

Public Disclosure Authorized

Notas para discusión sobre experiencias internacionales en el diseño de sistemas integrados de cuidado

Gobierno de Chile - Banco Mundial

2015

TABLA DE CONTENIDOS

1. ANTECEDENTES.....	3
2. OBJETIVOS Y ALCANCE DE ESTA REVISION	4
3. PREFERENCIAS Y TIPOS DE CUIDADOS.....	8
4. RECURSOS PARA EL CUIDADO: CUIDADOS INFORMALES O FORMALES, ESTATALES O PRIVADOS....	11
5. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS	13
6. TIPOS DE BENEFICIOS Y PROVEEDORES.....	15
7. CONSIDERACIONES DE EQUIDAD: ¿VERTICAL U HORIZONTAL? ¿EQUIDAD INTER-GENERACIONAL?	17
8. ESTANDARES DE CALIDAD Y MODELOS DE CERTIFICACION	18
Anexo: dos ejemplos de modelos integrados de atención.....	30
Figura 1: Variables que determinan los diferentes sistemas de cuidados	6
Figura 2: Progresión en modelos de control de calidad	20
Tabla 1: Consideraciones Clave en la Organización de un Sistema Integrado de Servicios de Cuidado	7
Tabla 2: Tipología de sistemas basada en el uso y financiamiento del cuidado.....	11
Tabla 3: Beneficios por cuidados y a cuidadores, países OECD	16
Tabla 4: Aseguramiento de Calidad en Sistemas de Cuidado de Largo Plazo.....	21

1. ANTECEDENTES

Esta revisión se enmarca en el proceso iniciado por el gobierno de Chile para el diseño e implementación de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC). Como parte del apoyo del Banco Mundial al proceso, se han entregado distintos insumos en temas de interés para el Ministerio de Desarrollo Social, que permitieran informar, en base a experiencia internacional, la discusión y reflexión en torno al SNAC. Este documento sintetiza y compila dichos insumos.

Gran parte de la experiencia documentada se centra en experiencias de cuidado relacionadas con adultos mayores. Esto se basa en que es el grupo mayoritario de la población definida como objetivo del SNAC, pero además, siguiendo la preocupación, que se advierte ya en el Programa de Gobierno por la transición demográfica acelerada que vive el país -baja en las tasas de natalidad y aumento en la esperanza de vida- y sus implicaciones para los hogares y la protección social. Los gráficos 1 y 2 muestran los cambios en fertilidad y de envejecimiento en Chile y su proyección futura en relación a otros países de la región y los promedios de América Latina. Chile supera ya la esperanza de vida promedio y la dependencia por edad de otros países de la región, además de presentar un índice de envejecimiento más acelerado que otros países.

La instalación de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados permitiría anticipar la demanda por servicios de cuidado, con atención a los cuidados no medicalizados y apoyar a las familias, que especialmente en países donde la provisión formal de cuidado es insuficiente, se constituyen en los principales proveedores de cuidados.

En una primera mirada, Chile no difiere con otros países en el espectro de políticas y acciones orientadas al apoyo y cuidados que ofrece, pero donde hay diferencias es en si la oferta –contenido y forma- responde a la demanda; la fragmentación de la oferta existente entre instituciones diferentes, con objetivos diferentes, orientada a beneficiarios diferentes y su conducente fragmentación en implementación información y acceso, lo que la puede hacer repetitiva, incompleta y reducir su uso y demanda.

Las secciones que siguen reportan análisis y ejemplos de la experiencia internacional en cuanto a los tipos de cuidados, los recursos para ellos, los beneficios y proveedores encontrados en otros sistemas, y una serie de consideraciones relativas a la instalación de un sistema equitativo y de calidad.

Gráfico 1: Tasa de fertilidad- Chile y otros países de América Latina y países de ingreso medio (MDC)

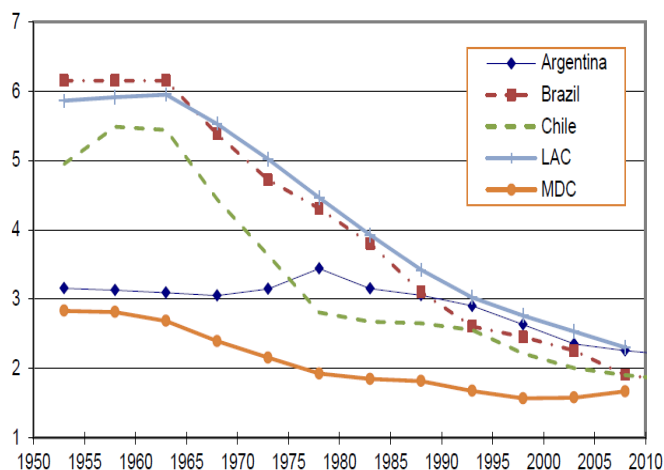


Gráfico 2: Esperanza de vida proyectada- Chile y otros países de América Latina y países de ingreso medio (MDC)

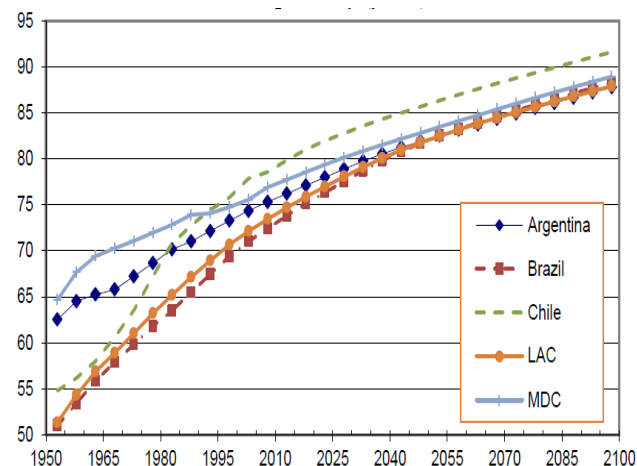
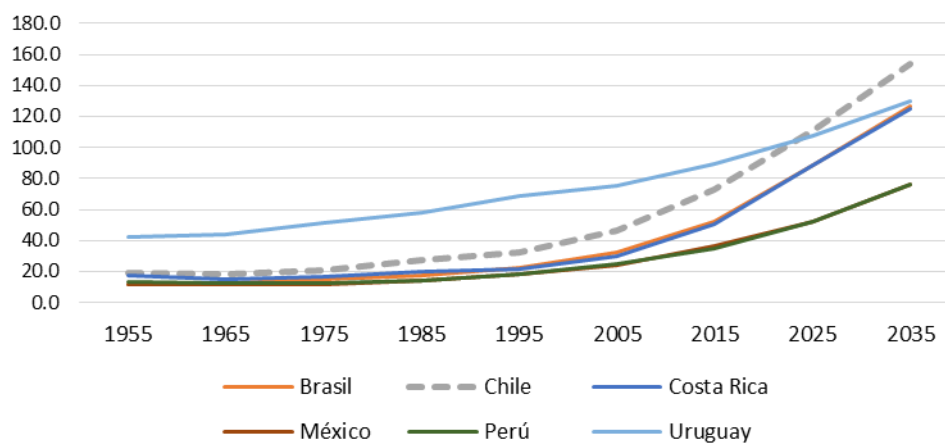


Gráfico 3: Índice de envejecimiento para países seleccionados (población 60+/población 0-14)



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2013 y División de Población de Naciones Unidas, Proyecciones demográficas.

2. OBJETIVOS Y ALCANCE DE ESTA REVISIÓN

Este documento no presenta una revisión exhaustiva de experiencias internacionales en materia de servicios de cuidado sino más bien usa experiencias seleccionadas de países OECD y de la Comunidad Europea –con un énfasis en los cuidados de largo plazo– para ayudar a definir los lineamientos necesarios para articular un sistema integrado de cuidados, discutir alternativas en términos tipo de servicios, su alcance, cobertura y provisión.

En la medida en que los países mejoran sus resultados de salud, especialmente en reducción de mortalidad y aumento de la longevidad, la preocupación por el cuidado de las personas con distintos niveles de limitaciones en actividades de la vida cotidiana aumenta. La mayor parte de los países de la

comunidad Europea y OECD ha reaccionado a este proceso adaptando y expandiendo sistemas existentes distribuyendo la responsabilidad financiera, reguladora y de provisión de servicios de manera horizontal entre distintas instituciones y vertical entre distintos niveles de administración. Esto ha llevado a una variedad de sistemas, con diferentes grados de integración o fragmentación. Esta revisión resume de manera general los temas principales a discutir en el diseño de un sistema integrado de cuidados.

Existen diferentes modelos para categorizar a los países en términos de su provisión de cuidados (Esping Andersen 1990, Bettio y Plantenga 2004, Kraus et al 2010). Estas categorizaciones sugieren que los países se diferencian en:

- ✓ La medida en que los dependientes son vistos como la responsabilidad exclusiva de sus familias, o como responsabilidad (o co-responsabilidad) pública; y en
- ✓ La visión de los servicios de cuidado como complementarios, sustitutivos o en tareas especializadas

Las diferentes combinaciones de estas características ayudaran a definir, por ejemplo, si se apoya indirectamente a los hogares financieramente o con servicios, o si se deja en manos de quien recibe cuidados en el hogar o de quienes los proveen la decisión de lo que se va recibir, y la intensidad y especialización de los cuidados disponibles. En los dos extremos se encuentra, en una parte una provisión universal y múltiple donde toda elección de la provisión de cuidados queda en manos de quien recibe cuidados frente a una oferta que cubre todas las posibles necesidades (o que le permite comprar en el mercado ese apoyo). En el otro extremo, la provisión es específica para ciertos grupos, y para ellos un modelo único y uniforme. En la práctica, se observan políticas mixtas en todos estos aspectos en la mayoría de los países.

