



Munich Personal RePEc Archive

Difference between dependency care and long-term care. A necessary clarification

Matus-López, Mauricio

Universidad Pablo de Olavide

2021

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/107959/>
MPRA Paper No. 107959, posted 26 May 2021 15:04 UTC

Diferencia entre cuidados a la dependencia y cuidados de larga duración o *long-term care*. Una aclaración necesaria

Mauricio Matus López
Universidad Pablo de Olavide, Seville, Spain

Abstract: Latin America is rapidly aging and demands for dependency care are growing. Uruguay and Costa Rica have initiated a national care policy and other countries in the region such as Argentina, Chile, Colombia, Brazil, and Mexico are considering doing so. However, despite the advance in scientific evidence in recent years, there is confusion in the content of these systems. In international literature, these models are framed under the term long-term care, with their most direct translation into Spanish of *cuidados de larga duración*, but which, until now, has been assimilated to that of *dependencia*. They are not exactly the same and this has implications for the design of policies. This work proposes an analysis framework for the conceptualization of both terms and policies.

Key Word: dependence, long-term care, care, older adults, disability, Latin America.

América Latina está envejeciendo rápidamente y aumentan aceleradamente las demandas por cuidados de atención a la dependencia. Uruguay y Costa Rica han iniciado una política nacional de cuidados y otros países de la región como Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México están valorando hacerlo. Sin embargo, pese al avance en la evidencia científica en los últimos años, existe confusión en el contenido de estos sistemas. En la literatura internacional, estos modelos se enmarcan bajo el término de *long-term care*, con su traducción más directa al español de *cuidados de larga duración*, pero que, hasta ahora se ha asimilado al de *dependencia*. No son exactamente lo mismo y ello tiene implicaciones en el propio diseño de las políticas. En este trabajo se propone un marco de análisis para la conceptualización de ambos.

Key Word: dependencia, cuidados de larga duración, cuidados, adultos mayores, discapacidad, américa latina.

Diferencias entre cuidados a la dependencia y cuidados de larga duración o long-term care. Una aclaración necesaria

Citar como:

Matus-López, Mauricio (2021). *Diferencia entre cuidados a la dependencia y cuidados de larga duración o long-term care*. MPRA Working Paper 107959. Disponible en: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/id/eprint/107959>

1. INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo pasado, los países ricos, principalmente europeos, sufrieron un rápido proceso de envejecimiento. Entre 1960 y 1995, el porcentaje de personas de 65 y más años, aumentó desde el 11,5% al 15,5% en Alemania, del 11,7% al 15,2% en Francia y del 8,9% al 13,1% en Países Bajos (UN, 2020).

Salvo algunos casos, como Suecia, que comenzó antes, la respuesta institucional se produjo principalmente en la década de los noventa (Ranci & Pavolini 2013; Matus-López & Rodríguez 2014). Esta consistió en el despliegue de una serie de políticas y programas que buscaban dar solución a las personas que requerían ayuda para el desarrollo de su vida diaria, como bañarse, caminar, alimentarse, etc. Los programas se agruparon bajo la denominación de cuidados de larga duración.

En la literatura científica, existe cierta confusión en la utilización de dos términos. El primero, proviene del español y se refiere a los servicios de atención a la dependencia (SADs), también conocidos como promoción de la autonomía personal. El segundo, proviene del inglés y se refiere a *long-term care systems* (LTCS).

La confusión surge en que ambos conceptos tienen la misma definición, pero en la práctica difieren. En concreto, en ambos casos son el amplio rango de servicios para personas que necesitan ayuda de terceros para realizar actividades de la vida diaria (AVD), de forma permanente o por un largo periodo de tiempo (WHO 2004; EC 2012; OECD 2013, 2020).

El sistema español, en la Ley 39/2006, coincide con la definición de LTCS de la Unión Europea (EC 2012). En 2015, Uruguay y Costa Rica, utilizan definiciones oficiales similares (Cuadro 1).

