REVISTA DEL CLAD REFORMA Y DEMOCRACIA | IPSA AISP INTERNATIONAL POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION | RED universidades universidades | 96

Septiembre - diciembre 2026 | e-ISSN 2443-4620 https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n96.a961

Innovar localmente, ¿escalar nacionalmente? Gobiernos locales y sistema nacional de cuidados de larga duración[1]

Inovar localmente, escalar nacionalmente? Governos locais e o sistema nacional de cuidados de longa duração

Innovating Locally, Scaling Nationally? Local Governments and the National Long-Term Care System

Recibido: 16/07/2026 - Aceptado: 25/10/2026

Alexander Chaverri-Carvajal
Centre d'Estudis Demogràfics, Barcelona, España
https://orcid.org/0000-0002-2203-2607
achaverri@ced.uab.es

Ximena Alvarenga Fournier
Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España
https://orcid.org/0000-0002-9348-0853
x.alvarenga.2024@alumnos.urjc.es

Tipología del artículo: investigación.

Resumen

El rápido envejecimiento de América Latina y el Caribe ha impulsado la creación de sistemas nacionales de cuidados de larga duración. Su consolidación plantea un desafío de gobernanza: coordinar la prestación de servicios entre los gobiernos nacionales y locales para evitar la fragmentación territorial. Este artículo presenta la primera evaluación experimental de un programa municipal de teleasistencia domiciliaria en América Latina, implementado mediante un ensayo controlado aleatorizado con 636 personas mayores con necesidades de cuidado. El servicio redujo la soledad y mejoró la salud mental; también redujo las llamadas al servicio de emergencias, aunque este efecto no resiste el ajuste por comparaciones múltiples. No se

1 Ayuda JDC2023-050418-I financiada por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por el FSE+. Ximea Alvarenga Fournier fue beneficiaria de una beca del Programa Paulo Freire+ de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI).

observaron efectos sobre la salud física ni sobre la hospitalización, y la evidencia sobre la carga de las personas cuidadoras no es concluyente. A partir de una lectura interpretativa de casos comparados de gobernanza multinivel, el artículo argumenta que la efectividad de las innovaciones locales no garantiza su escalabilidad a nivel nacional en ausencia de mecanismos de coordinación y financiamiento entre los distintos niveles de gobierno. El estudio contribuye a la literatura sobre gobiernos locales, capacidades institucionales y gobernanza multinivel al examinar cómo la evidencia experimental generada en un gobierno local puede orientar el diseño institucional de los sistemas nacionales de cuidados.

Palabras clave: gobiernos locales, gobernanza multinivel, cuidados de larga duración, teleasistencia domiciliaria, capacidades institucionales, Costa Rica.

Resumo

O rápido envelhecimento da América Latina e do Caribe impulsionou a criação de sistemas nacionais de cuidados de longa duração. Sua consolidação coloca um desafio de governança: coordenar a prestação de serviços entre governos nacionais e locais para evitar a fragmentação territorial. Este artigo apresenta a primeira avaliação experimental de um programa municipal de teleassistência domiciliar na América Latina, implementado por meio de um ensaio controlado randomizado com 636 pessoas idosas com necessidades de cuidado. O serviço reduziu a solidão e melhorou a saúde mental; também reduziu as chamadas ao serviço de emergência, embora esse efeito não resista ao ajuste por comparações múltiplas. Não foram observados efeitos sobre a saúde física nem sobre a hospitalização, e a evidência sobre a sobrecarga das pessoas cuidadoras não é conclusiva. A partir de uma leitura interpretativa de casos comparados de governança multinível, o artigo argumenta que a efetividade das inovações locais não garante sua expansão nacional na ausência de mecanismos de coordenação e financiamento entre níveis de governo. O estudo contribui para a literatura sobre governos locais, capacidades institucionais e governança multinível ao examinar como a evidência experimental gerada por um governo local pode orientar o desenho institucional de sistemas nacionais de cuidados.

Palavras-chave: governos locais, governança multinível, cuidados de longa duração, teleassistência domiciliar, capacidades institucionais, Costa Rica.

Abstract

Rapid population ageing in Latin America and the Caribbean has driven the creation of national long-term care systems. Their consolidation poses a governance challenge: coordinating service provision across national and local governments to prevent territorial fragmentation. This article presents the first experimental evaluation of a municipal home telecare programme in Latin America, implemented through a randomised controlled trial with 636 older adults with care needs. The service reduced loneliness and improved mental health, it also reduced calls to emergency services, although this effect does not survive adjustment for multiple comparisons. No effects were found on physical health or hospitalisation, and the evidence on caregiver burden is inconclusive. Drawing on an interpretive reading of comparative cases of multilevel governance, the article argues that the effectiveness of local innovations does not guarantee their national scaling-up in the absence of coordination and financing mechanisms across levels of government. The study contributes to the literature on local governments, institutional capacity and multilevel governance by examining how experimental evidence generated by a local government can inform the institutional design of national long-term care systems.

Keywords: local governments, multilevel governance, long-term care, home tele-assistance, institutional capacity, Costa Rica.

Introducción

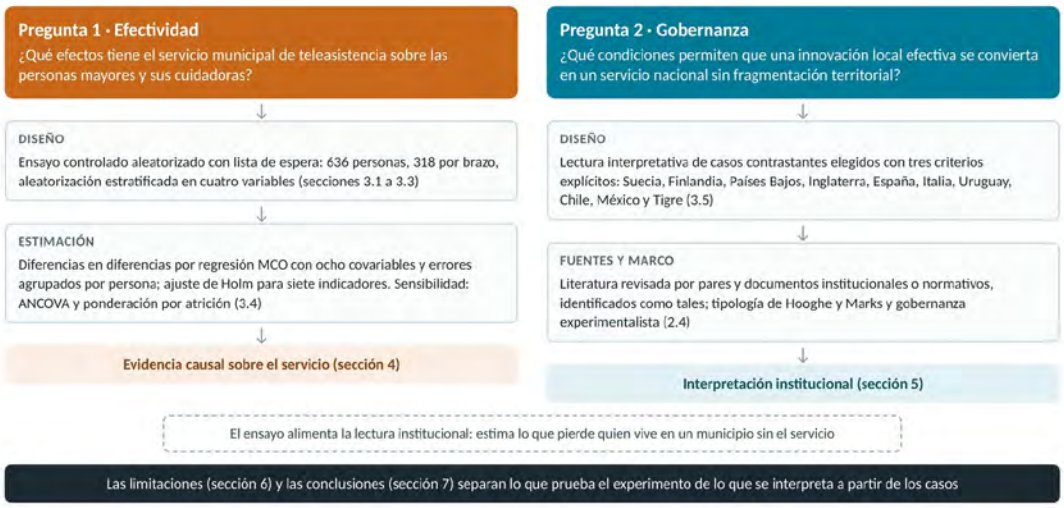
Los países de América Latina han comenzado a legislar sobre sistemas nacionales de cuidados de larga duración (CLD), pero la provisión de servicios sigue dependiendo en gran medida de lo que cada gobierno local puede o decide ofrecer. Costa Rica es un caso claro de esa tensión. En 2022 creó un sistema nacional que reconoce cinco modalidades de servicio y, cuatro años después, solo las transferencias monetarias operan a escala nacional. La teleasistencia domiciliaria existe porque el municipio de Heredia decidió financiarla, implementarla y evaluarla con recursos propios.

El artículo plantea dos preguntas que requieren evidencia distinta. La primera es de efectividad: ¿qué efectos tiene un servicio municipal de teleasistencia sobre el bienestar de las personas mayores con necesidades de cuidado y sobre sus cuidadoras? La respondemos con un ensayo controlado aleatorizado. La segunda es institucional: ¿qué condiciones de gobernanza multinivel permiten que una innovación local efectiva se convierta en un servicio

nacional sin generar fragmentación territorial? Esta la abordamos con una lectura interpretativa de casos comparados, a la luz de la tipología de Hooghe y Marks (2003). La figura 1 resume cómo se articulan ambas partes del estudio.

Figura 1

Articulación de las dos partes del estudio



Fuente: elaboración propia.

El objetivo es, por tanto, doble: estimar el efecto causal del servicio y discutir qué implica esa evidencia para el diseño institucional de un sistema nacional de CLD. A lo largo del texto mantenemos separadas ambas partes. El experimento informa sobre la efectividad del servicio; las conclusiones sobre gobernanza se derivan de la lectura de casos y deben interpretarse, no tomarse como prueba.

La contribución es tanto empírica como conceptual. En el ámbito empírico, el artículo presenta la primera evaluación experimental de un servicio de CLD ofrecido por un gobierno local en América Latina. En lo conceptual, usa la distinción entre gobernanza de tipo I y de tipo II para leer el caso de un Estado unitario con municipios de capacidad fiscal muy desigual, un contexto distinto del que dio origen a la tipología.

