

Producto 2

**Marco conceptual y de referencia
para el diseño de estándares y criterios de calidad
de prestadores de servicios de cuidado y asistencia personal
e individualizada a personas con dependencia funcional**

Versión 24 de octubre de 2022

Pilar Hilarión Madariaga

Proyecto financiado por el BID. Proyecto #: ATN/OC-18382-CO.

Cooperación Técnica #: CO-T1599

Firma Consultora: Fundación Avedis Donabedian – FAD

El Departamento Nacional de Planeación de Colombia ha sido la entidad beneficiaria de la cooperación técnica

Producto 2

Marco conceptual y de referencia para el diseño de estándares y criterios de calidad de prestadores de servicios de cuidado y asistencia personal e individualizada a personas con dependencia funcional ¹

Versión 24 de octubre de 2022

Título del proyecto del cual forma parte el Producto 2:
“Criterios de habilitación y estándares de calidad para los prestadores de servicios de cuidado incluyendo los recursos humanos”.

Proyecto financiado por el BID. Proceso de selección #: CO-T1599-P002

Proyecto #: ATN/OC-18382-CO. Cooperación Técnica #: CO-T1599

Firma Consultora: Fundación Avedis Donabedian – FAD

Fecha de inicio del proyecto: 1 de febrero de 2022

Fecha de finalización del contrato: 17 de septiembre de 2022

Responsable de la elaboración y edición del Documento: Pilar Hilarión Madariaga. Subdirectora Instituto Universitario Avedis Donabedian – UAB. philarion@hfadq.org

Agradecimiento especial a las personas que participaron en la fase cualitativa y de revisión del documento. Ver anexo 1.

Este documento en fase de revisión se encuentra sujeto a la licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial, otorgando el reconocimiento respectivo a los autores y editores del documento. No se permiten obras derivadas.

Arte, Diseño y Diagramación: Nicolás Delgado Romero

¹ El contenido y las posiciones expresadas en el presente documento son responsabilidad de sus autores; no representan necesariamente la posición oficial que tuviera o llegara a tener el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El documento del Producto 2 ha sido elaborado gracias a la financiación del Acuerdo de Cooperación Técnica No Reembolsable No. CO-T1599, cuyo propósito es brindar apoyo para contribuir al diseño e implementación de la política pública de cuidado en Colombia. El Departamento Nacional de Planeación ha sido la entidad beneficiaria de la cooperación técnica.

TABLA DE CONTENIDOS

1 RESUMEN EJECUTIVO	6
2 INTRODUCCIÓN.....	8
2.1 LA CALIDAD Y SUS DIMENSIONES	11
2.2 UNA PRIMERA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL	15
2.3 EPIDEMIOLOGIA DE LA SITUACIÓN DE PERSONAS CON DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD EN COLOMBIA	19
3 METODOLOGÍA DE TRABAJO	23
4 REVISIÓN DE MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES SOBRE CRITERIOS DE HABILITACIÓN Y ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO	25
4.1 LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS, EJE CENTRAL DEL PROCESO DE HOMOLOGACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS	25
4.2 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030 Y LA POLÍTICA DEL CUIDADO EN COLOMBIA	29
4.3 LA PANDEMIA DE LA COVID-19 HA HECHO EMERGER NECESIDADES EN LA ATENCIÓN AL ENTORNO RESIDENCIAL, CENTROS DIA Y EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	31
4.4 EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN RURAL EN EL DESARROLLO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN TORNO A LA POLÍTICA DEL CUIDADO.....	33
4.5 RECOMENDACIONES INTERNACIONALES A TENER EN CUENTA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN	34
4.6 PRINCIPALES TIPOLOGIAS DE SERVICIOS PRESTADORES DE CUIDADO	41
4.7 LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA COMO EJE ESTRATÉGICO DEL CUIDADO.....	47
4.8 LA ATENCIÓN INTEGRADA Y EL TRABAJO EN RED COMO EJE ESTRATÉGICO DEL DESARROLLO DE LA POLÍTICA DEL CUIDADO EN COLOMBIA.....	49
4.9 RECOMENDACIONES EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA Y LA ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN EN POLÍTICAS PUBLICAS DE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS	64
4.10 LA HABILITACIÓN Y LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS	67
4.10.1 LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA.....	69
4.10.2 LA PERSPECTIVA DE LA HABILITACIÓN POR PARTE DE DIFERENTES ACTORES VINCULADOS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADOS EN COLOMBIA	74
4.10.3 LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS.....	79
4.10.4 REQUISITOS DE ISQUA PARA EL RECONOCIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	80
4.11 ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	85
4.11.1 ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA INSTITUCIONES QUE ATIENDEN PERSONAS MAYORES	87
5 LA VISIÓN SOBRE LA CALIDAD, LA SEGURIDAD Y LOS ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN EN COLOMBIA DE PRESTADORES DE CUIDADO, DESDE LA PERSPECTIVA Y EXPERIENCIA DE PERSONAS ATENDIDAS, FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS.....	91
5.1 LA VISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE PERSONAS ATENDIDAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y DE OTROS ACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADOS ...	91
5.2 LA VISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE PERSONAS INTEGRANTES EN EL TALLER DE EXPERTOS	98
6 ANÁLISIS DE BRECHAS DE CAPITAL HUMANO EN LOS CUIDADOS: REVISIÓN DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	101
6.1 PERFILES DE PERSONAS CUIDADORAS	101
6.2 NECESIDADES DE TALENTO HUMANO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL QUE REQUIERAN APOYO.....	109
6.3 ANÁLISIS DE BRECHAS	110
6.4 RECOMENDACIONES DE CARA A LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL CUIDADO	112
6.5 IDENTIFICACIÓN DE ALGUNAS COMPETENCIAS CLAVE RELACIONADOS CON LA POLÍTICA DEL CUIDADO	113
6.5.1 COMPETENCIAS TRANSVERSALES	114
6.5.2 COMPETENCIAS DE ATENCIÓN INTEGRADA Y COORDINADA EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS	115
7 CONCLUSIONES Y PRÓXIMOS PASOS	120
8 ACRÓNIMOS Y SIGLAS	122
9 BIBLIOGRAFIA	124
10 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	136
11 ANEXO 1. PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO CUALITATIVO Y LA REVISIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL	144

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. UNA SELECCIÓN DE DEFINICIONES DE CALIDAD ENTRE 1980 Y EL 2018.(BUSSE ET AL., 2019).....	11
TABLA 2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD(BUSSE ET AL., 2019).....	12
TABLA 3. PERSONAS CON ELEVADA DEPENDENCIA POR LIMITACIONES PERMANENTES O MUCHA DIFICULTAD PARA LLEVAR A CABO DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LAS PERSONAS SEGÚN INFORMACIÓN OBTENIDA EN CENSO POBLACIONAL DEL 2018 POR EL DANE EN COLOMBIA (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ETADÍSTICA - DANE, 2018)	21
TABLA 4. LA DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON LIMITACIONES PERMANENTES Y DIFICULTADES A NIVEL FUNCIONAL EN COLOMBIA REPORTADOS EN CENSO POBLACIONAL DEL DANE, 2018.(DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ETADÍSTICA - DANE, 2018).....	21
TABLA 5. PRINCIPIOS RECTORES DE LA DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	31
TABLA 6. ELEMENTOS DE LA DIMENSIÓN: LAS PERSONAS Y LAS FAMILIAS Y SU EMPODERAMIENTO SON EL CENTRO DEL SISTEMA.	35
TABLA 7. ELEMENTOS DE LA DIMENSIÓN: LA INNOVACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS BASADOS EN LA PROXIMIDAD.	36
TABLA 8. ELEMENTOS DE LA DIMENSIÓN: ACCIÓN COMUNITARIA INCLUSIVA Y PREVENTIVA.	37
TABLA 9. ELEMENTOS DE LA DIMENSIÓN: DESARROLLO, RECONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN DE LAS PROFESIONALES.	37
TABLA 10. ELEMENTOS DE LA DIMENSIÓN: CAMBIOS EN UN NIVEL MACRO RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL NUEVO MODELO DE CUIDADOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN	38
TABLA 11. ELEMENTOS DE LA DIMENSIÓN: LA GOBERNANZA Y LA GESTIÓN DE LA MEJORA Y EL CONOCIMIENTO: DECISIONES DE COMPRA DE SERVICIOS BASADAS EN LA EVIDENCIA.	39
TABLA 12. MARCO CONCEPTUAL PARA IDENTIFICAR BUENAS PRÁCTICAS ADAPTADAS EN EL CONTEXTO LOCAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA DEL ADULTO MAYOR (BIRTHA & SANDU, 2021).....	40
TABLA 13. TIPOS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PRESTADOS POR LOS SECTORES DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN SOCIAL (BIRTHA & SANDU, 2021), (O'DWYER, 2017)	41
TABLA 14. PRINCIPALES ÁMBITOS Y OBJETO DE LOS SERVICIOS INCLUIDOS EN EL CATÁLOGO DE SERVICIOS DE LA ATENCIÓN INTEGRADA EN EL ENTORNO DOMICILIARIO DEL PAID. (DEPARTAMENT DE SALUT I DEPARTAMENT DE DRETS SOCIALS DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA, 2022)	46
TABLA 15. DIMENSIONES E INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA CENTRADOS EN LA PERSONA DE SHALOCK Y VERDUGO (SHALOCK & VERDUGO, 2002)	49
TABLA 16. PRINCIPALES DIMENSIONES INCLUIDOS EN EL GRUPO DE TRABAJO ASTAHG SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA (MÜLLAUER ET AL., 2020)	50
TABLA 17. IMPULSORES DE LA CONTINUIDAD Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018)	56
TABLA 18. INDICADORES CLAVE PROPUESTOS POR GRUPO DE TRABAJO ASTAHG SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA (MÜLLAUER ET AL., 2020)	65
TABLA 19. APORTACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL GRUPO SOBRE LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN DE ENTIDADES PRESTADORAS DE CUIDADO.....	74
TABLA 20. DEFINICIÓN DE DIFERENTES SISTEMAS DE EVALUACIÓN EXTERNA EFECTUADAS POR ISQUA (ISQUA, 2018b)	80
TABLA 21. DISTINTOS TIPOS DE EVALUACIÓN EXTERNA PROPUESTOS POR ISQUA (ISQUA, 2018b)	82
TABLA 22. CONTENIDOS RECOMENDADOS PRO ISQUA PARA EL DESARROLLO DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE ORGANIZACIONES /ENTIDADES SOCIALES Y DE SALUD PRESTADORAS DE SERVICIOS (ISQUA, 2018A).....	83
TABLA 23. DIMENSIONES Y ÁREAS RELEVANTES DEL SISTEMA DE Puntuación PROPUESTO POR LA OMS PARA MEDIR EL NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS PERSONAS MAYORES: (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019)	85
TABLA 24. FUNCIONES DEL MANUAL DE ACREDITACIÓN DE LA <i>JOINT COMMISSION INTERNATIONAL</i> PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2021).....	86
TABLA 25. EJEMPLO DE RANGOS DE ASPECTOS DE INFRAESTRUCTURAS DE CENTROS RESIDENCIALES ELABORADO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG)(SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), 2020).....	88
TABLA 26. RECOPIACIÓN DE LAS PRINCIPALES APORTACIONES PROVENIENTES DE ESTUDIO CUALITATIVO PARA IDENTIFICAR LO QUE SE ESPERA DE UN PROCESO DE HABILITACIÓN DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE CUIDADOS	91
TABLA 27. EJEMPLOS DE LÍNEAS Y ÁREAS RELEVANTES EN PROCESOS DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE CUIDADOS IDENTIFICADOS POR PARTICIPANTES EN EL TALLER DE EXPERTOS (ABRIL DE 2022).	99
TABLA 28. RESUMEN DE LA SERIE DE ESTUDIOS QUANTA – CUIDADO Y GÉNERO DE 2021. (QUANTA - CUIDADO Y GÉNERO, 2022)	102
TABLA 29. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS CUIDADORAS EN BOGOTÁ. NOVIEMBRE DE 2021 (QUANTA CUIDADO Y GÉNERO Y SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER, 2021)	104

TABLA 30. COMPOSICIÓN DE LAS DIVISIONES DE CUIDADO REMUNERADO. 2021 (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - DANE & GRUPO DE ENFOQUE DIFERENCIAL E INTERSECCIONAL, 2020)	105
TABLA 31. EJEMPLO DE RATIOS DE PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA E INDIRECTA DEL RESUMEN ELABORADO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), 2020)	110
TABLA 32. GRUPO DE COMPETENCIAS CLAVE PARA LOS SERVICIOS DE TENCIÓN INTEGRADA Y COORDINADA (LANGINS & BORGERMANS, 2015)	115
TABLA 33. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS MÉTODOS PARA LA EDUCACIÓN RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS (BUSSE ET AL., 2019)	118

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. ESQUEMA DEL MARCO CONCEPTUAL ANALIZADO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.	10
FIGURA 2. MAPA CONCEPTUAL QUE CLASIFICA DIFERENTES ESTRATEGIAS DE CALIDAD(BUSSE ET AL., 2019)	13
FIGURA 3. MODELO CONCEPTUAL DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN RESIDENCIAS. <i>INSTITUT OF MEDICINE. (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES ENGINEERING AND MEDICINE, 2022)</i>	44
FIGURA 4. MARCO CONCEPTUAL PARA PONER EN PRÁCTICA LA ACP (SANTANA ET AL., 2018) (SANTANA ET AL., 2018).....	47
FIGURA 5. MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN INTEGRADA. (THIAM ET AL., 2021).....	52
FIGURA 6. MARCO PARA AVALUAR LA PRESTACIÓN INTEGRADA DE LA ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN(TELLO ET AL., 2019)	53
FIGURA 7. ENFOQUE POBLACIONAL Y ACP – ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA “UN TRABAJO CON 4 FRENTES”. (HAM, 2018)	54
FIGURA 8. GAMA DE ENFOQUES E INTERVENCIONES PARA LOGRAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) ...	54
FIGURA 9. PRINCIPALES DIMENSIONES Y ÁREAS RELEVANTES DE LAS REDES PRESTADORES DE SERVICIOS DE CUIDADOS	58
FIGURA 10. MARCO CONCEPTUAL SOBRE LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS EN EL MARCO DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE CUIDADOS ...	59
FIGURA 11. PILARES DE LA ATENCIÓN INTEGRADA PROPUESTOS POR EL IFIC	60
FIGURA 12. ESTÁNDARES PARA LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES EN AUSTRALIA.(AGE CARE QUALITY AND SAFETY COMMISSION, 2020), (DEPARTMENT OF HEALTH, 2019)	88
FIGURA 13. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2018A).....	89
FIGURA 14. PERFILES DE PERSONAS CUIDADORAS	102
FIGURA 15. CATEGORÍAS PARA LA CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO REMUNERADO Y NO REMUNERADO EN COLOMBIA	106
FIGURA 16. PERFILES DE PERSONAS CUIDADORAS	107
FIGURA 17. ¿CUÁL ES EL TALENTO HUMANO RESPONSABLE DEL CUIDADO? PRESENTACIÓN DE MINSALUD. (MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MINSALUD), N.D.-A) EL OBJETIVO DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA EN COLOMBIA ES ESTABLECER LAS ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN PARA ARTICULAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN, EJERCICIO Y DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD EN TORNO A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y A LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO, PROMOVRIENDO EL DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL DEL PERSONAL SANITARIO. LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE ESTA ÁREA SE PUEDEN CONSULTAR EN LA FIGURA SIGUIENTE:	108
FIGURA 18. ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD (MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MINSALUD), N.D.-A).....	109
FIGURA 19. ANÁLISIS DE BRECHAS	112
FIGURA 20. ESQUEMA DE DIMENSIONES A TENER EN CUENTA EN EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE CALIDAD PARA ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE CUIDADOS Y ASISTENCIA PERSONAL DE PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL EN COLOMBIA	121

1 RESUMEN EJECUTIVO

El documento actual es el **Producto 2** del proyecto para el *desarrollo de una propuesta técnica y normativa para definir y/o ajustar criterios de habilitación y estándares de calidad para los prestadores de servicios de cuidado, incluyendo procedimientos que promuevan la capacitación y certificación de competencias laborales para la ocupación del cuidado y el fortalecimiento de la oferta de servicios de formación de recursos humanos* en Colombia.

El objetivo primordial del presente documento es servir como insumo técnico para los productos 3 y 4, donde se presentará la citada propuesta. En concreto, la contribución de este reporte es la revisión de experiencias internacionales y nacionales sobre los criterios de habilitación, estándares de calidad y procedimientos para la capacitación y certificación de competencias laborales del recurso humano empleado en el sector del cuidado, que sirve para enmarcar y orientar la propuesta a desarrollar durante los siguientes pasos del proyecto.

Para ello, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión documental, que ha incluido más de 300 documentos, y consultas a actores clave, articuladas a través de grupos focales, entrevistas en profundidad, visitas presenciales a instalaciones y talleres en diferentes regiones del país.

La síntesis y análisis de la información recabada ha permitido obtener el documento actual, que se articula en tres grandes bloques.

El primero se centra en aspectos claves que se han de tener en cuenta para diseñar y priorizar los criterios de habilitación y estándares de calidad que deben cumplir los prestadores de servicios que formen parte de la red de cuidados y asistencia personal del país. Además de un repaso exhaustivo de las experiencias internacionales identificadas y el marco conceptual de referencia, se presenta una serie de recomendaciones para el proceso de atención a la dependencia y promoción de la autonomía, la perspectiva actual de los procesos de habilitación de prestadores en el país.

En un segundo bloque se presenta la visión de las personas usuarias, familia, personas cuidadoras y los profesionales del sistema, además de identificar las principales áreas que deberían formar parte del futuro sistema de evaluación de los prestadores.

El tercer bloque pone el foco en la disponibilidad actual de recursos humanos para la ocupación del cuidado en Colombia. El documento muestra un análisis de brechas donde, por un lado, se adentra en la cantidad y el perfil competencial de los cuidadores en la actualidad y, por otro, presenta el óptimo en términos de cantidad, calidad e idoneidad. Lo anterior permite identificar los principales retos que debe enfrentar el sistema de cuidados colombiano en materia de recursos humanos y emitir recomendaciones para la formación de los profesionales implicados en el cuidado.

El documento ha sido elaborado por el equipo de la Fundación Avedis Donabedian (FAD), responsable de esta consultoría, en estrecha colaboración con el equipo del BID y el DNP. Los miembros del equipo quieren agradecer a los distintos profesionales que han participado en las actividades para la recogida de información (ver Anexo 1), así como a los profesionales del BID y DNP, por su atenta disponibilidad y sus valiosos aportes y contribuciones.

Mensajes clave del Producto 2:

- Este reporte, y los que derivan de él, parten del concepto de dependencia funcional, entendida como una limitación en la actividad y la interacción y relaciones de la persona que no puede compensarse mediante

la adaptación del entorno, provocando una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana; las situaciones de dependencia se pueden graduar con escalas que son cambiantes en el tiempo según el grado de estabilidad y situación de cada persona, y las situaciones de dependencia funcional se pueden presentar a lo largo del curso vital de la persona. (Querejeta, 2003) Contempla las situaciones de dependencia permanentes o prolongadas que vive una persona que ha perdido su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, y las situaciones de dependencia transitorias generadas por un evento agudo que requiere un proceso de cuidados para su plena recuperación o el abordaje de las situaciones de enfermedad avanzada y de fin de vida.

- La habilitación de prestadores se concibe como el proceso por el cual una autoridad concede una autorización a un prestador de servicios de salud o sociales para ejercer. Para ello, se debe garantizar que cumple con las condiciones estructurales, organizativas, tecnológicas y científicas mínimas indispensables para la prestación de servicios en forma segura.
- La propuesta actual se fundamenta en los enfoques de Derechos Humanos durante todo el ciclo vital, equidad territorial entre entornos urbanos y rurales, integralidad entre los sistemas de atención social y de salud y atención centrada en la persona para la prestación de servicios de cuidado.
- Las principales tipologías de servicios de apoyo a la dependencia consideradas son la atención domiciliaria, los servicios en residencias para corto y largo plazo, la atención ambulatoria provista en centros de día, los servicios de teleasistencia y servicios para cuidadores.
- En lo que refiere a los grupos de población destinatarios de la política, la propuesta actual se centra personas con dependencia funcional independiente de la edad, así como la asociada al envejecimiento, la discapacidad y a la presencia de enfermedad mental.
- En la actualidad el perfil de persona cuidadora es de una mujer en edad productiva con bajo nivel educativo y socioeconómico y escasa formación y habilidades para el cuidado, que requiere un proceso de apoyo y reconocimiento en el ejercicio de su rol cuidador.
- Se detecta que la evidencia existente tiende a subestimar las necesidades de recursos humanos para el cuidado, y que una política de cuidado contempla a todos los ciudadanos colombianos en situación de dependencia, y la adecuación en cuanto dotación, perfil y competencias del talento humano es esencial para garantizar unos niveles óptimos de calidad en función del perfil, grado de dependencia e intensidad de apoyo requeridos en cada caso y contexto territorial.
- Se pone de manifiesto la necesidad de disponer de un sistema de información asociado a la política del cuidado.
- Priorizar los estándares y criterios de calidad para los prestadores de servicios de cuidados y asistencia personal implica la necesidad de la participación de los diferentes actores implicados, con la articulación de un sistema centrado en la persona que integre los temas comunes para los prestadores de servicios, pero con un enfoque dinámico y diferencial del grado de exigibilidad de los criterios de calidad en función del tipo de recurso, de la población a atender y del grado de dependencia, complejidad e intensidad de soportes requeridos, para dar una respuesta armónica y sostenible en función de las necesidades de la persona, del entorno familiar y cuidador y del territorio, con un abordaje comunitario, interseccional y potenciador de la autonomía personal.

2 INTRODUCCIÓN

Frente al desafío de definir y/o ajustar criterios de habilitación y estándares de calidad en el ámbito de los cuidados y asistencia personal adecuados, tanto para la realidad colombiana como en concordancia con los últimos avances en la materia, es necesario como punto de partida buscar la evidencia disponible a nivel internacional.

El tema del aseguramiento y mejora de la calidad en entidades prestadoras de servicios de cuidados es una necesidad sentida dado el incremento de esperanza de vida, fruto de la transición demográfica que experimentan los países de América Latina, el cambio de los roles de la mujer en la sociedad, los nuevos retos de atención centrada en la persona y los derechos de las personas mayores y con discapacidad, así como las estrategias a nivel mundial de envejecimiento saludable con elevado componente de promoción y prevención, y el impacto de la pandemia por COVID-19 en los centros de atención residencial para personas mayores y de personas con discapacidad. Lo anterior, hace que la política de los cuidados sea una prioridad de la agenda pública.

Uno de los documentos clave que está marcando la agenda pública en materia de envejecimiento ha sido el reporte del 2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (World Health Organization, 2015b) sobre la salud y el envejecimiento, dado que fue muy crítico con la situación de los cuidados de las personas mayores a nivel mundial, y puso de manifiesto que los enfoques actuales han sido ineficaces y la situación de salud y bienestar de las personas mayores no está a la altura del aumento de la longevidad. Al respecto, se evidencian marcadas inequidades en el estado de salud y los sistemas de salud y de protección social actuales, que no están bien alineados con la atención que requieren las poblaciones de mayor edad; se identificó que los modelos de atención a largo plazo son inadecuados e insostenibles en muchos casos, y los entornos físicos y sociales presentan múltiples barreras y desincentivos, requiriéndose un nuevo marco que abarque la gran diversidad de poblaciones de mayor edad, con diferentes grados de complejidad y de sistemas de apoyo, y abordar las desigualdades subyacentes.

Esta situación ha motivado el desarrollo de políticas a nivel internacional y de diferentes países, destacando iniciativas como las directrices de la OMS para la atención integrada para personas mayores (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017) (World Health Organization, 2019), así como otro tipo de iniciativas como el marco del bienestar de la OCDE (Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2020), la agenda de desarrollo sostenible 2030², el desarrollo de la Política del Cuidado en Colombia, o por ejemplo, otro tipo de iniciativas como el lanzamiento por parte de la Casa Blanca de Estados Unidos de una prioridad nacional para proteger a los adultos mayores mejorando la seguridad y la calidad de la atención en las residencias de personas mayores, con una reforma de gran calado anunciada este mes de febrero de 2022. (The White House, 2022).

Dar respuesta implica impulsar el desarrollo de nuevos sistemas para el cuidado de la salud y los cuidados de larga duración, para que estén más en sintonía con las necesidades de las personas mayores, y se ha de garantizar que todos los sectores se centren en objetivos comunes para que la acción pueda ser coordinada y equilibrada. Se indica en el reporte del 2015 de la OMS que se deben trascender las formas obsoletas de pensar sobre el envejecimiento, fomentar un cambio importante en la forma en que entendemos el envejecimiento y la salud, e inspirar el desarrollo de enfoques transformadores, fortaleciendo la capacidad de las personas mayores para

² En apartado 4.2 del presente documento se puede ampliar el tema aquí presentado. Ver meta de ODS 3.1, y otros ODS relacionados.

prosperar en el entorno dinámico y muchas veces turbulento o inestable en el que es probable que vivan (World Health Organization, 2015b). Conviene también tener en cuenta en esta línea el *Social Protección Report 2020-2022* de la Organización Internacional del trabajo (OIT/ILO), dónde se señala que: (International Labour Organisation (ILO), 2021).

- La pandemia ha puesto de manifiesto desigualdades profundamente arraigadas y brechas significativas en la cobertura, la integralidad y la adecuación de la protección social en todos los países.
- La COVID-19 provocó una respuesta política de protección social sin precedentes.
- La recuperación socioeconómica sigue siendo incierta y el aumento del gasto en protección social seguirá siendo crucial.
- Los países se encuentran en una encrucijada con respecto a la trayectoria de sus sistemas de protección social.
- El establecimiento de una protección social universal y la realización del derecho humano a la seguridad social para todos es la piedra angular de un enfoque centrado en el ser humano para lograr la justicia social.

Se pone de manifiesto en este reporte de la OIT/ILO que la protección social se encuentra en una encrucijada a nivel mundial, y es necesario capitalizar y aunar todos los esfuerzos para conseguir un mayor impacto en materia de bienestar individual y comunitaria a lo largo de toda la vida, teniendo en cuenta las poblaciones vulnerables, frágiles y con necesidad de apoyo; esto implica tomar medidas políticas decisivas para cerrar las brechas de cobertura y adecuación que se hicieron evidentes durante la crisis, y fortalecer la protección social en todo el mundo para garantizar que todos puedan disfrutar de este derecho. Esto requiere sistemas de protección social universales, integrales, adecuados y sostenibles que estén en consonancia con los principios de derechos humanos y las normas internacionales de seguridad social. Tomar este camino apoyará una recuperación centrada en el ser humano y ayudará a garantizar un futuro de trabajo decente, derechos humanos y justicia social para todos. (O'Dwyer, 2017).

A través del marco conceptual y de referencia revisado se pone de manifiesto el reto que representa la atención integral e integrada en la política de cuidados en Colombia, y que se desarrolla con más detalle en el apartado 4.8 del presente documento, dónde se detalla la atención integrada del presente documento.

Para facilitar la consulta de la presente revisión, a continuación, se presenta en la figura 1 un esquema de los temas aquí presentados, con la finalidad de facilitar la navegación dentro del documento, así como de la interrelación entre los diferentes ámbitos temáticos.

Antes de iniciar la revisión de las experiencias internacionales que orienten el desarrollo de criterios de calidad de las entidades prestadoras de cuidado en Colombia, conviene definir el marco de referencia de lo que se entenderá por calidad en el presente documento, así como sus dimensiones; también es necesario identificar la epidemiología básica de las personas con dependencia y discapacidad en Colombia, para finalizar con la metodología propuesta para el desarrollo del presente Producto 2 de *Revisión de experiencias internacionales sobre criterios de habilitación y estándares de calidad para prestadores de servicios de cuidado*.

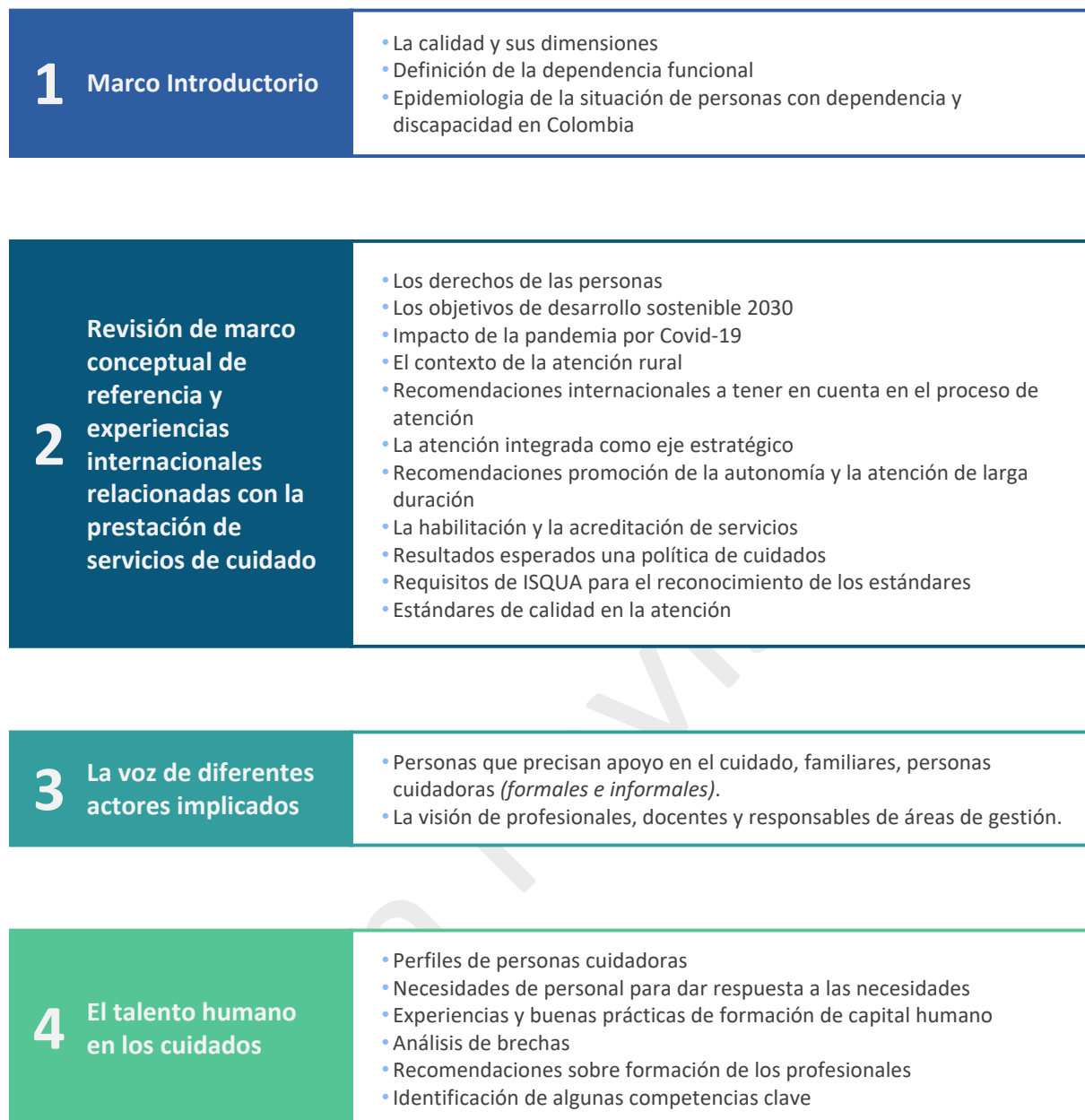


Figura 1. Esquema del marco conceptual analizado. Fuente: Elaboración propia.

2.1 LA CALIDAD Y SUS DIMENSIONES

En la publicación del 2019 del Observatorio Europeo de sistemas y políticas de salud de la OECD (Busse et al., 2019), se presentaron diferentes definiciones de calidad que pueden ser de utilidad para la articulación de una política de cuidados en Colombia, así como para definir los criterios de calidad que la caracterizan.

Tabla 1. Una selección de definiciones de calidad entre 1980 y el 2018. (Busse et al., 2019)

<p>Donabedian (1980) En: <i>“Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment”</i></p>	<p>La calidad de la atención es el tipo de atención que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar de la persona, después de que se haya tenido en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan al proceso de atención en todas sus partes. [En términos más generales, la calidad en este trabajo es "la capacidad de lograr objetivos deseables utilizando medios legítimos".].]</p>
<p>Institute of Medicine, IOM (1990) En: <i>“Medicare: A Strategy for Quality Assurance”</i></p>	<p>La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistente con el conocimiento profesional actual.</p>
<p>Council of Europe (1997) En: <i>“The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17”</i></p>	<p>La calidad de la atención es el grado en que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de lograr los resultados deseados y disminuye las posibilidades de resultados indeseables, teniendo en cuenta el estado actual del conocimiento.</p>
<p>European Commission (2010) En: <i>“Quality of Health care: policy actions at EU level. Reflection paper for the European Council”</i></p>	<p>[La atención de buena calidad es] la atención médica que es efectiva, segura y responde a las necesidades y preferencias de los pacientes. El documento también señala que "Otras dimensiones de la calidad de la atención, como la eficiencia, el acceso y la equidad, se consideran parte de un debate más amplio y se abordan en otros foros".</p>
<p>WHO (2018) En: <i>“Handbook for national quality policy and strategy”</i></p>	<p>Los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectivo: proporcionar servicios de atención médica basados en la evidencia a quienes los necesitan. • Seguro: evitar daños a las personas a las que está destinado el cuidado. • Centrado en las personas: proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales. <p>Para obtener los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos [...], equitativos [...], integrados [...], y eficientes [...].</p>

En el contexto local de Colombia, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se entiende por calidad como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019a).

En relación con las dimensiones de la calidad, en esta misma publicación se presenta un resumen de las dimensiones que emergen en 10 definiciones analizadas.

Tabla 2. Dimensiones de la calidad (Busse et al., 2019)

		Donabedian (1980)	IOM (1990)	Council of Europe (1997)	IOM (2001)	OECD (2006)	WHO (2006b)	EC (2010)	EC (2014)	WHO (2016)	WHO (2018)
Dimensiones claves de la calidad de la atención	Efectividad		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Seguridad		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sensibilidad en la respuesta/ ACP³		x	Centrado en el paciente	x	x	Centrado en el paciente	x	x	Centrado en el paciente	Centrado en el paciente
Subdimensiones (relacionadas con las dimensiones claves)	Aceptabilidad						x				
	Conveniencia			x							
	Continuidad							x			
	Puntualidad				x					x	x
	Satisfacción		x	x							
	Mejora de la salud		x	x							
	Otro	Bienestar paciente		⁴				⁵		Integración	Integración
Otras dimensiones del desempeño de los sistemas de salud	Eficacia			x	x		x	x	x	x	x
	Acceso			x			x				
	Equidad				x		x	x	x	x	x

Tener presentes estas dimensiones en la definición de estándares de calidad es fundamental cuando se realiza el dimensionado de los temas claves a priorizar en un proceso de habilitación y acreditación. En este contexto es importante clarificar que la presente definición de criterios de calidad para las entidades prestadoras de cuidado se centra en los estándares de calidad de la prestación del servicio, y no en el conjunto de criterios y resultados de calidad de funcionamiento del sistema en su conjunto.

De forma resumida, los autores de la compilación efectuaron el siguiente resumen gráfico de la interrelación de las diferentes dimensiones de la calidad. (Busse et al., 2019). Ver figura 2.

³ ACP: Atención centrada en la persona

⁴ Assessment of care process

⁵ Patient's preferences

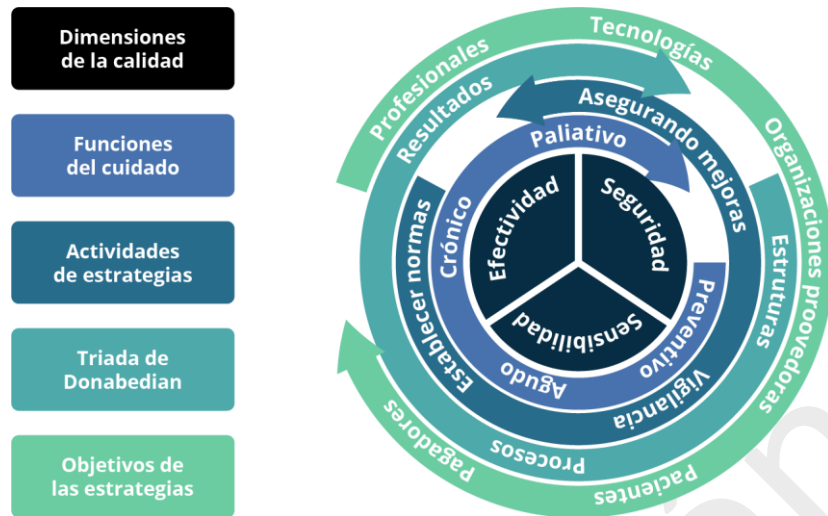


Figura 2. Mapa conceptual que clasifica diferentes estrategias de calidad (Busse et al., 2019)

Dentro de las estrategias de la mejora de la calidad a nivel del sistema, se encuentran una serie de ellas que ayudan a dinamizar el sistema. (Busse et al., 2019)

- Marco legal para la garantía y mejora de la calidad
- Formación y supervisión de la mano de obra
- Regulación y licenciamiento de médicos y otros profesionales de la salud
- Regulación y licenciamiento de tecnologías (farmacéuticos y dispositivos)
- Regulación y concesión de licencias de organizaciones/instituciones proveedoras
- Evaluaciones externas: acreditación, certificación y supervisión de proveedores
- Informes públicos y benchmarking comparativo
- Compras y contratación basadas en la calidad
- Iniciativas de pago por calidad
- Sistemas de Historia Clínica Electrónica (HCE)
- Programas de Manejo de Enfermedades

Dentro de las estrategias de la mejora de la calidad a nivel organizacional o institucional, se encuentran: (Busse et al., 2019)

- Sistemas de gobierno de la calidad de la atención
- Herramientas de apoyo a la decisión clínica
- Guías clínicas
- Vías y protocolos asistenciales
- Auditoría clínica y retroalimentación
- Revisiones de morbilidad y mortalidad
- Ciclos de mejora colaborativos y en equipo
- Listas de verificación de procedimientos
- Notificación de eventos adversos
- Intervenciones de recursos humanos
- Establecer una cultura de seguridad de la atención

Dentro de las estrategias de la mejora de la calidad a nivel de la persona y la comunidad, se encuentran: (Busse et al., 2019)

- Compromiso y empoderamiento formalizados del paciente y la comunidad
- Mejorar la alfabetización en salud
- Toma de decisiones compartida
- Apoyo de pares y grupos de pacientes expertos
- Supervisión de la experiencia de atención del paciente
- Herramientas de autogestión del paciente
- Autogestión

Cuando se usan indicadores para la definición de los criterios de calidad, se han de tener en cuenta los siguientes 7 principios: (Busse et al., 2019)

- Principio 1: Los indicadores deben ser adecuados para su propósito
- Principio 2: La calidad de la medición depende de la calidad de los datos y los indicadores
- Principio 3: La medición de la calidad tiene límites
- Principio 4: Las medidas de resultado requieren un ajuste de riesgo
- Principio 5: Los indicadores compuestos mejoran la simplicidad, pero pueden ser engañosos
- Principio 6: una clasificación genera interés, pero no siempre es justa
- Principio 7: Sea consciente de los juegos y las consecuencias no deseadas

Finalmente hay que indicar que, con el envejecimiento de la población y los cambios en los modelos familiares, el uso de cuidados formales para personas con necesidades de cuidados a largo plazo está creciendo, al mismo tiempo que se ha identificado una mayor demanda de cuidados y servicios formales debido a las crecientes expectativas de la sociedad por una atención de alta calidad. (Busse et al., 2019).

En esta línea, la OMS propone tres grandes estrategias para construir de manera sostenible sistemas de atención a largo plazo, y que están alineados con el objetivo del presente trabajo (Pot et al., 2018), (World Health Organization, 2019):

1. Desarrollar y mejorar continuamente la infraestructura del sistema a través de una legislación adecuada y mecanismos de financiación sostenibles que permitan el acceso a los servicios.
2. Desarrollar la capacidad de la fuerza laboral remunerada y no remunerada brindando capacitación, apoyo y oportunidades profesionales.
3. Garantizar la calidad de los servicios de atención social.

Estas estrategias según la OMS incluyen (World Health Organization, 2015b) :

- Permitir que las personas mayores permanezcan o mantengan conexiones con su comunidad y redes sociales, es decir, permitir que envejezcan en el lugar;
- Apoyar y desarrollar las capacidades de los cuidadores remunerados y no remunerados;
- Promover la atención integrada mediante el uso de estrategias de gestión de casos y colaboraciones más amplias;
- Establecer una financiación equitativa y sostenible para la atención a largo plazo.

El Consejo de Europa, ya en el 1998, definió la importancia de la Garantía de la calidad de los cuidados, en la cual se explicita que la orientación y la elección de los cuidados deben ser evaluados con la persona dependiente y sus allegados. La elección debe buscar la mejor solución adaptada al caso individual de la persona dependiente. Para esto, el equipo constituido por consejeros en orientación y los prestadores de cuidados deben haber recibido una formación multidisciplinar concerniente a la problemática y abordaje de la dependencia. La colaboración y el intercambio de información entre los diversos intervinientes son esenciales para asegurar la continuidad entre las diversas estructuras de cuidados, continuidad indispensable para las atenciones de la persona dependiente.

Los poderes públicos deberán garantizar la calidad de los cuidados (especialmente fijando un pliego de condiciones y de reglas de evaluación claramente determinadas). Esta función se acompaña de una misión de control de las prestaciones concedidas y necesita la elaboración de normas de calidad claramente determinadas. (Consejo de Europa, 1998).

Una vez se ha efectuado este marco introductorio a la mejora de la calidad, a continuación, se presenta a una breve reseña de cuál es la situación de las personas con dependencia y discapacidad, así como las iniciativas que se están llevando a cabo.

2.2 UNA PRIMERA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL

Según la OMS, los servicios de atención a la dependencia son las actividades que otros emprenden para que las personas con dependencia puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana. La dependencia de cuidados surge cuando la capacidad funcional ha disminuido hasta el punto de que una persona ya no es capaz de realizar las tareas básicas necesarias para la vida diaria sin ayuda. (World Health Organization, 2015b).

El Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.(Consejo de Europa, 1998) Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: (Consejo de Europa, 1998),(González-Rodríguez, 2017),(Instituto Mixto de Ayuda Social, 2021).

1. Existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona;⁶
2. Incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria;⁷
3. Necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. ⁸

Según la CIF/ICF, “El funcionamiento... es una interacción o relación compleja entre el estado de salud y... los factores ambientales y personales” (World Health Organization, 2007b). Los componentes de funcionamiento y discapacidad en la CIF son: Función y Estructura Corporal, y Actividades y Participación, y no tan solo la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (AVD).(Australian Institute of Health and Welfare, 2003).(Madden et al., 2011) Esta concepción dinámica del funcionamiento tiene implicaciones en la definición de la dependencia funcional, cuando una persona requiere apoyo por parte de un tercero para poderlas suplir y lograr cubrir las necesidades existentes de apoyo y cuidado. En esta línea, el constructo de la OMS, funcionamiento relacionado con la salud (HRF) y sus implicaciones para la política, ha adquirido un rol central y extensamente adoptado en la concepción dinámica del constructo de dependencia funcional, pero aún quedan pendientes elementos de armonización y desarrollo de las implicaciones de la CIF/ICF a la luz de los nuevos paradigmas emergentes de empoderamiento, participación, calidad de vida y derechos de las personas. (Salvador-Carulla & Garcia-Gutierrez, 2011), (Francescutti, 2011).

⁶ La dependencia tiene un carácter pluricausal, vinculada esencialmente a las situaciones de vejez, de enfermedad o de discapacidad, en el que se constata una pérdida de autonomía personal. (González-Rodríguez, 2017)

⁷ Las limitaciones físicas, psíquicas o intelectuales señaladas en el apartado anterior menguan determinadas capacidades de la persona y reducen o impiden que pueda realizar por sí misma las actividades de la vida diaria. (González-Rodríguez, 2017).

⁸ Las situaciones de dependencia se vinculan a un estado de necesidad, que implica la asistencia o ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria o para su autonomía personal. (González-Rodríguez, 2017).

La CIF implica una conceptualización multidimensional del funcionamiento humano sintetizando aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. La CIF presenta la salud y la discapacidad y dependencia en un solo espectro continuo. El funcionamiento humano es entendido como un continuo de estados de salud y bienestar y que todo ser humano exhibe uno u otro grado de funcionamiento en cada dominio a nivel corporal, persona y sociedad. La CIF conceptualiza la discapacidad no solo como un problema que reside en el individuo, sino como una experiencia de salud que ocurre en un contexto, donde la discapacidad y el funcionamiento son resultados de interacciones entre las condiciones de salud (enfermedades, trastornos y lesiones) y los factores contextuales y de interrelación bajo un paraguas de una mirada ecosistémica (Kostanjsek, 2011).

Según el IMSERSO, y también citado por Querejeta y otros autores, la **dependencia funcional** comporta una limitación en la actividad y la interacción y relaciones de la persona. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado. (Consejo de Europa, 1998), (Querejeta, 2003), (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

La dependencia también puede ser entendida como la situación en la que una persona con discapacidad precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad; es un hecho variable y dependerá entre otras cosas de estados de salud transitorios y -significativamente- de los factores del contexto real (personal o ambiental) en el que se desenvuelve la persona en cuestión en ese preciso momento, pudiendo por tanto mejorar o empeorar según las circunstancias. Las situaciones de dependencia se pueden graduar con escalas que son cambiantes en el tiempo según el grado de estabilidad y situación de cada persona. (Querejeta, 2003).

