

# Marco de aplicación

Orientación para los  
sistemas y servicios



Organización  
Mundial de la Salud



# Marco de aplicación

Orientación para los  
sistemas y servicios



Organización  
Mundial de la Salud

Atención integrada para personas mayores (ICOPE) marco de aplicación: orientación para los sistemas y servicios [Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services]

ISBN 978-92-4-001471-8 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-001472-5 (versión impresa)

#### © Organización Mundial de la Salud 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

**Forma de cita propuesta.** Atención integrada para personas mayores (ICOPE) marco de aplicación: orientación para los sistemas y servicios [Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

**Catalogación (CIP).** Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

**Ventas, derechos y licencias.** Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://www.who.int/about/licensing>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

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

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

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

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

Diseño: Erica Lefstad

Diagramación: L'IV Com Sàrl

# Índice

Agradecimientos	iv
Acrónimos	v
<b>Antecedentes</b>	<b>2</b>
Necesidad del enfoque ICOPE	2
Principios rectores del enfoque ICOPE	3
Pormenores del enfoque ICOPE	3
<b>Aplicación</b>	<b>5</b>
Elaboración del marco de aplicación de la ICOPE	5
Quién debería utilizar el marco	5
Cómo utilizar el marco de aplicación de la ICOPE	6
<b>Ficha de resultados de la aplicación de la ICOPE</b>	<b>9</b>
<b>Nivel de servicios (meso)</b>	<b>12</b>
Hacer participar y empoderar a las personas y las comunidades	13
Apoyar la coordinación de los servicios prestados por proveedores multidisciplinarios	16
Orientar los servicios hacia una atención basada en la comunidad	21
<b>Nivel de sistema (macro)</b>	<b>25</b>
Fortalecer los sistemas de gobernanza y de rendición de cuentas	26
Posibilitar el fortalecimiento a nivel de sistema	31
Glosario	39
Referencias	40

# Agradecimientos

El *Marco de aplicación de la atención integrada para personas mayores (ICOPE): orientación para los sistemas y servicios* estuvo coordinado por el Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Islene Araújo de Carvalho supervisó la preparación de este documento con Yuka Sumi.

El Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS expresa su agradecimiento a los participantes en el estudio y la reunión de consulta Delphi a nivel mundial, que han contribuido a la elaboración de este marco. Islene Araújo de Carvalho y Andrew Briggs redactaron el documento, y se agradece a Markus MacGill de Green Ink su trabajo de edición que ha potenciado la facilidad de uso del marco. Yuka Sumi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Anne-Margriet Pot y John Beard son objeto de agradecimiento por sus contribuciones a la elaboración del marco en su calidad de funcionarios del Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS; igualmente para los funcionarios de otros departamentos, en particular Dena Javadi (Alianza de la OMS para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud) y Nuria Toro Polanco (Departamento de Organización de Servicios e Intervenciones Clínicas de la OMS). Damos las gracias al Profesor Michael Kidd y al Profesor Adjunto Michelle Nelson, ambos de la Universidad de Toronto, por sus observaciones sobre las versiones preliminares del marco.

El departamento quisiera dar las gracias a los integrantes del grupo directivo de ICOPE (por orden alfabético): Shelly Chadha y Alarcos Cieza (Departamento de Manejo de las Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad y Prevención de la Violencia y las Lesiones de la OMS), Tarun Dua (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS), María De Las Nieves García Casal (Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS), Manfred Huber (Oficina Regional de la OMS para Europa), Ramez Mahaini (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Silvio Paolo Mariotti (Departamento de Manejo de las Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad y Prevención de la Violencia y las Lesiones de la OMS), Alana Margaret Officer (Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS), Taiwo Adedemola Oyelade (Oficina Regional de la OMS para África), Juan Pablo Peña-Rosas (Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS), Neena Raina (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Katherine Silburn (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental), Mark Humphrey Van Ommeren (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS), Enrique Vega García (Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud).

El Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS agradece la ayuda financiera prestada por el Gobierno del Japón y el gobierno de la prefectura de Kanagawa (Japón) para la elaboración del marco de aplicación de ICOPE.

Edición: Green Ink

# Acrónimos

<b>ICOPE</b>	atención integrada para personas mayores
<b>HF</b>	habilidad funcional
<b>CI</b>	capacidad intrínseca
<b>CSU</b>	cobertura sanitaria universal
<b>ODS</b>	objetivo de desarrollo sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PREM</b>	medida de la experiencia comunicada por el paciente o por una persona
<b>PROM</b>	medida de los resultados comunicados por el paciente o por una persona
<b>TIC</b>	tecnología de la información y la comunicación





I C O P E

# Antecedentes

## Necesidad del enfoque ICOPE

El enfoque de atención integrada para personas mayores (ICOPE) ha sido elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el rápido envejecimiento de las poblaciones en todo el mundo. Esta transición demográfica tendrá repercusiones en casi todos los aspectos de la sociedad y entrañará nuevos y complejos desafíos para los sistemas de atención sanitaria y social. De 2015 a 2050, la proporción de la población mundial de 60 años y más se habrá casi duplicado.<sup>1</sup> Muchas de estas personas es probable que experimenten pérdidas en relación con su salud, en particular el desarrollo de morbilidades múltiples, y que vivan en entornos de ingresos bajos y medianos.

Al mismo tiempo, el mundo se ha unido en torno a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, la que se promete que nadie se quedará atrás y que se velará por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad.<sup>2</sup> Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) fijados en la Agenda 2030 demuestran un renovado compromiso mundial para revigorizar y reorganizar los sistemas de salud. Esto, a su vez, se sustenta en la meta 3.8 relativa a la cobertura sanitaria universal (CSU), gracias a la cual todas las personas y comunidades han de tener acceso a los servicios de salud de calidad que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Sin embargo, a menos que se hagan adaptaciones estructurales y sociales y se garantice una atención de calidad, muchas de las ambiciones postuladas en los ODS no podrán alcanzarse.<sup>3,4</sup>

### Armonizar los sistemas y servicios de salud con las necesidades de las personas mayores

El *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS* y el *ulterior documento Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud* contribuyen a garantizar que las respuestas de la sociedad al envejecimiento de la población estén en consonancia con la ambiciosa Agenda 2030.<sup>1,5</sup> Ambos llaman a actuar a fin de las necesidades de las poblaciones de edad sean atendidas mediante sistemas de salud y de cuidados a largo plazo debidamente armonizados.

Hace falta un enfoque transformador de la manera en que están diseñados los sistemas de salud y los servicios que prestan a fin de garantizar una atención de alta calidad, integrada, asequible, accesible y centrada en las necesidades y los derechos de las personas mayores.<sup>3</sup> La atención integrada, particularmente para las personas mayores y las personas con dolencias crónicas, tiene amplia aceptación como mecanismo para mejorar los sanitarios y la eficacia de los sistemas.<sup>3</sup>

## Establecer sistemas sostenibles de cuidados a largo plazo

La OMS define los cuidados a largo plazo como “las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de habilidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana”.<sup>1</sup> Esas actividades comprenden la asistencia social, la atención sanitaria y la contribución de otros sectores, como el transporte, y todo ello debe estar integrado a fin de lograr una óptima coordinación y eficacia.<sup>1,6</sup> Como los sistemas de cuidados a largo plazo pueden incluir un abanico de cuidadores remunerados y no remunerados, este extremo debe tenerse en cuenta en la aplicación del enfoque ICOPE.

La OMS propone las tres estrategias siguientes para establecer sistemas de cuidados a largo plazo de manera sostenible.<sup>7</sup>

1. Desarrollar y mejorar permanentemente la infraestructura del sistema mediante legislación apropiada y mecanismos de financiación sostenible que posibiliten el acceso a los servicios.
2. Dotar de capacidad al personal remunerado y no remunerado proporcionando formación, apoyo y oportunidades de carrera.
3. Garantizar la calidad de los servicios de asistencia social.

### Integración a nivel de sistemas y servicios

La integración de los servicios y sistemas de salud y de asistencia social para las personas mayores requiere un transformación a nivel de sistemas (nivel macro), de servicios (nivel meso) y clínico (nivel micro). La presente orientación para el desarrollo de sistemas y servicios tiene por objeto respaldar la aplicación de estrategias encaminadas a la consecución de ICOPE en los niveles macro y meso. La OMS ha elaborado otros recursos para apoyar el cambio en el nivel micro, como las *Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca*<sup>8</sup> y *ICOPE: guidance on person-centred assessment and pathways in primary care*.<sup>9</sup> (Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud)

## Principios rectores del enfoque ICOPE

El enfoque ICOPE se funda en cuatro principios rectores.

1. Las personas mayores gozan de los mismos derechos humanos fundamentales que todas las demás personas, incluido el derecho al mejor estado de salud posible.
2. Las personas mayores deben tener igualdad de oportunidades para lograr un envejecimiento saludable, independientemente de la situación social o económica, el lugar de nacimiento o de residencia, u otros factores sociales.
3. La atención se debe prestar en condiciones de igualdad y sin discriminación, particularmente por lo que respecta al sexo, la edad y el origen étnico.
4. Los sistemas de atención sanitaria y social deben dar respuesta a las necesidades y objetivos en materia de atención sanitaria y social propios de las personas mayores, que pueden variar a lo largo del tiempo, y deben abordar los determinantes sociales de la salud.

## Pormenores del enfoque ICOPE

Para apoyar el envejecimiento saludable, los servicios de atención sanitaria y social y los sistemas que los respaldan deben dar respuesta a las distintas necesidades de las personas mayores, incluidas las que tienen un nivel alto y estable de capacidad intrínseca, las que experimentan una disminución de la capacidad intrínseca y aquellas cuyas capacidad ha disminuido al punto que necesitan el cuidado y el apoyo de otros.

La OMS propuso el enfoque ICOPE para responder a esas distintas necesidades. Ello supone que la atención sanitaria y social estén integradas, y respaldadas por un sistema de cuidados a largo plazo, a fin de abordar mejor las necesidades de las personas mayores.<sup>1,3</sup>

El enfoque ICOPE posibilita que los sistemas de atención sanitaria y de cuidados a largo plazo –y los servicios que abarcan– respondan de manera óptima a las necesidades propias, diversas y a menudo complejas de las personas mayores. La finalidad última es maximizar la capacidad intrínseca y funcional de la persona.<sup>iii</sup>