Teniendo en cuenta donde se encuentran en el proceso de transición demográfica y sus niveles de ingreso, los países también pueden clasificarse de acuerdo a:

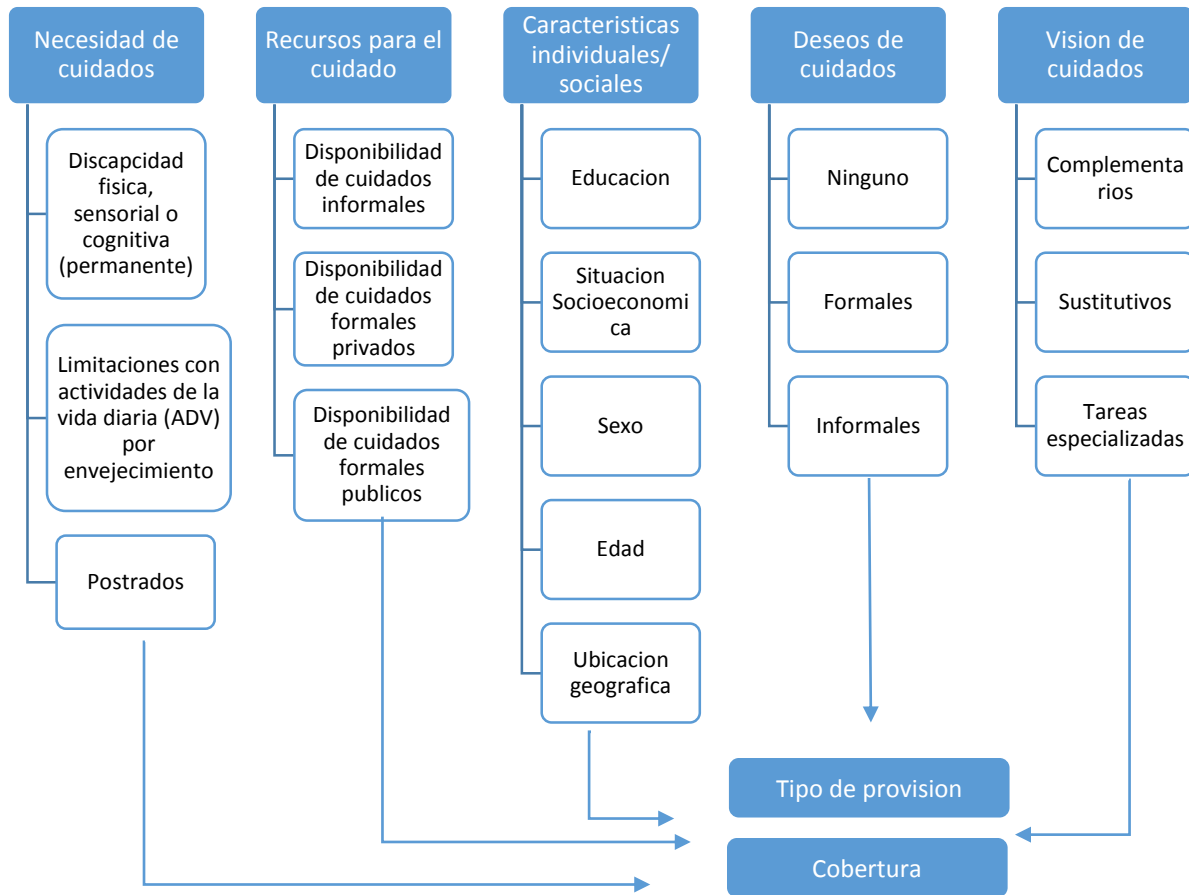
- ✓ El tipo de necesidad de cuidado. Esta se relaciona con las demandas al sistema de salud y/o de protección social y la intensidad/especialización del cuidado;
- ✓ Las características sociales de quienes necesitan cuidado –edad, sexo, educación, situación socioeconómica, ubicación geográfica, etc.

En paralelo, los sistemas se estructuran en términos de otras variables que son críticas en cuanto a la capacidad del Estado:

- ✓ Recursos para el cuidado (disponibilidad de cuidadores formales, informales, públicos o privados)
- ✓ Tipo de provisión: transferencias monetarias o de servicios
- ✓ Cobertura: focalizada o universal (mientras la mayoría de los países de la Comunidad Europea ofrece cobertura universal en salud, esto no se observa en la asistencia social que tiende a ser focalizada hacia los grupos más vulnerables)

La Figura 1 resume las variables a considerar en la definición de los lineamientos de un sistema de cuidados que se desarrollaran en las secciones subsiguientes.

Figura 1: Variables que determinan los diferentes sistemas de cuidados



Independientemente de las variables señaladas, los deseos y preferencias por parte de quien necesita cuidado –ya sean las familias, las personas en situación de dependencia o sus familiares (en caso que los mismos no puedan expresar sus propias preferencias)- son importantes a tener en cuenta en esta toma de decisiones. Es importante determinar si la relación cuidador-cuidado se prefiere formal o informal, si el cuidado es preferible en una institución o en el hogar, e incluso el derecho a no recibir cuidados. La tabla 1 resume un set de consideraciones claves a tener en cuenta en base a la experiencia internacional para el diseño de sistemas de cuidados.

Tabla 1: Consideraciones Clave en la Organización de un Sistema Integrado de Servicios de Cuidado

	Relación con cuidados informales	Donde se proveen	Como se articulan	Grado de cobertura	Tipo de financiamiento	Tipo de beneficios	Elección de proveedores	Control de calidad	Cuestiones de equidad
Opciones de Política	Complementarios Sustitutivos Especialización de tareas	Hogar Comunitario Institucional	Formales o Informales Públicos o Privados	Universal Altamente focalizado	Publico (vía impuestos o seguro social) Privado Mixto	Servicios directos Transferencias	Libre elección Elección restringida	Importante rol del Estado como regulador de servicios	Vertical Horizontal Inter-generacional
Evidencia según experiencias internacionales	En algunos países los sistemas van a complementar los cuidados informales en el hogar y apoyarlos, en otros buscan sustituirlos por completo, y en una tercera, se especializan en aquellas áreas de cuidado que requieren de tecnología o capacidades técnicas especializadas que el hogar no puede proveer	La mayoría de los adultos mayores prefiere el cuidado en el hogar o comunitario (esto es consistente con la existencia de obligación filial en la mayoría de los países)	En la mayoría de los países los servicios de cuidado de largo plazo son provistos por el sector privado (instituciones con fines de lucro y familiares en los hogares)	En general encontramos sistemas focalizados en los más pobres, que se amplían progresivamente hacia una ‘focalización universal.’ Países con cobertura universal: nórdicos, Alemania, Países Bajos, Luxemburgo, Japón y Corea. En el otro extremo USA e Inglaterra.	En la mayoría de los países hay financiamiento compartido donde los beneficiarios contribuyen pagando el costo ‘normal’ de vida (vivienda y alimentación)	La tendencia es hacia la provisión de transferencias más que a la provisión directa de servicios y un aumento en servicios directos en función de la severidad del cuidado y la existencia de cuidador. Las transferencias van tanto a quien necesita cuidado como al cuidador	En la mayoría de los países europeos se permite la libre elección de proveedores (tanto a nivel institucional como en el hogar)	Controles de calidad obligatorios en instituciones europeas que se están trasladado también al cuidado en el hogar (ej. Rep. Checa, Hungría)	Importancia de las fuentes de financiamiento (impuestos progresivos, proporcionales o regresivos) y la distribución de los servicios (urbano/rural). Balance entre la habilidad de pago y las necesidades de cuidado.

3. PREFERENCIAS Y TIPOS DE CUIDADOS

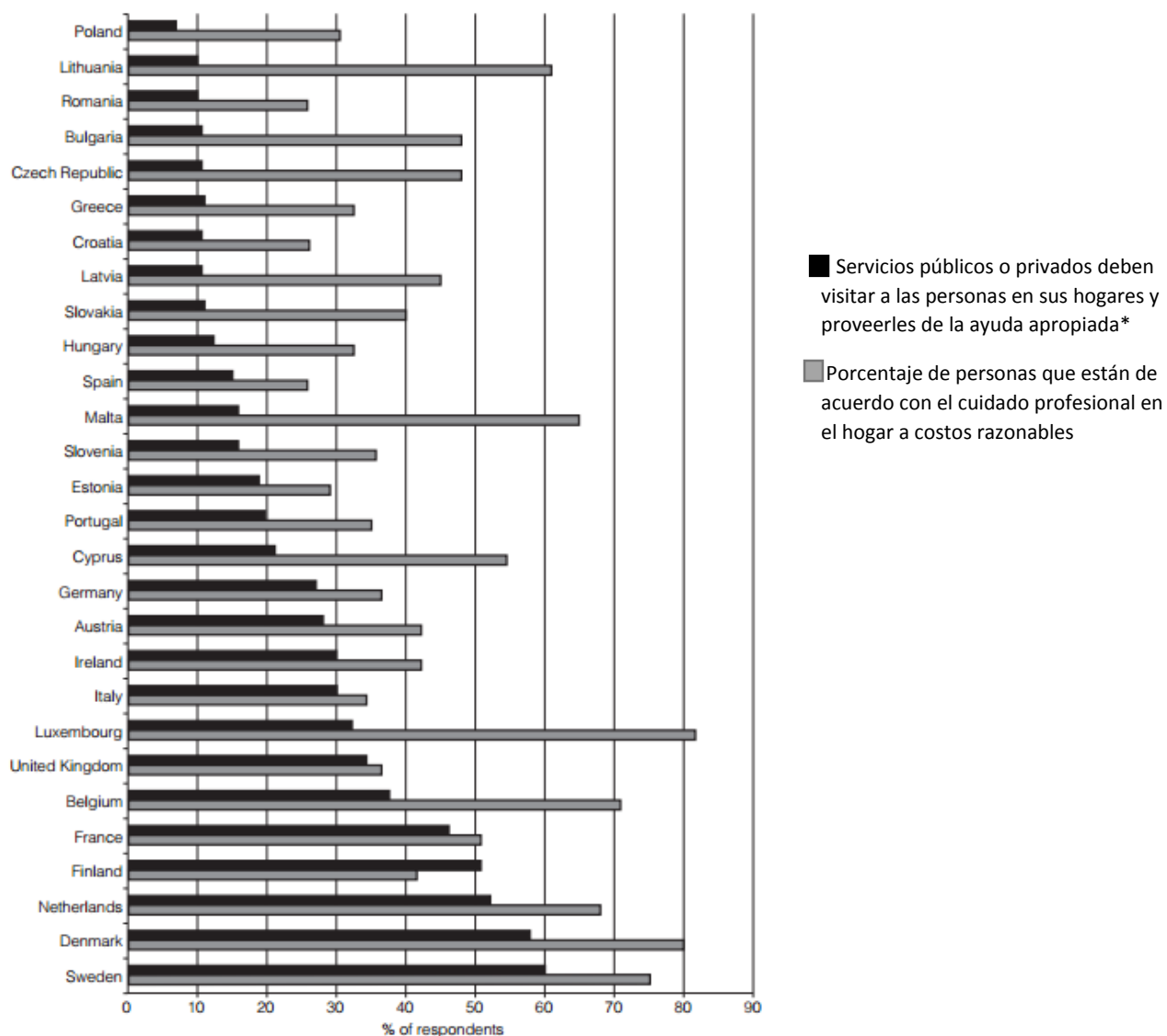
Independiente de los apoyos financieros al cuidado, esencialmente existen **tres opciones para la entrega de servicios de cuidado**: en el hogar, comunitario o institucional. Para seleccionar el mix ideal de servicios, **es importante tener en cuenta las preferencias de los hogares**, y, en particular, de quienes reciben los cuidados –esto es especialmente importante entre aquellos grupos con limitaciones leves o moderadas, y los adultos mayores. En los países de OECD la mayoría de los ancianos prefiere el cuidado en el hogar por sobre todo otro tipo de cuidado, y el cuidado a nivel comunitario por sobre el cuidado institucional (Colombo et al 2011; Keenan 2010), lo mismo está documentado para países europeos (ver gráfico 4) por la Organización Mundial de la Salud. Esto entendiendo por cuidado institucional cuidados de largo plazo permanentes fuera del hogar de la persona. La tendencia actual en la mayor parte de los países va hacia los cuidados ‘en el lugar’ o en el propio ambiente, donde los servicios de cuidados son llevados a los que los necesitan. Esta tendencia no es solo una respuesta a las preferencias de los hogares sino también una estrategia de los gobiernos para contener el gasto público en cuidados de largo plazo. Es así como en Estados Unidos, por ejemplo, el sistema federal de financiamiento público del cuidado de largo plazo (Medicaid) se está moviendo desde un enfoque mayormente institucional hacia mayor cuidado en el hogar y comunitario (Feng, Fennell, Tyler, Clark, & Mor, 2011; Wiener, Anderson, & Brown, 2009).