El concepto de dependencia funcional adoptado en las publicaciones del BID del 2020 y del 2021, de Envejecimiento y atención a la dependencia en diferentes países de América Latina, fue el siguiente:

- La dependencia es un concepto diferente al de limitaciones permanentes relacionados con la discapacidad. La dependencia hace referencia a una pérdida de capacidad funcional de intensidad tal que determina que una persona no puede desempeñar por sí misma, sin ayuda de terceras personas, un conjunto de actividades consideradas imprescindibles para llevar adelante la vida cotidiana. Las actividades de la vida diaria a las que hace referencia el concepto de dependencia se distinguen en dos grandes agrupamientos: a) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y b) actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Las AIVD comprenden un conjunto de diligencias imprescindibles para la vida en el entorno hogareño y en la comunidad, tales como manejar dinero, utilizar el transporte público, subir escaleras, utilizar el teléfono, realizar compras o tomar medicamentos. Las ABVD, en cambio, son acciones indispensables para la sobrevivencia personal: comer, usar el retrete, realizar el aseo personal, bañarse o levantarse de la cama (Redondo, 2021), (Aranco et al., 2018), (Oliveri, 2020).

En relación con el **periodo de tiempo que una persona vive o experimenta una situación de dependencia**, existe un amplio consenso al considerar que una persona tiene dependencia funcional cuando no puede realizar actividades necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros por un **periodo prolongado de tiempo** (OMS, 2015) (Cafagna et al., 2019) (Aranco & Ibarrarán, 2020) (Matus, 2020) (Villalobos, 2021).

Esta definición está siendo debatida en cuanto lo que representa la expresión “por un prolongado periodo de tiempo”, dado que la **intervención temprana y oportuna de menor duración, con un enfoque de prevención de**

posibles secuelas para lograr un máximo nivel de autonomía, se consagra como uno de los derechos de las personas mayores y de las personas con discapacidad. En esta línea, Costa Rica, en su Plan Nacional de cuidados 2021-2031 (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2021), además de contemplar las situaciones de dependencia permanentes o prolongadas 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, incorpora que las situaciones de dependencia pueden ser temporales generadas por un evento agudo y que, con el debido tratamiento y rehabilitación, la persona recupera su independencia, sin olvidar las situaciones de enfermedad avanzada y de fin de vida cuando la persona ha llegado hasta el final de sus días con el máximo de autonomía posible y no cumpliría el requisito de dependencia por un periodo prolongado de tiempo.

La dependencia puede recorrer todas las etapas vitales en el **curso de vida de una persona**, pudiendo estar presente desde el nacimiento o antes del nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta y, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de la emergencia de las enfermedades crónicas o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso biológico de envejecimiento (esto se observa con mayor claridad en el cohorte de mayores de 80 años). (Forttes, 2020), (Aranco et al., 2018).

Adicionalmente, se ha de tener en cuenta las reflexiones efectuadas por Erika Van Rompaey y Diego Peri sobre el caso uruguayo relacionado con las políticas públicas de atención a las personas en situación de dependencia, dado que estas pueden aliviar la carga de atención y cuidados de las familias y cuidadores principales brindando prestaciones de servicios o económicas, dónde las políticas pueden asumir diversas formas, de acuerdo a los enfoques conceptuales en los que se sustentan, así como en función de las capacidades, recursos y compromisos políticos de los gobiernos y estados que las llevan a cabo (Van Rompaey & Peri, 2018). En esta línea, la acción del estado y los territorios puede presentar diversos diseños institucionales, con mayor o menor integración de los componentes sanitarios o sociales, con distintos grados de cobertura y alcance, así como incluir diversos tipos de prestaciones (servicios y/o transferencias monetarias) orientadas a cubrir distintas necesidades de las personas que requieran apoyo para dar respuesta a los cuidados en caso de déficit de autonomía, tanto en el entorno domiciliario o instituciones, el reacondicionamiento de hogares para su adaptabilidad y diseño universal, los sistemas de educación y de inserción laboral inclusivos entre otras. (Van Rompaey & Peri, 2018).

Finalmente, conviene tener en cuenta la definición sobre dependencia efectuada recientemente por parte de un equipo del Instituto de Economía de la Universidad de la República en Uruguay (2021) (Colacce et al., 2021), en la cual en su marco conceptual los autores asocian la dependencia al vínculo entre las limitaciones funcionales para realizar AVD y los ajustes o apoyos necesarios, y emerge el concepto de necesidad de ayuda de un tercero o dependencia. Tanto en la discapacidad como en la dependencia se parte de la existencia de una condición de salud que impacta en la capacidad de la persona para realizar las AVD, al punto de que para poder desarrollarla necesita de asistencia o cuidados, teniendo en cuenta que pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia; ambas son relacionales y situacionales, y dependen del contexto en el que se dé la limitación o la necesidad de ayuda y pueden ser de duración permanente o transitoria.

Con la revisión presentada hasta ahora, se identifican diferentes constructos asociados a la dependencia, y algunos de ellos van más allá, al cuestionar el propio vocablo de dependencia al generar una relación asimétrica con la persona, y entablar un diálogo más desde la perspectiva de la autonomía de las propias personas. (van der Weele et al., 2021). Todo un reto por delante en el proceso de construcción del propio fenómeno de la dependencia.

- el goce y ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- Autocuidado. Actividades realizadas por las personas para promover, mantener y tratar su salud y cuidar de sí mismas, así como para participar en las decisiones sobre su salud.
 - Capacidad 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.
 - Capacidad intrínseca. Combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.
 - Centros de cuidados institucionales. Instituciones en las que se prestan cuidados a largo plazo. Pueden ser centros comunitarios, centros de atención médica prolongada, residencias de personas mayores, hospitales y otros centros de salud. Los centros de atención institucional no se definen solo por su tamaño.
 - Dependencia de cuidados. Ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria sin ayuda.
 - Discapacidad. Término general para designar las deficiencias, las limitaciones y las restricciones en la participación, que denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).
 - Funcionamiento. Término general para las funciones corporales, las estructuras corporales, la actividad y la participación, que denota los aspectos positivos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales).

Las presentes definiciones de dependencia funcional serán contextualizadas una vez se publique en Colombia la Política del cuidado en Colombia y del Sistema Nacional de Cuidados en Colombia (SINACU).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DE LA SITUACIÓN DE PERSONAS CON DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

La población colombiana está envejeciendo y lo hace a un ritmo acelerado. Si bien este cambio demográfico es una buena noticia y presenta oportunidades, también conlleva desafíos. En particular, a medida que la población envejece, aumenta la proporción de personas que necesitan apoyo de terceros para desarrollar sus actividades diarias. (Flórez et al., 2019).

Según estadísticas del DANE en el censo del 2018, un 9,1% de la población tiene 65 años o más, existiendo una variación significativa en relación con el adulto mayor del 2005, que solo era del 6,3% (Departamento administrativo nacional de estadística -DANE, 2018). Este reto del envejecimiento de la población colombiana implica un reconocimiento de la mejora de las condiciones de salud y sociales que han contribuido a mejorar la esperanza de vida de los colombianos, y al mismo tiempo representa un nuevo gran reto frente a la política de cuidados para hacer frente a los procesos de envejecimiento y a mayores situaciones de dependencia de personas que previamente tenían una esperanza de vida más limitada, y que, gracias a los avances de la sociedad, su supervivencia ha aumentado,. Aunado a este incremento de la esperanza de vida, también ha cambiado la estructura de los hogares colombianos con una disminución de la red cuidadora, pasando del censo del 2005 del 11,1% al 18,5% los hogares unipersonales, y del 15% al 21,7% los hogares con 2 personas en este mismo periodo,

representando en el 2018 el 40% de los hogares colombianos con 1 o 2 personas en el domicilio (Departamento administrativo nacional de estadística -DANE, 2018).

No existe una estadística a nivel nacional de las personas con dependencia funcional, y por este motivo en el desarrollo armonizado de la política del cuidado en Colombia se están desarrollando una serie de proyectos relacionados con la elaboración de un Baremo a nivel nacional para tipificar el grado de dependencia, así como la elaboración de un sistema de registro estatal de las personas con dependencia según su grado o nivel de funcionamiento de acuerdo con la valoración efectuada.¹⁰

Según los boletines de personas con discapacidad reconocida de la Oficina de Promoción Social de agosto de 2020 (corte de 2019), elaborado por el Ministerio de Salud y Protección social, había un total de 1.298.738 personas identificadas con una discapacidad reconocida, equivalente al 2.3% de la población, de los cuales un 39% corresponden a los adultos mayores, los niños el 9,3% y los jóvenes el 17,3%, según Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del SISPRO - Sistema de Información Integrado de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social (Cubillos et al., 2020). *Nota:* conviene tener en cuenta que, en el Censo del DANE del 2018, en Colombia existen 3.134.036 personas con discapacidad, de las cuales 1.784.372 son personas que presentan dificultades en los niveles de mayor severidad en la escala del grupo de Washington y que requieren apoyo permanente de otras personas (DANE, 1018).

Esto representa un reto para las entidades prestadoras de servicios, dado que han de responder a dos grandes grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad asociada a la edad, sin olvidar que un 38,6% corresponden a personas con discapacidad en edad productiva. Además, un 70,3% de las personas con discapacidad pertenecen al régimen subsidiado, que corresponde a un indicador de vulnerabilidad económica adicional de este colectivo. En todos los colectivos de personas con discapacidad, se ha observado un incremento de los trastornos mentales y del comportamiento, tanto en población infantil y joven que representa la primera causa de trastornos asociados, como en población mayor (Cubillos et al., 2020).

El origen de la discapacidad está asociado fundamentalmente a los efectos y secuelas de la enfermedad en general (39.9%), accidentes (16,7%), alteración genética o hereditaria (15,4%) o condiciones de salud (9.2%).

Las actividades que más se dificultan a las personas con discapacidad es caminar, correr, saltar (45,9%), pensar y memorizar (38,7%), percibir la luz o distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas (23,2%), hablar y comunicarse (23%), llevar, mover, utilizar objetos con las manos (18,5%), desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón (17,8%), cambiar y mantener posiciones del cuerpo (16,9%) o relacionarse con los demás y con el entorno (17,8%)(Cubillos et al., 2020).

Para más información se aconseja consultar el Censo del DANE del 2018(Cubillos et al., 2020), en su apartado de estadísticas sociales de la población colombiana, así como el Informe de Quanta – Cuidado y Género del 2021 sobre los Cuidados en la vejez: Revisión y retos para Colombia.(Hernández et al., 2021).

Según datos del Censo del DANE del 2018 en Colombia, de 43.835.324 habitantes censados, 3.134.036 personas reportan que tienen limitaciones permanentes y grados de dificultad para realizar diferentes actividades (%), y 1.784.372 personas presentan mayores necesidades de cuidado (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2018). En la tabla siguiente se presenta la ratio de personas con dependencia elevada por 100.000 habitantes.

¹⁰ Fuente. Información consultada del BID sobre proyectos relacionados con la Política del Cuidado en Colombia. 2021.

Tabla 3. Personas con elevada dependencia por limitaciones permanentes o mucha dificultad para llevar a cabo determinadas actividades de la vida diaria de las personas según información obtenida en Censo poblacional del 2018 por el DANE en Colombia (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2018)

Acción	Personas que no pueden hacer la acción o con mucha dificultad	Ratio por cada 100.000 habitantes
Oír la voz o los sonidos	3.732	8,5
Hablar o conversar	1.310	3,0
Ver de cerca, de lejos o alrededor	4.725	10,8
Mover el cuerpo, caminar	5.888	13,4
Agarrar o mover objetos con las manos	2.193	5,0
Aprender, recordar, tomar decisiones por sí mismo	2.520	5,7
Comer, vestirse, bañarse por sí mismo	2.733	6,2
Relacionarse o interactuar con las demás personas	1.457	3,3
Hacer las tareas diarias sin mostrar problemas cardíacos, respiratorios	2.271	5,2

Por grupos de edades, la distribución de las personas con limitaciones permanentes y dificultades a nivel funcional son las siguientes:

Tabla 4. La distribución de las personas con limitaciones permanentes y dificultades a nivel funcional en Colombia reportados en censo poblacional del DANE, 2018. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2018)

Edad en años	Total Población	Personas con limitaciones permanentes y dificultades	%
0 a 4	3.033.307	41.994	1,4%
15 a 9	3.319.877	93.431	2,8%
10 a 14	3.579.469	131.399	3,7%
15 a 19	3.788.628	138.348	3,7%
20 a 24	3.887.189	132.857	3,4%
25 a 29	3.659.091	126.581	3,5%
30 a 34	3.323.222	124.798	3,8%
35 a 39	3.194.662	136.285	4,3%
40 a 44	2.730.119	157.885	5,8%
45 a 49	2.635.482	214.159	8,1%
50 a 54	2.587.978	263.737	10,2%
55 a 59	2.274.341	275.670	12,1%
60 a 64	1.819.504	267.689	14,7%
65 a 69	1.385.486	247.208	17,8%
70 a 74	999.393	223.080	22,3%
75 a 79	724.367	205.310	28,3%
80 a 84	479.705	170.595	35,6%
85 y más	413.504	183.010	44,3%
Total	43.835.324	3.134.036	7,1%

Para más información, se aconseja consultar el reporte del DANE de Funcionamiento Humano, basado en los resultados Censo nacional de población y vivienda del 2018. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística· DANE, 2019).

En Colombia, la familia (y dentro de ésta, las mujeres) es todavía la principal responsable del cuidado, con poca participación del Estado o la comunidad. La oferta institucional actual no tiene un registro consolidado a nivel nacional sobre las diferentes instituciones que brindan servicios de apoyo a la población con dependencia funcional y/o con discapacidad, a pesar de existir una ley desde el año 2008 que responsabiliza al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) por la creación y puesta en marcha de dicho registro. Por lo tanto, a la fecha se desconoce la oferta, su calidad, y su capacidad para poder responder a la creciente demanda de servicios de apoyo a la dependencia. Por otra parte, el Estado incorporó en el Plan de Desarrollo 2014-2018 la definición de la Agenda Nacional de Economía del Cuidado y el diseño e implementación del Sistema Nacional de Cuidados (SINACU), proceso que aún no ha finalizado. (Martínez, 2019).

Conocer la epidemiología de la discapacidad en Colombia ayudar a enfocar los procesos claves sujetos a los procesos de homologación de las entidades prestadoras de cuidado en el entorno comunitario.

En revisión

3 METODOLOGÍA DE TRABAJO

El **objetivo** del presente trabajo es buscar las evidencias disponibles a nivel internacional y nacional que sirvan de marco conceptual de referencia para el desarrollo de las fases siguientes del proyecto teniendo para la:

1. Identificación de posibles criterios de habilitación y estándares de calidad para prestadores de servicios de cuidado y asistencia personal.
2. Efectuar un primer análisis de brechas de capital humano para las ocupaciones relacionadas al cuidado de personas con dependencia funcional en Colombia

El **enfoque** que se ha tenido al realizar el presente producto ha sido que la búsqueda de las evidencias oriente la identificación, priorización y concreción del sistema de habilitación y estándares de calidad con énfasis en servicios de cuidado a personas en situación de dependencia funcional, así como la capacitación y las competencias laborales de los diferentes grupos de interés vinculados en la prestación del cuidado y nueva economía de los cuidados.

El desarrollo de la presente iniciativa ha incluido la realización de dos grandes acciones:

- Acción clave 1. Identificar experiencias internacionales y nacionales sobre criterios de habilitación y estándares de calidad para prestadores de servicios de cuidado.
- Acción clave 2. Identificar experiencias internacionales y de contexto local sobre análisis de brechas de capital humano y procedimientos que promueven la capacitación y certificación de competencias laborales para la ocupación del cuidado.

Teniendo en cuenta las posibilidades de aplicabilidad a las condiciones específicas de la realidad de Colombia, la búsqueda de las evidencias ha incluido:

1. Revisión de la evidencia utilizando la metodología de bola de nieve, consulta en bases de datos relacionados con el cuidado, así como la búsqueda selectiva de documentos claves de organismos internacionales relacionada con los cuidados de personas que precisan apoyo en su autonomía personal por dependencia funcional. En total se analizaron más de 300 documentos relacionados con el tema, que pueden ser consultados en la bibliografía citada en el documento, y que fueron clasificados en gestor documental de Mendeley.
2. Elaboración de marco conceptual de referencia de la acción clave 1, de Identificar experiencias internacionales y nacionales sobre criterios de habilitación y estándares de calidad para prestadores de servicios de cuidado (ver capítulos 2 y 4), y de la acción clave 2, de identificar experiencias internacionales y de contexto local sobre análisis de brechas de capital humano y procedimientos que promueven la capacitación y certificación de competencias laborales para la ocupación del cuidado (ver capítulo 6).

Nota: La traducción de los documentos del inglés se ha efectuado a través de traductor de Google, completando la adaptación de la traducción con el equipo redactor del presente documento; en ningún caso

corresponde a una traducción transcultural de las propuestas efectuadas. También cabe dejar constancia que en las tablas citadas

3. Revisión de la opinión y experiencia percibida de actores claves del sistema de cuidado de la calidad en Colombia, en cuanto a la calidad y la seguridad del cuidado y la asistencia personal, así como de los procesos de habilitación recomendados para los prestadores de servicios de cuidados y asistencia personal. Se efectuaron:
 - a. Dos grupos focales con personas residentes de 2 hogares geriátricos de la ciudad de Cali.
 - b. 8 entrevistas en profundidad: 1 persona mayor, 1, persona con discapacidad física por lesión medular, 1 persona cuidadora de persona con discapacidad visual, 1 persona cuidadora de persona mayor en entorno domiciliario, 1 persona cuidadora de persona con enfermedad avanzada en entorno domiciliario, 1 persona responsable de programas de calidad y seguridad del paciente, 1 persona responsable de coordinar los cuidadores en un hogar geriátrico, 1 persona responsable de gestión del cuidados de dos centros y 1 persona responsable de programas de trabajo interprofesional en ámbito académico.
 - c. Visita a las instalaciones de 2 hogares geriátricos y de centros de atención diurna.
 - d. Un taller de dos días de duración con profesionales expertos de diferentes, ámbitos de diferentes regiones de Colombia. Ver anexo 1.

Se ha efectuado una primera clasificación de los temas emergentes en la recogida de datos por vía cualitativa, que puede ser consultada en el apartado 5: “La visión sobre la calidad, la seguridad y los estándares y criterios de habilitación en Colombia de prestadores de cuidado, desde la perspectiva y experiencia de personas atendidas, familiares y personas cuidadora”. Para evitar temas redundantes, se han identificado los temas comunes identificados por personas usuarias, personas cuidadoras y profesionales, y de forma diferenciada, cuando éstas solo eran identificadas por los profesionales, responsables de calidad, docentes o gestores de prestadores de servicios de cuidados.

Nota 1: La revisión de la normatividad colombiana vigente en calidad, seguridad del cuidado, habilitación y acreditación, así como la parte que sea pertinente al proyecto de la relacionada con el sistema de cuidados, será presentada de forma conjunta dentro del Producto 3, para evitar reiteraciones dentro de la documentación marco de la presente iniciativa.

Nota 2: Para facilitar la comprensión del documento, se ha efectuado una traducción adaptada del traductor de Google por parte del equipo de redacción del documento cuando los documentos originales se encontraban en otro idioma y no corresponde a una traducción oficial.

4 REVISIÓN DE MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES SOBRE CRITERIOS DE HABILITACIÓN Y ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO

A continuación, se presentan una serie de marcos conceptuales de referencia, experiencias internacionales y nacionales que puedan servir de insumos en el proceso posterior de identificación y priorización de estándares y criterios de calidad que se han de tener en cuenta en un proceso de habilitación de prestadores de cuidados para personas con dependencia funcional en centros residenciales /hogares, centros de vida/centros día o de atención en entrono domiciliario.

4.1 LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS, EJE CENTRAL DEL PROCESO DE HOMOLOGACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS

La definición de la OMS de los cuidados a largo plazo es un buen ejemplo de los retos de calidad a los que ha de dar respuesta la política de cuidados del país en Colombia, dado que lo define como “las actividades emprendidas por otros para garantizar que las personas con una pérdida significativa de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional acorde con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana”(World Health Organization, 2015b).

Un enfoque basado en los derechos humanos (EBDH) para la prestación de servicios es un modelo que coloca los principios y estándares de derechos humanos en el centro de todos los aspectos de la planificación, política y práctica de servicios. Implica la aplicación de cinco valores clave definidos por la *European Network of National Human Rights Institutions*, dónde la participación, la rendición de cuentas y transparencia, la no discriminación e igualdad, el empoderamiento de los titulares de derechos y la legalidad orientan todo el sistema de atención y soporte de las personas que requieran apoyo con mayor o menor intensidad, bien sea a corto o largo plazo. (O’Dwyer, 2017).

Los derechos humanos reflejan los estándares mínimos necesarios para que las personas vivan con dignidad. Su objetivo básico es empoderar a las personas para que desarrollen todo su potencial otorgándoles la autoridad, las capacidades, las competencias y el acceso necesarios para cambiar sus propias vidas, mejorar sus propias comunidades e influir en su propio futuro, garantizando que todas las personas tengan derecho a elegir y participar en todas las decisiones que afecten sus vidas, teniendo en cuenta las preferencias de cada persona. (O’Dwyer, 2017).

Este marco de los derechos es fundamental a la hora de diseñar los estándares de calidad de la Política del cuidado en Colombia. Cabe destacar que los siguientes principios de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, y ratificada por el Gobierno colombiano en el 2009, orientaran el desarrollo de los estándares y criterios de calidad para la habilitación de entidades/instituciones y organizaciones prestadoras de servicios de cuidados: (Congreso de la República., 2009).

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

En este marco, conviene recordar algunos de los principios de la Convención que representan grandes líneas de actuación:(Congreso de la República., 2009), (Naciones Unidas, 2016).

- El artículo 19 explicita el Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, dónde las personas tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; incluye el acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad.
- El Artículo 9 remarca la importancia de la accesibilidad para una vida independiente, tanto a nivel del diseño urbano y funcional, como de sistemas que faciliten la comunicación de las personas y el acceso a los servicios y la integración comunitaria.
- El Artículo 20 reseña la importancia de la movilidad personal, incluyendo formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, a un costo asequible, con el entrenamiento y capacitación suficientes para su adecuado uso, fomentando el diseño y fabricación de ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.
- El Artículo 25 especifica que se proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores. También se indica que se proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales, exigiendo a los profesionales que presten mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención y cuidado en los ámbitos público y privado.
- El Artículo 26 indica que la habilitación y la rehabilitación, para que la personas puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, en particular, en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

El Documento CONPES Social 166 elaborado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia y el Departamento Nacional de Planeación elaborado en 2013, define la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social en Colombia, (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2013) en la que se trasciende las políticas de asistencia o protección, hacia políticas de desarrollo humano con un enfoque de derechos, a lo largo de todo el ciclo vital de la persona, incluyendo diferentes acciones para la mejora de la capacidad y la inclusión de las personas entre otras estrategias.

La Ley 2055 de 2020 del Congreso de la República de Colombia (Congreso de Colombia, 2020), por medio de la cual se aprueba la «*CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES*», adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015 (Congreso de Colombia, 2020), explicita en el apartado de los deberes el **compromiso de salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor** sin discriminación de ningún tipo a través de la **adopción de medidas orientadas a:**

a) prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor; b) acelerar o lograr la igualdad de hecho de la persona mayor, así como asegurar su plena integración social, económica, educacional, política y cultural; c) tomar medidas de naturaleza legislativa, administrativa, judicial, presupuestaria y de cualquier otra índole, incluido un adecuado acceso a la justicia a fin de garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos; d) asegurar el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales; sin perjuicio de las obligaciones que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional, cuando lo consideren en el marco de la cooperación internacional; e) la promoción de instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de la persona mayor y su desarrollo integral; f) la promoción de la más amplia participación de la sociedad civil y de otros actores sociales, en particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación de la presente Convención, y g) la recopilación de información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que le permitan formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. (Congreso de Colombia, 2020).

Los 15 **principios generales** (artículo 3) de la Ley 2055 del 2020 de aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores están centrados en el desarrollo basado en los derechos humanos, en el curso de vida con equidad e igualdad de género, la protección integral y la atención preferencial, a saber: a) la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor; b) la valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo; c) la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor, d) la igualdad y no discriminación; e) la participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad; f) el bienestar y cuidado; g) la seguridad física, económica y social; h) la autorrealización; i) la equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida; j) la solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria; k) el buen trato y la atención preferencial; l) el enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor; m) el respeto y valorización de la diversidad cultural; n) la protección judicial efectiva, y o) la responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna. (Congreso de Colombia, 2020).

Así mismo, la Ley 2055 de 2020 reconoce como protegidos 28 **derechos en la vejez**, que incluyen: 1) Igualdad y no discriminación por razones de edad, 2) a la vida y a la dignidad en la vejez, 3) a la independencia y a la autonomía, 4) a la participación e integración comunitaria, 5) a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, 6) a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, 7) a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, 8) a recibir servicios de cuidado a largo plazo, 9) a la libertad personal, 10) a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información, 11) a la nacionalidad y a la libertad de circulación, 12) a la privacidad y a la intimidad, 13) a la seguridad social, 14) al trabajo, 15) a la salud, 16) a la educación, 17) a la cultura, 18) a la recreación, 19) al esparcimiento y al deporte, 20) a la propiedad, 21) a la vivienda, 22) a un medio ambiente sano, 23) a la accesibilidad y a la movilidad personal, 24) políticos, 25)

de reunión y de asociación, 26) a protección ante situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, 27) a igual reconocimiento como persona ante la ley, y 28) al acceso a la justicia. (Congreso de Colombia, 2020).

El artículo 12 reconoce **los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo**:(Congreso de Colombia, 2020)

- La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.
- Diseño de medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.
- Adopción de medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor. Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, el estado se compromete a:
 - a) Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.
 - b) Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer ti.na atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.
 - c) Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para: **I.** Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo. **II.** Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación: **III.** Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas. **IV.** Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor. **V.** Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.
 - d) Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.
 - e) Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

Estos dos grandes marcos normativos de los derechos de las personas con discapacidad y de las personas mayores han de orientar el desarrollo de estándares y criterios de habilitación para los prestadores de servicios de cuidados en Colombia.

4.2 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2030 Y LA POLÍTICA DEL CUIDADO EN COLOMBIA

En el informe anual del 2021 del avance de la implementación de los **ODS – Objetivos de desarrollo sostenible para Colombia** de la Agenda 2030 elaborado por el DNP, no se identifica un seguimiento de los resultados relacionados con los retos de la política del cuidado en Colombia, y por ello se considera importante tener presente para cada ODS una meta trazadora y unos indicadores específicos de medición de cumplimiento de las metas ODS.

En el **ODS 3** de Salud y Bienestar no se hace una clara mención específica a la situación y retos en cuanto a la política del cuidado, ni de atención a la persona mayor ni con discapacidad.

En el objetivo **ODS 5** se hace referencia a la construcción de Políticas Públicas que orientan la Igualdad de oportunidades con enfoques territorial, interseccional, y diferencial con énfasis en el género y que tenga en cuenta los derechos humanos de las mujeres, pero no hace relación al papel de la mujer en relación con los cuidados.

En el Objetivo **ODS 8**, de trabajo decente y crecimiento económico, se hace una breve referencia a la inserción laboral de personas con discapacidad, pero no presenta un seguimiento diferenciado de las medidas implementadas en cuanto a la política nacional del cuidado.

En cuanto al objetivo **ODS 10**, de reducción de desigualdades, se hace referencia al Programa de Familias en acción para dar incentivos a la salud y la educación a 2,2 millones de familias colombianas.

Del **ODS 11**, de Ciudades y comunidades sostenibles, tiene el objetivo de lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles es un desafío en cuanto al fortalecimiento de los instrumentos para el desarrollo equilibrado, el crecimiento de las ciudades y todos los habitantes que se encuentran en ella, en el cual se explicitan los avances para el acceso a vivienda y servicios adecuados, pero no se especifica la situación de las personas mayores que precisan cuidados en el entorno domiciliario; tampoco se identifica como se abordará el cambio climático en la población mayor, ni las implicaciones para las entidades prestadoras de servicios para personas con dependencia funcional, ni los retos de la movilidad de las personas con discapacidad o que requieran apoyo para mejorar la accesibilidad en entornos urbanos.

En el **ODS 12**, de producción y consumo responsable, en el seguimiento de objetivos no se identifica alusiones a la economía del cuidado. Aunque este ODS no éste tan directamente relacionado con la política del cuidado, sí que lo está con la entidades o instituciones prestadoras de servicios de cuidado, dado que impulsa a las empresas reducir considerablemente la generación de desechos mediante actividades de prevención, reducción, reciclado y reutilización, siendo empresas con filosofía de negocios verdes comprometidas con el medio ambiente.

En el **ODS 13** de acción por el clima, en el seguimiento de los objetivos no se identifican las acciones desarrolladas con población vulnerable como los adultos mayores o personas con discapacidad frente al cambio climático y las acciones a tomar para mejorar la capacidad de adaptación y resiliencia de este grupo poblacional con mayor riesgo.

En el **ODS 16**, de paz, justicia e instituciones sólidas, no se encuentran indicadores específicos que hagan alusión al desarrollo de la política de cuidados de las personas mayores o con discapacidad, aunque sí a la de la población general. El documento CONPES 3819 de la Política nacional para consolidar el sistema de ciudades en Colombia,

incluyen acciones para disminuir las brechas sociales y mejorar la equidad en áreas urbanas y rurales del Sistema de Ciudades, trabajando por conseguir sociedades inclusivas a todos los niveles. (DNP, 2014)

Finalmente, en el **ODS 17** de Alianzas para lograr los objetivos, no se identificaron indicadores relacionados con indicadores específicos de procesos de atención y apoyo a personas mayores y con discapacidad. (Colombia National Department of Planning, 2020)

En los indicadores analizados del mismo informe anual del 2021 sobre el avance de la implementación de los **ODS-Objetivos de desarrollo sostenible** para Colombia, y que sean específicos para personas con dependencia que requieran acompañamiento y soporte para dar respuesta a sus necesidades básicas con una política articulada del cuidado, se han encontrado como indicadores específicos relacionados con la presente revisión los siguientes indicadores: (Colombia National Department of Planning, 2020).

1. No se evidencia ningún indicador específico del ODS 3 de salud y bienestar de personas mayores, personas con discapacidad o personas con dependencia funcional de los 38 indicadores revisados.
2. En ODS 5, existen solo dos indicadores relacionados con la política y economía del cuidado en Colombia, concretamente relacionados con la meta ODS 5.4 de Brecha del tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados por hombres y mujeres, siendo el último dato del 2016 del 71,2% según la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo del DANE (ENUT), y de un segundo indicador de Brecha de la valoración económica del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) del 10,7% en el 2016, pero en ninguno de los dos casos se ha mostrado el avance del último año ni relacionado con el cumplimiento de los objetivos del 2030.

Cabe destacar que el Plan de la OMS para el Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030 (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2020), que consiste en diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida, que aunará los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar la vida de las personas mayores, así como las de sus familias y comunidades, y se ajusta al calendario de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En este plan se pueden consultar las implicaciones y ejemplos de indicadores para conseguir el objetivo de envejecimiento saludable en el marco de los Objetivos de desarrollo sostenible ODS para el 2030. (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2020)

La OMS en el Plan de la *Década del envejecimiento saludable* plantean una serie de principios rectores que han de orientar la política de los cuidados y la promoción de la autonomía, para lograr los objetivos planteados de dar respuesta a deficiencias en el fomento de la salud y el bienestar a través del fortalecimiento de enfoques multisectoriales en beneficio del envejecimiento saludable, para no dejar a nadie atrás tal y como lo contempla la Agenda 2030 y para que todos los seres humanos tengan la oportunidad de desarrollar su potencial con dignidad e igualdad. Estos principios rectores son: (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2020)

Tabla 5. Principios rectores de la década del envejecimiento saludable

Interconexión e indivisibilidad	Todas las partes interesadas en la aplicación abordan los Objetivos de Desarrollo Sostenible de forma conjunta, no como una lista de objetivos entre los que se pueda elegir.
Carácter inclusivo	Implica a todos los segmentos de la sociedad, con independencia de su edad, género, etnia, capacidad, ubicación y demás categorías sociales. Por tanto, la política del cuidado es una política de país y no solo para los más vulnerables.
Alianzas con múltiples partes interesadas	Se impulsan las alianzas entre múltiples partes interesadas para compartir conocimientos, experiencia, tecnología y recursos.
Universalidad	Compromete a todos los países, con independencia de su nivel de ingresos y desarrollo, a emprender una labor de amplio alcance en pro del desarrollo sostenible, adaptada a cada contexto y población, en función de las necesidades.
No dejar a nadie atrás	Se aplica a todas las personas, con independencia de quiénes sean y dónde se encuentren, y se centra en sus problemas y vulnerabilidades específicos.
Equidad	Promueve que todos dispongan de oportunidades iguales y justas para disfrutar de los factores determinantes y facilitadores de un envejecimiento saludable, como la posición social y económica, la edad, el sexo, el lugar de nacimiento o residencia, la condición de inmigrante y el nivel de capacidad. En ocasiones, es posible que se deba prestar una atención desigual a algunos grupos de población para garantizar que los miembros menos favorecidos, más vulnerables o marginados de la sociedad obtengan los mayores beneficios posibles.
Solidaridad intergeneracional	Facilita la cohesión social y el intercambio interactivo entre generaciones en pro de la salud y el bienestar de todas las personas.
Compromiso	Impulsa un trabajo sostenido durante 10 años y a más largo plazo
No hacer daño	Compromete a los países a proteger el bienestar de todas las partes interesadas y a minimizar cualquier daño previsible a otros grupos de edad.

Fuente: (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2020)

4.3 LA PANDEMIA DE LA COVID-19 HA HECHO EMERGER NECESIDADES EN LA ATENCIÓN AL ENTORNO RESIDENCIAL, CENTROS DIA Y EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

En 2020, la OMS, en su publicación sobre la prevención y gestión de la COVID-19 en los servicios de atención de larga duración, indica en el resumen ejecutivo que la pandemia ha afectado de forma desproporcionada las personas mayores, especialmente las que viven en centros de atención de larga duración. (World Health Organization, 2020).

La mortalidad para residentes con COVID-19 en las instalaciones de atención de larga duración fue superior a la de la población de la misma edad que vive fuera de estos centros. Entre los principales factores que se relacionan con la mayor prevalencia del problema se encuentran: a) la falta de una política previa para prevenir y abordar situaciones relacionadas con la pandemia; b) la infrafinanciación; c) la falta de clarificación de responsabilidades para tratar de forma ágil y oportuna la respuesta ante la pandemia; d) la fragmentación entre la salud y la atención a largo plazo en los centros residenciales y de atención domiciliaria; y e) la mano de obra infravalorada (World Health Organization, 2020). Además, el impacto de la pandemia también ha puesto de manifiesto un preocupante edadismo en la gestión de la alarma sanitaria y una fragilidad de los sistemas de cuidados para los adultos mayores, remarcando la importancia de introducir buenas prácticas en las adaptaciones de los servicios

residenciales, potenciación del talento humano, iniciativas y tecnologías de apoyo al bienestar emocional y finalmente actuaciones en el ámbito comunitario y cooperativo. (Ortega et al., 2021).

La crisis de COVID-19 centró el foco de atención en el sector de cuidados a largo plazo (LTC). Puso de manifiesto los problemas estructurales preexistentes en el sector de cuidados a largo plazo (LTC). Los trabajadores del cuidado han experimentado condiciones de trabajo difíciles. Además, se identificó un desajuste de habilidades, mala integración con el resto de la atención sanitaria y estándares de seguridad inadecuados o mal aplicados. Mirando hacia el futuro, se requiere una mayor inversión en la fuerza laboral y la infraestructura de LTC para garantizar niveles adecuados de personal capacitado, con condiciones de trabajo dignas y priorizando la calidad y la seguridad de la atención. (OECD, 2020).

A continuación, se enumeran los objetivos que se recomiendan en la formulación de la política de promoción de la autonomía y atención de larga duración para contribuir a mitigar el impacto de la COVID-19 o de otras pandemias que se puedan producir en el futuro: (World Health Organization, 2020).

1. Incluir la atención a largo plazo en todas las fases de la respuesta nacional frente a la pandemia de COVID-19.
2. Movilizar una financiación adecuada para la atención de larga duración para responder y recuperarse de la COVID-19.
3. Garantizar un seguimiento y una evaluación eficaces del impacto de la COVID-19 en la atención a largo plazo y afianzar una canalización eficaz de la información entre la salud y los sistemas de atención a largo plazo para optimizar las respuestas.
4. Asegurar la dotación de personal y recursos seguros, incluyendo la atención y los productos sanitarios adecuados, para responder a la pandemia de COVID-19 con servicios residenciales y de atención a largo plazo de calidad.
5. Garantizar la continuidad asistencial y entre los servicios esenciales para las personas que reciban atención de larga duración, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa.
6. Asegurar que los estándares de prevención y control de la infección se implementan y ajustan a todos los parámetros de atención a largo plazo, para prevenir y gestionar de forma segura los casos de COVID-19.
7. Priorizar las pruebas, seguimiento de contactos y control de la propagación de la COVID-19 entre las personas que reciben y proporcionan servicios de atención a largo plazo.
8. Ofrecer soporte a los cuidadores familiares y a las personas voluntarias.
9. Priorizar el bienestar psicosocial de las personas que reciben y proporcionan servicios de atención de larga duración en los distintos entornos de atención.
10. Asegurar una transición suave en la fase de recuperación.
11. Iniciar los pasos para la transformación de sistemas de salud y cuidados de larga duración para integrarse adecuadamente y garantizar un continuo gobierno de los servicios de atención a largo plazo.

Conviene también tener en cuenta el impacto de la pandemia del COVID-19 en Colombia en los centros residenciales y centros de vida de día, así como los lineamientos establecidos para la prevención, contención y mitigación del coronavirus (COVID-19) en personas adultas mayores. (Nieto, 2020), (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020).

Los aprendizajes claves efectuados con la pandemia en el ámbito de los diferentes escenarios de prestación de cuidados han de ser incorporados en los estándares de habilitación de prestadores de servicios de cuidados, garantizando la seguridad de la atención en la prestación del servicio.

4.4 EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN RURAL EN EL DESARROLLO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN TORNO A LA POLÍTICA DEL CUIDADO

Las personas mayores prefieren envejecer en su propia casa y comunidad conocida, lo que lleva a una sobrerrepresentación de personas mayores de 65 años en las zonas rurales. La sobrerrepresentación se ve reforzada por las tendencias migratorias en las que los miembros más jóvenes de la comunidad se trasladan a áreas urbanas en busca de oportunidades laborales y educativas y los inmigrantes mayores se trasladan a áreas rurales en busca de una jubilación tranquila o por razones financieras debido a la asequibilidad de la vivienda (Anderson et al., 2018).

Además, con la edad, la movilidad se convierte en un tema importante para las personas que viven en áreas remotas y rurales. A menudo, no obtienen la atención médica necesaria a menos que estén dispuestos a invertir el tiempo, el esfuerzo y el costo del viaje (Li, 2013). Junto con el aumento de los costos de la atención residencial, esto está provocando que los gobiernos reevalúen la política de atención a la persona mayor e implementen reformas en la atención a largo plazo (Anderson et al., 2018). Sin embargo, las necesidades insatisfechas de atención de la salud y atención de la salud mental constituyen un grave problema internacional, especialmente en las zonas rurales (Muir-Cochrane et al., 2014), (Tyler & Fennell, 2017), (Inder et al., 2012).

Se muestra que la falta de disponibilidad de servicios locales y basados en la comunidad da como resultado más visitas a la sala de urgencias junto con más estadías de pacientes hospitalizados. Debido a los viajes, los pacientes rurales a menudo reciben atención hospitalaria para un tratamiento que, de otro modo, se habría brindado como atención ambulatoria (Inder et al., 2012). Además, la escasez de personal sanitario en las zonas rurales es un obstáculo fundamental para la prestación de servicios adecuados de atención sanitaria en el hogar (Pagaiya et al., 2021). La falta de personal para el cuidado de personas mayores se debe a los salarios más bajos y la falta de oportunidades de capacitación y desarrollo (Anderson et al., 2018) muy evidentes en las zonas rurales. Por el contrario, las familias más jóvenes abandonan el área rural en busca de trabajo y oportunidades educativas. Por lo tanto, los servicios locales se ven más afectados debido a una menor demanda que también reduce el apoyo social disponible (Anderson et al., 2018). Por lo tanto, mejorar la calidad del servicio es importante para promover y mantener el bienestar de las personas mayores, especialmente en las zonas rurales. (Inder et al., 2012).

Aunque la investigación y disponibilidad de servicios sociales en áreas rurales es escasa, existen diferentes servicios y programas para personas mayores (>65) en áreas rurales. Especialmente en países que tienen una gran área geográfica como Estados Unidos, Canadá, Australia o Asia, la investigación está más avanzada. Los servicios disponibles en países no europeos consisten en un enfoque multidisciplinario (Pagaiya et al., 2021), (Prasad et al., 2014), el uso de teletecnología/teleasistencia o atención virtual (Li, 2013), (Read et al., 2019), (Monahan, 2013) y paquetes de atención domiciliaria (Anderson et al., 2018).

Los enfoques multidisciplinarios incluyen una combinación de habilidades entre el equipo de salud multidisciplinario y los cuidadores para mejorar los servicios de atención médica domiciliaria en las zonas rurales. Los cuidadores voluntarios serán capacitados para poder realizar tareas de enfermería (Pagaiya et al., 2021). Además, en Canadá se inventó un modelo de atención dirigido por enfermeras practicantes, que consta de equipos de salud familiar capacitados por enfermeras practicantes geriátricas que llevan a cabo servicios geriátricos para aumentar la capacidad de apoyo y manejo de la población que envejece. (Prasad et al., 2014).

Diferentes estudios informaron sobre tecnologías en línea y otras (Li, 2013), (Read et al., 2019), (Monahan, 2013). Una videoconferencia basada en la web para la consulta de cuidados paliativos rurales con pacientes de edad

avanzada en el hogar que muestra que la atención paliativa en el hogar mostró una manera efectiva, factible y eficiente de brindar apoyo oportuno a los pacientes de edad avanzada en zonas rurales y sus familias (Read et al., 2019). Además, las tecnologías de hogares inteligentes y los sistemas de telemedicina que utilizan las últimas tecnologías de sensores se pueden utilizar para recopilar los datos vitales de una persona y transferirlos a una base de datos médica y profesionales de la salud. Los beneficios de este programa son que las personas mayores reciben información examinada en tiempo real. Sin embargo, es necesario adaptar los entornos domésticos (Li, 2013). Las preocupaciones mencionadas por el uso de las teletecnologías son los temores sobre la seguridad de los datos al transmitir información a través de Internet (Li, 2013), (Read et al., 2019).

Los paquetes de atención domiciliaria descritos en el “*Aged Care Bill 2013*” representan otra forma de servicios en las zonas rurales de Australia. Dentro de los paquetes de atención domiciliaria se encuentran disponibles cuatro niveles: atención básica, nivel bajo, intermedio y nivel alto. Los servicios prestados consisten en servicios personales, dieta y nutrición, manejo de la continencia, movilidad, enfermería y servicios de salud afines, transporte y manejo de la piel (Anderson et al., 2018).

En Colombia, los habitantes de zona rural dispersa representan el 15,8% de la población total según el Censo del DANE del 2018 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2018), que equivalen a 7,6 millones de personas que han de ser tenidas en cuenta de forma diferenciada en el proceso de homologación y acreditación de entidades prestadoras de servicios de cuidados.

La situación de salud de la población rural en Colombia, en el Plan Nacional de Salud rural del Ministerio de Colombia, se observan barreras de acceso que enfrentan los ciudadanos de la zona rural del país asociadas entre otros al déficit de talento humano en salud en estas zonas; en el 2016 se observó una mayor densidad de profesionales de la salud en las zonas urbanas (102 por cada 10 mil habitantes), respecto a las zonas rurales (40,8 en área rural y 28,1 en área rural dispersa). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

En relación al acceso de recursos para atención virtual, aunque en Colombia Internet ha sido declarado por la Ley 2108 de 2021 como un servicio público esencial y universal, (Congreso de Colombia, 2021) según el director de DANE, Juan Daniel Oviedo Arango, durante el evento Andicom en noviembre de 2021, la proporción de la población que tenía acceso a internet a fines de 2020 era de 56,5%, con una penetración de 66,5% en las grandes ciudades y apenas 23,8% en zonas rurales y remotas (Andicom, 2021; Bloomberg Línea, 2020; Bnamericas, 2021).

4.5 RECOMENDACIONES INTERNACIONALES A TENER EN CUENTA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN

Los siguientes elementos pueden servir de referencia para identificar acciones clave en el desarrollo de estándares y criterios de calidad de prestadores de servicios de personas con dependencia funcional asociada al envejecimiento, la discapacidad o problemáticas de salud que cursan con dependencia funcional a lo largo del ciclo vital de la persona:¹¹

¹¹ Nota: Las tablas 6 a 11 que se presentan a continuación han sido elaboradas por el Instituto Universitario Avedis Donabedian – UAB (FAD), y también han sido citadas en: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2021). Promoció de l'autonomia i de l'atenció a les persones amb suport de llarga durada a l'entorn comunitari a Catalunya. Recomanacions per impulsar el nou model. Generalitat de Catalunya, Barcelona.

https://dixit.gencat.cat/es/detalls/Article/promocio_autonomia_atencio_persones_suport_llarga_durada_recomanacions

- Elementos de la dimensión Las personas y las familias y su empoderamiento son el centro del sistema (Ver tabla 6).
- Elementos de la dimensión La innovación y la transformación de la organización de los servicios basados en la proximidad (Ver tabla 7).
- Elementos de la dimensión Acción comunitaria inclusiva y preventiva (Ver tabla 8).
- Elementos de la dimensión Desarrollo, reconocimiento y participación de las profesionales (Ver tabla 9).
- Elementos de la dimensión Cambios a un nivel macro relacionados con la aplicación del nuevo modelo de la política de cuidados del país (Ver tabla 10).
- Elementos de la dimensión La gobernanza y la gestión de la mejora y el conocimiento: decisiones de compra de servicios basadas en la evidencia (Ver tabla 11).