Marco teórico y contexto

Gobiernos locales, capacidades institucionales y gobernanza del cuidado

La provisión de CLD plantea a los gobiernos locales un desafío de capacidad institucional comparable al que enfrentaron décadas atrás en materia de agua potable, residuos sólidos o salud primaria. La literatura sobre descentralización advirtió tempranamente que transferir competencias sin transferir la capacidad fiscal ni técnica genera brechas de implementación entre los municipios (Cabrero, 2006). Esa brecha se agudiza cuando la competencia transferida es nueva, como ocurre con los sistemas de CLD, para los que numerosos países de la región han comenzado a legislar en la última década. La gobernanza democrática local depende de un conjunto de capacidades administrativas, financieras y técnicas que no se derivan automáticamente del reconocimiento legal de una prestación (Hernández-Bonivento, 2011).

Los gobiernos locales rara vez son actores pasivos en la construcción de los sistemas de bienestar. En ausencia de una oferta nacional suficiente, algunos municipios asumen funciones de innovación social que anteceden y, en ocasiones, orientan la política nacional (Blanco y Gomà, 2003). Esta capacidad de anticipación no es una particularidad costarricense. Un análisis comparado reciente del diseño de cinco sistemas de cuidado en América Latina, que incluye tanto los casos nacionales de Chile, Uruguay y Costa Rica como dos sistemas subnacionales, Bogotá y San Pedro Garza García, demuestra que el nivel local también articula intervenciones de cuidado con el objetivo de reconocer, reducir y redistribuir el trabajo no remunerado que persiguen los sistemas nacionales (Michel et al., 2025). Esa capacidad de anticipación tiene, sin embargo, un costo: cuando la innovación local no se acompaña de una ruta de financiamiento intergubernamental, el resultado es una oferta de servicios fragmentada y dependiente de la voluntad política y de la capacidad de recaudación de cada municipio.

La literatura sobre gobernanza democrática local distingue entre la capacidad de decidir una política y la de implementarla de forma sostenida (Hernández-Bonivento, 2011). El caso costarricense refleja esa brecha: el Estado creó un sistema nacional de CLD, pero no desarrolló las capacidades institucionales que los gobiernos locales requieren para prestar de manera homogénea las cinco modalidades reconocidas por la ley. Esta tensión constituye el punto de partida del análisis y se examina a través de la tipología de gobernanza multinivel de Hooghe y Marks (2003).

El rol de los gobiernos locales en la arquitectura de los sistemas nacionales de *CLD*

La provisión de CLD rara vez es exclusivamente nacional o local (Matus-López y Rodríguez-Modroño, 2014). En la mayoría de los sistemas consolidados, se organiza como una estructura de gobernanza multinivel (Arlotti et al., 2021), en la que el nivel central o regional define los derechos, establece estándares y aporta parte del financiamiento, mientras que los gobiernos locales implementan y adaptan las políticas según sus capacidades institucionales. Esta distribución de responsabilidades genera una tensión entre la uniformidad del diseño nacional y la discrecionalidad en la implementación local.

La evidencia europea documenta esta tensión con especial claridad. En Italia, la implementación local de un programa nacional de cuidados domiciliarios mostró que la discrecionalidad municipal no solo preserva la autonomía local, sino que también permite a los gobiernos locales captar recursos centrales o trasladar a niveles superiores los costos que no desean asumir, especialmente cuando los mecanismos de coordinación vertical son débiles (Arlotti et al., 2021). En los Países Bajos, la descentralización de la política social trasladó parte de esta tensión al ámbito municipal, donde los trabajadores sociales municipales terminan por definir cómo se materializan los derechos reconocidos por la legislación nacional (Jansen et al., 2021).

Suecia ofrece uno de los ejemplos más consolidados de descentralización municipal en materia de CLD. Estudios pioneros mostraron que el acceso a servicios domiciliarios y residenciales variaba sustancialmente entre municipios, incluso cuando las necesidades de la población eran similares (Trydegård y Thorslund, 2001, 2010). Dos décadas después, un análisis de los 290 municipios suecos confirma que esta heterogeneidad persiste y que factores como la densidad poblacional, la orientación política del gobierno local y el nivel de ingresos continúan explicando las diferencias en las políticas municipales de acceso a los cuidados (Wittberg y Kelfve, 2025). El propio Estado sueco intenta corregir esa variación mediante la supervisión estatal de los servicios municipales (Andersson et al., 2018). Incluso los mecanismos nacionales de supervisión encuentran límites para homogeneizar la prestación local, ya que los sistemas de evaluación utilizados por el Estado y por los municipios responden a criterios distintos sobre qué constituye un cuidado de calidad (Hanberger y Lindgren, 2018).

En España, la última reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ha sido impulsada por decisiones adoptadas por las comunidades autónomas (Perna et al.,

2025). Asimismo, un estudio comparativo entre España e Italia concluye que la capacidad institucional de los municipios constituye un factor determinante para desarrollar formas más democráticas e inclusivas de gobernanza del cuidado (Donati y Rodríguez-García, 2026). En Inglaterra, las autoridades locales son responsables de la organización del cuidado social para las personas mayores, mientras que el gobierno central mantiene el control sobre los criterios generales de elegibilidad y una parte importante del financiamiento, configurando un sistema de interdependencia entre ambos niveles de gobierno (Needham et al., 2025).

La arquitectura de prestaciones de los sistemas nacionales de *CLD*

Más allá de las diferencias institucionales entre países, los sistemas nacionales de CLD presentan una arquitectura de prestaciones notablemente convergente, compuesta por cinco modalidades principales (Costa-Font et al., 2015; Rachter et al., 2024). Las residencias de larga estancia atienden a personas con dependencia severa que requieren supervisión permanente. Los centros diurnos combinan atención profesional con apoyo temporal a las personas cuidadoras. La atención domiciliaria lleva profesionales al hogar de la persona usuaria. La teleasistencia domiciliaria complementa la atención presencial mediante la vigilancia y el acompañamiento telemático. En España, la evidencia administrativa confirma que esta última es compatible con el resto de las prestaciones, no un sustituto de ellas (Martínez López, 2017). Finalmente, las transferencias monetarias (cash-for-care) se reservan principalmente para zonas rurales o de difícil acceso. Estas cinco modalidades son precisamente las que la ley costarricense reconoce.

Costa Rica creó el Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA) en 2022, tras declarar de interés público la Política Nacional de Cuidados 2021–2031 un año antes (Chaverri-Carvajal y Matus-López, 2021; Matus-López y Chaverri-Carvajal, 2022). Como país entonces clasificado como de renta media, fue el primero de ese nivel de ingreso en aprobar un marco legal integral para los CLD (Matus-López, et al., 2022). En julio de 2025, el Banco Mundial reclasificó a Costa Rica como economía de ingreso alto (Banco Mundial, 2025), sin que ese salto se haya traducido todavía en el desarrollo nacional de los servicios en especie que la ley prevé (Chaverri-Carvajal y Alvarenga, 2026).

De las cinco modalidades, actualmente solo las transferencias monetarias están implementadas a nivel nacional. En la práctica, con datos de junio de 2026, se asignan a 6200 mujeres en situación de pobreza que son cuidadoras de personas con dependencia seve-

ra. El número de personas usuarias de residencias y centros diurnos ha disminuido desde 2021, antes de la creación del SINCA. La atención domiciliaria se encuentra en fase piloto y la teleasistencia, modalidad que este artículo evalúa, se ha desarrollado únicamente en el ámbito municipal.

Esta configuración tiene implicaciones directas para la igualdad de género. La literatura comparada indica que las transferencias monetarias refuerzan la responsabilidad familiar del cuidado y tienden a perpetuar las desigualdades de género al sustituir servicios por apoyos económicos (Rachter et al., 2024). En Suecia, Francia y España, su expansión se ha asociado con una menor participación laboral femenina (Rodríguez Modroño y Matus-López, 2016). En Costa Rica, el 94 % del cuidado sigue siendo proporcionado por mujeres familiares no remuneradas (Chaverri-Carvajal y Alvarenga, 2026), y una evaluación experimental de esta modalidad mostró que la transferencia incrementó el síndrome de *burnout* (Chaverri-Carvajal y Matus-López, 2023). La expansión de los servicios en especie constituye, por tanto, una condición necesaria para lograr sistemas más equitativos.

En este contexto, la teleasistencia ocupa una posición singular. La municipalidad estudiada implementó, con recursos propios, el primer servicio público y gratuito de teleasistencia domiciliaria para personas mayores con necesidades de cuidado, con criterios de acceso basados en la necesidad de cuidados y no en el nivel de ingresos. Además, desarrolló la primera evaluación experimental de un servicio en especie de atención a la dependencia provisto por un gobierno local en América Latina, con apoyo técnico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). El protocolo, publicado previamente (Chaverri-Carvajal y Arguedas, 2024), recibió la aprobación administrativa del IMAS, al estar comprendido entre las exenciones del comité ético-científico, mediante el oficio IMAS-PE-1086-202.