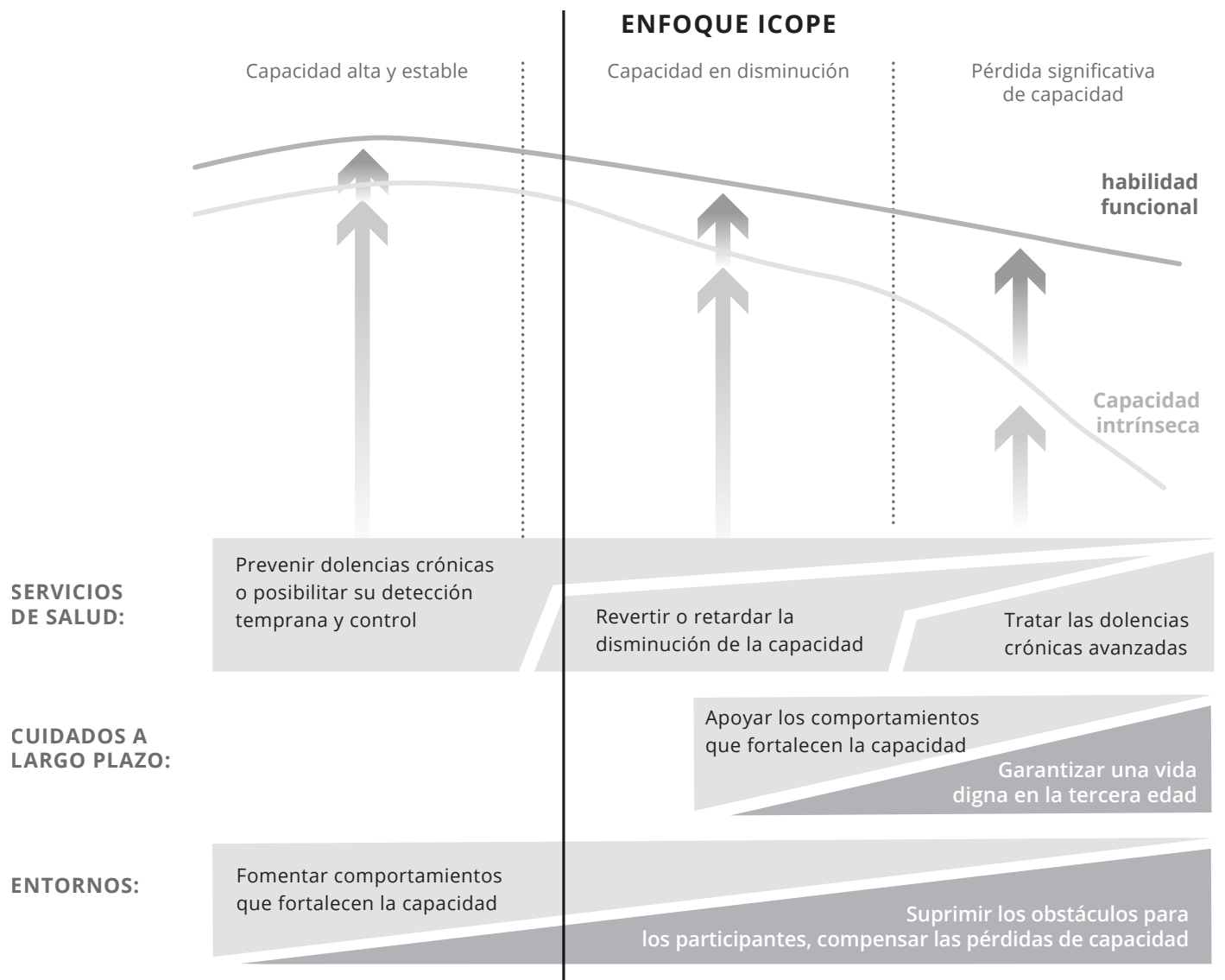
La OMS por lo general considera que una persona mayor está en la segunda mitad de su vida, sobre la base de la mediana de la esperanza de vida de la población de interés. El enfoque ICOPE se centra principalmente en las personas mayores que experimentan una disminución de la capacidad intrínseca, o que tienen pérdidas significativas de capacidad y son dependientes de asistencia (**Figura 1**).

<sup>i</sup> El envejecimiento saludable es el proceso de desarrollar y mantener la habilidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

<sup>ii</sup> La capacidad intrínseca son las reservas físicas y mentales totales de una persona.

<sup>iii</sup> La habilidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que valoran.

**FIGURA 1.**  
Un marco de salud pública para el envejecimiento saludable y oportunidades en materia de salud pública



El enfoque ICOPE se funda en el principio de que la habilidad funcional puede potenciarse al máximo cuando los servicios y sistemas integran la atención sanitaria y social de las personas mayores de manera tal que responda a las necesidades que les son propias, es decir, de manera centrada en la persona. La integración no significa que se deban fusionar las estructuras, sino más bien que un amplio abanico de proveedores de servicios deben trabajar juntos de manera coordinada dentro de un sistema. ICOPE es un enfoque de base comunitaria que ayuda a reorientar los servicios de salud y establecer sistemas de cuidados a largo plazo conforme a este modelo de atención más centrado en las personas y coordinado.

La experiencia indica que en relación con el enfoque ICOPE, los modelos de prestación de servicios deben tener las características siguientes:<sup>10,11</sup>

- intervenciones en la comunidad y a domicilio
- evaluaciones centradas en la persona y planes de atención integrados
- adopción de decisiones y establecimiento de objetivos en forma compartida
- apoyo al autocuidado
- equipos de atención multidisciplinarios
- sistemas unificados de información o intercambio de datos
- participación de la comunidad y apoyo a los cuidadores
- vínculos formales con los servicios de atención social y de apoyo

# Aplicación

## Elaboración del marco de aplicación de ICOPE

La implementación de cualquier reforma de la atención sanitaria o social es compleja. Respecto de la atención integrada para personas mayores (ICOPE), se requieren consideraciones y acciones en múltiples niveles, desde mejores consultas clínicas individuales a cambios en el sistema en su conjunto. Si bien la mayoría de las intervenciones se refieren al nivel clínico, se reconoce cada vez más que es preciso invertir esfuerzos y recursos en los servicios y el sistema.<sup>10,12,13</sup>

Habiendo confirmado el alcance y los componentes del enfoque ICOPE,<sup>10</sup> la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretende ahora prestar apoyo a los Estados Miembros para que lleven a cabo las acciones fundamentales que se necesitan en los servicios de asistencia sanitaria y social.

A fin de respaldar esta aplicación, la OMS emprendió un examen sistemático de los estudios realizado sobre atención integrada. A ello le siguió un estudio Delphi en 2017–2018 con objeto de llegar a un consenso mundial sobre las acciones principales relativas a la aplicación que sería necesario emprender en los sistemas y servicios de atención sanitaria y de cuidados a largo plazo a fin de poner en práctica el enfoque ICOPE.<sup>10</sup> Se acordaron por consenso 19 medidas: nueve a nivel de sistema (nivel macro) y diez a nivel de servicios (nivel meso).

Se documentan aquí los resultados:

- Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews (Elementos de enfoques de atención integrada para personas mayores: un examen de los estudios realizados) BMJ Open (<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/4/e021194.full.pdf>);<sup>10</sup>
- Global consultation on integrated care for older people (ICOPE) (Consulta mundial sobre atención integrada para personas mayores) – el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de la reunión de consulta celebrada del 23 al 25 de octubre de 2017 en Berlín, Alemania. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272863/WHO-FWC-ALC-18.3-eng.pdf>);<sup>14</sup>
- Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: a global Delphi consensus study (Medidas necesarias para implementar la atención integrada para personas mayores en la comunidad utilizando el enfoque AIPM de la Organización Mundial de la Salud: estudio mundial Delphi consensuado). PLOS One (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0205533>);<sup>15</sup>

## Quién debería utilizar el marco

Se presentan aquí las 19 medidas consignadas en el marco de aplicación de ICOPE a efectos de ayudar a los Estados Miembros en la puesta en práctica del enfoque ICOPE. Los componentes del marco referentes al nivel macro tienen por objeto prestar apoyo a las instancias normativas así como a los planificadores, financiadores y decisores en el ámbito del sistema. Los componentes relativos al nivel meso tienen por objeto prestar apoyo a los gestores y decisores del ámbito de los servicios y programas.

1. El marco ofrece orientación sobre cómo aplicar el enfoque ICOPE, reconociendo que el contexto social y cultural local así como el nivel de madurez del sistema de salud determinarán la manera en que se dará curso a esas recomendaciones para la aplicación.
2. Las medidas de aplicación deben integrar los servicios de atención sanitaria y social existentes y mejorar la capacidad de los sistemas de apoyo (personal, infraestructura, financiación). En algunos entornos, esto puede incluir la integración de los servicios comunitarios con los de atención de casos agudos.
3. La ficha de resultados de la aplicación de ICOPE ayuda a la autoevaluación por los países de su capacidad para prestar una atención integrada.
4. Tanto por lo que respecta al sistema como a los servicios es necesario el liderazgo local para dirigir una labor de aplicación que posibilite la efectiva integración de los servicios.

FIGURA 2.

Etapas de la creación de servicios integrados para las personas mayores



## Cómo utilizar el marco de aplicación de ICOPE

El marco de aplicación de ICOPE tiene dos partes: una para los gestores de servicios y otra para los gestores de sistemas. (véase la figura 2). Puede utilizarse para:

1. identificar a las personas mayores de la comunidad que necesitan atención sanitaria y social;
2. evaluar la capacidad de los servicios o sistemas para prestar atención integrada en la comunidad utilizando el enfoque ICOPE; e
3. iniciar un plan de aplicación de ICOPE conforme a la capacidad.

A lo largo de ambas partes del marco se presentan 19 medidas necesarias para la aplicación de ICOPE en entornos comunitarios. Esas medidas se agrupan en los temas siguientes (véase la figura 3).

### Servicios (nivel meso):

- hacer participar y empoderar a las personas y comunidades
- apoyar la coordinación de los servicios prestados por proveedores multidisciplinares
- orientar los servicios hacia una atención basada en la comunidad.

### Sistemas (nivel macro):

- fortalecer los sistemas de gobernanza y de rendición de cuentas
- posibilitar el fortalecimiento a nivel de todo el sistema.

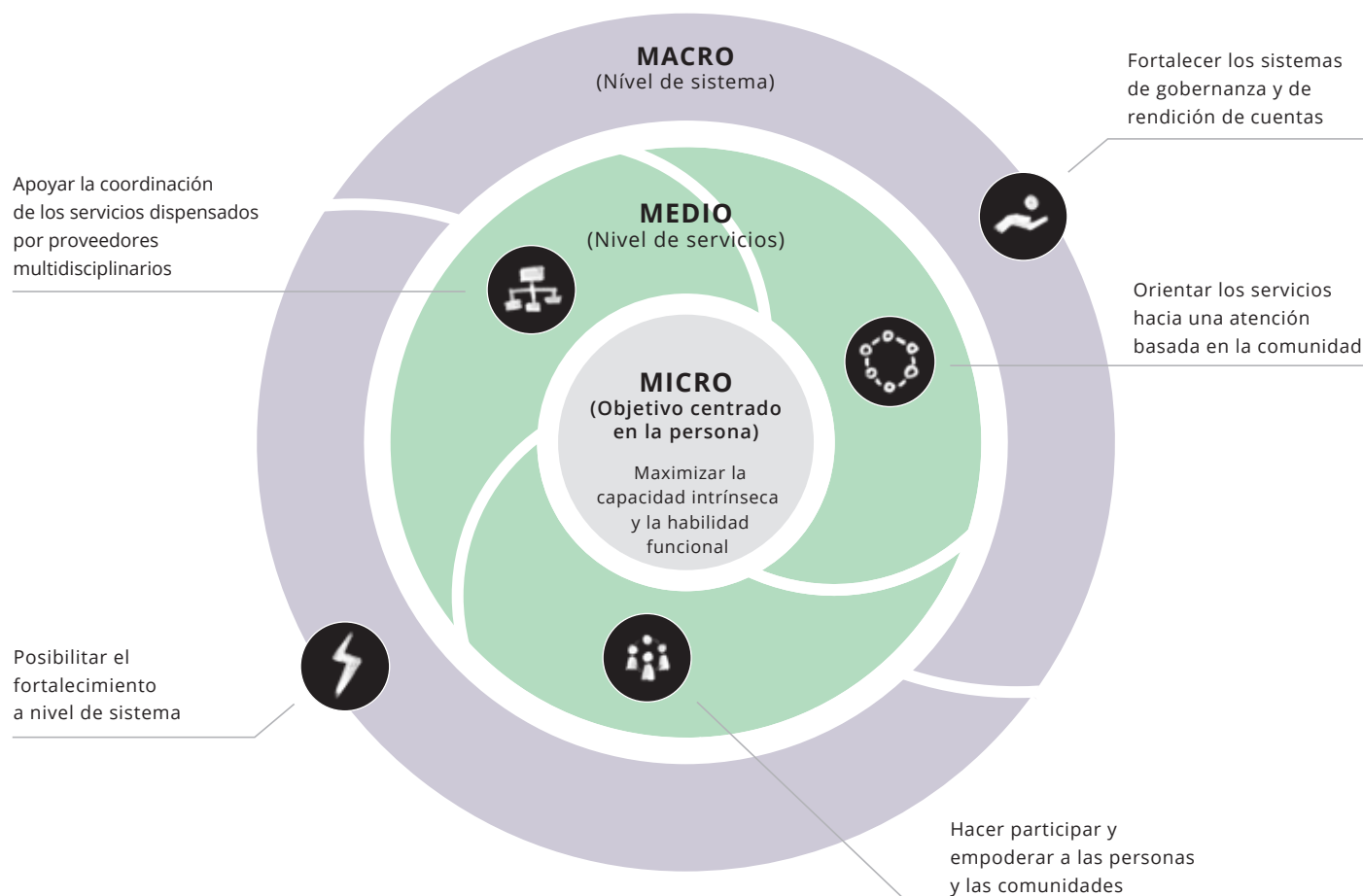
Sobre la base del proceso Delphi internacional, y con el respaldo de la reunión de consulta, se ha determinado que 14 de las 19 medidas son esenciales. Las cinco restantes son medidas importantes para aplicar el enfoque ICOPE, pero no resultan necesariamente esenciales en todos los entornos.