Estas dimensiones, así como el conjunto de áreas relevantes presentadas en la presente revisión de la bibliografía y marco conceptual de referencia, ayudaran a construir en la siguiente fase las líneas estratégicas en relación con los criterios habilitantes y estándares de calidad de las entidades prestadoras de servicios de cuidados para personas con dependencia funcional.

Tabla 6. Elementos de la dimensión: Las personas y las familias y su empoderamiento son el centro del sistema.

Dimensión o línea estratégica	Elementos que pueden ser de referencia	Definido por
⇒ Atención centrada en la persona y su interacción familiar y comunitaria ⇒ Promoción de la autonomía personal, emancipación y vida independiente. ⇒ Las familias y el entorno de convivencia como unidad de intervención social	Enfoque ICOPE <ul style="list-style-type: none"> • La gente mayor debe gozar de los mismos derechos humanos básicos que todas las personas, incluyendo el derecho a la mejor salud posible. • Las personas mayores deben tener las mismas oportunidades de conseguir un envejecimiento saludable, independientemente del estatus social o económico, el lugar de nacimiento o la residencia u otros factores sociales. • La atención debería ser proporcionada con igualdad y sin discriminación, particularmente en lo que respecta al género, la edad o la etnicidad. • Los servicios y sistemas de salud y sociales deben responder a los objetivos y necesidades de las personas mayores, que pueden variar con el tiempo y deberían abordar los determinantes de salud. 	OMS (2019) (World Health Organization, 2019)
	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas con discapacidad tienen la oportunidad de elegir el lugar de residencia y con quienes viven, en igualdad de condiciones que las demás, y no están obligadas a vivir en una vivienda particular (especializada). • Las personas con discapacidad tienen acceso a una variedad de hogares, residencias y otros servicios de apoyo comunitario, incluyendo la asistencia personal necesaria para ayudarles en la vida cotidiana y la inclusión en la comunidad, y para prevenir el aislamiento o la segregación de la comunidad. • Se dispone de los mismos servicios e instalaciones comunitarios para las personas con discapacidad que para la población en general y responden a sus necesidades. 	United Nation, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006) (United Nations, 2021)

Tabla 7. Elementos de la dimensión: La innovación y transformación de la organización de los servicios basados en la proximidad.

Dimensión o línea estratégica	Elementos que pueden ser de referencia	Definido por
<p>⇒ Mantener a las personas en su entorno domiciliario (vivir en un hogar con apoyo).</p> <p>⇒ Dimensión tecnológica: intervención en el propio hogar (inteligencia ambiental/domótica).</p> <p>⇒ Sistematización de la respuesta integrada a problemáticas sociales complejas.</p> <p>⇒ Estrategias transversales que faciliten vivir en el entorno comunitario: Por ejemplo: 1. Abordaje integral de la vulnerabilidad energética. 2. Abordaje integral del sinhogarismo.</p> <p>⇒ Coordinación con dispositivos diurnos y residenciales (trayectorias dinámicas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un enfoque de desarrollo social y liderazgo político: las prioridades de intervención deberían ofrecer mejores resultados a los usuarios de tecnología de asistencia. • Liderazgo conducido por una misión global: la atención a las necesidades de los usuarios y de las usuarias, con resultados mensurables y claridad para garantizar un retorno de la inversión. • Testar y pilotar la forma del mercado como metodología: es un objetivo a seguir, pero todavía no se puede calibrar. Los líderes mundiales del sector de la discapacidad deben iniciar esta tarea desarrollando, probando y refinando una base de investigación. • Apoyar la constitución del mercado con intervenciones sistémicas: el trabajo realizado para reducir el coste de la tecnología de asistencia debe llevarse a cabo en conjunto con los gobiernos nacionales, con rutas claras para la provisión de la tecnología de asistencia en la atención médica, la educación y otros sistemas prestados a nivel nacional. • Aprovechar la innovación: con un enfoque en la tecnología mirando más allá de la comprensión tradicional de productos o servicios, e incorporando a nuevos actores y acercamientos. • Participación comunitaria y desarrollo de capacidades: la exclusión de los usuarios y de las usuarias de tecnología de asistencia del diseño de programas, de las políticas y de la toma de decisiones comporta resultados negativos, desequilibrios continuos de poder y exclusión política. Es necesario diseñar una solución de tecnología de asistencia para contrarrestarlo, construida por la comunidad con usuarios de tecnología de asistencia involucrados en todos los niveles del proceso. 	<p>Global Disability Innovation Hub (2019) (Global Disability Innovation Hub., 2022)</p>

Tabla 8. Elementos de la dimensión: acción comunitaria inclusiva y preventiva.

Dimensión o línea estratégica	Elementos que pueden ser de referencia	Definido por
⇒ Prevención en la infancia y la juventud. ⇒ Inclusión mediante el trabajo. ⇒ Fomento de entornos comunitarios sanadores, acogedores e inclusivos (redes vecinales, etc.) ⇒ Sinergias con el mundo local, los agentes sociales y económicos y la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> Las personas con discapacidad y sus familias tienen acceso a la información y servicios de salud destinados a prevenir problemas de salud. Las personas con discapacidad y sus familias reducen el riesgo de desarrollar problemas de salud, adoptando y manteniendo comportamientos y estilos de vida saludables. Las personas con discapacidad están incluidas y participan en actividades de prevención primaria, como programas de inmunización, para reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud o deficiencias adicionales. Todos los miembros de la comunidad participan en actividades de prevención primaria, como programas de inmunización, para reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud o deficiencias que pueden conducir a la discapacidad. Los programas de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) colaboran con el ámbito de la salud y de otros sectores, como la educación, para abordar problemas de salud y brindar apoyo y asistencia para las actividades de prevención. 	World Health Organization (2010) (World Health Organization, 2010)

Tabla 9. Elementos de la dimensión: Desarrollo, reconocimiento y participación de las profesionales.

Dimensión o línea estratégica y contenidos	Elementos que pueden ser de referencia	Definido por
⇒ Liderazgo de los profesionales en el desarrollo del nuevo modelo. ⇒ Reconocimiento económico y social. ⇒ Favorecer la autonomía de los equipos (con rendición de cuentas)	<ul style="list-style-type: none"> Construir una capacidad de fuerza laboral remunerada y no remunerada mediante la provisión de formación, soporte y oportunidades profesionales. 	World Health Organization (2019) (World Health Organization, 2019)
	<ul style="list-style-type: none"> Compensación equitativa, condiciones de trabajo atractivas y acceso a la formación y el avance dentro del sistema de atención médica para mejorar el reconocimiento de la prestación de cuidados, tal y como realizan las estructuras que fomentan la continuidad y las relaciones personales entre el cuidador o la cuidadora y la persona beneficiaria. Los estados deben ejercer un liderazgo responsable e imponer una supervisión adecuada para garantizar la calidad de la atención que ofrecen a los más vulnerables. 	World Health Organization (2002) (World Health Organization, 2002b)

Tabla 10. Elementos de la dimensión: Cambios en un nivel macro relacionados con la aplicación del nuevo modelo de cuidados de promoción de la autonomía y atención de larga duración

Dimensión o línea estratégica y contenidos	Elementos que pueden ser de referencia	Definido por
⇒ Desinstitucionalización (reducción de plazas residenciales). ⇒ Atención integrada social y sanitaria (organización territorial). ⇒ Soporte a las iniciativas de innovación en la provisión de servicios. Favorecer la diversificación. ⇒ Desburocratizar el sistema.	<ul style="list-style-type: none"> • Desinstitucionalización (reducción de plazas residenciales). • Atención integrada social y sanitaria (organización territorial). • Apoyo a las iniciativas de innovación en la provisión de servicios. Favorecer la diversificación. Desburocratizar el sistema. 	National Health Service (2019) (National Health Service in England, 2019)
⇒ Desinstitucionalización (reducción de plazas residenciales). o Atención integrada social y sanitaria (organización territorial). ⇒ Apoyo a las iniciativas de innovación en la provisión de servicios. Favorecer la diversificación. ⇒ Desburocratizar el sistema.	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso con la desinstitucionalización. • Cambio de actitud hacia las personas con discapacidad. • Cooperación activa entre los profesionales involucrados en el proceso de desinstitucionalización. • Disponibilidad de orientación para soportar el proceso de desinstitucionalización. • Organización práctica del proceso de desinstitucionalización. 	European Union Agency for Fundamental Rights (2018) (European Union Agency for Fundamental Rights, 2018)
	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar pautas para la implicación de los usuarios en la formulación y el desarrollo de las políticas. • Crear marcos de financiación que permitan la financiación compartida de los servicios integrados. • Soportar la creación de únicos puntos de acceso entre distintos sectores de servicios. • Crear incentivos para involucrar al conjunto de cuidadores y voluntarios informales. • Dotar a los profesionales de habilidades relevantes para implementar los servicios integrados. • Desarrollar caminos transparentes y efectivos para los usuarios y usuarias. • Establecer acuerdos de liderazgo para la cooperación intersectorial. 	European Social Network (2016) (Lara et al., 2016)

Tabla 11. Elementos de la dimensión: La gobernanza y la gestión de la mejora y el conocimiento: decisiones de compra de servicios basadas en la evidencia.

Dimensión o línea estratégica	Elementos que pueden ser de referencia	Definido por
⇒ Planificación, calidad y transparencia. ⇒ Investigación e innovación. ⇒ Sistemas de calidad generalizados con la aplicación de estrategias de implementación de cambios a gran escala. ⇒ Sistemas de información integrados para dar respuesta a la gestión individual y poblacional. ⇒ Evaluación de las políticas y consideración de su impacto.	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir la investigación sobre la efectividad y la eficiencia de los servicios integrados. • Llevar a cabo proyectos de investigación participativa. • Formar a estudiantes e investigadores jóvenes sobre los beneficios de la investigación aplicada. 	European Social Network (2016) (Lara et al., 2016)

Es fundamental tener en cuenta que las innovaciones que se realicen en el marco de la homologación de servicios han de alejarse en cierta medida de las iniciativas de "mejores prácticas" si éstas no están adaptadas al entorno local, y enfocarse en definir la iniciativa "más adecuada para el propósito" que se pretende con la homologación de las entidades prestadoras de servicios de cuidados para personas con dependencia funcional (Ilinca S., Simmons C., Zonneveld N., Benning K., Comas-Herrera A., Champeix C., Nies H., 2021). Se ha de tener en cuenta que la innovación exitosa en el ámbito del cuidado a largo plazo se construye a través del proceso de identificar ideas innovadoras, adaptándolas para que coincidan con las características de los entornos locales y creando un marco de políticas flexible (que incluye aspectos regulatorios, financieros y operativos) que respalda la implementación local. (Ilinca S., Simmons C., Zonneveld N., Benning K., Comas-Herrera A., Champeix C., Nies H., 2021).

En esta misma línea, cabe destacar el marco conceptual propuesto por el *European Centre for Social Welfare Policy and Research* (Birtha & Sandu, 2021), dónde se incluyen criterios de calidad en el ámbito del entorno comunitario, la atención domiciliaria y los servicios de salud y servicios sociales brindados en la comunidad, de forma acorde al sistema cultural de valores de cada sociedad. Este hecho es soportado también por la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (UN CRPD). (Organización de Estados Americanos, 2015), (United Nations, 2022).

También conviene tener en cuenta los criterios recomendados para escoger buenas prácticas adaptadas al contexto local en relación a la prestación de servicios. En este sentido, Birtha y Sandu del *European Centre for Social Welfare Policy and Research* proponen tener en cuenta los siguientes criterios en el ámbito de cuidados de larga duración para personas mayores. Ver tabla siguiente.

Tabla 12. Marco conceptual para identificar buenas prácticas adaptadas en el contexto local para la atención integrada del adulto mayor (Birtha & Sandu, 2021)

Dimensiones	Criterio	Medidas
Principios básicos de buenas prácticas en la prestación de servicios	No discriminación Enfoque participativo Enfoque centrado en la persona Inclusión y sensibilidad de género	<ul style="list-style-type: none"> • Plan profesional / código de conducta • Plan de atención individual / Administración de casos
Evaluación de buenas prácticas en la prestación de servicios	Relevancia	<p>La naturaleza de la atención/apoyo proporcionado para satisfacer las necesidades individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tipo de servicios disponibles en una comunidad (por ejemplo, atención integrada) • Número de personas mayores de 65 años en una comunidad que reciben servicio • Características demográficas de los beneficiarios, como nivel educativo, composición del hogar, género, nivel de dependencia
	Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del beneficiario/satisfacción del usuario • La calidad de la atención • Participación en la toma de decisiones sobre la planificación y gestión de servicios, aumento de la autodeterminación, participación en más actividades o interacciones sociales • Disminución en el grado de apoyo informal y de la carga del cuidador, incluyendo
	Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de recursos humanos • Uso de recursos técnicos • Uso de los recursos disponibles a nivel comunitario (por ejemplo, trabajo voluntario, apoyo informal) • Uso de recursos financieros
	Impacto	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la calidad de vida y esperanza de vida saludable • Reducción del nivel de dependencia, aumento del autocuidado, capacidad funcional y autonomía, mejora de la seguridad personal • Cambio en las tasas de hospitalización (no planificada) y la tasa de admisión a hogares de atención residencial, menor dependencia del sistema de atención médica aguda
	Sustentabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Factores del programa/servicio • Factores organizacionales • Factores comunitarios

4.6 PRINCIPALES TIPOLOGÍAS DE SERVICIOS PRESTADORES DE CUIDADO

Para el desarrollo de criterios de calidad adaptados a los diferentes servicios que prestan cuidados para personas con dependencia funcional en entorno comunitario, se ha de tener en cuenta las diferentes tipologías de servicios sobre los cuáles se ha de incidir para garantizar una adecuada prestación de servicios.

Los servicios de apoyo en el domicilio son una pieza angular dentro de los servicios de apoyo a la dependencia (Jara & Chaverri-Carvajal, 2020), (Aranco & Ibarrarán, 2020), y no se puede desarrollar una política de cuidado sin priorizar una estrategia integrada de prestaciones de servicios sociales y sanitarios en un entorno comunitario interrelacionado en el marco del territorio. Ver tabla siguiente.

Tabla 13. *Tipos de servicios de atención domiciliaria prestados por los sectores de la salud y la atención social (Birtha & Sandu, 2021), (O'Dwyer, 2017)*

Servicios de atención domiciliaria prestados por los sistemas de atención de salud
<ul style="list-style-type: none"> → Rehabilitación → Atención de enfermería de apoyo → Cuidados de enfermería promotores de la salud → Cuidados de enfermería preventivos de problemas de salud → Atención técnica de enfermería tanto para condiciones crónicas como agudas (por ejemplo, cambio de estomas o colocación de prótesis) → Servicios del hospital en el hogar → Servicio de hospitalización a domicilio → Terapia ocupacional → Fisioterapia
Servicios de atención domiciliaria prestados por el sistema de servicios sociales
<ul style="list-style-type: none"> → Tareas domésticas (por ejemplo, compras, cocina, limpieza y trámites administrativos como completar formularios y pagar facturas) → Actividades como socializar o salir a caminar y brindar cuidado personal (ayuda para bañarse y vestirse, etc.), incluyendo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD/AIVD) → Cuidado de relevo para cuidadores informales → Asesoramiento y educación que se requiera en el propio entorno para la persona, familia y personas cuidadoras principales
Lista de otros servicios basados en la comunidad ¹²
<ul style="list-style-type: none"> → Asistente personal → Adecuaciones de viviendas → Ayudas técnicas y tecnologías de soporte o apoyo → Protección/defensa a nivel individual en personas en situaciones de posible riesgo de maltrato o abuso → Intervención en crisis y servicios de emergencia → Descansos cortos, servicios de respiro. → Apoyo de voluntarios entrenados para dar apoyo a personas y sus familiares/cuidadores → Servicios de ayuda a domicilio y atención domiciliaria → Centros de día/Centros de vida → Comidas a domicilio → Enfermería domiciliaria

¹² Fuente: (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012)

En cuanto a la **provisión de servicios de atención a la dependencia**, es fundamental reconocer que para distintos contextos y niveles de dependencia son más adecuados diferentes tipos de servicios. Las principales categorías identificadas para América Latina en la publicación de *Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo, son: (Cafagna et al., 2019)

1. Servicios en residencias, *para corto y largo plazo, incluyendo las plazas de respiro* ^{13,14}. En algunos casos se conceptualiza solo como centros de larga estancia, que incluyen geriátricos, centros de protección, centros de bienestar, asilos y hogares geriátricos y gerontológicos.
2. Centros/ servicios de atención, apoyo y cuidado en el domicilio y viviendas con apoyo con diferentes modalidades de prestación de servicios (comunidades substitutas de apoyo, cohousing, hogares tutelados, etc.) ¹⁵
3. Servicios en centros de día *o de atención diurnos, contemplando los centros de vida y los centros de día* ¹⁶
4. Servicios de teleasistencia ¹⁷
5. Servicios para cuidadores ¹⁸

En el marco de los derechos de personas con discapacidad, emerge un nuevo concepto de servicios vinculados a la promoción de la autonomía, y que conviene contemplar en la presente propuesta, aunque estos no se encuentren conceptualizados en la propuesta inicial del BID dentro de los espacios de prestación de servicios sociosanitarios en el territorio colombiano:

6. La figura del ASISTENTE PERSONAL (Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física PREDIF, 2019), (Moya, 2017)
7. Los centros de promoción de la autonomía

¹³ Son servicios prestados en instalaciones que incluyen alojamiento. Las residencias a largo plazo ofrecen un paquete integral de servicios de apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y, usualmente, servicios de salud más complejos. Por esta razón, las residencias a largo plazo se orientan hacia personas con un nivel severo de dependencia.

¹⁴ En cursiva los elementos que se han añadido a la conceptualización inicial del BID.

¹⁵ Son servicios prestados en el hogar donde reside la persona. El eje de esta categoría de servicios es la presencia de un asistente personal que apoya en la realización de actividades básicas e instrumentales. Además, se pueden incluir servicios de ayuda para la realización de tareas domésticas y entrega de alimentos. Se pueden ofrecer a personas con nivel de dependencia severo, moderado o leve.

¹⁶ Son servicios que se brindan en instalaciones que no incluyen alojamiento. Los centros de día usualmente se enfocan en actividades preventivas y recreativas y no en brindar apoyo para realizar actividades de la vida diaria; por lo tanto, en muchos casos, se utilizan como complemento a los servicios en el domicilio. Su población objetivo son personas con dependencia leve o sin dependencia.

¹⁷ Son servicios brindados a distancia a través de tecnologías de información. Los servicios de teleasistencia (o telecuidado) apuntan a proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias, alarmas personales, administradores de medicamentos, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas o detectores de temperatura, humo y fugas de agua. Debido a que los servicios de teleasistencia no resuelven la necesidad de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, se suelen considerar como un complemento a los servicios en el domicilio. Están usualmente dirigidos a personas con dependencia moderada o leve y/o con enfermedades crónicas.

¹⁸ Son servicios que buscan apoyar a las personas que cuidan sin remuneración (en la mayoría de los casos, familiares). Estos servicios apuntan a mejorar el desempeño y la carga de trabajo de los cuidadores que, a menudo, se encuentran en situaciones de estrés y aislamiento, descuidan su salud y tienen dificultades para mantener sus estudios o trabajos. Los servicios para cuidadores incluyen servicios de capacitación, asesoría y respiro. Estos últimos consisten en relevar de forma temporal al cuidador para permitir su descanso.

Dado que la prestación de servicios de cuidado y asistencia personal para personas con dependencia funcional se prestan en el domicilio de la propia persona, conviene tener en cuenta las regulaciones existentes en esta materia. En esta línea se aconseja consultar:

- Informe de investigación del 2021 de la *Health Information and Quality Authority* (HIQA) de Irlanda sobre esta materia: Regulation of homecare: Research Report (abridged) December 2021. Health Information and Quality Authority (HIQA), Dublin, Irlanda. <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2021-12/Regulation-of-Homecare-Research-Report-Short-version.pdf>
- Política del Gobierno de España en relación a la atención domiciliaria: Memoria 2019: Ver a partir de página 102. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/memorias-pc/MemoriaPlanConcertado_2019-2020.pdf
- El Modelo de atención integral en entorno domiciliario diseñado en Cataluña: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/domiciliaria/model-aiss-entorn-domiciliari.pdf>
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (2007). 100 recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del servicio de atención a domicilio. Grupo de trabajo. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología: criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores, España. https://www.segg.es/media/descargas/100_recomendaciones_para_mejora_servicio_atencion_a_domicilio_grupo_decalidad.pdf
- Normas UNE 158000 de Certificación de servicios sociales, concretamente la Norma de Ayuda a domicilio: [UNE 158301](#): 2015. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos.

En cuanto al marco de calidad de la atención residencial, el Institut of Medicine (IOM), en su publicación del 2022 *"The National Imperative to Improve Nursing Home Quality. Honoring Our Commitment to Residents, Families, and Staff"*, incluye en el marco conceptual de las residencias los elementos claves de inputs, procesos y resultados en los diferentes grupos de interés. Ver figura siguiente.

En revisión

MODELO CONCEPTUAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

La visión del comité es que los residentes de hogares de personas mayores reciban atención en un entorno seguro que respete sus valores y preferencias, aborde los objetivos de la atención, promueva la equidad y evalúe los beneficios y riesgos de la atención y los tratamientos.

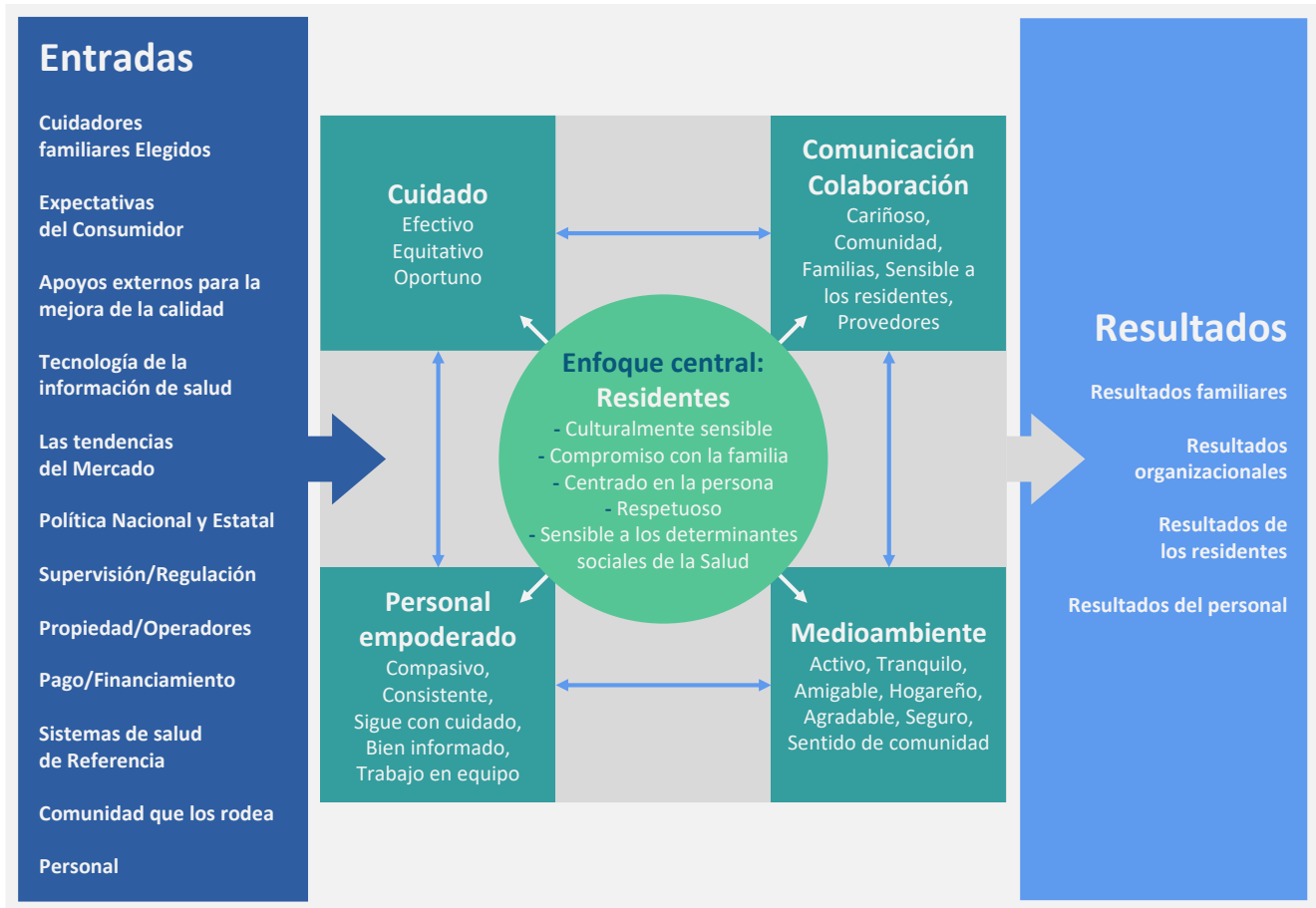


Figura 3. Modelo conceptual de mejora de la calidad del cuidado en residencias. Institut of medicine. (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2022)

Entre otras normas que conviene tener en cuenta están las Normas UNE 158000 de Certificación de servicios sociales. Estas Normas UNE 158001, establecen una serie de procesos básicos. (Asociación Española de Normailización y Acreditación, 2015)

- Centros residenciales: Norma [UNE 158101](#): 2015. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos.
- Centros de día/noche: [UNE 158201](#): 2015. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de centros de día y de noche. Requisitos.
- Teleasistencia: [UNE 158401](#): 2007. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de teleasistencia. Requisitos.

En relación con la experiencia en Colombia en la definición de las modalidades de atención a la primera infancia de los servicios de educación inicial, cuidado y nutrición, merece la pena analizar el desarrollo de las modalidades de atención para garantizar la atención integral como una experiencia nacional, y se aconseja consultar los siguientes documentos de referencia que han estado consensuados en el marco del trabajo conjunto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para la definición de los manuales operativos para la atención a la primera infancia:

- **Modalidad institucional:** Incluye Servicios de Educación inicial en el marco de la atención integral: Centros de Desarrollo Integral CDI; Hogares Infantiles HI; Jardines Sociales, Hogares Empresariales; atención a niños y niñas hasta los 3 años de edad hijos de mujeres privadas de la libertad, mujeres gestantes y madres lactantes en establecimientos de Reclusión; Preescolar integral Servicio de atención tradicional: Hogares Comunitarios de Bienestar Múltiples.
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/mo12.pp_manual_operativo_modalidad_institucional_v2.pdf
- **Modalidad comunitaria:** Incluye Servicios de Educación Inicial en el marco de la Atención Integral: Hogares Comunitarios de Bienestar-HCB, Hogares Comunitarios de Bienestar Agrupados, Unidades Básicas de Atención- UBA y Hogares Comunitarios de Bienestar Integrales.
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/documentos-construccion/mo15pp_manual_operativo_modalidad_comunitara_v6.pdf
- **Modalidad familiar** para la atención a la primera infancia: Incluye Servicio de Educación Inicial en el marco de la atención integral: Desarrollo Infantil en Medio Familiar-DIMF Servicio de atención tradicional: Hogar Comunitario de Bienestar Familia Mujer e Infancia, HCBF-FAMI.
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/mo13.pp_manual_operativo_modalidad_familiar_para_la_atencion_a_la_primera_infancia_v2.pdf
- **Modalidad propia e intercultural:** Modalidad Propia e Intercultural para Comunidades Étnicas y Rurales.
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/mo14.pp_manual_operativo_modalidad_propia_e_intercultural_v1.pdf

En cuanto al catálogo de servicios que se incluyen en programas de atención integrada en entorno domiciliario, se cita el ejemplo del Programa de atención integrada en el entorno domiciliario (PAID) consensuado con todos los diferentes actores clave en Catalunya publicado este 2022. Este catálogo lo conforman el conjunto de los servicios vinculados a la atención domiciliaria de las carteras de servicios sociales y de salud, y los servicios adicionales que se puedan generar de forma conjunta entre ambos sistemas. Asimismo, se incluyen las acciones de soporte a otros programas o servicios que se desarrollen en el entorno domiciliario.

Tabla 14. Principales ámbitos y objeto de los servicios incluidos en el Catálogo de servicios de la atención integrada en el entorno domiciliario del PAID. (Departament de Salut i Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, 2022)

ÁMBITO	N	OBJETO
Ámbito de atención y apoyo a la persona	1	Valoración, diagnóstico e identificación de necesidades
	2	Elaboración, implementación, seguimiento y evaluación del plan de atención
	3	Apoyo y promoción de la autonomía y cuidado de la persona
	4	Apoyo en la adquisición y recuperación de hábitos sociales y personales
	5	Atención sanitaria y apoyo en la prestación de servicios por el mantenimiento y cuidado de la salud
	6	Atención ante situaciones de crisis y urgencia
	7	Atención psicosocial
	8	Atención al final de la vida
	9	Tecnologías de apoyo y cuidado
	10	Transporte sanitario y adaptado
	11	Apoyo económico
Ámbito de apoyo al hogar y mejora de la accesibilidad del entorno donde vive la persona	12	Atención doméstica en el hogar
	13	Adaptación, supresión de barreras y soporte tecnológico en el hogar
	14	Mejora de la accesibilidad en el entorno
Ámbito de promoción y apoyo a cuidadores y cuidadoras no profesionales o informales	15	Promoción y mejora de las competencias del rol cuidador
	16	Apoyo a las personas cuidadoras
Ámbito de apoyo a la unidad de convivencia / unidad familiar	17	Apoyo a relaciones con el entorno familiar
	18	Apoyo ante posibles situaciones de riesgo o maltrato o abuso
Ámbito de apoyo a la intervención comunitaria relacionada con el entorno domiciliario	19	Apoyos dirigidos a la comunidad y vecindario
	20	Apoyo en estrategias comunitarias transversales

Nota: en Anexo 2 del documento “Producto 3: Elementos básicos que integran la red prestadora de servicios y propuesta de insumos normativos para la conformación de una red de prestadores de servicios de cuidado y asistencia personal en el país”, se puede ampliar esta información.

Tener este marco conceptual presente a la hora de priorizar estándares de calidad puede ser de una enorme ayuda en el proceso de unificación de criterios del grupo de trabajo que realice la propuesta.

Es necesario que este catálogo de servicios se articule en cada territorio teniendo en cuenta las diferentes iniciativas, programas y servicios de atención domiciliaria existentes, así como los criterios recomendados de indicación, cobertura, intensidad y priorización efectuados en el marco de este modelo y de la valoración de la situación, circunstancias y recursos territoriales.

4.7 LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA COMO EJE ESTRATÉGICO DEL CUIDADO

Los procesos de atención como elementos de soporte a la atención centrada en la persona serán desarrollados teniendo en cuenta el marco conceptual de atención centrada en la persona de Santana.

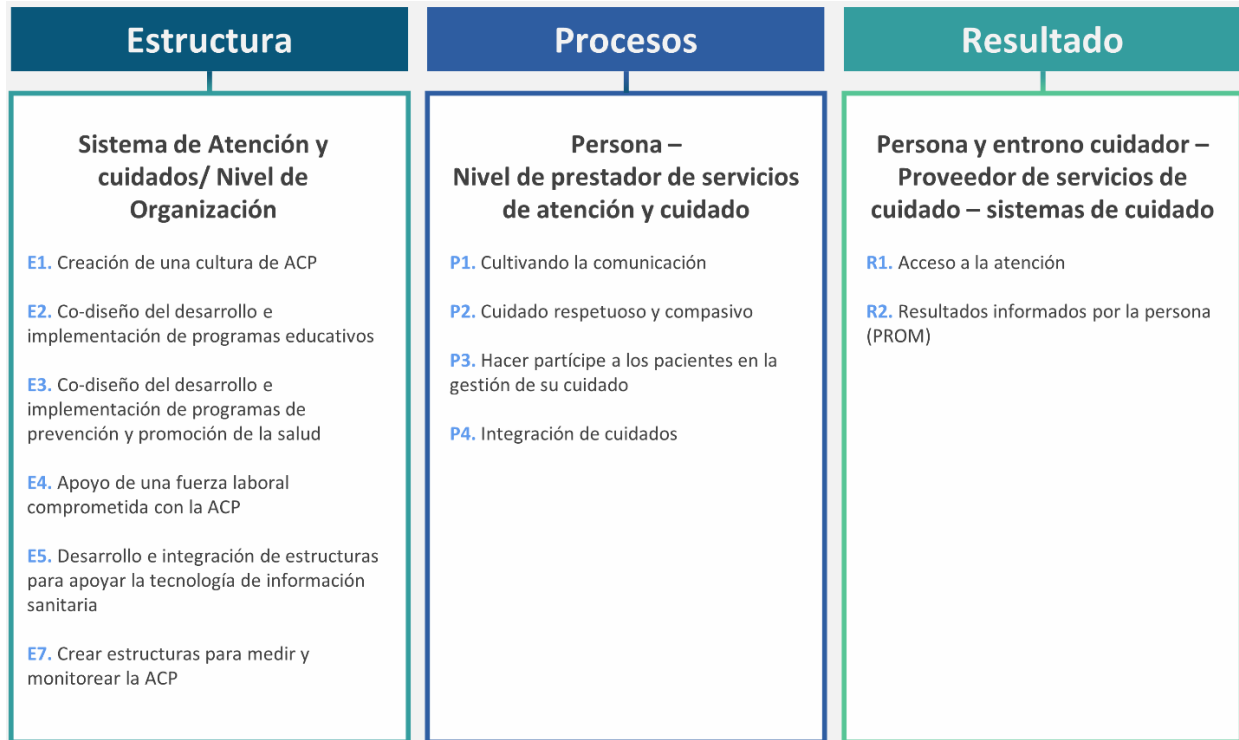


Figura 4. Marco conceptual para poner en práctica la ACP (Santana et al., 2018) (Santana et al., 2018)

Teniendo en cuenta las dimensiones del *Picker Institute*, existen **elementos comunes** que también serán aquí abordados, especialmente los que hacen referencia a las dimensiones de información, participación, apoyo emocional, respeto y adecuación del entorno. (Paparella, 2016) (One view, 2015).

1. Acceso rápido a consejos de salud confiables
2. Tratamiento efectivo brindado por profesionales de confianza
3. Continuidad del cuidado y transiciones suaves
4. Participación y apoyo de familiares y cuidadores
5. Información clara y comprensible y apoyo para el autocuidado
6. Implicación en las decisiones y respeto a las preferencias del paciente
7. Apoyo emocional, empatía y respeto
8. Atención a las necesidades físicas y ambientales

Además, un enfoque de atención centrado en la persona implica tener en cuenta un **enfoque diferencial** desde diferentes perspectivas. En esta línea, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Oficina de Promoción Social, 2015) partiendo del reconocimiento de la diversidad de la población con dependencia y

discapacidad, tiene en cuenta de forma explícita los siguientes factores de vulnerabilidad que interactúan con las características y capacidades de personas y comunidades que se han de tener en cuenta en la formulación de políticas, planes de acción y demanda de una atención diferencial: género, edad, pertenencia étnica, localización geográfica, situación socio económica y situaciones de vulnerabilidad como el conflicto armado, las emergencias y los desastres, y de acuerdo con las necesidades de apoyo que cada persona.

Adicionalmente, en este enfoque diferencial conviene también tener en cuenta:

1. La **atención centrada en la persona** marca un primer gran derrotero para la planificación por preferencias, valores, nivel de autonomía/dependencia, con diferentes intensidades de apoyo y sus capacidades, **teniendo en cuenta el abordaje poblacional** en la gestión del cuidado.
2. **Niveles de complejidad y de concurrencia social y sanitaria** del perfil de las personas que requieran apoyo en el cuidado, teniendo en cuenta la situación en la cual se encuentra (persona con diversidad funcional - física, cognitiva, sensorial-, persona en procesos de emancipación que requiera asistencia personal, persona con enfermedad avanzada/fin de vida, persona con demencia, persona con un trastorno de salud mental y adicciones, etc.).
3. **Ámbito de dispersión territorial y localización geográfica** (grandes ciudades, ciudades intermedias, pequeñas localidades, ámbito rural en sus dos acepciones en función del grado de dispersión geográfica, u otro tipo de clasificación prevista por salud, protección social o el DANE).
4. El **abordaje interseccional** por géneros, edad, nivel socioeconómico, etnias, clase social, y otros factores relacionados con los determinantes de salud, han de ser tenidos en cuenta de forma transversal en el documento.
5. La política de cuidados se dirige a **todas las etapas vitales**, desde antes de nacer hasta cuidar al que queda después del final de la vida.
6. La política del cuidado abarca **diferentes entornos comunitarios** dónde vive o recibe cuidados la persona: domicilio, viviendas comunitarias, centros día, centros vida, hogares de baja intensidad (hogares gerontológicos), hogares geriátricos o residencias de mayor intensidad, ...
7. El enfoque de habilitación incluye a las **entidades públicas, privadas y de financiación mixta**.
8. La política de habilitación incluye a **todos los estratos sociales** y no tan solo a las clases económicas más vulnerables, dado que todos los colombianos somos iguales ante la ley y tenemos igualdad de oportunidades para recibir unos cuidados de calidad en el ámbito de los cuidados, pero que luego en el ámbito de cartera de servicios se podrá explicitar los servicios que sean de cobertura universal, o determinados servicios que requieran sistema de copago, o que estén dirigidos a un determinado grupo poblacional.
9. La definición de la **cartera de servicios en el espacio sociosanitario** condicionará también los criterios de habilitación de las entidades prestadoras de cuidados, y por tanto, el presente ejercicio retroalimentará otros espacios.
10. **Normativas propias aplicables a cada territorio** en material de salud y protección social, y otras normativas aplicables.

Dado que la atención centrada en la persona ha sido trabajada con gran detalle en otras monografías, aquí se recoge la importancia de abordar el tema de forma transversal y nuclear en el diseño de estándares y criterios de calidad, tal y como se reconoce por el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia que indica que se requiere una política de estado centrada en el paciente. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2020).

Además, en este marco de iniciativas de la atención centrada en la persona, es fundamental tener en cuenta **el enfoque de calidad de vida** como un paradigma clave que orienta la construcción del sistema de cuidados. A continuación, se presentan las dimensiones de calidad de vida centradas en la persona de Shalock y Verdugo.

Tabla 15. Dimensiones e indicadores de calidad de vida centrados en la persona de Shalock y Verdugo (Shalock & Verdugo, 2002)

DIMENSIONES CV	INDICADORES
Bienestar emocional	Satisfacción (ánimos, diversión) Autoconcepto (identidad, autoestima) Falta de estrés (predicción y control)
Relaciones interpersonales	Interacciones (redes sociales, contactos sociales) Relaciones (familia, amigos, iguales) Soportes (emocionales, físicos, financieros, retroalimentación)
Bienestar material	Situación financiera (ingresos, beneficios) Trabajo (situación laboral, ambiente de trabajo) Vivienda/lugar de vida (tipo de residencia, propiedad)
Desarrollo personal	Educación (realización, estatus) Competencia personal (cognitiva, social, práctica) Desarrollo (éxito, realización, productividad)
Bienestar físico	Salud (funcionamiento, síntomas, buena forma, nutrición) Actividades cotidianas (habilidades de autocuidado, movilidad) Ocio (recreación, aficiones)
Inclusión social	Autonomía, control personal (independencia) Metes y valores personales (deseos, expectativas) Elecciones (oportunidades, opciones, preferencias)
Autodeterminación	Integración con la comunidad y participación Roles comunitarios (donante, voluntario) Apoyos sociales (apoyo a las redes, servicios)
Derechos	Derechos Humanos (respeto, dignidad, igualdad) Derechos legales (ciudadanía, acceso, procesos adecuados)

4.8 LA ATENCIÓN INTEGRADA Y EL TRABAJO EN RED COMO EJE ESTRATÉGICO DEL DESARROLLO DE LA POLÍTICA DEL CUIDADO EN COLOMBIA

La OMS ha creado una línea de trabajo de atención integrada vertical y horizontal en diferentes ámbitos de la atención, destacando iniciativas como la de la atención integrada para las personas mayores (ICOPE), dónde se refuerza el apoyo a los servicios a nivel comunitario, contribuyendo a dar un apoyo integrado a los sistemas de atención social y de salud más amplios para responder de manera efectiva a las necesidades diversas y complejas de las personas mayores. (Integrated care for older people (ICOPE), 2019), (World Health Organization, 2019) Entre las acciones necesarias para implementar ICOPE se incluyen a nivel meso el involucrar y empoderar a las personas y las comunidades, el apoyar la coordinación de los servicios prestados por proveedores multidisciplinarios, el orientar los servicios hacia la atención comunitaria, y a nivel macro, el fortalecer los sistemas de gobernanza y rendición de cuentas, así como habilitar el fortalecimiento a nivel del sistema (World Health Organization, 2019).

La integración de la atención social y de la salud incluye la contribución y trabajo conjunto con otros sectores, como la vivienda, transporte y movilidad, la accesibilidad urbana, el sistema educativo y el ámbito laboral entre otros para garantizar una coordinación y eficiencia óptimas. En la revisión efectuada por el grupo de

envejecimiento activo y saludable del *Interreg Alpine Space programme (2020)* ¹⁹, (Müllauer et al., 2020), identificaron 7 marcos conceptuales que ayudan a entender el alcance de los componentes de la atención integrada de las personas con dependencia funcional y que requieren apoyo para promover, mantener, recuperar o suplir con apoyo los casos que requieran cuidados por pérdida de autonomía.

Tabla 16. Principales dimensiones incluidos en el Grupo de trabajo ASTAHG sobre envejecimiento activo y saludable para la promoción de la autonomía (Müllauer et al., 2020)

Informe	Dimensiones
OMS (2002) (World Health Organization, 2002a)	Active Ageing Framework (AAF) <ul style="list-style-type: none"> • Salud • Participación • Seguridad de la atención
UNECE (2019) (UNECE, 2020), (UNECE, 2021)	Active Ageing Index (AAI) <ul style="list-style-type: none"> • Empleo • Participación en la Sociedad • Vida Independiente, Saludable y Segura • Capacidad y entorno propicio para el envejecimiento activo
HelpAge International (Scobie et al., 2015)	Global AgeWatch Index (GAWI) <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad de ingresos • Estado de salud • Empleo y Educación • Ambiente adecuado
WHO (2007) (World Health Organization, 2007a)	Age Friendly City Framework (AFC) <ul style="list-style-type: none"> • Espacios al aire libre y edificios • Transporte • Alojamiento • Participación social • Respeto e Inclusión Social • Participación Ciudadana y Empleo • Comunicación e Información • Servicio Comunitario y de Salud
Bertelsmann Stiftung (2020) (Sozialplanung für Senioren Startseite, 2022)	Social Planning for Senior Citizens (SoSe) <ul style="list-style-type: none"> • Datos Demográficos y Socioestructurales • Participación y Compromiso Cívico • Vivienda y estilo de vida • Educación y Cultura • Salud y Cuidado
WHO (2015) (World Health Organization, 2015a)	Measuring the age – friendliness of cities (AFCI) <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad del entorno físico • Inclusividad del entorno social
WHO Europe (2018) (World Health Organization for Europe, 2018)	Age-friendly environments in Europe (AFEE) <ul style="list-style-type: none"> • Ambientes al aire libre • Transporte y movilidad

¹⁹ Nota: Los 7 marcos conceptuales analizados fueron: 1. Active Ageing Framework (AAF, WHO); 2. Active Ageing Index (AAI, UNECE); 3. Global Age-Watch Index (GAWI, HelpAge International); 4. Age Friendly City Index (AFC, WHO); 5. Tool for Social Planning for Senior Citizens (SoSe, Bertelsmann Stiftung), 6. Measuring the age-friendliness of cities (AFCI, WHO); and 7. Age-friendly environments in Europe (AFEE, WHO)

Informe	Dimensiones
	<ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento • Participación social • Inclusión social y no discriminación • Compromiso cívico y empleo • Comunicación e información • Servicios comunitarios y de salud • Salud y bienestar de las personas mayores

Esta variedad de dimensiones implicadas en el cuidado representa un reto a la hora de definir el alcance de un sistema de habilitación de entidades prestadoras de servicios de cuidados dada la multidimensionalidad de sectores y agentes implicados en la implementación de una política de cuidado integrada.

También conviene tener presente los principios generales de un sistema integrado de cuidados a largo plazo en el ámbito de los cuidados propuesto por la OMS dentro de su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, son los siguientes: (World Health Organization, 2015b).

1. La atención a largo plazo debe ser asequible y accesible. Debe prestarse especial atención a garantizar que las personas pobres y marginadas puedan acceder a los servicios.
2. Los cuidados a largo plazo deben defender los derechos humanos de las personas mayores que dependen de cuidados. La atención debe brindarse de manera que mejore la dignidad de las personas mayores y permita su autoexpresión y, cuando sea posible, su capacidad para tomar decisiones.
3. Siempre que sea posible, los cuidados a largo plazo deben mejorar las capacidades intrínsecas de las personas mayores.
4. La atención a largo plazo debe estar centrada en la persona. Debe orientarse en torno a las necesidades de la persona mayor más que a la estructura del servicio.
5. El personal de atención a largo plazo, remunerado y no remunerado, debe recibir un trato justo y debe recibir el estatus social y el reconocimiento que merece.
6. Los gobiernos nacionales deben asumir la responsabilidad general de la administración de los sistemas de atención a largo plazo.