Cuadro 1. Definiciones oficiales de dependencia y cuidados de larga duración (long-term care). OECD, España, Uruguay y Costa Rica

OECD	España	Uruguay	Costa Rica
<p>“The term “long-term care services” refers to the organisation and delivery of a broad range of services and assistance to people who are limited in their ability to function independently on a daily basis over an extended period of time.”</p>	<p>“Promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia”.</p> <p>“Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”</p>	<p>“Sistema de cuidados: el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia”</p> <p>“Dependencia: el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria.</p>	<p>“Sistema de promoción de la autonomía, apoyo a los cuidados y atención a la población en situación de dependencia.”</p> <p>“se entenderá la dependencia como una situación permanente o prolongada⁹ en que vive una persona que ha perdido su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, lo cual le impide realizar por sí misma, al menos una de sus actividades básicas de la vida diaria sin apoyo de otra persona, de manera prolongada en el tiempo”</p>
OECD (2012)	España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006	Uruguay. Ley N° 19353, de 8 de diciembre de 2015	Costa Rica, Decreto 42878-MP-MDHIS. De 4 de marzo de 2021 y Política Nacional de Cuidados (MDHIS 2021)

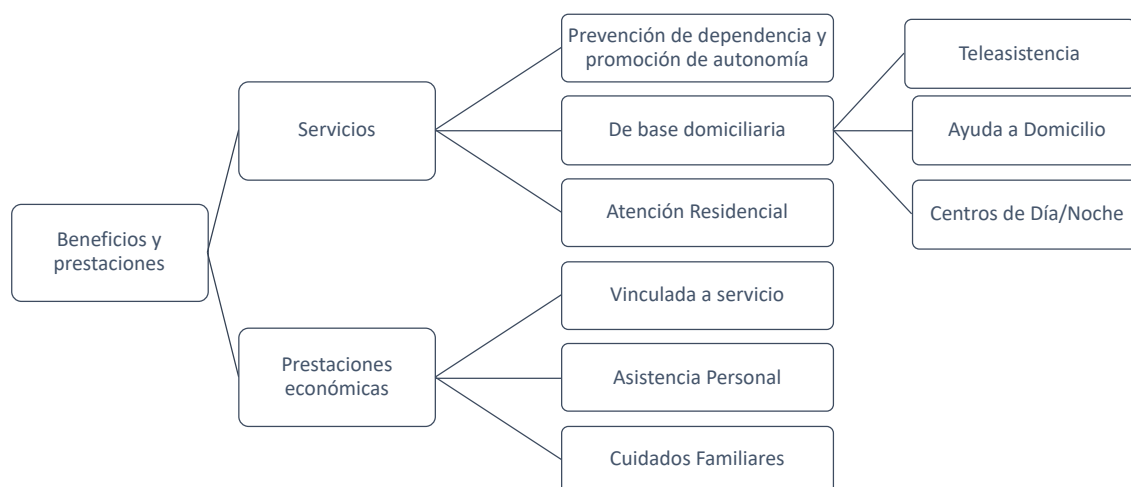
Fuente: OECD (2012); España. Ley 39/2006; Uruguay. Ley N° 19353; Costa Rica, Decreto 42878-MP-MDHIS. Elaboración propia.

2. SERVICIOS DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Nominalmente, los SADs podrían ser considerados como un sinónimo de LTCs. Pero en la práctica, el primer término se utiliza para denominar sólo a algunos servicios del segundo.

Concretamente, la literatura hispanohablante utiliza el concepto de SADs en clara referencia al modelo español (Ley 39/2006). Éste, ofrece dos tipos de servicios y tres tipos de transferencia, además de actividades de promoción (Fig. 1) Los servicios consisten en plazas de atención en residencias, servicio de atención en el domicilio, teleasistencia en los hogares, centros de día. Las prestaciones económicas so den tres tipos: para la contratación de servicios, para asistencia personal y para el cuidado en el domicilio. Esta última es la más utilizada (MSCBS 2021).

Figura 1. Servicios y prestaciones del modelo español de atención a la dependencia.



