

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

Guías prácticas de políticas públicas



Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Investigadores académicos

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

Ricardo C. Aparicio Jiménez

Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza

Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz

Director General Adjunto de Administración

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

Contenido

Índice de cuadros, gráficas, figuras y mapas	5
Siglas y acrónimos.....	6
Introducción	8
¿Cuál es el estado de la problemática sobre Cuidados de Largo Plazo en México?.....	11
¿Qué intervenciones de política pública existen asociados a los Cuidados de Largo Plazo para personas adultas mayores?	22
¿Qué funciona? Evidencia sobre la efectividad de programas dirigidos a satisfacer las necesidades de cuidados de largo plazo en la población mayor	28
Utilizar la evidencia para la formulación de la respuesta de política pública.....	41
Conclusiones	44
Bibliografía.....	46
Anexo 1. Metodología para la búsqueda y selección de evidencia.....	52
Anexo 2. Definiciones de las categorías de organización de la evidencia	56
Anexo 3. Resumen de la evidencia.....	58

Índice de cuadros, gráficas y figuras

Cuadros

Cuadro 1 Población con discapacidad por grupo quinquenal de edad, y su porcentaje según tipo de discapacidad, 2014	17
Cuadro 2 Dificultades para realizar ABVD o AIVD por grupo de edad y sexo, 2012	18
Cuadro 3 Apoyos a personas mayores otorgados en México	22
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 se le realizan los cuidados, 2014	27

Gráficas

Gráfica 1 Pirámide poblacional por sexo, 2010-2050	13
Gráfica 2 Esperanza de vida y de vida saludable a los 60 años, varios países, 2015	14

Figuras

Figura 1 Modelo conceptual de CLP	16
Figura 2 Causas de la problemática de los cuidados de largo plazo para las personas mayores.....	20
Figura 3 Diseño metodológico de los 28 artículos seleccionados	28
Figura 4 Esquema de recomendaciones de políticas públicas	43

Siglas y acrónimos

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
A.C.	Asociaciones civiles
ADEC	Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico
AIP	<i>Aging in Place</i>
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AVISA	Años de vida saludables
CAAS	Censo de Alojamientos de Asistencia Social
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CLP	Cuidados de largo plazo
CLPC	Cuidados de largo plazo en casa
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
EHI	<i>Elder Health Inc</i>
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENASEM	Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EV	Esperanza de vida al nacer
FFLTC	<i>Functional Fitness for Long-Term Care</i>
HCLP	Hospitales de cuidados de largo plazo
HHC	<i>Home health care</i>
IAP	Instituciones de Asistencia Privada
ICLP	Instituciones de cuidados de largo plazo
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

MCS- ENIGH	Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
MHCS	<i>Medicaid Home Care Services Program</i>
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PACE	<i>Programs of All-Inclusive Care for the Elderly</i>
S.C.	Sociedad civil
SCLP	Seguro de cuidados de largo plazo

Introducción

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 ha ganado relevancia en la administración pública tanto para informar sobre el 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 funciona en política pública, sea posible generar recomendaciones específicas que sean utilizadas por los responsables del diseño y operación de las intervenciones de los gobiernos con el 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 utiliza 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 las que se encuentran 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, 2017). Las evaluaciones de impacto permiten responder a 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 cambio¹?, ¿qué efectos inesperados ha tenido el programa sobre la población beneficiada e intervenida?

La evaluación de impacto permite generar aprendizaje a través de la evidencia y contribuir a una cultura de responsabilidad y transparencia (OCDE, 2006). Una evaluación de impacto bien diseñada puede establecer si el programa evaluado funciona o no y también puede ayudar al tomador de decisiones a esclarecer qué elementos de una intervención funcionan y cuáles no, generando información valiosa para el rediseño o para futuros programas.

¹ La teoría de cambio aplicada al diseño y 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 nos indica hacia dónde vamos (resultados) y cómo llegamos a nuestra meta (procesos).

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, se busca sintetizar evidencia relevante con el fin 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.

A diferencia de las revisiones de literatura, las revisiones sistemáticas se enfocan en responder una pregunta en específico, incluyen un protocolo o plan de revisión por pares, establecen criterios de inclusión y exclusión antes de realizar la revisión, y se incluye el proceso de búsqueda de manera explícita (Gough, et al., 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, las cuales tienen como objetivo reunir y sintetizar evidencia sobre la efectividad, o no efectividad, de 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 análisis de evidencia de la efectividad de intervenciones, así como publicaciones de acceso libre y literatura gris.² Con base en la identificación de literatura relevante para el análisis, se llevó a cabo una selección de documentos mediante criterios definidos de inclusión y exclusión, para que únicamente los que cumplieran con la pertinencia temática y robustez metodológica fueran seleccionados como fuente de evidencia a analizar.

Esta Guía Práctica pretende mostrar un panorama de los consensos sobre lo que funciona o no en materia de evidencia sobre cuidados de largo plazo, 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 presente documento no es sugerir que se repliquen las intervenciones referidas, considerando que los contextos bajo los cuales se implementaron las intervenciones, a partir de las cuales se generó la evidencia mostrada, en muchos casos difieren de los de México; más bien se busca generar un bagaje de conocimiento que dirija la mirada de los tomadores de decisiones y apoye en la

² “La literatura gris, también llamada no convencional, semi publicada, 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, 2011:1).

generación de una agenda pública de mayor alcance y con expectativas de mayor impacto social.

El contenido de la 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; posteriormente, se realiza una exploración de las distintas intervenciones federales y estatales que existen en México asociadas a dicha problemática; enseguida, se presenta la selección de evidencia nacional e internacional existente sobre las intervenciones que sí funcionan y las que no en cuanto su contribución hacia la resolución de la problemática, y finalmente, se exponen los aspectos principales a considerar para la toma de decisiones con base en la evidencia presentada.

¿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 de 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 a 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, las variaciones en la tasa de crecimiento natural (nacimientos menos defunciones) evidencian el envejecimiento poblacional: el crecimiento prácticamente se duplicó de principios del siglo XX a 1965. Lo anterior, conjuntamente con la reducción de la fecundidad, ocasionó que la dinámica demográfica empezara a disminuir su velocidad gradualmente.

Para 2015, datos de la Encuesta Intercensal estimaron una población de 119,530,753 habitantes, de los cuales el 10.4% corresponden a personas de 60 años y más. Entre éstos, una cuarta parte reside en localidades rurales (24.3%). No obstante, para entender la importancia de los cuidados de largo plazo (CLP), la información anterior debe conjugarse con datos de la EV saludable; sobre la cual se puede decir que la población mexicana acumula más discapacidad a medida que pasa el tiempo. Un país con una población que envejece necesitará, muy probablemente, de cuidado y atención permanente; ese es el escenario sobre el cual tratar los CLP en México.

En este documento, los CLP para personas adultas mayores se entienden como 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, que tienen dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que ocasiona una dependencia permanente de otros para poder realizarlas. 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 (dónde la provisión y organización depende 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. Así, se tienen dos esferas principales: 1) el cuidado institucional y 2) el cuidado, formal o informal, que se brinda en el hogar. En cuanto a los cuidados y atención institucional se considera, por una parte, las instituciones públicas y por otra las instituciones privadas que, dependiendo de su naturaleza jurídica y objetivo, pueden ser lucrativas o no lucrativas. Aunque los servicios privados lucrativos podrían impactar de manera importante en la oferta de servicios para las personas mayores, éstos 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. La situación anterior ha ocasionado que los CLP en México se provean mayormente en el hogar, de manera informal, por familiares, vecinos y amigos, sin remuneración y, por lo

general, con poco o ningún tipo de apoyo. De los más de 33 millones de hogares que existen en México, el 72% brinda cuidado a alguno de sus integrantes³, ya sea porque requieren los cuidados propios de su edad o porque requieren cuidados especiales. Del total de hogares que brindaron cuidado a alguno de sus integrantes 14.3% otorgó cuidado a personas de 60 o más años, y 11.6% otorgaron cuidados especiales por enfermedad crónica, temporal o discapacidad de algún integrante del hogar. (ENUT, 2014).

La revisión de evidencia realizada permite conocer la variedad de estudios e intervenciones que han sido 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—, bajo qué condiciones y en qué contextos, para así poder diseñar e implementar programas adecuados en un futuro.

En primera instancia, uno de los desafíos más importantes es lograr el diseño de una política que puede adaptarse al desarrollo de las exigencias financieras conforme avanza el tiempo, y a la evolución y crecimiento mismo de la población a la cual atienden los CLP. A su vez, de la literatura existente se concluye que la integración entre los servicios de salud y CLP muestra mejores resultados y ofrecen 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 aspecto del 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 de mortalidad, así como del consecuente incremento en la esperanza de vida al nacimiento (EV), los países presentan perfiles de población que envejece. Es por ello que en un contexto de envejecimiento acelerado existe un creciente interés sobre cómo se desarrolla este proceso, así como 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 (de 8 a 10%), en los próximos cuarenta años este grupo de edad representará el 22% de la población mundial (Beard et al., 2011), y una proporción considerable se concentrará en países en vías de desarrollo (CONAPO, 2011). Por ello, el envejecimiento será uno de los procesos que mayor impacto tendrá en la transformación de las comunidades.

Como sostiene Partida (2005), en México, durante la primera década del siglo XX la tasa de crecimiento se mantuvo aproximadamente constante en 1.0% anual, situación que después de la Revolución Mexicana aumentó significativamente, alcanzando 1.7% en 1930

³ De acuerdo con los Tabulados Básicos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014, había en México 33 099 215 hogares, de los cuales 23 846 833 brindaron algún tipo de cuidado a alguno de sus integrantes.

y 3.5% en 1965. Como consecuencia del declive de la fecundidad, el crecimiento demográfico empezó a disminuir su velocidad, registrando tasas de crecimiento de 3.1% en 1970 hasta 1.3% en 2000 (Partida, 2005).

De acuerdo con las proyecciones de CONAPO en 2018 residen 13,180,639 de personas de 60 años o más y representa el 10.6% del total de la población en México. Además, el grupo de 60 años o más es mayor que el de 0 a 4 años, que es de 10,994,800 personas y representa el 8.8% de la población total (CONAPO, 2018).