Dado que la política de la atención integrada es reconocida a nivel mundial como un ingrediente fundamental del desarrollo de una política del cuidado a corto y largo plazo, a continuación, se presenta el marco conceptual sobre atención integrada publicado el pasado 2021. Ver figura siguiente:

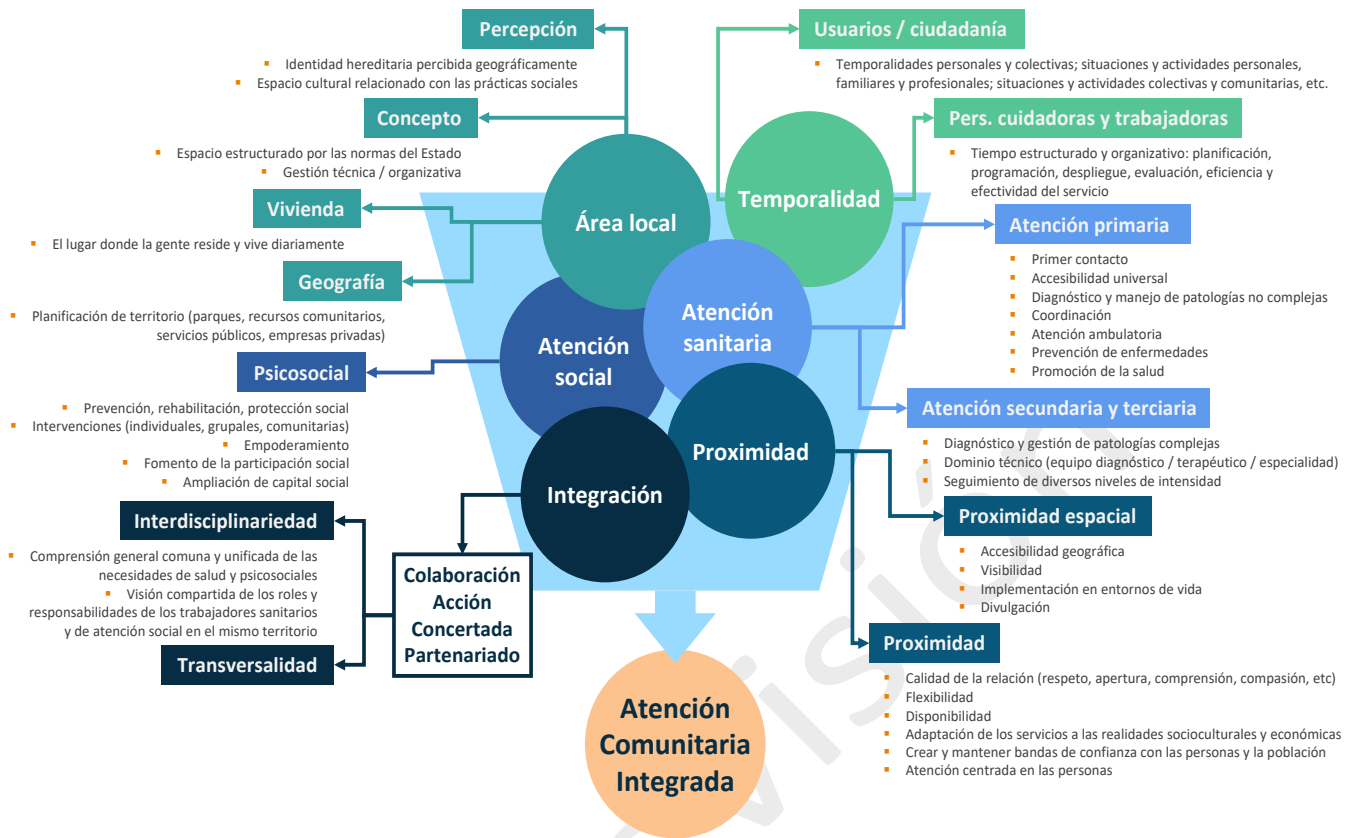


Figura 5. Marco conceptual de la atención integrada. (Thiam et al., 2021)

Este marco ayuda a tener en cuenta las dimensiones y áreas relevantes que han de ser tenidas en cuenta en el diseño de criterios de calidad de entidades prestadoras de servicios de cuidados, y ayuda a definir en la siguiente fase el marco de análisis para definir los estándares y criterios de calidad para la habilitación de entidades prestadoras de cuidado.

Para evaluar la atención integrada de salud, la OMS propone evaluar 4 grandes dimensiones relacionadas con las necesidades de salud y sociales de la población, el rendimiento de los procesos de atención, la prestación de los servicios y los facilitadores del sistema. Ver figura siguiente:



Figura 6. Marco para evaluar la prestación integrada de la atención de larga duración (Tello et al., 2019)

En este contexto, cabe remarcar las recomendaciones de atención integrada de la Comisión Europea que incluyen como relevantes los siguientes temas: (European Commission, 2012).

- La importancia de la organización social y sanitaria
- Los recursos y las políticas
- El apoyo a la autogestión y al autocuidado
- El diseño del sistema de prestación de servicios
- El apoyo a la toma de decisiones
- Sistemas de información asistencial

Además, en la organización del sistema de atención integrado es muy importante tener en cuenta el enfoque individual de atención centrada en la persona y el enfoque poblacional (ver figura siguiente):

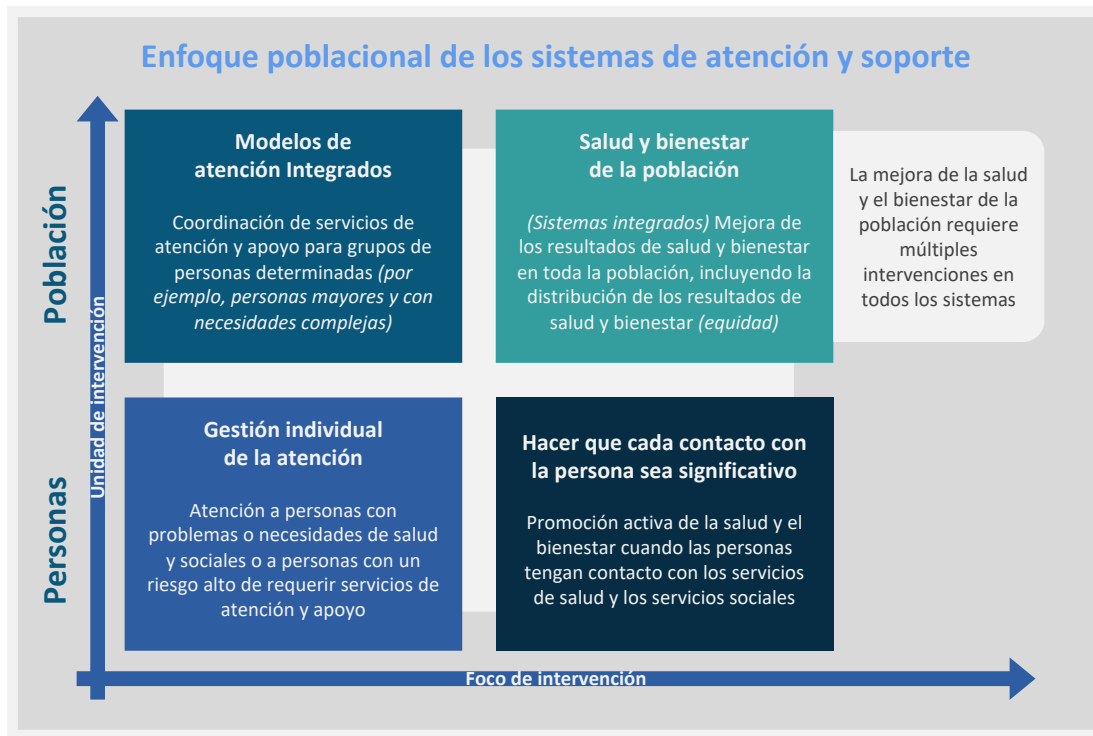


Figura 7. Enfoque poblacional y ACP – Atención centrada en la persona “Un trabajo con 4 frentes”. (Ham, 2018)

Dado el peso que tienen la atención integrada y el trabajo en el entorno comunitario, en la figura siguiente se presenta los elementos claves para la mejora de la continuidad de la atención en el marco de la atención integrada.

Continuidad interpersonal	Continuidad longitudinal	Continuidad de la gestión	Continuidad informativa
<ul style="list-style-type: none"> Relación continua y de confianza entre proveedores, personas atendidas o que requieran apoyo en el cuidado y personas cuidadoras Atención por los mismos proveedores centrales para todas las necesidades de atención Atención flexible, constante y adaptable a lo largo del proceso Atención adaptada al comportamiento, las creencias personales y culturales de las personas y las influencias familiares 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación del alta desde el ingreso Atención y seguimiento por un profesional o equipo en todos los ámbitos o niveles asistenciales Enlaces y estrategias de derivación para profesionales de atención Navegador de atención o conector comunitario Apoyo por cuidador informal o red social 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de casos en todos los sectores Atención colaborativa compartida por un equipo interdisciplinario Búsqueda de casos y detección de personas de alto riesgo Monitoreo proactivo y regular de las condiciones a largo plazo Planificación de la atención con las perspectivas y recomendaciones de múltiples proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación positiva entre la persona atendida y el proveedor; personas informadas de qué y por qué su atención está cambiando Información compartida entre proveedores y entornos para garantizar la “memoria colectiva” Registros de atención compartidos y sincronizados Protocolos clínicos estandarizados y comunes en todos los entornos de atención

Figura 8. Gama de enfoques e intervenciones para lograr la continuidad de la atención (World Health Organization, 2018)

El rango de intervenciones para optimizar la coordinación del cuidado incluye según recomendaciones de la OMS en su informe del 2018 de continuidad y coordinación del cuidado:(World Health Organization, 2018)²⁰:

1. Coordinación secuencial: Planes de atención intersectoriales y planificación del alta, Sistemas tecnológicos para promover la transferencia de información y el intercambio de atención entre entornos, Co-ubicación de profesionales multidisciplinares, Punto de entrada único compartido y colaborativo para la atención, Vías y procesos de derivación de atención primaria y especializada, Implicación de la atención especializada y análisis de casos.
2. Coordinación en paralelo: Equipos interdisciplinarios, Funciones de coordinación de la atención (p. ej., gestores de caso y de la atención, navegadores del sistema), Herramientas de evaluación formales (p. ej., establecimiento de objetivos, evaluaciones geriátricas), Planes de atención individualizados y personalizados, Apoyo para la autogestión (*self-management*), Especialistas de apoyo y capacitación.
3. Sistema de facilitadores para mejorar la coordinación: Clarificación de roles y acuerdos dentro y entre sectores (p. ej., acuerdos de responsabilidad, vías de atención y protocolos), Capacitación y educación colaborativa de los proveedores para mejorar las habilidades y la competencia, Herramientas de mejora de la calidad para evaluar y mejorar la coordinación, Habilitadores tecnológicos para la coordinación de la atención.

En revisión

²⁰ Nota: en este mismo reporte, se indica la definición de estos dos términos:

La Continuidad de la atención: refleja la medida en que las personas experimentan una serie de eventos discretos de atención de la salud como coherentes e interconectados a lo largo del tiempo y en consonancia con sus necesidades y preferencias en materia de salud.

La Coordinación de la atención: un enfoque proactivo para reunir a los profesionales y proveedores de atención para satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio, a fin de garantizar que reciban una atención integrada y centrada en la persona en varios entornos.

Tabla 17. Impulsores de la continuidad y coordinación de la atención (World Health Organization, 2018)

Intervenciones	Principales impulsores	Resultados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> → Apoyo entre pares, entablar amistad y redes sociales comunitarias → Conectores comunitarios → Educación y apoyo para los cuidadores. → Agentes comunitarios de salud y atención centrada en la familia → Educación del talento humano para la práctica holística 	<p>→ Continuidad interpersonal: una relación terapéutica con continuidad</p>	<p>→ Experiencia de la persona y del cuidador sobre la continuidad de la atención, así como una atención fluida y bien coordinada en todos los entornos de atención de salud y social</p>	<p>→ Servicios integrados de salud y social de apoyo a la persona</p>
<ul style="list-style-type: none"> → Residencias centradas en la persona → Casas y servicios de cuidado → Equipos de salud de la familia → Navegadores de salud y del sistema social → Gestión de casos o atención guiada 	<p>→ Continuidad longitudinal: ver al mismo profesional en una serie de episodios asistenciales</p>		
<ul style="list-style-type: none"> → Enfoque de promoción, prevención y habilitación de la salud → Planificación de la atención colaborativa y anticipatoria → Enfoque en el resultado personal y atención centrada en objetivos → Capacitación personalizada sobre alfabetización en salud y autocuidado 	<p>→ Continuidad flexible: ajuste de los planes de atención a las necesidades cambiantes de la persona a lo largo del tiempo</p>	<p>→ La atención y el apoyo satisfacen las cambiantes necesidades personales de salud de las personas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> → Práctica interdisciplinaria basada en equipos. → Co-ubicación de servicios y equipos → Cuidados intermedios, “hospital en casa”, cuidados de transición → Vías de atención, pautas, acuerdos de coordinación de la atención → Rutas clínicas o asistenciales 	<p>→ Continuidad del equipo transfronterizo o de diferentes sectores: colaboración efectiva entre profesionales en todos los entornos de atención</p>	<p>→ Los profesionales de la atención trabajan bien juntos para satisfacer las necesidades y los objetivos personales de las personas a las que brindan atención y apoyo.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> → Registros de atención electrónicos únicos o compartidos → Gobierno de la información y protocolos de intercambio de datos → Apoyo en la toma de decisiones y atención facilitada por la tecnología → Herramientas de predicción de riesgos para intervenciones específicas 	<p>→ Continuidad de la información: la información completa y oportuna sigue a las personas a las cuales se atiende y da apoyo</p>		

Según la revisión de la evidencia efectuada por la OMS (2018), las 8 prioridades clave para mejorar la coordinación y continuidad de la atención en el marco de la atención integrada son: (World Health Organization, 2018).

1. Continuidad con un profesional de atención primaria.
2. Planificación colaborativa de la atención y toma de decisiones compartida.
3. Gestión de casos para personas con necesidades complejas.
4. Servicios coubicados o punto único de acceso.
5. Cuidado de transición o intermedio.
6. Atención integral a lo largo de todo el camino.
7. Tecnología de apoyo a la continuidad y coordinación asistencial.
8. Desarrollar la capacidad de la fuerza laboral.²¹

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES PRESTADORAS DE CUIDADOS Y ASISTENCIA PERSONAL

Teniendo en cuenta la definición efectuada por el grupo de investigación de Andy Carmone y colaboradores el 2020, se define una red prestadora de servicios de cuidados como un grupo de sitios de prestación de servicios de salud públicos y/o privados interconectados deliberadamente a través de un modelo de gestión administrativa y clínica que promueve una estructura y cultura que prioriza la atención centrada en la persona, eficaz, eficiente, en un marco de aprendizaje colaborativo, lo que permite la existencia de proveedores en todos los niveles de atención, sin excluir a la comunidad, para trabajar en equipos y compartir la responsabilidad de los resultados de salud y bienestar de las personas y de la comunidad. (Carmone et al., 2020).

La figura siguiente presenta los elementos clave a tener en cuenta en la configuración de una red prestadora de servicios de cuidados.

²¹ Developing the skills, strengths and confidence of the wider workforce ensures that they have the competence to fill their potential roles in delivering continuity and care coordination.

Red de cuidados

Un grupo de sitios de prestación de servicios de cuidados públicos y/o privados interconectados deliberadamente a través de un modelo de gestión administrativa y clínica que promueve una estructura y cultura que prioriza la operación centrada, eficaz y eficiente y el aprendizaje colaborativo, permitiendo a los proveedores en todos los niveles de atención, sin excluir a la comunidad, para trabajar en equipo y compartir la responsabilidad por los resultados de salud

 Dominio I: Acuerdo y entorno propio	 Dominio II: Normas operativas
Política	Referencias
Financiación	Vigilancia
Aceptación y relaciones de confianza	Abastecimiento e infraestructura
Propósito / Acuerdos	Personal
 Dominio III: Calidad, eficiencia y responsabilidad	 Dominio IV: Aprendizaje y adaptación
Coordinación de atención y cuidados	Centrado en el cliente
Orientación clínica y de cuidados, documentación y revisión	Flexibilidad, ampliación del alcance
Habilidades de evaluación comparativa, medición y mejora	Evolución y resiliencia

Figura 9. Principales dimensiones y áreas relevantes de las redes prestadores de servicios de cuidados ²²

El Marco estratégico de la Política de atención integral en salud más conocida por las personas entrevistadas ha sido el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS del MinSalud que posteriormente ha sido actualizado, se indica el área de cuidados y la atención a lo largo de toda la vida, cuidando de sí mismo, cuidando los cercanos, cuidando los lejanos, cuidando los extraños y cuidando del planeta, teniendo en cuenta los entornos urbanos, de alta ruralidad y zonas rurales dispersas. (Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia-Ministerio de Salud y Protección social (Minsalud), n.d.-b), (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2019), (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). El Ministerio de Salud y la Protección Social en Colombia en 2019 emite una nueva Resolución por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE,(Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) dónde se remarca que las entidades territoriales ejercerán el liderazgo en la implementación y el seguimiento de la política de atención integral en Salud dentro de su jurisdicción, con el acompañamiento del Ministerio, y será responsabilidad de las entidades territoriales, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, y de las demás entidades que tengan a

²² Fuente: (Carmone et al., 2020)

su cargo acciones de salud. Incluye 8 líneas de acción relacionadas con el aseguramiento, la salud pública, la prestación de servicios de salud, el talento humano en salud, el financiamiento, el enfoque diferencial dirigido a personas y colectivos en situación de vulnerabilidad, la intersectorialidad con articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, y la gobernanza del sistema. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2019).

En el marco de la atención integrada, es útil tener en cuenta el sistema de acceso a los servicios de la red prestadora de servicios de cuidados. En esta línea puede ser útil recordar el marco conceptual de Levesque y colaboradores que ayudan a tener en cuenta diferentes elementos clave a considerar en la configuración de un sistema nacional de cuidados y de las interrelaciones entre los servicios sociales y de salud.



Figura 10. Marco conceptual sobre la accesibilidad a los servicios en el marco de la red prestadora de servicios de cuidados ²³

Además, conviene tener en cuenta los 9 pilares recomendados de la atención integrada propuestos por el IFIC. Ver figura siguiente.

²³ Adaptado de: Levesque JF, Harris M, Rusell G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health 2013, 12:18. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>

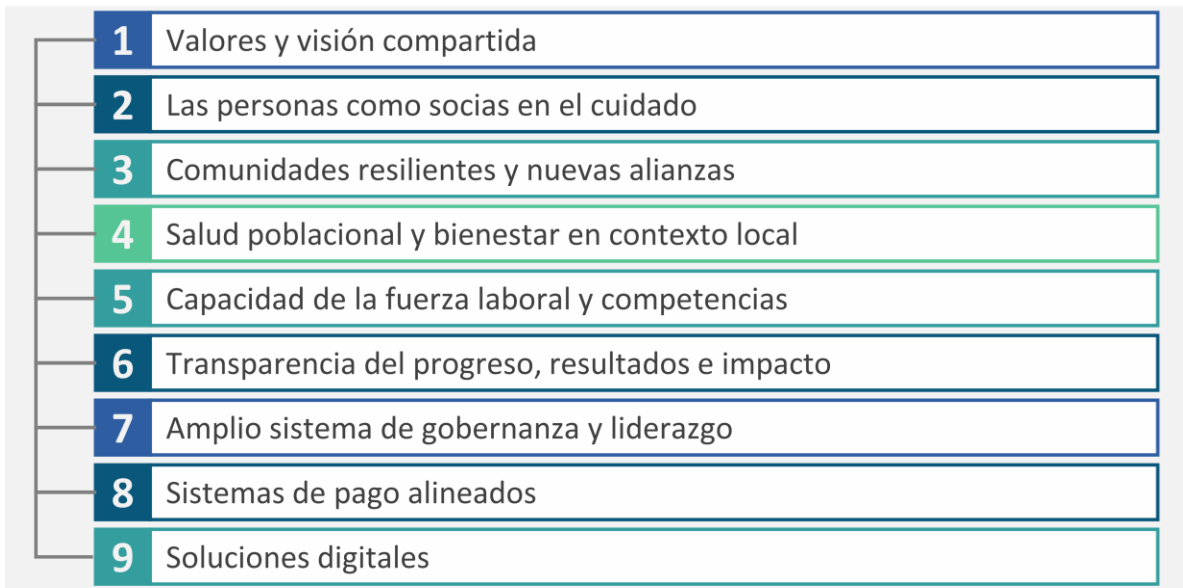


Figura 11. Pilares de la atención integrada propuestos por el IFIC²⁴

El posicionamiento del grupo de trabajo latinoamericano de la Fundación Internacional para los Cuidados Integrados (IFIC, por su sigla en inglés), incluyen estos 9 pilares y se proponen líneas de trabajo que contribuyan a materializar sistemas de salud y sociales efectivamente integrados y centrados no solo en las personas, sino también en las comunidades en América Latina.²⁵

Cada uno de estos pilares incluye una serie de factores claves para su adecuado desarrollo según el árbol del conocimiento de la atención integrada propuesto por el IFIC.²⁶

- **Valores y visión compartida.** Contemplar la cultura y valores que guiarán el proceso:
 - Construir una coalición que guíe y oriente el proceso de la atención integrada
 - Desarrollar la capacidad de colaboración, que contemple los aspectos éticos, morales y valores que les ayuda a conectar

- **Salud y bienestar poblacional y contexto local. Abordar la salud y bienestar de la población implica:**
 - Abordar los determinantes de la salud y la calidad de vida
 - Mejorar la salud y bienestar de la población
 - Reducir las inequidades en acceso a los servicios sociales y de salud

- **Las personas como socias en el cuidado.** Implica:

²⁴ IFIC. Knowledge Tree. [WWW]. Consulta efectuada el 13 octubre 2022. <https://integratedcarefoundation.org/the-knowledge-tree>

²⁵ Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e48. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.48>

²⁶ IFIC. Knowledge Tree. [WWW]. Consulta efectuada el 13 octubre 2022. <https://integratedcarefoundation.org/the-knowledge-tree>

- Coordinación de la atención en torno a las necesidades de las personas.
 - Coordinación de cuidados
 - Vías de atención
 - Transiciones de atención
 - Gestión de casos/cuidados
 - Manejo de la enfermedad y desencadenantes de las necesidades de cuidado
- Empoderamiento y compromiso
 - Apoyo a la familia y personas cuidadoras
 - Mejorar la alfabetización en salud
 - Activación de la persona
 - Seguridad de la atención y el cuidado
 - Apoyo de los compañeros, soporte entre pares
 - Valoración y planificación integrada del cuidado personal
 - Toma de decisiones compartida
 - Autogestión y autocuidado con apoyo
- **Comunidades resilientes y nuevas alianzas. Implica potenciar estrategias de** Atención centrada en las personas y atención poblacional.
 - Coproducción
 - Conciencia de la comunidad
 - Atención brindada por la comunidad
 - Participación comunitaria
 - Grupos de pacientes y usuarios
- **Talento humano y capacidad del sistema.** Incluye en el talento humano:
 - Estrategias de recursos humanos
 - Combinación de habilidades
 - Equipos y trabajo en equipo
 - Creación de capacidad de los equipos para la atención integrada
 - El papel del 3er sector y las iniciativas sociales y comunitarias
- **Amplio sistema de gobernanza y liderazgo.** La Gobernanza y rendición de cuentas implica:
 - Organización de la prestación de cuidados
 - Programas de cuidados crónicos
 - Organizaciones de atención integrada/modelos de asociación
 - Atención sanitaria y social integrada
 - Modelos de atención
 - Redes
 - Alianzas
 - Liderazgo y gestión del cambio
 - Gestión del cambio
 - Liderazgo
 - Enfoques de mejora de la calidad
 - Política y formulación de políticas
 - Medición
 - Definición de valor

- **Soluciones digitales.** Incluye:
 - Sistemas de información, comunicación y tecnología.
 - Registros electrónicos de atención y cuidados
 - Estratificación del riesgo
 - Teleasistencia y Telesalud/ mHealth

- **Sistemas de financiación y pagos alineados.** Dentro de las finanzas e incentivos se aconseja contemplar:
 - Contratación y sistemas de pago de los contratos
 - Flujos financieros
 - Incentivos para proveedores

- **Transparencia en el progreso, resultados e impacto.** Implica investigación, evaluación y métodos para impactar en los resultados, abordando temas tales como:
 - Desarrollo de estudios de caso y lecciones aprendidas, incluyendo la evaluación económica de las opciones que se planteen generalizar o escalar.
 - Estudios de investigación actuales o anteriores que sean de alto impacto
 - Evaluación económica
 - Métodos de seguimiento y evaluación: Indicadores para la atención integrada.
 - Convocatorias de investigación
 - Iniciativas de mejora de la calidad

Cómo se deduce del anterior marco conceptual de referencia, en la ruta integrada de atención con integración de los diferentes sectores se identifican una serie de grandes retos que han de ser considerados antes de formalizar un proceso de habilitación de prestación de servicios de cuidados.

Resultados esperados de la atención integrada

Se espera que los estándares de calidad de una atención integrada de las personas que requieren apoyo en los cuidados contribuyan a mejorar los siguientes resultados: (Toiviainen, 2005)

- calidad de vida relacionada con la atención social
- calidad de vida relacionada con la salud
- admisiones a cuidados residenciales o de enfermería
- participación de las personas que utilizan los servicios en la toma de decisiones
- satisfacción de las personas que utilizan los servicios de atención domiciliaria
- satisfacción con la atención integrada
- incidentes de seguridad
- retención del personal de atención domiciliaria

En un análisis en profundidad de estrategias para la promoción de la autonomía y atención para personas que requieren cuidados de corta y larga duración en Catalunya en el 2021, se identificaron los siguientes resultados desde la perspectiva de la ciudadanía y el entorno cuidador: (Departament de Treball Afers Socials i Famílies, 2021)

1. Desarrollo del propio proyecto vital y capacidad para tener una vida independiente. Esto implica:
 - a. La idoneidad del acompañamiento y el apoyo recibido, de acuerdo con las preferencias, motivaciones y expectativas de las personas y su entorno cuidador, con mayor autonomía en las decisiones, que les permitan quedarse más tiempo en casa en condiciones dignas, y con una mejora de la calidad de vida percibida.
 - b. Tener acceso y continuidad a los servicios de atención, de forma integrada, flexible y no fragmentada, en los que exista una buena transición entre los diferentes sistemas de apoyo social, educativo y de otros ámbitos implicados.
 - c. Vivir en el entorno comunitario con viviendas, servicios adaptados y unidades de convivencia reducidas e integradas en la comunidad, para continuar con una vida autónoma digna y retrasar el tiempo de ingreso residencial.
 - d. La mejora de la calidad de vida de las personas cuidadoras, de forma que se minimicen las situaciones de claudicación familiar y las desigualdades en materia de género.
 - e. Disfrutar de elementos tecnológicos que aumenten la autonomía en el propio hogar y que incrementen la seguridad en el entorno domiciliario, teniendo en cuenta las preferencias y valores de cada persona.
2. Mejora de las capacidades para afrontar de forma resiliente los cambios propios de la edad o los que se asocian a situaciones de salud que impliquen dificultades a la hora de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como las sociales o laborales (mantenimiento y mejora de las funciones de la persona). Acceso a intervenciones y terapias de rehabilitación intensivas y altamente efectivas para prevenir situaciones de dependencia o discapacidad.
3. Mejora de los resultados de bienestar físico, cognitivo, emocional y relacional para valorar el impacto de las políticas de atención integrada social y de salud:
 - a. Más días, con mejor salud, y en casa siempre que sea posible y se quiera.
 - b. Mejora de la red relacional de soporte.
 - c. Disminución de los factores de riesgo de personas con situación de fragilidad.
 - d. Mejora de la autoconfianza y el empoderamiento en el autocuidado (*self-management*).
 - e. Mejora de los resultados en caso de vulnerabilidad psicosocial o de los trastornos de salud mental y adicciones.
 - f. Mejora de la sintomatología asociada a problemas de salud y de bienestar.
 - g. Disminución de las consecuencias asociadas al impacto funcional ya todas las dimensiones de la persona en el caso de personas con problemas crónicos de salud o de dependencia (soledad no deseada, caídas, lesiones por presión, mejor control del dolor, tasa más baja de internamientos o reingresos no deseados, etc.).
4. Mejora de los determinantes sociales que afecten y produzcan resultados negativos en la salud y el funcionamiento de la persona, especialmente los que impacten en el desarrollo del proyecto vital de cada persona.
5. Mejora de la sensibilización ciudadana y comunitaria para conseguir redes informales de apoyo y el desarrollo de comunidades sanadoras hacia su futuro, potenciando el capital humano en el marco de comunidades inclusivas. Es necesario que exista una conciencia ciudadana más capaz en el reconocimiento, la valoración y la solidaridad con la diversidad.
6. Mejora de la percepción subjetiva y objetiva de que los derechos de las personas son respetados, de modo que se genere una mejor calidad de vida y se reciba más apoyo, con el objetivo de obtener un gran retorno social y económico.

Cada territorio ha de definir en el desarrollo de su política de calidad cuáles son los resultados esperados, pero este puede ser un buen ejemplo que fue desarrollado de forma conjunta con los diferentes actores implicados.

4.9 RECOMENDACIONES EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMIA Y LA ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS

En un estudio sobre políticas nacionales de cuidados de larga duración de diferentes países del 2018 se identifican las siguientes prioridades: (Spasova et al., 2018).

1. Características principales de los sistemas nacionales de atención de larga duración (LTC):
 - a. Fragmentación interinstitucional y territorial. Fragmentación de responsabilidades y, en consecuencia, carencia de integración entre aspectos sanitarios y sociales de la provisión de LTC. El sistema sanitario es responsable de la atención en el ámbito de la salud, mientras que los servicios relacionados con el apoyo a la persona dependiente en las actividades de la vida diaria suelen estar organizados por el sector servicios sociales.
 - b. Hacia la priorización de la atención domiciliaria. Para que las personas mayores puedan vivir de manera independiente y mantenerse activa física, mental y socialmente el máximo tiempo posible (y, por tanto, evitar la dependencia de los servicios asistenciales y el aislamiento social).
 - c. Reparación de la financiación deficitaria. La financiación pública para servicios de LTC y prestaciones en efectivo puede depender de las necesidades de atención de la persona, en función de sus ingresos y activos y de la disponibilidad de cuidadores familiares. En casi todos los países, el copago se requiere tanto para servicios de atención domiciliaria como para atención residencial.
 - d. Un papel significativo para la atención informal en LTC. ¿De quién depende en gran medida la persona? Existe la necesidad de tener apoyo y acompañamiento en la atención que proporcionan los cuidadores informales (principalmente, cónyuges, hijos e hijas) y otros cuidadores informales no profesionales.
2. Principales retos de la atención a largo plazo en los sistemas nacionales:
 - a. Retos de acceso y adecuación. Los entornos institucionales y las diferencias locales y regionales afectan mucho al acceso efectivo a los servicios ya los beneficios del LTC. La fragmentación de las provisiones entre servicios sanitarios y servicios sociales comporta a menudo una falta de coordinación entre entidades que afecta a los períodos de espera y los procedimientos administrativos y los costes que se asocian.
 - b. El reto de la calidad. La calidad del LTC es clave para mantener y mejorar la calidad de vida de las personas frágiles, tanto en entornos residenciales como en entornos de atención domiciliaria.
 - c. El reto del empleo. Existe una gran incidencia de atención informal. La insuficiente cobertura a la dependencia en Cataluña es uno de los principales factores en esta expansión de la atención informal.
 - d. El reto de la sostenibilidad financiera. El gasto en LTC ha ido aumentando en los últimos veinte años en muchos de los países europeos. Se espera que el gasto en LTC sea elevado en las agendas de muchos países, ya que las proyecciones ponen de manifiesto que el gasto público de LTC en la Unión Europea aumentará del 1,6% al 2,7% del PIB en los próximos 3-5 años, esto es, un aumento de casi el 70%, que ejercerá una presión constante sobre los servicios públicos. Sin embargo, las previsiones sobre la sostenibilidad financiera del LTC varían ampliamente según los países. La sostenibilidad financiera se ve obstaculizada por la citada fragmentación horizontal de la atención entre entidades sanitarias y sociales. La falta de una estrategia financiera clara de las entidades locales o regionales, o el sesgo hacia un determinado tipo de atención (por ejemplo, atención residencial), también puede conducir a gastos de LTC imprevisibles.

3. La provisión del LTC en materia de reformas ha sido objeto de diversas reformas en los últimos diez años (2008-2018) en la mayoría de los países europeos. Ha habido tres tendencias principales en lo que se refiere a diferentes aspectos del LTC:
 - a. Reajustes en la combinación de políticas de LTC y alejamiento específico de la atención residencial hacia la atención domiciliaria y la atención a la comunidad.
 - b. Esfuerzos por mejorar la sostenibilidad financiera.
 - c. Mejora del acceso y asequibilidad de la atención, incluyendo la mejora del estado de los cuidadores informales.
4. Medir los retos de la atención a largo plazo. Existen indicadores para medir el acceso, adecuación y sostenibilidad financiera en la mayoría de los países. Sin embargo, la calidad del LTC es un fenómeno multidimensional que todavía es muy difícil de entender: los datos suelen estar disponibles sólo ad hoc y con frecuencia no cubren la calidad de la atención.
5. Las dimensiones e indicadores de calidad propuestos en programa internacionales para el envejecimiento activo y de promoción de la autonomía también son un buen recurso para identificar que se espera de las Políticas nacionales de cuidado y de los requisitos que se derivan de ellos para fijar los criterios de calidad de las entidades prestadoras de servicios de cuidados. A continuación, se presentan los indicadores propuestos por el grupo de trabajo ASTGH, cuya propuesta fue coordinada por la *European Centre for Social Welfare Policy and Research* (Austria) el 2020. (Müllauer et al., 2020).

Tabla 18. Indicadores clave propuestos por Grupo de trabajo ASTAHG sobre envejecimiento activo y saludable para la promoción de la autonomía (Müllauer et al., 2020)

Dimensiones	Indicadores
Datos estructurales demográficos y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Población actual según grupos de edad • Previsión de población por grupos de edad • Personas con antecedentes migratorios • Situación familiar y tamaño de los hogares • Estado de la educación • Migración (entradas y salidas) • Logros educativos
Compromiso cívico y participación social	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de voluntariado • Cuidado de hijos/nietos • Conectividad social • Participación en un empleo remunerado • Actitud social positiva hacia las personas mayores • Participación en actividades socioculturales • Participación en actividades físicas de tiempo libre en grupo • El aprendizaje permanente • Participación en la política y toma de decisiones locales
Movilidad y transporte	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso al transporte público • Disponibilidad y accesibilidad del transporte público • Accesibilidad de los vehículos de transporte público • Accesibilidad de las paradas de transporte público • Accesibilidad del estacionamiento prioritario de vehículos • Movilidad
Comunicación, información y TIC	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de información • Acceso a Internet • Asistencia disponible • Uso de las TIC

Dimensiones	Indicadores
Vivienda, espacios al aire libre y entorno adecuado y habilitador	<ul style="list-style-type: none"> • Vida independiente • Accesibilidad de la vivienda • Capacidad de envejecer en el lugar • Niveles de vida y accesibilidad • Transitabilidad del vecindario • Accesibilidad de espacios y edificios públicos • Asequibilidad de la vivienda
Cuidado de la salud y el bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio físico • Calidad de vida • Esperanza de vida restante • Esperanza de vida saludable • Acceso a atención médica y dental • Bienestar psicológico • En necesidad de atención • Discapacidades • Infraestructura de atención hospitalaria/parcialmente hospitalaria • Potencial de cuidado doméstico • Suplemento médico • Disponibilidad de servicios en el hogar o en la comunidad • Preparación para emergencias
Protección y seguridad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de empleo • Seguridad física • Seguridad Pública • Seguridad en el hogar • Seguridad de ingresos • Tasa de pobreza en la vejez • Sin tasa de privación material severa • Bienestar relativo de las personas mayores • Renta per cápita • Empleo remunerado • Libertad cívica

4.10 LA HABILITACIÓN Y LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS

Antes de iniciar el breve repaso por los enfoques empleados a nivel internacional, se debe realizar una pequeña aclaración conceptual acerca de los términos “homologación” y “acreditación”, ya que en ocasiones se usan de manera un tanto equívoca, como si fueran equivalentes. Sin embargo, existen diferencias entre ellos y se deben delimitar, puesto que son significativas.

Así, en primer lugar, conviene resaltar que **la acreditación tiene un carácter voluntario, mientras que la homologación (también llamada habilitación o licenciamiento) acarrea la connotación de obligatoriedad**, ya que implica obtener la autorización para ejercer o comercializar productos o servicios, de acuerdo con las leyes, reglamentos o normativas de un determinado territorio. Cabe señalar, sin embargo, sin menoscabo del carácter voluntario de la acreditación, que ésta puede ser requisito obligatorio para la contratación de servicios en algunos sistemas de aseguramiento, tanto públicos como privados.

En línea con lo anterior, normalmente, una organización que ha sido acreditada se considera que posee una ventaja diferencial respecto a aquellas organizaciones similares de su entorno, que solo están habilitadas o homologadas y en las que se puede encontrar sólo aquello a lo que están obligadas. (Saturno, 2013) .

En segundo lugar, y tal y como se puede deducir del punto anterior, la acreditación la suele realizar una entidad independiente, mientras que la habilitación es realizada por la autoridad competente²⁷.

Hecha esta aclaración, podemos señalar que el interés por los sistemas de homologación y acreditación apareció por primera vez en Estados Unidos hace alrededor de un siglo. Durante la segunda mitad del siglo pasado, el interés por este tipo de modelos se extendió primero por los territorios de tradición anglosajona, especialmente Canadá y Australia, y posteriormente por Europa (Alkhenizan & Shaw, 2011).

En líneas generales, el enfoque anglosajón y el europeo no difieren demasiado. Quizás el matiz más significativo es que el enfoque europeo ha terminado más ligado a una intención reguladora que el anglosajón, el cual sigue manteniendo el espíritu de comparación entre pares (Ruelas & Poblano, 2007).

En este sentido, una de las organizaciones de referencia a nivel internacional para la armonización y estandarización de enfoques, herramientas y procedimientos en el campo de la acreditación y homologación de entidades prestadoras de servicios de salud y sociales es la Sociedad Internacional de Calidad en Servicios de Salud (ISQUA, por sus siglas en inglés). Esta organización emplea las siguientes definiciones (ISQua, 2018a):

- **Accreditación:** proceso de autoevaluación y evaluación externa empleado por organizaciones de salud y servicios sociales para medir de manera precisa su nivel de desempeño en relación con unos estándares previamente establecidos y para implementar acciones de mejora continua.
- **Homologación:** proceso por el cual una autoridad gubernamental concede una autorización a un prestador individual o una organización de salud o servicios sociales para ejercer.

La gran mayoría de países usan estas definiciones para delimitar el marco conceptual dentro del cual se definen sus sistemas de mejora de habilitación y acreditación.

Empezando por los países de tradición anglosajona, se puede observar que Australia incorpora en sus reglamentos las mismas definiciones de ISQUA, tan sólo especificando que los estándares en relación a los cuales

²⁷ Ibid.

se deben evaluar los procesos de acreditación son los de Calidad y Seguridad definidos por su Servicio Nacional de Salud (Swiers & Haddock, 2019).

De manera muy similar se entiende la acreditación en Canadá, aunque ahí sí se va un poco más allá en su conceptualización, para señalar que es un proceso que permite el reconocimiento internacional de las organizaciones y que debe permitir **evaluar y mejorar** la calidad, eficiencia y eficacia de las organizaciones prestadoras (Nicklin, 2013).

En Reino Unido se conceptualiza la acreditación también como un proceso que permite medir el nivel de cumplimiento versus unos estándares reconocidos a nivel internacional, pero se añade un matiz muy importante en los procesos de acreditación. Si bien en la mayoría de los países analizados los procesos de acreditación afectan a la organización como un todo, en Reino Unido es posible acreditar sólo determinados servicios o actividades de la entidad (UKAS, 2021).

En el contexto europeo, en España las competencias sobre habilitación y acreditación de establecimientos prestadores de servicios están transferidos a los territorios autonómicos. Por poner un ejemplo, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña define la acreditación como *“un proceso por el que una organización sanitaria se incorpora a un sistema de verificación externa que evalúa el nivel en que se sitúa dicha organización con relación a un conjunto de referentes previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio”*.

Aunque se reconoce su carácter voluntario, y el hecho que supone el reconocimiento de un nivel de calidad superior a los estándares exigibles para la obtención de una autorización administrativa para operar, es un requisito imprescindible para proveer servicios contratados por el asegurador público (Negre et al., 2015). El ejemplo catalán es un buen exponente para mostrar como en Europa los modelos de acreditación se han desplegado más como respuesta a unas necesidades reguladoras, que a fines de *benchmarking* basados en la comparación voluntaria entre pares (Ruelas & Poblano, 2007).

También el marco conceptual empleado por muchos países de la Región de América Latina y Caribe se asemeja al definido por ISQUA. Se muestran a continuación algunos ejemplos.

En Colombia, la acreditación se conceptualiza como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), 2016).

En Argentina también se emplean unos conceptos muy similares a los presentados hasta el momento. Así, la habilitación se entiende como un requisito para autorizar el funcionamiento de un centro prestador y la acreditación como el proceso de evaluación de los establecimientos, voluntario y periódico, que tiende a promover la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados (Vazzano, 2011).

Por otro lado, en México, los estándares de licenciamiento sirven para definir el nivel de calidad requerido para asegurar los servicios del cuidado del paciente y definen las capacidades que debe tener una organización de salud para convertirse en un centro autorizado (por ejemplo, para obtener una licencia, se requiere que la organización proporcione servicios de cirugía, radiología, enfermería, farmacia y laboratorio). Una vez cumplidos los estándares, se puede autorizar la apertura de un hospital. En cambio, la acreditación es el acto por el cual una entidad reconoce la competencia técnica y confiabilidad de las unidades sometidas a evaluación. los

organismos de certificación, de los laboratorios de prueba, de los laboratorios de calibración y de las unidades de verificación para la evaluación de conformidad (Ruelas & Poblano, 2007).

El último ejemplo propuesto refiere a Costa Rica, país que emplea también un enfoque donde la habilitación es un proceso obligatorio dirigido a garantizar un piso básico estructural en los servicios de salud y afines con el objetivo de disminuir riesgos en la atención a las personas usuarias, mientras que la acreditación tiene carácter voluntario y está dirigida a garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención y comprende estándares de estructura, procesos y resultados. (Ruelas & Poblano, 2007).

Así pues, y más allá del matiz presentado entre el carácter de la acreditación en los países de tradición anglosajona y los europeos, la conceptualización de los procesos de homologación y acreditación presentan muy pocas diferencias a nivel internacional. Así, se ha convenido entender la homologación el proceso por el cual una autoridad otorga a un individuo o a una organización de salud un permiso para operar, mientras que la acreditación se entiende como un proceso formal y voluntario de evaluación externa que se basa en estándares nacionales o criterios predeterminados. El proceso de acreditación se repite con regularidad e incluye la emisión de un juicio por parte de los evaluadores.

4.10.1 La habilitación de servicios en el sistema de salud de Colombia

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en su Resolución No. 3100 del 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b), define los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los prestadores de servicios de salud, incluyendo en su artículo 2 de campo de aplicación, en el apartado 4.4, las entidades sociales diferente a la prestación de servicios de salud, siendo conscientes que las entidades prestadoras de servicios de cuidados pueden ser de tipo salud o social.

En el marco de iniciativas de mejora de la calidad en los procesos de habilitación del sistema de salud en Colombia, conviene tener en cuenta La Resolución 3100 del 2019, dónde se define a un Criterio de calidad como el precepto o indicador obligatorio que resume la calidad de una actividad que se pretende evaluar. En esta resolución, es la unidad básica del estándar sobre el cuál se realiza la verificación orientada hacia el análisis de los riesgos y la seguridad de la atención de los pacientes. En esta mismo Manual se define al estándar como el patrón que define los criterios mínimos de un servicio de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b).

Los estándares de habilitación son definidos como las condiciones tecnológicas y científicas mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura, y se estructuran con criterios mínimos aplicables y obligatorios a los servicios habilitados, siendo esencialmente estándares de estructura que delimitan el punto en el cual los beneficios superan los riesgos, y que existan mecanismos para controlar los riesgos en la prestación de los servicios de salud, así como los procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia. Los criterios detallan lo exigido en cada estándar dentro de cada servicio y son los elementos concretos para su interpretación, siendo el Ministerio de Salud y Protección Social la entidad encargada de establecer los estándares y criterios para los servicios de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b).

Los 7 estándares de las condiciones tecnológicas para la habilitación de los servicios de salud son los siguientes: (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b).

1. Talento humano ²⁸
2. Infraestructura ²⁹
3. Dotación ³⁰
4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
5. Procesos Prioritarios ³¹
6. Historia Clínica y Registros
7. Interdependencia ³²

Las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud a habilitar para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación³³ del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud SOGCS³⁴ son de tres tipos: 1. Capacidad técnico-administrativa. 2. Suficiencia patrimonial y financiera. 3. Capacidad tecnológica y científica. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b).

La propuesta de criterios de calidad para la habilitación se centrará de forma importante en la tercera condición de Capacidad tecnológica y científica para la habilitación de las entidades prestadoras de servicios de cuidados, así como en la definición de criterios de habilitación. Estos sirven para proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos criterios mínimos para el funcionamiento de los servicios a partir de estándares de habilitación que sigan los principios de fiabilidad que permitan una verificación explícita, clara, objetiva y homogénea, esencialidad, en cuanto a que sean indispensables y necesarios para minimizar los principales riesgos, así como sencillez de la formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, que sean fáciles de entender, permitan la autoevaluación y su verificación, y que puedan ser de fácil comprensión por el público en general interesado en el tema. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b).

²⁸ Nota: en apartado 11.1.1 del Manual de habilitación, con relación a estándares y criterios aplicables a todos los servicios, se incluye la atención paliativa al final de la vida, la formación para dar apoyo a los procesos de duelo, manejo y gestión del dolor, realización de pruebas en el punto de atención del paciente y manejo de servicios de telemedicina entre otros.