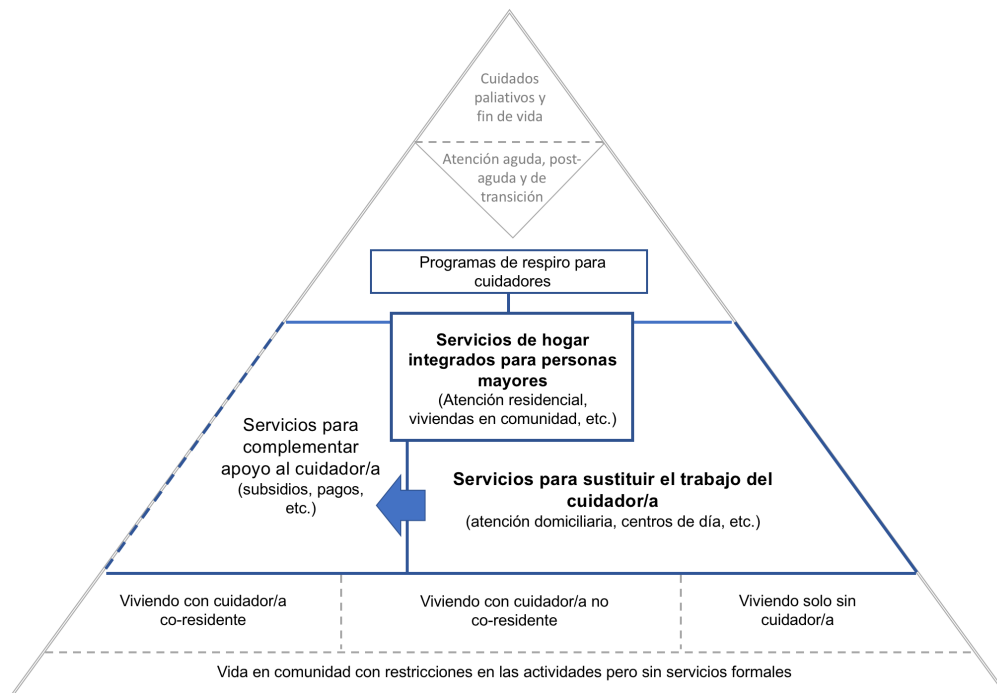
Fuente: Matus-López & Rapún (2016); MSCBS (2021). Elaboración propia.

Los trabajos latinoamericanos tienden a seguir este patrón y consideran, en cierta medida, este marco, como el de un modelo completo. En Costa Rica, el modelo aprobado este año, busca desplegar una gama similar de servicios, aunque limitando las transferencias monetarias (MDHIS 2021; Medellín, Jara, & Matus-Lopez 2019), mientras que el de Uruguay, no considera, de momento, la atención residencial dentro del sistema (Matus-López & Terra 2021; Matus-Lopez & Cid 2016).

En inglés, la utilización de LTCS incluye una gama mayor de prestaciones, que considera atenciones con un componente médico, por un lado, y otras complementarias de atención personal (OECD 2020). La principal diferencia al comparar ambos conceptos, *long-term care* y dependencia, es que las primeras pueden incluir algunos servicios de fin de vida, e intervenciones agudas y post agudas de adultos mayores.

Una forma de comprender esta diferencia es plantear un marco conceptual que incorpore el detalle de servicios, de una forma clasificada. Para esto, se ha adaptado una clasificación de Browne (2011) de forma piramidal, con una base amplia, de baja dependencia, y una cúspide pequeña y de alta severidad. En la Figura 2 se presenta este esquema, destacando en negro los servicios relacionados con SADs y en gris, el resto de los servicios de LTCS.

Figura 2. Servicios de atención a la dependencia dentro de los servicios de cuidados de larga duración. Marco conceptual



Fuente: Elaboración propia con base en Browne (2011).

La base o Nivel 0 corresponde al mayor grupo de población. Está compuesto por las dependientes que pueden continuar realizando ABVD sin ayuda de terceros.

En el Nivel I, se ubican las personas que necesitan de otros individuos para realizar AVD y que pueden o no contar con alguien que les ayude. Su atención recae en el ámbito familiar.

Las personas del Nivel III son el primer grupo que recibe SADs, pero que siguen residiendo en sus hogares. Los servicios se pueden clasificar en sustitutos o complementarios. Los primeros reducen, de forma más o menos significativa, el trabajo de cuidados de los familiares. Los complementarios no reducen significativamente la carga de trabajo doméstico, pero ayudan en los gastos y en la supervisión.