Para el caso de Chile, los resultados del estudio nacional de dependencia del 2013 dan cuenta de un tipo de preferencias orientado a permanecer en ambientes familiares y/o en el hogar, con un 48.6% de las personas en la muestra respondiendo que preferirían vivir con un hijo en el momento en que por vejez no pudiera vivir en forma independiente y necesitara ayudas de otras personas, un 28% preferiría vivir solo y contratar ayuda, y solo un 15% consideraría vivir en un hogar o centro para adultos mayores.

Estas preferencias se combinan con las normas sociales respecto al cuidado –por ejemplo, la obligación filial- y aquellos cuidados que los individuos están dispuestos a externalizar o recibir apoyo externo al hogar para su realización. En la mayoría de los países OECD y Comunidad Europea estas obligaciones son compartidas entre las familias y el Estado en mayor o menor grado, siendo en los países nórdicos donde se observa una mayor responsabilidad por parte del Estado. Más que la existencia o no de obligaciones legales, que se encuentran presentes en la mayoría de las legislaciones europeas, es importante tener en cuenta la percepción de la opinión pública al respecto de las mismas. También es importante considerar como (y sí) se traducen estas obligaciones –sea en forma de asistencia financiera o de cuidado, regular o esporádico, etc. Como puede observarse en la figura 5, la percepción de las personas en un set seleccionado de países de Europa sobre la responsabilidad del Estado por las personas mayores varía de acuerdo a los países, esta varianza se acentúa aún más cuando se desagregan las posibles responsabilidades. Pareciera, sin embargo, existir un consenso sobre una responsabilidad financiera del Estado. Los chilenos comparten la percepción de la responsabilidad del Estado en lo que se refiere a asistencia financiera pero piensan que es responsabilidad exclusiva de las familias el proporcionar ayuda en tareas de la casa o de cuidado personal (Estudio de dependencia 2013).

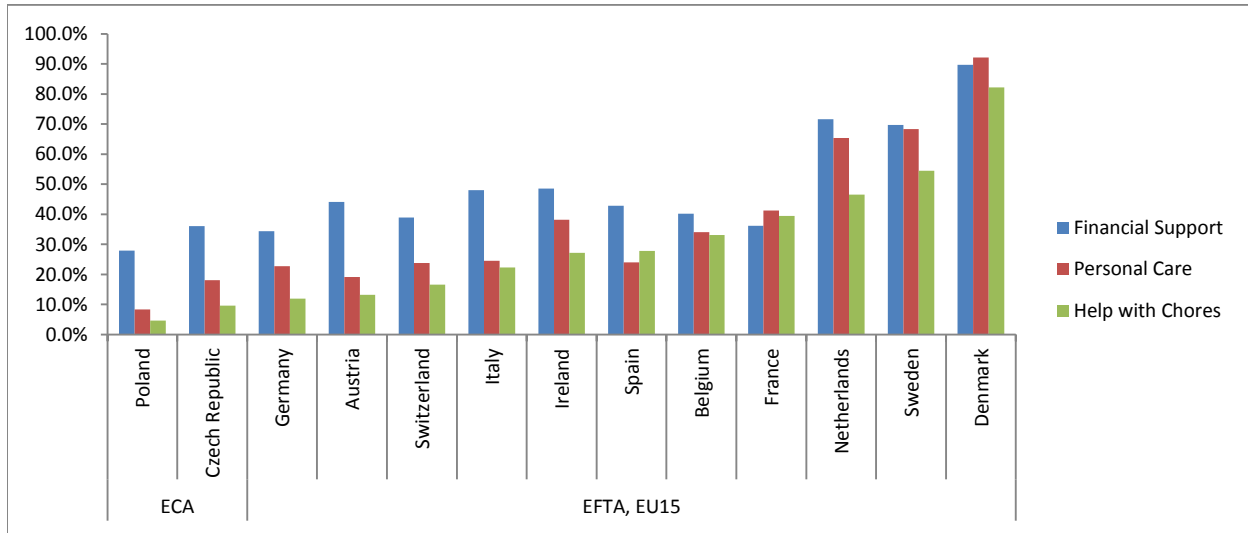
Es importante tener en cuenta que estas percepciones pueden cambiar a lo largo del tiempo debido a cambios en las circunstancias individuales y/o familiares (y consecuentemente en los roles y experiencias de los hogares con las tareas de apoyos y cuidados), a cambios en el contexto, en la edad de los respondientes, y a cambios en sus ingresos. Estas preferencias también tienen que ver con la evaluación de los usuarios del sistema en cuanto a confianza en el sistema, reflejo de preferencias, calidad y acceso.

Gráfico 4: Preferencias por cuidados domiciliarios o institucionales en países europeos



Fuente: Genet, Nadine, et al. 2012 "Home Care across Europe." WHO. Observatorio europeo de sistemas de salud
 Nota: * datos basados en la pregunta "imagine que un adulto mayor que vive solo y no puede realizar actividades de la vida cotidiana sin ayuda regular debido a su condición física o mental. En su opinión, cuál sería la mejor opción para personas en esta situación. Opciones: mudarse a una residencia de larga estadía, vivir con uno de sus hijos, que los hijos los visiten para proveer cuidados.

Grafico 5: Porcentaje de personas mayores de 50 que piensan que el Estado tiene la principal responsabilidad por los adultos mayores por categoría de responsabilidad (financiera, de cuidados personales y con tareas de la vida doméstica).



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta SHARE (Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa)

Un sistema nacional de cuidados debe entonces tener en cuenta estas percepciones y preferencias sobre las responsabilidades del Estado y de las familias para determinar el tipo de servicios de cuidado a ofrecer y la manera de proveer los mismos. Por ejemplo, se pueden separar los cuidados personales –como aseo personal y alimentación- de otras necesidades como movilidad pública, visitas médicas o administración de medicamentos, quedando los primeros en manos de las familias, y el Estado facilitando o apoyando el acceso a los segundos.

4. RECURSOS PARA EL CUIDADO: CUIDADOS INFORMALES O FORMALES, ESTATALES O PRIVADOS

Entendemos por cuidados informales los servicios prestados mayormente en el hogar por familiares, amigos o vecinos que no reciben remuneración por dicho cuidado. Los servicios formales son aquellos prestados por cuidadores pagos (en su mayoría no miembros de la familia del receptor de cuidados), sin importar si se trata de servicios prestados en el hogar o fuera de este.

La organización de los cuidados –ya sea para ancianos o para niños- depende esencialmente de tres factores inter-relacionados entre sí: la capacidad de los hogares de proveerlos, las normas sociales sobre la distribución de las responsabilidades, y la disponibilidad de servicios y estructuras de apoyo. En la mayoría de los países los cuidados formales surgen como respuesta para apoyar a las familias a ejercer su rol de cuidadores (Banco Mundial 2015).

No existe una única clasificación posible de países en lo que se refiere a la organización de sus sistemas de cuidado. De acuerdo a la clasificación de Kraus (ver tabla 1 abajo), en el grupo de los países escandinavos (excepto Finlandia) se observa un sistema de cuidados de largo plazo público más desarrollado y generoso. En el otro extremo, se encuentran países como Austria, Inglaterra, Francia, España, Hungría e Italia con gastos bajos o medios pero con un alto financiamiento privado. Países como Bélgica, la República Checa, Alemania y Eslovaquia presentan un sistema menos generoso, pero tienen también menor financiamiento privado (Kraus 2010).

