapacidad puede ser dinámica, ya que las personas mayores pueden recuperar su estado de funcionalidad entre un periodo y otro, como se advierte, por ejemplo, en el 20.6% de personas mayores que reportaron de una a dos limitaciones en 2001 y ninguna en 2012. Esto es de especial relevancia en un contexto de planeación y formulación de estrategias de apoyo y cuidado para las personas mayores que favorezcan la recuperación en la medida de lo posible y ralenticen el deterioro acelerado. Asimismo, las

<sup>4</sup> Significa que tienen algún grado de dificultad para caminar, ver (aunque usen lentes), moverse, aprender, recordar o concentrarse, escuchar (aunque usen aparato auditivo), bañarse, vestirse, comer, comunicarse o para realizar sus actividades diarias con autonomía por algún problema emocional o mental.

<sup>5</sup> Incluye a las personas que tienen poca dificultad para realizar las actividades enunciadas en la nota anterior.

<sup>6</sup> Incluye a las personas que tienen mucha dificultad o no pueden hacer las actividades enunciadas.

<sup>7</sup> Los problemas de falta de autonomía pueden presentarse a edades más tempranas y requerir, por tanto, cuidados; la supervivencia con una discapacidad severa, incluso como resultado de condiciones que tuvieron su origen en la atención del parto o una infección durante los primeros años de vida, es cada vez más frecuente.

<sup>8</sup> Los datos utilizados son de 2012, ya que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 no formula preguntas para identificar la dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

prevalencias de demencia y del deterioro cognitivo no demencial de la población de 60 años o más alcanzan hasta 7.9 y 7.3% respectivamente. Los valores más elevados se observan en mujeres con mayor edad y en aquellos con baja escolaridad o residentes en el ámbito rural.

## Causas de la problemática

A continuación se problematiza la situación de los CLP para las personas mayores, y se sugieren sus posibles causas de primer y segundo nivel, con la finalidad de plantear un marco conceptual que proponga acciones que mejoren la oferta de cuidados de largo plazo.

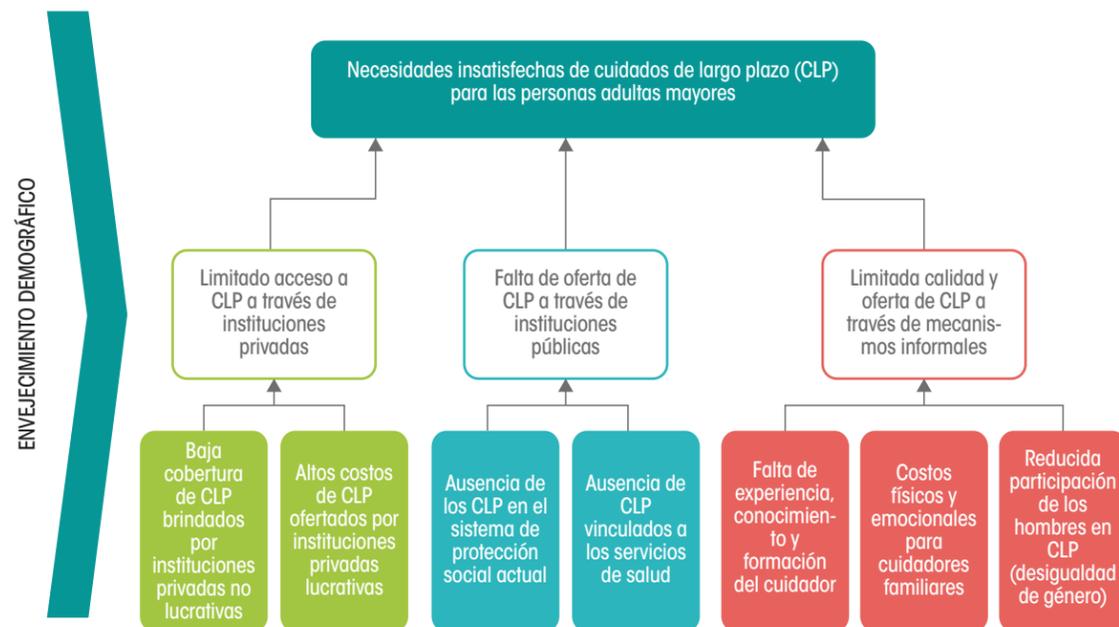
El problema central identificado es que existen necesidades insatisfechas de CLP en la población adulta mayor; es decir, las personas mayores que han perdido su autonomía parcial o totalmente y requieren ayuda de otra persona para sus actividades en la vida diaria no reciben atención de manera adecuada, accesible y oportuna. Dicha problemática es afectada por el envejecimiento demográfico, ya que aumenta la de-

manda de los cuidados en una sociedad. En la figura 2 se aprecia el esquema de la problemática con sus respectivas causas.

Las causas de primer nivel tienen que ver con los tres tipos de prestadores de los servicios de CLP: instituciones privadas, públicas y el hogar a través de mecanismos informales.

Respecto a las instituciones privadas, un problema es que las instituciones lucrativas representan altos costos para las personas mayores y sus familias, por lo que estos servicios permanecen fuera del alcance de la mayoría de la población. De acuerdo con la ENUT 2014, solo el 0.4% de los hogares en localidades de 10,000 o más habitantes contratan cuidadores de personas.<sup>9</sup> Por otro lado, como ya se expuso, las instituciones privadas no lucrativas no logran cubrir toda la demanda de cuidados que se requiere. La falta de acceso a servicios sociales de CLP a costos accesibles o de manera gratuita en instituciones privadas, originan que el acceso a los CLP a través de estos prestadores sea limitado.

Figura 2. Causas de la problemática de los cuidados de largo plazo para las personas mayores



Fuente: Elaboración del CONEVAL.

<sup>9</sup> En localidades menores de 10,000 habitantes no se captó la contratación de trabajadores.

En segundo lugar, aparecen las instituciones públicas, las cuales pueden ofrecer servicios de CLP para personas mayores; sin embargo, en México, los servicios sociales no forman parte de los sistemas de protección social (Huenchuan y Rodríguez, 2015). Los servicios sociales difieren de los de salud, ya que no buscan atender las necesidades médicas de la población, sino que se enfocan en mejorar la calidad de vida diaria de las personas dependientes o con alguna enfermedad.

Si bien la dependencia es un riesgo constante en la vida de las personas, aún no se concibe como parte del sistema de seguridad social en México, a pesar de que el Estado debe garantizar el acceso a la salud y a la seguridad social para todas las personas, incluyendo a aquellas en condición de dependencia. Por ello, una de las principales causas de la problemática de CLP es la inexistencia de servicios sociales que integren los sistemas de protección social.

En cuanto al cuidado por parte de los hogares, que son la principal red de apoyo de las personas dependientes, se puede decir que estos experimentan cambios y nuevos arreglos familiares, en parte por la reducción de la fecundidad, lo que genera una disminución en la oferta de CLP de los hogares. La precarización del empleo también ha sido señalada como una de las razones que afecta la disponibilidad de integrantes del hogar o la familia para participar o hacerse cargo de los CLP.

Además, los cuidados informales en el hogar pueden generar altos costos físicos y emocionales para los

miembros del hogar, ya que carecen de conocimientos y formación sobre el cuidado. Para brindar CLP, se necesitan conocimientos, experiencia y capacitación; de lo contrario, pueden tener altos costos para las personas cuidadoras (Huenchuan y Rodríguez, 2015). Además, la falta de salario y de condiciones adecuadas de trabajo afecta a las personas que cuidan, y también impacta negativamente la calidad de los CLP que ofrecen.

Es por ello, que otras causas de la problemática de los CLP es la falta de conocimiento, experiencia, y capacitación de las personas cuidadoras informales, así como la ausencia de condiciones adecuadas de trabajo, de salario y grupos de apoyo para quienes cuidan. A estas se suma la desigualdad de género, por la escasa participación de los hombres en los CLP, lo que reduce la oferta de cuidados en una sociedad. El reparto equitativo de las responsabilidades de cuidados entre los miembros de la familia y del hogar puede disminuir los costos emocionales y físicos de quienes cuidan, y propiciar que estos concilien las actividades de cuidados con el trabajo asalariado, lo que podría mejorar la cantidad y calidad de los CLP.

Por último, un aspecto importante para la mejora de los CLP y la calidad de vida de las personas adultas mayores es la prevención y el mantenimiento de una vida saludable a lo largo del curso de vida de las personas; esto, con la finalidad de disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, las cuales afectan principalmente a las personas mayores.



## ¿Qué intervenciones de política pública existen asociadas a los cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?

Los servicios sociales y de salud organizados en estrategias de CLP para las personas adultas mayores en México son todavía escasos y divididos entre distintas instituciones, al no haber una política nacional ni programas específicos de CLP. En el ámbito federal, existe un programa cuya población objetivo son personas mayores, mientras que en el estatal existen 40 programas en 20 estados. Sin embargo, ninguno de ellos se puede clasificar como de CLP. Para ilustrar esta problemática, el cuadro 3 presenta el programa federal y los estatales cuyo grupo de atención principal son las personas mayores.

El cuadro 3 muestra que, en el ámbito federal, el Programa Nacional de Pensión para Adultos Mayores otorga apoyos monetarios a personas mayores cada dos meses. En el ámbito estatal, algunos programas se enfocan a las necesidades de esta población: 14 entidades implementan programas que buscan atender requerimientos de salud o de bienestar en general; 11 ofrecen programas que atienden necesidades económicas; y 7, programas orientados a capacitar o asesorar a las personas mayores en diversas áreas.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016, el 49.2% de ho-

gares obtiene apoyos por programas gubernamentales y el 28.8%, donativos de otros hogares e instituciones públicas. Asimismo, señala que en los hogares en los que reside al menos un adulto mayor, el 37.7% recibe ingresos por jubilación y en el 37.1% (3.7 millones) su único ingreso proviene de una o varias personas que tienen 60 o más años.

Esta revisión concluyó que no opera, de momento, ningún programa público que tenga como objetivo los CLP en personas mayores dependientes. Si bien en el análisis de los inventarios CONEVAL se identificaron programas públicos que se refieren a personas mayores, tanto a nivel federal como estatal, ninguno de ellos califica para ser considerados de CLP. Se rescataron dos tipos de programas para esta población: los que responden a necesidades económicas y los que responden a necesidades de salud.

Aquellos que pretenden aliviar las carencias económicas de personas mayores no se clasificaron como programas de CLP, puesto que la ayuda económica no obedece a una necesidad financiera surgida a partir de la pérdida de autonomía. En cuanto a los programas enfocados en salud, estos se orientan a la preven-

**Cuadro 3.** Apoyos a personas mayores otorgados en México

Categoría de apoyo	Programas federales, 2018 <sup>[1]</sup>	Programas estatales, 2014 <sup>[2]</sup>
Apoyos a personas mayores	Programa Nacional de Pensión para Adultos Mayores <sup>10</sup> (transferencias monetarias), Sedesol	Programas que atienden necesidades de salud (14)
		Programas que atienden necesidades económicas (11)
		Programas orientados a capacitación (7)

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el Listado de Programas y Acciones de Desarrollo Social Federal 2018 y el Inventario de Programas y Acciones de Desarrollo Social Estatales 2014.

<sup>[1]</sup> La información entre paréntesis hace referencia a la intervención específica para cada categoría.

<sup>[2]</sup> El número entre paréntesis representa el número de estados donde se desarrolla la intervención.

<sup>10</sup> El objetivo del programa, población objetivo, tipo de apoyo, modalidad de entrega, y otra información se pueden revisar en las fichas de monitoreo y evaluación del CONEVAL: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/265206/FMyE\\_20\\_S176.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/265206/FMyE_20_S176.pdf)

ción de enfermedades y a la atención médica general de las personas mayores, pero no ofrecen los cuidados requeridos por vivir con dependencia permanente. También se encontraron centros de día, cuyo criterio de entrada es que las personas mayores se puedan valer por sí mismas, por lo que, de inmediato, se descartan como programas de CLP.

En suma, no hay en México programas públicos sobre CLP y los esfuerzos del gobierno respecto a esta problemática son casi inexistentes. A su vez, las instituciones privadas y públicas de CLP parecen encontrarse exentas de medidas de regulación. Esto conforma un escenario preocupante e incierto, en particular cuando se analiza la experiencia internacional. Reino Unido, Canadá, España y Suecia cuentan con programas públicos de CLP similares, ya que todos ofrecen beneficios en especie y en efectivo, así como criterios de elegibilidad semejantes, entre los cuales el más común es el comprobar cierto grado de dependencia (para mayor detalle, ver el anexo 3).