El municipio no partió de cero. Su capacidad administrativa y la experiencia acumulada en cooperación con organismos nacionales e internacionales crearon las condiciones para innovar en un ámbito en el que el nivel nacional aún no había desarrollado servicios (Hernández-Bonivento, 2011). El caso permite analizar cómo un gobierno local puede desarrollar, implementar y evaluar una política de CLD en un sistema en el que el reconocimiento legal precedió a la construcción de capacidades para hacerla efectiva.

Gobernanza experimentalista: aprender de la diferencia local

La gobernanza experimentalista ofrece una segunda lente, complementaria a la de Hooghe y Marks (2003). Sabel y Zeitlin (2008) la describen como una arquitectura de cuatro elementos: metas comunes fijadas entre niveles, autonomía local para alcanzarlas, informes de resultados comparables y revisión conjunta para corregir prácticas y metas. Su lógica es el aprendizaje a partir de la diferencia: la variación entre jurisdicciones deja de ser un problema que hay que suprimir y se convierte en un incentivo para mejorar la política.

Esta perspectiva es importante para los sistemas de CLD porque la variación municipal es inevitable. La pregunta relevante no es cómo eliminarla, sino si existen mecanismos que conviertan las experiencias locales en conocimiento utilizable por el sistema. Un piloto municipal evaluado mediante un diseño experimental es, en principio, el tipo de insumo que esa arquitectura necesita. Que se traduzca o no en política nacional depende de que existan los canales de reporte y de revisión conjunta que describe la teoría, y eso es lo que el caso costarricense permite examinar en la Discusión.

Vacío de investigación

Pese a que la literatura comparada documenta la tensión entre el diseño nacional y la capacidad de implementación local en países de renta alta, no existe evidencia experimental sobre innovaciones locales de cuidado en América Latina. Para verificarlo, realizamos entre mayo y octubre de 2026 una búsqueda en Scopus, Web of Science, PubMed y SciELO, con combinaciones en español, portugués e inglés de los términos teleasistencia (telecare, teleassistência), ensayo aleatorizado (randomized controlled trial), CLD y personas mayores, junto con los nombres de los países de la región. La búsqueda identificó un ensayo aleatorizado de teleasistencia multidisciplinaria en Ribeirão Preto (Brasil), conducido por universidades, con 40 personas mayores autónomas (da Silva Sobrinho et al., 2025), y experiencias no experimentales de teleasistencia en México (Giraldo-Rodríguez et al., 2013), pero no identificó ninguna evaluación experimental de un servicio de CLD provisto por un gobierno local, ni se cuenta con una muestra paramétrica. Esta ausencia limita el diseño y la escalabilidad de los sistemas nacionales. La región cuenta con análisis comparativos del diseño institucional de sus sistemas de cuidado (Michel et al., 2025) y con evaluaciones experimentales de transferencias monetarias (Chaverri-Carvajal y Matus-López, 2023). Carece, sin embargo, de evidencia rigurosa sobre los servicios en especie provistos por las municipalidades. Este artículo responde a ese vacío.

Metodología

Diseño y muestra

Entre setiembre de 2024 y setiembre de 2025, la municipalidad estudiada implementó un ensayo controlado aleatorizado de dos brazos para evaluar el impacto causal del servicio de teleasistencia domiciliaria. El diseño contempló una línea base al inicio de la intervención y una evaluación final a los 12 meses, en una muestra aleatorizada de 636 personas adultas mayores (318 en tratamiento y 318 en control), estratificada por nivel de dependencia, sexo, subregión geográfica y nivel socioeconómico. La figura 2 resume la secuencia completa del diseño, desde la elaboración del protocolo hasta la evaluación final.

Figura 2
Cronología del diseño e implementación del ensayo



Fuente: elaboración propia.

La selección de la muestra consistió en tres pasos. Primero, entre mayo y junio de 2024, se valoró con el baremo de dependencia a 1038 personas mayores, con el apoyo del IMAS y de tres valoradoras contratadas por el BID. Segundo, se consideraron elegibles las personas con dependencia leve o moderada, así como las sin dependencia que se encontraban en situación de soledad según esa valoración. Tercero, entre las elegibles se seleccionó al azar el tamaño de muestra calculado en el protocolo, 636 personas, que se asignaron aleatoriamente a tratamiento y control (318 y 318), con estratificación por grado de dependencia, sexo, distrito y nivel socioeconómico.

Por esos criterios, la muestra combina personas en soledad no deseada (31,1 %) con personas con dependencia leve (44,3 %) y moderada (24,5 %) (tabla 1). En este artículo nos referimos a ellas como personas mayores con necesidades de cuidado y no como personas mayores dependientes.

El tamaño de la muestra se determinó mediante el cálculo de potencia estadística descri-

to en el protocolo publicado del ensayo (Chaverri-Carvajal y Arguedas, 2024). Con las parejas pretest-postest finalmente analizadas, el efecto mínimo detectable, con una potencia del 80 % y un nivel de significación del 5 %, es de 0,25 desviaciones estándar. En el subgrupo con persona cuidadora identificada, asciende a 1,04 desviaciones estándar, de modo que esos análisis solo pueden detectar efectos muy grandes.

La tabla 1 describe la muestra total previa a la aleatorización. Predominan las mujeres (69,5 %), con una edad media de 75,2 años. En cuanto al grado de dependencia, el 44,3 % presenta dependencia leve y el 24,5 % dependencia moderada. La distribución por distrito refleja la composición territorial del cantón, con mayor concentración en San Francisco (35,4 %) y menor en Varablanca (1,4 %). Según el Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado (SINIRUBE), el 38,8 % de las personas participantes se encuentra en alguna condición de pobreza o vulnerabilidad. Solo el 13,8 % de la muestra cuenta con una persona cuidadora identificada en el registro, una proporción que no debe confundirse con la prevalencia de cuidado familiar no remunerado, ya que responde a un criterio de registro administrativo distinto.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las personas participantes (n = 636)

Característica	n	%
Sexo		
Mujer	442	69,5 %
Hombre	194	30,5 %
Grado de dependencia		
Sin dependencia	198	31,1 %
Leve	282	44,3 %
Moderada	156	24,5 %
Distrito		
Heredia	146	23,0 %
Mercedes	160	25,2 %
San Francisco	225	35,4 %
Ulloa	96	15,1 %
Varablanca	9	1,4 %
Situación socioeconómica (SINIRUBE)		
No pobreza	389	61,2 %
Vulnerabilidad	74	11,6 %
Pobreza básica	104	16,4 %
Pobreza extrema	69	10,8 %

Característica	n	%
Escolaridad		
Primaria incompleta	117	18,4 %
Primaria completa	152	23,9 %
Secundaria incompleta	135	21,2 %
Secundaria completa	90	14,2 %
Universitaria incompleta	62	9,7 %
Universitaria completa	80	12,6 %
Cuenta con persona cuidadora identificada		
Sí	88	13,8 %
No	548	86,2 %

Fuente: elaboración propia. Nota: los valores se presentan como n y como porcentaje del total de la muestra.

La aleatorización se estratificó por sexo, nivel de dependencia, distrito y situación socioeconómica, mediante bloques aleatorizados de tamaño variable, implementados en R.La tabla 2 muestra la distribución de ambos grupos tras la aleatorización. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento y el control en ninguna de las características. Además, esas variables se incluyen como covariables en el modelo de estimación.

Tabla 2

Distribución de la muestra entre grupos de la evaluación

Característica	Tratamiento		Control		p
	n	%	n	%	
Sexo					**0,343**
Mujer	215	67,6	227	71,4	
Hombre	103	32,4	91	28,6	
Grado de dependencia					**0,983**
Sin dependencia	98	30,8	100	31,4	
Leve	142	44,7	140	44,0	
Moderada	78	24,5	78	24,5	
Distrito					**0,554**
Heredia	76	23,9	70	22,0	
Mercedes	75	23,6	85	26,7	
San Francisco	120	37,7	105	33,0	
Ulloa	43	13,5	53	16,7	
Varablanca	4	1,3	5	1,6	

Característica	Tratamiento		Control		p
Situación socioeconómica (SINIRUBE)					**0,778**
No pobreza	192	60,4	197	61,9	
Vulnerabilidad	38	11,9	36	11,3	
Pobreza básica	56	17,6	48	15,1	
Pobreza extrema	32	10,1	37	11,6	
Escolaridad					**0,504**
Primaria incompleta	66	20,8	51	16,0	
Primaria completa	68	21,4	84	26,4	
Secundaria incompleta	64	20,1	71	22,3	
Secundaria completa	46	14,5	44	13,8	
Universitaria incompleta	33	10,4	29	9,1	
Universitaria completa	41	12,9	39	12,3	
Cuenta con persona cuidadora identificada					**0,730**
Sí	46	14,5	42	13,2	
No	272	85,5	276	86,8	
Total	318	100	318	100	

Fuente: elaboración propia.