Respecto de la 19 medidas, la descripción de cada una de ellas va seguida de tres indicadores del estado de aplicación (que va desde la aplicación nula a mínima pasando por la aplicación incipiente hasta la aplicación sostenida). Estas tres etapas indican el estado actual de la capacidad del sistema o servicio respecto del enfoque ICOPE, y brindan orientación para ulteriores acciones. Considerando las etapas y medidas

descritas, los usuarios podrán puntuar el estado actual de cada medida propuesta en el marco.

La ficha de resultados de la aplicación de la ICOPE ofrece totales que indican el estado de aplicación general, resumiéndolo respecto de los servicios, los sistemas y ambas cosas en conjunto. La ficha de resultados tiene por objeto ayudar a evaluar la capacidad general de los servicios y sistemas de atención sanitaria y social en entornos comunitarios, y de esa manera incidir en los planes de aplicación de ICOPE. La puntuación resaltaré áreas de mejora, y puede usarse para el seguimiento de los progresos que se realizan en la aplicación.

**FIGURA 3.**  
**Marco de aplicación de ICOPE**



Para apoyar a los Estados Miembros en la aplicación del enfoque ICOPE se recomiendan los recursos siguientes.

- Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>).<sup>16</sup>
- Atención integrada para personas mayores. Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca ([https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE\\_brochure\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_sp.pdf?ua=1)).<sup>8</sup>
- Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1)).
- ICOPE evidence resource centre (<https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre>).<sup>8</sup>
- Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>).<sup>5</sup>
- Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254600>).<sup>17</sup>
- Rehabilitation in health systems (La rehabilitación en los sistemas de salud) ([https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation\\_health\\_systems](https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation_health_systems)).<sup>18</sup>
- Guidelines on transforming and scaling up health professionals' education and training (Directrices sobre la transformación e intensificación de la educación y la formación de los profesionales sanitarios) ([https://www.who.int/hrh/resources/transf\\_scaling\\_hpet](https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet)).<sup>19</sup>
- WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening (Orientación de la OMS: Recomendaciones sobre las intervenciones digitales para el fortalecimiento de los sistemas de salud) (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/>).
- Organizing integrated health-care services to meet older people's needs (Organización de servicios de atención sanitaria integrados para subvenir a las necesidades de las personas mayores) (<https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-187617.pdf>).<sup>3</sup>
- Be He@lthy, Be Mobile: a handbook on how to implement mAgeing (Manual sobre la aplicación del programa de salud móvil para el envejecimiento) (<https://www.who.int/ageing/publications/mageing>).<sup>20</sup>



# Ficha de resultados de la aplicación de ICOPE

Utilice esta ficha de resultados para producir una medición resumida del nivel de aplicación conseguido en la atención integrada para personas mayores (ICOPE) en los distintos servicios y sistemas.

Siga el marco de aplicación de ICOPE para obtener una descripción y orientación completas respecto de cada una de las medidas necesarias y ver el nivel de aplicación que refleja cada puntuación ponderada. Las fichas de resultados cumplimentadas se pueden usar no solo para calibrar la capacidad actual de aplicación de ICOPE sino también para el seguimiento de la ejecución en curso a medida que la puntuación mejora.

## Servicios de atención sanitaria y social integrada

### ETAPA DE APLICACIÓN (marque una, puntuación ponderada)

NULA A MÍNIMA    INCIPIENTE    SOSTENIDA

PUNTUACIÓN  
PARCIAL



#### HACER PARTICIPAR Y EMPODERAR A LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES

- |   |  |                           |                           |                           |
|---|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1 | Hacer participar activamente a las personas mayores, sus familias, los cuidadores y la sociedad civil en la prestación de los servicios* | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 2 | Ofrecer apoyo y capacitación a los cuidadores*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |

☐ /6



#### APOYAR LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR PROVEEDORES MULTIDISCIPLINARIOS

- |   |  |                           |                           |                           |
|---|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 3 | Buscar activamente e identificar a las personas mayores de la comunidad que necesitan atención   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (1) | <input type="radio"/> (2) |
| 4 | Realizar evaluaciones centradas en la persona cuando las personas mayores ingresan en los servicios de atención sanitaria o social y se sospecha u observa una disminución de la capacidad intrínseca* | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 5 | Prestar apoyo adecuado al personal de atención sanitaria y social capacitado para que elabore planes de atención personalizada*  | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 6 | Establecer redes de proveedores de atención sanitaria y social para posibilitar los envíos de casos y la prestación de servicios en tiempo oportuno*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |

TOTAL PARCIAL PARA LAS MEDIDAS 3 A 6 REFERENTES A LOS SERVICIOS ☐ /11



#### ORIENTAR LOS SERVICIOS HACIA LA ATENCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

- |   |   |                           |                           |                           |
|---|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 7 | Prestar atención mediante personal basado en la comunidad, apoyado por servicios de base comunitaria*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 8 | Disponer de la infraestructura (p. ej. espacio físico, transporte, telecomunicaciones) que se necesita para apoyar la prestación de una atención segura y eficaz en la comunidad* | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 9 | Prestar atención (con productos asistenciales cuando se necesite) que sea aceptable y efectiva para las personas mayores y dirigida hacia la habilidad funcional*                 | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |

TOTAL PARCIAL PARA LAS MEDIDAS 7 A 9 REFERENTES A LOS SERVICIOS ☐ /9

\*Esencial

**SERVICIOS** ☐ /26

## Armonizar los sistemas de atención para apoyar la atención integrada

### ETAPA DE APLICACIÓN (marque una, puntuación ponderada)

PUNTUACIÓN  
PARCIAL

NULA A MÍNIMA

INCIPIENTE

SOSTENIDA



#### FORTALECER LOS SISTEMAS DE GOBERNANZA Y DE RENDICIÓN DE CUENTAS

- |    |  |                           |                           |                           |
|----|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 10 | Apoyar la participación activa de las personas mayores y sus familias o cuidadores, la sociedad civil y los proveedores locales de servicios en la elaboración de políticas y servicios* | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 11 | Crear o actualizar los marcos normativos que respalden la atención integrada y ofrezcan protección contra el maltrato de las personas mayores*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 12 | Implementar procesos de garantía y mejora de la calidad de los servicios de atención sanitaria y social*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 13 | Examinar periódicamente la capacidad para prestar atención de manera equitativa*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |

TOTAL PARCIAL PARA LAS MEDIDAS 10 A 13 REFERENTES AL SISTEMA

☐ /12



#### POSIBILITAR EL FORTALECIMIENTO A NIVEL DE SISTEMA

- |    |  |                           |                           |                           |
|----|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 14 | Desarrollar la capacidad del personal actual y emergente (remunerado y no remunerado) para prestar atención integrada*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 15 | Estructurar mecanismos de financiación para apoyar la atención sanitaria y social integrada para las personas mayores*   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (2) | <input type="radio"/> (3) |
| 16 | Establecer procesos de gestión equitativa de los recursos humanos para apoyar al personal remunerado y no remunerado   | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (1) | <input type="radio"/> (2) |
| 17 | Utilizar la tecnología de la información y las comunicaciones en materia de salud para facilitar el intercambio de comunicaciones e información                | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (1) | <input type="radio"/> (2) |
| 18 | Recoger y comunicar datos sobre la capacidad intrínseca y la habilidad funcional de los adultos mayores en el ámbito de los sistemas de información existentes | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (1) | <input type="radio"/> (2) |
| 19 | Utilizar las tecnologías digitales para apoyar el autocuidado de las personas mayores  | <input type="radio"/> (0) | <input type="radio"/> (1) | <input type="radio"/> (2) |

TOTAL PARCIAL PARA LAS MEDIDAS 14 A 19 REFERENTES AL SISTEMA

☐ /14

SYSTEMA ☐ /26

### PUNTUACIÓN TOTAL

PARA LA APLICACIÓN DE LA AIPM EN SERVICIOS Y SISTEMAS

☐ /52

#### Niveles generales de aplicación

	APLICACIÓN NULA A MÍNIMA	APLICACIÓN INCIPIENTE	APLICACIÓN SOSTENIDA
SERVICIOS	0-10	11-18	19-26
SISTEMAS	0-10	11-18	19-26
GENERAL	0-20	22-36	38-52

# Nivel de servicios (meso)

Las medidas del marco uno a nueve referentes a los servicios están encaminadas a apoyar la aplicación del enfoque ICOPE en el ámbito de los servicios de atención sanitaria y social.

Las medidas tienen por objeto prestar asistencia a los **gestores de servicios y programas**.

Los gestores del ámbito de servicios variarán según el diseño de los servicios de cada país, pero pueden abarcar funciones tales como gestor de servicio, gestor de distrito, gestor de programa y coordinador de salud estatal.

La atención basada en la comunidad es una combinación de servicios sanitarios y sociales prestados a una persona o a su familia o a sus cuidadores en su lugar de residencia con objeto de promover, mantener o restaurar la salud, o bien minimizar los efectos de una enfermedad o discapacidad. Esos servicios habitualmente están diseñados para ayudar a las personas mayores a mantener su independencia y seguir residiendo en su propio hogar. Pueden comprender, por ejemplo, centros para adultos mayores, transporte, suministro de comidas o lugares para comer juntos, enfermeros o cuidadores domiciliarios, y servicios de atención diurna de adultos.<sup>21</sup>

Las medidas referentes a los servicios se agrupan en tres esferas prioritarias:



**hacer participar y empoderar a las personas y comunidades**



**apoyar la coordinación de los servicios prestados por proveedores multidisciplinarios**



**orientar los servicios hacia una atención basada en la comunidad**



## **HACER PARTICIPAR Y EMPODERAR A LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES**

**Medidas 1 y 2 referentes a  
los servicios**



## ESENCIAL

# 1

## Hacer participar activamente a las personas mayores, sus familias, los cuidadores y la sociedad civil en la prestación de los servicios

La participación de los miembros y organizaciones de la comunidad en la prestación de los servicios permite aprovechar recursos inexplorados, ayuda a garantizar entornos saludables y facilitadores para las personas mayores y contribuye a aliviar la carga de los cuidadores. La comunidad puede comprender, por ejemplo, familiares y vecinos, otras personas mayores, empleados, organizaciones religiosas y organizaciones comunitarias. La participación de las personas, las familias y la sociedad civil en la prestación de la atención sanitaria y social puede ayudar a subsanar deficiencias de la atención, como la atención personal, promover la salud y el bienestar de las personas mayores y crear entornos propicios para las personas de edad. Las organizaciones no gubernamentales, las empresas sociales y los fondos de asistencia médica a menudo pueden ofrecer servicios que los centros de salud no están en condiciones de proporcionar, como la coordinación de la atención, el apoyo de los pares y el apoyo al autocuidado.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No hay en curso o planeada una participación formal de miembros u organizaciones de la comunidad en la prestación de los servicios de atención sanitaria o social para las personas mayores. Los eventuales servicios comunitarios prestados son en gran medida servicios ad hoc o informales.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Determinar el alcance, la naturaleza y la capacidad de los servicios comunitarios en la zona local.</li><li>&gt; Elaborar una estrategia para la participación formal de la comunidad local en la prestación de los servicios de atención sanitaria y social.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Hay cierta participación formal de miembros u organizaciones de la comunidad en la prestación de los servicios de atención sanitaria o social para las personas mayores.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Celebrar consultas con grupos de la comunidad y otros servicios locales para determinar oportunidades de ampliar la participación de la comunidad.</li><li>&gt; Formalizar la relación de los servicios sanitarios y sociales con la comunidad, por ejemplo instaurando la práctica de visitas semanales de apoyo y seguimiento de los asistentes sociales a los voluntarios de la comunidad, inscribiendo voluntarios en el centro de salud y proporcionando incentivos y capacitación.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Se han puesto en marcha procesos a través de los cuales los miembros u organizaciones de la comunidad participan formalmente en la prestación de los servicios de atención sanitaria o social para las personas mayores.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Mantener la participación de los miembros y grupos de la comunidad y otros servicios comunitarios en la prestación de los servicios de atención sanitaria y social.</li><li>&gt; Respaldar los sistemas de seguimiento y apoyo.</li></ul>

## ESENCIAL

# Ofrecer apoyo y capacitación a los cuidadores

# 2

Sostener el bienestar físico y mental de los cuidadores y respaldar su competencia asistencial basada en conocimientos prácticos es esencial para dar apoyo a la atención de las personas mayores. Los cuidadores suelen ser un componente decisivo de la fuerza de trabajo no remunerada. La forma de capacitarlos y prestarles apoyo será diferente según los entornos y ha de ser flexible a fin de adecuarse a las necesidades, la capacidad y los recursos disponibles locales. Los servicios deben prestar a los cuidadores una combinación de apoyos, en particular respecto de lo siguiente:

- su bienestar físico
- su bienestar mental
- las competencias asistenciales basadas en conocimientos prácticos
- el cuidado de relevo cuando corresponda.