Gráfica 1 Pirámide poblacional por sexo, 2010-2050



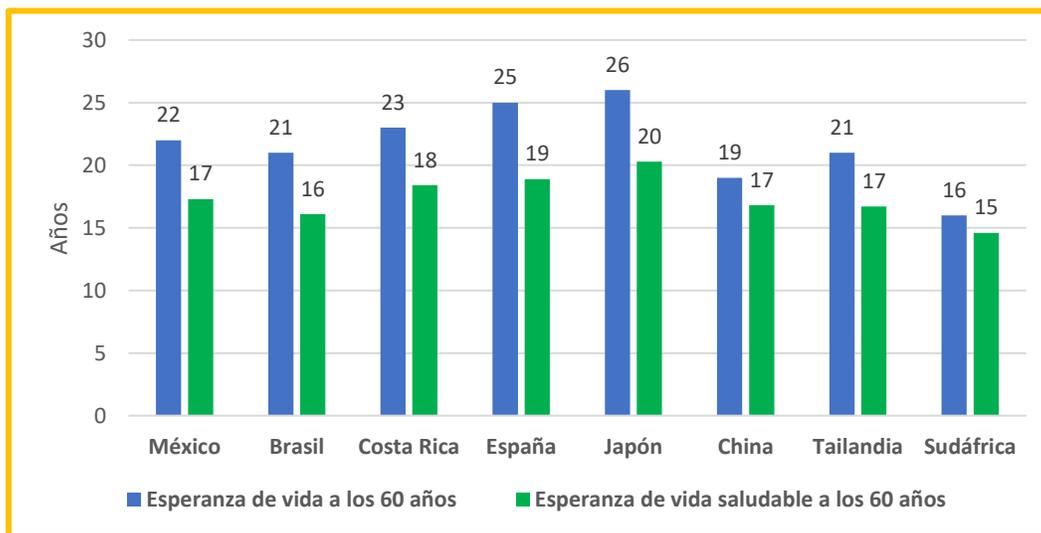
Fuente: Elaboración del CONEVAL con información de CONAPO (2018)

Con relación al impacto en el cambio demográfico, se puede observar que en México la EV ha aumentado de manera significativa en las últimas décadas. Evidencia de ello es que la EV al nacer pasó de 33 años en 1930, a 60 años en 1974 y, posteriormente, a 75 años en 2014. Más aún, se estima que la EV al nacer alcance los 79 años para el año 2050 (CONAPO, 2014; CONAPO, 2015). En cuanto a la proporción de personas de 60 años y más (grupo de edad que crece más rápidamente desde hace 15 años) resulta interesante la variación registrada entre entidades federativas. Por ejemplo, mientras que en la Ciudad de México es de 9.8%, en Chiapas y Querétaro equivale a 5.6% y 5.7%, respectivamente (INEGI, 2015b). También es importante hacer notar las diferencias a nivel nacional entre las poblaciones urbana y rural. A primera vista, únicamente poco más de una cuarta parte de las personas mayores (26.2%) vive en localidades rurales.

No obstante, al tomar dicho dato en proporción con la población rural total, resulta que tales localidades son las más envejecidas, puesto que la población mayor representa el 10.1% del total de la población rural (10.0% de las mujeres y 10.2% de los hombres). En lo que respecta a la población urbana, las personas mayores representan 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 de la población mexicana no se ha dado de manera uniforme, sino que varía con base en las entidades y tipo de localidad.

Debe recalarse que, si bien la EV va en aumento, es importante evaluar la calidad de vida durante esos años añadidos, teniendo 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 acumulan más carga asociada a la discapacidad en contraste con los hombres. En el grupo de población de 60 años y más, la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad renal crónica y la enfermedad vascular cerebral son responsables de 46% de las defunciones y 37% del total de años de vida saludables (AVISA) perdidos en este grupo (Gómez Dantés 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 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) (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 CLP y dependencia en personas adultas mayores

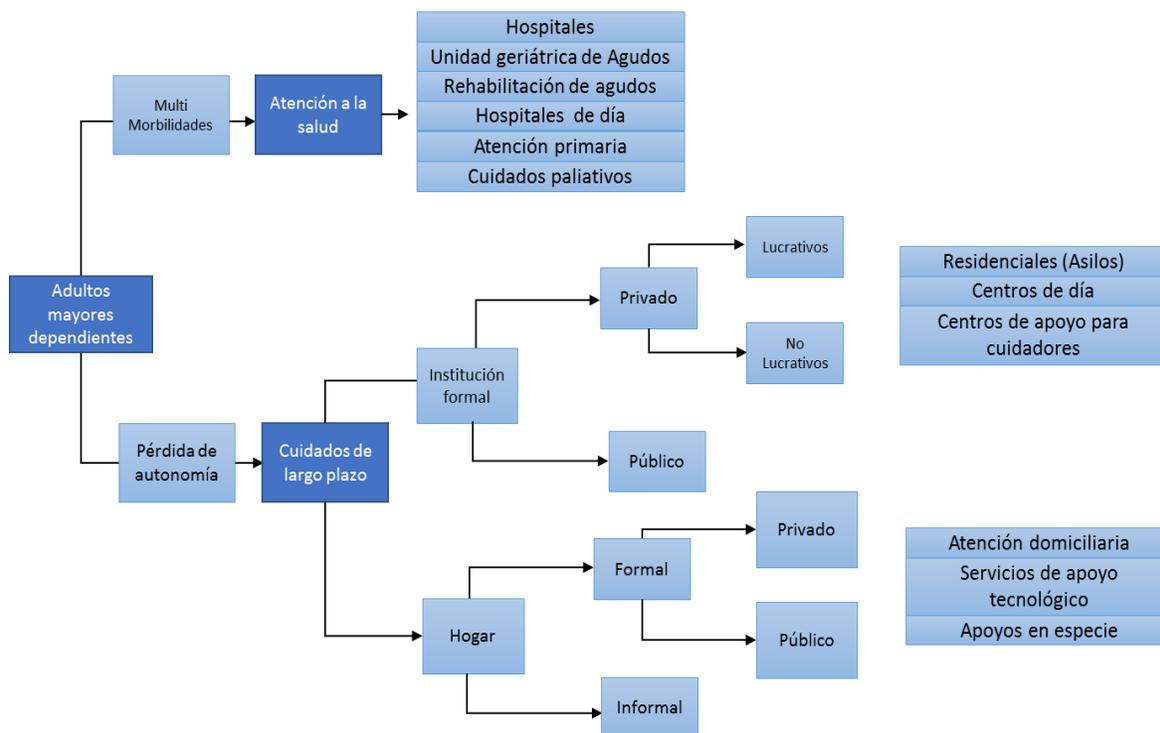
Los CLP han sido definidos por distintos organismos internacionales como parte integral tanto de los sistemas sociales como de los de salud. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) define a los CLP como un rango de servicios requeridos por personas con un grado reducido o disminuido de capacidad funcional, física o cognitiva, y que son en consecuencia dependientes por un periodo extendido de tiempo en ayuda o apoyo con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Huber et al., 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 de auto-cuidado 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; OMS, 2002). Para el presente análisis se define CLP como: los servicios requeridos por una persona que presenta una dependencia permanente, los cuales pueden suministrarse de manera institucional o en el hogar (ya sea por cuidadores formales o informales).

Los CLP cubren a una extensa gama de personas, desde aquellas con enfermedades crónicas, transmisibles o no transmisibles, hasta personas mayores con pérdida funcional, limitaciones sensoriales o mentales. Lo que se debe reiterar es que lo común es el aspecto de dependencia permanente y la pérdida de autonomía. De acuerdo con la Ley para la Autonomía y Atención a la Dependencia de España (SAAD, 2017) se define 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, girando 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 dichos cuidados para tres o más personas que no son familiares en el mismo lugar (OMS, 2000). Dicha modalidad de cuidado se da en instancias como residencias y asilos, en los cuales el financiamiento puede ser público (donde la provisión y organización depende de instituciones gubernamentales), o privado (tanto con fines lucrativos como no lucrativos). En cuanto a los CLP facilitados en el hogar se clasifican como formales cuando están a cargo de una institución del sector salud, servicios sociales, etc. 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, etc.). Al igual que los CLP institucionales, los CLP formales en el hogar pueden estar financiados y organizados públicamente por agencias del gobierno, por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) (ya sea con o sin fines de lucro), o por el sector privado.

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

Figura 1 Modelo conceptual de CLP



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 refiere a un aspecto multifactorial y requiere de 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 realizar 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 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como bañarse, vestirse, el arreglo personal, así como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que contemplan preparar alimentos y dar de comer a la persona, administración de medicamentos y manejo de dinero. Asimismo, la ayuda puede incluir el acompañamiento o supervisión, realizar las compras y trabajos domésticos, así como otras actividades que permitan la participación social de la persona dependiente.

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 realizar las actividades diarias, generando crecientes necesidades de atención y de cuidados específicos. Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 muestran que en el país la mayoría de las personas de 60 años o más (62.1%) vive con alguna discapacidad o limitación⁴: 4.7 millones tiene alguna limitación⁵ y 3.4 millones discapacidad⁶; mientras que el 37.9% de las personas de 60 años o más no presenta limitaciones ni discapacidad (4.9 millones). Estos datos revelan que el 47.4% del total de personas con discapacidad son adultas mayores⁷. Asimismo, la ENADID (2014) muestra 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, comportándose de manera muy similar tanto para hombres y mujeres (Cuadro 1). Por su parte, la discapacidad para escuchar, aprender, recordar o concentrarse, así como para mover o usar brazos o manos también son señalados por casi la mitad de los adultos mayores.

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: Elaborado por el CONEVAL con información de la ENADID 2014

⁴ 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.

⁵ Incluye a las personas que tienen poca dificultad para realizar las actividades enunciadas en el pie de página anterior. Dichos datos se obtuvieron con la pregunta 3.9 de la ENADID 2014: Por algún problema de nacimiento o de salud, ¿cuánta dificultad tienen para...? Las opciones de respuesta son: 1) No puede hacerlo, 2) Lo hace con mucha dificultad, 3) Lo hace con poca dificultad, 4) No tiene dificultad. Para revisar el cuestionario ver: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/doc/hogar_enadid14.pdf

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

⁷ Los problemas de falta de autonomía pueden presentarse a edades más tempranas y requerir, por tanto, de cuidados; la sobrevivencia con una discapacidad severa. Inclusive 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.

Otra fuente de información es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012⁸ (ENSANUT) (Gutiérrez-Robledo et al., 2012), la cual por primera vez incluyó un módulo específico para la valoración de personas mayores y contiene información sobre la capacidad que tienen para llevar a cabo diferentes actividades, tanto ABVD como AIVD. De acuerdo con la encuesta, 25.3% de las personas mayores entrevistadas reportaron tener alguna limitación para realizar ABVD y 21.1% reportaron tener dificultad para realizar al menos una de las cuatro AIVD. En ambas esferas de actividades se observó que las prevalencias se incrementan con la edad, y que es mayor en las mujeres que en los hombres (cuadro 2).

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

Actividades	Edad				Sexo	
	Total	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 y colaboradores (2015) en el que se utilizan datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, ENASEM, muestra que en un periodo de 11 años, 42.8% de las personas entrevistadas sin limitantes en 2001 se mantuvo igual en 2012. Adicionalmente, otras personas mayores que reportaron no tener limitaciones en las ABVD en el año 2001 sí presentaron un deterioro 11 años después. Así, 11.1% del total de personas entrevistadas sin limitantes en 2001 reportaron limitaciones para realizar 1 a 2 ABVD en 2012 y 3.4% reportaron limitaciones en 3 o más de estas actividades.