Intervención evaluada

El servicio de teleasistencia domiciliaria conecta a la persona usuaria con una central atendida por profesionales de psicología, trabajo social, medicina y personal operador capacitado, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, mediante un terminal fijo y un dispositivo portátil de manos libres. Cada persona cuenta con un plan de atención individualizado que integra cinco funciones: gestión de emergencias, seguimiento telefónico contra la soledad no deseada, recordatorio de citas médicas, recordatorio de medicación y orientación a las personas cuidadoras principales.

Instrumentos e hipótesis

El ensayo se diseñó para contrastar cuatro hipótesis preespecificadas en el protocolo, cada una evaluada con medidas aplicadas en el pretest y repetidas en el postest, siguiendo el protocolo publicado (Chaverri-Carvajal y Arguedas, 2024). La primera es que la teleasistencia mejora la calidad de vida relacionada con la salud, medida con una versión en español del Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso et al., 1995; Ware y Sherbourne, 1992), adaptada para la encuesta: las preguntas de vitalidad y salud mental utilizan cinco catego-

rías de respuesta en lugar de seis. Cada ítem se transformó linealmente a una escala de 0 a 100 según su número de categorías; los ítems se promediaron en las ocho dimensiones del instrumento y las dimensiones se estandarizaron con la media y la desviación estándar de la propia muestra (pretest y postest en conjunto). Los componentes sumarios físico (PCS) y mental (MCS) se construyeron con los coeficientes de Ware et al. (1994) y se expresan en una escala T (media 50, desviación estándar 10), en la que valores más altos indican mejor salud. La segunda es que reduce la soledad no deseada, medida mediante una pregunta directa de respuesta dicotómica («¿Usualmente se siente solo/a?», sí o no); el indicador es la proporción de personas que responden afirmativamente. Los ítems únicos de este tipo tienen una validez aceptable, aunque menos precisión que las escalas de varios ítems (Mund et al., 2023), y no contamos con una validación en Costa Rica. La tercera es que disminuye el uso de servicios de urgencia, medido mediante dos preguntas autorreportadas sobre el año anterior a cada medición: el número de noches de hospitalización y el número de llamadas al servicio de emergencias 911. La cuarta es que alivia la sobrecarga de las personas cuidadoras, medida mediante las horas diarias dedicadas al cuidado y la versión abreviada de la escala de sobrecarga de Zarit (Bédard et al., 2001; Regueiro Martínez et al., 2007; Zarit et al., 1980). El pretest incluyó un módulo sociodemográfico. Ambas fases se administraron de forma digital, sin uso de papel, tanto al grupo de tratamiento como al de control.

Procedimiento y análisis

Todas las personas participantes, o sus representantes legales en los casos de deterioro cognitivo, otorgaron su consentimiento informado antes de la aplicación del pretest. El grupo control recibió el servicio de teleasistencia al finalizar el período de evaluación, una vez completado el postest. Cada persona se identificó en ambas mediciones mediante un código formado por sus iniciales. Para el análisis, se emparejaron los registros del pretest y del postest de cada brazo tras normalizar los códigos (en mayúsculas, sin tildes ni signos). Todas las personas fueron asignadas aleatoriamente a uno de los dos grupos. Entre las personas con ambas mediciones no hubo datos faltantes en los indicadores.

El efecto se estimó mediante una regresión lineal por mínimos cuadrados ordinarios sobre los datos en formato largo, en los que cada persona aporta dos filas, una por medición. La ecuación es $Y_{it} = \alpha + \beta1 \cdot T_i + \beta2 \cdot Post_t + \delta \cdot (T_i \times Post_t) + \gamma \cdot X_i + \varepsilon_{it}$, donde Y_{it} es el indicador de la persona i en el momento t, T_i vale 1 si la persona fue asignada al tratamiento, $Post_t$ vale 1 en el postest y X_i reúne las covariables de línea base. En esta especificación, β1 recoge la diferencia inicial entre grupos, β2 el cambio del grupo de control

y δ, el coeficiente de la interacción, es la doble diferencia: el cambio del grupo de tratamiento menos el cambio del grupo de control, que vivió el mismo periodo sin el servicio. Esa resta descuenta lo que habría ocurrido de todas formas con el paso del tiempo y deja el efecto atribuible al servicio.

Las dos filas de una misma persona no son independientes. Por eso los errores estándar se calculan agrupados por persona (errores robustos por conglomerado), y la significación estadística de δ se evalúa con la prueba t de Student de ese coeficiente: el cociente entre δ y su error estándar. El intervalo de confianza del 95 % es δ ± 1,96 errores estándar. En la soledad y la sobrecarga de Zarit, que son variables dicotómicas, el modelo es de probabilidad lineal y el efecto se expresa en puntos porcentuales. En las llamadas al 911 y en las noches de hospitalización, el efecto se expresa en el número de llamadas o de noches al año. Los cambios de cada grupo que se presentan junto al efecto (ΔT y ΔC) son la media de la diferencia postest menos pretest, calculada en esas mismas personas, de modo que todas las cifras de una fila provienen de la misma muestra.

Para cada indicador se informan el efecto, su intervalo de confianza, el valor p y un tamaño de efecto estandarizado, d, que se calcula como δ dividido por la desviación estándar del indicador en el pretest, calculada con ambos grupos. Así, un d de 0,20 equivale a un quinto de la desviación estándar, independientemente de la unidad del indicador. Como el protocolo no identificó un resultado primario, los siete indicadores se consideran una sola familia de contrastes y sus valores p se ajustan mediante el procedimiento de Holm (1979). El procedimiento ordena los siete valores p de menor a mayor, multiplica el primero por 7, el segundo por 6 y así sucesivamente, y no permite que un valor ajustado sea menor que el anterior. Un efecto se considera robusto si su valor p ajustado es menor que .05.

Se llevaron a cabo dos análisis de sensibilidad. El primero es un modelo de covarianza (ANCOVA), que usa una fila por persona y modela el postest en función de la asignación, el pretest del mismo indicador y las mismas covariables, con errores estándar robustos a la heterocedasticidad (HC2). A diferencia de la doble diferencia, el ANCOVA no supone que el pretest tenga el mismo peso en ambos momentos y, con asignación aleatoria, suele ser más preciso; si ambos estimadores coinciden, el resultado no depende de la especificación. El segundo valora el sesgo de atrición. Primero se estimó, mediante una regresión logística en 636 personas aleatorizadas, la probabilidad de permanecer en el estudio en función del grupo, el sexo, la edad, el grado de dependencia, la situación de pobreza, la soledad y las llamadas al 911 en la línea base, incluyendo interacciones entre el grupo y cada una de estas carac-

terísticas. Después, se repitió la doble diferencia ponderando a cada persona retenida por la inversa de su probabilidad de pérdida, de modo que las personas con perfiles similares a los que se perdieron durante el seguimiento reciben mayor peso. Para saber si la atrición fue diferencial, es decir, si el perfil de quienes se perdieron difiere entre brazos, se comparó ese modelo logístico con otro sin interacciones mediante una prueba de razón de verosimilitud.

La heterogeneidad del efecto por sexo, situación de pobreza o vulnerabilidad y grado de dependencia (moderada frente a leve o nula) se exploró mediante la inclusión en la ecuación de una triple interacción $T_i \times Post_t \times G_i$, donde G_i indica el subgrupo. El efecto en cada subgrupo se obtiene a partir de los coeficientes del modelo, con errores estándar que incorporan su covarianza, y el valor p de la triple interacción indica si los dos efectos difieren. Se aplicó a los cuatro indicadores con muestra suficiente (soledad, salud mental, llamadas al 911 y noches de hospitalización), lo que da lugar a doce contrastes sin ajuste por multiplicidad; por eso, estos resultados se consideran exploratorios. Todo lo anterior se realizó con el consentimiento informado de cada participante y con datos anonimizados durante todo el proceso. Los análisis se hicieron en R (versión 4.3.3).

Análisis institucional comparado: selección de casos y fuentes

La segunda pregunta del artículo no se responde mediante el experimento, sino mediante una lectura interpretativa de casos. Su propósito es ilustrar mecanismos institucionales, no estimar relaciones causales, por lo que no se aplica un método comparativo sistemático.

Los casos se seleccionaron según tres criterios. Primero, que su sistema de CLD asigne responsabilidades explícitas a los gobiernos subnacionales, de modo que la tensión entre el diseño nacional y la implementación local sea evidente. Segundo, que en conjunto cubran la variación relevante en la distribución de la provisión y el financiamiento entre niveles: provisión municipal con fuerte autonomía (Suecia, Finlandia, Países Bajos e Inglaterra), provisión regional con marco nacional (España e Italia), coordinación nacional de la teleasistencia (Uruguay) y ausencia de oferta nacional con iniciativas locales o regionales (Chile, México y el municipio argentino de Tigre). Tercero, que existiera literatura publicada que documentara el caso. Para América Latina, se priorizaron los casos con experiencia en teleasistencia, por ser la modalidad evaluada en el ensayo.