Tabla 2: Tipología de sistemas basada en el uso y financiamiento del cuidado

Naturaleza del sistema	Ejemplos de países	Características
Orientado hacia el cuidado informal, bajo financiamiento privado	Bélgica*, República Checa, Alemania, Eslovaquia	Bajo gasto, bajo financiamiento privado, alto uso de cuidado informal, alto nivel de apoyo al cuidado informal, modestos beneficios en efectivo
Generoso, accesible y formal	Dinamarca, Holanda, Suecia	Alto gasto, bajo financiamiento privado, bajo uso de cuidado informal, alto apoyo al cuidado informal, modestos beneficios en efectivo
Orientado hacia el cuidado informal; alto financiamiento privado	Austria, Inglaterra, Finlandia, Francia, España	Nivel de gasto medio, alto financiamiento privado, alto uso de cuidado informal, alto apoyo al cuidado informal, altos beneficios en efectivo
Alto financiamiento privado; el cuidado informal parece ser una necesidad	Hungría, Italia	Bajo gasto, alto financiamiento privado, alto uso del cuidado informal, bajo nivel de apoyo al cuidado informal, beneficios medios en efectivo

*Gasto medio. Fuente: Kraus (2010)

Los cuidados formales o informales no son ni complementarios ni sustitutos perfectos, sino que tienen más que ver con tareas específicas. La atención informal tiende a enfocarse más en las necesidades básicas de la vida cotidiana, mientras que la atención formal se asocia generalmente con necesidades más especializadas (fisioterapia, enfermería, etc.).

Entre el 21% y 43% de la población mayor de 65 años que vive en Europa recibe cuidados informales.¹ En la mayoría de los países, son los familiares quienes proveen la mayoría de estos servicios de cuidado, variando en niveles de intensidad y frecuencia (horas continuas y horas por día). En Estados Unidos, por ejemplo, se estima que el 87% de los 12 millones de personas que necesitan cuidados de largo plazo los reciben de parte de familiares, por un valor total estimado de \$450 billones en 2009 (Kaiser Family Foundation, 2013). En países como Noruega, donde la mayor parte de los servicios de cuidado de largo plazo es formal e institucional, los familiares proveen igualmente cuidado de baja intensidad y media frecuencia, complementando los cuidados institucionales (Banco Mundial 2015). El cuidado informal proporcionado regularmente por personas no familiares es más común en los Países Bajos y Alemania.

Una decisión importante para el Estado es la de ser un proveedor directo de servicios, un regulador y/o comprador de servicios, o un financiador de quienes demandan cuidado. Estas definiciones deben de alinearse con la capacidad del Estado para proveer los servicios a una escala necesaria para satisfacer la demanda y el rol que se espera de los sectores público y privado en cada sociedad.

En la mayoría de los países desarrollados, por cuestiones de eficiencia, los servicios de cuidado de largo plazo formales son provistos por el sector privado con fines de lucro (excepto en algunos países nórdicos como Noruega donde los provee mayormente los gobiernos municipales). El rol del estado es de regular la provisión de los mismos para mantener niveles mínimos de calidad en los servicios y de equidad su acceso (financiando solo a quienes no pueden de otro modo costearlos, u optando por un financiamiento universal). En Estados Unidos los hogares de ancianos que tradicionalmente eran de propiedad del gobierno son ahora mayoritariamente privados, con una gran concentración de 'centros de vida asistida' (*assisted living facilities*) para aquellos con niveles de dependencia leve o moderada. Esto también sucedió en Inglaterra donde el gobierno ha progresivamente transitado hacia una mayoría de proveedores privados con fines de lucro. En el otro extremo, encontramos países como Alemania y Australia, donde se observa una mayor presencia de proveedores privados sin fines de lucro. Como regular la calidad de estos servicios se vuelve crítico (ver sección 8).

La cobertura, alcance y variedad de los cuidados formales dependerán, en gran parte, del rol que el Estado decide tener, consistente con otras políticas públicas. Por ejemplo, si la cobertura en otros servicios como el de cuidado infantil es focalizada, regulada y con variedad de elección, se esperaría que el sistema de cuidados de largo plazo fuera similar. Si por el contrario se trata de una cobertura universal, sin restricciones a la entrada, financiada públicamente y de calidad homogénea, lo mismo debería ocurrir con los sistemas de cuidado. En general los países suelen alinear los sistemas de cuidado con los sistemas de salud ya existentes (dadas las complementariedades entre ambos).

¹ Los datos provienen de SHARE, encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa. Extraído de <http://www.ancien-longtermcare.eu/> (June 21 2015)

5. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS

Los países se pueden clasificar en categorías de acuerdo al alcance o cobertura de los derechos de los beneficiarios (universales vs focalizados), de su generosidad, y de cómo se estructura la provisión del servicio (un único sistema vs una multiplicidad de programas) (Colombo et al., 2011). En un extremo esta la **cobertura universal** con un único sistema, como son por ejemplo los sistemas financiados con impuestos de los países nórdicos, el sistema de seguros de Alemania, Países Bajos, Luxemburgo, Japón y Corea, y el sistema de cuidados a través de la cobertura de salud en Bélgica. Estos sistemas se basan en un fondo común de riesgo, grande y obligatorio, que asegura una fuente de recursos predecible y crea el incentivo a contribuir a los mismos. (Colombo et al., 2011). En el otro extremo están los **esquemas de tipo red de protección social (altamente focalizados)** donde se definen ingresos mínimos por debajo de los cuales se determinan los beneficiarios elegibles de financiamiento público (como es el caso de Inglaterra y Estados Unidos).

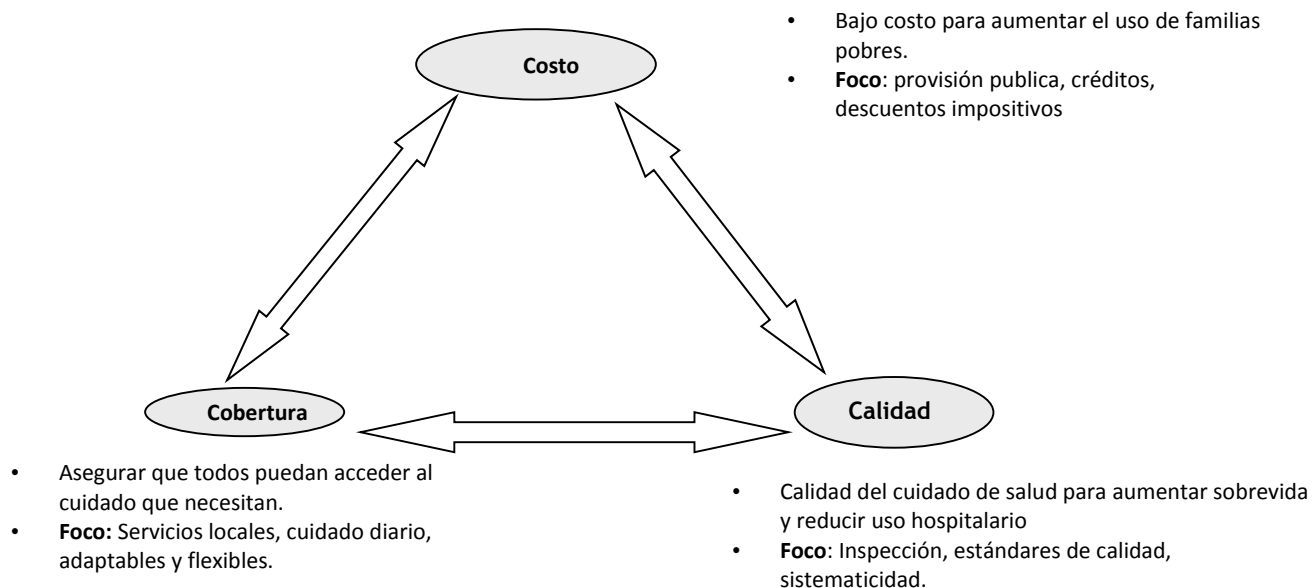
Incluso en los sistemas de tipo universal los servicios se enfocan en los más necesitados y la cobertura no es comprehensiva. En su mayoría estos sistemas balancean la cobertura ideal y la realidad de financiamiento posible en el largo plazo, lo que se hace estableciendo reglas de elegibilidad y montos determinados de financiamiento público basado en una evaluación del tipo de necesidad que cada beneficiario tiene, generalmente teniendo en cuenta niveles de discapacidad cognitiva o física. Esto determina los niveles de copago de los beneficiarios, los que varían dependiendo del país: Suiza (60%), Portugal (45%), España (30%), (Colombo et al., 2011). En China, un país con altas presiones demográficas, el gobierno financia todos los costos de cuidado solo a los beneficiarios de la asistencia pública (quienes no pueden trabajar, no tienen ninguna fuente de ingreso y/o no tienen un guardián legal que lo pueda mantener). En el caso de China, a diferencia de otros países que aplican un modelo focalizado, los beneficiarios deben vivir en un centro comunitario o en una institución social gubernamental.

En modelos más recientes –en países más jóvenes como Rumania, Bulgaria y otros nuevos entrantes a la Comunidad Europea-, la opción ha sido comenzar con un sistema focalizado en los más pobres, el que se ha ido ampliando progresivamente a una “focalización universal” que se construye a partir del principio de cobertura universal pero enfocando los beneficios hacia quienes más lo necesitan. (Colombo et al., 2011).

Los criterios para definir el grado de cobertura del Estado varían según los países. En los Países Bajos, se introdujo una medida de bienes personales (vivienda, ahorros, otros) para definir los niveles de copago de los individuos; Austria introdujo un sistema de selección estricto para aquellos con discapacidades leves o moderadas, y Japón ha cambiado su política desde provisión de cuidados a quienes tienen dependencia leve hacia un modelo de prevención de la dependencia. Estos modelos se pueden complementar con pensiones sociales que, aun si no alcanzan a cubrir los costos, mejoran la situación de las personas con riesgo de necesidad de atención de largo plazo y tienen menos costos administrativos porque los individuos no necesitan pasar por una verificación de sus necesidades y capacidades funcionales.

Entre los objetivos más comunes de los países en términos de provisión de servicios, sean de cuidados o no, podemos identificar tres: minimizar el costo, maximizar la cobertura, aumentar la calidad (Figura 2). Se trata de promover un balance delicado ya que estos objetivos pueden ser incompatibles entre sí.

Figura 2: El balance entre costo, cobertura y calidad



Sin importar el tipo de financiamiento elegido, en la mayoría de los casos se requiere un **financiamiento compartido** donde los beneficiarios contribuyen al financiamiento de su cuidado. Especialmente en lo que se refiere a costos asociados al cuidado pero que no derivan directamente de este (o costos de ‘vida normal’ que son comunes a toda la población como los costos de alimentación o vivienda). Estos costos privados son más altos para los cuidados institucionales, pues cuando los cuidados son provistos a nivel de hogar los costos se encuentran internalizados. El financiamiento compartido es obligatorio en 21 países de la OECD; solo en Dinamarca, Alemania y Latvia los beneficiarios no pagan por el cuidado institucional o formal en el hogar (Kraus 2005).