## ETAPA ESTADO DE APLICACIÓN PUNTUACIÓN MEDIDA/S NECESARIA/S



### Aplicación nula a mínima

0

*Existen servicios limitados para sostener el bienestar físico o mental de los cuidadores (p. ej. centros diurnos), y una capacitación formal o cuidado de relevo mínimos*



Realizar una evaluación de las necesidades para determinar las amenazas o perjuicios para el bienestar mental y físico de los cuidadores, las insuficiencias de las competencias y las necesidades de cuidado de relevo.



Realizar una evaluación de la capacidad a fin de determinar los recursos humanos, financieros y de infraestructura necesarios y disponibles para proporcionar a los cuidadores apoyo, cuidados de relevo y capacitación. Los centros de diurnos de la comunidad, por ejemplo, pueden ser una opción apropiada.



### Aplicación incipiente

2

*Se están elaborando o aplicando con carácter experimental iniciativas para ofrecer apoyo a los cuidadores en una o más de las esferas siguientes: bienestar físico, bienestar mental, competencias asistenciales basadas en conocimientos prácticos o cuidado de relevo. Se dispone de cierta infraestructura para dar apoyo a los cuidadores, como centros diurnos o cuidados de relevo.*



Realizar consultas con los servicios y entre estos así como con los cuidadores para evaluar la aceptabilidad de las iniciativas planeadas o experimentales de apoyo o de capacitación, y valorar las posibilidades de ampliarlas.



Comenzar la tarea de facilitar ayuda psicológica para hacer frente a la carga de los cuidadores.



Iniciar planes para el cuidado de relevo con base en la comunidad, como los centros diurnos comunitarios o el apoyo domiciliario temporal.



### Aplicación sostenida

3

*Se dispone de servicios para prestar apoyo a los cuidadores en una o más de las esferas siguientes: bienestar físico, bienestar mental, competencias asistenciales basadas en conocimientos prácticos o cuidado de relevo. Existe una infraestructura de apoyo a los cuidadores, como centros diurnos o el cuidado de relevo.*



Proseguir con las iniciativas de apoyo y de capacitación y poner en marcha un ciclo de mejora de la calidad a fin de que las iniciativas sigan siendo pertinentes y provechosas para los cuidadores.

- En cuanto a los cuidadores de personas con demencia, por ejemplo, la herramienta iSupport de la OMS ([http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/isupport](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport)) puede ser una útil plataforma de formación en línea. Proporciona información, conocimientos prácticos y ayuda, y utiliza la terapia de resolución de problemas y la terapia cognitivo-conductual para abordar las necesidades de los cuidadores.<sup>22</sup>



**APOYAR LA COORDINACIÓN DE LOS  
SERVICIOS PRESTADOS POR  
PROVEEDORES MULTIDISCIPLINARIOS**

**Medidas 3 a 6 referentes a  
los servicios**





# 3

## Buscar activamente e identificar a las personas mayores de la comunidad que necesitan atención

Los servicios pueden implementar sistemas de búsqueda de casos para identificar a las personas mayores de la comunidad (o de una zona geográfica definida) que necesitan atención sanitaria y social. Por ejemplo, las visitas domiciliarias dentro de una zona geográfica definida a cargo de agentes de salud y/o asistentes sociales, u otros miembros de un equipo multidisciplinario, pueden ser apropiadas en algunos entornos. En la mayoría de las iniciativas de búsqueda de casos, se requiere cierto nivel de coordinación central respecto de una zona geográfica dada.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No existe actualmente en la comunidad un mecanismo de búsqueda de casos.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Celebrar consultas con los proveedores, los miembros de la comunidad y la sociedad civil para determinar estrategias que sean localmente adecuadas y aceptables.</li><li>➤ Evaluar la capacidad dentro y entre los servicios para aplicar estrategias formales de búsqueda de casos.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se realiza alguna búsqueda de casos, pero no a través de un mecanismo estructurado o un proceso formalizado.</i> <i>o bien</i> <i>Se ha planificado o se realiza con carácter experimental una búsqueda de casos estructurada.</i>	1	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Elaborar una estrategia bien definida de búsqueda de casos para la comunidad y entablar diálogo con los proveedores, los miembros de la comunidad y la sociedad civil para consultarlos sobre la elaboración de estrategias de aplicación. En las consultas, en que debieran participar también las personas mayores y los cuidadores, se ha de juzgar la aceptabilidad y viabilidad así como determinar las posibilidades de ampliar la búsqueda de casos y de su coordinación entre los proveedores de servicios.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Los servicios de la comunidad realizan una búsqueda de casos estructurada.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Proseguir la búsqueda de casos y poner en marcha un ciclo de mejora de la calidad a fin de que los procesos sigan siendo eficaces y aceptables localmente.</li></ul>



## ESENCIAL

# 4

## Realizar evaluaciones centradas en la persona cuando las personas mayores ingresan en los servicios de atención sanitario o social y se sospecha u observa una disminución de la capacidad intrínseca

Las evaluaciones centradas en la persona son un aspecto fundamental de la planificación de una atención personalizada cuando la capacidad intrínseca (CI) de una persona mayor ha disminuido o corre el riesgo de disminuir. En estas evaluaciones se consideran las siguientes facetas de la persona mayor:

- CI y habilidad funcional (HF), y sus trayectorias
- condiciones sanitarias o sociales, comportamientos y riesgos específicos que pueden incidir en la CI y la HF
- entorno ambiental
- necesidades de asistencia social.<sup>9</sup>

Las evaluaciones centradas en la persona proporcionan la información necesaria para priorizar y adaptar las intervenciones que estarán armonizadas con las necesidades individuales totales de la persona. Las evaluaciones se deben compartir entre los proveedores multidisciplinares para configurar un plan de atención personalizado que incluya un conjunto de servicios (véase la siguiente medida del marco referente a los servicios, número 5).

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No se realizan evaluaciones integrales normalizadas de manera sistemática cuando la persona mayor ingresa en los servicios de atención sanitaria o social y se observa una disminución de su CI.</i>	0	 Evaluar la capacidad de los servicios actuales para realizar evaluaciones integrales, como las competencias del personal de atención sanitaria y social, los procesos de admisión/inscripción de los usuarios en los servicios de atención sanitaria y social, la infraestructura necesaria para realizar una evaluación integral normalizada y la existencia de estrategias de búsqueda de casos y de divulgación en la comunidad.
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Algunos servicios realizan evaluaciones integrales estructuradas o normalizadas, que se pueden compartir entre los proveedores, cuando la persona mayor ingresa en los servicios de atención sanitaria o social y se observa una disminución de su CI.</i> <i>o bien</i> <i>Los servicios están en vías de elaborar o implementar evaluaciones integrales estructuradas o normalizadas, respaldadas con la capacitación del personal sanitario, para su uso cuando la persona mayor ingresa en los servicios de atención sanitaria o social y se observa una disminución de su CI.</i>	2	 Estudiar oportunidades, capacidades y aptitudes para realizar evaluaciones integrales normalizadas celebrando consultas con los proveedores de servicios y entre estos.  Ofrecer capacitación al personal de atención sanitaria y/o social para la realización de evaluaciones integrales y elaborar planes asistenciales.
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Se realizan evaluaciones integrales estructuradas o normalizadas de manera sistemática cuando la persona mayor ingresa en los servicios de atención sanitaria o social y se observa una disminución de su CI. Esta actividad conlleva la capacitación del personal de atención sanitaria y social.</i>	3	 Seguir realizando evaluaciones integrales e implementando vías de atención.  Proseguir con un ciclo de mejora de la calidad a fin de que los procesos sigan siendo eficaces y aceptables para el personal de atención sanitaria y social y para las personas mayores, las familias y los cuidadores.



## ESENCIAL

# 5

## Prestar apoyo adecuado al personal de atención sanitaria y social capacitado para que elabore planes de atención personalizada

Los servicios deben respaldar la elaboración de planes de atención personalizada para las personas mayores basados en una evaluación centrada en la persona de su salud (p. ej. gestión de la enfermedad) y sus necesidades de asistencia social así como de sus objetivos y preferencias. Cuando proceda, esos planes deberán incorporar también la planificación anticipada de la atención y ser revisados cuando las circunstancias sanitarias o sociales de una persona cambien.

El principal foco de atención de un plan de este tipo debe ser el mejoramiento de la capacidad intrínseca y la habilidad funcional abordando directamente las necesidades de atención sanitaria y social de las personas mayores.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>El personal de atención sanitaria o social debidamente capacitado no elabora de manera sistemática planes de atención integral que se puedan compartir entre los proveedores o los servicios.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Realizar una evaluación de la capacidad relativa a las competencias del personal de atención sanitaria y/o social para elaborar planes de atención personalizada.</li><li>➤ Evaluar los procesos actuales de admisión/inscripción de los usuarios en los servicios de atención sanitaria y social.</li><li>➤ Evaluar la infraestructura necesaria para crear y compartir planes de atención personalizada.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>El personal de atención sanitaria o social debidamente capacitado a veces elabora planes de atención integral que se puedan compartir entre los proveedores o los servicios.</i> <i>o bien</i> <i>Se están elaborando o implementando procesos para posibilitar que el personal de atención sanitaria y/o social debidamente capacitado cree planes de atención integral que se puedan compartir entre los proveedores.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Celebrar consultas con los proveedores de servicios y entre estos a fin de estudiar oportunidades, capacidades y aptitudes para crear planes de atención personalizada.</li><li>➤ Ofrecer al personal de atención sanitaria y social capacitación para elaborar planes de atención personalizada.</li><li>➤ Utilizar orientaciones normativas como la orientación de la OMS sobre ICOPE relativa a evaluación y vías clínicas centradas en las personas en la atención primaria.<sup>9</sup></li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>El personal de atención sanitaria y/o social debidamente capacitado elabora planes de atención integral que se pueden compartir entre los proveedores. Esta actividad conlleva la capacitación del personal de atención sanitaria y/o social.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Seguir elaborando una planificación de la atención integral y continuar impartiendo capacitación al personal de atención sanitaria y/o social para la elaboración de planes de asistencia.</li><li>➤ Poner en marcha un ciclo de mejora de la calidad a fin de que la planificación de la atención siga siendo eficaz y aceptable para el personal de atención sanitaria y social y para las personas mayores y sus familias o cuidadores.</li></ul>



## ESENCIAL

# 6

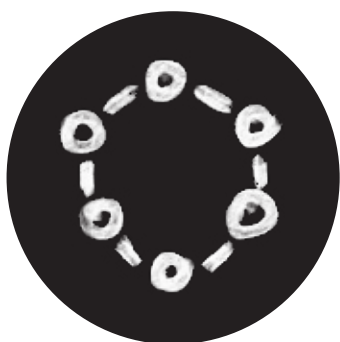
## Establecer redes de proveedores de atención sanitaria y social para posibilitar los envíos de casos y la prestación de servicios en tiempo oportuno

Las redes de proveedores locales de atención sanitaria y social son necesarias para facilitar el envío de casos en tiempo oportuno a destinos apropiados y unos niveles adecuados de atención para las personas mayores. El establecimiento de estas redes debe incluir vías para:

- el acceso rápido a servicios de atención aguda y de especialistas cuando sea necesario (p.ej. a una unidad de medicina geriátrica)
- la rehabilitación
- los cuidados paliativos y terminales.