Las fuentes son de dos tipos: literatura académica revisada por pares y documentos institucionales o normativos (leyes, comunicados oficiales e informes de organismos internacionales). Los casos no son comparables en sentido estricto porque difieren en el nivel de ingreso, la estructura del Estado y la madurez de sus sistemas. Se usan como contraste: para identificar qué arreglos de gobernanza acompañan la sostenibilidad o la fragmentación de los servicios y para situar el caso costarricense en ese espectro. El ensayo entra en este análisis como evidencia de lo que está en juego cuando un servicio efectivo solo está disponible en algunos territorios.

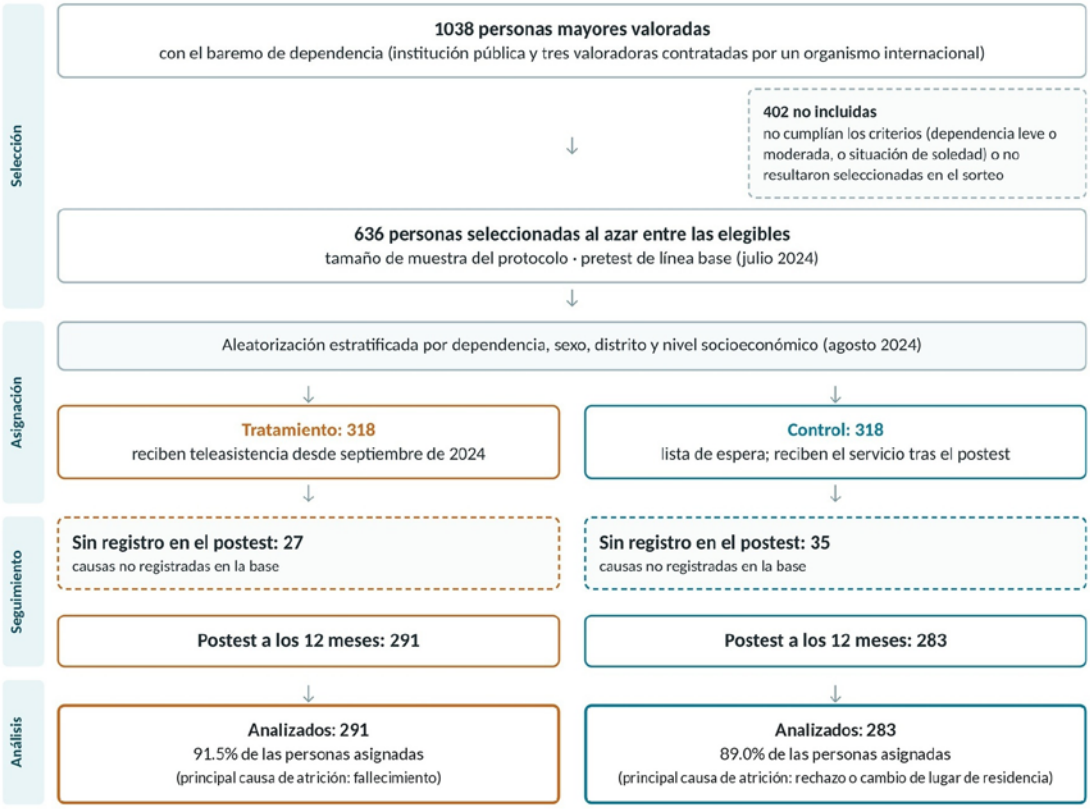
Resultados

Flujo de participantes y atrición

De las 636 personas aleatorizadas, 574 tienen registro en el postest (283 en el grupo control y 291 en el de tratamiento), lo que supone una pérdida de 62 personas (9,7 %) (figura 3).No hay indicios de atrición diferencial: añadir al modelo de permanencia las interacciones entre el grupo y las características de línea base no mejora el ajuste ($\chi^2(7) = 4.72$; $p = .694$). La pérdida, aunque no difiere entre brazos, sí es selectiva: quienes no quedaron en el estudio no difieren de las personas analizadas en edad, sexo ni grado de dependencia, pero tenían con más frecuencia una persona cuidadora identificada en la línea base. En los contactos para aplicar el postest, los hogares informaron de fallecimientos e institucionalizaciones, en su mayoría entre estas personas, lo que contribuye a explicar que sean tan pocas en el análisis.

Figura 3

Flujo de participantes y atrición



Fuente: elaboración propia.

Efectos del servicio

La tabla 3 presenta los efectos estimados y la figura 4 muestra cómo evolucionaron los tres indicadores con efecto. Dos resultados son estadísticamente significativos y se mantienen tras el ajuste por comparaciones múltiples. El servicio redujo en 23,5 puntos porcentuales la proporción de personas que se sienten solas (IC 95 %: −35,0 a −12,0; p ajustado < .001; d = −0,47): en el grupo de tratamiento, esa proporción pasó de 52,7 % a 28,3 %, mientras que en el grupo control se mantuvo en torno a 48 %. En la práctica, por cada cuatro personas que reciben el servicio, aproximadamente una deja de sentirse sola. También mejoró la salud mental en 3,6 puntos en la escala T del componente MCS (IC 95 %: 1,8 a 5,3; p ajustado < .001; d = 0,47), lo que indica un efecto de magnitud moderada. Las llamadas anuales al 911 se redujeron en 0,22 por persona (IC 95 %: −0,40 a −0,03; p = 0,022), pero ese efecto no se mantiene tras el ajuste de Holm (p = 0,108) y debe interpretarse como un indicio. En el grupo de control, las llamadas se mantuvieron prácticamente estables (+0,036 por persona).

Los demás indicadores no muestran efectos estadísticamente significativos. La salud física no cambió (+0,4 puntos; p = .719). Las noches de hospitalización se redujeron en 0,45 en el grupo de tratamiento respecto del control, pero el intervalo de confianza incluye el cero (p = 0,357). En las parejas con persona cuidadora identificada, las horas diarias de cuidado disminuyeron en 2,6 horas (p = 0,163) y la proporción con sobrecarga intensa aumentó en 13,9 puntos porcentuales (p = 0,577). Con esa muestra, la falta de significación no equivale a la ausencia de efecto.

Tabla 3

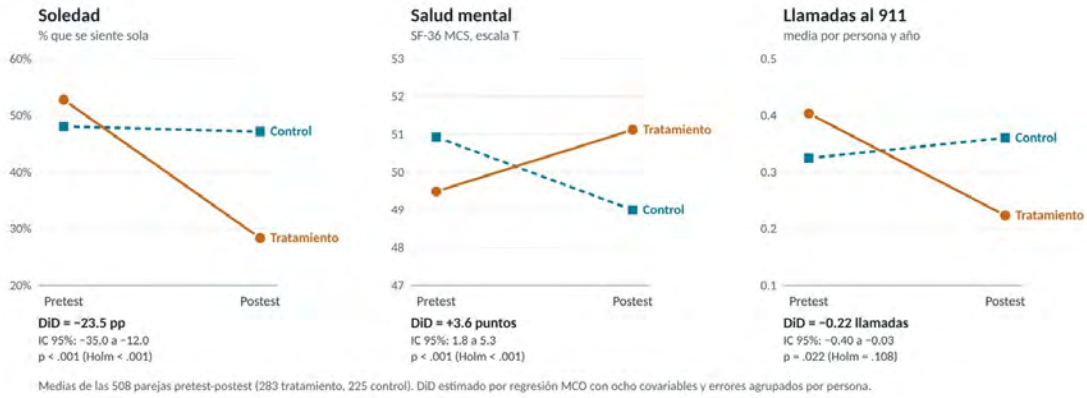
Efectos estimados del servicio de teleasistencia domiciliaria sobre los indicadores evaluados

Indicador	n (T/C)	ΔT	ΔC	DiD [IC del 95 %]	p	p Holm	d	ANCOVA [IC del 95 %]	p
Salud mental (SF-36 MCS)	291/283	+1,633	−1,928	+3,561 [1,83; 5,29]	< .001	< .001	+0,47	+2,280 [0,85; 3,71]	.002
Salud física (SF-36 PCS)	291/283	−1,641	−2,002	+0,361 [−1,60; 2,32]	.719	1,000	+0,05	−0,777 [−2,49; 0,93]	.374
Soledad	291/283	−0,244	−0,009	−0,235 [−0,35; −0,12]	< .001	< .001	−0,47	−0,181 [−0,27; −0,09]	< .001
Noches de hospitalización	291/283	−0,420	+0,027	−0,447 [−1,40; 0,50]	.357	1,000	−0,09	−0,395 [−0,98; 0,19]	.186
Llamadas al 911	291/283	−0,180	+0,036	−0,216 [−0,40; −0,03]	.022	.108	−0,27	−0,187 [−0,33; −0,04]	.011
Horas diarias de cuidado	18/12	−2,111	+0,500	−2,611 [−6,23; 1,01]	.163	.653	−0,67	−2,417 [−4,22; −0,61]	.014
Sobrecarga intensa (Zarit)	18/12	−0,222	−0,083	−0,139 [−0,62; 0,35]	.577	1,000	−0,27	−0,189 [−0,55; 0,17]	.307

Fuente: elaboración propia con datos del pretest y del postest. Nota: n = número de parejas pretest-postest analizadas en el tratamiento (T) y el control (C). ΔT y ΔC = cambio medio pretest-postest en cada grupo. DiD = coeficiente de la interacción grupo × momento en la regresión MCO con covariables y errores estándar agrupados por persona (estimador principal). p Holm = valor p del DiD ajustado por comparaciones múltiples (Holm, 1979). d = DiD dividido por la desviación estándar basal. ANCOVA = efecto sobre el postest ajustado por el pretest y las mismas covariables, con errores HC2 (análisis de sensibilidad). Salud mental y física en escala T de la muestra (media 50, DE 10); soledad y sobrecarga intensa son proporciones. En horas de cuidado y Zarit los modelos no incluyen covariables.