⁸ Se utilizaron datos de 2012 ya que la ENSANUT 2016 no realiza preguntas para identificar la dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sino que se centra en el consumo de alimentos, la actividad física, enfermedades crónicas, la percepción del etiquetado de alimentos, conocimiento de campañas de salud, y el desempeño del sector salud, con énfasis en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

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, tal y como puede observarse, por ejemplo, en 20.6% de personas mayores que reportaron 1-2 limitaciones en 2001 y ninguna limitación 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 justamente favorezcan la recuperación en la medida de lo posible y ralenticen el deterioro acelerado. Asimismo, la prevalencia de demencia y la de deterioro cognitivo no demencial también son relevantes al alcanzar hasta 7.9% y 7.3% respectivamente del total de la población de 60 años o más. 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

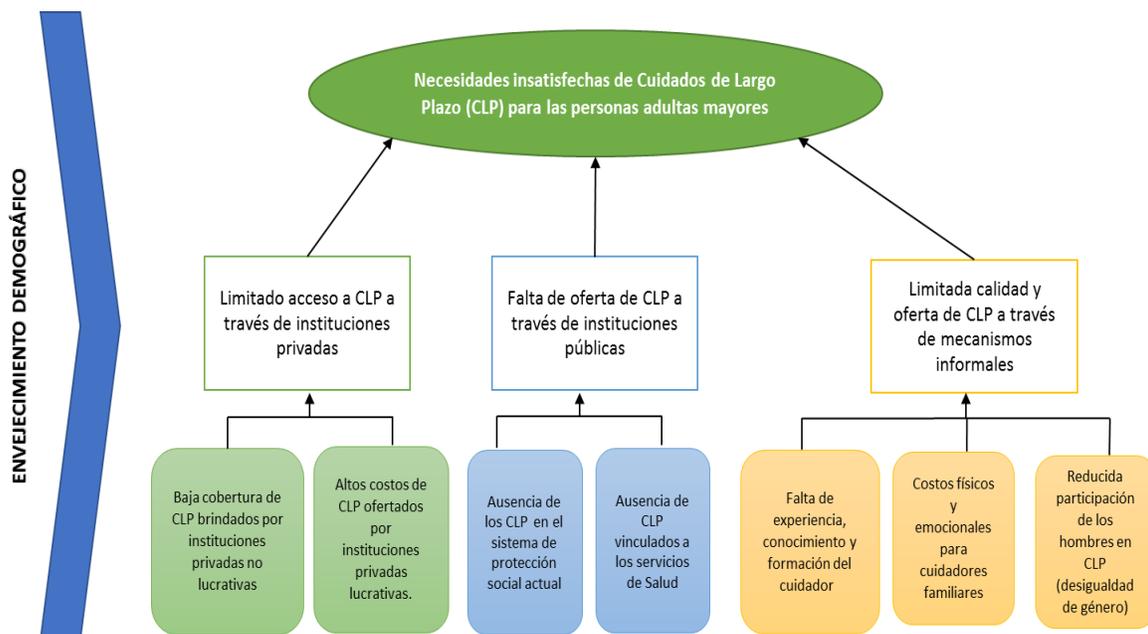
A continuación, se problematiza la situación de los CLP para las personas mayores, sugiriendo sus posibles causas de primer y segundo nivel, con la finalidad de plantear un marco conceptual para generar acciones que mejoren la oferta de cuidados de largo plazo.

El problema central identificado es que existen necesidades insatisfechas de cuidados de largo plazo en la población adulta mayor. Es decir, las personas mayores que han perdido su autonomía parcial o totalmente y necesitan ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria no reciben la atención que necesitan de manera adecuada, accesible y oportuna.

Dicha problemática está influida por el envejecimiento demográfico, que es ocasionado, como se expuso arriba, por el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la tasa de fecundidad.

El envejecimiento demográfico es un importante factor contextual relacionado con la problemática de los CLP, ya que aumenta la demanda de los cuidados en una sociedad. En la figura 2 se aprecia el esquema de la problemática con sus respectivas causas.

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



Fuente: Elaboración del CONEVAL

Las causas de primer nivel están relacionadas 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, una problemática es que las instituciones lucrativas representan altos costos para las personas mayores y sus familias, por lo que dichos servicios permanecen fuera del alcance de la mayoría de la población. De acuerdo con la ENUT (2014) sólo el 0.4% de los hogares en localidades de 10 mil o más habitantes contratan cuidadores de personas⁹. Por otro lado, como ya se expuso anteriormente, las instituciones privadas no lucrativas no logran cubrir toda la demanda de cuidados que se requiere. Los altos costos de las instituciones privadas y la falta de acceso a los servicios sociales de CLP a bajos costos o de manera gratuita en instituciones privadas, hacen que el acceso a los CLP a través de instituciones privadas sea limitado.

En segundo lugar, aparecen las instituciones públicas. Las instituciones públicas 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 servicios de salud, ya que no buscan atender las necesidades médicas la población, sino que se enfocan en mejorar la calidad de vida diaria de las personas dependientes o con alguna enfermedad.

⁹ En localidades menores de 10 mil habitantes, no se captó la contratación de trabajadores.

Si bien la dependencia es un riesgo constante en la vida de las personas, ésta aún no se concibe como un riesgo que sea 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. Es por ello que una de las principales causas de la problemática de CLP es la inexistencia de servicios sociales como parte de 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 los hogares están presenciando cambios y nuevos arreglos familiares, en parte por la reducción de la fecundidad, lo que genera una reducción en la oferta de CLP por parte 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 cuidados de largo plazo 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, pero 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.

Por otra parte, la desigualdad de género es una causa de la problemática de los CLP porque al haber una participación escasa de los hombres en éstos, se 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 reducir los costos emocionales y físicos de quienes cuidan, y propiciar que éstos concilien las actividades de cuidados con el trabajo asalariado, lo que podría mejorar la cantidad y calidad de los CLP.

Finalmente, un aspecto importante para la mejora de los cuidados de largo plazo y la calidad de vida de las personas adultas mayores es la prevención y mantenimiento de una vida saludable a lo largo del curso de vida de las personas, con el fin 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. Existe un programa federal cuya población objetivo principal son las personas mayores. A nivel estatal, existen 40 programas en 20 estados cuya población objetivo son las personas mayores. Sin embargo, ninguno de éstos se puede clasificar como de CLP. Para ilustrar dicha problemática, el cuadro 3 presenta los programas existentes tanto a nivel federal como estatal cuyo grupo de atención principal son las personas mayores.

Cuadro 3 Apoyos a personas mayores otorgados en México

Categoría de apoyo	Programas Federales, 2018 [1]	Programas Estatales, 2014 [2]
Apoyos a personas mayores	Programa Nacional de Pensión para Adultos Mayores ¹⁰ (transferencias monetarias), SEDESOL	Programas que atienden necesidades de salud (14)
		Programas que atienden necesidades económicas (11)
		Programas orientados a capacitación (7)

[1] La información entre paréntesis hace referencia a la intervención específica para cada categoría

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

Fuente: Elaborado por el 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.

El cuadro 3 muestra que, a nivel federal, existe el Programa Nacional de Pensión para Adultos Mayores, que otorga apoyos monetarios a personas mayores cada dos meses. A nivel estatal, existen algunos programas enfocados a las necesidades de la persona mayor: 14 estados implementan programas que buscan atender necesidades de salud o de bienestar en general, 11 estados tienen programas que atienden necesidades económicas, y 7 estados implementan programas orientados a capacitar o asesorar a las personas mayores en diversos ámbitos.

De acuerdo con datos de la ENIGH 2016, 49.2% de hogares recibe apoyos por programas gubernamentales y 28.8% recibe donativos de otros hogares e instituciones públicas. Asimismo, señala que en los hogares en el que residen al menos un adulto mayor, 37.7% reciben ingresos por jubilación y en 37.1% (3.7 millones) su único ingreso proviene de una o varias personas que tienen 60 o más años.

¹⁰ El objetivo del programa, población objetivo, tipo de apoyo, modalidad de entrega, y otra información se puede revisar en las fichas de Monitoreo y Evaluación de CONEVAL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265206/FMyE_20_S176.pdf

Esta revisión concluyó que no hay, de momento, ningún programa público que tenga como objetivo los CLP en personas mayores dependientes. Si bien, en la revisión de los Inventarios CONEVAL identificó la existencia de programas públicos que se refieren a personas mayores, tanto a nivel federal como estatal, ninguno de ellos califica como programas de CLP. Se rescataron dos tipos de programas para la población mayor: (a) los que responden a necesidades económicas y (b) 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 responde a una necesidad financiera desarrollada a partir de la pérdida de autonomía. En cuanto a los programas enfocados en salud, éstos pretenden prevenir enfermedades y ofrecer una atención médica general a las personas mayores, pero no ofrecen los cuidados requeridos por vivir con dependencia permanente. Se identificaron, también, Centros de Día, pero al tener como criterio de entrada que las personas mayores se puedan valer por sí mismos, esto de inmediato los elimina como programas de CLP.

En suma, no hay en México programas públicos sobre CLP y los esfuerzos del gobierno respecto a esta problemática son prácticamente 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, especialmente cuando se analiza la experiencia internacional. Países como 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, dentro de los cuales el más común es el de comprobar cierto grado de dependencia (para mayor detalle, ver el Anexo 3).

Existen modalidades que añaden criterios adicionales como en el caso de Holanda, en donde el ciudadano además debe contar con un primer seguro contratado por su cuenta. Por otra parte, Japón también incluye un componente de copago, donde 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, los países mencionados han organizado sus programas de manera integrada, es decir, aunque la provisión pueda ser local o federal, el programa de CLP se compone en un solo cuerpo de servicios.

La situación en Latinoamérica resulta más difícil de clasificar ya que algunos países apenas comienzan a desarrollar programas de CLP, como es el caso de Colombia o Argentina, en donde se están reformando los servicios existentes. Brasil, por otra parte, es el único país con un programa de servicios de CLP unificado y financiado públicamente. Por su parte, Argentina y Chile, tienen sistemas fragmentados, donde la provisión de servicios depende de diferentes instancias en los distintos niveles de gobierno, así como de diversos mecanismos de financiamiento. Ello genera que la provisión sea más complicada y se dificulte 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, no así México.

Por tanto, al no existir un sistema o políticas nacionales específicas de CLP en México¹¹, y considerando las tendencias en estrategias de CLP en el contexto internacional, su análisis debe realizarse considerando las distintas esferas que forman parte de este tipo de atención. Hay dos principales: el cuidado institucional y el cuidado, ya sea formal o informal, que se brindan en el hogar.