²⁹ Nota: especifica los servicios con los cuales ha de contar incluyendo agua, alcantarillado, electricidad, gas, telecomunicaciones, sistemas de ventilación e iluminación, accesibilidad de las instalaciones, utilización de los espacios, sistemas de protección y seguridad, condiciones mínimas estructurales de los espacios habilitados para la atención, sistemas de alarma, orden, aseo, limpieza y desinfección, sistemas de prevención y control de la infección, gestión de desechos y residuos, etc.

³⁰ De recursos materiales y tecnológicos específicos para cada área de prestación de servicios.

³¹ Para garantizar la seguridad del paciente y la prestación de servicios.

³² Con servicios de apoyo.

³³ Nota. Considerado como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB). Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2022).

³⁴ Nota. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud SOGCS (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019a) es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Fuente: Minsalud. ABC sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad. Consulta efectuada el 15 de marzo de 2022. Disponible es: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>

La propuesta al igual que en las entidades de Salud implica un proceso de Autoevaluación con medidas de seguridad de manera **previa a la inscripción de la entidad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)**, de forma anual, al cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial y de manera previa al reporte de novedades, tal y como indica el artículo 5 de la Resolución 3100 del 2019. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b).

El procedimiento para la solicitud de inscripción y habilitación se realiza por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. No se permite la doble habilitación de un servicio. La vigencia de inscripción de prestadores de servicios de salud en el REPS es de 4 años, y podrá ser renovada de forma anual previa autoevaluación tal y como indica el artículo 10, y podrá ser revocada por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación. Las novedades a ser notificadas por las entidades habilitadas tienen que ver con novedades del prestador de servicios, novedades de la sede, novedades de los servicios y novedades de la capacidad instalada tal y como se indica en el artículo 12 de la Resolución 3100 del 2019.

Las visitas de verificación de los criterios de habilitación se planifican para los servicios de alta complejidad, inscripción de una nueva entidad prestadora de servicios en los primeros 6 meses de funcionamiento, o cambios en la complejidad en la prestación de servicios.

En las visitas de verificación previa se revisan los estándares relacionados con el talento humano, la historia clínica o sistema de registro de la atención, procesos prioritarios, medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Posterior a la habilitación de los servicios, se realiza la certificación de servicios para certificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación, conforme al plan de visitas anual establecido (artículo 15 de la Resolución 3100 del 2019).

La actualización del Sistema Único de Habilitación se realiza mediante el análisis de las condiciones y criterios definidos que incluye un análisis de los requerimientos del sector, las innovaciones necesarias que permitan disponer de alternativas en la prestación de los servicios de salud, así como la minimización de los riesgos en la prestación de servicios de salud (artículo 23 de la Resolución 3100 del 2019).

La superintendencia Nacional de Salud y las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, son las responsables de vigilar y controlar el cumplimiento de la resolución de habilitación de las entidades prestadoras de servicios de salud (artículo 25 de la Resolución 3100 del 2019).

En el anexo técnico “Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud” de la Resolución 3100 del 2019, en la modalidad de prestación de servicios de salud, especifica la modalidad intramural (que podría ser aplicable a los centros residenciales de personas mayores y para personas con discapacidad pero que no queda especificado dentro del grupo de internación del Manual), la modalidad extramural que incluye la atención domiciliaria para la prestación de servicios de salud y la modalidad de telemedicina, pero no especifica la modalidad de teleasistencia desde una perspectiva más social para personas que viven solas y puedan requerir algún tipo de apoyo o asistencia. (Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), 2019b).

En la revisión de la evidencia no se ha encontrado descrito un sistema de habilitación propiamente dicho para las entidades de tipo social en Colombia que se dediquen a la prestación de cuidados en entorno comunitario.

Experiencia en Colombia. Se aconseja consultar los siguientes documentos técnicos, que pueden ser completados con el Normograma presentado en informe del Producto 3 asociado al presente proyecto:

- **Resolución 3100 de 2019**, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
- **Resolución 055 de 2018**, que modifica la Resolución 024 de 2017, en la cual se establecieron los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-055-de-2018.pdf>
- **Anexo 2.** Instrumento de estándares y verificación.
<https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Anexo%20t%C3%A9cnico-%20Instrumento%20de%20est%C3%A1ndares%20de%20calidad%20y%20verificaci%C3%B3n%20-%20Centros%20persona%20mayor.pdf>
- **Anexo técnico estándares y criterios para centros vida con conceptos y definiciones para verificación y seguimiento.** 1. Estándares y criterios que deben acreditar los centros vida para la atención integral de las personas adultas mayores.
https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjurMantenimiento/adminverblobawa?tabla=T_NORMA_ARCHIVO&p_NORMFIL_ID=10776&f_NORMFIL_FILE=X&inputfileext=NORMFIL_FILENAME
- **Manual único de estándares y de verificación.**
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/Anexo%20tecnico%20%20No%20%201.%20%20RES%201043%20DE%203%20ABRIL%20DE%202006.pdf>
- **Servicio de desarrollo de capacidades y potencialidades en centros de día.** Secretaría de integración social. 2015.
https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2017documentos/21032017_ESTANDARES%20CENTROS%20DIA.PDF
- **Capacitación del recurso humano en las instituciones que atienden a las personas mayores.**
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-0028-de-2013.pdf>
- **Saneamiento ambiental en hogares geriátricos.**
http://saludambiental.saludcapital.gov.co/agua_saneamiento_adulto_mayor_ver_mas

La habilitación de servicios en la Alcaldía de Bogotá

En el marco de la protección y atención integral de las personas mayores en Bogotá, el Distrito evidencia un desarrollo interesante entre el sector salud y el sector social. Al respecto, la Secretaría Distrital de Integración Social el 2015 lanza un nuevo programa de habilitación de hogares geriátricos y gerontológicos y, conjuntamente con la Secretaría de Salud, realizan la inspección, vigilancia y control de estos sitios, para promover en las instituciones públicas y privadas la implementación de una política social que garantice una vejez digna, humana y con garantía de derechos a la población mayor de la ciudad. La Secretaría Distrital de Integración Social cuenta con un equipo de asesoría técnica, el cual ayuda a formar y cualificar la prestación del servicio ofrecido por los

hogares geriátricos y gerontológicos del Distrito, tomando como base el desarrollo de capacidades y oportunidades en cada una de las personas mayores que allí se encuentren. Este proceso se adelanta a través de asesorías técnicas personalizadas, tomando como referencia sus particularidades, necesidades y dinámicas institucionales en el marco del cumplimiento de los estándares de calidad. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022).

Cabe tener muy presente la experiencia de Bogotá, dado el desarrollo que ha tenido el despliegue de la política del cuidado para dar respuesta a las necesidades de la población. Para ampliar más información sobre el tema, se sugieren consultar ³⁵:

- Resolución 0182 del 1 de marzo de 2013, por la cual se establece el procedimiento para ejercer la asesoría, verificación de estándares de calidad y se reglamenta el registro de instituciones de protección y atención integral a las personas mayores, para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de este servicio en el Distrito Capital. ^{36, 37, 38, 39, 40}
https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/disenio_e_innovacion_de_los_servicios_sociales/documentos_asociados/20130301_resolucion_0182_0230_de_2013_centro_proteccion_adul_may.pdf
- Formulación de Estándares y requisitos de Calidad para los Servicios Sociales de la SDIS- Secretaría Distrital de Integración Social de Bogotá, aprobado mediante circular 24 del 10 de septiembre de 2015.
- Modelo de atención: Servicio Social Desarrollo de Capacidades y Oportunidades en Centros de Protección Social. Bogotá, 2015. Que incluye 4 ejes de Atención: 1. Ocupación humana (Lenguajes para la identidad,

³⁵ Se sugiere consultar Página web de la Secretaría de Integración Social de la Alcaldía Mayor de Bogotá, DC., apartado de Diseño e innovación de los servicios sociales: <https://sig.sdis.gov.co/index.php/es/direccionamiento-de-los-servicios-sociales-documentos-asociados> y la de Prestación de servicios sociales para la inclusión social: <https://sig.sdis.gov.co/index.php/es/prestacion-de-los-servicios-sociales-documentos-asociados/prestacion-de-los-servicios-sociales-documentos-asociados-vejez#titulo4>

³⁶ Nota: En el artículo 11, de la función de verificación de los estándares, Los estándares de calidad son tipificados en dos clases. Primero, los estándares indispensables, que son condiciones sin las cuales no es posible la prestación del servicio ofrecido en las instituciones de protección y atención integral a las personas mayores por considerar que vulneran los derechos fundamentales de estas y, segundo, los estándares básicos, considerados como las condiciones que sin vulnerar los derechos fundamentales de las personas mayores son necesarios para la prestación del servicio.

³⁷ En el artículo 4 de definiciones, se especifica que la tipología de instituciones de protección y atención integral a las personas mayores puede ser de 4 tipos: 1. Centros de protección social para el adulto mayor. 2. Institución de atención. 3. Hogares gerontológicos, según acuerdo 312 de 2008. 4. Hogares geriátricos.

³⁸ Los **estándares de calidad** son definidos como el conjunto de requisitos técnicos que deben cumplir las instituciones de protección y atención integral a las personas mayores del Distrito Capital.

³⁹ Los estándares incluyen áreas relevantes relacionadas con:

1. Estándar de nutrición y salubridad: Adecuado nivel nutricional de las personas mayores, condiciones higiénico-sanitarias, manipulación, preparación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte y distribución de alimentos;
2. Ambientes adecuados y seguros: Infraestructura, dotación y medidas de seguridad.
3. Específico del servicio: acciones, procesos y actividades que se desarrollan en los servicios teniendo en cuenta factores sociales, ocupacionales, emocionales, de recreación, entre otras, que contribuyen a la transformación de condiciones sociales, la realización de derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, familia, y comunidades vinculadas a los servicios. Reconocimiento de los principios de igualdad, diversidad y equidad. Identificación de necesidades, capacidades y potencialidades para la promoción de la autonomía y la participación.
4. Gestión administrativa: Definición y evaluación de los objetivos de la institución; Garantizar el talento humano: Registro y almacenamiento de la información; marco de la mejora continua.

⁴⁰ Consultar estándares de calidad de servicios sociales del adulto mayor del Distrito Capital en: https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/disenio_e_innovacion_de_los_servicios_sociales/documentos_a_sociados/documento_tecnico_de_estandares_adulto_mayor.pdf

Movilizando capacidades, Espacios para la realización); 2. Cuidado (Cuerpo y mente, Afectividad, identidad y sexualidad, Entornos amigables y seguros, Respiro a cuidadores); 3. Familia, participación y redes (Familia, Participación, Redes, Convivencia). (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015a), (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015b)

→ Estándares y requisitos de calidad del Servicio de desarrollo de capacidades y potencialidades en centros de noche. Resolución 2135 de 2015 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., “Por medio de la cual se adoptan los requisitos asociados a los estándares de calidad para la prestación del Servicio Desarrollo de Capacidades y Potencialidades en Centros Noche”.

https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/disenio_e_innovacion_de_los_servicios_sociales/documentos_asociados/documento_tecnico_de_estandares_centro_noche.pdf

Dado que en diferentes países y entornos la habilitación es entendida como una acreditación de básicos para garantizar los elementos básicos indispensables en calidad y seguridad, a continuación se hace referencia a la acreditación de entidades prestadoras de servicios como un recurso adicional que pueda inspirar y orientar el proceso de identificación, selección y priorización de estándares y criterios de calidad de entidades prestadoras de servicios de cuidados de personas con dependencia funcional.

4.10.2 La perspectiva de la habilitación por parte de diferentes actores vinculados a la prestación de servicios de cuidados en Colombia

Con la finalidad de complementar la visión que se tiene de la habilitación de prestadores de servicios de cuidados para personas con dependencia funcional, de forma adicional se realizó un taller de trabajo, en el cual se empleó una metodología adaptada del *Pecha Kucha* para dar respuesta a tres preguntas en 5 minutos en el cual participaron 25 personas⁴¹, y las principales respuestas obtenidas fueron las siguientes:

Tabla 19. Aportaciones del grupo de trabajo sobre la conceptualización del grupo sobre los procesos de habilitación de entidades prestadoras de cuidado

<p>1. DEFINICIÓN del sistema de habilitación de las entidades prestadoras de servicios de cuidados para personas con dependencia funcional en Colombia, tanto a nivel residencial, centros de vida / centros de día y atención domiciliaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Conjunto de normas, requisitos y procedimientos que garanticen la continuidad del cuidado de las personas que se requieren atención en institucionalizada no clínica, en centros día o requieren cuidado domiciliario permanente debido a su dependencia derivada de diferentes tipos de afectación a su salud (física, mental, cognitiva, etc.). → Conjunto de normas, requisitos, procesos, procedimientos y estándares mediante los cuales se garantizan las condiciones mínimas de seguridad, bienestar biopsicosocial, autonomía personal e igualdad de oportunidades en las entidades prestadoras de servicios de cuidados para las personas con dependencia funcional a nivel residencial, centros de vida/centros de día y atención domiciliaria. → La presencia de un conjunto de estándares básicos y de calidad destinadas a garantizar el ofrecimiento de servicios de atención integral al adulto mayor y a su familia, mediante prácticas del cuidado integral de manera permanente o temporal, en las modalidades de hospedaje, de bienestar social. <p>Implicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Las IPS se responsabilizan de la calidad, oportunidad del cuidado en articulación con las redes integradas e integrales de servicios de salud y con el fin de dar continuidad al tratamiento, evitar complicaciones, mantener la funcionalidad e independencia del sujeto, en el marco del derecho a la salud y la dignidad humana. Esta normas,
--	---

⁴¹ En Anexo 1 del presente documento se puede consultar la relación de personas que participaron en esta fase del taller.

	<p>requisitos y procedimientos deben estar articulados en la responsabilidad que corresponde a EPS/EAPB e IPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Implicaría una condensación de una red de sistema de cuidados que incluye el sector salud, educación, trabajo, recreación, integración social, justicia, entre otros; que permitan que las personas con dependencia funcional tengan las mismas oportunidades en la garantía de derechos, permitiendo el acceso, la igualdad y la equidad, más que enfocarse en servicios de cuidados pensaría en la potenciación de capacidades de personas que cuidan y de aquellas con dependencia funcional. → Deben ser sistemas que garanticen los derechos, la salud y la creación de espacios protectores y la igualdad en las personas con capacidades diversas. A nivel residencial, garantizar espacios de movilidad y dispositivos que permitan la misma, especialmente en aquellas personas con limitaciones económicas, acceso a las TIC para acceder a la educación y al trabajo. → En la atención domiciliaria desde salud, se considera necesaria la inmersión de personal capacitado y sensible frente al tema, que desde la institucionalidad no se infantilice, ni se aborde como personas deficientes o patológicas, por el contrario, propiciar la toma de decisiones autónomas. → Acompañamiento a personas mayores que requieren ayuda para la movilización, higiene, entre otros pese a los cambios morfológicos y funcionales que avanzan con la edad; generando menor independencia (Baracaldo, Naranjo y Medina, 2019). → Cuidado a cuidadores, remunerados y no remunerados, en lo posible crear estrategias para la remuneración o reconocimiento de personas cuidadoras en casa. → Podría ser un sistema con administración suficiente, capaz, libre de burocracia, que garantice la correcta ejecución de recursos financieros, permitiendo que la estrategia sea sostenible en el tiempo y no se desplome en cada cambio de administración. <p>Debería contener varios elementos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Valoración Psicosocial y del entorno del paciente → Estructura de los equipos de atención (según tipologías) → Planes de trabajo por niveles de dependencia funcional → Acciones e intervenciones adaptadas a los pronósticos de la persona, tomando como referente las tipologías.
<p>2. Qué criterios de calidad se deberían incluir</p>	<p>ACCESIBILIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura y adecuaciones según el perfil de usuario, personas con discapacidad física, sensoriales, intelectuales y psicosociales. • Herramientas tecnológicas • Información y comunicación • Principios del diseño universal <p>INTEGRALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entornos/espacios • Equipamientos, • Bienes, productos, servicios, sistemas y medios administrativos y de cuidados. <p>ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • inclusión laboral, educativa, y de habitabilidad • Disponibilidad de entornos para la recreación la cultura y deporte. • Convenios interinstitucionales, multidisciplinarios • Promover redes de apoyo <p>ADAPTABILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención centrada en las necesidades y expectativas de las personas • Enfoque diferencial acorde con las diversas capacidades funcionales de la población demandante del servicio. <p>SEGURIDAD</p>

- Cumplimiento de requisitos legales y técnico científicos.
- Practicas seguras de cuidado integral

RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA

- Reconocimiento del cuidado como una labor profesional con enfoque-biopsicosocial.
- Humanización del cuidado

EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

- Monitoreo sistemático de la calidad esperada del cuidado, involucrando a la familia, cuidador y comunidad.

Criterios de oportunidad y efectividad (Más allá de indicadores. Enfocados también, en los pronósticos)

Criterios de Seguridad en los procesos de atención (bajo nuevos niveles de estándares de seguridad)

Criterios de humanización con enfoque psicosocial

Criterios de referencia y contrarreferencia

Criterios clínicos

Criterios habilitantes

Recurso Humano.

Educación y entrenamiento (réplica) al cuidador familiar.

Recursos de Monitoreo – Teleseguimiento.

Guías – Scores y otros elementos relacionados con procesos prioritarios.

Elementos de soporte a la atención

(disponibilidad de ambulancias, kits de emergencias, etc.).

SE REQUIERE:

- Contar con personal capacitado y humanizado frente al tema que concierne, con una mirada pluridimensional, que incluya profesionales de todas las áreas, evitando la medicalización e infantilización de las personas.
- Espacios amigables, que garanticen la movilidad funcional, el esparcimiento, el compartir, en el que puedan ingresar personal externo para permitir el intercambio (especialmente en personas adultas mayores). Infraestructura que garantice todas las necesidades básicas, con personal multidisciplinar que sepa acerca de la prestación de cuidados básicos y avanzados en personas con dependencia funcional.
- Deberá contar con un banco de ayudas técnicas accesible (no por palancas), que contribuyan a la movilidad de las personas con dependencia funcional.
- Respetar y tomar en cuenta siempre las decisiones de las personas que requieren cuidados.
- Contar con todos los servicios públicos, encontrarse en lugares accesibles en la ciudad, en cada una de las localidades como mínimo.
- Generar reconocimiento en la comunidad para su habilitación, tener participación de privados y públicos, así como de ONG, permitiendo la realización de trabajo conjunto.
- Contar con servicios de traslados en aquellas personas que los requieran.
- Medición de conformidad de usuari@s, familiares y la comunidad.
- Contar con apoyo de la academia para participación de docentes y estudiantes, permitiendo además de intervenciones, la investigación y contribución mediante convenios.
- Cumplimiento de estándares de la ley 1315 2009: infraestructura, dotación, Ley 9 (exigencias sanitarias: contra incendios, plan de emergencias, manipulación de alimentos, infraestructura)
- Talento humano: certificación de estudios y procesos de capacitación específica

	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de capacitación del personal • Mínimos en la parte de salud laboral para el personal: vacunación y sus esquemas, valoración periocupacional, etc. • Establecimiento de la política de seguridad del residente
<p>3. Que competencias debería tener el talento humano</p>	<p>COMPETENCIAS DEL SER:</p> <p>SOCIOAFECTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Sensibilidad • Alteridad. • Tolerancia. • Habilidades sociales y de convivencia. • Respeto por la diversidad • Autovaloración • Compromiso con la calidad de vida • Responsabilidad social. • Relaciones y trato adecuado y adaptado para el adulto mayor y personas con discapacidad. • Capacidad para establecer relaciones de ayuda y asertividad. • Habilidades comunicativas, con procesos de comunicación altamente efectivos: saber escuchar y conversar. Capacidad de escucha activa. <p>COLABORATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. Capacidad de trabajo en equipo e interdisciplinar, con un enfoque de atención integrada. Capacidad para interactuar en equipos multidisciplinares de diferentes sectores. • Capacidad de resolución de conflictos • Habilidades comunicativas y del lenguaje • Intercambio de roles y liderazgos <p>DISCIPLINARES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil idóneo para la atención y el cuidado a personas con capacidades funcionales diversas, con profesionalismo y ética. • Capacidad para responder a situaciones no previstas. • Autorreconocimiento y gestión del cuidado del sí mismo. <p>GESTIÓN ASISTENCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suficiencia para alcanzar los objetivos del cuidado integral. • Capacidad de uso racional de los recursos • Toma de decisiones basada en evidencias y resultados de procesos de autoevaluación y evaluación interna y externa. • Uso de herramientas de calidad para el mejoramiento continuo • Organización y gestión del tiempo. <p>GESTIÓN DEL APRENDIZAJE Y DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades para el desarrollo profesional continuo, autónomo y colaborativo con énfasis en el aprendizaje in situ. • Habilidades básicas para el manejo de información científica, la investigación y formación del talento humano.
	<p>Detalle de posibles competencias del saber – hacer</p>

	<p>Brindar medidas higiénicas y de confort</p> <p>Asistencia alimentaria.</p> <p>Movilización y ejercicio básico</p> <p>Acciones básicas terapéuticas: manejo del tiempo de ocio</p> <p>Relacionamiento con familiares</p> <p>Acciones de seguridad del residente: prevención de caídas, prevención de úlceras, manejo de los correctos en la administración de medicamentos.</p> <p>Acompañamiento espiritual: en la cotidianidad y para el buen morir.</p> <p>Capacitación básica en cursos de ACLS/BLS, primer respondiente, violencia sexual, apoyo emocional.</p> <p>Apoyo al duelo, ansiedad, depresión y angustia.</p> <p>Conocimiento científicos y técnicos.</p> <p>Capacidad de promover acciones de apoyo social en entornos complejos.</p> <p>Implica formación y certificación específica según el diagnóstico y nivel de dependencia funcional.</p> <p>Es necesario que se tenga experiencia frente a la labor a realizar y con el grupo específico a abordar.</p> <p>El equipo administrativo y de gestión debe incluir personal experto, con una capacidad de administración y gestión transparente y ética, con una adecuada gestión del suministro de beneficios en la población a cargo, siendo prioritario la rendición de cuentas de manera frecuente.</p> <p>Conocer y manejar las políticas públicas encaminadas en el fenómeno, ODS, PDSP, resoluciones y alcances normativos frente al tema.</p>
<p>4.</p> <p>Qué necesidades de personal</p>	<p>Tomando en consideración el curso de vida de los usuarios del sistema, se requerirá atención básica y especializada según las condiciones y capacidades de la persona (por ejemplo: comorbilidades, deterioro cognitivo, funcional, psicosocial, post egreso, etc.), según su pronóstico (estado terminal, oncológico, Alzheimer, discapacidad física, etc.). Incluye entre otros perfiles profesionales:</p> <p>Personal de Medicina (Geriatría, Medicina Familiar, Medicina Interna, Psiquiatría, Neurología, Medicina Rehabilitadora, Medicina paliativa, etc.).</p> <p>Personal de Enfermería comunitaria, Enfermería geriátrica, Enfermería de Salud mental, etc.</p> <p>Personal de cuidado permanente de apoyo en las ABVD y las AIVD.</p> <p>Personal de recuperación funcional o rehabilitador.</p> <p>Equipo de soporte metabólico y nutricional.</p> <p>Equipo de apoyo psicosocial y cognitivo.</p> <p>Equipo de apoyo para personas con demencia.</p> <p>Equipo de apoyo de salud mental y adicciones.</p> <p>Equipo de trabajo social y educación social.</p> <p>Equipo de enseñanza de cuidados</p> <p>Equipo de seguimiento y monitoreo</p> <p>Equipo de terapia respiratoria y oxigenoterapia</p> <p>Equipo de apoyo de salud oral.</p> <p>Equipo de podología.</p> <p>Equipo de apoyo para déficits auditivos y de visión.</p> <p>Equipo de terapia ocupacional.</p> <p>Equipos de prestaciones tecnológicas y de productos de soporte (ayudas técnicas).</p> <p>Equipo de animación sociocultural y lúdica.</p> <p>Equipo de apoyo espiritual y emocional según las creencias de la persona y su familia.</p> <p>Equipo de asistente personal para ayuda en la toma de decisiones en personas con dificultad en la toma de decisiones.</p> <p>Equipo de inserción laboral para las personas que requieran apoyo.</p>

	<p>Equipo de apoyo en prestaciones y beneficios económicos. Equipos de apoyo para atención en situaciones de urgencia sanitaria y social. Equipos de farmacia comunitaria. Equipo de atención a terapias alternativas. Equipo de apoyo de cuidados paliativos. Personal de mantenimiento del hogar y de pequeñas reparaciones. Equipo asesor de adaptación del entorno y de accesibilidad universal. Equipo de apoyo para familiares y cuidadores principales y secundarios. Equipo de apoyo en sistemas de información (TIC) y registros. Equipo de apoyo para temas administrativos y de facturación. Equipos de coordinación y de dirección de cuidados. Equipos de mantenimiento. Equipos de protección en situaciones de emergencia o catástrofe por fuego u otras situaciones de catástrofe internas y externa.</p>
<p>Otros aspectos a tener en cuenta</p>	<p>Es importante trabajar aspectos relacionados con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los cuidadores familiares en temas como la sobrecarga del cuidador. 2. En el cuidador entrenado o profesional de salud: el desgaste emocional por empatía. 3. En la persona los sentimientos de ambivalencia por los que transita y experimenta, según se desarrolla su proceso. <p>Así mismo, el sistema domiciliario de prestación debe estar estrechamente conectado con de aseguramiento, para que el continuum de la atención no se pierda en los trámites del sistema; esto incluye riesgos laborales para los usuarios con incapacidad, temporal o permanente, el reconocimiento de condiciones de incapacidad laboral y otros.</p>

En Colombia sería necesario que sistema de evaluación externa finalmente se quiere articular en el Sistema Nacional de Cuidados en Colombia (SINACU).

4.10.3 La acreditación de servicios

Dado el peso que han tenido los sistemas de acreditación a nivel mundial, se ha creído oportuno efectuar una reseña sobre este sistema de evaluación externa para garantizar la calidad y seguridad del cuidado dentro del presente marco conceptual utilizado como recursos para ayudar a identificar, priorizar y formular estándares y criterios de calidad relacionados con el cuidado.

En las últimas décadas se ha producido una irrupción muy destacable de los sistemas de evaluación externa de las instituciones sanitarias y de prestadoras de servicios de servicios sociales en los países en los que apenas existía este tipo de experiencias. Las causas son múltiples y pueden estar relacionadas con la percepción de que los recursos no se han utilizado siempre de forma óptima, lo que ha incrementado la preocupación de gobiernos, instituciones, profesionales y usuarios por conseguir el máximo nivel de calidad de los servicios que se prestan.

Dado que dentro de los sistemas de evaluación externa de la calidad los sistemas de habilitación y acreditación en diferentes países se encuentran interrelacionados, se ha creído oportuno en la presente revisión realizar un apartado específico de la acreditación de servicios y centros por si puede ser de utilidad en el proceso de identificar criterios y estándares de calidad de las entidades prestadoras de servicios de cuidados.

La búsqueda de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud y de cuidados representa en la actualidad uno de los paradigmas de la gestión en el ámbito sociosanitario. La acreditación se ha demostrado útil para la organización de la gestión de la organización, la cultura organizacional, la relación con los pacientes y sus familias, las mejoras en el liderazgo clínico y en la seguridad del paciente. No obstante, en estudios

realizados, incluyendo investigaciones científicas realizadas en gran escala, se ha evidenciado que el impacto en los resultados y por lo tanto en la salud y bienestar de la población y en el funcionamiento del sistema, es variable y muy dependiente de la correcta manera como se diseñe el modelo y se despliegue en las instituciones, lo cual incidirá de manera directa en el beneficio que se obtenga del esfuerzo y los recursos invertidos en la homologación y acreditación de entidades prestadoras de servicios de cuidados.

Algunos de estos beneficios pueden ser extrapolables a los sistemas de habilitación de los prestadores de servicios en función de los contenidos y elementos de medición finalmente priorizados.

4.10.4 Requisitos de ISQUA para el reconocimiento de los estándares de acreditación

Aunque habitualmente los estándares y criterios de calidad para la homologación de las entidades prestadoras de servicios no forman parte del proceso de reconocimiento internacional de ISQUA a nivel de país, como lo son los estándares y criterios de los procesos de acreditación, sí que puede ser un recurso importante a la hora de definir los contenidos mínimos que sería recomendable incluir en el grupo de estándares y criterios de calidad para entidades prestadoras de servicios de cuidados finalmente se prioricen, y tener identificadas las áreas no cubiertas y que han de ser tenidas en cuenta como temas pendientes de posterior desarrollo, o temas a incluir en otras iniciativas complementarias para garantizar y dinamizar procesos de mejora que impacten en los resultados.

A continuación, se presenta la definición de tipos de Evaluación externa de entidades prestadoras de servicios sociales y de salud según la definición de términos adoptados por ISQUA el 2018:

Tabla 20. Definición de diferentes sistemas de evaluación externa efectuadas por ISQUA (ISQua, 2018b)

Tipo evaluación externa	Definición
Evaluación Externa	<ul style="list-style-type: none"> → Es un proceso de evaluación formal llevado a cabo por un tercero externo e independiente. → El tercero puede tener autoridad específica (por ejemplo, reconocimiento legal) para realizar evaluaciones → El objeto que se evalúa puede ser una organización, un sistema, un proceso, un programa o una persona individual. → La evaluación se realiza en función de los requisitos predeterminados disponibles → Los requisitos predeterminados pueden establecerse en normas, directrices, indicadores u otras medidas → El proceso de evaluación está diseñado para determinar el grado en que se cumplen o no los requisitos → Existen mecanismos objetivos para tomar o dictaminar una decisión. → El proceso de evaluación da como resultado un resultado definido, como un estado específico o un premio que es válido por un período específico y definido.
Acreditación ⁴²	<ul style="list-style-type: none"> → Es una forma de evaluación externa de una organización, sistema o programa. → El desempeño de una organización, sistema o programa se evalúa frente a requisitos predeterminados. → Los requisitos predeterminados generalmente se establecen en normas.

⁴² Se define como un proceso de autoevaluación y revisión externa por pares utilizado por las organizaciones de atención social y de salud para evaluar con precisión su nivel de desempeño en relación con los estándares establecidos y para implementar formas de mejorar continuamente el sistema de atención social o de salud.

Tipo evaluación externa	Definición
	<ul style="list-style-type: none"> → Los requisitos predeterminados brindan un enfoque amplio del servicio para la mejora de la calidad, centrándose tanto en los aspectos operativos como clínicos de la prestación del servicio. → Las normas pueden abordar más que los requisitos legales. → La evaluación la lleva a cabo un equipo de revisores de un tercero externo e independiente que tiene conocimientos y experiencia específicos de la organización, sistema o programa que se está evaluando. El objetivo de la acreditación es la mejora continua de la calidad. → Se genera un informe que resume los resultados de la encuesta; identificar áreas de buenas prácticas; y proporcionando recomendaciones y oportunidades de mejora. → El resultado de la acreditación es el estado de la acreditación, es decir, si se ha concedido o no la acreditación y el nivel de acreditación que se ha concedido. → El estado de acreditación es válido por un período específico y definido.
Certificación	<ul style="list-style-type: none"> → Es una forma de evaluación externa de una organización, sistema, programa o persona individual. → El desempeño de una organización, sistema, programa o persona se evalúa frente a requisitos predeterminados. → Los requisitos predeterminados pueden establecerse en normas, directrices, indicadores u otras medidas. → Los requisitos predeterminados pueden centrarse en aspectos específicos del desempeño o pueden relacionarse solo con un servicio o función. → Los requisitos predeterminados pueden abordar más que los requisitos legales. → La evaluación es realizada por un auditor individual o un equipo de un tercero externo e independiente. → Se genera un informe que resume los hallazgos de la auditoría/evaluación que describe si el servicio/individuo cumple con los requisitos especificados y destaca las áreas de incumplimiento/inconformidad. → El resultado de la certificación es el estado de la certificación, es decir, si la organización, el sistema, el proceso o la persona han sido certificados o no. El estado de la certificación es válido durante un período específico y definido.
Regulación	<ul style="list-style-type: none"> → Es una evaluación externa del desempeño, cuando es un componente de un marco regulatorio, es decir, un marco destinado a influir o hacer cumplir el comportamiento de una organización o personas, según lo describen las leyes, reglas u órdenes autorizadas. → El desempeño de una organización o persona se evalúa frente a requisitos predeterminados. → Los requisitos predeterminados se establecen en un marco legal. → Los requisitos predeterminados pueden relacionarse con el desempeño general de una organización o persona o pueden centrarse en un aspecto específico del desempeño. → Es posible que estos requisitos no siempre se evalúen externamente. En algunos sistemas, los requisitos pueden evaluarse de forma proactiva, mientras que, en otros los requisitos pueden utilizarse para determinar si ha habido una infracción de la legislación. → Cuando se lleve a cabo una evaluación externa, podrá ser realizada por un organismo externo que haya sido autorizado por ley para realizar tales evaluaciones; un organismo externo al que se le ha delegado la responsabilidad legal de realizar dichas evaluaciones; o un organismo que ha sido contratado para realizarlos en nombre del organismo con la responsabilidad legal general de la evaluación. → Los requisitos predeterminados están diseñados para proteger la salud y la seguridad públicas y pueden o no ser requisitos mínimos. → Puede haber consecuencias por el incumplimiento de los requisitos predeterminados. → Un organismo regulador puede o no actuar en caso de incumplimiento de los requisitos.

Tipo evaluación externa	Definición
Licencia de funcionamiento ⁴³	<ul style="list-style-type: none"> → Es un componente de un marco regulatorio, es decir, un marco destinado a influir o hacer cumplir el comportamiento de una organización o personas, según lo describen las leyes, normas u órdenes autorizadas. → Es una forma de evaluación externa, cuyo propósito es evaluar una organización o una persona frente a requisitos predeterminados para determinar si son adecuados o apropiados para prestar un servicio específico. En el contexto de este principio, la concesión de licencias se refiere únicamente a las organizaciones. → Los requisitos predeterminados se establecen en un marco legal. → Los requisitos predeterminados están diseñados para proteger la salud y la seguridad públicas y pueden ser requisitos mínimos. → El resultado de la concesión de licencias es la concesión de un documento o licencia que permite a una organización prestar un servicio o servicios específicos dentro de un ámbito definido durante un período de tiempo definido.

Cabrá definir de forma conjunta con el equipo si los criterios de habilitación forman parte de los de la licencia para poder operar como prestador de servicios, o si se incluyen otros elementos de tipo más regulatorio.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo que ayuda a definir mejor que se entiende por cada uno de los sistemas de evaluación externa para la mejora y aseguramiento de la calidad por parte de las entidades prestadoras de servicios de cuidados.

Tabla 21. Distintos tipos de evaluación externa propuestos por ISQUA (ISQua, 2018b)

Características distintivas	Acreditación	Certificación	Regulación	Licencia de funcionamiento
Evaluador/ organización evaluadora	El reconocimiento puede derivarse de otras fuentes además de la ley.	El reconocimiento puede derivarse de otras fuentes además de la ley.	Autorizado por la ley	Autorizado por la ley
Objeto de evaluación	Organización, sistema o programa.	Organización, sistema, programa o persona.	Organización o persona.	Organización
Origen de los requisitos	Puede ir más allá de la ley.	Puede ir más allá de la ley.	Ley	Ley
Especificación de los requisitos para su uso en la evaluación	Estándares desarrollados específicamente con el propósito de evaluar.	Puede establecerse en normas, directrices, indicadores u otras medidas.	Podrán establecerse en la legislación y/o normas, lineamientos, indicadores u otras medidas.	Puede establecerse en la legislación y/o normas, lineamientos, indicadores u otras medidas.
Objetivo de los requisitos	Mejora continua de la calidad (CQI).	Puede referirse únicamente a aspectos específicos del desempeño de un servicio o función en particular. Puede o no	Puede evaluar la idoneidad para operar o brindar un servicio o puede enfocarse en un aspecto específico	Puede relacionarse con las estructuras y procesos necesarios para proporcionar un servicio específico dentro de un alcance

⁴³ Se define como el proceso por el cual una autoridad gubernamental otorga permiso para operar a un profesional individual o una organización de asistencia sanitaria y social.

Características distintivas	Acreditación	Certificación	Regulación	Licencia de funcionamiento
		incluir la mejora continua de la calidad como un objetivo.	del desempeño. Pueden o no ser requisitos mínimos.	definido. Pueden o no ser requisitos mínimos.
Output esperado	Estado de acreditación, es decir, si se ha otorgado la acreditación y el nivel de acreditación. Informe que resume los hallazgos de la evaluación.	Estado de la certificación, es decir, si se ha otorgado la certificación. Informe que resume los hallazgos de la auditoría/evaluación.	El incumplimiento de los requisitos predeterminados puede dar lugar o no a la adopción de medidas por parte del órgano regulador.	Documento de concesión o licencia que permite a la organización proporcionar un servicio dentro de un alcance específico.

Con relación a los contenidos de los estándares y criterios de evaluación en un proceso de evaluación externa conviene tener en cuenta las guías desarrolladas por ISQUA para su desarrollo el 2018.

Tabla 22. Contenidos recomendados pro ISQUA para el desarrollo de estándares y criterios para la acreditación de organizaciones /entidades sociales y de salud prestadoras de servicios (ISQua, 2018a)

Principio/Criterio/Tema para el Desarrollo de Estándares de Atención Social y de Salud - ISQUA
Principio 1 – Desarrollo de estándares
1. Establecimiento de fundamentos para normas nuevas y/o revisadas
2. Relaciones con otras normas y requisitos reglamentarios
3. Plan de desarrollo de normas
4. Disponibilidad pública del proceso de desarrollo de estándares
5. Estándares basados en investigaciones, lineamientos, recomendaciones nacionales/internacionales y aportes técnicos
6. Participación de los interesados
7. Alcance de las normas
8. Propósito de las normas
9. Marco de estándares
10. Redacción de las normas
11. Prueba/pilotaje de estándares
12. Aprobación de normas
13. Uso de estándares por parte de una organización de evaluación independiente
14. Plan de implementación
15. Información y educación proporcionada a clientes y topógrafos
16. Recopilación y análisis continuos de comentarios
Principio 2 - Medición de estándares
17. Sistema de calificación del desempeño en cada estándar, criterio o elemento
18. Metodología documentada para medir el rendimiento general
19. Orientación sobre el uso del sistema de medición/clasificación
20. Recopilación y análisis de comentarios sobre el sistema de medición/calificación
Principio 3 – Rol organizacional, planificación y desempeño
21. Definición de misión, valores, ética, objetivos estratégicos
22. Plan operativo, medición en el logro de objetivos
23. Planes, políticas y procedimientos, control de documentos
24. Responsabilidades de gobierno corporativo y clínico

Principio/Criterio/Tema para el Desarrollo de Estándares de Atención Social y de Salud - ISQUA
25. Responsabilidades de gestión operativa y financiera
26. Integración de requisitos legales y de política de salud y/o asistencia social
27. Planificación del personal, niveles de dotación de personal, combinación de habilidades
28. Educación, habilidades, experiencia, orientación, entrenamiento
29. Acreditación, alcance definido de la práctica
30. Evaluación de desempeño/competencia
31. educación continua
32. Bienestar del personal, resolución de problemas en el lugar de trabajo
33. Uso de estándares, protocolos y guías basados en evidencia
34. Participación de los pacientes/usuarios de los servicios y del personal en la planificación
35. Coordinación dentro y entre departamentos y servicios externos
Principio 4 – Seguridad y Riesgo
36. Marco de gestión de riesgos
37. Plan de gestión de riesgos, política de gestión de riesgos, registro de riesgos
38. Riesgos para los pacientes/usuarios del servicio, mitigación de estos riesgos
39. Procedimientos y tratamientos de alto riesgo, mitigación de estos riesgos
40. Investigación, notificación y comunicación de incidentes de seguridad
41. Estrategias de seguridad del paciente/usuario del servicio basadas en la evidencia
42. Prevención y control de la infección
43. Protección de la salud y la seguridad del personal
44. Capacitación del personal en equipos.
45. Ley de seguridad, seguridad de edificios y equipos
46. Planificación de recuperación ante desastres
47. Registros de pacientes/usuarios de servicios
Principio 5 – Enfoque centrado en la persona
48. Derechos y responsabilidades del paciente/usuario del servicio
49. Procesos para recibir y resolver dilemas éticos
50. Discutir las opciones de atención, respetar las opciones
51. Consentimiento informado
52. Apoyo a los pacientes/usuarios de los servicios para mejorar y mantener la salud
53. Sensibilidad cultural y espiritual
54. Formación del personal sobre la atención centrada en la persona
55. Información sobre procesos de admisión y oferta de servicios
56. Acceso a atención o servicios
57. Evaluación del paciente/usuario del servicio
58. Planes de tratamiento o cuidado del paciente/usuario del servicio
59. Seguir, monitorear el progreso, revisar el tratamiento o los planes de atención
60. Alta, remisión
61. Comentarios del paciente/usuario del servicio, gestión de quejas
Principio 6 – Desempeño de calidad
62. Recopilación de información relativa a la prestación del servicio
63. Evaluación y uso de los datos de desempeño
64. planes de mejora de la calidad
65. Reporte de información de calidad al órgano de gobierno
66. Publicación de datos de rendimiento

Los contenidos aquí presentados serán de gran ayuda en el proceso de selección y priorización de los estándares y criterios de calidad que se definan en el proceso de habilitación de las entidades prestadoras de servicios de cuidados en Colombia.

4.11 ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Dentro de las características de los modelos de prestación de servicios propuestos en el marco de la implementación de la atención integrada para el adulto mayor de la OMS, la revisión de las evidencias ha identificado como clave: (Briggs et al., 2018), (Threapleton et al., 2017), (World Health Organization, 2019).

- intervenciones a nivel comunitario y en el hogar
- evaluaciones centradas en la persona y planes de atención integrados
- toma de decisiones y establecimiento de objetivos compartidos
- apoyo para la autogestión y el autocuidado
- equipos de atención multidisciplinarios
- información unificada o sistemas de intercambio de datos
- participación de la comunidad y apoyo al cuidador
- vínculos formales con los servicios de salud y social

En el desarrollo de los criterios de calidad de los sistemas de homologación estas y otras evidencias han de ser tenidas en cuenta en el dimensionado de los indicadores de calidad de las entidades prestadoras de servicios de cuidado. En esta misma línea, también se ha de tener en cuenta las dimensiones y área relevantes del sistema de puntuación propuesto por la OMS para medir el nivel de implementación en la atención integrada a las personas mayores en todos los servicios y sistemas. Con la finalidad de contribuir a dar respuesta a las necesidades de atención desde una perspectiva de atención centrada en la persona, sus referentes, así como del entorno comunitario. Ver tabla siguiente.

Tabla 23. Dimensiones y áreas relevantes del sistema de puntuación propuesto por la OMS para medir el nivel de implementación en la atención integrada a las personas mayores: (World Health Organization, 2019)

DIMENSIONES	ÁREAS RELEVANTES
	Integración de los servicios de salud y atención social
INVOLUCRAR Y EMPODERAR A LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES	1. Involucrar activamente a las personas mayores, sus familias y cuidadores y la sociedad civil en la prestación de servicios* 2. Ofrecer apoyo y capacitación a los cuidadores*
APOYAR LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR PROVEEDORES MULTIDISCIPLINARIOS	3. Buscar e identificar activamente a las personas mayores que necesitan atención en la comunidad 4. Llevar a cabo evaluaciones integrales cuando las personas mayores ingresen a los servicios de atención social o de salud y se sospeche u observe una disminución en la capacidad intrínseca* 5. Apoyar a los trabajadores sanitarios y sociales debidamente formados para que desarrollen planes de atención integrales para las personas mayores que sean factibles, prácticos y tengan como objetivo la capacidad intrínseca y la capacidad funcional* 6. Establecer redes de proveedores de atención social y de la salud para permitir la derivación oportuna y la prestación de servicios*
ORIENTAR LOS SERVICIOS HACIA LA ATENCIÓN COMUNITARIA	7. Brindar atención a través de una fuerza laboral comunitaria, respaldada por servicios comunitarios. 8. Poner a disposición la infraestructura (por ejemplo, espacio físico, transporte,

DIMENSIONES	ÁREAS RELEVANTES
	telecomunicaciones) que se necesita para apoyar la prestación de atención segura y eficaz en la comunidad*
	9. Brindar atención (con productos de asistencia cuando sea necesario) que sea aceptable para las personas mayores, efectiva y que tenga como objetivo la capacidad funcional*
Align care systems to Support integrated care	
FORTALECER LOS SISTEMAS DE GOBERNANZA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	10. Apoyar la participación activa de las personas mayores y sus familias o cuidadores, la sociedad civil y los proveedores de servicios locales en el desarrollo de políticas y servicios.
	11. Crear o actualizar marcos regulatorios y de políticas para apoyar la atención integrada y proteger contra el abuso de personas mayores.
	12. Implementar procesos de aseguramiento y mejora de la calidad de los servicios de salud y asistencia social*
	13. Revisar periódicamente la capacidad para brindar atención de manera equitativa*
HABILITAR EL FORTALECIMIENTO A NIVEL DEL SISTEMA	14. Desarrollar la capacidad en la fuerza laboral actual y emergente (remunerada y no remunerada) para brindar atención integrada*
	15. Estructurar mecanismos de financiación para apoyar la atención sanitaria y social integrada para las personas mayores
	16. Establecer procesos equitativos de gestión de recursos humanos para apoyar a la fuerza laboral remunerada y no remunerada
	17. Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación sanitarias para facilitar la comunicación y el intercambio de información
	18. Recopilar y reportar datos sobre la capacidad intrínseca y la capacidad funcional de los adultos mayores dentro de los sistemas de información de salud existentes
	19. Utilizar las tecnologías digitales para apoyar la autogestión de las personas mayores

En el ámbito de la atención domiciliaria, el manual de acreditación de la *Joint Commission International (JCI)* incorpora las siguientes funciones, que agrupan una serie de estándares, que a su vez detallan una serie de elementos de medición para identificar el grado de cumplimiento del estándar.