Figura 4

Evolución de los indicadores con efecto en los grupos de tratamiento y control



Fuente: elaboración propia con datos del pretest y postest.

La ausencia de efecto sobre la salud física (SF-36 PCS) es esperable: la teleasistencia es una intervención preventiva y de acompañamiento social, no un tratamiento rehabilitador (Hirani et al., 2014).

Análisis de sensibilidad

Los dos resultados principales son robustos. El ANCOVA estima una reducción de 18,1 puntos porcentuales en soledad (p ajustado < 0,001) y una mejora de 2,3 puntos en salud mental (p ajustado = 0.012), y la reponderación por atrición da 21,9 puntos y 3,4 puntos (ambos con p < .001). El efecto sobre las llamadas al 911 es más frágil: el ANCOVA lo sitúa en −0,19 (p = .011; p ajustado = .055) y la reponderación lo reduce a −0,14 (p = .183). Tras el ajuste por comparaciones múltiples, ningún análisis de sensibilidad hace significativos los indicadores de hospitalización ni los de personas cuidadoras.

Heterogeneidad del efecto (análisis exploratorio)

La tabla 4 analiza si el efecto varía según el sexo, la situación de pobreza o vulnerabilidad y el grado de dependencia en los cuatro indicadores, con muestra suficiente. Dos interacciones son significativas y apuntan en la misma dirección: la mejora en salud mental se concentra en las personas sin pobreza (+5,5 puntos frente a +0,7; p de la interacción = .008) y en las que no tienen dependencia moderada (+4,7 frente a +0,2; p = .042). En soledad, la reducción es mayor en las mujeres (−29,9 puntos porcentuales) que en los hombres (−8,2 puntos porcentuales), aunque la diferencia no alcanza la significación estadística (p = 0,089). Con doce contrastes, estos resultados se presentan como hipótesis para estudios futuros.

Tabla 4

Efectos del servicio por subgrupos (análisis exploratorio)

Indicador	Subgrupos (A / B)	Efecto en A [IC del 95 %]	Efecto en B [IC del 95 %]	p interacción
Soledad	Hombres / Mujeres	−0,082 [−0,290; 0,126]	−0,299 [−0,436; −0,161]	.089
Soledad	Sin pobreza / Pobreza o vulnerabilidad	−0,252 [−0,402; −0,102]	−0,209 [−0,389; −0,029]	.724
Soledad	Sin dependencia o leve / Dependencia moderada	−0,273 [−0,406; −0,140]	−0,095 [−0,322; 0,131]	.186
Llamadas al 911	Hombres / Mujeres	−0,078 [−0,449; 0,294]	−0,276 [−0,484; −0,068]	.361
Llamadas al 911	Sin pobreza / Pobreza o vulnerabilidad	−0,290 [−0,525; −0,054]	−0,091 [−0,381; 0,199]	.297
Llamadas al 911	Sin dependencia o leve / Dependencia moderada	−0,312 [−0,509; −0,115]	+0,095 [−0,420; 0,609]	.149
Salud mental (MCS)	Hombres / Mujeres	+4,095 [0,883; 7,307]	+3,297 [1,236; 5,358]	.682
Salud mental (MCS)	Sin pobreza / Pobreza o vulnerabilidad	+5,529 [3,290; 7,769]	+0,743 [−1,954; 3,440]	.008
Salud mental (MCS)	Sin dependencia o leve / Dependencia moderada	+4,683 [2,695; 6,672]	+0,176 [−3,670; 4,023]	.042
Noches de hospitalización	Hombres / Mujeres	−0,555 [−2,927; 1,817]	−0,406 [−1,298; 0,486]	.908
Noches de hospitalización	Sin pobreza / Pobreza o vulnerabilidad	+0,010 [−1,197; 1,216]	−1,136 [−2,574; 0,301]	.232
Noches de hospitalización	Sin dependencia o leve / Dependencia moderada	−0,348 [−1,320; 0,624]	−0,560 [−3,049; 1,928]	.876

Fuente: elaboración propia. Nota: Efectos DiD del tratamiento en cada subgrupo, estimados con una triple interacción (grupo × momento × subgrupo), con covariables y errores agrupados por persona, con intervalos de confianza del 95 %; p de la triple interacción. Análisis exploratorio sin ajuste por comparaciones múltiples.

Discusión: Implicaciones para la gobernanza local del cuidado

Este manuscrito examina cómo la evidencia de una innovación municipal puede informar el diseño institucional y la escalabilidad de los sistemas nacionales de CLD. Presenta, hasta donde alcanza nuestra búsqueda, el primer ensayo aleatorizado de un programa municipal de teleasistencia en América Latina, con implicaciones para la gobernanza multinivel del cuidado. El ensayo muestra que el servicio reduce la soledad y mejora la salud mental; la reducción de las llamadas al 911 es un indicio que no resiste el ajuste por comparaciones

múltiples. No muestra efectos sobre la salud física ni sobre la hospitalización, y no permite extraer conclusiones sobre la carga de las personas cuidadoras. Esta sección discute esos resultados a la luz de los casos revisados sobre la gobernanza multinivel de los CLD.

Costa Rica en perspectiva comparada

El ensayo de Heredia aporta evidencia causal que Chile, Uruguay y México aún no tienen: la teleasistencia domiciliaria reduce la soledad y mejora la salud mental de las personas mayores con necesidades de cuidado. Ese resultado, sin embargo, no responde a la segunda pregunta del artículo: si el escalamiento puede ocurrir sin fragmentación territorial.

Chile publicó la Ley n.º 21.805 (2026), que reconoce el derecho al cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, pero el despliegue de servicios a escala nacional aún no existe; han sido las regiones y los gobiernos locales quienes han desarrollado, de forma limitada, alguna oferta de cuidados (Gobierno Regional del Biobío, 2022; Michel et al., 2025). En 2022, el Gobierno Regional del Biobío financió con recursos propios un programa de teleasistencia limitado a seis comunas ante la ausencia de una estrategia nacional (Gobierno Regional del Biobío, 2022).

Uruguay, en cambio, coordina la teleasistencia a escala nacional mediante subsidios a proveedores acreditados bajo reglas comunes de elegibilidad (Matus-López y Cid Pedraza, 2016); México ensayó, a través del IMSS, un modelo de orientación clínica más cercano al monitoreo médico que al acompañamiento social evaluado aquí (Giraldo-Rodríguez et al., 2013).

Los casos revisados sugieren que la diferencia entre Chile y Uruguay no radica en la efectividad del servicio, sino en la presencia o ausencia de una decisión nacional de coordinarlo para garantizar que el acceso a los cuidados no dependa del lugar de residencia (Rachter et al., 2024). La región comparte, además, los mismos determinantes de fondo: la fragilidad y dependencia funcional siguen patrones comparables en el Caribe (Chaverri-Carvajal y Mejía, 2024), y los determinantes sociales explican buena parte del riesgo de deterioro cognitivo en la vejez (Chaverri-Carvajal et al., 2026). La cuestión para la gobernanza no es, por tanto, solo si la intervención funciona, sino cómo convertir una innovación local en una política nacional sin reproducir desigualdades territoriales. Si la experiencia comparada sirve de guía, su expansión dependerá de que el gobierno nacional asuma funciones de coordinación y financiamiento; de lo contrario, la provisión tenderá a concentrarse en los territorios con mayores capacidades fiscales e institucionales.