La elección de un modelo de financiamiento público (basado en impuestos o basado en seguros) dependerá de la financiación del sistema existente –por ejemplo el sistema de salud o de protección social- y de cómo este modelo es adaptado a los sistemas de cuidado social. Países familiarizados con seguros sociales o con servicios financiados con impuestos tenderán a usar el mismo tipo de financiamiento para un sistema de cuidados. La diferencia en calidad y alcance de los servicios provistos dependerá de los fondos disponibles. Los copagos permiten controlar situaciones de abuso y riesgo moral (*moral hazard*) y pueden ser eliminados para los grupos más necesitados. La compra de un seguro – público o privado- por parte de los beneficiarios a lo largo de la vida, en paralelo a un seguro social, es una opción complementaria, especialmente para aquellos que tienen capacidad de pago por los servicios, o pueden ahorrar voluntariamente para su pago en el futuro (similar a los seguros de desempleo).

6. TIPOS DE BENEFICIOS Y PROVEEDORES

¿Beneficios en especie (servicios) o en efectivo? Como se ha mencionado antes, esto estará relacionado con los costos, capacidad de regulación y grados de libertad que tendrán los beneficiarios de los servicios para elegir el tipo de provisión que desean. Ofrecer beneficios en efectivo da mayor posibilidad de elección al individuo que necesita ser cuidado, a condición de que exista un mercado de servicios de calidad y regulado en el cual puedan comprar servicios comparables. Los individuos pueden elegir entre comprar esos servicios en una institución o en el hogar y a quien pagar por estos servicios. 16 de 21 países de la Unión Europea proveen algún tipo de beneficio en efectivo; solo no existen en Bulgaria, Dinamarca, Hungría, Rumania y Suecia (Krauss 2010). La tabla 2 en la página siguiente muestra la variedad de beneficios en dinero y en especie que se ofrecen a quienes reciben cuidados y a cuidadores.

Cuando el Estado opta por subsidiar servicios –en lugar de vouchers- generalmente los pagos y subsidios públicos se destinan a los proveedores no a quienes reciben los servicios. Sin embargo ahora hay más demanda en países OECD (Países Bajos, Alemania, Europa del Este, Italia e Inglaterra) por beneficios en dinero a los recipientes del cuidado y/o sus familiares para empoderarlos y darles más flexibilidad y opciones. Cuando el Estado es quien provee, la única flexibilidad –de existir- que se le da a los individuos es el tipo de servicio y su ubicación, siempre y cuando estos no estén pre-definidos geográficamente.

¿Libre o restringida elección de proveedores? También asociado a los grados de libertad de los beneficiarios. En general, la mayoría de los países europeos permiten la libre elección de proveedores (tanto a nivel institucional como en el cuidado en el hogar). En Dinamarca, Italia y España la libre elección es solo posible en el cuidado en el hogar. Finlandia es el único caso donde los beneficiarios no pueden elegir libremente su proveedor de cuidado (Kraus et al 2010). En todos los casos, el Estado regula estándares y calidad de los servicios provistos.

La libre o restringida elección de proveedores así como el tipo de beneficios que se ofrece se relaciona directamente con el aseguramiento de un nivel mínimo de calidad (que se discute más adelante en la sección 8). En la mayoría de los países europeos hay controles de calidad obligatorios para las instituciones que proveen servicios de cuidado de largo plazo. Algunos países han trasladado estos controles al cuidado en el hogar (República Checa, Hungría). Notoriamente en Austria, Finlandia y Eslovenia no hay ningún mínimo requerimiento de calidad obligatoria en ningún nivel de cuidado (ni institucional ni en el hogar) (Kraus 2010). La experiencia de la OECD sugiere que la regulación y el aseguramiento de la calidad es más fácil en los niveles institucionales que cuando se trata de cuidados en el hogar o comunitarios. En Estados Unidos y otros países de la OECD, hay evidencia de una asociación negativa entre la calidad observada en las casas de atención a mayores y la propiedad privada con fines de lucro de las mismas cuando la supervisión y regulación por parte del Estado no es consistente (Comondore et al., 2009; Grabowski & Stevenson, 2008; Harrington et al 2001).

Tabla 3: Beneficios por cuidados y a cuidadores, países OECD

	Transferencias a cuidadores	Transferencias a quienes reciben cuidado	Créditos Fiscales	Beneficios en especie (descanso de tarea)	Licencias con goce de haberes	Licencias sin goce de haberes	Opción de Trabajo flexible	Educación/ Entrenamiento a cuidadores
Alemania	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO
Australia	SI	NO	NO	SI	SI	NO*	NO	SI
Austria	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI
Bélgica	SI**	NO	SI	SI	SI	SI	NO**	SI
Canadá	SI**	NO	SI	SI	SI	SI	NO**	SI
Corea	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO**	SI
Dinamarca	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO**	SI
Eslovaquia	SI	SI	NO	SI				SI
Eslovenia	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO**	SI
España	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI
Estados Unidos	NO	SI**	SI	SI**	NO	SI	SI	SI**
Finlandia	SI	NO	NO		SI	NO	SI	
Francia	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Holanda	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Hungría	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
Irlanda	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	
Italia	NO	SI	NO					
Japón	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI
Luxemburgo	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO**	SI
México	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
Nueva Zelandia	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
Noruega	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO
Polonia	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Reino Unido	SI	SI	NO	SI	NO	NO*	SI	SI
Rep. Checa	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI
Suecia	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI

Notas: NO* (licencia por unos días en caso de emergencias); NO** (no existe política nacional pero si acuerdos colectivos); SI** (no a nivel nacional pero si provincial/local). Fuente: Adaptado de Colombo (2011)

7. CONSIDERACIONES DE EQUIDAD: ¿VERTICAL U HORIZONTAL? ¿EQUIDAD INTER-GENERACIONAL?

La equidad horizontal implica **tratar a los 'iguales' de la misma manera**; mientras que la equidad vertical requiere un tratamiento diferente a quienes son diferentes, o sea, a quienes tienen diferentes recursos y/o necesidades. Para cualquiera de los conceptos de equidad es importante mirar las fuentes de financiamiento de los servicios de cuidado y la distribución de los mismos. Las variables de importancia son la habilidad de pago de los individuos y las necesidades de cuidado. De donde provienen los recursos es clave para la equidad vertical: si los recursos son progresivos –quien más tiene, paga más-, proporcionales –todo el mundo paga la misma proporción de sus recursos- o regresivos –quienes están mejor pagan proporcionalmente menos). Cuanto más progresivos sean, más equitativo verticalmente es un sistema. Por ejemplo los impuestos (directos o indirectos, al ingreso o al capital, nacionales o locales); la existencia o no de seguridad social, o de financiamiento privado (seguros, ahorros, etc). En el caso de la equidad horizontal, es importante el grado de distribución de riesgo que tiene el sistema (en los sectores público y privado), cuanto más grande el fondo común, más equitativo será el sistema.

Una consideración importante en sistemas de cuidado es la **equidad inter-generacional** (balance entre la generación actual y la futura, en cuanto a los cuidados están asociados a la dependencia no solo presente sino a los recursos e ingresos de las generaciones futuras). En un sistema del tipo de seguridad social, donde los recursos se acumulan antes que sean necesarios, quien paga es la generación que usa el servicio –como es el caso de los sistemas de pensiones. En un sistema del tipo “pay-as-you-go” la mayoría del cuidado de los ancianos es financiado por la generación en edad de trabajar; esto crea inequidades inter-generacionales, sobre todo cuando hay diferencias importantes entre la cantidad de población que necesita cuidado y la población económicamente activa o cuando diferentes generaciones vivieron en distintos momentos de crecimiento económico, lo que puede no hacerlo sostenible en el largo plazo.

Por ejemplo, el uso de una medida de propiedad de activos por parte de los beneficiarios (como el introducido en Holanda) antes de terminar los costos públicos y privados de la provisión de cuidado es una medida de equidad, en la medida en que quienes han acumulado más durante su vida productiva puede financiar en mayor medida sus necesidades de cuidado frente a quienes no lo hicieron. Los aspectos negativos de un modelo como ese son sus altos costos administrativos y la posibilidad de ‘castigar’ a quienes manejaron más prudentemente sus ingresos. Otras opciones para beneficiarios de ingresos medios son modelos como el ‘*reverse mortgage*’ o hipotecas inversas usados en Estados Unidos o Irlanda para los mayores de 62 años que son propietarios de sus viviendas, donde los individuos reciben dinero por sus viviendas en lugar de pagar hipotecas. O, como en el caso de Inglaterra, donde se usan para diferir pagos por cuidados en hogares de ancianos, permitiéndoles retener sus viviendas y pagar la deuda post-deceso a través de la venta de la vivienda o el reembolso de los costos incurridos hasta entonces (Fernández et al 2009, Colombo 2011).

La equidad inter-generacional también abre el foco del diseño del sistema a los **impactos en quienes proveen cuidados informales**. Para aquellos familiares o cercanos que son cuidadores informales, impactos en términos del acceso y mantención del empleo, ingresos, contribuciones a pensión futura y salud física y mental, derivados del ser cuidador, son una señal negativa de equidad intergeneracional con el riesgo potencial de convertirlos, en el futuro, en dependientes tempranos y con menores ingresos.

En cuanto a los **proveedores de cuidados formales** en el hogar –no institucionalizados- la protección y regulación de dichos trabajadores es fundamental. El cuidado es mano de obra intensiva y en su mayoría es provisto por mujeres con bajas calificaciones o bajo nivel educacional, con pocos requisitos de entrenamiento. Muchos países enfrentan la falta de oferta de trabajadores para los cuidados de largo plazo. El reclutamiento y la retención de trabajadores son bastante difíciles debido a los bajos salarios, la falta de perspectivas laborales y el poco prestigio del trabajo. Si bien hay varias políticas que se han implementado en los países de la OECD para tratar de resolver estos temas, no hay aún claridad respecto de que es lo que funciona y que puede ser considerada una experiencia exitosa. El gobierno puede incentivar la oferta de trabajadores vía un aumento de la oferta pública o subsidiada de estudios en el área, entrenamiento vocacional, etc.