Cuidados de largo plazo institucionales

En cuanto a los cuidados y atención institucional, se deben considerar por una parte las instituciones públicas y por otra las instituciones privadas (lucrativas o no), en éstas últimas se consideran las Instituciones de Asistencia Privada (IAP), asociaciones civiles (A.C.), sociedad civil (S.C.), asociaciones religiosas y sociedades o asociaciones mercantiles. Aunque los servicios privados lucrativos podrían impactar de manera importante en la oferta de servicios para personas mayores, éstos 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 generalmente no tiene la formación ni el entrenamiento necesarios. Dicha falta de recursos genera 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, reportando severas deficiencias en infraestructura, procesos y resultados (Gutiérrez-Robledo, 1996).

Los CLP institucionales son escasos y están fragmentados entre diversas instancias. Dentro de 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 instituciones están descentralizadas: es responsabilidad y decisión de las entidades federativas definir los grupos de atención a quienes dan prioridad, los servicios que ofrecen, así como 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 forma, no hay información sobre los estándares de calidad mínimos que deben cubrir, ya que cada institución decide cómo organizarse, presentando 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 habitan.

¹¹ En cuanto a la normatividad de CLP para adultos mayores, en 2002 fue publicada la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores la cual tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores, permitiendo un tránsito digno de la persona en el proceso de envejecimiento, fortaleciendo su independencia, capacidad de decisión, participación activa en procesos productivos y actividades culturales y deportivas, con el fin 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 atención de las personas mayores.

a) Instituciones públicas

En cuanto a las instituciones públicas, se presenta el trabajo del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y del Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (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 cuenta con seis albergues de alojamiento permanente, ubicados de la siguiente manera: cuatro en la Ciudad de México, uno en Guanajuato y otro en Oaxaca. En cuanto al trabajo que realiza el DIF, éste contempla a las personas adultas mayores en situación de abandono como uno de sus grupos prioritarios de atención. Además, cuenta con dos asilos para CLP en la Ciudad de México, una Casa Hogar para Ancianos en Morelos y otra en Oaxaca. El propósito establecido para estas instalaciones es proporcionar una atención integral a la población mayor, sujetos de asistencia social en los centros gerontológicos del DIF.

b) Instituciones privadas lucrativas y no lucrativas

En cuanto a las organizaciones de la sociedad civil, éstas proveen cuidado, principalmente, a través de las instituciones de asistencia privada. Derivado de trabajos previos para la identificación de instituciones de asistencia social que atienden distintos grupos de edad y encaminadas a resolver necesidades distintas, el DIF Nacional en colaboración con el INEGI, generaron un primer Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS) en 2015 (INEGI, 2015a). Su 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 incluye 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 22.6% (1,020) se caracterizan como casas hogar para personas mayores. De estas últimas, 58% están constituidas como asociación civil, 14% como instituciones de asistencia privada (IAP), 4% como sociedad civil, en tanto que las sociedades mercantiles y las asociaciones religiosas representan respectivamente 2% cada una, y el resto (aproximadamente 20%) representa otro tipo de figura jurídica. Respecto del personal que trabaja en estas instituciones, el CAAS registró 14,582 personas de las cuales 86% está empleado y 14% trabaja en ellas de forma voluntaria y sin pago. De este total de trabajadores la mayoría son mujeres, al representar 78% del personal empleado y 63% de los voluntarios. Por otra parte, el CAAS reporta que 97% de este personal no cuenta con adecuada certificación de competencias en el ámbito en el que se desempeña.

c) Personas institucionalizadas

Con el CAAS también se identificaron algunos datos sobre los residentes en las instituciones. De acuerdo con sus resultados, en el momento del censo se encontraron 118,876 personas viviendo en instituciones, de las cuales 22,611 (19%) residen 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 reportan un bajo nivel educativo (21% sin educación formal y 48% con primaria completa o secundaria incompleta) y al identificar que el 56% tiene ochenta años o más de edad.

Cuidados de largo plazo en el hogar

a) 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 generan 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 publicadas por el INEGI, muestran que el trabajo no remunerado en salud, representó el 28.2% del Producto Interno Bruto (PIB) 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 representó, para el 2016, el 3.7% del total de horas no remuneradas. En este mismo año, la participación del sector público fue de 38.4%, mientras que la del sector privado de 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 26% de la población que reporta limitaciones (motoras, cognitivas o sensoriales) describa a su edad avanzada como causante de las mismas indica 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 cuidados hacia las personas mayores en el país, por medio de la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (ENUT) 2014 (INEGI, 2014). De acuerdo con la ENUT 2014, 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. Dicha proporción 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 mayor necesidad de apoyo que los hombres.

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 se le realizan los cuidados, 2014

Actividad	MUJERES				HOMBRES			
	N	Prom. Horas/semana	Horas totales	% del tiempo total ^α	N	Prom. Horas/semana	Horas totales	% del tiempo total ^α
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
TOTAL			3,812,226	68.73			1,734,833	31.27

* Cuidados a la salud: Administración de medicamentos, monitoreo, estar al pendiente de sus síntomas,
α Porcentaje del tiempo total dedicado a esta actividad

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

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

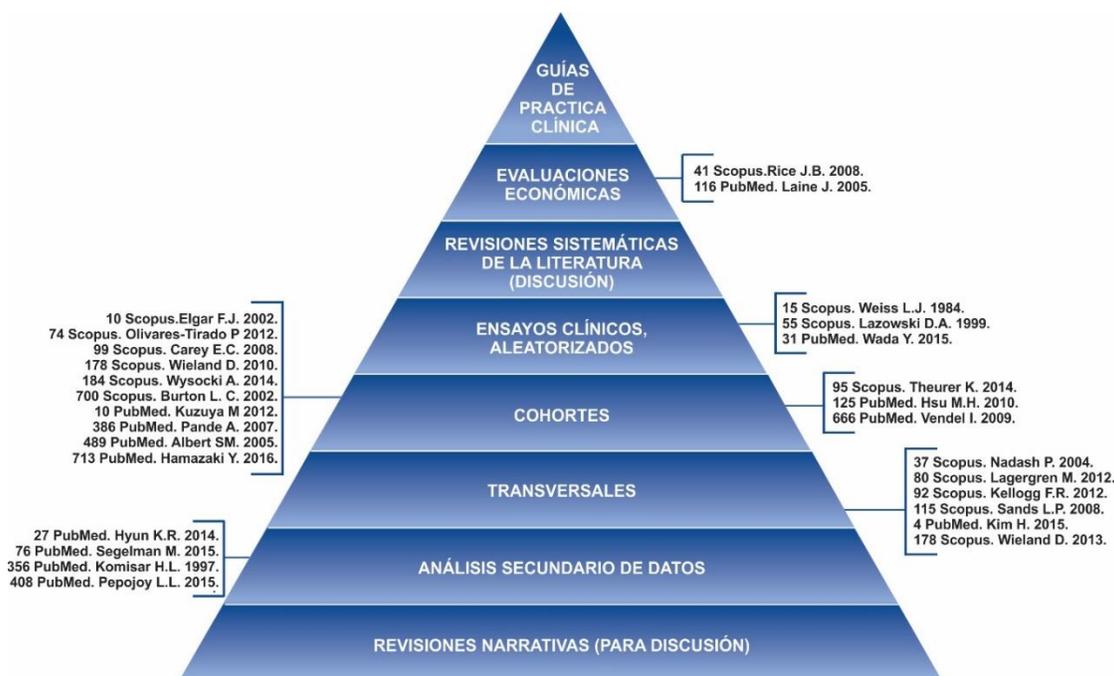
b) Cuidados de largo plazo formales en el hogar

En cuanto a los servicios formales de atención domiciliaria, existe el programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este programa 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, integrándolos al auto-cuidado de su salud (Suriano, 2003). No obstante, éste no está enfocado únicamente en población adulta mayor. El programa 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 postoperatorios de cirugía mayor, entre otros. Se apoya en el cuidador primario o red de apoyo familiar con la cual se realizan sesiones educativas y de capacitación para apuntalar la recuperación del paciente. Desafortunadamente, se cuenta con pocos estudios sobre el programa (Suriano, 2003; Espinel-Bermúdez et al., 2011) y no hay reportes institucionales sobre el desarrollo del mismo o del impacto en el largo plazo en la salud y 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 realizar una búsqueda exhaustiva de literatura. A continuación, se encuentran los resultados clasificados de dicha búsqueda, y las conclusiones que se extrajeron de la misma. Para la selección de documentos, se evaluaron 4,817 títulos de bibliotecas electrónicas y se eliminaron aquellos que no cumplieron con los criterios de selección. En una segunda fase, se llevó a cabo la revisión de 249 resúmenes para determinar su inclusión, de los cuales 48 confirmaron coincidir con los criterios de inclusión generales. En una última fase, al evaluar los manuscritos en extenso buscando que el contenido metodológico concordara con los objetivos planteados, se concluyó la búsqueda con un total de 28 publicaciones originales. A continuación, a manera de síntesis, se presenta la pirámide de clasificación de los títulos (Figura 3).

Figura 3 Diseño metodológico de los 28 artículos seleccionados



Fuente: Elaboración del CONEVAL

Lecciones de la evidencia identificada

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

a) Desafíos en el desarrollo de programas de cuidados de largo plazo

Uno de los grandes desafíos en el desarrollo de CLP es tomar en cuenta la variable del tiempo de forma adecuada. Es decir, los programas de CLP deben siempre formularse respecto al hecho de que deberán perdurar durante largos periodos. Por ello, la sustentabilidad tanto de los beneficios como del esquema de financiamiento debe pensarse a largo plazo. En el caso de Francia, por ejemplo, al implementarse el programa APA (*Allocation personnalisée d'autonomie*) de cobertura universal con beneficios en función de la necesidad e ingreso, no se tomó en cuenta 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, los autores Chevreul y Berg (2013) enfatizan que el financiamiento mediante copago (gobierno central y localidades) no es suficiente. Francia encara el desafío de cómo asegurar sustentabilidad financiera del APA reduciendo la carga financiera de los usuarios. Un paso lógico, de acuerdo con 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 Israel es un programa que se enfoca en cuidados en casa. Dicho programa presenta problemas importantes: las horas de cuidado otorgadas a las personas mayores no aumentan en proporción con el grado de dependencia. Adicionalmente, desde la introducción del programa, su diseño no ha cambiado ya que el número de personas mayores dependientes incrementó pero los niveles de beneficios permanecen igual (Asiskovith, 2013).