Estas redes pueden generar comunidades de práctica para optimizar la prestación y coordinación de la atención. Una red de envío de casos que albergue los servicios de relevo de los cuidadores y permita mantener su bienestar físico y mental también es un componente importante de la prestación de servicios.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No existe una red formal de proveedores de servicios que posibilite en tiempo oportuno el envío de casos o la rápida intensificación de la atención por lo que respecta a las personas mayores y sus cuidadores.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Realizar una evaluación cartográfica para determinar y crear una red de proveedores de servicios para las personas mayores y el relevo de los cuidadores.</li><li>➤ Entablar diálogo con los posibles proveedores de servicios a fin de estudiar sus capacidades y su disposición para integrar una red de proveedores para las personas mayores y los cuidadores.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se está estableciendo y poniendo en funcionamiento con carácter experimental una red de proveedores de servicios que permita proceder en tiempo oportuno al envío de casos o la rápida intensificación de la atención por lo que respecta a las personas mayores y el relevo de los cuidadores.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Entablar diálogo con los posibles proveedores de servicios a fin de estudiar sus capacidades y su disposición para integrar una red de proveedores para las personas mayores y los cuidadores.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Existe una red formal de proveedores de servicios que posibilita en tiempo oportuno el envío de casos o la rápida intensificación de la atención por lo que respecta a las personas mayores y sus cuidadores.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sustentar y seguir desarrollando la red formal de proveedores de servicios que posibilita en tiempo oportuno el envío de casos o la rápida intensificación de la atención por lo que respecta a las personas mayores y sus cuidadores, prosiguiendo con la cartografía de los servicios y las consultas con los proveedores.</li></ul>



## ORIENTAR LOS SERVICIOS HACIA LA ATENCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Medidas 7 a 9 referentes  
a los servicios



## ESENCIAL

# 7

## Prestar atención mediante personal basado en la comunidad, apoyado por servicios de base comunitaria

La atención se debe prestar a través de personal de atención sanitaria y social basado en la comunidad, comprendidas las funciones remuneradas y no remuneradas (p. ej. miembros de la familia), que cuente con el apoyo de una infraestructura para prestar a las personas mayores en su hogar o comunidad una asistencia segura y eficaz, clínicamente apropiada y viable.

La configuración de esa fuerza asistencial varía según los entornos y los recursos disponibles. Por ejemplo, puede comprender una combinación de profesionales de atención sanitaria y social (p. ej. médicos de familia, dentistas, enfermeros, profesionales sanitarios afines, asistentes sociales) y agentes de salud de la comunidad y voluntarios/pares/familiares (es decir, funciones remuneradas y/o no remuneradas). Tratándose de cuidadores no remunerados, es probable que se necesite un apoyo adecuado (financiero o en especie).

### ETAPA ESTADO DE APLICACIÓN PUNTUACIÓN MEDIDA/S NECESARIA/S



#### Aplicación nula a mínima

*No se ha constituido una fuerza de trabajo basada en la comunidad; no se dispone de ella y de momento no está previsto prestar servicios de atención sanitaria y/o social a las personas mayores en su comunidad o en el hogar.*

0



- Realizar una evaluación de la capacidad a fin de crear una fuerza de trabajo basada en la comunidad teniendo en cuenta las necesidades locales (p. ej. el número de agentes de atención sanitaria y social, la disponibilidad de personal no remunerado, las posibilidades de contar con nuevos cuadros) que preste servicios de atención sanitaria y social a las personas mayores en su comunidad o en el hogar.
- Realizar un ejercicio de cartografía para determinar los servicios comunitarios locales capaces de dar apoyo a una fuerza de trabajo local.



#### Aplicación incipiente

*Una fuerza de trabajo basada en la comunidad para brindar servicios de atención médica y / o social a las personas mayores en su comunidad y en el hogar es:*

- está disponible de manera intermitente  
o Bien
- está prevista o se está ensayando localmente  
o Bien
- está disponible pero no cuenta con apoyo de los servicios comunitarios.

2



- Estudiar las posibilidades de constituir una fuerza de trabajo basada en la comunidad, de carácter permanente, con una nueva configuración adecuada al contexto local (p. ej. funciones no remuneradas, nuevos cuadros)
- Realizar un ejercicio de cartografía para determinar los servicios comunitarios locales capaces de dar apoyo a una fuerza de trabajo local.



#### Aplicación sostenida

*Se ha establecido una fuerza de trabajo basada en la comunidad para prestar atención sanitaria y/o de salud a las personas mayores en su comunidad o en el hogar, y cuenta con el apoyo de los servicios comunitarios.*

3



- Seguir prestando atención sanitaria y social a las personas mayores en su comunidad o en el hogar a través de una fuerza de trabajo basada en la comunidad.
- Proseguir el diálogo con los servicios comunitarios locales y continuar prestándoles apoyo, y seguir cartografiando las disponibilidades y las capacidades de esos servicios para apoyar a la fuerza de trabajo.
- Seguir apoyando a la fuerza de trabajo (remunerada y no remunerada) a través de los servicios comunitarios.

## ESENCIAL

# Disponer de la infraestructura (p. ej. espacio físico, transporte, telecomunicaciones) que se necesita para apoyar la prestación de una atención segura y eficaz en la comunidad

# 8

La infraestructura física de muchos entornos de atención sanitaria puede no ser adecuada a las necesidades o capacidades de las personas mayores. Ello puede comprender la falta de aseos accesibles, largas filas de espera, obstáculos físicos al acceso (p. ej. escaleras) y barreras de comunicación resultantes de la falta de información accesible para las personas con pérdida de visión y/o deficiencias visuales. Los servicios de atención social deben disponer de una infraestructura que incluya mecanismos de cuidado de relevo, centros diurnos y residencias de ancianos. Siempre que sea posible, se debe utilizar la infraestructura disponible localmente, o bien se deben concebir estrategias para prestar atención en ausencia de esa infraestructura a fin de no limitar el inicio de los servicios o la prestación de atención integrada.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>El personal tiene acceso nulo o mínimo a la infraestructura necesaria para prestar una atención segura y eficaz a las personas mayores y sus cuidadores en la comunidad.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar una evaluación de las necesidades de infraestructura considerando la disponibilidad de la estructura actual existente en la comunidad.</li> <li>➤ Calcular el costo de la infraestructura necesaria para apoyar al personal en la prestación de atención, y elaborar un plan de adquisiciones.</li> <li>➤ Celebrar consultas con las instancias interesadas locales para determinar cómo se podría prestar algunos servicios a falta de una infraestructura de apoyo.</li> </ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se dispone de ciertas instalaciones de infraestructura, que se utilizan en apoyo del personal para la prestación de atención en la comunidad.</i> <i>o bien</i> <i>Se está elaborando o ensayando una estrategia para proporcionar acceso a la infraestructura necesaria, incluida la utilización de los recursos actualmente disponibles.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguir utilizando la infraestructura disponible.</li> <li>➤ Elaborar una estrategia, con indicación de costos, para adquirir la infraestructura adicional que se necesite.</li> </ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>El personal tiene acceso a la infraestructura necesaria para prestar una atención segura y eficaz a las personas mayores y sus cuidadores en la comunidad.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguir monitoreando las necesidades de infraestructura y las capacidades de prestación en la medida en que los servicios se amplíen o contraigan según las necesidades de atención sanitaria y social de las personas mayores en la comunidad.</li> </ul>



## ESENCIAL

# 9

## Prestar atención (con productos asistenciales cuando se necesite) que sea aceptable para las personas mayores y se dirija a la habilidad funcional

Los servicios deben prestar una atención sanitaria y social segura y eficaz que se dirija a la habilidad funcional (HF) y esté en consonancia con las necesidades, las preferencias y las prácticas culturales de las personas mayores. En algunos entornos, esto puede comprender la medicina tradicional o complementaria. Cuando haya pruebas fehacientes para guiar la práctica, las intervenciones asistenciales se armonizarán con ella (incluidas directrices clínicas como las *Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca de la OMS*<sup>8</sup>). En algunas circunstancias, se necesitarán dispositivos asistenciales y adaptaciones del entorno, y cuando proceda y sea factible, los servicios proporcionarán productos asistenciales que permitan compensar las pérdidas de capacidad intrínseca (CI) y mantener así la HF. Entre los ejemplos cabe mencionar los anteojos, las ayudas auditivas y las ayudas para la movilidad.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
-------	----------------------	------------	----------------------



### Aplicación nula a mínima

0

Las actuales intervenciones asistenciales en favor de las personas mayores no están:

- necesariamente dirigidas a mejorar la HF
- en consonancia con las prácticas óptimas y la evidencia o con las preferencias de las personas mayores
- respaldadas con productos asistenciales que estén incluidos en las listas de medicamentos esenciales y que estén disponibles.



Modificar las intervenciones asistenciales de manera gradual a fin de armonizarlas con los componentes de la atención recomendados. Se puede comenzar por la armonización con las directrices de la OMS<sup>8</sup> y orientar las intervenciones al mejoramiento de la CI y la HF.



### Aplicación incipiente

2

La atención se presta con algunos, pero no todos, de los componentes siguientes:

- dirección sistemática al mejoramiento de la HF
- consonancia con las prácticas óptimas y la evidencia
- consonancia con las preferencias y las prácticas culturales de las personas mayores
- inclusión y disponibilidad de productos asistenciales en las listas de medicamentos esenciales.



Auditar las intervenciones asistenciales para evaluar la medida en que están en consonancia con los componentes de la atención recomendados.



Mediante consultas y el examen de las prácticas óptimas (p. ej. las directrices de la OMS<sup>8</sup>), modificar las intervenciones asistenciales para armonizarlas más estrechamente con los componentes de la atención recomendados.



### Aplicación sostenida

3

La atención se presta sistemáticamente con los componentes siguientes:

- dirección sistemática al mejoramiento de la HF
- consonancia con las prácticas óptimas y la evidencia
- consonancia con las preferencias y las prácticas culturales de las personas mayores
- inclusión y disponibilidad de productos asistenciales en las listas de medicamentos esenciales.



Seguir prestando servicios que estén en consonancia con los componentes de la atención recomendados, incluidas la compra de productos asistenciales y la garantía de su disponibilidad.



# Nivel de sistema (macro)

Las medidas 10 a 19 del marco referentes al sistema están encaminadas a apoyar la aplicación del enfoque ICOPE en los sistemas de atención sanitaria y de cuidados a largo plazo (colectivamente denominados sistemas).

Las medidas tienen por objeto prestar asistencia a los **gestores de los sistemas**.

Las medidas referentes a los sistemas se agrupan en dos esferas prioritarias:



**Fortalecer los sistemas de gobernanza y de rendición de cuentas**

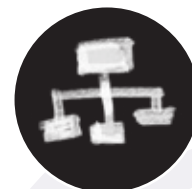


**posibilitar el fortalecimiento a nivel del sistema**



## **FORTALECER LOS SISTEMAS DEGOBERNANZA Y DE RENDICIÓN**

**Medidas 10 a 13 referentes  
al sistema**



## ESENCIAL

# Apoyar la participación activa de las personas mayores y sus familias o cuidadores, la sociedad civil y los proveedores locales de servicios en la elaboración de políticas y servicios

# 10

Poner en marcha procesos para conseguir la participación activa de las personas mayores y sus familias o cuidadores, la sociedad civil (p. ej. organizaciones no gubernamentales) y los proveedores locales de servicios en la elaboración de las políticas de atención sanitaria y social. Esas políticas pueden comprender los sistemas de cuidados a largo plazo y los servicios para las personas mayores. .