Existen modalidades con criterios adicionales: por ejemplo, en Holanda, el ciudadano, además, debe contratar por su cuenta un primer seguro; Japón también incluye un componente de copago, es decir, el financiamiento del seguro de CLP depende en parte del gobierno y en parte de contribuciones obligatorias para ciudadanos de 40 años o más. A su vez, estos países han organizado sus programas de manera integrada, lo que significa que el programa de CLP se compone en un solo cuerpo de servicios, aunque la provisión pueda ser local o federal.

La situación en Latinoamérica resulta más difícil de clasificar, ya que algunos países apenas comienzan a desarrollar programas de CLP, como Colombia o Argentina, donde se están reformando los servicios existentes. Brasil, por otra parte, es el único con un programa de servicios de CLP unificado y financiado públicamente. Argentina y Chile tienen sistemas fragmentados, por-

que la provisión de servicios depende de diferentes instancias en los distintos órdenes de gobierno, así como de mecanismos de financiamiento diversos. Ello complica el suministro y dificulta el control sobre los servicios y su calidad. No obstante, a pesar de los obstáculos y la precariedad de los sistemas, estos países latinoamericanos ya han empezado a atender la problemática de CLP, a excepción de México.

Por tanto, al no existir un sistema o políticas nacionales específicas de CLP en México,<sup>11</sup> y considerando las tendencias en estrategias de CLP en el contexto internacional, su análisis debe realizarse tomando en cuenta las distintas esferas de este tipo de atención. Hay dos principales: el cuidado institucional y el cuidado, ya sea formal o informal, que se brinda en el hogar.

### Cuidados de largo plazo institucionales

Los cuidados y la atención institucional comprenden, por una parte, las instituciones públicas y, por otra, las privadas (lucrativas o no); estas últimas incluyen las instituciones de asistencia privada, asociaciones civiles, sociedad civil, organizaciones religiosas y sociedades o asociaciones mercantiles. Aunque los servicios privados lucrativos podrían impactar de manera importante en la oferta de servicios para personas mayores, estos permanecen fuera del alcance de la mayoría por sus altos costos. A su vez, las instituciones no lucrativas, con servicios gratuitos o con cuotas mínimas de recuperación, no cubren la creciente demanda.

A lo anterior se añade que los recursos públicos que reciben son reducidos y el personal, en general, no tiene la formación ni el entrenamiento necesarios. Esta falta de recursos provoca un desarrollo lento de instituciones de CLP por parte del sector público y de la sociedad civil, hecho que se agrava por la falta de regulación y evaluación; por ejemplo, el único estudio publicado que evaluó las instituciones de CLP en México data de

1996, y reporta severas deficiencias en infraestructura, procesos y resultados (Gutiérrez-Robledo, 1996).

Los CLP institucionales son escasos y están fragmentados entre diversas instancias. En la asistencia pública destacan el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que concentran las pocas instituciones públicas mexicanas de CLP. Ambas están descentralizadas: es responsabilidad y decisión de las entidades federativas definir los grupos de atención a los que dan prioridad, los servicios que ofrecen y la modalidad de atención.

Otro problema respecto a las instituciones de CLP en México es la poca información que existe sobre el número de instituciones y las personas que en ellas habitan (de cualquier modalidad: de día, asilos y residencias), sus características y funcionamiento. De igual modo, no hay información sobre los estándares de calidad mínimos que deben cubrir, ya que cada institución decide cómo organizarse, por lo cual presenta diferencias importantes en materia de infraestructura, funcionamiento, recursos humanos y su perfil, las condiciones de salubridad y seguridad. En consecuencia, se desconocen, en gran medida, las condiciones de salud y bienestar de las personas que ahí residen.

### Instituciones públicas

En cuanto a las instituciones públicas, se presenta el trabajo del INAPAM y del DIF. Algunos de los servicios que brindan estas instituciones incluyen alojamiento, alimentación, atención médica de primer nivel, canalización a servicios de segundo o tercer nivel, así como actividades recreativas, deportivas y culturales. El INAPAM opera seis albergues de alojamiento permanente: cuatro en la Ciudad de México, uno en Guanajuato y otro en Oaxaca. El DIF considera a las personas adultas mayores en situación de abandono como uno de sus grupos prioritarios. Además, atiende dos asilos para CLP en la Ciudad de México, una Casa Hogar para Ancianos en Morelos y otra en Oaxaca. El propósito de estas instalaciones es proporcionar un servicio integral a la población mayor, sujetos de asistencia social en los centros gerontológicos del DIF.

### Instituciones privadas lucrativas y no lucrativas

En cuanto a las organizaciones de la sociedad civil, estas proveen cuidado a través de las instituciones de asistencia privada principalmente. Como resultado de trabajos previos para la identificación de instituciones de asistencia social enfocadas a distintos grupos de edad y encaminadas a resolver necesidades distintas, el DIF nacional y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) aplicaron un primer Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS) en 2015 (INEGI, 2015a), cuyo objetivo es recopilar información sobre las condiciones y los servicios que ofrecen los establecimientos públicos, sociales y privados que alojan a población vulnerable, junto con sus características y las de las personas que laboran en estos centros. El CAAS abarca todo tipo de instituciones de asistencia social de acuerdo con la problemática que atienden y el grupo poblacional, incluyendo casas hogar para personas mayores.

El CAAS identificó 4,517 alojamientos, de los cuales el 22.6% (1,020) son casas hogar para personas mayores. De estas últimas, el 58% están constituidas como asociación civil; el 14%, como instituciones de asistencia privada; el 4%, como sociedad civil, en tanto que las sociedades mercantiles y las asociaciones religiosas equivalen, respectivamente, al 2% cada una, y el resto (casi el 20%) representa otro tipo de figura jurídica.

Respecto del personal que trabaja en estas instituciones, el CAAS registró 14,582 personas, de las cuales el 86% están empleadas y el 14% trabajan en ellas de forma voluntaria y sin pago. De este total de trabajadores, la mayoría son mujeres y equivalen al 78% del personal empleado y el 63% de los voluntarios. Por otra parte, el CAAS reporta que el 97% de este personal no cuenta con una adecuada certificación de competencias en el ámbito en el que se desempeña.

### Personas institucionalizadas

El CAAS también ofrece algunos datos sobre los residentes en las instituciones. De acuerdo con sus resultados, en el momento del censo se encontraron 118,876

<sup>11</sup> En cuanto a la normativa de CLP para adultos mayores, en 2002 fue publicada la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, y propiciar un tránsito digno de la persona en el proceso de envejecimiento, al fortalecer su independencia, capacidad de decisión, participación activa en procesos productivos y actividades culturales y deportivas; esto, con el propósito de evitar la discriminación por razones de edad y proporcionar las condiciones idóneas para el ejercicio pleno de sus derechos, dentro de los cuales se incluye que las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y la atención de las personas mayores.

personas que vivían en instituciones, de las cuales 22,611 (19%) residían en los alojamientos clasificados como casa hogar para personas mayores. Algunos de estos datos sociodemográficos reflejan, indirectamente, la situación de la vejez en México, al encontrar que el 61% de residentes mujeres presentaban un bajo nivel educativo (21% sin educación formal y 48% con primaria completa o secundaria incompleta) y el 56% tenía ochenta años o más de edad.

## Cuidados de largo plazo en el hogar

### Cuidados de largo plazo informales en el hogar

Una vez descrito el escenario de los CLP institucionales en México, no debe entonces sorprender que el cuidado recaiga, primordialmente, en el hogar de manera informal, auspiciado por familiares, vecinos y amigos, sin remuneración y, por lo general, con poco o ningún tipo de apoyo. Este es un escenario alarmante, pues los cambios sociales que impactan en la economía y reducen los sistemas de salud y seguridad social ocasionan nuevas y mayores cargas en la atención a las personas y, en particular, un marcado crecimiento en la necesidad de CLP. Por lo tanto, contar con un diagnóstico de los cuidados informales se convierte en una necesidad apremiante.

En materia de cuidados a la salud en el hogar (cuidados informales a la salud), los datos más recientes de la Cuenta Satélite del sector salud en México, publicados por el INEGI, muestran que el trabajo no remunerado en salud representó el 28.2% del producto interno bruto ampliado del sector salud en 2016, y el 1.6% del nacional en el mismo año. En términos de horas por semana, el trabajo no remunerado por cuidados a la

salud constituyó, para 2016, el 3.7% del total de horas no remuneradas. En este mismo año, la participación del sector público fue del 38.4%, mientras que la del privado, del 61.6%.

Aun cuando estas cifras se refieren a cuidados a la población de todas las edades, la realidad de los cambios en la estructura poblacional y el hecho de que el 26% de la población que reporta limitaciones (motoras, cognitivas o sensoriales) describa su edad avanzada como causante de esta indican que, muy probablemente, un porcentaje importante del trabajo no remunerado en salud corresponda a cuidados y atención a personas mayores.

Lo anterior se puede constatar mediante un acercamiento a las características del apoyo y los cuidados hacia las personas mayores en el país, por medio de la ENUT 2014 (INEGI, 2014b). De acuerdo con esta encuesta, de un total de 12,987,350 adultos de 60 años o más, se identificaron 681,557 que reportaron necesitar apoyo, lo que equivale al 5.25% del total. Esta proporción se incrementa a medida que aumenta la edad. Si bien las proporciones entre hombres y mujeres son similares para casi todos los grupos de edad, las mujeres adultas mayores registran una necesidad de apoyo más grande que los hombres.

Al analizar las actividades de cuidado, así como el tiempo que se les destina en el periodo de referencia, la encuesta identificó la asistencia en los cuidados personales (n=304,402) y brindar cuidados a la salud (n=414,926) como las actividades que reúnen la cantidad más grande de personas mayores (ver cuadro 4). De igual forma, esas labores captan un número considerable del total de horas (1,260,024 y 847,404, en ese orden). En los cinco tipos de actividad, el cuidado y apoyo se ofrece a mujeres mayores de forma predominante.

**Cuadro 4.** Número de personas y tiempo dedicado al cuidado de personas mayores que necesitan apoyo, por tipo de actividad y sexo de la persona a la que se le realizan los cuidados, 2014

Actividad	MUJERES				HOMBRES			
	N	Prom. horas/semana	Horas totales	Porcentaje del tiempo total <sup>(a)</sup>	N	Prom. horas/semana	Horas totales	Porcentaje del tiempo total <sup>(a)</sup>
Dar de comer	203,403	6.06	1,231,852	65.71	90,873	7.07	642,916	34.29
Cuidados personales	220,810	4.34	959,341	76.14	83,592	3.60	300,683	23.86
Cuidados a la salud*	299,887	2.07	619,601	73.12	115,039	1.47	227,803	26.88
Llevar/acompañar al médico	108,402	7.95	861,925	66.61	86,841	4.98	432,096	33.39
Dar terapia especial	41,600	3.35	139,507	51.51	43,180	3.04	131,336	48.49
<b>TOTAL</b>			<b>3,812,226</b>	<b>68.73</b>			<b>1,734,833</b>	<b>31.27</b>

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENUT 2014.

\* Cuidados a la salud: administración de medicamentos, monitoreo, estar al pendiente de sus síntomas.

<sup>(a)</sup> Porcentaje del tiempo total dedicado a esta actividad.

### Cuidados de largo plazo formales en el hogar

El programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), inició en 1990 y su objetivo es proporcionar atención médica por medio de procedimientos básicos en el domicilio, con la participación activa del paciente y sus familiares, quienes son integrados al autocuidado de su salud (Suriano, 2003). No obstante, este programa no está dirigido solo a la población adulta mayor; incluye pacientes del IMSS con pérdida de autonomía

permanente o temporal por distintas causas, pérdida sensorial que limite la funcionalidad, demencia en etapas avanzadas, casos posoperatorios de cirugía mayor, entre otros. Apoya al cuidador primario o a la red de apoyo familiar mediante sesiones educativas y de capacitación para apuntalar la recuperación del paciente. Desafortunadamente, no se han hecho suficientes estudios sobre el programa (Suriano, 2003; Espinel-Bermúdez *et al.*, 2011) ni reportes institucionales de su desarrollo o impacto en el largo plazo en la salud y el bienestar de sus pacientes.



## ¿Qué funciona? Evidencia sobre la efectividad de programas dirigidos a satisfacer las necesidades de cuidados de largo plazo en la población mayor

La descripción de la problemática permitió sustentar el planteamiento adecuado para una búsqueda exhaustiva de literatura. A continuación se presentan los resultados clasificados de esa búsqueda y sus conclusiones. Para la selección de documentos, se evaluaron 4,817 títulos de bibliotecas electrónicas y se eliminaron aquellos que no cumplieron con los criterios de elección. En una segunda fase se revisaron 249 resúmenes para determinar su inclusión, de los cuales 48 coincidieron con los criterios de inclusión generales. En la última fase, al evaluar los manuscritos en extenso para confirmar que el contenido metodológico concordara con los objetivos planteados, se concluyó la búsqueda con un total de 28 publicaciones originales. A manera de síntesis, se muestra la pirámide de clasificación de los títulos (ver figura 3).