Es cierto que los programas de CLP deben tomar en cuenta cambios y evoluciones en los AM, no obstante, hay aspectos en los programas que, o no cambian, o tardan mucho en hacerlo. Es por ello que 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 implementó en el 2000 parece ignorar este factor (Tamiya, 2002). Dicho estudio muestra que las preferencias de servicios están relacionadas con las características de los cuidadores informales, es decir, el contexto del cuidado impacta el tipo de cuidado preferido a recibir. Por ello, se concluye que las políticas deben tomar en cuenta al cuidador (Tamiya, 2002). Esto mismo se confirmó en otro estudio realizado por Kuzuya y colaboradores (2012), que examina los cuidados en los Centros de Día (CD) 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 (Kuzuya et al., 2012) muestran que el uso de CD, contrario a lo esperado, aumenta la probabilidad de tener CLP institucionales. Esto reitera la necesidad de estudiar con mayor profundidad el papel del cuidador y los servicios que éste, a su vez, necesita.

Cabe que ninguna política esté exenta de problemas. En este sentido, resulta interesante analizar el caso alemán. En este país, el SCLP es un modelo universal donde el 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 et al., 2001) concluyen que los beneficios superan las desventajas identificadas, 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 et al., 2001) a la cual se le debe poner más atención. Esta recomendación no es fortuita. De hecho, otros estudios (OCDE, 2013) también resaltan la urgencia, dada la evolución demográfica del mundo y la carga financiera que significan los CLP, de postergar la necesidad de dichos servicios mediante prevención (OCDE, 2013).

b) Integración entre servicios de salud y servicios de CLP

Previamente se mencionó que, en el caso alemán, uno de sus problemas es la separación entre CLP y servicios de salud. Este aspecto es algo que organismos internacionales como la OMS apoyan, insistiendo que la falta de integración es un factor que incide de forma negativa en la calidad de la atención (OMS, 2015). Tomemos el caso de Corea, donde los CLP están separados en dos seguros distintos: los hospitales de CLP (HCLP), los cuales son cubiertos por el Seguro Nacional de Salud, y las Instalaciones de CLP (ICLP) que son cubiertas por Seguro de CLP público (Kim et al., 2015). En principio, aunque tal separación podría pensarse benéfica al disminuir la medicalización innecesaria, no está bien coordinada: ambas instancias se sobreponen generando 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 homogeneización del sistema (Kim et al., 2015).

Apuntar hacia la integración de servicios de salud y CLP importa pues posibilita un servicio más eficiente y, consecuentemente, con mejores resultados en cuanto a la calidad de vida de la persona mayor. Por ejemplo, tomemos la comparación del programa PACE (*Programs of All-Inclusive Care for the Elderly*) en Estados Unidos (EUA), el cual ofrece servicios altamente integrados y una infraestructura muy desarrollada, y el “1915(c) Waiver”, que es un programa de CLP basado en el hogar y comunidad. Los resultados muestran que las personas que ingresaron a PACE tuvieron 13% menor probabilidad de ingresar a una institución comparado con Waiver. Además, los que ingresaron a PACE tuvieron un riesgo inmediato de institucionalización 31% menor comparado con los que entraron al programa Waiver, aun después de controlar por factores individuales y del contexto. En conclusión, los resultados demuestran que comparado con programas poco integrados como Waiver, los usuarios afiliados al programa PACE experimentaron reducciones significativas en ingreso a instituciones de CLP (Segelman et al., 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 su equipo (2013) compararon la hospitalización de quienes son inscritos duales (reciben servicios de Medicare y Medicaid) y que se trasladaron a CLP en casa (CLPC), contra la hospitalización de quienes permanecieron en un asilo. Los resultados muestran 297 hospitalizaciones para quienes permanecieron en asilos y 419 para quienes se trasladaron a CLPC. Los autores mencionan que no queda claro si la razón por la que quienes se quedaron en asilo sufren menos hospitalizaciones, es porque reciben cuidado médico, o por la continuidad del cuidado en sí. Wysocki y colaboradores (2013) dejan claro que los cuidados y necesidades médicas deben considerarse al trasladar a un mayor hacia CLPC subrayando 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 lograr 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 lo que puede ofrecer 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 a PACE, puesto que, aunque PACE pueda ofrecer un servicio más eficiente al tener control sobre todos sus servicios, mientras que CLPM depende de buena comunicación con sus proveedores, lograr un programa como 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 su equipo (2015), entre personas mayores viviendo en la comunidad que recibe cuidado coordinado de enfermería, a través del programa *Aging in Place* (AIP), y el cuidado de rutina de atención a la salud en casa (home health care, HHC). Popejoy y colaboradores (2015) muestran que si bien el programa AIP en utilización de servicios no tuvo un impacto en las hospitalizaciones, sí presentó una pequeña pero significativa reducción en readmisiones. En todos los indicadores de resultado, excepto en los servicios de rehabilitación, el programa AIP redujo el uso de servicios. Los autores concluyen que el estudio aporta a la evidencia sobre la efectividad de la coordinación de cuidados de enfermería, en el estado de salud de las personas, influyendo, a su vez, en la utilización y costo de servicios.

Ahora bien, por más atractiva que resulta la integración y coordinación de servicios, cabe señalar un posible efecto adverso, y éste se refiere a la sobre medicalización 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 et al., 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 hace que haya diversos enfoques en el tratamiento médico.

El caso de COPA, un programa francés de satisfacción de necesidades geriátricas individuales, presenta conclusiones distintas. COPA 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 y el cuidado especializado a través 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 hacia 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 OPEN y COPA podría explicarse, dado que no basta que la integración de CLP y servicios de salud se materialice a nivel

institucional, sino que debe traducirse en una verdadera atención integrada y multidisciplinaria.

Otro ejemplo de integración es el proyecto piloto de telesalud en Taiwan (Hsu et al., 2010) que se basa en la integración de tres servicios: cuidado en casa, cuidado comunitario y cuidado residencial. Min-Huei y colaboradores (2010) analizan el funcionamiento de dicha 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 0.05%. Por otra parte, el modelo de cuidado en residencias (instituciones) redujo tasas de readmisión hospitalaria, infecciones nosocomiales y eventos adversos con medicamentos (Min-Huei et al., 2010). 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 (2014), en el que se realiza una intervención basada en grupos de ayuda mutua en instituciones de CLP, la cual se diseñó para que el personal de las instituciones generara 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.

c) 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 las personas mayores. Una razón para ello, es que los CLPC permiten promover 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 respecto a criterios como: mortalidad, hospitalización e institucionalización. En cuanto a mortalidad, los CLPC parecen tener mejores resultados, pues en un análisis (Albert et al., 2005) que comparó el riesgo de mortalidad entre aquellos que utilizaron servicios de cuidado en casa (Medicaid Home Care Services Program, MHCS) y los que no los utilizaron, la mortalidad fue de 5.5% entre los usuarios del programa MHCS y de 16.4% entre los que no recibieron el servicio.

De igual forma, en cuanto a institucionalización, la mayoría de los estudios que se han hecho respecto al impacto de CLPC parecen tener resultados positivos. Por ejemplo, el programa *Chelsea Village* (PCV) (Kellogg et al., 2000), es un programa de CLPC con servicios como: 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 colaboradores (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 frecuentemente se postergó como resultado del cuidado de PCV. El retraso de institucionalización también se mostró al analizar los CLPC a través de Medicaid, modalidad que Pande y su equipo (2007) concluyen es costo efectiva.. Más importante aún, este análisis mostró que, aunque los mayores con acceso a CLPC estaban notablemente más frágiles en el 2005 que en 1995, no fueron institucionalizados, lo que sugiere que el programa CLPC fue exitoso para evitar el ingreso a CLP institucionales. Bajo la misma línea, Elgar y colaboradores (2002) evaluaron la funcionalidad en AM inscritos a CLPC y las razones por las cuales abandonan los programas de CLP. Los autores concluyeron que los programas de CLPC dan una buena oportunidad para vivir los últimos años de vida en casa y que el hecho de que más clientes fueran dados de alta de CLPC debido a haber mejorado tiene una repercusión positiva en la moral de los cuidadores (Elgar et al., 2002).

No obstante, al estudiar el SCLP de Japón, Olivares-Tirado y su equipo (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 en el estado de la transición de la discapacidad son modestos y débiles.

Aún 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 por las personas mayores y parece ser una opción costo efectiva en cuanto a la implementación de programas. Sobre los CLP institucionales podemos decir que en cuanto a la movilidad y mejoramiento de la misma, Lazowski y su grupo (1999) compararon la factibilidad y eficacia de un programa de entrenamiento funcional (FFLTC: *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 encontró una mejoría en la fuerza del hombro y hubo deterioros significativos en fuerza 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 ésta, sin duda, contribuye o acelera la pérdida de independencia (Kuzuya et al., 2012).

d) 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 muy costoso y complejo. En general, se entiende que hay dos alternativas en el financiamiento de programas de CLP: (a) modelos en donde las autoridades locales proveen los servicios sin costo o (b) 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 et al., 2007). La mayoría de los países se ubican en algún punto dentro de este espectro.

Del país que más información se obtuvo en la revisión de evidencia fue de Estados Unidos. La fragmentación y complejidad del sistema estadounidense ocasiona que mucha gente cuente tanto con Medicare como Medicaid (inscritos duales), aspecto que los hace personas vulnerables y costosas para el sistema (Rice et al., 2008). Mientras que Medicare cubre a todas las personas de 65 años y más, recibir cobertura de Medicaid (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 probado ser un problema (Rice et al., 2008). Rice y su grupo concluyen que las dos mejores combinaciones de política, en términos de porcentaje de personas mayores recibiendo altas horas de cuidado y el porcentaje más bajo de personas mayores recibiendo pocas horas, es el gasto de CLP en comunidad versus cuidados en asilos y bajo gasto de comunidad por afiliado.

El artículo anterior evidencia lo complejo que resulta el sistema estadounidense. La ruptura entre Medicaid y Medicare impacta sin duda a la provisión de servicios y crea cargas financieras. En intentos por poder mejorar tal situación, Medicare comenzó a depender de planes de riesgo (Komisar et al., 1997) pero este intento de solución, en realidad, ha agravado los problemas, generando 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, creando una gran presión financiera (Komisar et al., 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 a PACE son menores que los predichos por pago por servicio en una cohorte de CLP, Wieland y colaboradores (2013) encuentran que la afiliación a PACE está asociada a costos de Medicaid más bajos. Otro ejemplo es el programa *Elder Health Inc.* (EHI), una organización de cuidado privada con fines de lucro funcionando en Maryland debajo de tasas de capitación de Medicaid y Medicare (Burton et al., 2012). EHI ha desarrollado una práctica médica para los inscritos duales con el objetivo de ofrecer un cuidado integral: prevención a través de servicio de enfermería en clínicas, cuidado en comunidad por médicos en servicios primarios, centros de día para adultos lo que facilita la vigilancia de problemas médicos. Los autores al analizar y estudiar a EHI, 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 el 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 (OMS, 2015), y todos deben reconocer que dichos 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 no sorprende, al contrario, hace aún más apremiante la necesidad de formular recomendaciones de política pública para el caso mexicano. A continuación, presentamos las lecciones más importantes de este documento. Éstas se han

redactado tomando en cuenta los aspectos que se consideran más importantes en cuanto a CLP se refiere. Los siguientes cinco puntos se consideran como pilares para cualquier programa de CLP. Posteriormente, se presentan las recomendaciones puntuales para la política pública.