Tabla 24. Funciones del Manual de acreditación de la *Joint Commission International* para atención domiciliaria (*Joint Commission International, 2021*)

Sección	Funciones
Sección I Requisitos de participación en la acreditación	Requisitos de participación en la acreditación (APR)
Sección II Estándares centrados en el paciente	Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG)
	Acceso a la atención y continuidad de la atención (ACC)
	Atención centrada en el paciente (PCC)
	Evaluación de Pacientes (AOP)
	Atención de Pacientes (COP)
	Manejo y uso de medicamentos (MMU)
Sección III Estándares centrados en la Gestión de las Organizaciones de Atención de la Salud que dan apoyo a la función de atención centrada en el paciente	Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
	Prevención y Control de Infecciones (PCI)
	Gobernanza, Liderazgo y Dirección (GLD)
	Gestión de instalaciones y seguridad (FMS)

Sección	Funciones
	Calificaciones y educación del personal (SQE)
	Gestión de la Información (MOI)

Estas funciones pueden ser un buen recurso a la hora de identificar ámbitos prioritarios para la selección de estándares y criterios de calidad para entidades prestadoras de servicios de cuidados para personas con dependencia funcional.

Los estándares de la JCI están diseñados para: (Joint Commission International, 2021)

- Asegurar un entorno seguro que reduce riesgos de cara a los receptores del cuidado y a los cuidadores o personal involucrado en el cuidado.
- Ofrecer sistemas de comparación objetivos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
- Estimular y demostrar las mejoras continuas y sostenidas a través de un proceso confiable.
- Mejorar los resultados y la experiencia percibida por parte del paciente.
- Mejorar la eficiencia de los procesos de atención.
- Reducir los costos a través de cuidados más uniformes que han demostrado alto impacto en la consecución de los resultados.

4.11.1 Estándares de calidad para instituciones que atienden personas mayores

La OMS considera que es fundamental asegurarse de que se están siguiendo las políticas, procedimientos y protocolos establecidos en un proceso de habilitación y de acreditación según se trate. La concesión de licencias o la acreditación de proveedores e instalaciones de entidades prestadoras de la atención es clave para asegurar que lo que se ha descrito que se llevaría a cabo, finalmente se lleva a cabo y garantiza los resultados esperados con todo el proceso. En países donde los equipamientos de atención residencial no están adecuadamente regulados, la homologación y acreditación son fundamentales para brindar una atención de mayor calidad. (World Health Organization, 2015b).

Los estándares de calidad para personas mayores que propone el Gobierno Australiano pueden ser consultados en La Guía de recursos para proveedores (Aged Care Quality and Safety Commission, 2021), y de forma esquemática se presentan en la siguiente figura:



Figura 12. Estándares para las entidades prestadoras de servicios para personas mayores en Australia. (Age care Quality and safety Commission, 2020), (Department of Health, 2019)

A nivel estructural, a continuación, se presenta un resumen de la normativa aplicable a residencias de personas en cuanto a recursos del centro para dar respuesta a las necesidades de cuidado. Creemos que este recurso puede ser de utilidad en la planificación de los recursos necesarios, dado que se presenta un amplio abanico en función de los recursos de cada territorio, así como de las prioridades sociales, de salud y de atención integrada en el territorio. De forma complementaria se puede consultar en anexo del Producto 5 el detalle de las residencias de persona mayores en diferentes comunidades autónomas en España. El resumen ha estado elaborado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), y presentado en junio del 2020. (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), 2020), (Ministerio de educación política social y deporte, 2008).

Tabla 25. Ejemplo de rangos de aspectos de infraestructuras de centros residenciales elaborado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), 2020)

EDIFICIO	Rango (mín.-máx.)
Tamaño de centros por plazas	4 a +200 (limita el máximo de 150 a 180)
Modularidad. Unidades de convivencia (por personas)	16 a 60
Habitaciones tipos	Individuales de 10% al 75% (Máximo de personas por habitación 2 a 6)
Habitaciones - tamaños	Individuales 8 a 12m ² y Dobles 11 a 19m ²
Habitaciones aseos	3,5 a 5m ² (1 aseo cada 1-5 personas y 1 ducha cada 1-10 personas)
Baño geriátrico	En centros de más de 4 a 50 plazas (uno cada 30-100 plazas, de 10 a 14m ²).
Puertas	Hueco de paso 72 a 80 cm.
Altura	2,4 a 2,7m
Pasillos	Anchura entre 90 a 220 cm.
Aseos comunes	Uno cada 15 a 50 personas
Salas de estar o comunes	1,8 a 4,5m ² por persona (mínimo 12 a 80m ²)

EDIFICIO	Rango (mín.-máx.)
Sala polivalente o de actividades	0,5 a 4,5m2 por persona (mínimo 20 a 40 m2)
Enfermería	Desde 25 a 60 plazas (enfermería desde 1 habitación doble o 2 individuales hasta) o 5% de plazas
Medicamentos	Depósito o servicio farmacia
Rehabilitación, Fisioterapia, Terapia Ocupacional	Desde 40 residentes: De 0,8 a 4,5 m2/persona (mínimo 15 a 50m2)
Sala de visitas	12-15m2 (una sala cada 60 residentes)
Velatorio Mortuorio tanatorio	En centro de más de 50-100 plazas. Mínimo 12 a 15m2
Ascensor	Uno cada 50-60 personas
Cocina	Mínimo de 15m2- 50m2 (0,3-0,5m2/residente)
Comedor	Desde 1 comedor común a 1 comedor por módulo (Mínimo 15 a 30m2: 2 a 4,5 m2/persona)

En Colombia se dispone de un Sistema Único de Acreditación en Salud, considerado como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades evaluadoras de los estándares y criterios de acreditación voluntaria de servicios de salud, las cuales están destinadas a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. (Rodríguez, 2014) La conceptualización gráfica de los grupos de estándares puede ser consultada en la siguiente figura:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO



Figura 13. Conceptualización de los estándares para la acreditación de servicios de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a) ⁴⁴

⁴⁴ Nota: El Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, fue adoptado en la Resolución N. 5095 del 19 de noviembre del 2018, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>

Se evidencian la existencia de múltiples manuales de calidad de diferentes organizaciones dirigidos a la mejora de la calidad de la persona mayor, y pueden ser fuente de orientación para el desarrollo de los criterios de calidad en el ámbito de la atención residencial, atención diurna y atención domiciliaria en Colombia. A título de ejemplo se citan algunos de ellos:

1. Joint Commission International. Accreditation Standards for Home Care [Internet]. Illinois: Joint Commission Resource; 2019. 308 p. Disponible en: <https://covid19.kemkes.go.id/category/situasi-infeksi-emerging/info-coronavirus/>
2. Accreditation Canada. Long-Term Care Services. Qmentum program standards [Internet]. Ottawa: Health Standards Organization (HSO); 2021. p. 30. Disponible en: <https://accreditation.ca/qmentum-ltc-accreditation/>
3. Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). Resolución No. 3100 de 25 de Noviembre 2019 [Internet]. Bogotá; 2019. p. 8. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No.3100_de_2019.pdf
4. Joint Commission International. Accreditation Standards for Home Care [Internet]. Illinois: Joint Commission Resource; 2019. 308 p. Disponible en: <https://covid19.kemkes.go.id/category/situasi-infeksi-emerging/info-coronavirus/>
5. National Institute for Health and Care Excellence. Home care for older people. Quality standard 123 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016. p. 43. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs123/resources/home-care-for-older-people-pdf-75545356896709>
6. National Institute for Health and Care Excellence. Supporting adult carers. Quality standards 200 [Internet]. London; 2021. p. 27. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/QS200>
7. National Institute for Health and Care Excellence. Intermediate care including reablement [Internet]. London; 2017. p. 25. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng74/resources/intermediate-care-including-reablement-pdf-1837634227909>
8. National Institute for Health and Care Excellence. Learning disability: care and support of people growing older. Quality Standard 187 [Internet]. London; 2019. p. 30. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs187/resources/learning-disability-care-and-support-of-people-growing-older-pdf-75545726412229>
9. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia. Quality standard 184 [Internet]. London; 2019. p. 39. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs184/resources/dementia-pdf-75545721373381>
10. Lincoln NB, Kneebone II, Macniven JAB, Morris RC. Decision Making and Mental Capacity. Quality standard [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2011. 29 p.
11. ISQua. Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards. 5th edition. [Internet]. ISQua Accreditation- International Accreditation Programme (IAP). 2018. Disponible en: <https://ieea.ch/media/attachments/2021/08/10/isqua-guidelines-and-principles-for-the-development-of-health-and-social-care-standards-5th-edition-v1.0.pdf>

Una vez se ha hecho una revisión de documentos claves y otra bibliografía relevante relacionada con la habilitación de prestadores de servicios de cuidado, a continuación, se pasa a presentar los principales resultados cualitativos sobre lo que esperan diferentes de los implicados en el proceso para la habilitación de entidades prestadoras de servicios de cuidados.

5 LA VISIÓN SOBRE LA CALIDAD, LA SEGURIDAD Y LOS ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN EN COLOMBIA DE PRESTADORES DE CUIDADO, DESDE LA PERSPECTIVA Y EXPERIENCIA DE PERSONAS ATENDIDAS, FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS

5.1 LA VISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE PERSONAS ATENDIDAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y DE OTROS ACTORES DEL SISTEMA DE CUIDADOS

Tal y como se explicitó en la metodología, a continuación, se presenta una primera relación de temas emergentes de dos grupos focales con personas residentes de 2 hogares geriátricos, 8 entrevistas en profundidad y 5 reuniones de trabajo con diferentes actores implicados en la prestación del cuidado.

Se ha efectuado una primera clasificación por área relevante, y se ha evitado duplicar la información siempre que ha sido posible.

Nota: se ha dejado en color negro todas las aportaciones efectuadas por personas atendidas en hogares, centros de día/vida y de atención domiciliaria, así como de familiares y personas cuidadoras no remuneradas. En color azul, se han especificado las ideas provenientes de profesionales, docentes o gestores que no han sido previamente identificados por las personas atendidas y su entorno cuidador más próximo. Para evitar redundancias, cuando la idea ha sido expresada por los dos colectivos, se ha primado dejar constancia que la idea proviene del propio entorno de la persona (texto en color negro).

Tabla 26. Recopilación de las principales aportaciones provenientes de estudio cualitativo para identificar lo que se espera de un proceso de habilitación de entidades prestadoras de servicios de cuidados

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
Promoción de la autonomía	<p>Valorar las capacidades para la toma de decisiones de cada persona, y dar apoyo solo cuando sea necesario para facilitar el proceso de toma de decisiones por parte de la propia persona</p> <p>Fomentar la promoción de la autonomía en personas con dependencia funcional y discapacidad.</p> <p>Actividades lúdicas y de ejercicio integradas con las de mejora de la autonomía: “No quiero ir para atrás”.</p> <p>Disponer de un sistema de valoración, prescripción, gestión, entrenamiento seguimiento y gestión de los productos de apoyo (ayudas técnicas) para mejora de la autonomía, incluyendo prótesis y ortesis.</p> <p>Promoción del autocuidado y apoyo entre iguales,</p>
Atención centrada en la persona	<p>Vivir según preferencias. Personalización de horarios.</p> <p>Asegurar un buen sistema de acogida para favorecer la adaptación al nuevo recurso.</p> <p>Libertad de movimiento y elección entre las actividades ofertadas.</p> <p>Reconocimiento que la persona tiene una familia y un hogar fuera del centro residencial con el que también se relaciona y se integra.</p> <p>Necesidad de afecto, cariño y amor.</p> <p>Aplicar guías y recomendaciones existentes a nivel internacional y nacional para una atención centrada en la persona y la humanización de la atención.</p>
Valoración y plan de atención	<p>Efectuar una buena valoración de las necesidades y capacidades de cada persona, de forma continua, para adaptar el plan de atención.</p>

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
	<p>Tener en cuenta en cada momento la necesidad e intensidad de apoyo que requiere cada persona, desde el momento del ingreso.</p> <p>Pacto del plan de atención individualizado.</p> <p>Existencia de persona gestora o referente de cada persona.</p> <p>Incorporar la atención virtual y la video vigilancia en el seguimiento y apoyo de la persona.</p> <p>Disponer de protocolos de atención específicos para dar respuesta al plan de cuidado.</p> <p>Disponer de listas de chequeo que faciliten los procesos de valoración y detección de riesgos.</p> <p>Importancia de la visita domiciliaria previa al ingreso para adecuar el plan de intervención.</p>
Alimentación	<p>Facilitar la alimentación a las personas que no pueden hacerlo por sí mismo.</p> <p>Dar apoyo a las personas que tengan trastorno de la deglución.</p> <p>Asegurar que se aplican medidas de seguridad en la cocina.</p> <p>Asegurar que se disponen de alimentos de calidad y en buen estado de conservación.</p> <p>Cumplimiento de normativa en materia de manipulación y conservación de alimentos.</p> <p>Posibilidad de escoger alimentos.</p> <p>Comida bien presentada.</p> <p>Comida en buenas condiciones y a la temperatura adecuada.</p> <p>Almuerzos fuera del centro en días festivos o señalados.</p> <p>Evitar que las personas tengan sed. Garantizar rondas de aportación hídrica.</p> <p>Política de suplementos nutricionales.</p> <p>Dietas adaptadas a la situación de la persona, a sus preferencias y capacidades.</p> <p>Contar con el apoyo de una dietista para la confección de los menús, asegurando que estos sean variados y adecuados a las características de las personas.</p>
Eliminación	<p>En cuenta a la eliminación, utilizar los pañales solo cuando sea necesario, y con la periodicidad de cambio necesaria para evitar problemas de la piel.</p> <p>Prevención del estreñimiento.</p> <p>Apoyo en la eliminación.</p>
Comunicación	<p>Timbre de llamado para cuando se necesita algo.</p> <p>Identificar las personas que tengan problemas de audición y derivar al ORL siempre que sea necesario.</p> <p>Dar apoyo a las personas que tengan dificultad para comunicarse.</p> <p>Desplegar iniciativas para mejorar la comunicación para personas invidentes o con sordera.</p> <p>Disponer de sistemas de comunicación aumentativa.</p> <p>Teléfono para comunicarse con el exterior y que tenga privacidad en la comunicación.</p> <p>Dar tiempo para que la persona pueda responder.</p>
Higiene y cuidados estéticos	<p>Dar apoyo a personas que requieran apoyo en la higiene personal y ducha.</p> <p>Dar apoyo para los cuidados estéticos (arreglo del cabello, peluquería, retirada de bigote, afeitado, ...). de forma segura y de acuerdo con las preferencias de las personas.</p> <p>Cuidado y arreglo de manos y los pies (con participación del podólogo cuando sea necesario).</p>
Vestido	<p>Ropa cómoda y adaptada. Ropa fácil de poner y quitar.</p> <p>Dar apoyo en el vestido.</p> <p>Mantenimiento de la ropa y que no se inutilice o pierda con sistemas de lavado.</p> <p>Disponer de un sistema de mantenimiento de la ropa.</p> <p>Adecuación del vestido a las preferencias de la persona.</p> <p>Adecuación del vestido al clima y comodidad de la persona.</p> <p>Zapatos cómodos y seguros.</p>
Movilidad	<p>Acompañamiento y soportes en la movilidad.</p> <p>Cambios posturales frecuentes para la prevención de lesión por presión.</p> <p>Entrenamiento y fisioterapia para recuperar y conservar la movilidad.</p>

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
Abordaje de síndromes geriátricos y de personas con discapacidad	<p>Detección, prevención, abordaje y monitorización de las personas con riesgos de caídas. Comprobación de la aplicación de medidas preventivas individuales y a nivel de centro. Valoración, tratamiento, control y abordaje integrado del dolor. Gestión y apoyo de las personas con dificultad respiratoria, etc. Gestión de secreciones. Disponibilidad de pañuelos. Detección, abordaje, control y monitorización de los síndromes que pueda presentar la persona en función de las características de la población atendida.</p>
Sistemas de orientación	<p>Sistemas de orientación que faciliten a las personas con dificultades visuales y con alteración cognitiva. Diseñar estrategias para facilitar la navegación de la persona y familiares en el espacio físico en el cual se presta el servicio de cuidado.</p>
Sueño	<p>Respetar ciclo del sueño y ritmos día/noche. Dar apoyo a las personas que tienen dificultad para dormir. Ajustar el horario de actividades a los ritmos individuales de sueño de cada persona. Posibilidad de hacer siesta después del almuerzo. Intervención en situaciones de crisis y urgencias. Cuidados de personas con necesidades de atención complejas.</p>
Salud	<p>La salud como bien máximo valorado. “Que no me dejen sufrir”. Existencia de servicio médico fácilmente accesible. Asegurar seguimiento de los controles de salud y dar respuesta oportuna. Sistema de acompañamiento a las visitas médicas. Administración de vacunas. Dar apoyo en la prescripción, adquisición, conservación administración y control de la medicación. Asegurar la cadena de conservación del frío y la integridad de los medicamentos. Dar apoyo en el uso adecuado de dispositivos médicos (sondas, traqueotomía, gastrostomía, etc.). Realizar las curaciones de forma adecuada para favorecer la pronta recuperación de la persona. Valorar y controlar el dolor de las personas en el centro. Dar apoyo a las personas que tengan dificultad en la respiración y que requieran apoyo con el oxígeno y otras medidas para que puedan respirar mejor (por ejemplo, terapia respiratoria, ejercicios, ...). Acceso a odontología, no solo para extracciones. Acceso a oftalmología/optometrista para los casos en que se requieran lentes de corrección. Acceso a otorrino para los casos de disminución de agudeza auditiva. Detección de alergias e intolerancias (alimentos, medicamentos, productos, etc.) para su adecuado manejo. Prevención de la infección. Sistema de vigilancia y control de la infección. Lecciones aprendidas por COVID se han de incorporar a prestadores de cuidado.</p>
Apoyo en necesidades sociales	<p>Apoyo en la valoración de la persona y su entorno familiar para la detección de necesidades sociales y su adecuado abordaje. Dar apoyo en la gestión de prestaciones. Abordaje integrado en situaciones que pongan en riesgo el buen trato o la convivencia.</p>
Abordaje psicosocial	<p>Acciones que contribuyan a mejorar el bienestar emocional de la persona en función de la edad y necesidades de la persona. Abordaje de los trastornos de conducta de forma personalizada y teniendo recomendaciones de buena práctica, aplicando un enfoque preventivo. Abordaje de los trastornos de salud mental y de las adicciones de las personas atendidas.</p>
Relaciones	<p>Facilitar las relaciones con la familia y amigos.</p>

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
	<p>Facilitar acciones intergeneracionales en el centro residencial.</p> <p>Facilitar actividades de salida a la comunidad y de integración social.</p> <p>Abordaje intergeneracional en las actividades que se desarrollen en el centro.</p> <p>Prevención y abordaje de la soledad no deseada.</p> <p>Favorecer las relaciones con otros residentes y abordaje oportuno y adecuado de los problemas de convivencia que se puedan generar.</p> <p>Crear espacios de comunicación con otros residentes y con el personal del centro.</p> <p>Poder ir con la familia en Navidad.</p> <p>Favorecer la relación con antiguos vecinos y amigos, además de la familia.</p>
<p>Derechos y aspectos éticos de la atención</p>	<p>Permitir el ejercicio de derechos ciudadanos independientemente del lugar dónde se encuentre la persona (sufragio, representación, ...).</p> <p>Abordar la diversidad en los entornos de cuidados (abordaje interseccional a nivel micro del cada día).</p> <p>Promoción, garantía y respeto de los derechos de las personas con discapacidad y de las personas mayores.</p> <p>Centros libres de contenciones físicas ni químicas.</p> <p>Consentimientos informados para procedimientos que puedan suponer un riesgo.</p> <p>Existencia de un marco ético de la organización conocido por todas las partes implicadas.</p> <p>Sistema de gestión y abordaje de las diferencias de opinión y conflictos éticos relacionados con la atención.</p> <p>Equilibrio entre expectativas, derechos y sostenibilidad del sistema.</p> <p>Mejorar el abordaje de la diversidad en el marco de la prestación del cuidado por parte de las entidades prestadoras de servicios (por ejemplo, cuidado de las personas transgénero...)</p>
<p>Trato digno</p>	<p>Buen trato. Personalización en el trato. Amabilidad.</p> <p>Calor humano.</p> <p>Dedicar tiempo a las personas.</p> <p>No ignorar a la persona.</p> <p>Detección y abordaje de situaciones de sospecha de maltrato.</p> <p>Normas para no “exaltarse” y saber responder a la persona con cuidado.</p> <p>Mejorar la relación médico /paciente en la prestación de servicios de cuidados.</p> <p>Atención a la diversidad y la competencia cultural de los prestadores de servicios.</p>
<p>Participación</p>	<p>Fomentar la participación de personas y familiares en la toma de decisiones del centro.</p> <p>Participación en actividades lúdicas dentro y fuera del centro residencial.</p>
<p>Ejercicio, entretenimiento, ocio y otras actividades lúdicas.</p>	<p>Realizar actividad física cada día en función de las capacidades y preferencias de cada persona.</p> <p>Poder vivir y envejecer de forma activa.</p> <p>Favorecer la participación en entorno comunitario en actividades de entretenimiento y ocio.</p> <p>Facilitar los acompañamientos.</p> <p>Actividades con terapia ocupacional.</p> <p>Posibilidad de escuchar música según preferencias. Organizar sesiones de baile.</p> <p>Conseguir que semanalmente haya las serenatas del recuerdo.</p> <p>Más actividades diferenciadas a lo largo de la semana, y acordes a las capacidades y preferencias de las personas.</p> <p>Incluir mayor número de actividades en entorno comunitario.</p> <p>Posibilidad de televisión propia o con diferentes salas para conciliar preferencias (futbol, telenovelas, ...), pero que no te dejen aparcada delante del televisor.</p> <p>“El encierro aburre y me deprime”. Más actividades en el entorno comunitario.</p> <p>Más salidas lúdicas y de aprendizaje.</p> <p>Posibilidad de efectuar vacaciones.</p> <p>Inclusión de actividades creativas y artísticas (escultura, pintura, ...).</p>

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
	<p>Posibilidad de poder contar con animales domésticos adecuadamente entrenados y con l medidas de seguridad requeridas (perros, aves, ...).</p> <p>Posibilidad de realizar actividades del huerto urbano, cultivo de plantas (<i>greencare</i>).</p>
Crecimiento y desarrollo personal	<p>Dar apoyo a la persona para que se continúe formando a lo largo de toda la vida en ámbitos significativos para cada persona.</p> <p>Dar apoyo a la integración laboral de las personas que requieran apoyo.</p> <p>Posibilidad de poder ejercer el voluntariado dentro de las actividades significativas.</p> <p>Hacer que la persona pueda sentirse que está viva.</p> <p>Posibilidad de seguir desarrollándose, aunque sea una persona mayor.</p> <p>Aprender algo nuevo para distraerse.</p>
Desplazamientos y Transporte	<p>Facilitar los medios de transporte o su gestión cuando la persona lo necesite.</p> <p>Coordinar con la familia y otros sistemas de apoyo para la gestión de los acompañamientos en el transporte.</p> <p>Disponer de informes de traslado actualizados con la información clave de cada persona para garantizar la continuidad de la atención.</p>
Apoyo en la gestión económica de la propia persona	<p>Dar apoyo a las personas que no pueden manejar el dinero de bolsillo de forma responsable y transparente.</p> <p>Dar apoyo para que la persona pueda comprar según sus necesidades.</p> <p>Ayudar a que la persona no tenga angustias económicas para recibir el apoyo que necesita. Dar apoyo en la gestión de prestaciones y subsidios a los cuáles tenga derecho la persona.</p>
Final de vida	<p>Acompañar a la persona para una muerte digna.</p> <p>Identificar y dar apoyo para el cumplimiento de últimas voluntades.</p> <p>Asegurar un buen morir. <i>Atención por parte de equipo de paliativos des de las fases iniciales y no tan solo en situación de últimos días.</i></p>
Apoyo a personas cuidadoras	<p>Formación de personas cuidadoras.</p> <p>Prevención, <i>detección</i> y abordaje de las situaciones de claudicación familiar.</p> <p>Espacios de respiro para familiares/personas cuidadoras.</p> <p>Espacios de apoyo para cuidar al que cuida.</p> <p>Apoyo emocional a la familia y durante procesos de duelo (dejar al familiar en la residencia, por los cambios propios de la persona, ...).</p>
Atención integrada y continuidad de la atención	<p>Disponer de un sistema de recogida de la información cuando la persona requiera acompañamiento y se necesite el informe o conclusiones de la vista efectuada.</p> <p>Evitar volver a repetir la información entre profesionales.</p> <p>Tener preparado informe para desplazamientos o traslados cuando sea necesario, que recoja toda la información clave de cada persona.</p> <p>Garantizar la accesibilidad a la EPS.</p> <p>Coordinación con el equipo de salud responsable de cada persona.</p> <p><i>Garantizar la incorporación de dinámicas que permitan una atención integrada entre salud, educación justicia, trabajo, etc.</i></p> <p>Conseguir buenas transiciones, evitando retrasos entre dispositivos de atención.</p> <p>Preparación de las transiciones para asegurar que estas se realicen de forma segura y oportuna.</p> <p>Incorporar las rutas integrales de salud (RIAS) entre prestadores. Trabajo conjunto entrono al MIA.</p> <p>Establecer convenios y contratos entre EPS para la prestación de servicios de cuidados.</p> <p>Intentar minimizar el recurso de la tutela, como medio de acceso al sistema de cuidados.</p> <p>Conseguir superar las barreras legislativas para garantizar una atención integrada vertical y horizontal.</p>
Seguridad de la atención	<p>Sentirse seguro en el centro prestador de servicios.</p> <p>Sentarse seguro con persona que brinda cuidados.</p>

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
	<p>Detección y gestión de riesgos de las personas (Lesiones por presión, caídas, cuadro confusional, conducta errante, ...).</p> <p>Uso seguro de medicamentos.</p> <p>Incorporar prácticas seguras recomendadas en centros de atención residencial.</p> <p>Asegurar el cumplimiento de mínimos en función del tipo de servicios prestados (residencia, centros de día, centros vida, domicilio, ...).</p> <p>Mayor protección de personas vulnerables.</p> <p>Asegurar el doble sistema de identificación de la persona, especialmente en las personas que presentan una alteración cognitiva.</p> <p>Prevención detección y abordaje de eventos centinelas (maltrato, negligencia o abuso, violación, embarazo no deseado, muerte no esperada, etc.).</p> <p>Incorporar Vías de práctica clínica adecuadas al contexto de los cuidados en función del perfil y situación de las personas a las cuales se les atiende y presta cuidados.</p> <p>Planes de emergencia y de evacuación conocidos y probados, acordes a la situación de las personas del centro.</p>
Equipos y material	<p>Equipos, material en buenas condiciones, seguro y con buen mantenimiento.</p> <p>Calibración de equipos.</p> <p>Dotación, stock, inventario y recambio de equipos.</p> <p>Cadena de suministros.</p>
Señalética	<p>Sensibilización comunitaria del entorno de prestación de servicios para dar apoyo a nuevos ambientes para personas invidentes que requieren una curva de aprendizaje del nuevo entorno.</p> <p>Favorecer la navegación de las personas dentro de las organizaciones prestadoras de cuidado.</p>
Mobiliario	<p>Mobiliario digno, en buenas condiciones, limpio.</p> <p>Cama regulable en alzada a la altura de las personas mayores.</p> <p>Sillas y colchones cómodos para poder permanecer más tiempo en ellos.</p> <p>Colchones no muy duros, y con la dureza adecuada a cada persona.</p> <p>Sábanas limpias y que sean confortables.</p>
Equipos de atención al residente	<p>Colchones antiescaras adecuados a la situación de riesgo de lesiones por presión de cada persona.</p> <p>Equipos de valoración de la persona calibrados y en correcto funcionamiento (aparato de presión arterial, glucosa capilar, saturómetro, báscula para peso de personas en silla de ruedas, etc.).</p> <p>Material adaptado a personas con obesidad.</p> <p>Garantizar un sistema de oxigenoterapia seguro y accesible.</p>
Instalaciones: Alojamiento y espacios compartidos	<p>Vivienda digna.</p> <p>Sensación de que tengo un hogar.</p> <p>Que hagan sentir a la persona que se encuentra como en casa.</p> <p>Espacios amplios.</p> <p>Entorno con plantas.</p> <p>Posibilidad de personalizar el entorno con objetos propios.</p> <p>Evitar hacinamiento. Tener espacio (metros cuadrados).</p> <p>Tener espacios diferenciados (no siempre lo mismo).</p> <p>Tener espacios que permitan privacidad en las visitas.</p> <p>Aseo y olor neutro en todos los espacios.</p> <p>Habitación individual siempre que sea posible.</p> <p>Posibilidad de guardar objetos personales con seguridad.</p> <p>Espacios ventilados, iluminados y seguros</p> <p>Suelos antideslizantes</p>

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
Instalaciones: Baño	<p>Disponer de elementos de seguridad en los baños (pasamanos, apoyos, suelo antideslizante, ...).</p> <p>Disponer de los utensilios de aseo de cada persona.</p> <p>Baño individual y con privacidad para cada persona.</p> <p>Baños accesibles para personas con limitación de la movilidad.</p> <p>Suelos antideslizantes.</p>
Suministros y adecuada gestión de los residuos	<p>Que se garantice el suministro de agua. Garantizar agua caliente sanitaria.</p> <p>Que se garantice el suministro de luz, y con la intensidad adecuada en función de la hora del día.</p> <p>Acceso a telefonía y a Internet, tanto para personas usuarias como para profesionales, con una ratio adecuada de ordenadores.</p> <p>Que se garantice el sistema de calefacción o aire acondicionado según las necesidades climáticas de cada momento.</p> <p>Existencia de un adecuado sistema de gestión de los residuos.</p>
Accesibilidad	<p>Las personas con dificultades en la movilidad lo más próximo al primer piso.</p> <p>Ascensores cuando exista más de un piso.</p>
Personal	<p>Disponer de un sistema de comunicación de todos los implicados del servicio, con información real.</p> <p>Garantizar la dotación y formación del personal responsable del cuidado, garantizando su actualización permanente.</p> <p>Estabilidad del personal.</p> <p>Promover actitudes en el personal acordes a personas con dependencia funcional, personas mayores o personas con diferentes tipos de discapacidad (paciencia, empatía, profesionalidad, valores, compromiso, responsabilidad, humanidad, ...).</p> <p>Asegurar el cumplimiento de ratios mínimos necesarios las 24 horas del día los 7 días de la semana en los centros de internamiento.</p> <p>Garantizar la aplicación de estrategias de desarrollo del personal.</p> <p>Mejorar el acceso a los sistemas de información para garantizar una atención integrada.</p> <p>Promover un sistema de valoración y certificación de competencias.</p>
Cartera de servicios	<p>Saber de forma clara que ofrece el prestador de servicios para que las personas puedan elegir.</p> <p>Clara definición de la cartera de servicios, coberturas, sistemas de acceso y sistemas de compra y pago de servicios.</p> <p>Mejorar la equidad en el acceso a las entidades prestadoras de servicios de cuidado.</p>
Abordaje comunitario	<p>Mayor conciencia de los que es y representa un hogar de una persona mayor.</p> <p>Garantizar el transporte adaptado para actividades en la comunidad.</p> <p>Abordaje de determinantes sociales, tanto a nivel individual como de la comunidad de referencia del prestador de servicios.</p> <p>Implicación de todo el entorno cuidador de la persona a la comunidad.</p> <p>Estrategias para favorecer comunidades cuidadoras de proximidad y permitir la salida al exterior de las personas haciendo una adecuada gestión del riesgo con pactos y compromisos individuales, familiares y si es necesario con acuerdos establecidos en el ámbito judicial para el pleno ejercicio de los derechos de las personas (evitar jaulas de oro).</p>
Calidad	<p>Cada prestado ha de disponer de un sistema de mejora de la calidad que funcione.</p> <p>Establecer sistemas de escucha activa de las personas a las cuáles se da apoyo, así como de familiares, personas cuidadores y otro entorno relacional de la persona.</p> <p>Definir y cumplir estándares de calidad fijados para la organización.</p> <p>Definir poblaciones atendidas e identificar estándares de calidad para cada uno de ellos, velando por su adecuado cumplimiento y evaluación (por ejemplo, personas con demencia, personas con deterioro cognitivo, personas con síndromes geriátricos, ...).</p> <p>Rutas de atención definidas, integradas, conocidas, aplicadas, evaluadas y mejoradas.</p>

Área relevante	Principales aportaciones obtenidas por la vía cualitativa (entrevista, grupo focal, reunión)
	<p>Disponer de un cuadro de mando de indicadores de calidad de cada entidad con indicadores sensibles a la atención y que sean significativos (accesibilidad, procesos y resultados claves, satisfacción y experiencia percibida, oportunidad, seguridad, financieros).</p> <p>Asegurar un sistema de estándares y criterios de calidad con entidades certificadoras de calidad, para aunar esfuerzos e iniciativas en torno al cuidado (ICONTEC, OES, ...).</p> <p>Garantizar el cumplimiento de los estándares y criterios de calidad y el cumplimiento de la normativa aplicable.</p> <p>Implicar a todos los actores en el pacto de mejora de la calidad.</p> <p>Sistemas de valoración de la experiencia percibida tanto de personas atendidas, como familiares, personas cuidadoras y profesionales.</p> <p>Sistema de información y registro que faciliten el cuidado.</p>
Gestión transparente y adecuada	<p>Asegurar el cumplimiento de la normativa aplicable a los prestadores de servicios de cuidados.</p> <p>Gestión transparente y con medidas anticorrupción en la gestión de los prestadores de cuidados.</p> <p>Necesidad de definir de forma clara quién se hace responsable del cuidado. Necesidad de definir quién paga los cuidados en función de complejidad, intensidad, urgencia y concurrencia social y sanitaria.</p> <p>Evitar excesiva dependencia de la parte política en la toma de decisiones técnicas.</p> <p>Identificar y gestionar de forma adecuada y oportuna los conflictos de intereses en relación con la accesibilidad a los servicios, coberturas y abordaje poblacional per cápita.</p> <p>Definir de forma clara cuáles son los límites y capacidades del sistema de cuidados para adecuar las expectativas.</p> <p>Veeduría de la gestión del dinero del prestador de servicios.</p> <p>Garantizar el pago seguro al prestador.</p> <p>Existencia de una definición del régimen de funcionamiento del prestador de servicios y que pueda ser conocido por todas las partes implicadas.</p>
Política pública	<p>Necesidad de políticas públicas de atención al adulto mayor, que sean implementadas con un amplio nivel de cobertura.</p> <p>Mayor integración social y sanitaria.</p> <p>Potenciar el enfoque social de la prestación de servicios de cuidados (prevención de la soledad no deseada, ...)</p> <p>Potenciar atención domiciliaria integrada social y sanitaria.</p> <p>Disponer de plazas de respiro para personas atendidas en entorno domiciliario.</p>

Partir de las voces y la experiencia de las personas a las cuales se les da apoyo, así como de su entorno cuidador, profesionales, gestores, docentes e investigadores es de externada utilidad para adecuar el sistema de habilitación de los prestadores de servicios para personas con dependencia funcional en entornos de atención residencial ambulatorio o en entorno domiciliario en el marco de una atención integrada.

5.2 LA VISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE PERSONAS INTEGRANTES EN EL TALLER DE EXPERTOS

En el taller de trabajo se exploró con los integrantes del grupo la visión y elementos necesarios para la construcción del marco estratégico para un sistema de evaluación externa de los prestadores de cuidado (habilitación o figura que finalmente se adopte en Colombia).

- Visión: El Sistema Nacional de Cuidado al 2025 estará definido, consolidado y generando acciones integrales e integradas a las personas que requieran cuidado bajo los marcos de pertinencia, complementariedad, subsidiariedad, calidad y efectividad.

- Objetivo: Fortalecimiento de los servicios de cuidado sociosanitarios en el marco de la Política de Atención Integral en Salud y de la Política Pública de Cuidado en Colombia.
- Misión: Ofrecer servicios de cuidado a personas con dependencia funcional y discapacidad en todos los ciclos de vida, con enfoque diferencial, desde una mirada biopsicosocial en instituciones y unidades domiciliarias y comunitarias que ofrecen servicios de cuidado y asistencia personal.
- Los elementos de la misión deben ir muy acorde con los objetivos de la Rehabilitación Basada en la Comunidad -RBC, donde se debe mejorar el acceso a los servicios, la equiparación de oportunidades y la participación de la persona con dependencia funcional asociada a la discapacidad, al adulto mayor, a personas con alteración del funcionamiento social por riesgo psicosocial y los trastornos de salud mental y adiciones, contemplando a la familia, las personas cuidadoras y la comunidad.

Para completar los diferentes insumos para identificar y priorizar criterios y estándares de calidad de los prestadores de cuidado, en el capítulo siguiente se presenta un normograma para ayudar a contextualizar la información existente en la materia.

En consulta efectuada al grupo de trabajo, emergieron las siguientes posibles líneas estratégicas para agrupar los estándares y criterios de calidad que orientan los temas claves a garantizar y mejorar por parte de las entidades prestadoras de cuidados.

Tabla 27. Ejemplos de líneas y áreas relevantes en procesos de evaluación externa de las entidades prestadoras de servicios de cuidados identificados por participantes en el taller de expertos (abril de 2022).⁴⁵

N	Principales líneas emergentes para la evaluación de prestadores de cuidados	Principales áreas relevantes
1	<ul style="list-style-type: none"> → Calidad → Prestación → Promoción y Prevención → Financiamiento → Talento Humano → Investigación → Interseccionalidad e intersectorialidad 	<ul style="list-style-type: none"> → Financiación → Institucionalidad (cuáles serán los ámbitos de toma de decisión del SINACU) → Demanda y oferta a los servicios de cuidado
2	<ul style="list-style-type: none"> → La persona cuidadora → Bienestar social, lúdica, cultura y deporte, unidad domiciliaria → Promoción de los derechos → Productos de apoyo de acuerdo d la necesidad de la persona a cuidar → Educación, promoción en la gestión del riesgo en el cuidado en la persona con discapacidad su familia y su entorno comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> → Intervención psicosocial a la persona y la familia → infraestructura física, tecnológica y de comunicación → autocuidado → seguridad integral del cuidado → Acciones en salud → Vigilancia y control del estado
3	<ul style="list-style-type: none"> → Calidad (inventarios, estándares, autoevaluación y evaluación externa) → Protección y Seguridad desde la perspectiva del cuidado centrado en la persona → Capacitación de la persona que requiere servicios de cuidado (autocuidado), de las personas cuidadoras 	<ul style="list-style-type: none"> → Pertinencia, Efectividad y Eficiencia en los ámbitos de los: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidados domiciliarios ○ Cuidados comunitarios ○ Cuidados en servicios sociosanitarios institucionalizados

⁴⁵ Fuente: Grupo de trabajo en taller 1. Los integrantes del grupo de trabajo pueden ser consultados en **Anexo 1**.

N	Principales líneas emergentes para la evaluación de prestadores de cuidados	Principales áreas relevantes
	domiciliarias y comunitarias, de los proveedores de servicios de salud con enfoque interprofesional → Participación de la persona sujeto de cuidado en el diseño, implementación y valoración y ajuste de las políticas, planes y programas de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidados especiales en servicios de salud
4	→ La persona con discapacidad y /o el adulto mayor que requiera apoyo en el cuidado. → La Familia → Las personas cuidadoras → Sustento económico. → Inclusión laboral y actividades significativas → Hábitat con accesibilidad universal → Satisfacción del cuidado → Inclusión social → Alianzas estratégicas que permitan la inclusión social. familiar, educativa y laboral.	→ Seguridad en la atención → Accesibilidad universal → Integración de los servicios de apoyo: salud, atención social, actividades de la vida diaria y utilización del tiempo libre, educación y aprendizaje para toda la vida y demás servicios que generen autonomía, independencia e inclusión de la persona → Capacitación y sustento económico al cuidador familiar → Capacitación a los servicios de salud sobre el cuidado

Esta información pone de manifiesto que las personas expertas que participaron en el taller inicial detectan como necesario la existencia de un proceso de habilitación de cuidado, elaborado de forma consensuada con los actores claves del sistema de cuidados y asistencia personal, así como la implicación de los responsables de la política pública y de la prestación de servicios de cuidados con un enfoque diferencial.

A continuación, partiendo de la revisión de la evidencia en materia de criterios de calidad y de la visión y experiencia de los diferentes actores del sistema, se procederá a un primer análisis de brechas del capital humano en materia de cuidados, partiendo de la revisión de documentos claves y experiencias a nivel internacional.

6 ANÁLISIS DE BRECHAS DE CAPITAL HUMANO EN LOS CUIDADOS: REVISIÓN DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Los sistemas de atención a personas con dependencia funcional, tanto a corto como a largo plazo, pueden incluir una gama de cuidadores remunerados y no remunerados, por lo que esto debe tenerse en cuenta en la implementación del enfoque de la atención integrada en el entorno de los cuidados. (World Health Organization, 2019).

A continuación, se hará un repaso de los perfiles de personas cuidadoras como elemento diagnóstico para luego mostrar algunas de las evidencias y mejores prácticas existentes a nivel internacional en torno a la formación de capital humano en el ámbito de los cuidados, así como las experiencias relevantes que pudieran ser útiles como insumos para la posterior construcción de estándares a nivel nacional, teniendo en cuenta su potencial aplicabilidad.

6.1 PERFILES DE PERSONAS CUIDADORAS

La fuerza laboral y capital humano que brinda atención y cuidados a largo plazo comprende un espectro diverso de personas y habilidades. En un extremo del espectro están los cuidadores informales no remunerados y sin capacitación que no reciben apoyo externo; incluyen a miembros de la familia, amigos y vecinos. En el otro extremo del espectro se encuentran los profesionales sociales y de la salud altamente capacitados. Entre estos dos extremos se encuentran personas que tienen diversos niveles de formación, experiencia, estatus y remuneración. Por ejemplo, existen grandes diferencias entre un cuidador que no tiene capacitación formal pero que sus familiares le pagan para cuidar a una persona mayor dependiente en el hogar y un cuidador que ha completado una capacitación acreditada avanzada y está autorizado por el gobierno y participa en actividades periódicas de formación continuada. Además, la distinción entre trabajadores de cuidados remunerados y cuidadores familiares no siempre es simple. Los cuidadores familiares pueden ser altamente calificados y experimentados, y en algunos países pueden recibir beneficios en efectivo del gobierno o de planes de seguros. (World Health Organization, 2015b).

Aun cuando los cuidados son un bien público esencial para el funcionamiento de la sociedad y las economías, la evidencia muestra que las políticas y programas existentes en la región son residuales. Esto provoca que el trabajo de cuidados quede relegado al ámbito no remunerado principalmente por parte de mujeres.

Según las Encuestas de Uso del Tiempo en América Latina y el Caribe (CEPAL, División de Asuntos de Género)(Aguirre & Ferrari, 2014) en 9 países de la región las mujeres disponen de un 66% de su tiempo al trabajo no remunerado, frente a un 26% en el caso de los hombres. Esto tiene directas consecuencias en los tiempos disponibles para la dedicación al trabajo remunerado o a la generación de ingresos, siendo en el caso de las mujeres únicamente de un 34% mientras que en el caso de los hombres asciende a un 74% de su tiempo. Esta desigualdad tiene impactos a lo largo del ciclo de vida, y consecuencias directas en la formación de un circuito de desprotección de ciertos grupos sociales. Todo lo anterior se muestra en la figura a continuación:

PERFILES DE PERSONAS CUIDADORAS

En ALyC, las mujeres disponen de un 66% de su tiempo al trabajo no remunerado, frente a un 26% en el caso de los hombres. Así, las mujeres dedican un 34% al trabajo remunerado mientras que en el caso de los hombres asciende a un 74% de su tiempo

Fuente: Encuestas Uso del tiempo libre. CEPAL.

Más del 75% de personas cuidadoras en Europa son mujeres. En el Reino Unido y en los Estados Unidos, el porcentaje baja a 58% y 61%

Los cuidadores informales en la UE solo un 40% tiene empleo remunerado, siendo Holanda el país con la cifra más alta con el 70%.

Fuente: CEPAL. 2010.

El perfil de personas cuidadoras es en su mayoría:

Mujeres

Edad en etapa productiva

Bajos niveles educacionales y socioeconómicos

En definitiva, se observa un **BAJO NIVEL DE HABILIDADES DE CUIDADO**

La importancia de mantener y procurar un empleo formal en los cuidadores, además de contar con una fuente de ingresos estable, pasa por garantizar el descanso temporal en las tareas de cuidadores. Para lograrlo, es necesario tomar en cuenta la figura del trabajador – cuidador informal en los diseños de políticas y en el área de los derechos laborales

Figura 14. Perfiles de personas cuidadoras

Según un estudio realizado en Colombia (Cantillo-Medina et al., 2018) el perfil de las personas cuidadoras, específicamente a personas con enfermedades crónicas en contextos familiares, es de mujeres (75,3%), con una media de edad de 42 años, con bajos niveles educacionales y socioeconómico. En su mayoría se trata de lazos filiales (principalmente, son las hijas las encargadas de los cuidados), con bajo nivel de habilidades de cuidado (84,3%).

En la colección de Estudios de Quanta, se puede ampliar esta información con detalle.