La lección comparada: gobiernos locales, rectoría nacional y el riesgo de la «municipalidad de bienestar»

Los estudios revisados sugieren que las diferencias territoriales en el acceso a los cuidados responden menos a las necesidades de la población que a las capacidades fiscales y las decisiones políticas de los gobiernos locales (Needham et al., 2025). Esto ha sido documentado en Suecia (Trydegård y Thorslund, 2001, 2010), Finlandia (Kröger, 2011) e Inglaterra (Fernández y Forder, 2015). Sin embargo, esta literatura describe la desigualdad territorial sin estimar las consecuencias de quedar excluido de una prestación específica. La evaluación experimental de Heredia permite aproximarse a esa cuestión al estimar (tabla 3) que quedar fuera del servicio implica renunciar a una menor soledad y a una mejor salud mental, y posiblemente a un uso algo menor de los servicios de emergencia. Desde esta perspectiva, la fragmentación territorial deja de ser únicamente un problema de acceso y pasa a ser una fuente de desigualdad en resultados. La literatura sobre descentralización sugiere que este riesgo se mitiga sobre todo mediante mecanismos de coordinación intergubernamental y financiación compartida (Costa-Font y Greer, 2013). El caso de Heredia aporta evidencia experimental sobre una parte de las consecuencias individuales que esa fragmentación puede generar.

El precedente de la financiación exclusivamente local: la lección de Tigre

La experiencia del municipio argentino de Tigre ilustra que la efectividad de una innovación local no garantiza su sostenibilidad. El servicio de teleasistencia, desarrollado en colaboración con la Cruz Roja y financiado íntegramente con recursos municipales, no logró mantenerse más allá de la fase piloto (Benedetti et al., 2022). Una intervención efectiva puede seguir siendo institucionalmente frágil cuando depende exclusivamente de la capacidad financiera de un gobierno local. En contraste, los sistemas donde la provisión es local y el financiamiento incorpora mecanismos nacionales de apoyo, como Uruguay y España (Chaverri-Carvajal y Matus-López, 2021), ofrecen mejores condiciones para la sostenibilidad. Los casos revisados sugieren que la permanencia de una innovación depende menos de su efectividad que de la existencia de mecanismos nacionales de coordinación y financiamiento capaces de sostenerla más allá de la capacidad de un único gobierno local (Rachter et al., 2024).

El riesgo de la fragmentación territorial

El desfase entre reconocimiento legal y provisión municipal tiene ahora un costo que puede estimarse. Si el patrón se replica en otros contextos, una población sin acceso al servicio

dejaría de obtener, en promedio, una reducción de 23,5 puntos porcentuales en la proporción de personas que se sienten solas y una mejora de 3,6 puntos en salud mental. Costa Rica cuenta con 84 municipalidades con capacidades fiscales muy desiguales. Esta desigualdad reproduce la brecha entre transferencia de competencias y transferencia de capacidad que la literatura sobre descentralización fiscal documentó para otros sectores sociales de la región (Cabrero, 2006). Sin financiamiento nacional, ese servicio competirá cada año con otras prioridades locales (Trydegård y Thorslund, 2010).

Si la teleasistencia o cualquier servicio del SINCA permanece descentralizado sin mecanismos nacionales de coordinación y financiamiento, enfrenta tres riesgos: fragmentación territorial en el acceso a los servicios, discontinuidad presupuestaria de las iniciativas locales y consolidación de las transferencias monetarias como la única modalidad con desarrollo nacional, en lugar del sistema de cinco prestaciones previsto por la ley (Perna et al., 2025). Este vacío no se distribuye de forma neutra: en territorios sin servicios, el cuidado continúa recayendo sobre las familias, especialmente sobre las mujeres. En este estudio, las horas diarias de cuidado se redujeron en 2,6 horas en las parejas con persona cuidadora identificada. Esto permite plantear como hipótesis que ampliar la oferta de servicios alivie la carga de las cuidadoras, algo que un ensayo con más cuidadoras debería contrastar. Sí es relevante para el argumento de equidad que la reducción de la soledad fuera mayor en las mujeres, que son la mayoría de las personas usuarias, aunque la diferencia con los hombres no alcance la significación (tabla 4).

El análisis exploratorio añade una advertencia. No se observó una mejora estadísticamente significativa en salud mental en las personas en pobreza o vulnerabilidad ni en las que tienen dependencia moderada (tabla 4). Si ese patrón se confirmara, un servicio universal no bastaría por sí solo para reducir desigualdades, y su diseño debería prever apoyos adicionales para esos hogares.

Condiciones institucionales para el escalamiento

Según el protocolo del ensayo (Chaverri-Carvajal y Arguedas, 2024), en 2024 la teleasistencia costaba unos USD 25 mensuales por persona, con equipamiento y personal incluidos, frente a un promedio de USD 673 en atención domiciliaria y USD 804 en atención residencial. La comparación es solo indicativa, porque la teleasistencia complementa a las otras dos modalidades y no las sustituye. España financia el SAAD, del que la teleasistencia forma parte, mediante corresponsabilidad entre el gobierno central y las comunidades autó-

nomas (Chaverri-Carvajal y Matus-López, 2021), aunque arrastra debilidades persistentes de gestión territorial que se traducen en acceso desigual según la comunidad de residencia (Martínez López, 2017). En el Reino Unido, el mayor ensayo de teleasistencia hasta la fecha se financió y coordinó desde el Servicio Nacional de Salud (Hirani et al., 2014; Steventon et al., 2013). En los casos revisados, ningún escalamiento nacional sostenido descansa exclusivamente sobre las finanzas municipales. La coordinación nacional es condición necesaria, pero no suficiente. Requiere capacidad técnica sostenida en cada nivel de gobierno, la misma distinción entre decidir una política e implementarla que documenta la literatura sobre capacidades estatales (Hernández-Bonivento, 2011). Cuando los sistemas de cuidados enfrentan una tensión común entre ampliar cobertura y contener gasto público (Chaverri-Carvajal y Alvarenga, 2026), se requieren instrumentos de coordinación intersectorial explícitos, no solo asignación presupuestaria (Michel et al., 2024).

Para el caso costarricense, esto se traduce en cinco condiciones concretas. Primero, financiar la teleasistencia y todos los servicios del SINCA a escala nacional mediante una combinación de impuestos generales, transferencias intergubernamentales y copagos según los ingresos, un esquema ex ante/ex post ya documentado en otros sistemas (Costa-Font et al., 2015). Segundo, estandarizar protocolos y perfiles profesionales, con el modelo de Heredia como plantilla reproducible. Tercero, invertir en formación y certificación del personal, dado que su escasez es un desafío regional (Organización Panamericana de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo, 2023). Cuarto, fortalecer la integración con el sector salud: el servicio apenas redujo las llamadas de emergencia y no mostró un efecto estadísticamente significativo sobre la hospitalización, lo que sugiere que el vínculo con la atención sanitaria es el que falta. Quinto, preservar el carácter complementario del servicio junto a la atención domiciliaria.

Aportes al debate sobre gobiernos locales en el mundo

El caso de Heredia contribuye a la discusión sobre gobiernos locales en el mundo en un punto que la teoría de la gobernanza multinivel ha señalado como crítico: la distinción entre gobernanza multinivel de tipo I y de tipo II (Hooghe y Marks, 2003). El tipo I organiza la autoridad en jurisdicciones generales, no superpuestas y duraderas, como el municipio en cuanto unidad administrativa completa; el tipo II organiza la autoridad en jurisdicciones específicas de una tarea, superpuestas y flexibles, diseñadas para coordinar una política concreta entre niveles de gobierno. El SINCA opera con arquitectura de tipo I sin ninguna capa de tipo II: la ley reconoce un derecho nacional, pero delega su provisión efectiva a 84 juris-

dicciones que deciden, por su cuenta, si ofrecen o no el servicio. El caso muestra que ese vacío puede llenarse localmente con innovación y rigor metodológico, pero también expone, por contraste, la ausencia de mecanismos de coordinación de tipo II —estándares comunes, financiamiento etiquetado y mecanismos de rendición de cuentas intermunicipal— que la teoría identifica como condición para que la innovación de una jurisdicción se convierta en sistema y no permanezca como excepción (Hanberger y Lindgren, 2018).

Que el problema de coordinación de tipo II emerja también en un Estado unitario con gobiernos locales de capacidad desigual, un contexto más adverso que aquel en que se formuló la tipología (Flyvbjerg, 2006), sugiere que el vacío institucional documentado en este artículo no es una particularidad de los sistemas federales europeos, sino una condición más general de cualquier arquitectura de tipo I sin diseño deliberado de coordinación. El caso costarricense sugiere que las categorías de la tipología también sirven para leer Estados unitarios de capacidad fiscal desigual, una extensión poco explorada por una literatura sobre gobernanza multinivel desarrollada casi enteramente desde casos del norte global, incluso después de tres décadas de expansión conceptual (Papadopoulos et al., 2025). Conviene precisar el alcance de esta afirmación: el experimento prueba la efectividad del servicio, no la tipología. La lectura de gobernanza se basa en un único caso y en el contraste con los casos revisados, y es, por tanto, interpretativa.