El Nivel IV contempla aquellos SADs relacionados con los centros de larga estancia. Son residencias con alojamiento, en los que las personas con dependencia severa o grave ingresan por un largo periodo de tiempo o de forma indefinida. Dentro de los SADs, estos son los servicios de mayor costo y complejidad.

Por último, en nivel V se ubican los servicios de LTC con componente médico. Normalmente son ofrecidos a personas en estado crítico, sin movilidad y severidad muy grave. Se ofrecen normalmente en unidades médicas de residencias, residencias

medicalizadas, y aunque el número de beneficiarios es pequeño, son pacientes de alto coste. Algo que quedó de manifiesto en la pandemia del Covid (Vallecillo et al 2021).

Cabe señalar que, en las últimas reformas internacionales, incluida la recientemente aprobada en Uruguay, se ha incluido un nuevo grupo de beneficiarios de LTCs y SADs. Estos son los cuidadores de las personas dependientes. El motivo es que la evidencia muestra que estas personas están sometidas a condiciones laborales duras, con fuertes impactos en su propia salud y que muchas veces terminan siendo dependientes.

3. UN EJEMPLO PRÁCTICO

Uno de los sistemas más completos de LTCs es el modelo de los Países Bajos. De modo que, permite ejemplificar la pirámide con servicios en todos sus niveles. Su origen se remonta a fin de 1960s y es considerado uno de los primeros modelos en el mundo y uno de los más generosos (Dhijkhoff 2018; Matus-Lopez 2015a). Por ello, su costo se estima en 3,7% del PIB y ha sido objeto de varias reformas para contener el gasto (Maarse & Jeurissen 2016).

Los beneficios del primer nivel suelen ser equipos y medios de apoyo para la autonomía, tales como bastones o arreglos especiales en el hogar. En el siguiente nivel, el más extendido de los servicios sustitutos es la atención domiciliaria realizada por un tercero. El número de horas semanales se establece de acuerdo con la severidad del beneficiario. Las familias pueden elegir si recibir el servicio o una prestación económica equivalente para contratar directamente, conocida como PGB.

Otro servicio en este grupo es la atención en centros de día. En los servicios complementarios, el más extendido es la teleasistencia, que consiste en un aparato que conecta telefónicamente o vía internet, al hogar del dependiente con un centro de atención. Su objetivo es supervisar, controlar y gestionar incidentes como caídas o toma de medicamentos. En este grupo también se consideran prestaciones económicas para cuidados por familiares.

En el tercer nivel se encuentran los servicios denominados intramuros. Corresponden a residencias de mayores dependientes, residencias geriátricas y centros para adultos con discapacidad mental, principalmente. En todos los casos son establecimientos que incluyen alojamiento, comidas y cuidados, y las personas que ingresan en ellos lo hacen por un periodo muy largo de tiempo. La mayoría de las veces, las posibilidades de recuperar una vida independiente fuera del centro son pocas o nulas.

Los servicios de cuarto nivel son propiamente del sistema de salud. Incluyen atención clínica y algunas veces no son considerados propiamente de LTC, sino simplemente sanitarios. Se ofrecen en hospitales o centros de cuidados paliativos y tienen una fuerte presencia de personal de médico y de enfermería.

Por último, en los servicios para cuidadores benefician a quienes desarrollan cuidados en los hogares, pero también a las que lo hacen en residencias y quienes tratan con cuidados paliativos y de fin de vida. Ejemplos de ello son permisos de descanso, vacaciones pagadas, reducciones de jornadas, asesoramiento, formación, etc.

4. UN CONTRASTE POR BENEFICIARIOS

Una forma de contrastar estos resultados, de cara a determinar qué parte de los LCD son cuidados de SADs, se puede aplicar al caso de España. En este país, dispone de registros mensuales de personas beneficiarias y de servicios ofrecidos.