8. ESTANDARES DE CALIDAD Y MODELOS DE CERTIFICACION

Certificación, acreditación y estándares son comúnmente usados en países OECD para monitorear calidad en establecimientos de cuidado de largo plazo. Casi todos los países de la OECD requieren que las instituciones que proveen servicios obtengan una licencia para operar (certificación), igual que los individuos que proveen servicios. La mayoría de los países de la OECD además requieren acreditación. Esta es obligatoria en algunos países (Inglaterra, España, Francia), o para poder recibir financiamiento público (Alemania, España, Australia, Inglaterra, Portugal, Estados Unidos) o universal (Suiza). La re-acreditación no es siempre obligatoria, pero la certificación sí, la frecuencia varía entre los distintos países (tabla 1).

Adicionalmente a la acreditación, países como España, Austria, Alemania y Francia requieren que los servicios acreditados usen un sistema de gestión de la calidad (como una norma ISO 9000) como parte de los estándares mínimos, cosa que aumenta los costos iniciales y de re-certificación a proveedores.

En general la regulación incluye detalles sobre cómo y quienes revisan los pedidos de licencias o certificación, quien las aprueba, como se hacen las inspecciones y con qué frecuencia. En muchos casos el primer paso para pedir una licencia es probar que existe una necesidad del servicio (el estado puede querer regular la oferta, evitar duplicaciones, etc.). En aquellos países donde la licencia viene con el derecho de reembolso a prestatarios por parte del Estado los requerimientos son más estrictos (en Alemania, Japón, Estados Unidos e Inglaterra los pagos a proveedores están sujetos a medidas de calidad). En otros casos los países optan además por monitorear la adherencia estricta a estándares muy rígidos, mientras que otros adoptan un enfoque de resolución de disputas. El seguimiento de un protocolo estricto minimiza las discreciones individuales de los inspectores. Si bien este es un procedimiento fácil de seguir sus detractores dicen que tiende a cumplir con la letra de la ley pero no con el espíritu (que suele ser más difícil de observar y documentar), tiene el riesgo de transformarse en un mero checklist que no se traduce en mayor calidad.

Para el caso de los servicios en el hogar y comunitarios, la regulación es mucho menos frecuente o no existe. En Estados Unidos se deben certificar las agencias que proveen cuidadores en el hogar, como precondition para recibir fondos públicos. En España y Francia son también las agencias (no los individuos) los que deben certificarse. En Australia y Holanda, donde la certificación es dada por una institución externa, esta aplica a sistemas comunitarios –con un modelo específico de reporte de calidad. En todos

los casos, para los sistemas en el hogar o comunitarios los criterios y estándares son diferentes de la provisión institucional con un mayor énfasis en la regulación en seguridad, y entrenamiento básico y prevención del abuso por parte del receptor de cuidados. La frecuencia de inspección también varía, con países como Corea definiéndola cada dos años o Francia, cada cinco.

Los estándares para certificación y acreditación en su mayoría son definidos de manera central, pero la inspección y supervisión es descentralizada al nivel sub-nacional, y en algunos casos entregados a agencias externas. Algunos países (Estados Unidos, Australia, Inglaterra, Holanda, entre otros) definen un set de estándares básicos tanto estructurales como sobre el proceso de cuidado, pero además premian a los proveedores con licencias y reembolsos públicos de parte de los costos de establecer dichos estándares. Otros países, como Japón, enfatizan los estándares educacionales y de entrenamiento de los trabajadores que entregan cuidados como el principal mecanismo que asegura calidad, y países como Austria, Alemania o Italia han creado entidades separadas para monitorear la calidad a nivel de sistemas.

En caso de no cumplimiento con estándares o regulación, las sanciones van desde notificaciones, re-inspección, sanciones como multas, cancelación temporal de permisos para admitir nuevos usuarios, terminación de servicios y cierre del centro de cuidado. Los costos de cerrar centros, aumentar inspecciones o terminar servicios han llevado a varios países a optar por incentivos en lugar de sanciones, con la intención de incentivar no solo el cumplimiento de estándares, sino también el mejoramiento continuo (países como Corea, Japón, Estados Unidos tienen diferentes sistemas de incentivos). Japón, por ejemplo, tiene desde el 2009 un sistema de incentivos financieros para servicios comunitarios que puedan demostrar la mejoría de la condición funcional de los pacientes que les permita ganar autonomía, o retomar vida independiente.

En la experiencia internacional se observan estándares de calidad en las siguientes áreas:

- ✓ Recursos humanos y físicos (incluyendo infraestructura) utilizados para el cuidado, con énfasis en seguridad y calidad de la fuerza de trabajo. Cubren las instalaciones físicas (tamaño de las habitaciones, tipo de espacios comunes, normas de seguridad en caso de incendios), así como el entrenamiento, capacitación y educación de quienes proveen los servicios
- ✓ Requerimientos estructurales y/o de procesos que no interfieren con las decisiones de los proveedores de cuidados y/o en su elección de específicas prácticas de cuidado, procesos o visión sobre el cuidado
- ✓ Estándares respecto a prácticas específicas –sanitarias, alimenticias, ejercicio físico, etc. que fijan mínimos requeridos para cada caso y protocolos a seguir, y guías u orientaciones para el cuidado que deben ser entregadas al personal a cargo del cuidado. Por ejemplo, protocolos de atención que los proveedores deben seguir así como la documentación de los mismos (frecuencia con la que se aplican cremas, con la que se giran pacientes postrados en cama, etc.).
- ✓ Resultados en los beneficiarios. De introducción más reciente, estos estándares se fijan en resultados como calidad de vida, capacidad de elección por parte de quien recibe el cuidado, etc. (por ejemplo, Estados Unidos expandió en 2000 la ‘rehabilitación al máximo potencial’ de la US Nursing Home Reform Act de 1987)
- ✓ Satisfacción de los pacientes y/o de sus familiares con los servicios.

Algunos países de Europa fijan estándares de calidad uniformes a nivel central que se aplican a todos los servicios existentes –independiente de si son proveedores de servicios privados o públicos. En otros casos, hay estándares definidos a nivel descentralizado, en función de una norma de mínimos admisibles

generada centralmente, o existen diferentes estándares dependiendo de si el Estado es proveedor directo de servicios o solo regulador de ellos. El patrón común tras todos los modelos es que los servicios de cuidado son un 'bien público' y que todo tipo de autorización o certificación por parte del Estado para su operación, debe resguardar los mínimos impuestos por el Estado para la calidad (sobre todo con los servicios privados). Establecer estándares para proveedores implica determinar las características sobre lo que tienen que tener los servicios y como se obtienen las licencias. La regulación en este sector es relativamente nueva para el caso de los cuidados (niños, ancianos, discapacitados), excepto en Inglaterra que tiene regulación desde 1927. Las siguientes tablas 3 y 4 a continuación resumen estrategias de aseguramiento de calidad en sistemas de cuidado de largo plazo en países seleccionados.

En general todos los países se han aproximado al proceso de regulación del cuidado de manera progresiva, avanzando de una supervisión de calidad de servicios a modelos de excelencia autorregulados (lo que reduce la carga estatal). Como se ve en la figura 2, en la medida en que los sistemas se afianzan y ciertas prácticas se regularizan, se espera que los modelos pasen de un foco en la calidad de los productos al mejoramiento continuo y con sistemas que se auto-gestionan a partir de una auditoría social.

Figura 2: Progresión en modelos de control de calidad

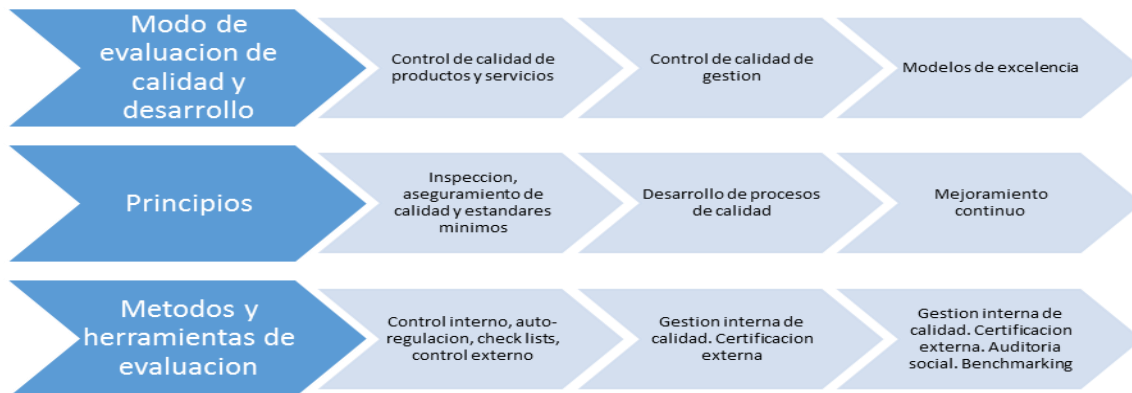


Tabla 4: Aseguramiento de Calidad en Sistemas de Cuidado de Largo Plazo

	Inglaterra	Australia	Alemania	Japón	Estados Unidos
Enfoque general	Consulta y colaboración (reforma reciente)	Consulta y colaboración	Cumplimiento de contratos y consulta	Regulación (entrenamiento a proveedores)	Regulación (información al usuario)
Responsabilidad por el control de calidad (nacional o sub-nacional)	Nacional	Nacional para instituciones; compartida para el cuidado comunitario y en el hogar	Fondos de enfermedad; los estados dan las licencias a los hogares de ancianos	Estándares nacionales para los hogares de ancianos, las prefecturas hacen inspecciones	Estándares nacionales para residencias y hogares de ancianos con inspecciones estatales; estándares e inspecciones estatales para atención en el hogar y comunitaria
Separación entre quienes aseguran calidad y quienes pagan	SI	SI para instituciones; NO para atención en el hogar o comunitaria	NO	NO	NO se requiere, aun si quienes inspeccionan generalmente no pertenecen a salud pública (MEDICAID)
Uso de terceros (privados) en evaluación	Acreditación voluntaria para hogares de ancianos	NO	Acreditación voluntaria para hogares de ancianos	Requisito para residencias de enfermos mentales	Acreditación voluntaria para hogares de ancianos y viviendas de residencia asistida
Uso de agencias cuasi-gubernamentales	SI	SI	NO	NO	NO
Frecuencia de las inspecciones a instituciones	Varía según calidad (mínimo una vez cada 3 años)	Varía según calidad (generalmente una vez cada 3 años)	Varía según el fondo de enfermedad	Anual (inspección física de las instalaciones una vez cada 2 años)	ANUAL
Grado de detalle de los estándares	MEDIO	BAJO	VARIA	ALTO	ALTO