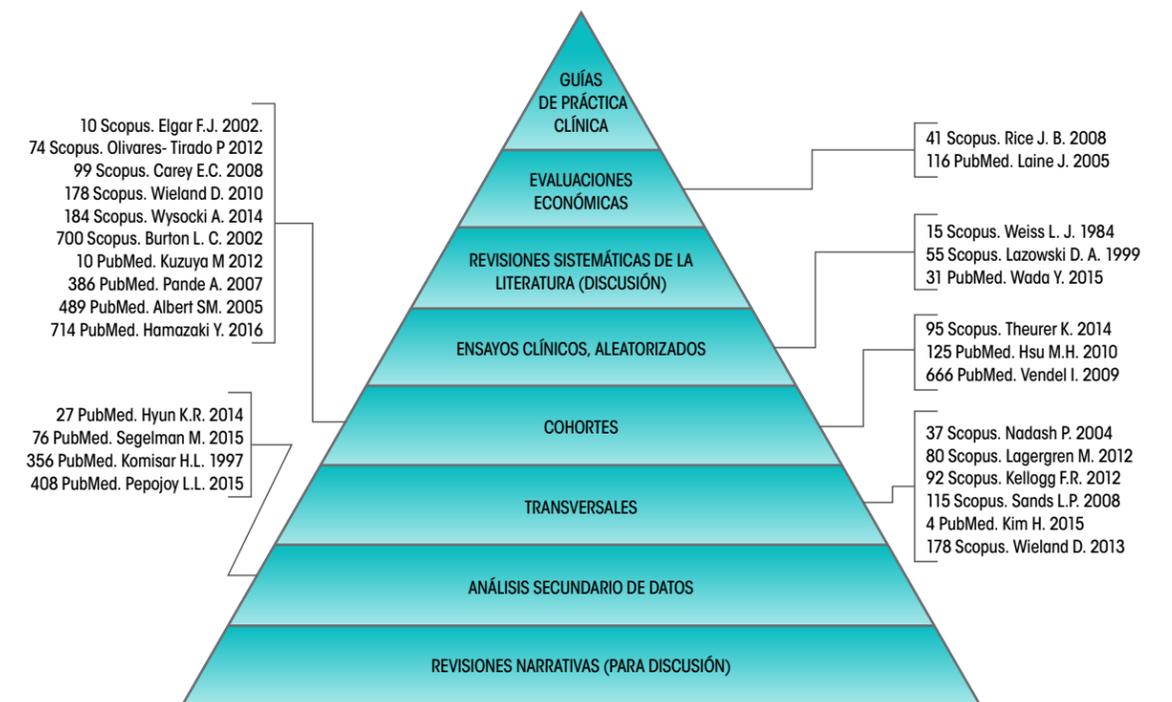
### Lecciones de la evidencia identificada

A partir de los textos recopilados más relevantes, se comparten las lecciones y conclusiones que ofrece la revisión de evidencia respecto a CLP.

### Desafíos en el desarrollo de programas de cuidados de largo plazo

Uno de los grandes desafíos en los CLP es tomar en cuenta la variable del tiempo de forma adecuada; es decir, los programas de CLP deben siempre formularse considerando que deberán perdurar durante largos periodos. De ahí que la sustentabilidad de los beneficios y del esquema de financiamiento debe pensarse a largo plazo. En el caso de Francia, por ejemplo, al implementarse el programa Allocation personnalisée

Figura 3. Diseño metodológico de los 28 artículos seleccionados



Fuente: Elaboración del CONEVAL.

d'autonomie (APA), de cobertura universal, con beneficios en función de la necesidad e ingreso, no se supuso la evolución de la carga financiera con el paso de los años. Por ello, por más exitoso que sea el APA en cuanto a servicios, Chevreur y Brigham (2013) destacan que el financiamiento mediante copago (gobierno central y localidades) no es suficiente.

Francia encara el desafío de cómo asegurar sostenibilidad financiera del APA reduciendo la carga financiera de los usuarios. Un paso lógico, según los autores, sería equiparar los impuestos respecto a CLP para toda la población. Israel también evidencia la falta de planeación temporal. El seguro de CLP (SCLP) en ese país es un programa que se enfoca a cuidados en casa y que enfrenta problemas importantes: las horas de cuidado otorgadas a las personas mayores no aumentan en proporción con el grado de dependencia. Además, desde la introducción del programa, su diseño no ha cambiado: el número de personas mayores dependientes se incrementó, pero los niveles de beneficios permanecen igual (Asiskovith, 2013).

Es cierto que los programas de CLP deben valorar cambios y evoluciones en los adultos mayores; no obstante, hay aspectos en los programas que no se modifican o tardan mucho en hacerlo. Por ello, otro aspecto vital en la construcción de programas de CLP es el contexto sociocultural del país; por ejemplo, las personas en Japón se caracterizan por proveer cuidado tradicionalmente familiar a sus mayores. Sin embargo, el SCLP que se puso en marcha en 2000 parece ignorar este factor, como lo revela el estudio de Tamiya, Yamaoka y Yano (2002). Estos autores muestran que las preferencias de servicios están relacionadas con las características de los cuidadores informales, es decir, el contexto impacta el tipo de cuidado preferido a recibir. Por ello, se concluye que las políticas deben tomar en cuenta al cuidador (Tamiya, Yamaoka y Yano, 2002).

Esto mismo se confirmó en el estudio de Kuzuya, Izawa, Enoki y Hasegawa (2012), que examinan los cuidados en los centros de día ofrecidos por el SCLP con la intención de reducir la carga del cuidado a familiares y para evitar los CLP institucionales. No obstante, los

autores muestran que los centros de día, contrario a lo esperado, aumentan la probabilidad de tener CLP institucionales. Esto reitera la necesidad de estudiar en profundidad el papel del cuidador y los servicios que este, a su vez, necesita.

Ninguna política está exenta de problemas. En este sentido, resulta interesante analizar el caso alemán. En ese país, el SCLP es un modelo universal cuyo único criterio de elegibilidad es la dependencia. El SCLP es financiado mediante contribuciones mensuales. En este caso, los problemas del SCLP son la separación entre CLP y servicios de salud, y su criterio de elegibilidad basado en un nivel muy alto de discapacidad. No obstante, algunos estudios (Schunk y Estes, 2001) concluyen que los beneficios superan las desventajas, pues se trata de un programa nacional sin variación entre lugar de residencia y en el que todos son elegibles sin importar su edad o ingreso.

A este tipo de conclusiones es hacia donde deben apuntar los programas de CLP. En el caso alemán, hay algo más que resaltar por parte de los autores: el rol de la prevención (Schunk y Estes, 2001) a la que se le debe poner más atención. Esta recomendación no es fortuita. De hecho, otros estudios (OCDE, 2013) también resaltan la urgencia de postergar la necesidad de dichos servicios mediante prevención, dada la evolución demográfica del mundo y la carga financiera que significan los CLP (OCDE, 2013).

### **Integración entre servicios de salud y servicios de cuidado de largo plazo**

Ya se mencionó que, en el caso alemán, uno de sus problemas es la separación entre CLP y los servicios de salud. Este aspecto es algo que organismos internacionales como la OMS apoyan, al insistir que la falta de integración es un factor que incide de forma negativa en la calidad de la atención (OMS, 2015). En Corea, donde los CLP están separados en dos seguros distintos: los hospitales de CLP, cubiertos por el Seguro Nacional de Salud, y las instalaciones de CLP, cubiertas por un seguro de CLP público (Kim, Jung y Kwon, 2015). En principio, aunque tal separación podría pensarse benéfica al dis-

minuir la medicalización innecesaria, no está coordinada de manera adecuada: ambas instancias se sobrepone y generan una competencia por pacientes con necesidades similares. Esto ocasiona que los servicios de CLP sean ineficientes, inefectivos e inseguros, por lo cual los autores recomiendan la integración del sistema (Kim, Jung y Kwon, 2015).

Apuntar hacia la integración de los servicios de salud y CLP importa, pues posibilita un servicio más eficiente y, en consecuencia, con mejores resultados en cuanto a la calidad de vida de la persona mayor; por ejemplo, se puede tomar la comparación del Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) en Estados Unidos, que ofrece servicios altamente integrados y una infraestructura muy desarrollada, y el "1915(c) Waiver", basado en el hogar y la comunidad. Los resultados muestran que las personas que ingresaron al PACE tuvieron una probabilidad menor de 13% de ingresar a una institución si se compara con el Waiver. Además, los que ingresaron al PACE tuvieron un riesgo inmediato de institucionalización 31% menor comparado con quienes lo hicieron al Waiver, aun después de controlar por factores individuales y del contexto. En conclusión, los resultados demuestran que, respecto a programas poco integrados como Waiver, los usuarios afiliados al PACE experimentaron reducciones significativas en ingreso a instituciones de CLP (Segelman, Van Reenen y Temkin-Greener, 2015).

La integración en servicios, de igual forma, es relevante para garantizar la salud de la persona mayor durante una transición entre hogares de residencia. Wysocki y colaboradores (2013) compararon la hospitalización de quienes son inscritos duales (reciben servicios de Medicare y Medicaid) y que se trasladaron a CLP en casa (CLPC) y la hospitalización de quienes permanecieron en un asilo. Los resultados muestran 297 hospitalizaciones para quienes estuvieron en asilos y 419 para quienes se trasladaron a CLPC. Los autores mencionan que no queda claro si quienes se quedaron en asilo sufren menos hospitalizaciones porque reciben cuidado médico o por la continuidad del cuidado en sí. Los mismos autores dejan claro que los cuidados

y las necesidades médicas deben considerarse al trasladar a un mayor hacia CLPC y subrayan, de nuevo, la integración en el servicio.

La integración de servicios es algo complejo y difícil de lograr. Hay ejemplos de programas que se han concentrado en alcanzar una coordinación de servicios más que una integración; por ejemplo, en Estados Unidos, Nadash (2004) hace una comparación entre lo que ofrece un coordinador de Medicaid (CLPM) y los beneficios que brinda un programa para las personas mayores de integración total (como PACE). Nadash concluye que CLPM es un programa factible para personas mayores con necesidades similares a los afiliados al PACE, puesto que ofrece un servicio más eficiente al tener control sobre todos sus servicios, mientras que el CLPM depende de una buena comunicación con sus proveedores; no obstante, lograr un programa como el PACE con mayor cobertura resulta muy complicado. Por ello, apuntar a programas bien coordinados entre servicios de salud y CLP es una opción viable.

Otro ejemplo de la importancia en la coordinación de servicios es la comparación, realizada por Popejoy y sus colaboradores (2015), entre personas mayores que viven en la comunidad que recibe cuidado coordinado de enfermería a través del programa Aging in Place y el cuidado de rutina de atención a la salud en casa (home health care). Estos autores muestran que, si bien el citado programa no tuvo un impacto en las hospitalizaciones, sí produjo una pequeña, pero significativa reducción en readmisiones. En todos los indicadores de resultado, excepto en los servicios de rehabilitación, el programa disminuyó el uso de servicios. Los autores concluyen que el estudio aporta a la evidencia de la efectividad de la coordinación de cuidados de enfermería en el estado de salud de las personas, e influye, a su vez, en la utilización y el costo de servicios.

Ahora bien, por más atractiva que resulta la integración y coordinación de servicios, cabe señalar un posible efecto adverso, que se refiere a la sobremedicalización de las personas mayores. No obstante, es importante mencionar que en la literatura no hay consenso acerca de esta preocupación; por ejemplo,

en Estados Unidos, el programa OPEN está diseñado para evaluar modelos de servicio coordinado basado en hospitales en un entorno urbano (Weiss y Sklar, 1984). A partir de un estudio con diseño experimental, los autores concluyeron que hay un efecto positivo en la moral de los participantes, un mejoramiento en la funcionalidad y una disminución en los costos. Sin embargo, el hecho de que sea un programa basado en hospitales provoca que haya diversos enfoques en el tratamiento médico.

El caso de COPA, un programa francés de satisfacción de necesidades geriátricas individuales, presenta conclusiones distintas. Este se basa en el fortalecimiento del papel del médico de primer nivel; la integración de profesionales de salud en un equipo multidisciplinario de atención primaria en salud con administradores de caso; la integración de la atención primaria; el cuidado especializado por medio de geriatras basados en la comunidad; y la generación de sistemas de comunicación integrados.