Los resultados, para un mismo año, varía según la fuente nacional (MSCBS 2021) y la internacional (OECD 2021). Así, para el último año disponible, la OECD situaba en 1,41 millones el número de beneficiarios del sistema español (251.202 en residencias y 1.159.819 en hogares). Mientras, el MSCB indicaba que, a fin del mismo año, había 1.159.819 personas beneficiarias. Una diferencia del 21,2%,

Esta comparación permite observar algunas diferencias que entre SADs y LTC. Al considerar el conjunto de servicios LTC, disminuye el porcentaje de beneficiarios en domicilio. Algo lógico, ya que éstos incluyen cuidados de carácter médico/hospitalario, que pueden estar siendo ofrecidos en residencias medicalizadas o *nursing homes*.

Sin embargo, estas explicaciones no están contrastadas, ya que ambas bases no están disponibles por servicios y beneficiarios. Pese a ello, parece existir constantemente un margen nada despreciable, equivalente más de 1/5 de los resultados de una u otra fuente.

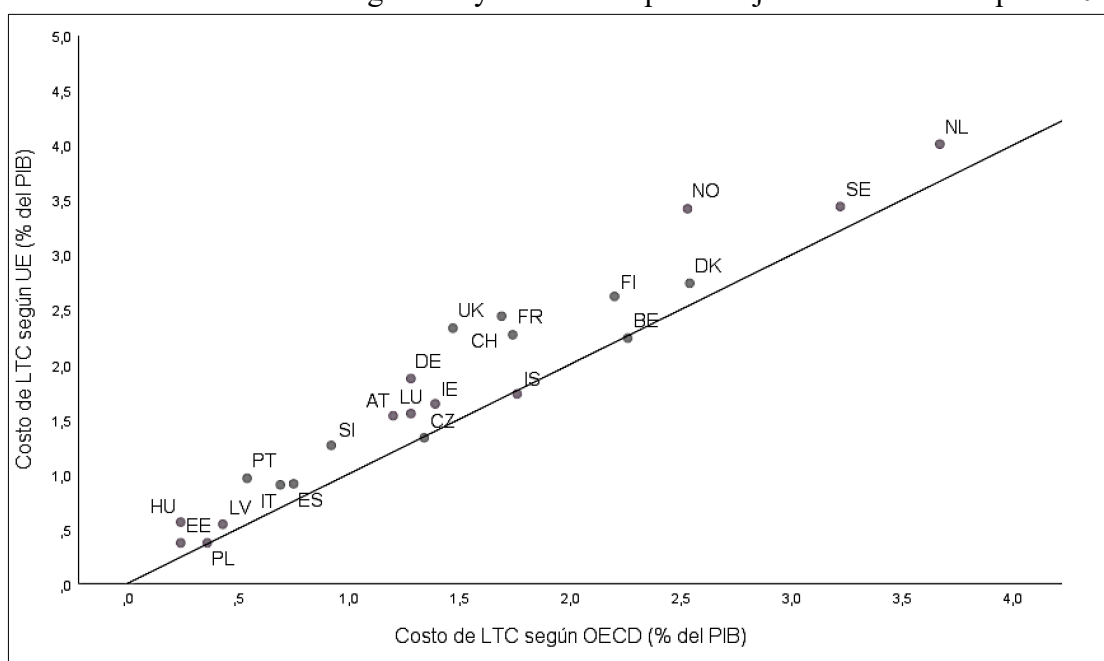
5. UN CONTRASTE POR COSTOS

Una segunda aproximación a la diferencia entre LTCs y SADs se puede realizar a través de los costes de cada uno. Al respecto, una vez más, se tienen las fuentes internacionales de LTC y las fuentes nacionales cuentas nacionales de salud y de servicios sociales.

La UE (EC 2021) y la OECD (2021) presentan estadísticas internacionales de gasto en LTC, en porcentaje al PIB. De acuerdo a la UE, la media internacional, para 31

países, se situó en el 1,4%, con un rango que va desde 0,01% a 4,0%. Por su parte, la OECD estima el mismo gasto promedio, pero para 28 países y con un rango más acotado, desde 0,24% a 3,7% del PIB¹. No obstante, si se comparan sólo los países en común, se aprecia que las cifras de la UE son más altas que la de la OECD. El motivo es únicamente metodológico, según la información que recaba cada organismo y lo que cada país categoriza de acuerdo con las directrices de éstos (Gráfico1).