Tabla 28. Resumen de la serie de Estudios Quanta – Cuidado y género de 2021. (Quanta - Cuidado y Género, 2022)

Fuente	Resumen principal
Quevedo, I.K., Herrera-Idárraga, P. & Hernández, H.M. (2021). Condiciones laborales de las y los trabajadores del Cuidado en Colombia. Informe Quanta – Cuidado y género. Recuperado de: https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/10/Condiciones-laborales.pdf	Se describen las condiciones laborales de las personas trabajadoras del sector de cuidado remunerado en Colombia. Este sector incluye las actividades de educación, atención de la salud humana y asistencia social y servicio doméstico. Más de dos millones de mujeres y seiscientos mil hombres trabajaban en 2019 en estas actividades. La mayoría de los hombres ocupados en el sector estaban en el subsector de educación, mientras que la mayoría de las mujeres eran trabajadoras domésticas. Las mujeres del sector de cuidado presentan mayores tasas de informalidad, menores niveles de educación y menor ingreso que los hombres. Por la pandemia del covid-19 las mujeres con menos educación e ingresos y más informalidad fueron las más afectadas. ⁴⁶

⁴⁶ Transcripción del resumen del informe.

Fuente	Resumen principal
<p>Quanta – Cuidado y género y Secretaría Distrital de la Mujer. (2021). Los hombres y el cuidado en Bogotá: una aproximación cualitativa y cuantitativa. Recuperado de: https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/11/Hombres-cuidado-bogota.pdf</p>	<p>los hombres dedican menos tiempo a realizar actividades de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (en adelante TDCNR). Las mujeres invierten en promedio 3 horas 49 minutos más al día en TDCNR que los hombres (6:56 horas vs 3:04 horas al día para personas de sexo masculino para trabajo de TDCNR). A pesar del valor y la importancia que los hombres les asignan a las tareas del cuidado, existe una percepción generalizada que delega a las mujeres la realización de actividades asociadas al cuidado.</p>
<p>Ramírez-Bustamante, N. y Garzón-Landinez, T. (2021). “Sobre los hombros de las mujeres. Análisis Jurídico de la provisión del cuidado en Colombia y sus implicaciones”. Proyecto Quanta-Cuidado y Género. Recuperado de: https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/07/Provision-cuidado-5.pdf</p>	<p>Este documento ofrece un análisis normativo en el que se concluye que Colombia no cuenta actualmente con un sistema de cuidados unificado que atienda las necesidades que en esta materia tiene la población. Se identifican cuatro grandes grupos poblacionales que son habitualmente objeto de servicios de cuidados: las personas gestantes y lactantes, los menores de 12 años, las personas con discapacidad y las personas de la tercera edad. Para la provisión de cuidados las personas deben acudir a la familia, a la comunidad, a los servicios sociales ofrecidos por el Estado o al mercado. Pero, debido a que los servicios de cuidado ofrecidos por el Estado colombiano son escasos y el acceso a la oferta del mercado se encuentra restringida para las personas con mayores recursos económicos, un segmento mayoritario de la población acude a servicios comunitarios y, en la mayoría de los casos a la misma familia en la que quienes asumen la mayor carga de responsabilidades de cuidado son las mujeres.</p>
	<p>En el informe del Impacto de la pandemia en las mujeres rurales: análisis de las condiciones laborales de la carga de cuidado,</p>

En el informe de **CARACTERIZACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LAS CUIDADORAS EN BOGOTÁ** de noviembre de 2021, (Quanta cuidado y género y secretaría distrital de la Mujer, 2021) se presenta la siguiente información que resume el perfil de personas cuidadoras en la ciudad de Bogotá:

Tabla 29. Características sociodemográficas de las cuidadoras en Bogotá. Noviembre de 2021
(Quanta cuidado y género y secretaría distrital de la Mujer, 2021)

Características sociodemográficas de las cuidadoras en Bogotá (%)			
VARIABLE	CATEGORÍA	MUJERES	CUIDADORAS
Grupos de edad	10 a 17	13,1%	2,8%
	18 a 27	19,7%	22,8%
	28 a 59	51,4%	63,6%
	60 o más	15,8%	18,8%
Estado civil	Vive en pareja	47,1%	66,7%
	No vive en pareja	52,9%	33,3%
Máximo nivel educativo alcanzado	Ninguno	2,6%	1%
	Primaria	20,5%	16,7%
	Secundaria	47,4%	54,9%
	Técnico o tecnológico	13,8%	15,6%
	Superior	15,7%	11,8%
Asiste actualmente a un centro educativo	Asiste	20,3%	6,9%
	No asiste	79,7%	93,1%
Estrato	Estrato 1	16,5%	19,5%
	Estrato 2	43,2%	45,4%
	Estrato 3	32,1%	29,8%
	Estrato 4	5,0%	3,3%
	Estrato 5	1,7%	1%
	Estrato 6	1,5%	1%
Empleo	Empleados	46,2%	42,1%
	Desempleados	4,4%	6,0%
	Inactivos	49,4%	51,8%
Discapacidad	No presenta	95,1%	97,3%
	Presenta alguna condición	4,9%	2,7%
Total		100%	100%

Del grupo de personas cuidadoras analizadas, partiendo de la información disponible en la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) para el 2016-2017, se identificó que un 47% se consideraba en la categoría de obrero o persona empleada de empresa particular, un 44% trabajador por cuenta propia, tan solo un 4% como persona empleada del gobierno y un 3% como empleada doméstica. (Quanta cuidado y género y secretaría distrital de la Mujer, 2021).

Tabla 30. Composición de las divisiones de cuidado remunerado. 2021 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE & Grupo de Enfoque Diferencial e Interseccional, 2020)

Tipo cuidado	Actividad	Clase 4 dígitos CIU rev. 4	Descripción
Directo			
Servicios de cuidado a grupos determinados			
		8511	Educación de la primera infancia
		8512	Educación preescolar
		8513	Actividades de atención residencial, para el cuidado de pacientes con retardo mental, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas
		8730	Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas
		8810	Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas
Salud humana y asistencia social			
		8610	Actividades de hospitales y clínicas, con internación
		8621	Actividades de la práctica médica, sin internación
		8691	Actividades de apoyo diagnóstico
		8692	Actividades de apoyo terapéutico
		8699	Otras actividades de atención de la salud humana
		8710	Actividades de atención residencial medicalizada de tipo general
		8790	Otras actividades de atención en instituciones con alojamiento
		8890	Otras actividades de asistencia social sin alojamiento
Indirecto			
Servicio doméstico			
		9700	Actividades de los hogares individuales como empleadores de personal doméstico
Servicios de comidas preparadas			
		5611	Expendio a la mesa de comidas preparadas
		5612	Expendio por autoservicio de comidas preparadas
		5613	Expendio de comidas preparadas en cafeterías
		5619	Otros tipos de expendio de comidas preparadas n.c.p.
Lavado de ropa			
		9601	Lavado y limpieza, incluso la limpieza en seco, de productos textiles y de piel
Otros			
Peluquería			
		9602	Peluquería y otros tratamientos de belleza

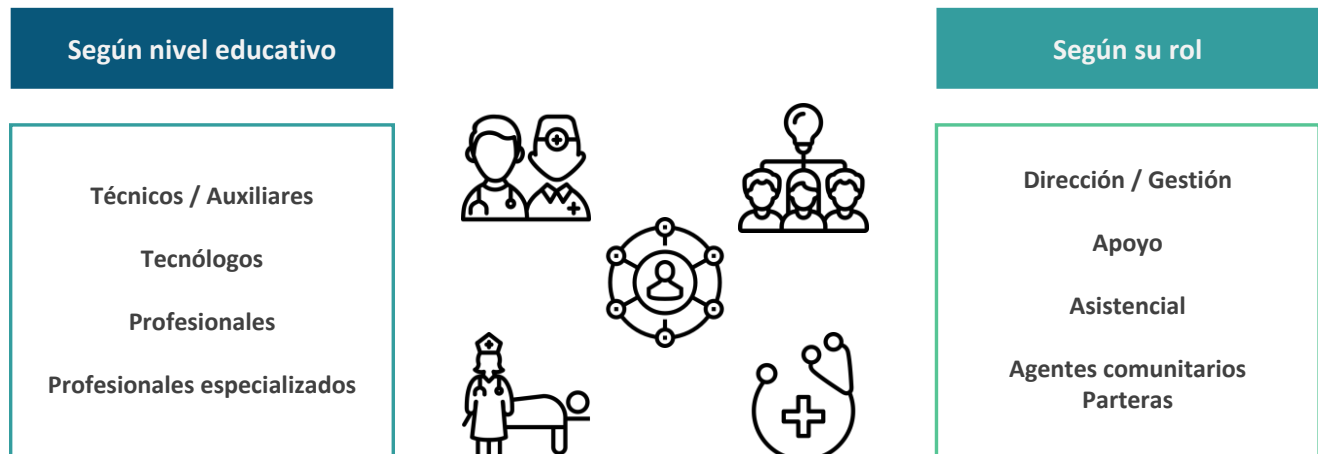
En la publicación *Cuidado en Colombia: contexto y perspectivas*. Recomendaciones de política, se presenta la siguiente taxonomía relacionada con el trabajo de cuidado en Colombia:



Figura 15. Categorías para la clasificación del cuidado remunerado y no remunerado en Colombia ⁴⁷

No es de extrañar que la etapa de la vida en que las personas cuidadoras se encargan de esta labor es considerada productiva laboralmente. Por lo que en aquellos casos en que el trabajo de cuidados no es remunerado, la situación ubica a las personas en condición de vulnerabilidad. No se trata de una vulnerabilidad solo económica, sino también socioemocional, vulnerabilidad en el cuidado de la salud y a la vez para el caso de mujeres cuidadoras vulnerabilidad en cuanto a derechos por la relación existente entre la falta de redes de apoyo, autonomía económica, y posible exposición a ser víctima de violencias basadas en género.

⁴⁷ Imagen tomada de: Herrera-Idárraga, P. Hernández, H.M. y Gélvez T. (2020). Cuidado en Colombia: contexto y perspectivas. Recomendaciones de política. Diciembre de 2020. <https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/03/Cuidado-en-Colombia.pdf>



El talento humano es la base del sistema de salud: incluye a todas las personas que aportan con acciones de gestión, apoyo, atención, seguimiento y evaluación del cuidado de la salud.

Figura 17. ¿Cuál es el talento Humano responsable del Cuidado? Presentación de Minsalud. (Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia-Ministerio de Salud y Protección social (Minsalud), n.d.-a)

El objetivo de Talento Humano en Salud en el marco de la atención integrada en Colombia es establecer las estrategias y líneas de acción para articular los procesos de formación, ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud en torno a las necesidades de salud de la población y a los objetivos del Sistema de Salud Colombiano, promoviendo el desarrollo personal y profesional del personal sanitario. Las áreas de intervención de esta área se pueden consultar en la figura siguiente:

Macro /
Nacional

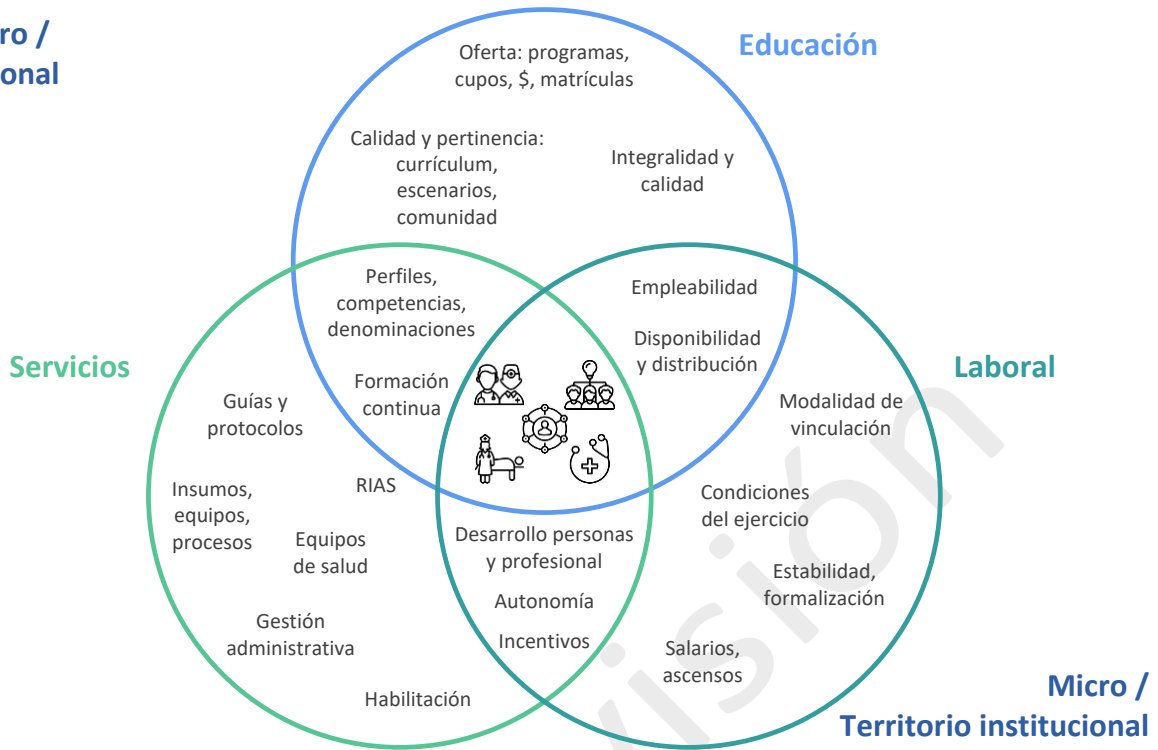


Figura 18. Áreas de intervención de Talento Humano en Salud (Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia-Ministerio de Salud y Protección social (Minsalud), n.d.-a)

En relación a la normativa colombiana, en el artículo 2.7.2.3.4.1 de personal auxiliar en las áreas de la salud del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Número 780 de 2016, se incluye el auxiliar de enfermería, y los perfiles ocupacionales serán los adoptados por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud; los perfiles ocupacionales para el personal auxiliar en las áreas de la salud, estarán reconocidos mediante un Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias; para obtener el Certificado se requiere haber cursado y finalizado un programa en las áreas auxiliares de la salud, con una duración mínima de mil seiscientas (1.600) horas y máxima de mil ochocientas (1.800) horas, de las cuales el 60% son de formación práctica y haber alcanzado todas las competencias laborales obligatorias. (Ministerio de Salud y Protección social - Minsalud, 2018).

La formación del talento humano en salud viene definida en la Parte 7, Título 1, del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 del 2016 actualizado al 2021. (Ministerio de Salud y Protección social - Minsalud, 2018).

6.2 NECESIDADES DE TALENTO HUMANO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL QUE REQUIERAN APOYO

A continuación, se presenta un resumen de la normativa aplicable a residencias de personas en cuanto a las ratios de personal y otros recursos del centro para dar respuesta a las necesidades de cuidado. Creemos que este recurso puede ser de utilidad en la planificación de los recursos necesarios, dado que se presenta un amplio abanico en función de los recursos de cada territorio, así como de las prioridades sociales, de salud y de atención integrada en el territorio. De forma complementaria se puede consultar el detalle de los de ratios en residencias

de persona mayores y los perfiles profesionales en diferentes comunidades autónomas en España en el resumen elaborado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y presentado en junio del 2020. (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), 2020).

Tabla 31. Ejemplo de ratios de personal de atención directa e indirecta del resumen elaborado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), 2020)

Perfil profesional	Ratios	
Dirección	Mínimo una persona por centro ⁴⁸	
Ratio general de plantilla personas dependientes	0,32 a 0,54 de personal FTE por persona atendida. General: 0,41 de personal FTE por persona atendida. Grado II 0,45 y Grado III 0,47. Los ratios medios de todas las CCAA son: Media 0,41, Máxima 0,54 de personal FTE por persona atendida.	
Ratio de atención directa	0,29 a 0,39	
Ratios por perfil profesional	CCAA	Rango (mín.-máx.) por persona
	Ratio Psicología	0,003 a 0,005
	Ratio médico/a	0,003 a 0,009
	Ratio enfermería	0,016 a 0,075
	Ratio trabajador/a social	0,003 a 0,01
	Ratio fisioterapia	0,003 a 0,04
	Terapeuta ocupacional	0,01 a 0,06
	Técnica de Animación sociocultural - TASOC Educación social	0,004 a 0,006
Ratio atención indirecta	0,1 de personal FTE por persona atendida.	
Ratio auxiliar y de gerocultor/a ⁴⁹	0,15 a 0,28. Grado II: 0,27, Grado III 0,28.	

6.3 ANÁLISIS DE BRECHAS

La experiencia y habilidad para el cuidado de las personas encargadas de dicha labor ha sido evaluadas en distintas experiencias internacionales y en general la conclusión a la que arriban es similar: en ámbitos no remunerados, hay un nivel insuficiente de habilidades, herramientas y estrategias para el cuidado de personas

⁴⁸ Formación requerida: Contar con titulación universitaria y formación complementaria en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de Centros Residenciales, u otras áreas, salvo en puestos ya ocupados, en los que tendrá como mínimo 3 años de experiencia en el sector y contará la formación complementaria anteriormente reseñada.

⁴⁹ **Cualificación Auxiliar – y de Gerocultor/a.** Título Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (Real Decreto 546/1995, de 7 de abril), o Técnico Auxiliar Clínica, Técnico Auxiliar Psiquiatría y Técnico Auxiliar de Enfermería (Real Decreto 777/1998, de 30 de abril). Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia (Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre), o Técnico de Atención Sociosanitaria (Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo). Técnico Superior en Integración Social (Real Decreto 1074/2012, de 13 de julio), Técnico Superior en Integración Social establecido (Real Decreto 2061/1995, de 22 de diciembre). Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales (Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto).

en situación de dependencia, sumado a una sensación de sobrecarga, ya que, el trabajo de cuidados no reemplaza el trabajo remunerado y se ve mermado el tiempo propio o de autocuidado de la persona cuidadora. Por otra parte, en ámbitos remunerados si es posible encontrarse esos niveles de habilitaciones y capacitaciones necesarias, aunque en menores proporciones por lo que esto, sumado a los altos costos que suponen hacen que no sean accesibles para toda la población.

Por eso, cuando se habla de brechas se sostiene la idea de que un lado de la brecha representa el óptimo a alcanzar y el otro, el déficit. En el ámbito del capital humano en los cuidados podría cuestionarse si el máximo existente es en realidad un máximo a alcanzar, pero al menos es útil considerar esta brecha a modo de diagnóstico y como herramienta para adecuar las capacitaciones, formaciones y estándares de calidad para achicar la brecha existente.

Así a modo general, existen varias brechas, la principal que atañe al presente documento dice relación con el capital humano, distinguiendo entre contextos remunerados y no remunerados, entre personas cuidadoras familias y/o vínculos cercanos y personas cuidadoras profesionales. Estudiar dichas brechas de capital humano permitirá generar procedimientos que promueven la capacitación y certificación de competencias laborales para la ocupación del cuidado, lo que corresponde a la acción 4.5 del presente proyecto.

Así, se distinguen tres grandes tipos de brechas: de cantidad, pertinencia y calidad. Para poder dimensionar cada uno de estos, el informe técnico final incluirá una serie indicadores, que serán valorados de forma cualitativa y/o cuantitativa en función de la información se encuentre disponible. Se presentan a continuación:

- Brechas de cantidad
 - Déficit de profesionales
 - Déficit de oferta de programas de formación
 - Déficit de demanda de programas de formación
- Brechas de pertinencia
 - Identificación de la adecuación de los perfiles profesionales existentes a las necesidades de cuidados de personas con dependencia funcional en Colombia
 - Disparidades de las competencias entre la oferta de programas educativos y la demanda del sector productivo.
 - Participación del sector de prestación de servicios en la planeación de la oferta formativa.
- Brecha de calidad:
 - Calidad de las competencias actuales ofertadas por los programas educativos y las demandas del sector de prestación de servicios

Pero también, es menester adentrarnos en las brechas de género, ya que, en la mayoría de los casos, son las mujeres quienes se encuentran en el extremo deficitario, por ejemplo, cuando se habla en términos salariales, de acceso a posiciones de poder en ámbitos laborales, participación en el espacio público, entre otros. No así en el caso del trabajo doméstico y de cuidados, donde a los hombres les queda mucho por alcanzar la igualdad, ya que como se ha mencionado anteriormente, no dedican ni la mitad del tiempo que las mujeres a dichas labores. Esto es lo que se llama brecha de cuidados, en espacios no formales y considerando únicamente vínculos familiares.

De forma sintética, en la figura siguiente se presenta un resumen de los temas aquí presentados.



Figura 19. Análisis de brechas

Para completar el presente análisis preliminar, se requiere continuar el proceso de profundización sobre el tipo de formación existente en Colombia relacionado con el cuidado, identificando el acceso y tipo de formación para realizar un comparativo con los ejemplos internacionales, y, por tanto, los datos aquí presentados son preliminares.

6.4 RECOMENDACIONES DE CARA A LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL CUIDADO

La tendencia en formación en el ámbito de los cuidados y de atención social es hacia un Currículo conjunto de Formación Profesional, dónde la didáctica está centrada en la persona con un enfoque de construcción conjunta activa, centrada en valores, con un enfoque de aprendizaje analítico y crítico que le empodera interactuando con su entorno. Bajo este mismo prisma, conviene tener en cuenta que el currículo diseñado se oriente a desarrollar determinadas competencias cognitivas, afectivas y (psico)motoras como resultados del aprendizaje que den respuesta a unos resultados esperados a las personas destinatarias de la prestación de servicios y de su entorno. Es importante que las personas que participan de procesos de formación relacionado con el desarrollo de la política del cuidado sean capaces de aplicar los conceptos generales a situaciones específicas, deconstruir situaciones y analizar su estructura, generalizar a partir de situaciones específicas a conceptos generales, formar una síntesis a partir de casos individuales y evaluar situaciones de acuerdo con criterios dados. Además, los participantes de actividades formativas y de mejora de la competencia desarrollarán una visión y comprensión de la lógica detrás de los compromisos personales con el trabajo, desarrollando capacidades para actuar de forma conjunta y practicar su comportamiento en interacciones y relaciones con todos los agentes implicados en el cuidado, abordando por ejemplo las situaciones de conflicto social o de dificultades en las relaciones. (Günter Stummvoll, 2021).

características de las personas atendidas), requieren una capacitación mucho más amplia y prolongada, que pueden ser regulados por los propios colegios profesionales o a nivel estatal. Los programas educativos y de mejora de la competencia profesional y de los cuidadores informales deberán tener mecanismos de acreditación robustos y efectivamente implementados. Estos programas han de inculcar la información, las actitudes y las habilidades necesarias para permitir que los trabajadores del cuidado practiquen el cuidado centrado en las personas mayores. (World Health Organization, 2015b).

El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS (World Health Organization, 2015b) describe un marco de acción para fomentar el envejecimiento saludable basado en el nuevo concepto de capacidad funcional. Esto requerirá una transformación de los sistemas de salud y sociales lejos de los modelos curativos basados en enfermedades y hacia la provisión de atención integrada y centrada en las personas mayores. Requerirá el desarrollo de sistemas integrales de atención a largo plazo, así como de una respuesta coordinada de muchos otros sectores y múltiples niveles de gobierno, incluyendo formas de medir y monitorear la salud, el bienestar y el funcionamiento de las poblaciones mayores. (World Health Organization, 2015b).

6.5.1 Competencias transversales

A continuación, se presentan algunas competencias identificadas como relevante en el despliegue de una política de cuidado.

Entre estas competencias cabe destacar la interacción entre la acción social en el entorno comunitario y domiciliario y el desarrollo de políticas públicas relacionadas con el cuidado.

A continuación, se presenta un ejemplo de competencias relacionadas con este ámbito temático. (G Stummvoll et al., 2021).

OBJETIVOS

- Intercambiar la base legal y ética para el ejercicio profesional.
- Aumentar la (auto)conciencia sobre las culturas profesionales del trabajo social y el trabajo policial.
- Aprender sobre los métodos de trabajo en el trabajo social y en la policía.

COMPETENCIAS PREVISTAS

- Resultados del aprendizaje cognitivo:
 - Comprender las diferencias culturales en las ocupaciones: estructura organizativa; comunicación interna; ocupaciones; terminología; socialización profesional (actitudes, opiniones, hábitos).
 - Comprender la definición de planes de trabajo y marcos legales que la regulan.
 - Comprender los conceptos y métodos básicos de trabajo como, "vigilancia comunitaria", "pedagogía social", "trabajo comunitario", "prevención de la violencia"; "análisis del área social", etc.
 - Habilidad para deconstruir una situación social en un análisis de área social.
- Resultados de aprendizaje afectivos:
 - Comprender las razones de los malentendidos y los posibles conflictos entre las profesiones.
 - Cambiar actitudes, valores y sentimientos hacia "la otra" profesión.
- Resultados del aprendizaje (psico)motor:
 - Practica formas particulares de comunicación y procedimientos en ciertas situaciones cuando se requiere cooperación.
 - Actividades de aprendizaje conjunto.

- Entradas y presentaciones:
 - Definición de trabajo social y pedagogía social relacionado con la acción comunitaria.
 - Conceptos de referente asertivo comunitario y prevención del delito.
 - Trabajo en entorno comunitario, trabajo de extensión, trabajo de gestión de casos, trabajo en grupo, y análisis del área social.
- Ejercicios y juegos:
 - Presentación dinámica de unos a otros.
 - Juego de metáforas para entender las diferencias culturales entre profesiones.
 - Dinámicas para recopilar estereotipos y prejuicios.
 - Cuestionario para evaluar el conocimiento sobre la otra profesión.
 - Imágenes y fotografías para discutir el análisis del área social.
- Excursiones y visitas de campo:
 - Análisis del área social: visita de campo a los puntos críticos (delictivos) y las áreas desfavorecidas de la ciudad con instrucciones claras para la observación.

Comprender las competencias transversales necesarias para el desarrollo de una política del cuidado es un tema clave en el cuál las estrategias de acción han de focalizar parte de sus prioridades y recursos.

6.5.2 Competencias de atención integrada y coordinada en el ámbito de los cuidados

Adicionalmente, dentro de los grupos de competencias para una atención integrada de servicios de cuidados han sido definidos por la OMS el 2020 las siguientes:

Tabla 32. Grupo de competencias clave para los servicios de tención integrada y coordinada (Langins & Borgermans, 2015)

Grupo de competencias	Competencias clave
<p>1</p> <p>DEFENSA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS. Capacidad para promover el derecho de las personas a garantizar la mejor calidad de atención y empoderarlos para que se conviertan en participantes activos de su salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abogar por el papel de las personas atendidas, miembros de la familia (si corresponde) en las decisiones de salud y social que le afectan. • Familiarizarse con los derechos de las personas atendidas (a una atención social y de salud segura, de alta calidad y asequible) con instrumentos legales: derechos legales/civiles/ley; derechos cuasi-legales, estatutos de las personas atendidas, declaración de derechos de los usuarios, políticas de protección al consumidor. • Educar a las personas sobre su derecho a la atención de salud y sus beneficios. • Alentar y promover la amplia participación social de las personas atendidas en la gestión del entorno de la atención: proporcionar comentarios sobre los servicios recibidos, crear asociaciones, participar en la defensa política, promover el liderazgo comunitario, recopilar mejores datos sobre las condiciones sociales y los factores institucionales y mejorar la comunicación para la equidad en salud. • Abogar por la incorporación de los resultados de la atención en las estrategias organizacionales con un enfoque especial en las poblaciones vulnerables. • Comprender el efecto de las disparidades en el acceso y la calidad de la atención.

Grupo de competencias	Competencias clave
<p>2</p> <p>COMUNICACIÓN EFECTIVA. Habilidad para establecer rápidamente una relación con los pacientes y sus familiares de una manera empática y sensible que incorpore la cultura percibida y declarada de los pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar escucha activa y enfática. • Involucrar a los familiares, personas cuidadoras y miembros del círculo de la atención de la persona en las evaluaciones y divulgaciones de salud y bienestar, según la aprobación de la persona atendida. • Transmitir información sin jerga y sin juzgar. • Comunicar las opciones del plan de atención al paciente de manera clara. • Adaptar el estilo de comunicación que más apropiadamente tenga en cuenta el impacto de las condiciones de salud en la capacidad de la persona para procesar y comprender la información. • Asegúrese de que el flujo y el intercambio de información entre la persona atendida, los miembros de la familia (si corresponde) y los proveedores pertinentes sea completo. • Adaptar los servicios, incluidos los enfoques de equipos interprofesionales basados en la evidencia, y movilizar los recursos para adaptarse al idioma, las normas culturales y las preferencias individuales de las personas atendidas y familiares, personas cuidadoras (si corresponde). • Proporcionar educación a los miembros del equipo sobre las características, las necesidades de atención relacionado con el cuidado, los comportamientos de salud y las opiniones sobre la situación de salud y el tratamiento de las diversas poblaciones atendidas en el entorno de tratamiento. • Brindar educación en salud (materiales) que sean apropiados al estilo de comunicación y alfabetización de los pacientes, familiares (si corresponde) y reforzar la información brindada verbalmente durante las visitas de atención por parte de los profesionales.
<p>3</p> <p>TRABAJO EN EQUIPO. Habilidad para funcionar efectivamente como miembro de un equipo interprofesional que incluye proveedores, personas atendidas y miembros de la familia de una manera que refleja una comprensión de la dinámica del equipo y los procesos de grupo/equipo en la construcción de relaciones de trabajo productivas y se centra en los resultados de salud y bienestar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y apoyar claramente las funciones y responsabilidades de todos los miembros del equipo, incluidos los pacientes. • Representar las opiniones profesionales propias y animar a otros miembros del equipo, incluidos los pacientes, a expresar sus opiniones y contribuir a la toma de decisiones. • Resolver diferencias de opinión o conflictos rápidamente y sin asperezas. • Demostrar practicidad, flexibilidad y adaptabilidad en el proceso de trabajar con otros, enfatizando el logro de las metas del tratamiento en oposición a la adherencia rígida a los modelos de tratamiento. • Conectar a los pacientes y familiares (si corresponde) con los recursos necesarios, incluidos, entre otros, atención médica especializada, rehabilitación y servicios sociales, apoyo de pares, asistencia financiera y transporte, y hacer un seguimiento para garantizar que se hayan realizado conexiones efectivas. Esto incluye organizar el acceso a los servicios de "navegación del paciente". • Apoyar a los pacientes a considerar y acceder a servicios alternativos y complementarios diseñados para apoyar la salud y el bienestar. • Promover la diversidad entre los proveedores que trabajan en equipos interprofesionales.

Grupo de competencias	Competencias clave
<p>4</p> <p>ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS. Habilidad para crear las condiciones para brindar servicios coordinados/integrados centrados en las necesidades, valores y preferencias de las personas y sus familias a lo largo de una atención continua y a lo largo de la vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender que la planificación eficaz de la atención requiere varias conversaciones con el paciente y otras partes, a lo largo del tiempo. • Brindar atención al paciente que sea oportuna, adecuada y eficaz para tratar los problemas de salud y promover la salud. • Evaluar la morbilidad múltiple y evaluar el deterioro cognitivo, los problemas de salud mental, incluido el uso riesgoso, dañino o dependiente de sustancias y el daño a sí mismo o a otros, el abuso, la negligencia y la violencia doméstica. • Evaluar la naturaleza de la familia del paciente (si corresponde), los apoyos sociales y otros recursos socioeconómicos que impactan en la salud del paciente. • Igualar y ajustar el tipo y la intensidad de los servicios a las necesidades de la persona, asegurando la prestación de atención oportuna y sin duplicaciones. • Plan de cuidados equilibrado con intervenciones bio-psico-sociales. • Incorpore los deseos, las creencias y la historia del paciente como parte del plan de atención, al mismo tiempo que minimiza la medida en que las ideas preconcebidas del proveedor sobre la enfermedad y el tratamiento oscurecen las necesidades expresadas. • Manejar puntos de vista alternativos y conflictivos de la familia (si corresponde), cuidadores, amigos y miembros del equipo multidisciplinario para mantener el enfoque en el bienestar de la persona. • Usar intervenciones enfocadas para involucrar a las personas y aumentar su deseo de mejorar la salud y adherirse a los planes de atención (p. ej., entrevistas motivacionales, terapia de mejora motivacional). • Evaluar la adherencia al tratamiento sin juzgar.
<p>5</p> <p>APRENDIZAJE CONTINUO. Capacidad para demostrar una práctica reflexiva, basada en la mejor evidencia disponible y para evaluar y mejorar continuamente los servicios prestados como proveedor individual y como miembro de un equipo interprofesional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en actividades de aprendizaje y mejora basadas en la práctica que involucren la investigación y evaluación de las experiencias, la evidencia y los recursos de los pacientes. • Evalúe y evalúe regularmente las experiencias de los pacientes, miembros de la familia (si corresponde), con respecto a la calidad de la atención y ajuste la prestación de la atención según sea necesario, incluida la medición de la satisfacción del paciente y los resultados de la atención médica manteniendo esquemas sin culpa/sin culpa. • Participar regularmente en capacitación interdisciplinaria para el personal. • Participar regularmente en el desarrollo profesional continuo. • Implementar y monitorear rutinariamente los estándares de seguridad del paciente. • Participar en auditorías médicas para comprobar la racionalidad de la atención, la facturación, la seguridad y la mala praxis según sea necesario. • Identificar y movilizar evidencia para informar la práctica y la atención integrada. • Participar y realizar investigaciones cuando sea posible, enfatizando la necesidad de centrarse en las experiencias de los pacientes. • Contribuir a las actividades de aprendizaje y mejora basadas en la práctica de una manera que movilice la evidencia y la investigación tanto como las experiencias del usuario final. • Optimizar el uso de la tecnología apropiada, incluidas las plataformas de salud electrónica que permiten la medición y la gestión del desempeño de cada médico, práctica y sistema en procesos y resultados de la atención, prescripciones electrónicas y gestión electrónica de medicamentos y productos de soporte, registros de la atención de tipo electrónico, computarizados y basados en la web. herramientas de detección, evaluación e intervención, aplicaciones de teleasistencia.

Para la formación y desarrollo de competencias en el ámbito del cuidado, se han tener en cuenta diferentes estrategias complementarias para dar respuesta a los retos previamente identificados.

Tabla 33. Descripción general de los métodos para la educación relacionados con los cuidados (Busse et al., 2019)

Métodos educacionales	Definición
Detalles académicos	Educación de extensión orientada al servicio proporcionada por una institución (órganos de gobierno médico o industria) u hospital.
Sistemas de respuesta de la audiencia	Tipo de interacción asociada al uso de sistemas de respuesta de audiencia. Aborda los objetivos de conocimiento (utilizados en combinación con conferencias en vivo o grupos de discusión).
Aprendizaje basado en casos	Un modelo de diseño instruccional que aborda objetivos de conocimiento y habilidades de alto orden (se crean casos clínicos reales o de autor para resaltar los objetivos de aprendizaje).
Experiencias clínicas	Las experiencias clínicas abordan la habilidad, el conocimiento, la toma de decisiones y los objetivos actitudinales (preceptoría u observación con un experto para adquirir experiencia).
Demostración	Implica enseñar o explicar mostrando cómo hacer o usar algo. Aborda objetivos de habilidad o conocimiento (video en vivo o medios de audio)).
Grupo de discusión	Aborda el conocimiento, especialmente el conocimiento de aplicación o de orden superior (lecturas u otra experiencia)).
Retroalimentación	Aborda el conocimiento y la toma de decisiones (la provisión de información sobre el desempeño de un individuo a los estudiantes)).
Conferencia	La conferencia aborda el contenido del conocimiento (en vivo, video, audio)).
Mentor o preceptor	Relación de desarrollo de habilidades personales en la que un médico experimentado ayuda a un médico menos experimentado. Aborda las habilidades cognitivas y técnicas de orden superior. También se utiliza para enseñar nuevos conjuntos de habilidades técnicas.
Punto de atención	Aborda el conocimiento y los objetivos cognitivos de orden superior (toma de decisiones). Información que se proporciona en el momento de la necesidad clínica, integrada en la historia clínica o en la historia clínica electrónica.
Aprendizaje basado en problemas o aprendizaje basado en equipos	PBL es una estrategia de instrucción centrada en el clínico en la que los médicos resuelven problemas en colaboración y reflexionan sobre sus experiencias. Aborda objetivos de conocimiento de orden superior, metacognición y algunos objetivos de habilidad (trabajo en grupo) (escenario clínico / discusión).
Aprendizaje programado	Tiene como objetivo gestionar el aprendizaje clínico en condiciones controladas. Aborda los objetivos de conocimiento (entrega de contenidos en pasos secuenciales)).
Lecturas	La lectura aborda el contenido del conocimiento o los antecedentes para objetivos actitudinales (revistas, boletines, búsquedas en línea)).
Juego de roles	Aborda habilidades, conocimientos y objetivos afectivos.
Simulación	Aborda el conocimiento, el trabajo en equipo, la toma de decisiones y los objetivos de habilidades técnicas (simulación completa; simulación parcial de tareas; simulación por ordenador; realidad virtual; paciente estandarizado; juego de roles).
Paciente estandarizado	Aborda la habilidad y algunos conocimientos y objetivos afectivos. Por lo general, se utiliza para el entrenamiento y la evaluación de habilidades de comunicación y examen físico.
Escritura y autoría	Aborda el conocimiento y los objetivos afectivos. Por lo general, se utiliza con fines de evaluación.

Source: based on Ahmed et al., 2013

Las competencias requeridas en el desarrollo de la política de cuidados implican priorizar los contenidos que combinan y movilizan conocimientos, habilidades y actitudes con los recursos existentes y disponibles para garantizar resultados seguros y de calidad para las personas, familiares, personas cuidadoras y las poblaciones del territorio. Las competencias para fortalecer en el marco de los cuidados requieren un cierto nivel de inteligencia social y emocional, con una estrategia flexible contextualizada, equilibrada, adecuada y seria para dar respuesta a las necesidades de la población.

En el reporte de la OMS sobre el envejecimiento elaborado el 2018, se indica que las competencias del talento humano implicado abarcan una amplia gama de áreas y pueden incluir la capacidad de ayudar con las AVD, ayudar a mantener la capacidad intrínseca de la persona, así como permitir que las personas mayores tomen decisiones y vivan de manera autónoma, incluyendo la capacidad de trabajar como parte de un equipo multidisciplinario. En esta línea, es posible que sea necesario desarrollar la capacidad de las instituciones educativas para que los cuidadores puedan recibir este tipo de capacitación. Para los trabajadores de atención existentes, es necesario potenciar la participación en la educación continua y recibir supervisión constante son aspectos importantes de la capacitación. En este reporte de la OMS, se indica que algunos países pueden optar por otorgar licencias formales a los trabajadores del cuidado, lo que proporcionaría otro mecanismo para garantizar la mejora continua de las habilidades. (World Health Organization, 2015b).

En función de los estándares y criterios de calidad que finalmente se prioricen, se identificación la formación técnica requerida, así como la identificación de la estructura de competencias mínimas requeridas para las labores del cuidado a personas mayores en situación de dependencia moderada y severa. Dado que un grupo de trabajo del BID está identificando la intensidad horaria y las estructuras curriculares por niveles educativos que se manejan en la revisión internacional, se trabajará de forma conjunta para identificar posibles escenarios adecuados al caso colombiano (por ejemplo, se incluye la certificación de competencias por el SENA, la formación universitaria o cursos de capacitación y sensibilización que están abiertos a toda la población, incluida la población cuidadora no remunerada).

Para finalizar, reforzar que el bienestar incluye todos los dominios de la vida humana que conforman lo que se puede llamar una “buena vida” y brinda un futuro a las personas mayores, con la libertad de vivir una vida que las generaciones anteriores nunca habrían imaginado. (World Health Organization, 2015b).

7 CONCLUSIONES Y PRÓXIMOS PASOS

Las páginas anteriores presentan la revisión de las experiencias internacionales que deben servir como insumos para la elaboración de la propuesta técnica y normativa que defina y/o ajuste los criterios de habilitación y estándares de calidad para los prestadores de servicios de cuidado y los procedimientos para la certificación de competencias de los recursos humanos dedicados a la ocupación del cuidado.

El informe se estructura a partir de dos grandes bloques: el primero focalizado en los criterios de habilitación y estándares de calidad y el segundo centrado en la calidad, cantidad e idoneidad de los recursos humanos empleados en el sector del cuidado en la actualidad.

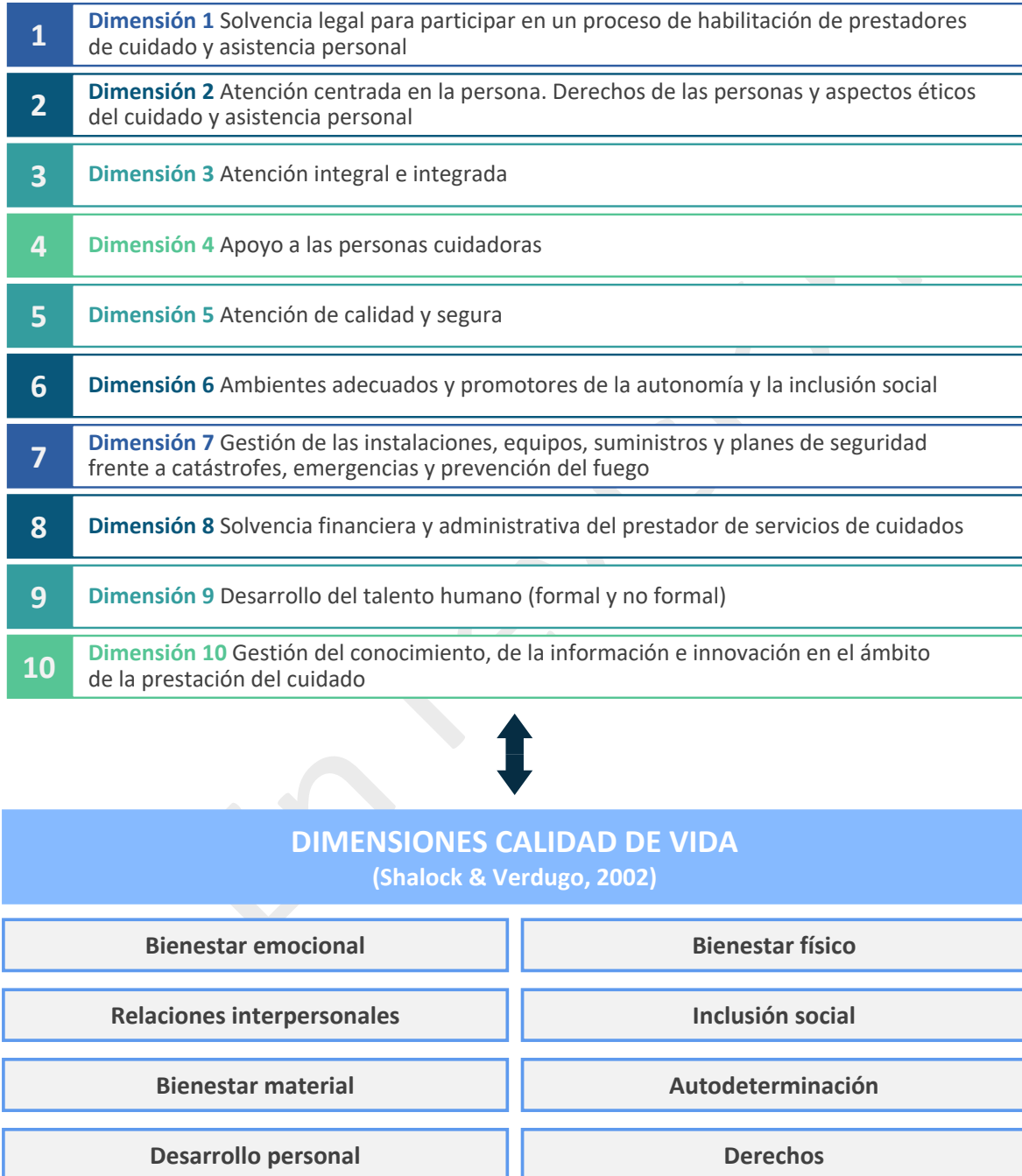
Previo a estos dos grandes bloques, el documento despliega con detalle el marco conceptual dentro del cual se deben mover los elementos técnicos y normativos que configuren la propuesta. Destaca la conceptualización de la dependencia funcional como punto de partida para el análisis y también se enfatiza que el desarrollo de este sector en Colombia se debe realizar en base al enfoque de género y de derechos humanos a lo largo de todo el ciclo vital, preservando la equidad territorial entre entornos urbanos y rurales, fomentando la integralidad entre los sistemas de atención social y de salud y poniendo el foco en la atención centrada en la persona para la prestación de servicios de cuidado.

Tal y como se ha explicado con anterioridad, el fin último del documento es trazar las líneas maestras para el desarrollo de la propuesta que se presentará en los dos siguientes productos entregados en el marco de la consultoría. En dicha propuesta se intentará plasmar lo recogido en este producto a partir de una mirada integral y conjunta a sus dos bloques, ya que los estándares y criterios de calidad que se planteen deberán tener en cuenta la dotación, capacitación y competencias necesarias para dar respuesta a la política de cuidados en Colombia.

Para ello será necesario mantener la estrecha colaboración con el personal del BID y el DNP y continuar con los encuentros con los actores clave identificados. Estos encuentros ya no serán tan enfocados a la recogida de información para la detección de necesidades y diagnóstico de la situación actual, sino que tendrán como fin último la presentación de resultados intermedios, la retroalimentación por parte de estos actores y, especialmente, la certificación de que todo lo planteado en la propuesta es realista dentro del contexto colombiano.

Como insumo para estos encuentros, y también a modo de conclusión de todos los trabajos que se compilan en el informe actual, se presenta a continuación un primer marco resumen, que incluye 10 dimensiones que permitirán articular los estándares y criterios de calidad que se presentan en el Documento *“Producto 4: Propuesta técnica y normativa para implementar los criterios de habilitación y estándares de calidad de los prestadores de servicios de cuidado y asistencia personal en el país de personas en situación de capacidad funcional reducida”*.

Figura 20. Esquema de dimensiones a tener en cuenta en el proceso de identificación, selección y priorización de estándares y criterios de calidad para entidades prestadoras de servicios de cuidados y asistencia personal de personas con dependencia funcional en Colombia



Estas dimensiones o grandes agrupadores conceptuales servirán de punto de partida para la identificación y priorización de estándares y criterios de calidad a utilizar en el proceso de habilitación de los prestadores de servicios de cuidados y asistencia personal, de forma consensuado con todos los agentes implicados.