Al realizar una primera evaluación de este programa, Vedel y su equipo (2009) concluyen que el modelo de abajo arriba es innovador y provee una forma de dar atención integrada a las personas mayores, con una participación activa de los médicos; sin embargo, no se analiza el tema de la sobremedicalización. Esta diferencia entre el OPEN y el COPA podría tener una explicación, dado que no basta que la integración de CLP y servicios de salud se materialice a nivel institucional, sino que ha de traducirse en una verdadera atención integrada y multidisciplinaria.

Otro ejemplo de integración es el proyecto piloto de telesalud en Taiwan (Hsu *et al.*, 2010) basado en la integración de tres servicios: cuidado en casa, cuidado comunitario y cuidado residencial. Min-Huei Hsu y colaboradores analizan el funcionamiento de esa integración. Los resultados del piloto mostraron que los modelos de cuidado en casa y en la comunidad facilitaron la respuesta de atención médica y que el modelo de cuidado en casa redujo la tasa de readmisión hospitalaria en el 0.05%. Por otra parte, el modelo de cuidado en residencias (instituciones) disminuyó tasas de read-

misión hospitalaria, infecciones nosocomiales y eventos adversos con medicamentos. En cuanto al futuro del programa, los autores citan como limitación principal el financiamiento y la necesidad de desarrollar tecnologías de telesalud más amigables con el usuario.

La integración debe entonces realizarse de manera que comprometa a todos los involucrados en CLP; por ejemplo, la OCDE ha puesto la atención al papel que las propias personas mayores pueden tener en los CLP, es decir, las generaciones futuras de ancianos sanos podrían ser futuros cuidadores (Lundsgaard, 2005). Uno de los pocos ejemplos que se pueden encontrar de cómo los mayores pueden involucrarse en CLP es el estudio liderado por Theurer, Wister, Sixsmith, Chaudhury y Lovegreen (2014), cuya intervención se basó en grupos de ayuda mutua en instituciones de CLP, la cual se diseñó para que el personal de las instituciones creara un grupo de ayuda mutua semanal de entre 45 minutos y una hora; se esperaba alta participación de los residentes y, en su caso, de los familiares. Los autores notan que, en la observación de los residentes, se logró una alta participación que se podía percibir como satisfactoria y se vio como una experiencia positiva para la mayoría de los residentes.

### **Impactos de cuidados de largo plazo en casa sobre mediciones de mortalidad, institucionalización y hospitalización**

La OCDE y la OMS comparten la opinión de que los CLPC propician mejores niveles de vida de las personas mayores. Una razón para ello es que los CLPC promueven la independencia de los ancianos y su sentido de autonomía (Huber *et al.*, 2005; Lundsgaard, 2005). Esta aseveración de los organismos internacionales concuerda con el éxito que distintos estudios han señalado sobre los CLPC en criterios como mortalidad, hospitalización e institucionalización. En cuanto a mortalidad, los CLPC parecen tener mejores resultados, pues en un análisis (Albert, Brassard, Mayeux, Simone y Stern, 2005) que comparó el riesgo de mortalidad entre aquellos que utilizaron servicios de cuidado en casa (Medicaid

Home Care Services Program) y los que no, la mortalidad fue del 5.5% entre los usuarios de este programa y del 16.4% entre los que no recibieron el servicio.

De igual forma, en lo referente a la institucionalización, la mayoría de los estudios sobre el impacto de CLPC parecen tener resultados positivos; por ejemplo, Chelsea Village (Kellogg y Brickner, 2000) es un programa de CLPC con servicios de atención médica, apoyo emocional e intervenciones, que combina las habilidades de médicos, enfermeras y trabajadores sociales con una buena coordinación entre instancias institucionales y recursos de la comunidad. Al estudiar este modelo, Kellogg y Brickner (2000) concluyen que el estado funcional de las personas mayores mejoró, el uso de hospital fue más eficiente y apropiado, y el ingreso a asilos con frecuencia se postergó como resultado del cuidado de Chelsea Village.

El retraso de institucionalización también se mostró al analizar los CLPC a través de Medicaid, modalidad que es costo-efectiva, según Pande, Laditka, Laditka y Davis (2007). Más importante aún, este análisis reveló que, aunque los mayores con acceso a CLPC estaban notablemente más frágiles en 2005 que en 1995, no fueron institucionalizados, lo que sugiere que el programa CLPC fue exitoso para evitar el ingreso a CLP institucionales. Con base en la misma línea, Elgar, Knight y Worrall (2002) evaluaron la funcionalidad en adultos mayores inscritos a CLPC y las razones por las cuales abandonan los programas de CLP. Los autores concluyen que los programas de CLPC dan una buena oportunidad para pasar los últimos años de vida en casa y que el hecho de que más clientes fueran dados de alta de CLPC debido a que mejoraron tiene una repercusión positiva en la moral de los cuidadores (Elgar, Knight y Worrall, 2002).

No obstante, al estudiar el SCLP de Japón, Olivares-Tirado, Tamiya y Kashiwagi (2012) identificaron que, al momento de medir y analizar el alcance e impacto de los servicios del SCLP, los efectos de los servicios en casa durante el estado de la transición de la discapacidad son modestos y débiles. Aun con este último ejemplo de Japón, los CLPC parecen tener efectos positivos en la disminución de hospitalización y mortalidad, y en la

postergación de la institucionalización. Esta modalidad es la preferida de las personas mayores y parece ser una opción costo-efectiva en cuanto a la implementación de programas.

Sobre los CLP institucionales, se puede decir que, respecto a la movilidad y el mejoramiento de esta, Lazowski y su grupo (1999) compararon la factibilidad y eficacia de un programa de entrenamiento funcional (Functional Fitness for Long-Term Care) con programas tradicionales de activación física (ROM: range of motion exercises), y encontraron que cuatro meses de ejercicio en el programa de entrenamiento funcional condujeron a mejoras significativas en movilidad, fuerza en cadera y rodilla, entre otras; para el grupo inscrito en el programa tradicional, solo se observó una mejoría en la fuerza del hombro y hubo deterioros significativos en cadera, movilidad y otras. A partir de los escasos datos reportados en la literatura, se reconoce la importancia de ayudar a la persona mayor a conservar su movilidad, pues el deterioro de esta, sin duda, contribuye o acelera la pérdida de independencia (Kuzuya *et al.*, 2012).

### **Esquemas de financiamiento y su problemática**

La conclusión que se puede rescatar del rol del financiamiento no es alentadora y es simple de inferir: financiar programas de CLP es costoso y complejo. En general, se entiende que hay dos alternativas de financiamiento: modelos en los que las autoridades locales proveen los servicios sin costo y modelos en los que se le da al estado el papel residual de financiar los cuidados una vez que las demás opciones se han agotado (Karlsson, Mayhew y Rickayzen, 2007). La mayoría de los países se ubican en algún punto dentro de este espectro.

El país que más información aportó en la revisión de evidencia fue Estados Unidos. La fragmentación y complejidad del sistema estadounidense ocasiona que mucha gente cuente con Medicare y con Medicaid (inscritos duales), aspecto que los hace personas vulnerables y costosas para el sistema (Rice, Kasper y Pezzin, 2008). Mientras que Medicare cubre a todas las personas de 65 años y más, recibir cobertura de Me-

dicaid (la fuente principal de financiamiento de CLP) depende de un estricto criterio financiero. Por ello, lograr la coordinación entre pagos y servicios de ambos programas ha representado un problema.

Rice, Kasper y Pezzin (2008) concluyen que las dos mejores combinaciones de política, en términos de porcentaje de personas mayores que reciben altas horas de cuidado y el porcentaje más bajo de personas mayores que reciben pocas horas, es el gasto de CLP en comunidad frente a cuidados en asilos y bajo gasto de comunidad por afiliado.

Lo anterior evidencia lo complejo que resulta el sistema estadounidense. La ruptura entre Medicaid y Medicare impacta, sin duda, la provisión de servicios y crea cargas financieras. A fin de poder mejorar tal situación, Medicare comenzó a depender de planes de riesgo (Komisar, Hunt-McCool y Feder, 1997), pero este intento de solución, en realidad, ha agravado los problemas al provocar restricción de acceso y falta de incentivos para coordinar el cuidado con CLP. Este gasto ineficiente por parte de Medicare obliga a los usuarios a apoyarse en Medicaid, lo que crea una gran presión financiera (Komisar, Hunt-McCool y Feder, 1997).

La fragmentación del caso estadounidense en cuanto al financiamiento de CLP ha ocasionado la creación de alternativas que combinan subsidios públicos con coberturas privadas; por ejemplo, al estudiar si los pagos de Medicaid al PACE son menores que los pagos por servicio en una cohorte de CLP, Wieland, Kinoshian, Stallard y Boland (2013) encuentran que la afiliación al PACE está asociada a costos de Medicaid más bajos.

Otro ejemplo es el programa Elder Health Inc., una organización privada que provee servicios de cuidado con fines de lucro, que funciona en Maryland debajo de tasas de capitación de Medicaid y Medicare (Burton Kasper, Stevens y Weiner, 2012). Este programa ha desarrollado una práctica médica para los inscritos duales con el objetivo de ofrecer un cuidado integral: prevención mediante un servicio de enfermería en clínicas, cuidado en comunidad por médicos en servicios primarios y centros de día para adultos, lo que facilita la vigilancia de problemas médicos. Los autores, al analizar el Elder

Health Inc., notaron que los pacientes inscritos al programa tuvieron niveles de satisfacción más altos, tanto globales como de acceso al cuidado y en la capacidad técnica de cuidadores, que las personas mayores que están en pago por servicio (Burton *et al.*, 2012).

### **Recomendaciones para la política pública**

En 2015, la OMS concluyó que, en el siglo XXI, ningún país puede ignorar la relevancia de contar con un sistema de CLP coordinado (OMS, 2015), y todos deben reconocer que esos servicios forman parte de los bienes públicos de los cuales el Estado es responsable (OMS, 2015). Con base en la información presentada hasta el momento, la conclusión ofrecida por la OMS hace aún más apremiante la necesidad de formular recomendaciones de política pública para el caso mexicano. A continuación se presentan las lecciones más importantes de este documento, que se han redactado tomando en cuenta los aspectos principales en cuanto a CLP se refiere. Los siguientes cinco puntos son pilares para cualquier programa de CLP. En seguida, se plantean las recomendaciones puntuales para la política pública.

### **Cuidados de largo plazo: entre la atención social y la atención a salud**

Una de las preocupaciones más apremiantes al hablar del desarrollo de un sistema de CLP integrado a los servicios de salud, es la carga que este generaría sobre el sistema público de salud, el cual ya se encuentra, de por sí, saturado. Sin embargo, es conveniente recordar que gran parte de los cuidados y servicios que se brindan a las personas mayores es apoyo instrumental para realizar actividades diarias, cuidados personales y acompañamiento, entre otros cuidados sociales. Además, los beneficios mencionados que esa integración representa para las personas mayores, entre ellos menor probabilidad de hospitalización, redundan en un uso más eficiente de los recursos públicos.

Por lo anterior, en el caso de México, los servicios de CLP deben ser integrales y la Secretaría de Salud es la instancia responsable de brindarlos. La estrategia debe basarse

en la realidad actual de provisión de cuidado en México, donde la familia es la principal fuente de apoyo. Así, la Secretaría de Salud ofrecería el apoyo necesario a los cuidadores informales. La integración podría darse mediante la creación de un área específica encargada de los servicios sociales/personales, la cual podría incluirse también como parte del Sistema de Protección Social en Salud, aunque, a diferencia de los beneficios otorgados por el Seguro Popular, la cobertura de CLP tendría que ser universal en función de las necesidades y con acciones específicas consideradas como indispensables; lo anterior implica un sistema tangencial distinto al actual.

La integración debe, pues, basarse en el diseño de servicios que auxilien, por una parte, a las personas que ya llevan a cabo la mayor parte de los cuidados en el ámbito social (familiares) mediante apoyos para estas actividades (servicios sociales), por ejemplo, la sustitución por algún cuidador formal durante algunas horas o la creación de centros de día. Por otra, la integración debe considerar los servicios de salud que favorezcan el seguimiento y tratamiento de personas mayores dependientes en su hogar. Los detalles de las estrategias dependerán de lo definido como necesidades de cuidado, tanto de salud como sociales.