Gráfico 1. Gasto en LTC según UE y OECD. En porcentaje del PIB de cada país. 2015.



Fuente: Elaboración propia con base en OECD (2021) y EC (2021).

Ambas fuentes presentan la desagregación de gasto de LTC en salud y en gasto social. Esto resulta relevante por cuanto la parte de salud, que se ofrece principalmente en hospitales y centros especializados, podría estar sumergido en el actual gasto público de los países que no tienen sistemas de atención a la dependencia.

En la UE, 19 de los 31 países presentan esta desagregación². En ellos, se puede observar que el gasto médico es significativamente mayor que el gasto social; 1,38% del PIB frente a 0,4% del PIB. No obstante, los rangos son bastante amplios: el gasto social representa el 4% del gasto total en LTC en Grecia, pero el 76% en Portugal. Por su parte,

¹ En la UE el valor más bajo es de Bulgaria y el más alto, el de Países Bajos. En OECD, Hungría y Estonia, tienen los valores más bajos y Países Bajos, el valor más alto. Datos para 2015.

² Alemania, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Rep. Checa, Rumanía, Suecia y Suiza.

en la OECD, 15 de los 28 países presentan esta desagregación³, con similares resultados. En este caso, el gasto médico alcanza el 1,32% del PIB y el gasto social, el 0,35% del PIB. Los rangos también son amplios: 0,17% a 2,69% del PIB y 0,02% a 1,29% del PIB, respectivamente⁴.

Para comprender qué están detrás de estas cifras, es necesario volver a analizar casos paradigmáticos, como el de Países Bajos, por la extensión de su sistema de LTC y el caso de España, por las características de su sistema de atención a la dependencia y su importancia en el diseño latinoamericano.

De acuerdo a las fuentes internacionales, el gasto en LTC de Países Bajos es de aproximadamente el 4% del PIB; unos 27 mil millones de euros (OECD 2021; EC 2021). Esta información puede ser contrastada con la que entrega el propio país a través del Ministerio de Salud. A partir de la reforma de 2015 (Maarse & Jeurissen, 2016), los gastos de LTC se agrupan en un fondo específico, el Wet Langdurige Zorg (WLZ). Los resultados para 2015 indican que se gastó un total de 19.500 millones de euros. Estos recursos beneficiaron al 4,7% de la población y financiaron cinco grupos de servicios: residencias, cuidados personales, enfermería, apoyos y tratamientos (Dijkhoff 2018; CIZ 2015; MV 2015). No obstante, si se comparan con las cuentas nacionales de salud, se aprecia que incorpora casi únicamente el LTC en salud, que ascendió ese año a 18.675 millones de euros. Los 9.073 millones de gasto social en LTC prácticamente no están considerados, porque las fuentes de recursos de estos servicios, puede no estar financiada por WLZ. Si se agregan ambas, se tendría que el gasto total asciende al 4,0% del PIB. Una cifra casi idéntica a la de la UE.

Ahora bien, si se analiza el gasto por tipo de proveedor, se aprecia que los hospitales proveen servicios de LTC por 2.142 millones de euros y las instalaciones de enfermería, en salud, otros 12.575 millones de euros. En resumen, se puede deducir que estrictamente, cerca del 53% corresponde gasto médico. Dicho de otra forma, los SADs de este país podrían rondar el 2,1% del PIB.

En el caso de España, se tiene una desagregación aún más útil. A diferencia de Países Bajos, el sistema de SADs se creó cuando ya existía registro de gasto en LTC. Un análisis de las cuentas nacionales de salud muestra que, antes de la aprobación de la ley,

³ Alemania, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Japón, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Rep. Checa, Suecia, Suiza y Alemania.

⁴ Portugal con el valor médico más bajo, Suecia con el valor médico más alto, Alemania con el valor social más bajo y Países Bajos con el valor social más alto.

en 2006, este gasto era de 6.504 millones de euros, únicamente en salud. Luego de implementada el sistema, en 2015, el gasto había aumentado hasta los 9.173 millones. Es decir, un 0,85% del PIB. Mayor que el 0,75% de la OECD y menor que 0,91 de la UE.