Brindar a las personas mayores oportunidades de compartir sus opiniones y deseos, sin excluir ningún nivel de capacidad, es un componente importante de la gobernanza participativa. He aquí algunos ejemplos de estrategias para lograr la participación activa de la comunidad en la elaboración de políticas o servicios y su evaluación:

- foros comunitarios (p. ej. reuniones presenciales, grupos de discusión en línea)
- representación de la comunidad en la dirección de los centros de atención sanitaria
- participación activa de la sociedad civil en la elaboración de políticas y servicios por parte de organismos gubernamentales.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No se cuenta con políticas o marcos de gobernanza participativa que apoyen y fomenten la participación de la comunidad y las personas mayores en la elaboración de políticas y servicios. Toda participación es ad hoc.</i>	0	Elaborar políticas o marcos de gobernanza participativa en consulta con la comunidad, las personas mayores y los cuidadores que apoyen formalmente la participación de la comunidad (inclusive las personas mayores y los cuidadores) en la elaboración de políticas y servicios.
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se cuenta con mecanismos informales para apoyar y fomentar la participación de la comunidad en la elaboración de políticas y servicios.</i> <i>o bien</i> <i>Los sistemas están elaborando políticas o marcos de gobernanza participativa que apoyen la participación de la comunidad.</i>	2	Examinar los procesos informales para determinar la posibilidad de formalizarlos y adoptarlos en mayor escala a fin de apoyar la participación de la comunidad. Aplicar políticas o marcos de gobernanza participativa.
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Los sistemas cuentan con políticas o marcos de gobernanza participativa que apoyan y fomentan la participación de la comunidad en la elaboración de políticas y servicios.</i>	3	Seguir apoyando la participación de la comunidad en la elaboración de políticas y servicios mediante políticas o marcos de gobernanza participativa



## ESENCIAL

# 11

## Crear o actualizar los marcos normativos y reglamentarios que respalden la atención integrada y ofrezcan protección contra el maltrato de las personas mayores

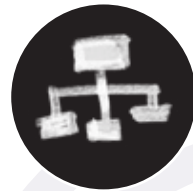
El maltrato de las personas mayores es un acto intencional, o la omisión de actuar, por parte de una persona, como un cuidador, que mantiene una relación de confianza con la persona mayor, que cause daño a esa persona o entrañe el riesgo de causarlo.

Los marcos reglamentarios para proteger a las personas mayores contra el maltrato son importantes dada la vulnerabilidad de muchas de estas personas. Es preciso establecer o actualizar políticas, planes y marcos regulatorios que respalden la integración de la atención y las actividades contra el maltrato de las personas de edad en varios niveles, en particular:

- el nivel clínico (micro) entre los equipos asistenciales
- el nivel de organización/servicios (meso) (p. ej. atención primaria de salud, instituciones de atención residencial y servicios centrados en los hospitales)
- el nivel de sistema (macro) referente a los sistemas de atención sanitaria y social.

Un apoyo político firme del personal directivo superior puede catalizar la acción integrada contra el maltrato de las personas mayores en esos niveles. El apoyo de este tipo se necesita con frecuencia para una planificación más detalla a nivel jurisdiccional o nacional.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No se cuenta con políticas o marcos que promuevan la atención integrada y la protección de las personas mayores</i> <i>o bien</i> <i>Se han elaborado políticas o marcos que promueven la atención integrada y la protección de las personas mayores, pero no se aplican.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Elaborar políticas o marcos que respalden la atención integrada y la protección de las personas mayores. Deberán estar en consonancia con las necesidades locales, apoyarse en argumentos contra el maltrato de las personas mayores y concebirse junto con los adalides o líderes locales.</li><li>➤ Identificar a los aliados o líderes locales y hacerlos partícipes en el apoyo a la aplicación de las políticas o los marcos.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se están elaborando, actualizando o aplicando políticas o marcos para promover la atención integrada y la protección de las personas mayores.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Seguir elaborando o actualizando políticas o marcos mediante una gobernanza participativa.</li><li>➤ Prestar apoyo a los aliados o líderes locales para que dirijan la labor de aplicación.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Se dispone de políticas o marcos actualizados para promover la atención integrada y la protección de las personas mayores, que han sido aplicadas o respaldadas por los aliados o líderes del sector.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mantener políticas o marcos actualizados para prestar atención integrada y ofrecer protección a las persona mayores, con el respaldo de argumentos actuales contra el maltrato de las personas mayores.</li><li>➤ Seguir identificando a los aliados o líderes locales y apoyándolos para que difundan las políticas y dirijan su aplicación.</li></ul>



## ESENCIAL

# Implementar procesos de garantía y mejora de la calidad de los servicios de atención sanitaria y social

# 12

La garantía y la mejora de la calidad son componentes importantes del desarrollo y la sostenibilidad de los servicios. Las experiencias personales, tanto de consumidores como de proveedores, en cuanto al acceso a los servicios y la interacción al respecto así como las medidas de resultados comunicados por el paciente o la persona (PROMs por sus siglas en inglés) y las medidas de la experiencia comunicada por el paciente o la persona (PREMs por sus siglas en inglés), proporcionan datos valiosos sobre la centralidad de la persona y la eficacia en los servicios prestados. Las PROMs aportan información sobre la autopercepción de una persona acerca de su salud y pueden incluir la calidad de vida, el funcionamiento (p. ej. la capacidad intrínseca y funcional) y la autoeficacia. Las PREMs revelan la percepción que una persona tiene de su experiencia respecto de un servicio de atención sanitaria o social. Puede incluir la experiencia en cuanto al acceso, los tiempos de espera y la posibilidad de participar en una adopción de decisiones compartida. Las iniciativas de mejora de la calidad en que se utilizan estos tipos de medidas deben adoptar un formato que tenga en cuenta las características culturales.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No se dispone de procesos de garantía de la calidad para medir los resultados centrados en la persona o los de los proveedores.</i> <i>o bien</i> <i>Se están elaborando o ensayando procesos de medición de la calidad a nivel de sistema.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Determinar las esferas críticas de la prestación de servicios en las que se necesitan procesos de garantía de la calidad.</li><li>➤ Seleccionar las herramientas apropiadas (PROMs, PREMs, resultados centrados en la persona).</li><li>➤ Concebir un proceso para aplicar las herramientas de medición.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se dispone de algunos procesos de garantía de la calidad para medir los resultados centrados en la persona o los de los proveedores, pero no están vinculados a iniciativas de mejora de los servicios.</i> <i>o bien</i> <i>System-level quality-measurement processes are being developed or trialled.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Elaborar procesos para la utilización de los datos sobre los resultados en cuanto a la calidad a efectos de mejorar los servicios.</li><li>➤ Ampliar las mediciones de la calidad a nivel de sistema para incluir los resultados centrados en la persona y los de los proveedores en relación con todos los servicios.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Se miden sistemáticamente los resultados centrados en la persona y los de los proveedores en los distintos servicios y se utilizan para mejorar la calidad de la atención prestada.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Seguir midiendo los resultados centrados en la persona y los de los proveedores en los distintos servicios y utilizar esos datos para la mejora de los servicios.</li><li>➤ Implementar mediciones modernas de los resultados que sean válidas y fiables.</li></ul>



## ESENCIAL

# 13

## Examinar periódicamente la capacidad para prestar atención de manera equitativa

Las evaluaciones de la capacidad a nivel de sistema proporcionan información importante a un país o una región sobre las carencias y las posibilidades de prestar servicios de atención sanitaria y social integrada a todas las personas mayores, incluidos los grupos desfavorecidos. Las evaluaciones de esa capacidad pueden ser de largo alcance, y comprender las capacidades en materia de políticas, sistemas de financiación, infraestructura, personal y servicios locales. Esos datos son útiles a efectos de la planificación y los exámenes a nivel subnacional.

Este marco de aplicación de la atención integrada para las personas mayores (ICOPE) junto con la ficha de resultados guían las medidas esenciales e importantes necesarias en los sistemas y los servicios para aplicar el enfoque ICOPE. El presente componente del marco permite determinar si los sistemas evalúan sistemáticamente la capacidad global de prestación equitativa de atención, mientras que en cada uno de los demás componentes se insta al usuario a que juzgue la capacidad de los servicios o sistemas para aplicar elementos específicos de la ICOPE.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>La capacidad para prestar ICOPE no se evalúa sistemáticamente</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Adoptar las medidas recomendadas en el presente marco como criterios para evaluar la capacidad para prestar ICOPE de manera equitativa.</li><li>➤ Elaborar procesos dentro de los sistemas para evaluar la capacidad sobre la base de esos criterios.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>La capacidad para prestar ICOPE se ha evaluado pero no de manera sistemática, ni teniendo en cuenta a los grupos desfavorecidos.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Realizar evaluaciones sistemáticas de la capacidad y el desempeño en relación con la atención integrada (p. ej. cada cinco años), velando por que las evaluaciones incluyan a los grupos desfavorecidos y por que los resultados sean significativos para los gestores de los sistemas.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>La capacidad para prestar atención integrada se evalúa sistemáticamente, incluidos los grupos desfavorecidos. Se utilizan, por ejemplo, datos sanitarios poblacionales actualizados.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Seguir evaluando sistemáticamente la capacidad para prestar ICOPE así como el desempeño del sistema en cuanto a la prestación de esa atención</li><li>➤ Examinar sistemáticamente los resultados a fin de asegurarse de que sigan siendo significativos para los gestores de los sistemas.</li></ul>



## POSIBILITAR EL FORTALECIMIENTO A NIVEL DE SISTEMA

Medidas 14 a 19  
referentes al sistema



## ESENCIAL

# 14

## Desarrollar la capacidad del personal actual y emergente (remunerado y no remunerado) para prestar atención integrada

El fortalecimiento de la capacidad del personal significa apoyar el desarrollo de sus conocimientos teóricos y prácticos para que pueda realizar evaluaciones centradas en la persona, elaborar planes de atención personalizada y prestar servicios dirigidos a la habilidad funcional (HF), tanto por lo respecta al personal actual de atención sanitaria y social como al personal emergente (estudiantes, personas en formación y personas que desempeñan funciones nuevas o ampliadas).

El fortalecimiento de la capacidad puede lograrse facilitando oportunidades de capacitación sistemática para la adquisición de conocimientos prácticos basada en las competencias y prosiguiendo el perfeccionamiento profesional de todo el personal. Se deben emprender entre los proveedores iniciativas como el desarrollo de los conocimientos teóricos y prácticos en relación con la atención integrada para personas mayores (ICOPE) y la colaboración intersectorial. Se concede así importancia al trabajo multidisciplinario y se respalda una atención colaborativa basada en el equipo (es decir, interdisciplinaria). Importa reconocer que el personal puede comprender cuidadores y proveedores remunerados y no remunerados, como los familiares, por lo que las iniciativas de fortalecimiento de la capacidad deben tener en cuenta ambas categorías.

### ETAPA ESTADO DE APLICACIÓN PUNTUACIÓN MEDIDA/S NECESARIA/S



#### Aplicación nula a mínima

*No se dispone de procesos para desarrollar los conocimientos teóricos o prácticos del personal actual o emergente en el ámbito del sistema.*

0



Evaluar la capacidad actual del personal, concretamente los conocimientos teóricos y prácticos para prestar atención apropiada. Las competencias principales comprenden:<sup>8</sup>

- pruebas básicas para evaluar la capacidad intrínseca (CI) y la HF y la necesidad de atención social (movilidad, visión, audición, nivel cognitivo, estado de ánimo, condición psíquica);
- conocimientos prácticos básicos para la gestión de los problemas de salud que afectan a las personas mayores (p. ej. fragilidad, incontinencia urinaria, riesgos de caídas);
- comprensión básica de la manera en que la depresión, la demencia y el consumo de alcohol se manifiestan en las personas mayores;
- capacidad para detectar el descuido y el maltrato de las personas mayores;
- capacidad para realizar evaluaciones centradas en la persona (medida 4 referente a los servicios) y para elaborar planes de atención (medida 5 referente a los servicios);<sup>9</sup> y
- competencias básicas en comunicación, trabajo en equipos multidisciplinarios, tecnología de la información y salud pública.