Para el diseño de nuevas estrategias de atención social y salud en el hogar, sería conveniente contar con una evaluación de los dos programas existentes de atención domiciliaria: el programa de Médico en su Casa, de los Servicios de Salud de la Ciudad de México, y el de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, del IMSS. Hasta ahora se tiene poca información sobre el desarrollo de estos y no se conoce el impacto que han tenido ni tampoco si son sostenibles en el largo plazo. Una evaluación económica de ellos permitirá definir si se puede replicar alguno de estos modelos, adecuarlos o, en su caso, mejorarlos para usarlos a nivel nacional. En materia de atención de CLP en el país, sería recomendable que la Secretaría de Salud asumiera la responsabilidad, diluida en este momento entre distintas instancias de desarrollo social (INAPAM, DIF), respecto a un registro obligatorio, definición de estándares de calidad y evaluación/supervisión de estos.

### **Cuidados de largo plazo: balance en la provisión de servicios entre el hogar, la comunidad y las instituciones**

Otra de las grandes discusiones en torno a los CLP se refiere a la mejor manera de mantener un balance óptimo entre la provisión de servicios en el hogar y la institucionalización de las personas. De acuerdo con directivas de organismos internacionales de mantener a las personas mayores en su hogar como estrategia central de un envejecimiento exitoso, se espera que se sigan estos lineamientos en las estrategias nacionales de envejecimiento y CLP en México. Estudios en distintos países han demostrado que los servicios basados en el hogar o la comunidad, además de ser la elección de la mayoría de las personas mayores, son menos costosos que los cuidados en instituciones.

En México, la tendencia actual marca que las personas mayores se mantienen en su hogar y, hasta ahora, las tasas de institucionalización son bajas. Sin embargo, esto no quiere decir que ese arreglo sea idóneo. Las bajas tasas de institucionalización no justifican la falta de regulación existente para las instituciones de CLP. Actualmente, no hay evaluación sistemática de la calidad de la atención, de las condiciones ambientales ni de infraestructura de las instituciones; tampoco se cuenta con información pública accesible a los usuarios potenciales y sus familias. Ante el envejecimiento poblacional en México, es indispensable la regulación de las instituciones de CLP para que las personas que consideraran vivir en una institución tengan una opción digna de cuidado.

En virtud de que la mayor parte de los cuidados y la atención domiciliaria se realiza de manera informal en el hogar por familiares y sin retribución alguna, la discusión debería estar también enfocada en cuál debe ser el balance para mantener las redes familiares de la persona mayor dependiente, sin sobrecargar a estas con la responsabilidad de los cuidados, y brindar, al mismo tiempo, servicios personales y de salud en el hogar sin que esto implique una crisis financiera en el sector que los provea. Se debe desarrollar e implementar alguna estrategia de cuidados domiciliarios formales para ali-

viar el desgaste de los familiares, que contribuya a una atención óptima a la persona mayor dependiente.

Es indispensable retomar la discusión en torno a quién tiene la responsabilidad de los cuidados de las personas mayores y, en particular, de aquellos con dependencia. Se debe pensar en impulsar la responsabilidad principal del individuo (prever sus necesidades futuras de cuidado) de manera conjunta con el Estado (apoyo mediante programas específicos) y fortalecer, para los casos en que esté disponible, el apoyo de los familiares, pero sin asumir que estos son los principales responsables del cuidado de la persona mayor, como señala ahora la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

### **El papel de la familia en la provisión y el financiamiento de cuidados de largo plazo**

En el balance entre cuidados en casa e instituciones destaca que los primeros son provistos, primordialmente, por la familia. Lo anterior ha llevado a que organismos internacionales y ciertos países exploren la forma en la que los programas de CLP pueden apoyarse sobre ese pilar. En principio se pensaba que se podía explotar el papel del cuidador informal; por ello, en muchos países se implementaron pagos a los familiares (ya sea de manera directa o indirecta por medio de la persona mayor). No obstante, se han notado efectos adversos respecto a esa medida. En primer lugar, si el pago es indirecto, entonces el cuidador informal no recibe la retribución económica. En segundo, aunque el pago sea directo, se debe entender que tal retribución no tiene la intención de ser un salario, sino un simple pago simbólico que reconoce el trabajo realizado. Los pagos, por ende, terminan creando un círculo de pobreza, ya que se incentiva al familiar a permanecer fuera del mercado laboral formal sin que el pago represente un medio de subsistencia. Este problema se agrava aún más en países como México, donde prevalecen altos grados de informalidad.

El fomento a la informalidad y el círculo de la pobreza no es lo único preocupante respecto de los progra-

mas de CLP que se apoyan de manera plena en las familias. Se debe mencionar que el cuidado de una persona mayor dentro del hogar y gran parte de las labores designadas como "domésticas" recaen sobre la mujer. En principio se había pensado que los beneficios económicos a las familiares cuidadoras podrían ser impulsores de la igualdad de género. Esto no resultó así, pues, aunado al hecho de que condenan a la mujer a la informalidad, tales beneficios, aunque bien intencionados, ignoran que la ejecución de labores domésticas es una actividad inherentemente inequitativa en cuanto a género se refiere.

Una vez más, esta lección es vital en el caso de México, al ser un país donde el rezago en equidad de género es incuestionable. Esto se vuelve aún más alarmante al subrayar que, como se ha mencionado, los CLP pueden ser necesarios durante un periodo muy largo, lo cual significa que las mujeres que dejen sus estudios o trabajo para cuidar a una persona mayor es muy probable que no retomen estas actividades.

El papel de la familia en los CLP, y en particular de las mujeres, es innegable. Sin embargo, la manera en la que los programas de CLP puedan o deban apoyarse sobre la familia debe establecerse de un modo multidimensional. Es necesario encontrar la forma en que los programas de CLP partan de la familia, pero sin volver de ella el pilar primordial del cuidado. Esto es de especial urgencia en México, donde se depende casi en absoluto del papel de la familia para el cuidado.

No obstante, adoptar en el país una medida de pago simbólico a cuidadores, como en algunas naciones, causaría más problemas al saberse de antemano que va a impulsar la informalidad, fortalecer círculos de pobreza y frenar la equidad de género. Beneficios en efectivo a familias cuidadoras, por ende, no debe ser el mecanismo a emplear. El objetivo debe ser apoyarse en la familia como proveedores de cuidado, sin volverla el pilar. Una manera de lograrlo sería a través de una provisión de cuidados formales por parte del gobierno que balancearan la oferta de cuidado. A su vez, centros de respiro para los cuidadores han de ser prioridad, pues el desgaste que significa cuidar a una persona

mayor afecta la salud mental de quien desarrolla la parte central de la actividad y, en consecuencia, la calidad del servicio que pueden ofrecer.

La discusión sobre el papel de la familia mexicana en CLP, por ende, debe estar en relación con la manera en la que se debe lograr un balance en las redes familiares de la persona mayor dependiente, sin colocar en estas la responsabilidad de los cuidados, y brindar servicios sin que esto implique una crisis financiera en el sector que los provea. No obstante, para alcanzar lo anterior, el primer paso es mantener una conversación con las familias que proveen cuidado, ¿qué necesitan ellas? Esto es algo que los organismos internacionales han enfatizado. Un programa piloto que permitiera a las familias cuidadoras expresar sus deseos y preferencias sobre cómo elegirían ser apoyadas sentaría bases sólidas sobre las cuales las políticas futuras podrían plantearse.

### **Esquemas de financiamiento público**

Es probable que el tema más complejo en cuanto a CLP, tanto que no hay un consenso al respecto, es la manera de financiar públicamente los programas en esa área. En general, los ejemplos internacionales giran en torno a las siguientes posibilidades: impuestos (federales o locales), primas, copago, o una mezcla de todas las anteriores. El financiamiento público puede, a su vez, tener el objetivo de cubrir de modo total o parcial los CLP brindando los beneficios en efectivo o en especie. Cuando son en efectivo, en general, se trata de una cantidad fija que recibe la persona mayor y, puede ser el caso, que esta deba comprobar que ese gasto sí haya sido destinado a su cuidado. El beneficio en especie puede consistir en brindar ayuda en casa, servicios de enfermería, comida caliente, entregada a domicilio, tareas domésticas, entre otros.

El recibir beneficios provenientes del financiamiento público está sujeto, en su mayoría, a cumplir con ciertos criterios de elegibilidad: edad, grado de dependencia y nivel de ingreso son los más comunes. Por lo regular, la persona debe tener 60 años o más para aplicar a programas de CLP y su nivel de ingreso es un factor de-

cisivo en la cantidad de beneficio a recibir. El grado de dependencia es un criterio que responde a dos propósitos. En primer lugar, sirve como margen para probar necesidad de CLP, por lo que hay un umbral de dependencia mínima a cumplir. En segundo, permite una distribución más eficiente de los recursos ya que, al identificar el nivel de dependencia, permite brindar servicios específicos que correspondan a la necesidad de cuidado.

Existen casos, como el de Israel, donde enfermedades como la demencia excluyen a las personas mayores de tener que pasar por los exámenes para probar dependencia y reciben los beneficios de inmediato. La valoración del nivel de dependencia correspondiente está a cargo de médicos, personal de enfermería y de trabajo social.

La realidad es que ningún país, hasta la fecha, está exento de problemas sin importar la modalidad de subsidio público que se adopte. Como se señala en este documento, hay casos de copago o en los cuales los CLP responden a un sistema de seguridad social universal. La realidad de México —un país con un alto nivel de informalidad en su mercado laboral y una difícil recaudación de impuestos— vuelve aún más complicado el tema del financiamiento de CLP. Por ello, más que crear un sistema de CLP nacional en México, resultaría más eficiente apoyarse en instituciones ya existentes, como la Secretaría de Salud.

El método del financiamiento público, sin duda, debe formularse de tal modo que corresponda al beneficio que se quiera otorgar; es decir, el financiamiento debe responder adecuadamente al alcance y la amplitud de los beneficios de CLP que se definan; si estos serán universales, o no, y qué tan amplia es la gama de beneficios posibles (Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2005).

Dada la precariedad de los servicios de CLP en México, ofrecer una propuesta de esquema de financiamiento es algo que rebasa las posibilidades de este documento. No obstante, hay ciertos puntos que no puede ignorar cualquier esquema de financiamiento que se piense formular en el futuro. En primer lugar,

resulta innegable el rol que el gobierno debe tener en el financiamiento de CLP. Dado que estos cuidados se entienden como un bien público, será obligación del Estado mexicano garantizar su provisión y financiamiento. Sin embargo, en virtud de la complejidad económica en México, convertir al Estado en el único financiador de CLP no resulta factible. Por lo anterior, se debería apuntar hacia un esquema de financiamiento de copago entre usuario y Estado, con base en niveles socioeconómicos y con topes máximos de contribución. A su vez, el acceso a los beneficios debería depender de una valoración del nivel de dependencia. Este financiamiento tendría que empalmarse con beneficios en especie para evitar un fomento a la informalidad y respaldarse en instituciones existentes.

### **Recursos humanos**

Cuando un país considera la posibilidad de instalar un sistema nacional de CLP, no solo el reto del financiamiento resulta el más complejo. Contar con una fuerza laboral suficientemente capacitada es una de las dimensiones de mayor dificultad, tanto por los problemas para retener al personal y el reclutamiento insuficiente como por las consecuencias que tiene en la calidad de atención un personal sin entrenamiento adecuado.

El objetivo de mejorar los niveles de desempeño y la satisfacción personal de los trabajadores remunerados y no remunerados encargados de otorgar CLP está relacionado con varias dimensiones:

#### **a) Retención y reclutamiento**

Muchos países en el mundo están desarrollando estrategias para retener y reclutar personal. Canadá, Holanda, Nueva Zelanda y el Reino Unido han implementado diversas iniciativas, como diplomados, creación de empleos, estándares de atención y reclutamiento de personas sin entrenamiento condicionadas a obtener la acreditación en los primeros meses de empleo. Otras estrategias han incluido incentivos financieros y entrenamiento para aquellos desempleados que ocupen posiciones en el sistema de CLP.

Es evidente que México no tiene una estrategia, al menos pública, de retención y reclutamiento para cuidadores formales o informales. Sin embargo, sería factible diseñar un conjunto de estrategias que, junto con las presentadas en otras dimensiones, pudiera dar una respuesta integral al reto de los CLP; por ejemplo, aquellos jóvenes que no han tenido acceso a educación universitaria podrían constituirse en personal, una vez entrenados. Si se suman una serie de incentivos educativos, profesionales y económicos, podría ser posible que el país resolviera el enorme reto de una tasa de desempleo creciente entre los jóvenes, a la vez que garantizaría recursos humanos suficientes para CLP.

La misma población mayor constituye una fuente importante de cuidadores que pueden insertarse o reinserarse a un mercado laboral de salud. Otra posibilidad la representan los trabajadores de la salud jubilados.