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

Una de las principales preocupaciones al hablar del desarrollo de un sistema de CLP integrado a los servicios de salud, es la carga que éste generaría sobre el sistema público de salud, el cual ya se encuentra, de por sí, saturado. Sin embargo, es necesario recordar que la mayoría 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. Adicionalmente, los beneficios ya mencionados que dicha 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 se deben brindar de manera integrada, siendo la Secretaría de Salud la instancia responsable de los mismos. La estrategia debe basarse en la realidad actual de provisión de cuidado en México, donde es la familia la principal fuente de apoyo. Así, la Secretaría de Salud brindaría el apoyo necesario a los cuidadores informales. Una manera en que la integración podría darse sería mediante la creación de un área específica encargada de los servicios sociales/personales. Dicha área 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 servicios de CLP debería ser universal en función de las necesidades, a partir de acciones específicas consideradas como indispensables; lo cual 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 realizan la mayor parte de los cuidados en el ámbito social (familiares) mediante apoyos en la realización de actividades de apoyo y cuidado (servicios sociales), como sustitución por algún cuidador formal durante algunas horas, la creación de centros de día, entre otras. Por otra, la integración debe considerar a los servicios de salud que favorezcan el seguimiento y tratamiento de personas mayores dependientes en su hogar. Por supuesto que los detalles de las estrategias dependerán de lo definido como las necesidades de cuidado, tanto de salud como sociales.

Para la generación 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 programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico, ADEC, del IMSS. Hasta ahora, se tiene poca información sobre el desarrollo de éstos y no se conoce el impacto que han tenido, ni si son sostenibles en el largo plazo. Una evaluación económica de estos programas permitirá también, definir si se puede replicar alguno de estos modelos, adecuarlos o, en su caso, mejorarlos para aplicarlos a nivel nacional. En materia de atención de CLP en el país, sería recomendable que la Secretaría de Salud asumiera la responsabilidad, en este momento diluida entre distintas instancias de desarrollo social

(INAPAM, DIF), respecto a un registro obligatorio, definición de estándares de calidad y la evaluación/supervisión de éstos.

b) 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.

En línea 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 cuidados de largo plazo 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 dicho arreglo sea idóneo. Las bajas tasas de institucionalización no justifican en ninguna circunstancia la falta de regulación existente para las instituciones de CLP. Actualmente no hay evaluación sistemática de la calidad de la atención, ni de las condiciones ambientales ni de infraestructura de las instituciones, aunado a una falta de información pública accesible a los usuarios potenciales y sus familias. En consecuencia, 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.

Ya que la mayor parte de los cuidados y 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 éstas con la responsabilidad de los cuidados, brindando, 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 aliviar el desgaste de los familiares, brindando una atención óptima a la persona mayor dependiente.

Es indispensable también retomar la discusión en torno a quién tiene la responsabilidad de los cuidados a 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 éstos son los principales responsables del cuidado de la persona mayor, como señala ahora la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores.

c) El papel de la familia en la provisión y el financiamiento de CLP

Como bien se ha mencionado en el balance entre cuidados en casa e instituciones, el cuidado en casa es primordialmente provisto por la familia. Lo anterior ha llevado a que organismos internacionales y países exploren la manera en la que los programas de CLP pueden apoyarse sobre dicho pilar. En principio se pensaba que se podía explotar el papel del cuidador informal por lo que en muchos países se implementaron pagos a los familiares (ya sea de manera directa o de manera indirecta por medio de la persona mayor). No obstante, se han observado muchos efectos adversos respecto a dicha medida. En primer lugar, si el pago es indirecto, se presenta el caso de que el cuidador informal no reciba 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 generando 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, en 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 programas de CLP que se apoyan plenamente en las familias. Se debe mencionar que el cuidado de una persona mayor dentro del hogar, así como la mayoría 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 realización de labores domésticas es una actividad inherentemente inequitativa en cuanto a género se refiere. Una vez más, esta lección es vital para 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 el hecho de que, como bien se ha mencionado, los CLP pueden ser necesarios por un muy largo periodo, lo cual significa que las mujeres que dejen sus estudios o trabajo para cuidar de una persona mayor muy probablemente no podrán retomar estas actividades.

El papel de la familia en los CLP, y particularmente 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 una manera multidimensional. Es necesario encontrar la manera en la que los programas de CLP partan de la familia sin volver de ella el pilar primordial del cuidado. Esto es de particular urgencia en el caso de México, quien 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 anterior sería a través de una provisión de cuidados formales por parte del gobierno que permitieran balancear el cuidado. A su vez, Centros de Respiro para los cuidadores deben ser prioridad, pues el desgaste que significa cuidar de una persona mayor afecta la salud mental de quien

desarrolla la parte central de la actividad a cabo y, consecuentemente, la calidad del servicio que pueden ofrecer.

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

d) Esquemas de financiamiento público

Probablemente el tema más complejo en cuanto a CLP, tanto así que no hay un consenso al respecto, es la manera en la que se debe financiar públicamente los programas de CLP. 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 manera total o parcial los CLP. Los beneficios que tal financiamiento respalde pueden ser en efectivo o especie. Cuando son en efectivo, generalmente se trata de una cantidad fija que recibe la persona mayor y, puede ser el caso, que ésta deba comprobar que el gasto del dinero sí haya sido en su cuidado. En cuanto al beneficio en especie, este puede ser ayuda en casa, servicios de enfermería, comida caliente entregada a domicilio, tareas domésticas, entre otros.

Recibir beneficios provenientes del financiamiento público está sujeto, en la mayoría de los casos, a cumplir con ciertos criterios de elegibilidad: edad, grado de dependencia y nivel de ingreso son los más comunes. Generalmente la persona debe tener 60 años o más para poder aplicar a programas de CLP y su nivel de ingreso será un factor decisivo en la cantidad de beneficio a recibir. En cuanto al grado de dependencia, dicho criterio responde a dos propósitos. En primer lugar, es un margen para probar necesidad de CLP, por lo que hay un umbral de dependencia mínima a cumplir. En segundo lugar, dicho criterio coadyuva a un uso más eficiente de los recursos destinados al programa de CLP en particular. Es decir, el nivel de dependencia diagnosticado se corresponderá con servicios específicos para su necesidad de cuidado, lo que permite que se le brinde la atención requerida. Existen casos, como el de Israel, donde ciertas enfermedades, como la demencia, excluyen a las personas mayores de tener que pasar por los exámenes para probar dependencia y reciben los beneficios inmediatamente. La valoración del nivel de dependencia correspondiente es llevada a cabo por médicos, personal de enfermería y de trabajo social.

La realidad es que ningún país, hasta la fecha, está exento de problemas independientemente de la modalidad de subsidio público que se adopte. Como se vio en el documento, hay casos de copago o donde los CLP responden a un sistema de Seguridad Social universal. La realidad de México, en tanto es un país con un alto nivel de informalidad en su mercado laboral y una difícil recaudación de impuestos, hacen del tema de

financiamiento de CLP aún más complicado. Por ello, más que crear un sistema de CLP nacional en México, resultaría más eficiente apoyarse en instituciones ya existentes tales como la Secretaría de Salud.

El método del financiamiento público, sin duda, se debe formular de tal manera 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 éstos serán universales o no y qué tan amplia es la gama de beneficios posibles (CISS, 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 cualquier esquema de financiamiento que se piense formular en el futuro, no puede ignorar. En primer lugar, consideramos innegable el rol que el gobierno debe tener en el financiamiento de CLP. Dado que los CLP se deben entender como un bien público, será obligación del Estado mexicano garantizar la provisión de los mismos por lo que éste tendrá un papel a cumplir en su financiamiento. Sin embargo, dada 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 debería empalmarse con beneficios en especie, para evitar un fomento a la informalidad y debería respaldarse en instituciones existentes.

e) Recursos humanos

Cuando un país considera la posibilidad de instalar un sistema nacional de CLP, no solamente 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 graves 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 cuidados de largo plazo está relacionado con varias dimensiones:

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, tales como diplomados, creación de empleos, estándares de atención, 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 en conjunto con las presentadas en otras dimensiones podría 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 simultáneamente el país resolviera el enorme reto de una tasa de desempleo creciente entre los jóvenes, a la vez que garantizan recursos humanos suficientes para CLP.

Una fuente importante de cuidadores son la misma población mayor y, de ella, especialmente las mujeres¹², que pueden insertarse o reinsertarse a un mercado laboral de salud. Otra posibilidad la constituyen los trabajadores de la salud jubilados.

Regulación y acreditación

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

La capacitación y el apoyo adecuados

En México no hay una política pública explícita y definida, sino más bien esfuerzos diluidos en pequeñas experiencias, tales como el curso de cuidadores que otorga el Servicio de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición que, si bien es de un alto nivel, su impacto a nivel nacional es limitado. Otro ejemplo similar es el Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas y Frágiles y con demencia del ISSSTE. Es más, ante el vacío que existe como sector ante esta necesidad, algunas empresas privadas han empezado a implementar 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 también, y 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 incluyan estrategias de apoyo.

¹² Las mujeres ocupan en promedio 17.7 horas semanales en los cuidados a integrantes del hogar de 60 años y más, mientras que los hombres dedican 14.9 horas (ENUT, 2014)

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

Una vez expuesta la sección anterior en la que se introducen 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 presenta tres ámbitos distintos: investigación, provisión y marco jurídico o normativo de los CLP.

De investigación

- 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, incluyendo una estimación 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.
- 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, respiro, centros de día, etcétera. Lo anterior se debe realizar antes de generar 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.