Elaborar iniciativas de fortalecimiento de la capacidad del personal destinadas al personal actual y emergente, que desempeña funciones tanto remuneradas como no remuneradas. Respecto del personal emergente, esas iniciativas podrían comprender:

- transición a programas de estudio basados en las competencias;
- adopción de modelos de educación interprofesional;
- extensión de la capacitación a los centros de atención primaria y los centros comunitarios.





## Aplicación incipiente implementation

2

*Se dispone de procesos para desarrollar los conocimientos teóricos y prácticos de un sector limitado del personal – respecto de uno o más de los que se presentan en los ejemplos siguientes:*

- *profesionales de la atención sanitaria remunerados*
- *proveedores de atención no remunerados*
- *personas en formación*
- *personal que ejerce nuevas funciones.*

*o bien*

*Hay iniciativas para el fortalecimiento de la capacidad del personal, pero no son de carácter interdisciplinario o no se centran completamente en los componentes recomendados de ICOPE.*



Ampliar los procesos e iniciativas existentes de fortalecimiento de la capacidad para dar cabida a todas las funciones del personal, reflejar la atención interdisciplinaria y tener en cuenta los componentes asistenciales recomendados del enfoque ICOPE. Procurar las mismas competencias principales indicadas arriba respecto de los sistemas en la etapa de aplicación mínima.



## Aplicación sostenida

3

*Se dispone de procesos en todo el ámbito del sistema para el desarrollo de los conocimientos teóricos y prácticos del personal remunerado y no remunerado. Las iniciativas de fortalecimiento de las competencias del personal para el trabajo en modelos integrados de prestación de servicios comprenden las funciones del personal actual y emergente y tienen importancia interdisciplinaria.*

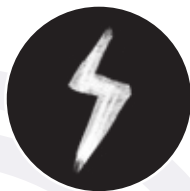


Proseguir con las iniciativas de fortalecimiento de la capacidad del personal en todo el ámbito del sistema y actualizarlas a medida que surjan nuevos datos científicos o recursos. Las estrategias principales comprenden:

- proporcionar capacitación en el servicio en consonancia con las mismas competencias indicadas arriba respecto de los sistemas en la etapa de aplicación mínima;
- posibilitar la supervisión continua de los proveedores de servicios por el personal superior;
- apoyar las consultas conjuntas entre generalistas y especialistas (p. ej. especialistas en geriatría);
- prestar apoyo a las reuniones de los miembros de los equipos multidisciplinarios;
- efectuar la transición a programas de estudio basados en las competencias para las personas en formación;
- adoptar modelos de educación interprofesional, y
- extender la capacitación a los centros de atención primaria y los centros comunitarios.



Vigilar el estado de la capacidad del personal para que las iniciativas de fortalecimiento respondan a las necesidades.



## ESENCIAL

# 15

## Estructurar mecanismos de financiación para apoyar la atención sanitaria y social integrada para las personas mayores

Se puede establecer políticas y mecanismos de financiación en apoyo de la integración de la atención sanitaria y social para las personas mayores por los siguientes medios:

- financiación conjunta o mancomunada de los sectores sanitario y social, gestionada a nivel de sistema
- incentivos para una coordinación efectiva a nivel de servicios

En algunos casos, se han utilizado incentivos contractuales o modelos de reembolso conjunto a fin de motivar al personal de atención sanitaria y social para que incorpore nuevas prácticas destinadas a efectos de promover la coordinación de la atención, como la planificación asistencial conjunta o el apoyo conjunto al autocuidado.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
-------	----------------------	------------	----------------------



### Aplicación nula a mínima

0

*Los mecanismos de financiación de los servicios de atención sanitaria y social del sistema no se basan en modelos de financiación conjunta, mancomunada o compartida.*

y

*No hay mecanismos de incentivos financieros para apoyar la atención coordinada o compartida entre los proveedores a nivel de servicios.*



Modificar las políticas y los procesos para estructurar la financiación de los servicios de atención sanitaria y social conforme a un modelo de financiación compartida o mancomunada que incluya incentivos financieros a efectos de una coordinación apropiada de la atención a nivel de servicios así como el costo de las intervenciones y los medicamentos y dispositivos esenciales para mantener la capacidad intrínseca (CI) y la habilidad funcional (HF).



### Aplicación incipiente

2

*Están en vías de modificación los modelos de financiación a efectos de apoyar la financiación compartida de los servicios de atención sanitaria y social.*

o bien

*Se prevén o se están ensayando incentivos financieros a fin de promover la coordinación de la atención a nivel de servicios y reducir el costo de las intervenciones y los medicamentos y dispositivos esenciales para mantener la CI y la HF.*



Aplicar modelos de financiación modificados que apoyen los enfoques de financiación compartida o mancomunada de los servicios de atención sanitaria y social, con inclusión de incentivos financieros para una coordinación apropiada de la atención a nivel de servicios.



Evaluar la eficacia de las iniciativas referentes a incentivos financieros en apoyo de una coordinación sostenida y provechosa de la atención a nivel de servicios.



### Aplicación sostenida

3

*El sistema actualmente apoya:*

- la financiación conjunta o mancomunada de los sectores sanitario y social

y

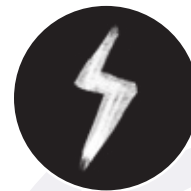
- los incentivos para una coordinación efectiva de la atención a nivel de servicios.



Seguir financiando los servicios de atención sanitaria y social mediante un mecanismo de financiación conjunta.



Seguir ofreciendo incentivos financieros para apoyar la coordinación de la atención a nivel de servicios, sobre la base de una evaluación de la eficacia.



# 16

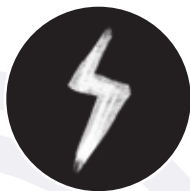
## Establecer procesos de gestión equitativa de los recursos humanos para apoyar al personal remunerado y no remunerado

Se necesitan procesos y sistemas referentes a los recursos humanos que garanticen una gestión justa, transparente y equitativa del personal remunerado y no remunerado. Los sistemas de recursos humanos garantizan que el personal tenga el respaldo de procesos y procedimientos apropiados (p. ej. ascensos, perfeccionamiento personal, reclamaciones, asesoramiento profesional). Lo ideal es que los procesos relativos a los recursos humanos estén razonablemente normalizados en todos los servicios para posibilitar la aplicación de enfoques equitativos en la gestión del capital humano. Estos procesos deben estar armonizados entre los servicios de modo que haya coherencia, por ejemplo, en las prácticas de gestión del desempeño, en el establecimiento de las funciones de supervisión y asesoramiento, y en los procesos encaminados a obtener retroinformación puntual sobre el desempeño.

Esta medida referente al sistema no significa necesariamente que los procesos relativos a los recursos humanos han de ser los mismos para el personal remunerado y el no remunerado, aunque ambos sectores deben estar respaldados y gestionados por procesos que sean apropiados a sus circunstancias.

La OMS ha elaborado la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*,<sup>17</sup> que proporciona orientación normativa para el fortalecimiento de la capacidad en los procesos relativos a los recursos humanos.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No se cuenta con procesos seminormalizados relativos a los recursos humanos para prestar apoyo al personal remunerado de los servicios de atención sanitaria y social.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>Elaborar procesos semiestructurados relativos a los recursos humanos a nivel de sistema para apoyar la gestión equitativa del personal, tanto remunerado como no remunerado, de los distintos servicios, en consonancia con los principios de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OMS.<sup>17</sup></li><li>Consultar al personal y a los gestores de los servicios al elaborar esos procesos.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se están reformando los procesos relativos a los recursos humanos con miras a su seminormalización en los servicios de atención sanitaria y social para prestar apoyo al personal remunerado.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicar procesos semiestructurados relativos a los recursos humanos para apoyar la gestión equitativa del personal, tanto remunerado como no remunerado, de los distintos servicios, en consonancia con los principios de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OMS.<sup>17</sup></li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Se cuenta con procesos seminormalizados relativos a los recursos humanos para prestar apoyo al personal tanto remunerado como no remunerado de los servicios de atención sanitaria y social.</i>	3	<ul style="list-style-type: none"><li>Seguir adoptando procesos relativos a los recursos humanos que presten apoyo al personal remunerado y no remunerado de manera semiestructurada y equitativa.</li><li>Examinar periódicamente los procesos relativos a los recursos humanos (p. ej. cada cinco años) para tener en cuenta los cambios de la plantilla y responder a las iniciativas de mejora de la calidad de los servicios</li></ul>



# 17

## Utilizar la tecnología de la información y las comunicaciones en materia de salud para facilitar el intercambio de comunicaciones e información

Cuando sea localmente aceptable y viable, los sistemas deberán adoptar la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC) en materia de salud y los procesos pertinentes para facilitar el almacenamiento, intercambio y comunicación de información (p. ej. registros sanitarios, recetas médicas, consultas) entre los servicios y proveedores de atención sanitaria y social.

Algunos ejemplos de ello son los registros sanitarios electrónicos, los sistemas de seguimiento domiciliario, los sistemas de recetas integrados y la telesalud.<sup>20</sup> Estos sistemas también pueden facilitar la recogida y auditoría de datos; los registros sanitarios electrónicos, por ejemplo, permiten organizar la información acerca de personas mayores y poblaciones clínicas completas de adultos mayores a efectos de determinar las necesidades, planificar la atención a lo largo del tiempo, hacer un seguimiento de la respuesta a un tratamiento y evaluar los resultados sanitarios.

Si bien muchos sistemas de salud no tienen capacidad para respaldar los sistemas de ciberseguridad, la imposibilidad de aplicar esta medida referente al sistema no debe impedir los avances de la atención integrada en otras esferas. A falta de TIC, se puede recurrir a opciones que requieren poca tecnología, como el teléfono y el fax, para posibilitar un adecuado intercambio de información entre los proveedores.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
-------	----------------------	------------	----------------------



### Aplicación nula a mínima

*No se apoya la utilización de tecnologías digitales seguras para el almacenamiento de información sanitaria y su intercambio o comunicación entre los servicios y proveedores.*

0



Determinar las posibilidades de mejorar el almacenamiento y el intercambio y la comunicación de información sanitaria entre los servicios o los proveedores mediante la utilización de tecnologías digitales seguras.



Elaborar una estrategia para orientar la adquisición e implementación gradual de tecnologías digitales, con el respaldo de una normativa referente a las condiciones apropiadas de privacidad y seguridad.



Seguir utilizando los sistemas existentes que requieren poca tecnología para apoyar el intercambio de información y la coordinación de la atención entre los servicios y proveedores.



### Aplicación incipiente

*Se están ensayando o implementando tecnologías digitales seguras para respaldar el almacenamiento de información sanitaria y su intercambio o comunicación entre los servicios y proveedores.*

1



Elaborar una estrategia para orientar la adquisición e implementación gradual de tecnologías digitales, con el respaldo de una normativa referente a las condiciones apropiadas de privacidad y seguridad



Implementar las tecnologías digitales aplicando un enfoque escalonado en consulta con los gestores y proveedores de los servicios para garantizar la aceptabilidad y viabilidad.



### Aplicación sostenida

*Se utilizan tecnologías digitales seguras en todo el sistema para respaldar el almacenamiento de información sanitaria y su intercambio o comunicación entre los servicios y proveedores.*

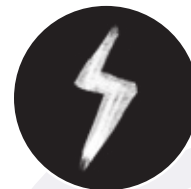
2



Seguir examinando las necesidades de tecnología sanitaria digital.



Continue to review the policy for data privacy and security and the latest developments to support digital health technologies.