#### **b) Regulación y acreditación**

Todos los cuidadores formales e informales deberían contar con las capacidades y los conocimientos suficientes para otorgar cuidado, no solo para proveer el más alto bienestar a los ancianos bajo su cuidado, sino para enfrentar el desgaste que significa el cuidado de otro en condiciones de dependencia. Por supuesto, la regulación y acreditación va más allá de pensar únicamente en el personal.

#### **c) La capacitación y el apoyo adecuados**

En México no hay una política pública explícita y definida, sino más bien esfuerzos diluidos en pequeñas experiencias, como el curso de cuidadores que otorga el Servicio de Geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, el cual, si bien es de un alto nivel, su impacto a escala nacional es limitado. Otro ejemplo similar es el Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas y Frágiles y con demencia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Ante el vacío que existe como sector en esta necesidad, algunas empresas privadas han empezado a impartir cursos sin que existan estándares claros de calidad o supervisión adecuada.

Por lo tanto, es indispensable determinar el conjunto de competencias básicas, según el nivel de complejidad que el cuidado requiera, que incluya no solo los aspectos clínicos o biológicos, sino, de manera fundamental, actitudes, estrategias de manejo de estrés y

desgaste y educación para evitar la discriminación y el maltrato. La supervisión permanente es también una tarea importante. Esta dimensión de capacitación debe incluir tanto a cuidadores formales como a informales, con acciones que comprendan estrategias de apoyo.



## Utilizar la evidencia para la formulación de la respuesta de política pública

Una vez expuesta la sección anterior, que contiene las lecciones aprendidas en materia de CLP y la forma en que se podrían enfrentar algunos de los actuales retos en México, a continuación, se presentan algunas conclusiones y recomendaciones específicas de políticas públicas. La figura 4 muestra las recomendaciones en tres ámbitos: investigación, provisión y marco jurídico o normativo de los CLP.

### Investigación

- Definir y estimar la demanda actual y proyectada de servicios de cuidado, los costos actuales y futuros asociados a la dependencia funcional de los adultos mayores, y estimar los recursos financieros, humanos y de infraestructura necesarios para operar un sistema de CLP.
- Contar con financiamiento para estudios cualitativos que complementen los datos de la ENUT, con el objetivo de conocer las preferencias de las personas dependientes y sus cuidadores sobre la posibilidad de recibir apoyos: monetario, centros de respiro, centros de día, entre otros. Lo anterior se debe realizar antes de diseñar estrategias específicas de apoyo a los hogares, ya que resulta fundamental conocer qué sería aceptable y qué no para así evitar programas fallidos.
- Estudiar los costos asociados a los cuidados y a la dependencia, no solo por parte de los cuidadores, sino globalmente, considerando costos y efectos para todos los niveles.

### Provisión de servicios de cuidados de largo plazo

- La Secretaría de Salud debe asumir la responsabilidad de la provisión de servicios de CLP, que abarca servicios de salud y sociales, así como de la regulación de las instituciones. Todo esto desde

una perspectiva multidimensional y de integración intersectorial.

- Generar estrategias con enfoque multidimensional de apoyo a los familiares o cuidadores principales para disminuir los costos directos e indirectos, incluyendo servicios de acompañamiento y de ayuda en actividades de cuidado personal.
- Extender los modelos de visita médica domiciliaria para personas mayores dependientes.
- Establecer centros de respiro para los familiares cuidadores.
- Diseñar estrategias de apoyo adicional como servicios de comida caliente, relevo de cuidado, entre otras.
- Diseñar modelos de CLP en el marco del primer nivel de atención de los servicios de salud.
- Elaborar un programa de acreditación tanto para instituciones de CLP como para personal, en equivalencia al programa de certificación de instituciones prestadoras de servicios de salud.

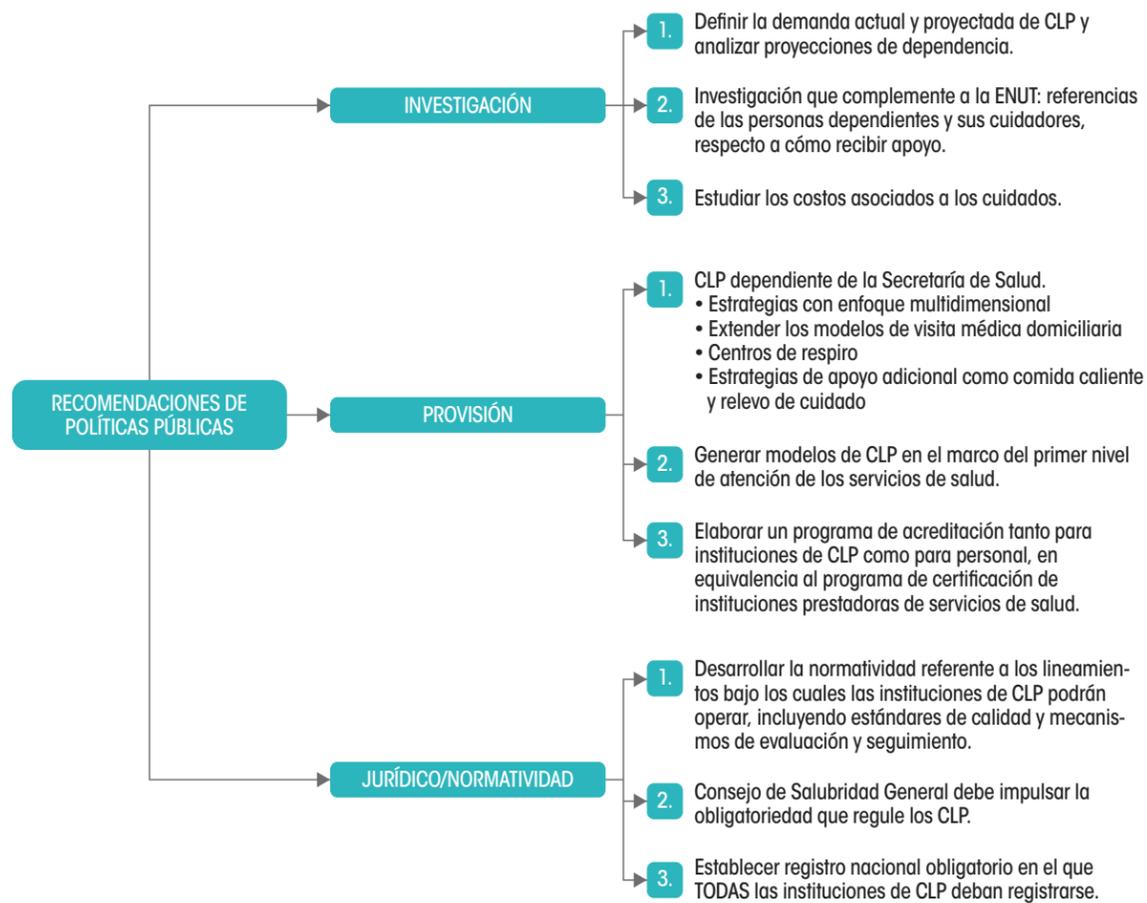
### Normatividad

- Es necesario distinguir que la normativa sobre la asistencia social (Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012) se refiere, fundamentalmente, a población vulnerable, que comprende ancianos y que, por lo tanto, es insuficiente como instrumento regulador de las instituciones de CLP para adultos mayores.
- Por tanto, es indispensable desarrollar la normativa referente a los lineamientos o requerimientos con base en los cuales las instituciones de CLP para personas mayores podrán operar, incluyendo los estándares de calidad de carácter obligatorio y de observancia nacional, y definiendo una institución única encargada de supervisar, evaluar y, en su caso, sancionar a aquellas que no los cumplan.

- El Consejo de Salubridad General debe impulsar la declaratoria de obligatoriedad que regule la prestación de CLP para que la Secretaría de Salud, en consecuencia, proponga la norma oficial correspondiente, así como un programa nacional de capacitación.
- Establecer un registro nacional obligatorio en el que todas las instituciones de CLP deban inscri-

birse, sin importar su razón social o condición de financiamiento, con la finalidad de concretar las acciones de control y vigilancia hacia estos establecimientos, a la vez que se disponga de un instrumento de información de acceso público para todos los usuarios potenciales de estas instituciones y sus familiares.

Figura 4. Esquema de recomendaciones de políticas públicas



Fuente: Elaboración del CONEVAL.

Enfrentar el proceso de envejecer en la sociedad actual puede ser un reto de gran magnitud, y es aún más difícil para aquellas personas ancianas que dependen del apoyo y cuidado de otros de manera permanente, incluso para las necesidades más elementales. El reto se agrava en una sociedad en la que los valores predominantes se basan en la perpetua búsqueda de juventud, de éxito profesional y riqueza, donde envejecer tiene, una carga peyorativa. Esta concepción, errónea y dañina, tiene que cambiar. Como bien reitera la OMS (2015), "sin importar edad o nivel de capacidad, todas las personas mayores tienen derecho a una vida digna y plena" (p. 135).

Como parte de una política nacional de envejecimiento activo se deben generar estrategias que fo-

menten un cambio en el pensamiento social y las percepciones hacia la vejez. Cualquier política pública debe respaldarse en un discurso público que revalorice el papel de las personas mayores y su contribución a la sociedad. Además, deben eliminarse los prejuicios y estereotipos contra los adultos mayores. De no alcanzar este cambio cultural, el gasto en políticas públicas orientadas a una vida digna para los adultos mayores será visto como inútil y el incentivo para desarrollar programas al respecto será mínimo. Se debe enaltecer el lugar que ocupan los adultos mayores en la sociedad y crear condiciones favorables para su participación efectiva y así, en verdad, lograr que la vejez digna sea una promesa compartida y fomentada por el Estado, en vez de una carga.



## Conclusiones

En la revisión de evidencia sobre la efectividad de intervenciones relacionadas con CLP para personas adultas mayores se identificaron los principales hallazgos, las consideraciones acerca de las carencias de información en cuanto a la efectividad de programas y acciones, la insuficiencia o falta de políticas nacionales que busquen mejorar las problemáticas abordadas, y los retos principales para enfrentar la problemática actual:

- Los CLP son los servicios requeridos por una persona que sufre de dependencia permanente (que ha perdido autonomía para realizar actividades de la vida diaria) y pueden suministrarse de manera institucional o en el hogar (ya sea por cuidadores formales o informales).
- Uno de los grandes desafíos en los CLP es la inclusión de la variable del tiempo; es decir, los programas de CLP tienen que formularse siempre tomando en cuenta que deberán perdurar durante largos periodos; por ello, la sustentabilidad de los beneficios y del esquema de financiamiento debe considerar el largo plazo.
- Un aspecto que reconocer en el diseño de CLP es la importancia de la integración de los servicios de salud y los CLP, pues ello posibilita un servicio más eficiente y, por ende, con mejores resultados en la calidad de vida de los adultos mayores.
- Los CLP en casa brindan mejores niveles de satisfacción por parte de los adultos mayores debido a que promueven la independencia de estos y su sentido de autonomía.
- Asimismo, los CLP en casa parecen tener resultados positivos en la disminución de la mortalidad, en el retraso del ingreso a CLP institucionales y en la hospitalización.
- La conclusión que se puede rescatar del papel del financiamiento no es muy alentadora, y es bastante obvia: financiar programas de CLP es muy costoso y complejo.
- La provisión de CLP en México es escasa y fragmentada; no hay una política nacional ni programas específicos. Los CLP se proveen mayormente en el hogar, de manera informal, por familiares, vecinos y amigos, sin remuneración y, en general, con poco o ningún tipo de apoyo.
- En 2015, la OMS concluyó que, en el siglo XXI, ningún país puede ignorar la importancia y necesidad de contar con un sistema de CLP coordinado, y todo país debe reconocer que esos servicios forman parte de los bienes públicos de los cuales el Estado es responsable.
- En México, los servicios de CLP deberían brindarse de forma integrada, y la Secretaría de Salud debería ser la instancia responsable de ellos. La estrategia tiene que basarse en la realidad actual de provisión de cuidado en México, donde la familia es la principal fuente de apoyo.
- La tendencia actual en el país marca que las personas mayores se mantienen en su hogar y, hasta ahora, las tasas de institucionalización son bajas. Sin embargo, las reducidas tasas de institucionalización no justifican la falta de regulación existente para las instituciones de CLP; actualmente, no hay evaluación sistemática de la calidad de la atención, de las condiciones ambientales ni tampoco de infraestructura de las instituciones; esto se suma a una falta de información pública accesible a los usuarios potenciales y sus familias.