En provisión

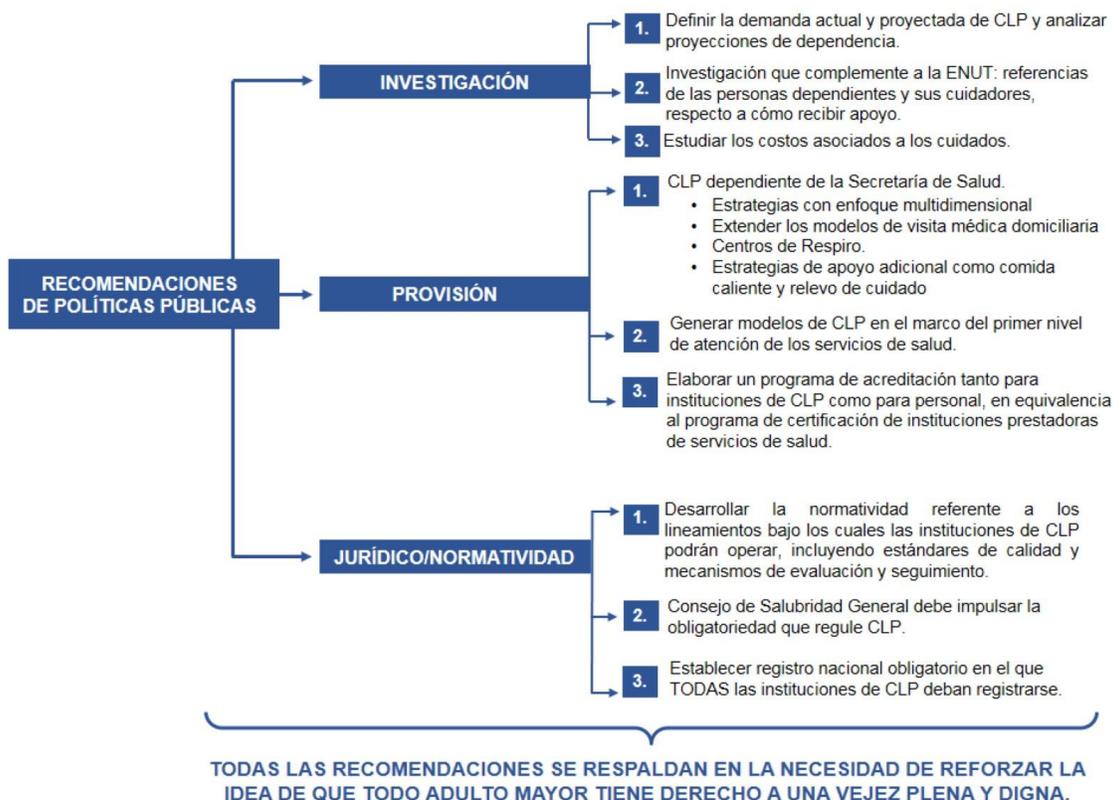
- La Secretaría de Salud debe asumir la responsabilidad de la provisión de servicios de CLP incluyendo servicios de salud y sociales, así como de la regulación de las instituciones. Todo esto bajo una perspectiva multidimensional y de integración intersectorial.
- Generar estrategias con enfoque multidimensional, de apoyo a los familiares o cuidadores principales para disminuir los costos directos e indirectos que sobre éstos generan los cuidados que realizan, incluyendo servicios de acompañamiento y de apoyo en actividades de cuidado personal.
- Extender los modelos de visita médica domiciliaria para personas mayores dependientes.
- Centros de respiro para los familiares cuidadores.
- Estrategias de apoyo adicional como servicios de comida caliente, relevo de cuidado, entre otras.
- Generar 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.

En normatividad

- Es necesario distinguir que la normatividad relativa a la asistencia social (Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012) se refiere fundamentalmente a población vulnerable que incluye 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 normatividad referente a los lineamientos o requerimientos bajo los cuales las instituciones de cuidados de largo plazo para personas mayores podrán operar o funcionar, incluyendo los estándares de calidad de carácter obligatorio y de observancia nacional, 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 inscribirse, 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 cuente con 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 de CONEVAL

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

Como parte de una política nacional de envejecimiento activo se deben generar estrategias que fomenten un cambio en el pensamiento social y las percepciones hacia el envejecimiento y la vejez. Cualquier política pública a implementar, debe respaldarse en un discurso público que revalorice el papel de las personas mayores y su contribución a la sociedad. Adicionalmente, deben eliminarse los prejuicios y estereotipos contra los adultos mayores. De no lograrse 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 la participación efectiva de los mismos y así, en verdad, lograr que la vejez sea una promesa compartida y fomentada por el Estado, en lugar de una carga.

Conclusiones

A partir de la revisión de evidencia sobre la efectividad de intervenciones relacionadas con cuidados de largo plazo para personas adultas mayores, se han identificado los principales hallazgos a partir de la evidencia, las consideraciones a tomar en cuenta respecto de las carencias de información sobre la efectividad de programas y acciones, así como la insuficiencia o falta de políticas nacionales que busquen mejorar las problemáticas abordadas, y los principales retos 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 el desarrollo de CLP es el lograr tomar en cuenta la variable del tiempo. Es decir, **los programas de CLP** deben siempre formularse respecto al hecho de que deberán perdurar **durante largos periodos**, por ello, la sustentabilidad tanto de los beneficios como del esquema de financiamiento deben considerar el largo plazo.
- Un aspecto relevante a reconocer en el diseño de CLP es que **la integración de servicios de salud y CLP importa** pues posibilita un servicio más eficiente, y por ende, con mejores resultados en cuanto a la calidad de vida de los Adultos Mayores (AM).
- Los **CLP en casa** se relacionan con mejores **niveles de satisfacción** por parte de los AM debido a que permiten promover la independencia de éstos 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**.
- En cuanto a la provisión de CLP **en México, ésta es escasa y fragmentada**; no hay una política nacional ni programas específicos de CLP; los CLP en México se proveen mayormente en el hogar, de manera informal, por familiares, vecinos y amigos, sin remuneración y por lo general, con poco o ningún tipo de apoyo.
- En el 2015, la Organización Mundial de la Salud 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 dichos servicios forman parte de los bienes públicos de los cuales el Estado es responsable.

- En el caso de México, los servicios de **CLP** deberían de brindarse de **manera integrada**, siendo la Secretaría de Salud la instancia responsable de los mismos. La estrategia debe hacerse basada en la realidad actual de provisión de cuidado en México, donde es la familia la principal fuente de apoyo.
- 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, 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, ni de las condiciones ambientales ni de infraestructura de las instituciones, aunado a una falta de información pública accesible a los usuarios potenciales y sus familias.
- **El papel de la familia en los CLP**, y particularmente de las mujeres, es innegable. Pero la manera en la que los programas de CLP puedan o deban apoyarse sobre la familia debe establecerse de una **manera multidimensional**. Se debe encontrar la manera en la que los programas de CLP se apoyen de la familia sin volver de ella 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 independientemente de la modalidad de subsidio público que se adopte. La realidad de México, en tanto es un país con un alto nivel de informalidad en su mercado laboral y una difícil recaudación de impuestos, hacen el financiamiento de CLP un tema aún más complicado.
- Es necesario identificar **mecanismos** para mejorar los **niveles de desempeño y la satisfacción personal de los trabajadores** remunerados y no remunerados encargados de otorgar cuidados de largo plazo.
- En términos de investigación, es necesario **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, incluyendo una estimación de los recursos financieros, humanos e infraestructura necesarios para operar un sistema, en su totalidad y en etapas de acuerdo a las necesidades más apremiantes.

Bibliografía

- Albert, S., Brassard, A., Mayeux, R., Simone, B. y Stern, Y. (2005). Medicaid Home Care Services and Survival in New York City. *The Gerontologist*. 2005; 45(5):609–16.
- Asiskovith, S. (2013). The Long-Term Care Insurance in Israel: solidarity with the elderly in an aging society. *J Heal Policy Res*. 2013; 2(3):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. 2011. 148 p.
- 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*. 2012; 50:382–8.
- Chevreur, 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 (CISS) (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. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Documents/Archivos_Estados/INVENTARIO_ESTATAL_CONEVAL_2014.zip
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2018). Listado de Programas y Acciones de Desarrollo Social Federal, 2018- Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Documents/Inventarios_Anteriores/Listado_2018.zip
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2011). *Programa Nacional de Población 2001-2006*. 366 p. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/2001-2006>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2014). Proyecciones de la Población 2010-2050. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2015). La situación demográfica de México 2014. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2014.pdf
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2018). Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016- 2050. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

- Díaz-Venegas, C., Vega, S. De La y Wong, R. (2015). Transitions in activities of daily living in Mexico, 2001-2012. *Salud Pública Mex* 2015; 57(1): 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*. 2002; 21(3):455–63.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2014). Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/>.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2014). Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enadid/2014/>.
- Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) (2014). Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enut/2014/>
- Espinel-Bermúdez, M.C., García-González, J.J., García-Peña, C., Juárez-Cedillo, T., Sánchez-García, S., Viveros-Pérez, A., (2011). Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: Calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública Mex*. 2011; 53(1):17–25.
- Formación Universitaria. (2011), La Literatura Gris, Vol. 4 No. 6. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062011000600001
- Gertler, P. J., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L., 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., Lozano Ascencio, R. (2014). Escenarios de la dependencia en México. En Gutiérrez Robledo, L., García Peña, M., Jiménez Bolón, J., eds. *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*. Academia N. p. 63–90.
- Gough, D., Thomas, J., y Oliver, S. (2012). Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic Reviews* 1:28. Disponible en: <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 Mex*. 1996; 38(6):487–500.
- Gutiérrez-Robledo, L.M., Téllez-Rojo, M.M., Manrique Espinoza, B., Acosta Castillo, I., López Ortega, N., Salinas Rodríguez y A., Sosa Ortiz, A.L. (2012). Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena. *ENSANUT*
- HelpAge International (2015). *Global AgeWatch Index 2015*. Disponible en: <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, Sandra y Rodríguez, Rosa I. (2015), Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de la política, CEPAL, Disponible en: <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. ... Li, Y.C. (2010). Development and implementation of a national telehealth Project for long-term care: A preliminary study. *Comput Methods Programs Biomed.* 2010; 97:286–92.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015a). Censo de Alojamientos de Asistencia Social 2015. (25 de enero 2017). Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/caas/2015/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015b). Encuesta Intercensal 2015. Principales resultados. 1–96. Consultado el 13 de noviembre de 2017. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvineqi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enigh/nc/2016/default.html>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Disponible en: 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)*. 2007; 80:107–34.
- 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.* 2000; 48(8):1002–11.
- 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)*. 2015; 119 (July):1330–7.
- Komisar, H., Hunt-McCool, J y Feder, J. (1997). Medicare spending for elderly beneficiaries who need Long-Term Care. *Inquiry*. 1997; 34:302–10.
- 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 dependent elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2012; 12:322–9.