6. CONCLUSIONES

Es inevitable que América Latina implemente servicios, aunque sean muy básicos, de atención a la dependencia. Existe evidencia de programas en muchos países, pero sólo dos los han establecido como programas nacionales formales (Matus-López 2015b; 2017). Los cambios demográficos así lo demandarán y el propio proceso democrático de los países debería conducir a su aprobación. Una cuestión que resulta factible, dado que el principal grupo beneficiario, adultos mayores, será cada vez más grande y su peso en las lecciones resulta, en muchos casos, determinante. Otra cosa es que las democracias no funcionen correctamente, pero eso es tema para otro artículo.

En este caso, hemos puesto atención en una cuestión primaria de la discusión: ¿De qué estamos hablando? ¿Qué son estos sistemas? De estas preguntas se derivan las siguientes como ¿Cuánto cuestan? ¿Qué servicios se deben implementar? ¿Lo coordina salud o el área social?, etc. (Medellin et al 2019, Swartz, Miake & Farag 2012; WHO 2003)

Abordar esta primera pregunta pasa necesariamente por contextualizar estos sistemas en un marco internacional. La atención a la dependencia no es una cuestión nueva, sus orígenes se remontan al norte de Europa de la segunda mitad del siglo pasado y su ampliación, a la década de los años 1990s (Becker & Reinhard 2018). Los últimos países de esa región en hacerlo fueron España y Portugal, ya entrado el nuevo siglo. Afuera del continente se cuenta a Australia, Estados Unidos (con muchas variaciones por Estado), Canadá, Japón, Corea del Sur, Singapur y Taiwán.

Esta inmersión en la evidencia internacional desvela el primer problema. Si se busca por dependencia en su notación en español, tendremos resultados que van desde la teoría económica de la dependencia de la CEPAL, hasta las cuestiones más relacionadas con la adicción. Si se incluye el término cuidados, entonces se reduce a cuestiones más medicas y se abre la puerta a las publicaciones del modelo de dependencia español. Pero en ambos casos, la mayor parte de la literatura, informes y libros, de las realidades de otros países, no aparece. Esto ocurre porque a nivel internacional estos modelos se conocen con el nombre de *long-term care system*, algo más parecido a cuidados de larga duración, que en español también tiene otro sentido.

Pero no es una cuestión únicamente de diferencias idiomáticas, sino que, en la literatura anglosajona, tiene una connotación más amplia. Algo que se evidencia cuando se contrastan datos de beneficiarios y costes de organismos internacionales por país, compilados por la OECD o la UE.

En este documento hemos puesto de relieve estas diferencias, con tres implicancias prácticas. Para los investigadores que se adentran en el tema, se les conmina a abordar el marco conceptual de los LTCS, que dispone de mayor evidencia y un mayor número de casos concretos. En segundo lugar, a los tomadores de decisiones, se les recuerda que estas políticas están interconectadas con salud y que, aunque mayoritariamente se despliegan desde el área social, la coordinación sociosanitaria es fundamental para lograr los objetivos de estos sistemas. En tercer lugar, llama la atención acerca de los alarmistas datos de costos. No hay duda de que los LTCS son caros, particularmente por los servicios residenciales, pero hay que considerar que las estadísticas internacionales incluyen algunas atenciones de salud, que ya está siendo incurridas y que no implican nuevo gasto público. Más aún, existe evidencia de que la implementación de que los servicios de atención a la dependencia reducen las presiones de costos de los hospitales.

En resumen, es conveniente considerar los LTCS más allá del modelo español, por ejemplo, y tener precauciones a la hora de interpretar la información internacional en el marco de sistemas más amplios.