- El papel de la familia en los CLP, y en particular de las mujeres, es innegable, pero la manera en la que los programas de CLP puedan o deban apoyarse en la familia tiene que establecerse desde una perspectiva multidimensional; esto significa que los programas de CLP se respalden en la familia sin convertir a esta en el pilar primordial del cuidado.
- El esquema de financiamiento público es, probablemente, el tema más complejo en cuanto a CLP. La realidad es que ningún país, hasta la fecha, está exento de problemas sin importar la modalidad de subsidio público que se adopte. El hecho de que México tenga un alto nivel de informalidad en su mercado laboral y una difícil recaudación de impuestos hacen el financiamiento de CLP un tema aún más complejo.
- Es necesario identificar mecanismos para mejorar los niveles de desempeño y la satisfacción personal de los trabajadores remunerados y no remunerados encargados de otorgar CLP.
- En términos de investigación, es conveniente definir la demanda actual y proyectada de servicios y cuidados que ahora se proveen, incluyendo una estimación actual y proyecciones de la dependencia funcional de los adultos mayores y los costos asociados a esta dependencia, tanto para los servicios de salud como en los hogares; considerar una valoración de los recursos financieros, humanos e infraestructura necesarios para operar un sistema en su totalidad y en etapas de acuerdo con las necesidades más apremiantes.



## Referencias bibliográficas

- Albert, S., Brassard, A., Mayeux, R., Simone, B. y Stern, Y. (2005). Medicaid Home Care Services and Survival in New York City. *The Gerontologist*, vol. 45, núm. 5, pp. 609-616.
- Asiskovith, S. (2013). The long-term care insurance in Israel: Solidarity with the elderly in an aging society. *J. Heal. Policy Res.*, vol. 2, núm. 3, pp. 1-19.
- Beard, J. R., Bloom, D.E., Fried, L. P., Hogan, P., Kalache, A. y Olshansky, S. J. E. (2011). Global population ageing : Peril or promise? World Economic Forum.
- Burton, L., Kasper, J., Stevens, G. y Weiner, J. (2012). Health outcomes and medicaid costs for frail older individuals: A case study of a MCO versus fee-for-service care. *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 50, pp. 382-388.
- Chevreul, K. y Brigham, K. (2013). Financing long-term care for frail elderly in France: the ghost reform. *Health Policy (New York)*. 2013; 111:213-20.
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (2005). Informe sobre la seguridad social en América 2006: los retos del envejecimiento y discapacidad: empleo y aseguramiento.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2014). Listado de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social. Recuperado de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Documents/Archivos\\_Estados/INVENTARIO\\_ESTATAL\\_CONEVAL\\_2014.zip](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Documents/Archivos_Estados/INVENTARIO_ESTATAL_CONEVAL_2014.zip)
- \_\_\_\_\_. (2018). Listado de Programas y Acciones de Desarrollo Social Federal 2018. Recuperado de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Documents/Inventarios\\_Anteriores/Listado\\_2018.zip](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Documents/Inventarios_Anteriores/Listado_2018.zip)
- Consejo Nacional de Población (2018). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2016-2050. Recuperado de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- Conapo (2011). Programa Nacional de Población 2001-2006. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/2001-2006>
- \_\_\_\_\_. (2015). La situación demográfica de México 2014. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2014.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2014.pdf)
- Díaz-Venegas, C., De la Vega, S. y Wong, R. (2015). Transitions in activities of daily living in Mexico, 2001-2012. *Salud Pública Méx.*, vol. 57, núm. 1, pp. S54-61.
- Elgar, F., Knight, J. y Worrall, G. (2002). Functional assessment of elderly clients of a rural community-based long-term care program: A 10 year cohort study. *Can J. Aging*, vol. 21, núm. 3, pp. 455-463.
- Espinel-Bermúdez, M. C., García-González, J. J., García-Peña, C., Juárez-Cedillo, T., Sánchez-García, S. y Viveros-Pérez, A., (2011). Impacto de un programa de atención domiciliar al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública Méx.*, vol. 53, núm. 1, pp. 17-25.
- Formación Universitaria (2011). La Literatura Gris, vol. 4, núm. 6. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-50062011000600001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062011000600001)
- Gertler, P. J., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L. y Vermeersch, C. (2017). La evaluación de impacto en la práctica. World Bank Publications.
- Gómez Dantés, H., García Peña, M., Sánchez García, S., Rosas Carrasco, O., Campuzano Rincón, J. y Lozano Ascencio, R. (2014). Escenarios de la dependencia en México. En L. Gutiérrez Robledo, M. García Peña y J. Jiménez Bolón (eds.). *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años* (pp. 63-90). Academia.
- Gough, D. (2007). Weight of evidence: A framework for the appraisal of the quality and relevance of evidence. *Research Papers in Education*, vol. 22, núm. 2, pp. 271-290.
- Gough, D., Thomas, J. y Oliver, S. (2012). Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic Reviews*, vol. 1, p. 28. Recuperado de <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2046-4053-1-28>
- Gutiérrez-Robledo, L. M., Reyes-Ortega, G., Rocabado-Quevedo y López Franchini, J. (1996). Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. *Salud Pública Méx.*, vol. 38, núm. 6, pp. 487-500.
- Gutiérrez-Robledo, L. M., Téllez-Rojo, M. M., Manrique Espinoza, B., Acosta Castilla, I., López Ortega, N., Salinas Rodríguez, A. y Sosa Ortiz, A. L. (2012). Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena. México: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- HelpAge International (2015). Global AgeWatch Index 2015. Recuperado de <http://www.helpage.org/global-agewatch/>
- Huber, M., Hennessy, P., Lundsgaard, J. y Izumi, J. K. W. (2005). *Long-term Care for Older People*, vol. 324, OECD.
- Huenchuan, S. y Rodríguez, R. I. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de la política. Cepal. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38879-necesidades-cuidado-personas-mayores-la-ciudad-mexico-diagnostico-lineamientos>
- Hsu, M. H., Chu, T. B., Yen, J. C., Chiu, W. T., Yeh, G. C., Chen, T. J. y Li, Y. C. (2010). Development and implementation of a national telehealth project for long-term care: A preliminary study. *Comput Methods Programs Biomed.*, vol. 97, pp. 286-292.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/nc/2016/default.html>
- \_\_\_\_\_. (2015a). Censo de Alojamientos de Asistencia Social 2015 (25 de enero 2017). Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/caas/2015/>

\_\_\_\_\_(2015b). Encuesta Intercensal 2015. Principales resultados, pp. 1-96. Recuperado de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825078966.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf)

\_\_\_\_\_(2014a). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2014). Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/>

\_\_\_\_\_(2014b). Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) (2014). Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enut/2014/>

Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)

Karlsson, M., Mayhew, L. y Rickayzen, B. (2007). Long term care financing in four OECD countries: Fiscal burden and distributive effects. *Health Policy* (New York), vol. 80, pp. 107-134.

Kellogg, R. y Brickner, P. (2000). Long-term home health care for the impoverished frail homebound aged: A twenty-seven-year experience. *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 48, núm. 8, pp. 1002-1011.

Kim, H., Jung, Y. y Kwon, S. (2015). Delivery of institutional long-term care under two social insurances: Lessons from the Korean experience. *Health Policy* (New York), vol. 119, pp. 1330-1337.

Komisar, H., Hunt-McCool, J. y Feder, J. (1997). Medicare spending for elderly beneficiaries who need long-term care. *Inquiry*, vol. 34, pp. 302-310.

Kuzuya, M., Izawa, A., Enoki, H. y Hasegawa (2012). Day-care service use is a risk factor for long-term care placement in community-dwelling elderly. *Geriatr. Gerontol. Int.* vol. 12, pp. 322-329.

Lozowski, D. A., Ecclestone, N. A., Myers, A. M., Paterson, D. H., Tudor-Locke, C., Fitzgerald, C. y Cunningham, D. A. (1999). A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 54, núm. 12, pp. M621-628.

Nadash, P. (2004). Two models of managed long-term care: Comparing PACE with Medicaid-only plan. *Gerontologist*, vol. 44, núm. 5, pp. 644-654.

Olivares-Tirado, P., Tamiya, N. y Kashiwagi, M. (2012). Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long-term care insurance system in Japan. *BMC Health Serv. Res.*, vol. 12, núm. 239, pp. 1-10.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Home-based Long-term care. Report of a WHO Study Group, 41.

\_\_\_\_\_(2002). Active ageing: A policy framework. *Ageing Male*, vol. 5, núm. 1, pp. 1-37. Recuperado de [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/)

\_\_\_\_\_(2015). Sistemas de cuidados a largo plazo. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, pp. 135-142.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2006). Outlines of Principles of Impact Evaluation. Documents for the International Workshop on Impact Evaluation for Development. Recuperado de <http://www.oecd.org/dac/evaluation/dacndep/internationalworkshoponimpacitevaluationfordevelopment15november2006->

\_\_\_\_\_(2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. *Health Policy Studies*, p. 265.

Pande, A., Laditka, S., Laditka, J. y Davis, D. (2007). Aging in place? Evidence that a state Medicaid waiver program helps frail older persons avoid institutionalization. *Home Health Care Serv. Q.*, vol. 26, núm. 3, pp. 39-59.

Partida Bush, Virgilio (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Pap. Poblac.*, vol. 11, núm. 45. Recuperado de [www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252005000300002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300002)

Popejoy, L., Stetzer, F., Hicks, L., Rants, M., Galambos, C., Popescu, M. y Marek, K. D. (2015). Comparing aging in place to home health care: Impact of nurse care coordination on utilization and costs. *Nurs Econ.*, vol. 33, núm. 6, pp. 306-313.

Rice, J., Kasper, J. y Pezzin, L. A. (2008). Comparative analysis of Medicaid long-term care policies and their effects on elderly dual enrollees. *Health Econ.*, vol. 18, pp. 275-290.

Rogers, P. (2014). La teoría del cambio. Síntesis metodológicas: evaluación de impacto, núm. 2. Florencia: Centro de Investigaciones de Unicef. Recuperado de [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%20%20Theory%20of%20Change\\_ES.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%20%20Theory%20of%20Change_ES.pdf)

Román, M. (2013). Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina: una mirada de conjunto. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, pp. 39-40.

Schunk, M. y Estes, C. (2001). Is German long-term care insurance a model for the United States? *Int. J. Heal. Serv.*, vol. 31, núm. 3, pp. 617-634.

Segelman, M., Cai, X., Van Reenen, C. y Temkin-Greener, H. (2015). Transitioning from community-based to institutional long-term care: Comparing 1915(c) waiver and PACE enrollees. *J. Am. Geriatr. Soc.*, pp. 1-9.

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (2017, 26 de enero). Conceptos generales. Recuperado de [http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia\\_01/documentacion/preguntas\\_frecuentes/con\\_generales/index.htm](http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/preguntas_frecuentes/con_generales/index.htm)

Suriano, R. D. (2003). Análisis de costos del programa de atención domiciliar en el paciente crónico (ADEC). *Rev. Enferm. IMSS*, vol. 11, núm. 23, pp. 71-76.

Tamiya, N., Yamaoka, K. y Yano, E. (2002). Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: Impact of the presence and kinship of family caregivers. *Int. J. Qual Health Care*, vol. 14, núm. 4, pp. 295-303.

Theurer, K., Wister, A., Sixsmith, A., Chaudhury, H. y Lovegreen, L. (2014). The development and evaluation of mutual support groups in long-term care homes. *Journal of Applied Gerontology*, vol. 33, núm. 4, pp. 387-415.

Vedel, I., Ankri, J., Bagaragaza, E., Bergman, H., Blanchard, F., Cassou, B. y Lapointe, L. (2009). A novel model of integrated care for the elderly: COPA, Coordination of Professional Care for the Elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 21, núm. 6, pp. 414-423.

Weiss, L. y Sklar, B. (1984). Project OPEN: A hospital-based long-term care demonstration program for the chronically ill elderly. Press TH, editor.

Wieland, D., Kinoshian, B., Stallard, E. y Boland, R. (2013). Does Medicaid pay more to a Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) than for fee-for services long-term care? *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 68, núm. 1, pp. 47-55.

Wysocki, A., Kane, R., Dowd, B., Golberstein, E., Lum, T. y Shippee, T. (2013). Hospitalization of elderly Medicaid long-term care users who transition from nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 62, pp. 71-78.



## Anexo 1. Metodología para la búsqueda y selección de evidencia

### Términos de búsqueda

La revisión de evidencia sobre lo que funciona, y no, para los cuidados de largo plazo (CLP) de las personas adultas mayores se realizó mediante la búsqueda y selección de diversos estudios, a través de definir términos clave que estuvieran contenidos en los títulos y en el cuerpo de los estudios.