- 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 dependent elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2012; 12:322–9.
- Lazowski, D.A., Ecclestone, N.A., Myers, A.M., Paterson, D.H., Tudor-Locke, C., Fitzgerald, C., ... Cunningham, D.A. (1999). A randomized outcome evaluation of group exercise programs in Long-term care institutions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999; 54(12):M621–8.
- Nadash P. (2004). Two Models of Managed Long-Term Care: Comparing PACE with Medicaid-Only Plan. *Gerontologist.* 2004; 44(5):644–54.
- 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.* 2012; 12(239):1–10.
- 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.* 2012; 12(239):1–10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Home-based Long-term Care. Report of a WHO Study Group*; 41.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *Aging Male*; 5(1):1–37. Disponible en:
http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015). Sistemas de cuidados a largo plazo. *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.* p. 135–42.
- 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, disponible en:
<http://www.oecd.org/dac/evaluation/dcdndep/internationalworkshoponimpactevaluationfordevelopment15november2006->
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. *Health Policy Studies.* 265 p.
- 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.* 2007; 26(3):39–59.
- Partida Bush, Virgilio (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Pap. Poblac.* Vol. 11 no. 45. Disponible en:
www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300002

- Popejoy, L., Stetzer, F., Hicks, L., Rants, M., Galambos, C., Popescu, M. ... Marek K.D. (2015). Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of nurse care coordination on utilization and costs. *Nurs Econ.* 2015; 33(6):306–13.
- 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.* 2008; 18:275–90.
- Rogers, Patricia (2014). La teoría del cambio. *Síntesis metodológicas: evaluación de impacto no. 2*, Centro de Investigaciones de UNICEF. Florencia. Disponible en: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%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, Estes C. (2001). Is German Long-Term Care Insurance a model for the United States? *Int J Heal Serv.* 2011; 31(3):617–34.
- 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.* 2015;1–9.
- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Conceptos generales (SAAD) (26 de Enero 2017). Disponible en: 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 domiciliaria en el paciente crónico (ADEC). *Rev Enferm IMSS.* 2003; 11(23):71–6.
- 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.* 2002; 14(4):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.* 2014; 33(4):387–415.
- Vedel, I., Ankri, J., Bagaragaza, E., Bergman, H., Blanchard, F., Cassou, B. ... 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.* 2009; 21 (6):414–23.
- Weiss, L., Sklar, B. (1984). Project OPEN: A hospital-based Long-Term Care demonstration program for the chronically ill elderly. En: Press TH, editor. 1984.
- Wieland, D., Kinosian, 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.* 2013; 68(1):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.* 2013; 62:71–8.

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 de las personas adultas mayores se realizó mediante la búsqueda y selección de diversos estudios. Para ello se definieron términos clave que estuvieran contenidos en los títulos y en el cuerpo de los estudios. Para la búsqueda de evidencia sobre los CLP se utilizaron los siguientes términos:

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 de CONEVAL

Para la búsqueda de evidencia sobre Cuidados de largo plazo de personas mayores, se utilizaron tres conjuntos de términos clave. Los tres conjuntos siguen el acrónimo PIO que está 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 ($5 \times 5 \times 3 = 75$) de combinaciones de términos en inglés.

Bases de datos utilizadas

Después de definir los términos clave, para encontrar evidencia sobre lo que ha funcionado o no en las políticas relacionadas con los cuidados de largo plazo de adultos mayores se realizó una revisión exhaustiva de la literatura en las bibliotecas electrónicas que se enlistan a continuación:

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

Fuente: elaboración de CONEVAL

Criterios de inclusión y exclusión de la evidencia

Se realizó una selección de estudios a partir de los estudios arrojados por la búsqueda. El proceso de selección se hizo a partir de los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Primero, en todas las revisiones únicamente se consideraron estudios redactados en español o inglés. Segundo, para evitar el sesgo de publicación, ningún estudio fue excluido debido al tipo de su publicación o a su estatus. Es decir, se incluyeron estudios independientemente de si éstos han sido revisados por pares (*peer-reviewed*), si son literatura gris o si son artículos sin publicar (tesis doctorales incluidas).

Tercero, los criterios de selección se basaron en la relevancia del material siguiendo uno de los tres criterios adaptados de Gough (2007), que son los siguientes:

1. *Relevancia del tema*: ¿Contribuye el tema central del que trata el estudio bajo inspección a responder la pregunta de investigación de la revisión sistemática?
2. *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?
3. *Calidad metodológica*: ¿Se usa apropiadamente la metodología de investigación seleccionada y utilizada en el estudio bajo inspección?

Para la revisión sobre cuidados de largo plazo 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 relacionadas con los cuidados de largo plazo para adultos mayores.

Lo anterior significa que si bien se buscaron evaluaciones de impacto con diseños experimentales y cuasi experimentales que identificaran efectos causales de las intervenciones, se seleccionaron también 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 si bien pudieron no identificar 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 realizó 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 utilizaron los siguientes criterios: se buscaron estudios sobre programas o intervenciones implementadas, sobre todo, en países de ingresos bajos y medios, sin embargo, también se incluyó evidencia de países de altos ingresos ya que la evidencia en países de ingresos bajos es escasa, puesto que no existen, o son incipientes, las políticas de CLP para adultos mayores. Dada la carencia de información, es relevante conocer las experiencias de políticas de CLP en los países existentes.

El segundo criterio sobre la relevancia del tema es que cada estudio seleccionado debe contener al menos algunas variables específicas. Dichas variables se enlistan a continuación:

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 (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), 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.

Proceso de selección de estudios

La selección de estudios se realizó aplicando el criterio de inclusión y exclusión en varias etapas. La primera etapa del proceso de selección fue la revisión de títulos. Los títulos de todos los estudios fueron revisados 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 nuevamente a los resúmenes.¹³ 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.

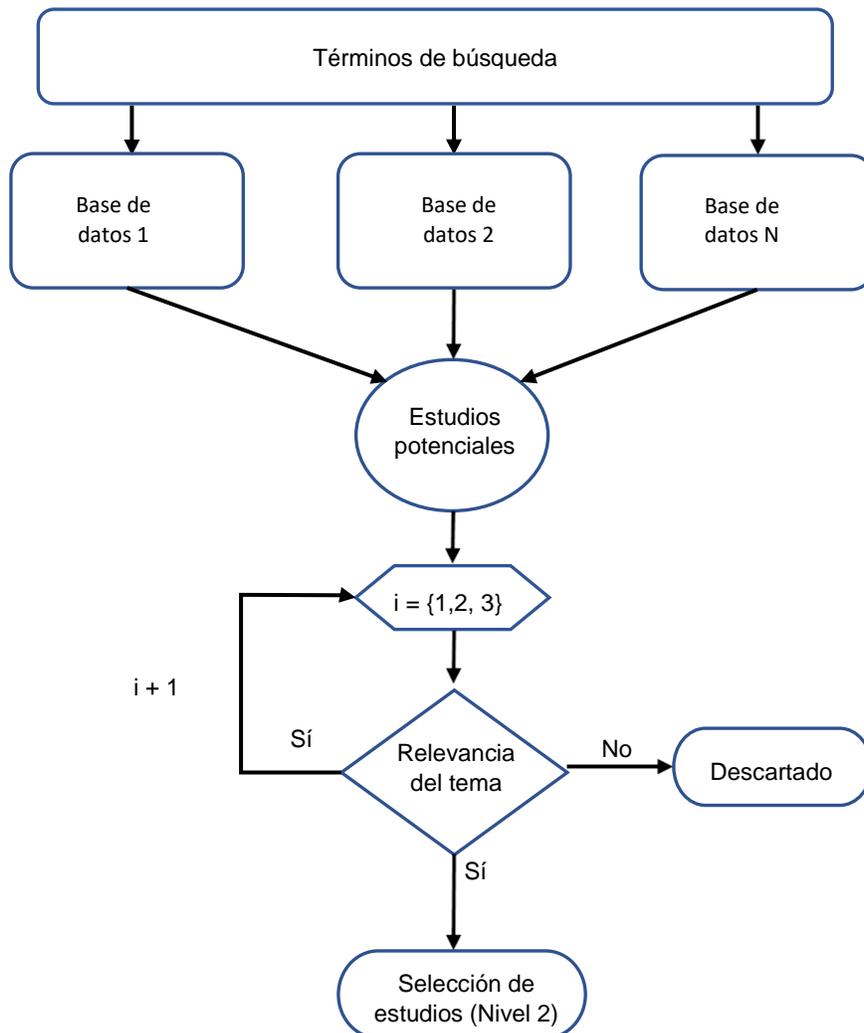
En la tercera etapa, los textos completos fueron leídos por algún miembro del equipo de investigación y fueron evaluados nuevamente en términos de su relevancia temática y metodológica.

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

A continuación, se presentará un flujograma con las etapas y el proceso de selección de los estudios:

¹³ Cuando un resumen no estaba disponible, se leyeron las introducciones y conclusiones del documento.

Flujograma del proceso de selección de estudios de CLP



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 de CONEVAL

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

Servicios institucionales de cuidados de largo plazo

Son 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 cuidados de largo plazo que ofrece servicios institucionales es la política de CLP en Corea, conformada por dos instituciones separadas: a) los hospitales de cuidados de largo plazo (*long term care hospitals- LTCHs*) y b) las instalaciones de cuidados de largo plazo (*long term care facilities- LTCFs*). Las instalaciones son entidades que proveen servicios de cuidado a personas mayores de 65 años que tienen limitaciones funcionales, no son organizaciones que ofrecen servicios médicos, sino entidades que ofrecen apoyo para la vida cotidiana de las personas mayores. Quienes atiende las instalaciones son asistentes de cuidados personales y no personal médico, como en el caso de los hospitales.

Otro ejemplo de servicios institucionales de CLP son las *long term nursing homes* (NH) en EE. UU. Las NH 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 dichos lugares, la política de CLP en EE.UU. tienen un esquema de cuidados comunitarios o en el hogar como es el *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* (PACE) y los *Waivers*.

Servicios de CLP en el hogar: formales e informales

Aquí, se incluyen políticas que otorgan servicios de cuidados de largo plazo enfocadas en cuidados en casa. Por ejemplo, el Programa de Seguro de Cuidado a Largo Plazo (LTCIP) en Israel que consistía en otorgar beneficios en especie otorgados a través de múltiples organizaciones. Se evaluó también el uso en Japón de servicios de atención domiciliaria (*home care services*), el cual incluye visitas a casa por parte del personal de enfermería, los servicios de ayuda para el cuidado en casa y centros de cuidado diurnos.

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

Otra política de CLP en el hogar analizada es el programa *Community based long term care* (CBTLC) en una región rural de Canadá. CBTLC es una política para ofrecer servicios de cuidado de largo plazo 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 cuidados de largo plazo 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

Se elaboró una hoja en Excel con la lista de los estudios seleccionados, además, se presentan las principales características de dichos estudios. El cuadro resumen no se incluyen en este documento, sino que se presenta por separado en formato Excel. A continuación, enlistamos de forma general las características de los estudios que se muestran en el cuadro de resumen de la evidencia:

- Referencias bibliográficas
- Categorías de organización a la que pertenece la evidencia
- Enfoque metodológico
- Variables de resultado
- Impacto y calidad de la evidencia

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Anexo_3_Revisiones_sistematica_informe_evidencia.zip