8 ACRÓNIMOS Y SIGLAS

AAF. Active Ageing Framework
AAI. Active Ageing Index
ABVD. Actividades básicas de la vida diaria
ACLS. Soporte Cardiovascular Avanzado
ACP. Atención centrada en la persona
AFC. Age Friendly City Framework
AFCI. Measuring the age-friendliness of cities
AFEE. Age-friendly environments in Europe
AIVD. Actividades instrumentales de la vida diaria
APS. Atención primaria en salud-
ASTAHG. Alpine Space transnational governance on active and healthy ageing
AVD. Actividades de la vida diaria
BID. Banco Interamericano de Desarrollo
BLS. Soporte Vital Básico
CDI. Centros de Desarrollo Integral
CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIF/ICF. Clasificación Internacional del Funcionamiento/ *International classification of functioning*
CONPES. Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIMF. Desarrollo Infantil en Medio Familiar
DTS. Dirección Territorial de Salud
EBDH. Enfoque basado en los derechos humanos
ENUT. Encuesta Nacional de Uso del Tiempo
EPS. Entidades Promotoras de Salud
ESE. Empresas Sociales del Estado
FAD. Fundación Avedis Donabedian –
GAWI. Global AgeWatch Index
HCB. Hogares Comunitarios de Bienestar
HCBF-FAMI. Comunitario de Bienestar Familia Mujer e Infancia
HCE. Historia Clínica Electrónica
HI. Hogares Infantiles
HRF. funcionamiento relacionado con la salud
ICOPE. Integrated care for older people
IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales
IOM. Institut of medicine
ISQUA. International Society for Quality in Healthcare
IVC. Inspección, vigilancia y control de la Dirección territorial
JCI. Joint Commission International
LTC. Cuidados a largo plazo /Cuidado de larga duración
MAITE. Modelo de Acción Integral Territorial
MIAS. Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS. Ministerio de Salud y de la Protección Social
NHS. National Health Service
ODS. Objetivos de desarrollo sostenible para Colombia

OECD/ OCDE. Organisation for Economic Co-operation and Development / Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OIT/ILO. Organización Internacional del Trabajo/ International Labour Organization

OMS/WHO. Organización Mundial de la Salud

PADES. Programa de Atención Domiciliaria, Equipo de Apoyo

PAID. Programa de atención integrada en el entorno domiciliario

PAIS. Política de Atención Integral en Salud

PcD. Persona con discapacidad

PDSP. Plan Decenal de Salud Pública

PIB. Producto Interno Bruto

REPS. Registro de entidades prestadoras de servicios

RIAS. Rutas integrales de salud

SEGG. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

SINACU. Sistema Nacional de Cuidados en Colombia

SOGCS. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud

SoSe. Social Planning for Senior Citizens

TDCNR. Trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (en adelante)

TIC. Tecnologías de la información y la comunicación

UAB. Universidad Autónoma de Barcelona

UBA. Unidades Básicas de Atención

UN CRPD. Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas

UNE. Asociación Española de Normalización

En revisión

- América Latina y el Caribe. In *Banco Interamericano de Desarrollo* (p. 101). Banco de Desarrollo de América Latina. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Asociación Española de Normalización y Acreditación. (2015). *Norma UNE 158101:2015 Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos*. https://oaklarpwell.com/wp-content/uploads/2019/10/2.I-b-02-UNE_1581012015-1.pdf
- Australian Institute of Health and Welfare. (2003). *ICF Australian User Guide. Version 1.0* (p. 147). Australian Institute of Health and Welfare. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/7d1563f4-4a77-4542-985e-5754f7439c0c/icfugv1.pdf.aspx?inline=true>
- Birtha, M., & Sandu, V. (2021). *Conceptual framework : developing a tool to collect and assess good practices in the context of non-residential community-based services for older people* (p. 35). European Centre for Social Welfare Policy and Research. <https://www.berrituz.eus/es/conceptual-framework-developing-a-tool-to-collect-and-assess-good-practices-in-the-context-of-non-residential-community-based-services-for-older-people/bi-560770/>
- Bloomberg Línea. (2020). *En 2020 solo 2 de cada 10 hogares rurales tuvo acceso a internet en Colombia*. <https://www.bloomberglinea.com/2021/09/16/en-2020-solo-2-de-cada-10-hogares-rurales-tuvo-acceso-a-internet-en-colombia/>
- Bnamericas. (2021). *La vasta brecha digital entre las ciudades y áreas rurales de Colombia - BNamericas*. <https://www.bnamericas.com/es/noticias/la-vasta-brecha-digital-entre-las-ciudades-y-areas-rurales-de-colombia>
- Briggs, A., Valentijn, P., Thiyagarajan, J., & Araujo de Carvalho, I. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*, April, 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892746/pdf/bmjopen-2017-021194.pdf>
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., & World Health Organisation. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* (p. 419). World Health Organization and OECD. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Medellín, N., Oliveri, M. L., & Stampini, M. (2019). Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. In Banco Interamericano de Desarrollo (Ed.), *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001972>
- Cantillo-Medina, C. P., Ramírez-Perdomo, C. A., & Perdomo-Romero, A. Y. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Ciencia y Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100216>
- Carmone, A. E., Kalaris, K., Leydon, N., Sirivansanti, N., Smith, J. M., Storey, A., & Malata, A. (2020). Developing a Common Understanding of Networks of Care through a Scoping Study. *Health Systems & Reform*, 6(2), e1810921. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1810921>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis* (Naciones Unidas (ed.)). <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3859>
- Colacce, M., Córdoba, J., Marroig, A., & Sánchez, G. (2021). *Medición de la dependencia en Uruguay . Contexto*

- y estimación de la prevalencia *Medición de la dependencia en Uruguay . Contexto y estimación de la prevalencia* (Instituto de Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Universidad de la República (ed.); Instituto, Issue May). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32169.72808>
- Colombia National Department of Planning. (2020). *Informe anual del avance de la implementación de los ODS en Colombia*. <https://bit.ly/2UfQuyl>
- Congreso de Colombia. (2020). *Ley 2055 de 2020* (Issue 10, pp. 1–45). Gobierno de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=141981
- Congreso de Colombia. (2021). “*Ley De Internet Como Servicio Público Esencial Y Universal*” O “*Por Medio De La Cual Se Modifica La Ley 1341 De 2009 Y Se Dictan Otras Disposiciones*” El Congreso De Colombia Decreta. https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY_2108_DEL_29_DE_JULIO_DE_2021.pdf
- Congreso de la República. (2009). *Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”* (p. 34). Gobierno de Colombia. https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma_2013_html/Normas/Ley_1346_2009.pdf
- Consejo de Europa. (1998). RECOMENDACIÓN N° (98) 9 Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. *18 Septiembre, 98*, 5. <https://sid-inico.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2013). *Documento Conpes Social 166*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/166.pdf>
- Cubillos, J. C., Matamoros, M., & Perea, S. (2020). *Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad* (p. 16). Ministerio de Salud y Protección Social - Oficina de promoción Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidad.pdf>
- Departament de Salut i Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. (2022). *Model d’atenció integrada social i sanitària a l’entorn domiciliari* (Generalitat de Catalunya (ed.)). <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/domiciliaria/model-aiss-entorn-domiciliari.pdf>
- Departament de Treball Afers Socials i Famílies. (2021). *Promoció de l’autonomia i de l’atenció a les persones amb suport de llarga durada a l’entorn comunitari a Catalunya: recomanacions per impulsar el nou model: informe executiu* (Generalitat de Catalunya (ed.)). https://xarxalocalsad.diba.cat/sites/xarxalocalsad.diba.cat/files/2021_gencat-com-impulsar-model_atencio_integrada_.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística· DANE. (2019). *Funcionamiento Humano. RESULTADOS CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2018*. <http://snd.gov.co/documentos/funcionamiento-humano-dane-2019.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, & Grupo de Enfoque Diferencial e Interseccional. (2020). Informe sobre cifras de empleo y brechas de género. Cambios en el empleo en actividades de cuidado remunerado a raíz del COVID-19. *COVID-19 y Mercado Laboral*, 24. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/Informe-sobre-cifras-de-empleo-y-brechas-de-genero-10-2020.pdf>
- Departamento administrativo nacional de estadística -DANE. (2018). *Infografía de los resultados totales del Censo Nacional de Población y Vivienda de Colombia del 2018* (p. 1). Gobierno de Colombia. <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/infografias/info-CNPC-2018total-nal-colombia.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2018). *Censo nacional de población y vivienda*

- <https://www.euro.centre.org/publications/detail/4055>
- Inder, K. J., Lewin, T. J., & Kelly, B. J. (2012). Factors impacting on the well-being of older residents in rural communities. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 182–191. <https://doi.org/10.1177/1757913912447018>
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). (2016). *Accreditación en Salud*. Que Es La Acreditación En Salud. <https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>
- Instituto Mixto de Ayuda Social. (2021). *Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia* (Ministerio de Inclusión y Desarrollo Humano (ed.)). https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Política Nacional de Cuidados 2021-2031_0.pdf
- Integrated care for older people (ICOPE). (2019). *Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care* (World Health Organization (ed.)). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf?sequence=17&isAllowed=y>
- International Labour Organisation (ILO). (2021). *World Social Protection Report 2020-2022: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future* (International Labour Office (ed.)). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_817572.pdf
- ISQua. (2018a). Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards. 5th edition. In *ISQua Accreditation- International Accreditation Programme (IAP)*. <https://ieea.ch/media/attachments/2021/08/10/isqua-guidelines-and-principles-for-the-development-of-health-and-social-care-standards-5th-edition-v1.0.pdf>
- ISQua. (2018b). *Terminology Principles*. *ISQua's International Accreditation Programme* (Issue June, p. 11). The International Society for Quality in Health Care. <https://isqua.org/news/isqua-s-terminology-principles.html>
- Jara, P., & Chaverri-Carvajal, A. (2020). *Servicios de apoyo al cuidado en domicilio: Avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica*. <https://doi.org/10.18235/0002767>
- Joint Commission International. (2021). *Accreditation Standards for Home Care. 2a. Edition*. <https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/home-care/jci-home-care-2nd-ed-standards-only.pdf>
- Kostanjsek, N. (2011). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*, 11(SUPPL. 4), 2–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S3>
- Langins, M., & Borgermans, L. (2015). *Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services* (p. 38). WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf
- Lara, A., van Duijn, S., Zonneveld, N., Minkman, M., & Nies, H. (2016). *Integrated social services in Europe. A study looking at how local public services are working together to improve people's lives* (European Social Network (ed.)). The European Social Network. https://www.esn-eu.org/sites/default/files/publications/IntegratedServicesReport_FINAL.pdf
- Li, K. F. (2013). Smart home technology for telemedicine and emergency management. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*, 4(5), 535–546. <https://doi.org/10.1007/s12652-012-0129-8>
- Madden, R., Glozier, N., Mpofu, E., & Llewellyn, G. (2011). Eligibility, the ICF and the un Convention: Australian

- perspectives. *BMC Public Health*, 11(SUPPL. 4), 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S6>
- Martínez, L. J. (2019). *Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia*. *Panorama Colombia* (p. 4). Banco Interamericano de Desarrollo. https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama_de_Envejecimiento_y_Atención_a_la_Dependencia_Panorama_Colombia_es.pdf
- Matus, M. (2020). Los cuidados a la dependencia en un nuevo horizonte constitucional para Chile. *Revista De Ciencias Sociales*, 76, 194–216. <https://revistas.uv.cl/index.php/rcs/article/view/2816/pdf>
- Ministerio de educación política social y deporte. (2008). Resolución de 2 de diciembre de 2008. In *Boletín Oficial del Estado: Vol. 17 de dici* (Issue 303, p. 50722). Gobierno de España. <https://www.boe.es/boe/dias/2008/12/17/pdfs/A50722-50725.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia* (Gobierno de Colombia (ed.)). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). Plan Nacional de Salud Rural Ministerio de Salud y Protección Social. In *Ministerio de salud* (p. 73). Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 2626 de 2019. Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE*. (pp. 1–17). Gobierno de Colombia. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No.2626de2019.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución-521 de 2020 por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio* (p. 17). Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Política de Atención integrada en Salud*. El Sistema de Seguridad Social En Salud. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>
- Ministerio de Salud y Protección social - Minsalud. (2018). *Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-780-unico-modificado-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2019a). *ABC sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad* (p. 16). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2019b). *Resolución No. 3100 de 25 de Noviembre 2019* (p. 8). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No.3100de2019.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2020). “Necesitamos una política de estado centrada en el paciente.” *Boletín de Prensa*, 899. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Necesitamos-una-política-de-estado-centrada-en-el-paciente.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2022). *Sistema Único de Habilitación*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2019). *MAITE, el modelo que articula a Minsalud y las*

- autoridades territoriales*. Boletín de Prensa. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MAITE-el-modelo-que-articula-a-Minsalud-y-las-autoridades-territoriales.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Oficina de Promoción Social. (2015). *Enfoque diferencial y discapacidad* (p. 6). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/enfoque-diferencial-y-discapacidad.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). Capítulo I Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). In Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Ed.), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco* (pp. 19–92). <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia-Ministerio de Salud y Protección social (Minsalud). (n.d.-a). *Fortalecimiento del talento humano en salud. “Personas que cuidan personas* (p. 14). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/08-fortalecimiento-talento-humano.pdf>
- Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia-Ministerio de Salud y Protección social (Minsalud). (n.d.-b). *Marco estratégico de la Política de atención integral en salud del MIAS* (p. 19). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/03-marco-estrategico.pdf>
- Monahan, D. j. (2013). Family Caregivers for Seniors in Rural Areas. *Journal of Family Social Work*, 16(1), 116–128. <https://doi.org/10.1080/10522158.2012.747461>
- Moya, M. J. (2017). La asistencia personal : un servicio de apoyo fundamental. In *Sobre ruedas* (pp. 13–19). Fundació Institut Guttmann. https://siidon.guttmann.com/files/sr_99_2018_asistenciapersonal_mena.pdf
- Muir-Cochrane, E., Okane, D., Barkway, P., Oster, C., & Fuller, J. (2014). Service provision for older people with mental health problems in a rural area of Australia. *Aging and Mental Health*, 18(6), 759–766. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.878307>
- Müllauer, A., Heinrich, C. E., Kahlert, R., Kapferer, E., & Koch, A. (2020). *ASTAHG Alpine Space transnational governance on active and healthy ageing. Report on AHA impact evaluation metrics (D.T2.2.1)* (p. 54). European Centre for Social Welfare Policy and Research. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/3947>
- Naciones Unidas. (2016). *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de Colombia*. (CRPD/C/COL/CO/1). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Recomendaciones-comite-colombia-2016.pdf>
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD/C/MEX/CO/1&Lang=Sp
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2022). The national imperative to improve nursing home quality: Honoring our commitment to residents, families, and staff. In The National Academies Press (Ed.), *The National Imperative to Improve Nursing Home Quality*. <https://doi.org/10.17226/26526>
- National Health Service in England. (2019). *The NHS Long Term Plan* (p. 136). National Health Service in England. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan>
- Negre, P., Lopez, J., & Marquez, M. (2015). *Gestión de la calidad en los servicios asistenciales. Modelos de certificación y acreditación para centros asistenciales* (Comtec qualitic (ed.)). Comtec qualitic.

- <http://comtecquality.com/pdfs/la-gestion-de-la-calidad-en-los-servicios-asistenciales-modelos-de-certificacion-y-acreditacion-para-centros-asistenciales.pdf>
- Nicklin, W. (2013). The Value and Impact of Health Care Accreditation : A Literature Review. *Accreditation Canada*, 1(1), 1–16. <https://aventa.org/pdfs/valueimpactaccreditation.pdf>
- Nieto, C. (2020). *Lineamientos Para La Prevención , Contención Y Mitigación Del Coronavirus (Covid-19) En Personas Adultas Mayores* (p. 27). Ministerio de Salud y Protección Social - Oficina de promoción Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/TEDS01-lineamientos-adulto-mayor-protocolo-salida.pdf>
- O’Dwyer, C. (2017). *Applying a Human Rights-Based Approach to Long-term Care for Older Persons: A Toolkit for Care Providers* (Issue March). <http://ennhri.org/wp-content/uploads/2020/01/Applying-a-HRBA-to-Long-Term-Care-for-Older-Persons-A-Toolkit-for-Care-Providers.pdf>
- OECD. (2020). *Workforce and Safety in Long-Term Care during the COVID-19 pandemic* (Issue June). <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/workforce-and-safety-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic-43fc5d50/>
- Oliveri, M. L. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. In BID-Eurosocial (Ed.), *Banco Internacional de Desarrollo*. BID-Eurosocial. <http://www.iadb.org>
- One view. (2015). *The Eight Principles of Patient-Centered Care*.
- Organización de Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (p. 19). Secretaría General OEA. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (p. 282). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030* (p. 31). OMS. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Atención integrada para personas mayores (AIPM). In *Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida Organización Mundial de la Salud* (p. 2). Organización Mundial de la Salud. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es%0AWHO/MCA/17.06.10>
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2020). *How’s Life? 2020. Measuring Well-being* (OECD Publishing (ed.)). https://www.oecd-ilibrary.org/sites/9870c393-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/9870c393-en&_csp_=fab41822851fa020ad60bb57bb82180a&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- Ortega, I., Sancho, M., & Stampini, M. (2021). *Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid 19 Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios* (Banco Interamericano de Desarrollo (ed.)). <http://www.iadb.org>
- Pagaiya, N., Noree, T., Hongthong, P., Gongkulawat, K., Padungson, P., & Setheetham, D. (2021). From village health volunteers to paid care givers: the optimal mix for a multidisciplinary home health care workforce in rural Thailand. *Human Resources for Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00542-3>

- Paparella, G. (2016). Person-centred care in Europe: A cross-country comparison of health system performance, strategies and structures. *Policy Briefing*.
- Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física PREDIF. (2019). *Manual de formación para asistentes personales* (p. 145). Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF). https://www.asistenciapersonal.org/sites/default/files/publicaciones/01-manual_formacion_asistentes_personales.pdf
- Pot, A. M., Briggs, A. M., & Beard, J. R. (2018). The sustainable development agenda needs to include long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(9), 725–727. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(18\)30193-2/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(18)30193-2/fulltext)
- Prasad, S., Dunn, W., Hillier, L. M., McAiney, C. A., Warren, R., & Rutherford, P. (2014). Rural geriatric glue: A nurse practitioner-led model of care for enhancing primary care for frail older adults within an ecosystem approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(9), 1772–1780. <https://doi.org/10.1111/jgs.12982>
- Pugliese, L., & Sosa, S. (2015). *Adultos mayores dependientes. Insumos de la ELPS para el Sistema Nacional de Cuidados. Asesoría en Políticas de Seguridad Social. Uruguay (nº 48)*. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/9854/1/48.-adultos-mayores-dependientes.-insumos-de-la-elps-para-el-sistema-nacional-de-cuidados.-pugliese-y-sosa.pdf>
- Quanta - Cuidado y Género. (2022). *Publicaciones*. Publicaciones. <https://cuidadoygenero.org/publicaciones/>
- Quanta cuidado y género y secretaría distrital de la Mujer. (2021). *Cracterización cuantitativa y cualitativa de las cuidadoras de Bogotá*. <http://cuidadoygenero.org/caracterizacion-cuidadoras-bogota>
- Querejeta, M. (2003). Discapacidad Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación. In Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Ed.), *Imsero*. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>
- Read, L., Salmon, C., Sinnarajah, A., & Spice, R. (2019). Web-based videoconferencing for rural palliative care consultation with elderly patients at home. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3321–3330. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4580-8>
- Redondo, N. (2021). *Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana* (Banco Interamericano de Desarrollo (ed.)). <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Republica-Dominicana.pdf>
- Rodriguez, C. E. (2014). Sistema Único de Acreditación. *Revista Normas y Calidad*, 101, 6–12. <https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Revista-Normas-y-Calidad-101.pdf>
- Ruelas, E., & Poblano, O. (2007). *Certificación y acreditación en los servicios de salud: Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica* (Instituto Nacional de Salud Pública (ed.)). Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp30.pdf
- Salvador-Carulla, L., & Garcia-Gutierrez, C. (2011). The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy. *BMC Public Health*, 11(SUPPL. 4), S9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S9>
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, April(21), 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Saturno, P.-J. (2013). La calidad de la estructura y proceso: Acreditación y autorización. *Unidades Didacticas de La ENS*, 1–34. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500691/n9.7__Calidad_de_la_estructura.pdf

- Scobie, J., Asfour, L., Beales, S., Gillam, S., McGeachie, P., Mihnovits, A., Mikkonen-Jeanneret, E., Nisos, C., Rushton, F., & Zaidi, A. (2015). *Global AgeWatch Index 2015: insight report* (p. 28). HelpAge International. <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/>
- Shalock, R., & Verdugo, M. (2002). *Handbook on Quality of life for human service practitioners* (p. 21). American Association on Mental Retardation. https://www.academia.edu/1458575/Handbook_on_quality_of_life_for_human_service_practitioners
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). (2020). *Resumen Normativa de residencias*. https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf
- Sozialplanung für Senioren Startseite. (2022). *Herzlich Willkommen bei Sozialplanung für Senioren*. Startseite. <https://www.sozialplanung-senioren.de/>
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies* (p. 66). European Commission. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>
- Stummvoll, G., Goos, C., Stamatiou, W., Reischl, C., Meier, M., Pantucek, G., Dück, C., Diniz, M., Saraiva, M., Guerra, P., Cruz, T., Coone, A., & Reynaert, D. V. C. (2021). *Cooperation in Social Work and Policing. A Curriculum for Vocational Training*. European Centre for Social Welfare Policy and Research (p. 24). European Centre for Social Welfare Policy and Research. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/4123>
- Stummvoll, Günter. (2021). *Social Work and Policing: Towards a Joint Vocational Training Curriculum. Policy Brief* (p. 96). European Centre for Social Welfare Policy and Research. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/4131>
- Swiers, R., & Haddock, R. (2019). *Assessing the value of accreditation to health systems and organisations* (p. 20). Australian Healthcare and Hospital Association. https://ahha.asn.au/publication/health-policy-evidence-briefs/evidence-brief-no-18-assessing-value-accreditation-health?__cf_chl_jschl_tk__=51cb163a9541db0fc8f25ceff64f3aa6a8dd5db8-1593085642-0-AazRregGmilcbwmE-KQeU9XY2D2Mz9w0vnd2G38k_sX_045GTMjz89fvcXMwp
- Tello, J., Huber, M., & Yordi, I. (2019). *Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care* (p. 42). WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/419357/Country-assessment-framework-integrated-delivery-care.pdf?ua=1
- The White House. (2022). *Protecting Seniors and People with Disabilities by Improving Safety and Quality of Care in the Nation's Nursing Homes*. Statements and Releases. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/02/28/fact-sheet-protecting-seniors-and-people-with-disabilities-by-improving-safety-and-quality-of-care-in-the-nations-nursing-homes/>
- Thiam, Y., Allaire, J.-F., Morin, P., Hyppolite, S.-R., Doré, C., Zomahoun, H. T. V., & Garon, S. (2021). A Conceptual Framework for Integrated Community Care. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.5555>
- Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., Wong, E., Chau, P., Woo, J., Chung, V. C. H., & Yeoh, E. K. (2017). Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 327–334. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx041>

- Toiviainen, L. (2005). Home care for older people. *Journal of the British Menopause Society*, 11(2), 57–60.
<https://doi.org/10.1258/136218005775544480>
- Tyler, D. A., & Fennell, M. L. (2017). Rebalance Without the Balance: A Research Note on the Availability of Community-Based Services in Areas Where Nursing Homes Have Closed. *Research on Aging*, 39(5), 597–611.
<https://doi.org/10.1177/0164027515622244>
- UKAS. (2021). What is accreditation? In *Accreditation* (p. 8). UKAS. <https://www.ukas.com/wp-content/uploads/2021/12/UKAS-Accreditation-What-is-Accreditation.pdf>
- UNECE. (2020). *Homepage | UNECE*. United Nations. <https://unece.org/>
- UNECE. (2021). *Active Ageing Index Home*.
<https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>
- United Nations. (2021). *Article 19 – Living independently and being included in the community | United Nations Enable*. Department of Economic and Social Affairs.
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-19-living-independently-and-being-included-in-the-community.html>
- United Nations. (2022). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- van der Weele, S., Bredewold, F., Leget, C., & Tonkens, E. (2021). What is the problem of dependency? Dependency work Reconsidered. *Nursing Philosophy*, 22(e12327), 10.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nup.12327>
- Van Rompaey, E., & Peri, D. (2018). Políticas públicas de atención a las personas con discapacidad funcional: reflexiones sobre el caso uruguayo. *Oikos Polis, Revista Latinoamericana de Ciencias Económicas y Sociales*, 3(1), 32. http://www.scielo.org.bo/pdf/rlices/v3n1/v3n1_a03.pdf
- Vazzano, S. (2011). *Calidad y Acreditación: La experiencia en Argentina*.
<https://www.acyst.org.ar/presentaciones/vazzano-paganini.pdf>
- Villalobos, P. (2021). *The Long-Term Care System in Chile* (p. 9). Universitat de Bremen.
<https://www.socialpolicydynamics.de/f/81ed9e12aa.pdf>
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (p. 315).
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2002a). *Active Ageing: A Policy Framework* (p. 60). World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2002b). Ethical choices in long-term care : what does justice require? In World Health Organization (Ed.), *World Health Organization collection on long-term care*.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9291562285.pdf>
- World Health Organization. (2007a). *Global Age-friendly Cities: A Guide* (World Health Organization (ed.)).
http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- World Health Organization. (2007b). *The International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and youth version* (World Health Organization (ed.)).
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf;jsessionid=6E1F5599F53E36C493E33D1343048D11?sequence=1
- World Health Organization. (2010). Community-based rehabilitation: CBR guidelines. In World Health

- Organization (Ed.), *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications-detail/community-based-rehabilitation-cbr-guidelines>
- World Health Organization. (2015a). *Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators* (p. 128). World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203830/9789241509695_eng.pdf; sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203830/9789241509695_eng.pdf;sequence=1)
- World Health Organization. (2015b). *World report on ageing and health* (World Health Organization (ed.)). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf
- World Health Organization. (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. IPCHS – Integrated People-Centred Health Services* (p. 76). World Health Organization. https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/WHO-practice-brief-on-continuity-and-coordination-of-care.pdf?mc_cid=6610dd6f02&mc_eid=d013f7ade1
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services* (World Health Organization (ed.)). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789241515993-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020). *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services : policy brief* (W. H. Organization (ed.)). WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1
- World Health Organization for Europe. (2018). *Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessments* (p. 55). WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334284/WHO-EURO-2020-1088-40834-55192-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abandono: La falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral. (Congreso de Colombia, 2020).

Ajustes razonables: se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (Congreso de la República., 2009).

Atención Integral: Modo en que el servidor concibe, acerca, recibe, acoge, escucha, orienta y acompaña a la persona, a partir de una solicitud o situación inicial teniendo como base el respeto pleno de su dignidad, sus derechos, capacidades, intereses, preferencias y contando con su participación efectiva. Esta atención está fundamentada en la habilidad que tiene la persona que atiende para captar, develar, distinguir, discernir y comprender los aspectos de la realidad que están en el trasfondo de la solicitud inicial o problemática evidente, con el fin de identificar y situar en conjunto con la persona, cada aspecto encontrado como factor causal o efecto mismo y a partir de allí, definir acciones interdisciplinarias a cargo de la entidad, la persona y la familia encaminadas a brindar una respuesta integral tanto de la solicitud inicial como a los nuevos aspectos identificados y relevantes, de tal manera que aporten a la superación de la problemática al mejoramiento de la calidad de vida de la persona, su familia y comunidad.

Caracterización: Determinación de los atributos peculiares de una persona o cosa, de modo que se distinga claramente de las demás.

Características sociodemográficas: Son algunas de las características que se consideran en el análisis de la población. Cualquier característica de la población que pueda ser medida o contada es susceptible al análisis demográfico, por ejemplo: El sexo, la edad, el estado marital, el nivel de instrucción y la ocupación.

Corresponsabilidad: Es la capacidad de compartir la responsabilidad, entendiendo las consecuencias de las acciones individuales y grupales, de una situación o actuación. La corresponsabilidad favorece que todos tengamos los mismos derechos y deberes, pero nos hace reconocer la obligación moral resultante de nuestros errores u omisiones y de la actuación que debemos asumir por las situaciones o infraestructuras que están a nuestro cargo. “El Estado, la Familia, la sociedad civil y los adultos mayores de manera conjunta deben promover, asistir y fortalecer la participación activa e integración de los adultos mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, planes y acciones que desarrollen para su inclusión en la vida política, económica, social y cultural de la Nación” (Ley 1251 de 2008).

Coubicación/co-ubicación: La ubicación conjunta de equipos multidisciplinarios se refiere a los servicios que están ubicados en el mismo espacio físico (por ejemplo, centro, edificio, servicio), aunque no necesariamente completamente integrados entre sí. La co-ubicación puede involucrar espacio compartido, equipo y personal para servicios implicados en el cuidado sociales y de salud; atención coordinada entre servicios; o una asociación entre proveedores de servicios de cuidados sociales y de salud. La ubicación conjunta puede agilizar las referencias, aumentar el acceso a la atención y aumentar la comunicación entre diferentes proveedores.

Cuidado: función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes, agregando que esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas. (Pugliese & Sosa, 2015).

Cuidado o asistencia personal: es la atención prestada por familiares u otra persona a personas con discapacidad de manera permanente con enfoque de derechos humanos de conformidad con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El cuidado o asistencia personal podrá ser remunerado.⁵⁰

⁵⁰ Fuente: INFORME DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 480 DE 2021 SENADO - 041 DE 2020 CÁMARA - ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 267 DE 2020 CÁMARA, “Por medio del cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones”. 1/06/2022, en Gaceta 607 del 1/6/2022.

http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/Ponencias/2021/gaceta_1208.pdf

Cuidado Directo: Acción o acciones que satisfacen las necesidades básicas de las personas en su vida diaria y en todos los momentos del curso de vida, en la que media una interacción inmediata entre dos o más personas que implica cambios en las condiciones de la persona sujeto de cuidado y de la persona que cuida” (DANE, 2017, p. 8).⁵¹

Cuidado indirecto: es la “Acción o acciones que satisfacen las necesidades básicas de las personas en su vida diaria y en todos los momentos del curso de vida, a través de cambios en las condiciones de bienes de consumo, que no requieren la interacción inmediata entre la persona que cuida y la que es cuidada” (DANE, 2017, p. 8). Dentro de este trabajo se incluyen las acciones que benefician a otras personas y que pueden ser llevadas a cabo sin la presencia de aquellas personas a quienes este trabajo beneficia, incluyendo actividades de trabajo doméstico como cocinar, labores de mantenimiento de vestuario, o de limpieza y mantenimiento del hogar (DANE, 2017, p. 10). En este sentido, los cuidados indirectos son las actividades necesarias para que se brinden cuidados directos a las personas.⁵²

Cuidador o asistente personal: Se entiende por cuidador o asistente personal una persona, profesional o no, que apoya a realizar las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad quien, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas. El servicio de cuidado o asistencia personal estará siempre supeditado a la autonomía voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a quien se presta la asistencia.⁵³

Cuidados paliativos: La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan. (Congreso de Colombia, 2020)

Curso de vida: Es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.⁵⁴

Derechos humanos: son los derechos a los que tienen derecho las personas por el simple hecho de ser seres humanos, independientemente de su edad, ciudadanía, nacionalidad, raza, etnia, idioma, género, sexualidad o capacidades. Cuando se respetan estos derechos inherentes, las personas pueden vivir con dignidad e igualdad, libres de discriminación. El concepto de derechos humanos tiene su origen en una amplia gama de tradiciones filosóficas, morales, religiosas y políticas, y ha evolucionado con el tiempo.⁵⁵

Desarrollo Humano: Busca garantizar el ambiente necesario para que las personas y los grupos humanos puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme a sus necesidades e intereses.

Discapacidad: De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo

⁵¹ Fuente: <https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/03/Brechas-de-genero.pdf>

⁵² Fuente: <https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/03/Brechas-de-genero.pdf>

⁵³ Fuente: INFORME DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 480 DE 2021 SENADO - 041 DE 2020 CÁMARA - ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 267 DE 2020 CÁMARA, “Por medio del cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones”. 1/06/2022, en Gaceta 607 del 1/6/2022.

http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/Ponencias/2021/gaceta_1208.pdf

⁵⁴ Citado por: Política Pública de Envejecimiento y Vejez. Plan Gerontológico 2017-2027. Alcaldía de Medellín, 2016. <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/InclusionSocial/Noticias/Shared%20Content/Documentos/2017/Plan%20Gerontol%C3%B3gico%202017%20-%202027%20%20Medellin.pdf>

⁵⁵ Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas 2006).

Discriminación múltiple: Cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación. (Congreso de Colombia, 2020).

Discriminación por edad en la vejez: Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada. (Congreso de Colombia, 2020).

Discriminación por motivos de discapacidad: se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables. (Congreso de la República., 2009).

Discriminación: Cualquier distinción, exclusión, restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada. (Congreso de Colombia, 2020).

Diseño universal: se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten. (Congreso de la República., 2009).

Enfoque Biopsicosocial: Es un marco conceptual que aborda de manera holística la atención de las personas con discapacidad estableciendo un lazo entre los distintos niveles (biológico, personal y social) que permite incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos. Este enfoque hace especial énfasis en la interacción de la persona con discapacidad y el ambiente donde vive y se desarrolla, considerando las determinantes sociales que influyen y condicionan la discapacidad.⁵⁶

Enfoque de Derechos: el Estado debe garantizar que la acción pública se oriente a la promoción, reconocimiento, restitución y ejercicio pleno de los derechos fundamentales, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y colectivos de todas las personas mayores habitantes del país sin distingo alguno. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020).

Entidades administradoras de Planes de Beneficio- EAPB: Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020).

Envejecimiento activo y saludable: Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población. (Congreso de Colombia, 2020).

⁵⁶ Fuente: INFORME DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 480 DE 2021 SENADO - 041 DE 2020 CÁMARA - ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 267 DE 2020 CÁMARA, "Por medio del cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones". 1/06/2022, en Gaceta 607 del 1/6/2022. http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/Ponencias/2021/gaceta_1208.pdf

Envejecimiento: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. (Congreso de Colombia, 2020).

Esta forma de ver el desarrollo se centra en ampliar las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran, es decir, aumentar el conjunto de cosas que las personas pueden ser y hacer en sus vidas. Así, el desarrollo es mucho más que el crecimiento económico, este es sólo un medio- uno de los más importantes- para expandir las opciones de la gente. Para ampliar estas opciones es fundamental construir capacidades humanas. Las capacidades más básicas para el desarrollo humano son: llevar una vida larga y saludable, tener acceso a recursos que permitan a las personas vivir dignamente y tener la posibilidad de participar en las decisiones que afectan su comunidad. Sin estas capacidades muchas de las opciones simplemente no existen y varias oportunidades son inaccesibles.

Familias: Organizaciones sociales, construidas históricamente, constituidas por personas que se reconocen y son reconocidas en la diversidad de sus estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades; las cuales están conformadas por grupos de dos o más personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, adopción o por afecto, en las que se establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto, que comparten domicilio, residencia o lugar de habitación de manera habitual y son sujetos colectivos de derecho.

Funcionamiento humano: Es la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades que responden a sus actividades básicas diarias (aquellas que les permiten subsistir, realizar su auto-cuidado, mantener su independencia, ser padre de un hogar y de una comunidad), su pérdida o deterioro genera el riesgo de caer en condición de discapacidad y dependencia.⁵⁷

Gestión: Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

Gerontología: es el estudio científico de los procesos y problemas del envejecimiento desde todos los aspectos: biológico, clínico, psicológico, sociológico, legal, económico y político.⁵⁸

Geriatria: rama de la medicina que se encarga del estudio y cuidado de las personas mayores que aborda aspectos preventivos, terapéuticos de rehabilitación y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares.

Instituciones de atención: entidades públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructuras físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.

Interdicción: Declaración judicial de incapacidad, que inhabilita a una persona para realizar ciertos actos (decisiones de tipo económico, de salud, de seguridad, entre otras). **Maltrato:** Acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza. (Congreso de Colombia, 2020)

Interseccionalidad: es un marco teórico para comprender cómo se combinan diferentes aspectos de las identidades sociales y políticas de una persona (p. ej., género, sexo, raza, clase, sexualidad, religión, discapacidad, apariencia física) y pueden potenciarse entre sí para dar forma a la experiencia y experiencia de un individuo o grupo, y crear modos únicos de discriminación y privilegios.⁵⁹

Mejora continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo: Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios sociosanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estada, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a

⁵⁷ Fuente. Página web de DANE.

<https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=87e15ac26e164037a79e99fc524885db>

⁵⁸ <https://www.universidadviu.com/gerontologia-definicion/>

⁵⁹ Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio. (Congreso de Colombia, 2020).

Plan de Atención Institucional: es el modelo institucional en el marco de los ejes de derecho y guía para las acciones que programen e implementen las instituciones públicas o privadas, garantizando un servicio integral y de calidad. Es la responsabilidad de exigir acciones integrales en cada uno de los componentes de atención (salud, psicosocial y familiar y ocupacional).

Plataforma estratégica: Herramienta administrativa que define la misión, visión, objetivos, políticas de una institución, enfoca la consecución de las metas propuestas y da el sentido a la labor realizada por sus integrantes.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Portafolio de servicios: Es un documento o una presentación donde una compañía detalla las características de su oferta comercial. Está dirigido a potenciales clientes, posibles socios comerciales, proveedores.

Sistema contable: Es una estructura organizada mediante la cual se recogen las informaciones de una empresa como resultado de sus operaciones, valiéndose de recursos como formularios, reportes, libros etc. y que presentados a la gerencia le permitirán a la misma tomar decisiones financieras.

Servicios sociosanitarios integrados: Beneficios y prestaciones institucionales para responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía. "Unidad doméstica u hogar": El grupo de personas que viven en una misma vivienda, comparten las comidas principales y atienden en común las necesidades básicas, sin que sea necesario que existan lazos de parentesco entre ellos. "Vejez": Construcción social de la última etapa del curso de vida. (Congreso de Colombia, 2020).

Según la clasificación internacional de Funcionamiento, discapacidad y salud (ICF -*International Classification of Functioning, Disability and Health*), publicada por la OMS el 2001, se acuñaron las siguientes definiciones: (World Health Organization, 2001)

- Actividad es la ejecución de una tarea o acción por parte de un individuo.
- Actividad es la ejecución de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva individual del funcionamiento.
- Bienestar es un término general que abarca el universo total de los dominios de la vida humana, incluidos los aspectos físicos, mentales y sociales, que conforman lo que se puede llamar una "buena vida". Los dominios de salud son un subconjunto de dominios que conforman el universo total de la vida humana.
- Condición de salud es un término genérico para enfermedad (aguda o crónica), trastorno, lesión o trauma. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalía congénita o predisposición genética.
- El desempeño es un constructo que describe, como un calificador, lo que los individuos hacen en su entorno actual, y así trae el aspecto de la participación de una persona en las situaciones de la vida. El entorno actual también se describe mediante el componente Factores ambientales.
- El deterioro es una pérdida o anomalía en la estructura corporal o función fisiológica (incluidas las funciones mentales). Anormalidad aquí se usa estrictamente para referirse a una variación significativa de las normas estadísticas establecidas (es decir, como una desviación de la media de la población dentro de las normas estándar medidas) y debe usarse solo en este sentido.
- Funcionamiento es un término general para funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Denota los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales).
- La capacidad es un constructo que indica, como calificador, el nivel más alto probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio en la lista de Actividades y Participación en un momento dado. La capacidad se mide en un entorno uniforme o estándar y, por lo tanto, refleja la capacidad ambientalmente ajustada del individuo. El componente Factores ambientales se puede utilizar para describir las características de este entorno uniforme o estándar.
- La discapacidad es un término general para impedimentos, limitaciones de actividad y restricciones de participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales).
- La participación es involucrarse en una situación de vida.

11 ANEXO 1. PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO CUALITATIVO Y LA REVISIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL

Participantes de grupo nominal y entrevistas en profundidad

Nombre de la organización	Nombre	Cargo
Persona adulta Mayor especialista en gerontología	Julia Lerma	Profesora de enfermería jubilada con amplia experiencia en programas del adulto mayor
Fundación para el cuidado del adulto mayor. Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.	Leonor Cuéllar	Gerente de Fundación para el cuidado del adulto mayor. Profesora Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. Profesora sedes de Cali y Buenaventura.
Fundación para el cuidado del adulto mayor	Grupo focal	Siete personas de residentes de Hogar geriátrico
Hogar de personas mayores en la ciudad de Cali	Génesis Castillo	Responsable de Enfermería
Hogar de personas mayores en la ciudad de Cali	Grupo focal	Seis personas cuidadoras de adultos mayores
Hogar de personas mayores en la ciudad de Cali	Jazmín Salazar	Auxiliar de Enfermería
Persona cuidadora de persona adulta mayor	Familiar	Persona cuidadora de los padres en entorno domiciliario
Padre de hijo con discapacidad visual	Familiar	Asistencia personal en entorno comunitario
Imbanaco	Astolfo Franco	Director de calidad y seguridad del paciente

Taller de diagnóstico inicial

Nombre de la organización	Nombre	Cargo
Hospital Universitario Cari de Barranquilla. Institut de Neurociencias.	Betty Molano	Administradora. Jefe de Garantía de Calidad del Hospital Universitario CARI. Barranquilla.
Fundación Keralty	Camila Ronderos Bernal	Directora Ejecutiva
BID - Cooperación Técnica Regional Astur	Carlos Arturo Robledo Marín	Consultor
Fundación Keralty	Constanza Gonzalez	Directora del Programa Comunitario
Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta	Deisy Astrid Machucca	Enfermera Magister
Universidad Javeriana	Edilma Marlén Suárez	Profesora Departamento Enfermería en Salud Colectiva
Departamento Nacional de Planeación - DNP	Elisa Ferrari de la Roche	Persona técnica de referencia del proyecto por parte del DNP.
CAFAM	Fabio Alberto Cardona	Subdirector comercial
Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta	Gloria Omaira Bautista Espinel	Directora del grupo de investigación GICE: línea de investigación: Innovación, calidad,

Nombre de la organización	Nombre	Cargo
		Modelos de atención, gestión y Tics en enfermería.
Universidad Javeriana	Jenny Amparo Lozano Beltrán	Profesora Departamento Enfermería en Salud Colectiva
Versania	Jorge Camilo Cortés	Presidente de Versania Salud Colombia
BID - Cooperación Técnica Regional Astur	Laura Cristina López	Consultor
Universidad Santo Tomás. Red Santandereana de Personas con discapacidad.	Leonardo Enrique Díaz Suárez	Experto en Accesibilidad y diseño universal. Docente del programa de Arquitectura de la Universidad Santo Tomás. Miembro de la Red Santandereana de Personas con discapacidad.
Fundación para el cuidado del adulto mayor. Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.	Leonor Cuéllar	Gerente de Fundación para el cuidado del adulto mayor. Profesora Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.
Fundación Saldarriaga Concha	Lina María González Ballesteros	Líder de salud y bienestar
Nodo Santander de la Red colombiana de IES por la discapacidad	María Isabel Pinzón Ochoa	Docente del Programa de Fisioterapia de la Universidad de Santander. Coordinadora del nodo Santander de la Red colombiana de IES por la discapacidad
Fundación Saldarriaga Concha	Norma Constanza Sánchez	Gerente de operaciones
Fundación FANDIC. Red Santandereana de personas con Discapacidad REDES	Olga Lucia Santamaría Pinzón	Fisioterapeuta. Especialista en Docencia Universitaria. Mg. Gestión Pública y Gobierno 20 años de experiencia en discapacidad.
Versania. Lazos Humanos - Keralty	Pamela Sofía Díaz Pinilla	Gerente General
Universidad de Santander	Piedad Cecilia Serpa	Docente del Programa de Medicina de la Universidad de Santander. Gestión de servicios de salud, auditoría clínica, calidad asistencial. Profesional con calificación en norma ISO 9001:2015.
Instituto Universitario Avedis Donabedian. UAB.	Pilar Hilarión	Subdirectora. Coordinadora del proyecto.
Instituto Universitario Avedis Donabedian. UAB.	Pili Illarramendi	Técnica de proyectos
UDES y OPS/OMS	Reimundo Llanes	Director de Educación Médica Escuela de Medicina UDES MD. MSc. Gestión del Conocimiento Fellow Formador de Formadores en Salud OPS/OMS
Comité Latinoamericano y del Caribe de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriátría	Robinson Cuadros	Presidente electo
BID - Cooperación Técnica DNP	Santiago León	Consultor – División de Protección Social y Salud
Keralty	Wilson Daniel Ossa Pérez	Global Director Senior Care Programs. Health and Innovation Chief Officer

Equipo del Instituto Universitario Avedis Donabedian – UAB

Nombre de la organización	Nombre	Cargo
Instituto Universitario Avedis Donabedian. UAB.	Joaquim Bañeres	Director
Instituto Universitario Avedis Donabedian. UAB.	Pilar Hilarión	Subdirectora. Coordinadora del proyecto.
Instituto Universitario Avedis Donabedian. UAB.	Pili Illarramendi	Técnica de proyectos
Instituto Universitario Avedis Donabedian. UAB.	Marc Gibert	Técnico de proyectos

Equipo de Referencia del BID y del DNP para el seguimiento del proyecto

Nombre de la organización	Nombre	Cargo
Departamento Nacional de Planeación - DNP	Elisa Ferrari de la Roche	Persona técnica de referencia del proyecto por parte del DNP.
Banco Interamericano de Desarrollo - BID	Santiago León	Consultor – División de Protección Social y Salud

Nota: El presente documento, además de ser elaborado de forma consensuada y en un entorno de aprendizaje colaborativo, ha contado con la revisión por parte del Departamento Nacional de Planeación de Colombia – DNP, del Banco Interamericano de Desarrollo - BID y ha sido enviado a revisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