En la búsqueda de evidencia sobre CLP de personas mayores se utilizaron tres conjuntos de términos clave, los cuales siguen el acrónimo PIO, compuesto

por: P = pacientes (conjunto 1); I = intervenciones (conjunto 2); y O = outcome o desenlace clínico (conjunto 3). No está incluido el componente C (comparación) debido a que la mayor parte de los estudios no son ensayos clínicos o estudios de intervención. La búsqueda de los términos se realizó en inglés y español. A partir de las combinaciones de los tres conjuntos, se obtuvieron 75 combinaciones en español ( $5 \times 5 \times 3 = 75$ ) y el mismo número ( $5 \times 5 \times 3 = 75$ ) en inglés.

**Cuadro A1.** Términos de búsqueda en inglés y español

Cuidados de largo plazo para personas mayores		
Conjunto 1	Conjunto 2	Conjunto 3
elderly old people persons over 60 years	programs model strategy services long term care	quality of life functionality costs effectiveness mortality
adultos mayores personas mayores personas mayores de 60 años	programas modelos estrategias servicios cuidados de largo plazo	calidad de vida funcionalidad costos efectividad mortalidad

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

### Bases de datos utilizadas

Después de definir los términos clave para encontrar evidencia sobre lo que ha funcionado, o no, en las po-

líticas relacionadas con los CLP de adultos mayores, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura en bibliotecas electrónicas.

**Cuadro A2.** Bibliotecas electrónicas utilizadas en la búsqueda de evidencia

MEDLINE- PubMed SCOPUS The Cochrane Library The Cochrane Central Register of controlled Trials (CENTRAL) TripDataBase
---

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

## Crterios de inclusión y exclusión de la evidencia

A partir de los estudios que arrojó la búsqueda, se efectuó una selección de ellos con base en los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Primero, en todas las revisiones se consideraron estudios redactados en español o inglés. Segundo, para evitar el sesgo de publicación, ningún estudio fue excluido por su tipo de publicación; es decir, se incluyeron estudios sin importar si estos habían sido revisados por pares (peer-reviewed), si eran literatura gris o artículos sin publicar (incluso tesis doctorales). Tercero, los criterios de selección se basaron en la relevancia del material siguiendo uno de los tres criterios adaptados de Gough (2007):

- Relevancia del tema: ¿contribuye el tema central del que trata el estudio bajo inspección a responder la pregunta de investigación de la revisión sistemática?
- Relevancia metodológica: ¿es apropiado el método utilizado en el estudio bajo inspección para identificar efectos causales que permitan dar respuesta a la pregunta de investigación de la revisión sistemática?
- Calidad metodológica: ¿se usa apropiadamente la metodología de investigación seleccionada y utilizada en el estudio bajo inspección?

Para la revisión sobre CLP, el criterio de inclusión y exclusión utilizado fue la relevancia del tema. No se seleccionaron estudios a partir de la relevancia metodológica ni de la calidad metodológica, debido a la escasa

existencia de evaluaciones de impacto de políticas referentes a CLP para adultos mayores.

Lo anterior significa que, además de evaluaciones de impacto con diseños experimentales y cuasiexperimentales que identificaran efectos causales de las intervenciones, se seleccionaron revisiones narrativas, análisis secundarios de datos, estudios transversales, estudios de cohortes, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas de la literatura, evaluaciones económicas y guías de práctica clínica, que, aun cuando no identifican relaciones causales, son útiles para conocer las distintas experiencias sobre los servicios de CLP institucionales y en casa.

En la revisión sobre CLP, la evaluación metodológica se llevó a cabo de acuerdo con la valoración de las limitaciones expuestas por los autores en sus estudios.

### Relevancia del tema

Para conocer la relevancia del tema, se recurrió a los siguientes criterios: se buscaron estudios sobre programas o intervenciones implementadas, principalmente en países de ingresos bajos y medios; no obstante, también se incluyó evidencia de países de altos ingresos, pues la de países de ingresos bajos es escasa, ya que no existen, o son incipientes, las políticas de CLP para adultos mayores. Dada la carencia de información, es importante conocer las experiencias de políticas de CLP en los países en donde sí las hay.

El segundo criterio es que cada estudio seleccionado debe contener al menos algunas variables específicas.

**Cuadro A3.** Variables analizadas en los estudios para validar la relevancia del tema

Tema	Variables analizadas en los estudios
Cuidados de largo plazo para adultos mayores	Debe contener alguno de los componentes del acrónimo PIO: dependencia permanente, cuidado formal o informal, servicios de cuidados de largo plazo, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, estatus del estado cognitivo del paciente, estatus del estado funcional del paciente, estatus del estado psicológico o afectivo del paciente, reincidencia de los pacientes a los servicios institucionalizados, mortalidad

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

## Proceso de selección de estudios

Para la selección de estudios, se aplicó el criterio de inclusión y exclusión en varias etapas. La primera fue la revisión de los títulos de los estudios, examinados de manera independiente por dos miembros del equipo de investigación. Los títulos que parecían cumplir con los criterios de relevancia del tema y relevancia metodológica, y aquellos que no proporcionaban suficiente información para discernir si debían ser incluidos, o no, fueron marcados para obtener sus resúmenes.

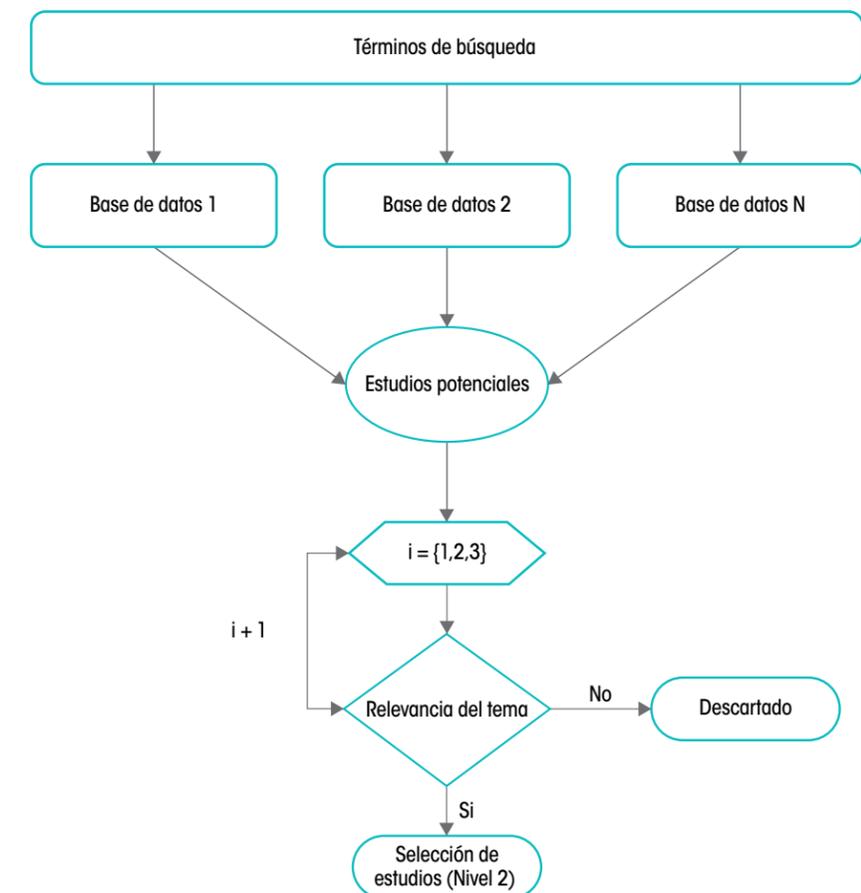
En la segunda etapa, los criterios de relevancia fueron aplicados a los resúmenes.<sup>12</sup> Los resúmenes que parecían cumplir con los criterios y aquellos que no

permitían discernir si los cumplían, o no, fueron seleccionados para considerar los textos completos. En la tercera etapa, los textos completos fueron leídos por algún miembro del equipo de investigación y evaluados otra vez en términos de su relevancia temática.

Los estudios que cumplieron con todos los criterios de relevancia, es decir, que pasaron las tres etapas mencionadas, formaron parte del grupo denominado nivel 2 y fueron seleccionados como conjunto final en la revisión de CLP.

A continuación se presenta un flujograma con las etapas y el proceso de selección.

**Figura A1** Flujograma del proceso de selección de estudios



Donde N representa el número de bases de datos utilizadas para cada revisión; i representa el elemento del estudio revisado; 1 es el título, 2 es el resumen y 3 es el texto completo.

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

<sup>12</sup> Cuando un resumen no estaba disponible se leyó la introducción y las conclusiones del documento.

## Anexo 2. Definiciones de las categorías de organización de la evidencia

### Servicios institucionales de cuidados de largo plazo

Programas que buscan satisfacer las necesidades de los CLP a través de instituciones como hospitales y centros encargados de ofrecer cuidados para la población mayor. Un ejemplo de política de CLP que ofrece servicios institucionales es la de Corea, conformada por dos instituciones separadas: los hospitales de CLP (long term care hospitals) y las instalaciones de CLP (long term care facilities). Las instalaciones son entidades que proveen servicios de cuidado a personas mayores de 65 años con limitaciones funcionales, no son organizaciones que ofrecen servicios médicos, sino entidades que brindan apoyo para la vida cotidiana de las personas mayores. Las instalaciones son atendidas por asistentes de cuidados personales y no por personal médico, como en el caso de los hospitales.

Otro ejemplo de servicios institucionales de CLP son las long term nursing homes en Estados Unidos; son lugares donde habitan personas mayores con limitaciones moderadas y severas; ofrecen servicios médicos y de rehabilitación. Sin embargo, con la finalidad de aplazar la entrada de las personas mayores a estos, la política de CLP en ese país tiene un esquema de cuidados comunitarios o en el hogar, como el Program of All-Inclusive Care for the Elderly y los waivers.

### Servicios de CLP en el hogar: formales e informales

Aquí se incluyen políticas que otorgan servicios de CLP enfocadas a cuidados en casa; por ejemplo, el Programa de Seguro de Cuidado a Largo Plazo en Israel, que

consiste en otorgar beneficios en especie a través de múltiples organizaciones, y los servicios de atención domiciliaria (home care services) en Japón, que ofrece visitas a casa por personal de enfermería, ayuda para el cuidado en casa y centros de cuidado diurnos.

Otro programa de esta categoría opera en Alemania y ofrece un seguro de cuidados de largo plazo (LTC insurance) con beneficios en dos modalidades: servicios y transferencias en efectivo. Los primeros incluyen atención domiciliaria en el hogar, cuidado de día o de noche, relevo en el cuidado y cuidados institucionales. Las transferencias en efectivo son un pago mensual equivalente a la mitad del costo del servicio aproximadamente. Esta modalidad es para las personas que deciden proveer los cuidados de manera privada, y no hay restricciones sobre cómo usar el dinero, sin embargo, se pretende que el pago sea para los cuidadores informales. Cada persona beneficiaria puede escoger una combinación entre beneficios en servicios o en efectivo según sus necesidades.

Otra política de CLP en el hogar analizada es el programa Community Based Long Term Care, en una región rural de Canadá, es una política para ofrecer servicios de CLP a personas con dependencia a través de cuidados no remunerados en casa por parte de la familia, o bien, remunerados por parte de personal médico o enfermería. El término community based care hace referencia a los servicios de CLP que buscan satisfacer las necesidades de las personas dependientes dentro de la comunidad y en casa, en contraposición con la atención de los cuidados en hospitales, asilos u otras instituciones.

## Anexo 3. Resumen de la evidencia

La tabla de estudios se puede consultar en el siguiente enlace

[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Anexo\\_3\\_Revisiones\\_sistematica\\_informe\\_evidencia.zip](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Anexo_3_Revisiones_sistematica_informe_evidencia.zip)

**coneval**

Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

Lo que  
**se mide**  
se puede  
**mejorar**

Las guías prácticas de políticas públicas es una colección de seis textos con diferentes temáticas dirigidas a los encargados de tomar decisiones sobre la formulación, operación o evaluación de programas.

*¿Qué funciona y que no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores?* Pretende mostrar un panorama de los consensos sobre lo que funciona o no, en materia de evidencia sobre cuidados de largo plazo para contribuir a la toma de decisiones y a la mejora de los mecanismos de política pública del país con base en evidencia.

**CONeVAL**

Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle,  
alcaldía de Benito Juárez, CP 03100,  
Ciudad de México.

[www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)



Coneval



@Coneval



conevalvideo



@coneval\_mx



[blogconeval.gob.mx](http://blogconeval.gob.mx)