# 18

## Recoger y comunicar datos sobre la capacidad intrínseca y la habilidad funcional de los adultos mayores en el ámbito de los sistemas de información sanitaria existentes

La disminución de la capacidad intrínseca (CI) y la pérdida de habilidad funcional (HF) –como las limitaciones de la capacidad locomotora, la capacidad cognitiva, la capacidad psíquica, la visión, la audición y el estado nutricional– se deben evaluar sistemáticamente en los grupos de personas mayores en el ámbito de los sistemas existentes de información o vigilancia sanitaria; véase la orientación de la OMS sobre ICOPE relativa a evaluación y vías clínicas centradas en las personas en la atención primaria.<sup>9</sup> Diversos instrumentos de medición de la CI, entre ellos los que elabora la OMS,<sup>9</sup> pueden proporcionar puntos de partida provechosos para responder a las necesidades sanitarias en el nivel de la atención primaria. A nivel de servicios, la recogida de datos sobre la CI facilitará las respuestas oportunas a la disminución así como una mejor asignación de los recursos. A nivel de sistema, la recogida de esos datos sanitarios ofrece la oportunidad de vigilar la salud de la población y evaluar las iniciativas encaminadas a mejorar el desempeño de los sistemas en cuanto a integración, calidad y seguridad de la atención

Se han publicado datos científicos referentes a los aspectos propuestos de la CI que revisten interés clínico.<sup>24</sup>

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No se recogen datos sobre la CI y/o la HF de las personas mayores en el marco de los sistemas de información sanitaria existentes.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Evaluar la capacidad para integrar medidas de la CI y la HF en los sistemas de información sanitaria</li><li>➤ Elaborar un plan de implementación escalonada para integrar las medidas de la CI y HF en los sistemas de información sanitaria.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>Se están integrando herramientas para medir la CI o la HF en los sistemas de información sanitaria existentes.</i>  <i>o bien</i> <i>En algunos servicios se mide la CI o la HF de los adultos mayores, pero esos datos no se incorporan a los sistemas de información sanitaria a nivel de sistema.</i>	1	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Implementar herramientas en los distintos servicios para medir la CI y la HF de las personas mayores como parte de la información o la vigilancia sanitaria a nivel de sistema. Aprovechar la experiencia de los servicios que ya utilizan o ensayan herramientas como base para la implementación.</li><li>➤ Elaborar un plan para la comunicación de los datos relativos a la CI y la HF.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Se mide la CI y la HF de los adultos mayores en el marco de los sistemas de información sanitaria existentes y los informes sobre los datos se utilizan para evaluar las necesidades de la población de personas mayores a lo largo del tiempo.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Seguir midiendo la CI y la HF en el marco de los sistemas de información sanitaria existentes.</li><li>➤ Actualizar las herramientas de medición, conforme a la orientación de la OMS.<sup>9</sup></li><li>➤ Informar prospectivamente acerca de los datos sobre CI y HF a fin de evaluar las necesidades sanitarias de la población y sus cambios a lo largo del tiempo.</li></ul>



# 19

## Utilizar las tecnologías digitales para apoyar el autocuidado de las personas mayores

Cuando sea localmente aceptable y viable, se implementarán tecnologías digitales para apoyar el autocuidado de las personas mayores.

En los entornos en que se dispone de recursos, infraestructura y políticas que los respaldan, se deben utilizar las tecnologías digitales para ayudar a las personas mayores a autocuidarse, por ejemplo, mediante el autoseguimiento utilizando Salud (tecnologías móviles para la salud) o herramientas basadas en la internet.<sup>20,23</sup> La implementación de esas tecnología puede ser más sencilla a medida que las tecnologías evolucionan y se dispone de nuevas pruebas sobre su eficacia y aceptabilidad.

ETAPA	ESTADO DE APLICACIÓN	PUNTUACIÓN	MEDIDA/S NECESARIA/S
	<b>Aplicación nula a mínima</b> <i>No se proporcionan o no se respaldan tecnologías digitales con la finalidad de prestar asistencia a las personas mayores en relación con el autocuidado.</i>	0	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Realizar una evaluación de las necesidades de proporcionar o respaldar tecnologías digitales y la capacidad para hacerlo.</li><li>➤ Evaluar las tecnologías digitales disponibles a fin de determinar su eficacia, aceptabilidad y adecuación al sistema existente.</li></ul>
	<b>Aplicación incipiente</b> <i>En algunos servicios se utilizan tecnologías digitales para ayudar a las personas mayores a autocuidarse, pero esas tecnologías no se implementan en la totalidad del sistema o bien</i> <i>Se están ensayando tecnologías digitales para respaldar el autocuidado de las personas mayores en distintos servicios con miras a su implementación a nivel de sistema</i>	1	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Examinar los resultados de la evaluación de los ensayos de las tecnologías digitales en los distintos servicios.</li><li>➤ Elaborar un plan de implementación a nivel de sistema de las tecnologías digitales que se haya determinado que son apropiadas y aceptables para el entorno local.</li></ul>
	<b>Aplicación sostenida</b> <i>Se proporcionan y respaldan tecnologías digitales para ayudar al autocuidado de las personas mayores.</i>	2	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Seguir proporcionando o respaldando tecnologías digitales para ayudar a las personas mayores en relación con el autocuidado.</li><li>➤ Evaluar las repercusiones de las tecnologías digitales en las capacidades de autocuidado y la utilización en los servicios de salud.</li></ul>

# Glosario

## Atención integrada

Sistema y procesos en que los servicios son gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciben servicios asistenciales sin solución de continuidad, desde los de promoción de la salud hasta los de cuidados paliativos, pasando por los de prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de las enfermedades y rehabilitación, todo ello de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él y con arreglo a sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital.<sup>16</sup>

## Atención interdisciplinaria

Atención dispensada por profesionales de una variada gama de disciplinas de manera coordinada con un objetivo común que es el mejoramiento de la capacidad funcional.

## Habilidad funcional

Atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características medioambientales pertinentes y las interacciones entre el individuo y estas características.<sup>1</sup>

## Capacidad intrínseca

Combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.<sup>1,24</sup>

## Cobertura sanitaria universal

Todas las personas y comunidades pueden utilizar los servicios de salud de carácter promocional, preventivo, curativo, rehabilitador y paliativo que necesitan y de calidad suficiente para ser eficaces, sin que por ello tengan que afrontar dificultades financieras.

## Cuidados a largo plazo

Actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.<sup>1</sup>

## Delphi

Diseño de investigación que facilita la elaboración y el perfeccionamiento de un concepto o una cuestión sobre la base de las observaciones de expertos reunidos para generar un consenso.

## Envejecimiento saludable

Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.<sup>1</sup>

## Evaluación de la capacidad

Análisis de las capacidades deseadas de una persona respecto de las capacidades actuales. Esta evaluación de los activos y necesidades de la persona puede conformar una respuesta encaminada al desarrollo de su capacidad intrínseca.

## Evaluación de las necesidades

Proceso encaminado a determinar y abordar las necesidades señalando las deficiencias o carencias existentes entre las condiciones actuales y las deseadas (de conocimientos teóricos y prácticos, por ejemplo). Es necesario medir la discrepancia entre la situación actual y la deseada para determinar las necesidades.

## Gobernanza participativa

Procesos encaminados a hacer participar a distintas instancias interesadas e instituciones en la adopción de decisiones de carácter público.

## Maltrato a las personas mayores

Acto intencional, o la omisión de actuar, por parte de una persona, como un cuidador, que mantiene una relación de confianza con una persona mayor, que cause daño a esa persona o entrañe el riesgo de causarlo.

## PREMs

Las medidas de las experiencias comunicadas por el paciente son cuestionarios que los pacientes cumplimentan para indicar sus percepciones de su experiencia al recibir atención.<sup>25</sup>

## PROMs

Las medidas de los resultados comunicados por el paciente son cuestionarios que los pacientes cumplimentan para facilitar una autoevaluación de los resultados sanitarios o sociales, por ejemplo dolor, calidad de vida, función física.<sup>25</sup>



# Referencias

1. Beard J, Officer A, Cassels A. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1), consultado el 12 de enero de 2019).
2. Resolución 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En: Resoluciones y decisiones aprobadas por la Asamblea General durante el septuagésimo periodo de sesiones, Volumen I, Resoluciones, 15 de septiembre - 23 de diciembre de 2015. Documentos oficiales de la Asamblea General. Septuagésimo periodo de sesiones, Suplemento No. 49. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2016 (A/70/49 (Vol. I); (<https://research.un.org/es/docs/ga/quick/regular/70>, consultado el 12 de enero de 2019).
3. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley Edward, Toro Nuria, Thiyagarajan JA et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2017;95(11):756-63. doi:10.2471/BLT.16.187617.
4. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Mundial; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>, consultado el 12 de enero de 2019).
5. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>, consultado el 12 de enero de 2019).
6. Katz PR. An international perspective on long term care: focus on nursing homes. J Am Med Dir Assoc. 2011;12(7):487-92.e1. doi:10.1016/j.jamda.2011.01.017.
7. Pot AM, Briggs AM, Beard JR. The sustainable development agenda needs to include long-term care. J Am Med Dir Assoc. 2018;19(9):725-7. doi:10.1016/j.jamda.2018.04.009.
8. Atención integrada para personas mayores (AIPM). Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 ([https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE\\_brochure\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_sp.pdf?ua=1), consultado el 12 de enero de 2019).
9. Integrated care for older people: guidance on person-centred assessment and pathways in primary care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
10. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. BMJ Open. 2018;8:e021194. doi:10.1136/bmjopen-2017-021194.
11. Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong E, Chau P, Woo J et al. Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: a rapid scoping review. Int J Qual Health Care. 2017;29(3):327-34. doi:10.1093/intqhc/mzx041.
12. Briggs AM, Araujo de Carvalho I. Actions required to implement integrated care for older people in the community using the World Health Organization's ICOPE approach: a global Delphi consensus study. PLoS One. 2018;13(10):e0205533. doi:10.1371/journal.pone.0205533.
13. Briggs AM, Chan M, Slater H. Models of care for musculoskeletal health: moving towards meaningful implementation and evaluation across conditions and care settings. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016;30(3):359-74. doi:10.1016/j.berh.2016.09.009.
14. Global consultation on integrated care for older people (ICOPE) – el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de la reunión de consulta celebrada del 23 al 25 de octubre de 2017 en Berlín, Alemania. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (WHO/FWC/ALC/18.3; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272863/WHO-FWC-ALC-18.3-eng.pdf>, consultado el 12 de enero de 2019).



15. Briggs AM, Jordan JE, Jennings M, Speerin R, Chua J, Bragge P et al. A framework to evaluate musculoskeletal models of care. Cornwall: Global Alliance for Musculoskeletal Health of the Bone and Joint Decade; 2016 ([https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/338141/Framework-to-Evaluate-Musculoskeletal-MoC.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0020/338141/Framework-to-Evaluate-Musculoskeletal-MoC.pdf), consultado el 12 de enero de 2019).
16. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>, consultado el 12 de enero de 2019).
17. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254600>, consultado el 12 de enero de 2019).
18. Rehabilitation in health systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf>, consultado el 12 de enero de 2019).
19. Transforming and scaling up health professionals' education and training. World Health Organization Guidelines 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf), consultado el 12 de enero de 2019).
20. Be he@lthy, be mobile: a handbook on how to implement mAgeing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Unión Internacional de Telecomunicaciones; 2018 (<https://www.who.int/ageing/publications/mageing>, consultado el 12 de enero de 2019).
21. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (WHO/WKC/Tech.Ser./04.2; Ageing and Health Technical Report, Volume 5; [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf), consultado el 12 de enero de 2019).
22. Mehta KM, Gallagher-Thompson D, Varghese M, Loganathan S, Baruah U, Seeher K et al. iSupport, an online training and support program for caregivers of people with dementia: study protocol for a randomized controlled trial in India. *Trials* 2018;19(1):271. doi:10.1186/s13063-018-2604-9.15.
23. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf>, consultado el 24 de mayo de 2019).
24. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster J et al. Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(12):1653–60. doi:10.1093/gerona/gly011.
25. Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ*. 2017;17(4):137–44. doi:10.1093/bjaed/mkw060.
26. What is universal coverage? En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; sin fecha ([https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition), consultado el 12 de enero de 2019).







Organización Mundial de la Salud  
Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida  
Avenida Appia 20  
1211 Ginebra 27  
Suiza

[ageing@who.int](mailto:ageing@who.int)  
[www.who.int/ageing](http://www.who.int/ageing)



**Organización  
Mundial de la Salud**

9789240014718