Becker, U., & Reinhard, H.J. (2018). *Long-Term Care in Europe: a Juridical Approach*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-70081-6>

Browne, B (2011). Long Term Care Insurance in Australia - A Long Time Coming?, *Actuary Australia*, 162, pp. 5 - 7. Disponible en: https://www.actuaries.asn.au/Library/AAArticles/2011/AA-AUG2011_web_pp5-7.pdf

CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg. 2015. Database long-term care. Disponible en: <https://ciz.databank.nl/jive>

Costa Rica. Decreto 42878-MP-MDHIS. De 8 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2021/04/09/ALCA71_09_04_2021.pdf

Dijkhoff, T. (2018). Long-Term Care in the Netherlands. In U. Becker & H.-J. Reinhard (Eds.), *Long-Term Care in Europe* (pp. 309–352). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70081-6_8

EC, European Commission. (2021). Eurostat. Employment and social inclusion indicators. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/employment-and-social-inclusion-indicators/social-protection-and-inclusion/health-long-term-care>

EC, European Commission. The 2012 ageing report: Economic and budgetary projections for the 27 EU member states. Brussels: Economic Policy Committee; 2012. Disponible en: <http://goo.gl/hlHD6X>

España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Maarse, J., & Jeurissen, P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241–245. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>

Matus-López M, Terra F. (2021) The Long-Term Care System in Uruguay. Social policy Country Briefs, CRC 1342. University of Bremen. Disponible en: <https://bit.ly/34g2vWI>

Matus-Lopez, M. (2015a). Trends and reforms in long-term care policies for the elderly. *Cadernos De Saude Publica*, 31(12), 2475–2481. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00039315> Disponible en: <https://bit.ly/3bS2yvO>

Matus-López, M. (2015b). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva*, 11(4), 485. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.785> Disponible en: <https://bit.ly/3vmQPgx>

Matus-López, M. (2017). Políticas públicas de cuidados a mayores dependientes en América Latina: Financiamiento, equidad y modelos. MPRA Working Papers 105480. Disponible en: <https://mpr.aub.uni-muenchen.de/id/eprint/105480>

Matus-Lopez, M., & Cid, C. (2016). New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 663–665. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.001>

Matus-López, M., & Rapun, M. (2016). Los cuidados para la atención a la dependencia. In L. Galvez (Ed.), *La Economía de los Cuidados* (pp. 163–186). Sevilla: DeCulturas. Disponible en: <https://bit.ly/3yEgL9q>

Matus-López, M., & Rodríguez-Modroño, P. (2014). Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica. *Reforma y Democracia*, 60, 103–130. Disponible en: <https://bit.ly/3bPIE4w>

MDHIS, Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social de Costa Rica. (2021). Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia en Costa Rica. San José: IMAS/MDHIS. Disponible en: https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf Accessed March 28, 2021.

Medellín N, Ibarrarán, P., Matus-López, M., Stampini M. (2019). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados, IDB Nota Técnica 1438. Disponible en: <https://bit.ly/3fPgXdE>

Medellin, N., Jara, P., & Matus-Lopez, M. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. IDB Nota Técnica 1820. <https://doi.org/10.18235/0002035>

MSCBS, Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social de España. (2021). *Estadística mensual SAAD*. IMSERSO. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/index.htm

MV, Ministerie van Volksgezondheid (2015). *Monitor Langdurige Zorg*. Disponible en: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl> Acceso el 21/05/2019

OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2013) Health at a glance 2013. OECD; 2013. Disponible en: <http://goo.gl/G5IkCU>

OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2020). OECD Health Statistics 2020. Definitions, Sources and Methods. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/long-term-care-workforce.htm>
Acceso el 24/05/2021

OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2021) OECD.Stat. Disponible en: <https://stats.oecd.org>

Ranci, C., & Pavolini, E. (2013). *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*. New York: Springer.

Swartz, K., Miake, N., & Farag, N. (2012). Long-term care: Common issues and unknowns. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31(1), 139–152.
<https://doi.org/10.1002/pam.20629>

UN, United Nations. (2020). World population prospects: the 2015 revision. Available at: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> Accessed January 25, 2021.

Uruguay. Ley N° 19353, de 8 de diciembre de 2015. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Vallecillo, G., Anguera, M., Martin, N., & Robles, M. J. (2021). Effectiveness of an Acute Care for Elders unit at a long-term care facility for frail older patients with COVID-19. *Geriatric nursing*, 42(2), 544–547.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.10.004>

WHO (2003). Key policy issues in long-term care. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42604>

WHO, World Health Organization. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>