Uso de fuertes medidas de cumplimiento (por ej: congelar admisiones)	Poco frecuente	Poco frecuente	Poco frecuente	Poco frecuente	Poco frecuente
Regulación de la atención en el hogar	Reciente (similar a las instituciones); no incluye viviendas de residencia asistida	Reciente pero regular	Baja prioridad	Casi inexistente; hay regulación para las residencias de vivienda asistida y para hogares de pacientes con Alzheimer	Varía según los estados pero es menos frecuente que para las instituciones
Estrategias alternativas para asegurar calidad	Regulación de la fuerza de trabajo; diseminación de mejores prácticas; resultados de inspecciones disponibles en Internet	Educación a proveedores; resultados de la inspección disponibles en Internet pero no muy fáciles de entender para el usuario	Desarrollo de protocolos; entrenamiento de la fuerza de trabajo; demostraciones; información no disponible en Internet	Especialización del cuidado; entrenamiento de la fuerza de trabajo; alguna información disponible en Internet	Resultados de inspecciones e indicadores de calidad de atención a los pacientes/residentes disponible en Internet (hogares de ancianos y residencias de salud)
Información detallada de salud y funcional para indicadores de calidad	NO	se colecta información para el reembolso a instituciones; no se usa para indicadores de calidad	NO	NO	SI para residentes en hogares de ancianos; información limitada para usuarios de servicios comunitarios

Fuente: Adaptado de Wiener (2007)

Tabla 4: Resumen de condiciones de sistemas de monitoreo y control. Países seleccionados

País	Existencia de regulación			Responsable por regulación	Frecuencia de inspección/certificación	Herramientas para el control de calidad		
	Cuidado institucional	Cuidado en el hogar	Cuidados especializados en el hogar			Cuidado institucional	Cuidado en el hogar	Cuidados especializados en el hogar
Alemania	Si	Si	Si	Fondo público por cuidado de largo plazo responsable por calidad. Coordinación de Revisión Médica a cargo de la definición de guías para la calidad de cuidado sanitario	Anual sin notificación previa	Un comité medico en representación de la seguridad de salud asume el monitoreo técnico de las instalaciones. La evaluación y sus resultados son públicos y deben hacerse visibles en la institución.	Inspección selectiva para controlar seguridad y cumplimiento de condiciones para pago.	N/A
Austria	Si	Si	Si	N/A	Una vez cada 3 años	Calidad estructural: criterio estricto en tamaño, equipamiento de habitaciones, infraestructura. Resultados: monitoreo continuo por un equipo que incluye a un abogado, un experto en cuidados, medicina y psicología, y un trabajador social	Cuidado informal: visitas al hogar por enfermeras certificadas para chequear la calidad de los cuidados y ofrecer información al cuidador. Cuidado formal: Visitas por enfermeras registradas, guías para cuidado profesional en el hogar y servicios de cuidado en el hogar, apoyo psicológico e información para parientes cuidadores	

Bélgica	Si	Si	Si	Gobierno central gobierno provincial	Control de calidad anual por servicios de admin. regional	Normas de calidad sobre infraestructura y calificación del personal.	N/A	N/A
Dinamarca	Si	Si	Si	Consejo Municipal	N/A	Autoridad local define estándar de calidad que es obligatorio para todos los proveedores	N/A	N/A
España	Si	Si	Si	Gobierno provincial	N/A	Ley nacional establece estándares de calidad por tipo de servicio. Regulan también la organización, funcionamiento, y la administración de los centros residenciales y la participación de los usuarios.	N/A	N/A
Holanda	Si	Si	Si	Gobierno central	Anual. Satisfacción de pacientes cada dos años	Las organizaciones tienen que tener una política que asegure el cuidado adecuado (efectivo, eficiente, centrado en las personas y en línea con las necesidades del beneficiario), y producir un reporte anual que se envía a la inspección sanitaria central.	Similar al cuidado institucional	Similar al cuidado institucional
Inglaterra	Si	No	Si	Gobierno central además de instituciones específicas (Comisión para la inspección del cuidado social, comisión para la	Varía de anual a una vez cada tres años, o dos veces al año.	Todos los proveedores son evaluados anualmente en calidad y reciben ranking que va de excelente a pobre. Todos los proveedores registrados deben completar una auto-evaluación anual de calidad sobre como los proveedores ven su capacidad de cubrir las necesidades de los beneficiarios. Se pide además data administrativa. La evaluación anual de servicios		N/A

				calidad del cuidado)	del	combina información de las dos fuentes anteriores además de información de los usuarios		
Republica Checa	Parcial	Si	Si	Ministerio Trabajo	N/A	Ministerio de salud y compañías de seguro de salud monitorean la calidad con estándares específicos	Ministerio del Trabajo y autoridades regionales controlan calidad de los servicios sociales y cumplimiento de contratos. El procedimiento de control de calidad se define en el Acta de Control Estatal. Los servicios de inspección están a cargo de un comité compuesto por al menos 3 miembros sin relación con un proveedor de servicios. Los servicios son inspeccionados de acuerdo a estándares de calidad de servicios sociales.	
Rumania	Si	No	Si	Gobierno local/municipal	N/A	Legislación establece un mínimo de calidad	Legislación establece un mínimo de calidad solo para cuidado formal	Legislación establece un mínimo de calidad
Suecia	Si	Si	Si	Gobierno local/municipal	Anual	Se aplica un 'índice de calidad' y se comparan	Se aplica un 'índice de calidad' y se comparan	Se aplica un 'índice de calidad' y se comparan
Fuente: adaptado de Dandi et al (2012)								

En resumen, el Estado tiene tres funciones regulatorias esenciales:

- (1) Inspección inicial de instalaciones, estándares y licencias;
- (2) Monitoreo de cumplimiento de reglas;
- (3) Revisión y recompensas de acuerdo a desempeño y resultados.

Cada una de estas funciones tienen varios componentes y según los países varían en estructura y enfoque según la posición filosófica/ideológica del país al respecto del rol del Estado (más hacia la supervisión y el control vs más hacia la cooperación y colaboración con proveedores directos en el alcance de la mayor calidad posible para los servicios de largo plazo).

Adicionalmente, en la medida en que las necesidades de los que reciben los cuidados de largo plazo se vuelven más complejas, los servicios tienden a enfocarse más en lo clínico (y no tanto en lo social) y eso debe reflejarse en cambios en estándares y requerimientos para convertirse en proveedores de servicios de largo plazo. Múltiples requerimientos podrían existir para diferentes tipos de proveedores de acuerdo a las necesidades de sus pacientes/residentes y al rango de servicios que proveen.

Algunos principios básicos a tener en cuenta para la regulación del cuidado:

- ✓ Todo tipo de cuidado de largo plazo (formal o informal) debe ser sujeto estándares de calidad sanitarios –de salud- y sociales. Se requiere coordinación interinstitucional en la definición del estándar y en el entrenamiento de quien debe observarlos/evaluarlos, no así en la supervisión directa sobre su cumplimiento
- ✓ Los consumidores/usuarios tienen un rol importante en la evaluación de calidad y cumplimiento de estándares. Esto significa transparencia e información en los estándares exigidos, frecuencias de inspección, mecanismos para recibir información, y transparencia en resultados. Esto es crítico para diferenciar los resultados de los estándares en la condición de la persona que recibe cuidados de los progresos o deterioros que esa persona pueda experimentar en su condición que pueden no depender de la aplicación del estándar.
- ✓ Es importante diferenciar entre los indicadores a incluir y/o monitorear en el caso de cada servicio. La presunción de que el proveedor se encuentra acreditado y por lo tanto puede entregar el servicio, no siempre asegura que lo haga en los términos requeridos por el Estado (que no significa mejor o peor en términos de calidad). Mejor calidad, mantenimiento de calidad, y mejoramiento de calidad requiere estándares más precisos y regulación más estricta en cuanto a sanciones.
- ✓ Las tres áreas críticas para la calidad son similares a las que se dan para cuidado infantil: establecimiento de estándares mínimos, licencia y acreditación del centro o proveedor, y los requisitos de entrenamiento de quienes van a entregar el servicio de manera directa.

A continuación se presentan dos ejemplos de experiencias de regulación en servicios de largo plazo que apuntan más hacia la colaboración y consulta con proveedores privados para el logro de mayor calidad.

Experiencias en regulación y de servicios de largo plazo, el caso de Australia

El enfoque es más consultivo y colaborativo entre la agencia reguladora y los proveedores, dándole importancia a la opinión de los usuarios. Este enfoque parece tener que ver con que la mayoría de los proveedores son privados sin fines de lucro. Los estándares de atención son muy generales dejando lugar a los proveedores y a los reguladores a que expliquen cómo cumplen (o no) con los mismos. La idea es enfocarse en la política de atención de calidad (y cuál es su significado en cada hogar o residencia).

4 estándares que tienen que ver con:

- ✓ Sistemas de información, organización de los servicios
- ✓ Personal de salud y de atención
- ✓ Calidad de vida de quien recibe el servicio de atención
- ✓ Instalaciones y sistemas de seguridad

Cada estándar consiste en un principio y un cierto número de objetivos esperados. Cada estándar consiste de un principio y un set de resultados esperados, con un total de 44 objetivos. Las residencias/ hogares deben cumplir con todos ellos todo el tiempo.

Las instituciones cuentan con herramientas de auto-evaluación que pueden ser enviadas a las autoridades antes de la inspección. Las visitas de inspección son pactadas con 28 días de anticipación (esta notificación llega también a los familiares de quienes reciben el servicio) e incluyen entrevistas a personas que reciben el cuidado o sus familiares. Las instituciones tienen posibilidad de contestar un informe preliminar que se realiza después de la inspección. La agencia regulatoria ofrece asesoramiento informal a los proveedores y educación para mejorar los estándares.

Experiencias en regulación y de servicios de largo plazo, el caso de Inglaterra

El país acaba de cambiar la regulación de su sistema de atención (no solo con respecto a los servicios de cuidado de largo plazo, sino en general -un proceso que lleva más de tres años y que aún está implementándose), menos enfocado en el cumplimiento de estándares y más orientado a asegurar que los servicios respondan a las temas que interesan a los usuarios (tener más en cuenta la opinión de los usuarios y familiares en la definición de estándares y en el proceso de inspección). Los servicios tienen que responder a 5 preguntas:

- ✓ Son seguros? (pacientes/residentes protegidos de daños físicos, psíquicos y emocionales),
- ✓ Son efectivos? (que las necesidades de los pacientes/residentes estén atendidas, que su atención se adecue a normas nacionales reconocidas y con estándares de calidad relevantes o
- ✓ Son compasivos? (que la gente sea tratada con dignidad, respeto y compasión)
- ✓ Atienden a las necesidades de los pacientes/residentes? (que los servicios sean provistos en el tiempo adecuado, sin demoras, y que la opinión de los pacientes sea tenida en cuenta),
- ✓ Están bien organizados? (que haya un liderazgo, organización, y funcionamiento efectivos en una cultura abierta a responder a la opinión de los usuarios)

Las inspecciones incluyen preguntas a proveedores (hay información que se pide antes) y también a los usuarios; son generalmente sin anuncio y con el objetivo de mejorar los servicios. Los servicios deben pasar el test de "mama" estaríamos contentos si nuestros seres queridos estuvieran acá? si la respuesta es no, el servicio no es aceptable. Los servicios reciben un rating: excelente, bueno, requiere mejora e inadecuado. Manuales a proveedores disponibles en la web.²

<i>Como era antes?</i>	<i>Como es ahora?</i>
------------------------	-----------------------

² <http://www.cqc.org.uk/content/adult-social-care-providers#handbooks>

<p>enfoque en cumplimiento - checklist SI/NO metas bajas y no muy claras</p>	<p>juicios profesionales ratings, reportes que discuten como las instituciones responden a 5 preguntas</p>
<p>28 regulaciones, 16 objetivos</p>	<p>5 preguntas (servicios seguros, efectivos, compasivos, que atienden las necesidades de los pacientes/residentes y están bien organizados)</p>
<p>CQC era parte del sistema con la responsabilidad de la mejora de la calidad</p>	<p>CQC está del lado del paciente/necesita cuidado Proveedores responsables por la mejora de la calidad</p>
<p>Inspectores generalistas</p>	<p>especialistas con equipos de expertos inspecciones más largas y enfocadas en el usuario/paciente</p>
<p>El gerente de la institución y su equipo son responsables por la calidad de los servicios</p>	<p>Directores y líderes de las instituciones son responsables por la calidad de los servicios</p>
<p>La opinión de los usuarios no se integra a los estándares ni al proceso de inspección</p>	<p>La opinión de los usuarios es importante en la definición de estándares y es parte del proceso de inspección</p>

Nota: CQC es el ente regulador independiente de servicios de salud y atención social

Fuente: Estándares fundamentales <http://www.cqc.org.uk/content/fundamental-standards>

REFERENCIAS

Bettio, F. & Plantenga J. (2004) Comparing Care Regimes in Europe, *Feminist Economics*, 10:1, 85-113

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.

Dandi, Roberto; Casanova, Georgia; Lillini, Roberto; Volpe, Massimo; De Belvis, Antonio Giulio; Avolio, Maria, and Ferruccio Pelone (2012). "Long-term care quality assurance policies in European countries." ENEPRI Research Paper No. 111.

http://aei.pitt.edu/34070/1/Quality_Assurance_Policies_for_LTC_in_in_the_EU.pdf

Estándares Australia: <http://www.aacqa.gov.au/for-providers/accreditation-standards>

European Commission (2012) Long term care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries

Feng, Z., Fennell, M. L., Tyler, D. A., Clark, M., & Mor, V. (2011). Growth Of Racial And Ethnic Minorities In US Nursing Homes Driven By Demographics And Possible Disparities In Options. *Health Aff (Millwood)*, 30(7), 1358-1365. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0126

Grabowski, D. C., & Stevenson, D. G. (2008). Ownership conversions and nursing home performance. *Health Serv Res*, 43(4), 1184-1203. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00841.x

Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrillo, H., & Himmelstein, D. U. (2001). Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? *Am J Public Health*, 91(9), 1452-1455.

Jiménez-Martín, S., & Sánchez, R. V. (2012). Availability and Choice of Care. ENEPRI Research Report

Kaiser Family Foundation. (2013). A Short Look at Long-term Care for Seniors. *JAMA*, 310(8), 786-787. doi: 10.1001/jama.2013.17676

Keenan, T. A. (2010). Home and Community Preferences of the 45+ Population: AARP.

Kraus, Markus; Riedel, Monika; Mot, Esther; Willeme, Peter; Rohrling, Gerald, and Thomas Czypionka (2010). "A typology of long-term care systems in Europe." ENEPRI Research Report No. 91.

OECD (2013) A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care.

Pommer, E., Woittiez, I., & Stevens, J. (2007). Comparing care. Netherlands Institute for Social Research

Wiener J. (2007) Quality assurance for long-term care: the experiences of England, Australia, Germany and Japan. AARP: Washington, 2007

Wiener, J. M., Anderson, W. L., & Brown, D. (2009). Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining? Report prepared for the Centers for Medicare & Medicaid Services. Washington, DC: RTI International.

World Bank (2015), Why Should We Care About Care? The Role of Informal Childcare and Eldercare in Aging Societies. Washington, DC. The World Bank Group.

ANEXO: DOS EJEMPLOS DE MODELOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN

USA Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE por sus siglas en inglés)

PACE es un programa de Medicare que brinda atención y servicios comunitarios multidisciplinarios a través de centros de día a personas mayores de 55 años que de otro modo necesitarían un nivel de cuidado similar en un asilo de ancianos. El objetivo de PACE es satisfacer las necesidades de atención médica y social de ancianos ayudándoles a seguir viviendo en su comunidad durante el mayor tiempo posible. Para alcanzar esta meta, las organizaciones PACE se especializan en el cuidado preventivo. Sus orígenes se remontan a los años 70 cuando en San Francisco se crea un grupo comunitario sin fines de lucro destinado a atender las necesidades de servicios de largo plazo de ancianos inmigrantes de China, Italia y Filipinas (el programa se llamaba On Lok Senior Health Services).

PACE ofrece a través de un servicio médico de cabecera, una cobertura de servicios de salud variada que incluye recetas médicas, atención primaria de salud (servicios médicos, odontológicos y de enfermería), atención a domicilio y cuidados en el hogar, exámenes, terapias físicas, visitas al hospital, servicios de emergencia y estadías en asilo de ancianos (cuando sea necesario). Los servicios no se limitan a lo sanitario sino que también incluyen terapia recreativa, comidas, asesoramiento nutricional y de trabajo social, servicios sociales y de transporte.

Lo que paga por PACE depende de su situación financiera, siendo los servicios de cuidados de largo plazo gratuitos para los beneficiarios de Medicaid. En Agosto de 2015 el Congreso de los EEUU autorizó la extensión del uso de este modelo de atención en otras poblaciones, incluyendo jóvenes con discapacidades y adultos en riesgo así como otros grupos con altos costos de servicios de largo plazo.

En el 2015 114 programas PACE están funcionando en 32 estados.

<http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12&title=Who, What and Where Is PACE?>

Algunos resultados y limitaciones del programa se discuten en http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/integrating-the-delivery-of-social-services-for-vulnerable-groups_9789264233775-en#page180

La experiencia de la región Veneto en Italia

Objetivos: promover el bienestar de la persona mayor, prevenir el empeoramiento de las condiciones de salud, proveer asistencia a personas mayores no autónomas o en situación de fragilidad y servir de apoyo a su familia. Se trata, a la vez, de favorecer la permanencia de las personas mayores bajo atención domiciliaria, garantizando al mismo tiempo la calidad y la pertinencia de las intervenciones, así como la accesibilidad y sostenibilidad de los servicios, y centrándose en el derecho a la libre elección del ciudadano. Un acceso integrado único a servicios sociales y de salud ofrece información a los ciudadanos sobre los servicios disponibles y facilita el acceso.

Entre los servicios que se ofrecen se pueden distinguir dos categorías:

1. **Servicios de atención domiciliaria que apoyan el desempeño de actividades cotidianas** con el objetivo de disminuir la carga de las familias. Entre ellos se incluyen servicios de limpieza, lavado de ropa, preparación de comidas, higiene personal, mandados, transporte, etc.. También se incluyen aquí los servicios de atención domiciliaria de profesionales de la salud (médico generalista, enfermera, fisioterapeuta, trabajador social, médico especialista, etc.), de acuerdo con una acción personalizada definida por la Unidad de Evaluación Multidimensional del Distrito (UVMD por sus siglas en italiano). Esta unidad es quien define la pertinencia de servicios de rehabilitación, enfermería, médicos, visitas programadas, etc . La atención médica es gratuita, los servicios domiciliarios pueden requerir de una contribución monetaria por parte de las familias de acuerdo a su situación socioeconómica. Servicios de tele asistencia telefónica 24 hrs. sirve para asegurarse que el equipo de atención domiciliaria está funcionando y a la vez permite que los usuarios puede ponerse en contacto en caso de necesidad (incluye una señal de alarma).
2. **Servicios residenciales y semi-residenciales** que incluye centros de día para personas mayores dependientes y centros de servicios para personas mayores dependientes (según nivel de asistencia requerido, que puede ser de mayor o menor nivel de intensidad). Se trata esencialmente de servicios temporales para atender una situación de emergencia que no puede ser manejada por la familia (recepción dentro de las 24 horas en un centro residencial) o para ofrecer acogida temporal.

Más información disponible en <http://www.regione.veneto.it/web/sociale/anziani>

Información sobre costos, detalles de cómo funciona en la práctica y resultados <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/IntegratedAccessPointForOlderPeople>