Esta limitación estructural resalta la relevancia de la gobernanza experimentalista como alternativa. Como se planteó en secciones previas, esa arquitectura convierte la variación local en aprendizaje mediante metas marco, informes de resultados y revisión conjunta (Sabel y Zeitlin, 2008). Heredia hizo la parte local de ese ciclo: diseñó un servicio, lo evaluó con un diseño experimental y generó resultados comparables. Lo que falta es la parte nacional: no está claramente definido un canal por el cual el SINCA reciba ese resultado, lo revise junto con otros municipios y lo traduzca en estándares o financiamiento. El caso sugiere, por tanto, que sin una coordinación de tipo II que institucionalice este aprendizaje, la innovación local carece de los mecanismos necesarios para integrarse a una política pública nacional. En consecuencia, el éxito de la experiencia municipal corre el riesgo de permanecer como un caso aislado. La pregunta que se deriva de este caso para la agenda comparada sobre gobiernos locales no es si los municipios pueden innovar en cuidados, a lo cual Heredia responde afirmativamente, sino qué transforma una arquitectura de tipo I, intrínsecamente fragmentada, en un sistema con capa de tipo II. Esa es, en los términos de Hooghe y Marks (2003), la pregunta de diseño institucional que separa a los sistemas de cuidados que logran escalar de los que permanecen como una colección de pilotos eficaces pero fragmentados.

Limitaciones

El estudio tiene limitaciones que acotan el alcance de sus conclusiones. La primera es de validez externa. El ensayo se realizó en un solo municipio, elegido porque contaba con una capacidad administrativa superior a la media y experiencia previa de cooperación con instituciones nacionales e internacionales. Es, por tanto, un contexto seleccionado por conveniencia, y los efectos podrían ser menores en gobiernos locales con menos capacidad. La segunda se refiere a la medición. Los indicadores de uso de servicios de urgencia son autorreportados y se refieren al año anterior, lo que puede introducir errores de recuerdo. La soledad se midió con una única pregunta dicotómica y no con una escala validada de varios ítems. La tercera es la atrición. El seguimiento perdió al 9,7 % de la muestra. A ello se suma que el subgrupo con persona cuidadora es reducido, lo que impide extraer conclusiones sobre esos indicadores. La cuarta radica en el seguimiento de doce meses, que no permite conocer la persistencia de los efectos.

Conclusiones

Dos afirmaciones distintas convergen en el caso de Heredia, con evidencia de distinto tipo. La primera, que la innovación municipal puede generar soluciones efectivas, encuentra respaldo experimental: la teleasistencia domiciliaria reduce la soledad y mejora la salud mental de las personas mayores con necesidades de cuidado. La segunda, que ese escalamiento depende de mecanismos de coordinación y financiamiento que eviten la fragmentación territorial, descansa en evidencia interpretativa, no experimental, porque se apoya en la lectura de casos y no en el experimento: la capacidad de un gobierno local para innovar y evaluar con rigor no resuelve, por sí sola, el problema de la gobernanza multinivel de una política pública nueva. Costa Rica reconoció legalmente el derecho al cuidado en 2022 sin construir la arquitectura de coordinación que la teoría identifica como condición de sistema (Hooghe y Marks, 2003): los servicios de atención a la dependencia están hoy en la misma situación que la teleasistencia antes de ser iniciada por Heredia. Tampoco parece una peculiaridad costarricense: la literatura revisada documenta una fragmentación similar en Estados de bienestar consolidados, desde los países nórdicos hasta el sur de Europa. Lo que el municipio de Heredia aporta a esa literatura es una pieza rara: evidencia experimental generada en el punto ciego institucional que la teoría predice: un gobierno local capaz, un sistema nacional sin rectoría y una brecha que mientras tanto sigue llenándose con trabajo de cuidado no remunerado y mayoritariamente femenino.

Quedan abiertas dos preguntas. La primera es empírica: si los efectos observados en Heredia se sostienen en gobiernos locales con menor capacidad administrativa previa, o si esa capacidad institucional es, en sí misma, una condición necesaria para que la innovación produzca resultados de esta magnitud. La segunda es de diseño institucional: ¿qué combinación de reglas de cofinanciamiento, coordinación, estándares comunes y mecanismos de rendición de cuentas permite construir la capa de gobernanza de tipo II sin «recentralizar» la prestación del servicio? La evidencia comparada revisada en este artículo, desde los sistemas nórdicos hasta el Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay, responde a la segunda pregunta de formas distintas. Costa Rica todavía tiene la oportunidad de resolverla antes de que la desigualdad territorial se consolide como rasgo estructural del SINCA.

Referencias

Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica, 104*(20), 771–776.

Andersson, K., Hanberger, A., & Nygren, L. (2018). Governance, accountability, and organizational development: Eldercare unit managers' and local politicians' experiences of and responses to state supervision of Swedish eldercare. *Journal of Aging & Social Policy, 30*(5), 419–439. https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1444890

Arlotti, M., Parma, A., & Ranci, C. (2021). Multi-level governance and central-local tensions: The issue of local discretion in long-term care policy in Italy. *Social Policy & Administration, 55*(7), 1129–1144. https://doi.org/10.1111/spol.12690

Banco Mundial. (2025). *World Bank country classifications by income level for 2024–2025*. World Bank Blogs. https://blogs.worldbank.org/en/opendata/world-bank-country-classifications-by-income-level-for-2024–2025

Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *The Gerontologist, 41*(5), 652–657. https://doi.org/10.1093/geront/41.5.652

Benedetti, F., Acuña, J., & Fabiani, B. (2022). *Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia*. Banco Interamericano de Desarrollo. https://doi.org/10.18235/0004383

Blanco, I., & Gomà, R. (2003). Gobiernos locales y redes participativas: retos e innovaciones. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (26), 73–100.

Cabrero, E. (2006). Los retos institucionales de la descentralización fiscal en América Latina. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (34), 185–216. http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/034-febrero-2006/los-retos-institucionales-de-la-descentralizacion-fiscal-en-america-latina

Chaverri-Carvajal, A., & Alvarenga Fournier, X. (2026). Cuidados de larga duración no remunerados en Costa Rica: ahorro estatal y deuda social. *Gaceta sanitaria*, 40 Suppl 2, 102579. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102579

Chaverri-Carvajal, A., & Arguedas, K. (2024). Gobierno local de Heredia: Protocolo de evaluación experimental de impacto del primer piloto de teleasistencia domiciliaria en Mesoamérica. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (35): 124-161. https://doi.org/10.48225/ACS_35_5

Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2021). Cuidados de larga duración en Costa Rica: enseñanzas para América Latina desde la evidencia internacional. *Revista panamericana de salud pública*, 45, e146. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.146

Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2023). Impact Evaluation of Cash For Care in Latin America's New Long-Term Care Policies: A Randomized Controlled Trial Pilot Study in Costa Rica. *Journal of Applied Gerontology*, 42(11): 21672178. https://doi.org/10.1177/07334648231188284

Chaverri-Carvajal, A., & Mejía, D. (2024). Cuidados de Larga Duración en el Caribe:

Dependencia Funcional y Fragilidad en Personas Mayores de República Dominicana. *Dykinson, S.L* (1):161-180. ISBN:978-84-1170-587-5

Chaverri-Carvajal, A., Suero-Samboy, P., Adón, J., & Mejía, D. (2026). Social determinants of cognitive impairment among older adults in the Dominican Republic: A large-scale administrative registry study. *Atencion primaria*, *58*(10), 103587. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2026.103587

Costa-Font, J., & Greer, S. L. (Eds.). (2013). *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*. Palgrave Macmillan.

Costa-Font, J., Courbage, C., & Swartz, K. (2015). Financing long-term care: Ex ante, ex post or both. *Health Economics, 24*(Supl. 1), 45–57. https://doi.org/10.1002/hec.3152

da Silva Sobrinho, A. C., Rodrigues, G. S., Rodrigues, K. P., Finzeto, L. C., Sampaio, L. T. D. V., Daniel, G. C., Freitas, J. P., Lima, J. G. R., Gomes, G. A. O., & Bueno Júnior, C. R. (2025). Transforming daily support with multidisciplinary teleassistance: Impact on health parameters in older adults—a randomized controlled trial. *mHealth, 11*. https://doi.org/10.21037/mhealth-24–72

Donati, F., & Rodríguez-García, M. J. (2026). Towards the democratisation of care? Insights from co-governance in local welfare in Spain and Italy. *The British Journal of Sociology*. https://doi.org/10.1111/1468-4446.70108

Fernández, J.-L., & Forder, J. (2015). Local variability in long-term care services: Local autonomy, exogenous influences and policy spillovers. *Health Economics, 24*(Supl. 1), 146–157. https://doi.org/10.1002/hec.3151

Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry, 12*(2), 219–245. https://doi.org/10.1177/1077800405284363

Giraldo-Rodríguez, L., Torres-Castro, S., Martínez-Ramírez, D., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Pérez--Cuevas, R. (2013). Tele-asistencia y tele-alarma para adultos mayores: experiencias preliminares en México. *Revista de Saúde Pública, 47*(4), 711–717. https://doi.org/10.1590/S0034–8910.2013047004574

Gobierno Regional del Biobío. (2022). *Gobierno Regional da el vamos a programa de Teleasistencia para Adultos Mayores [Comunicado de prensa institucional]*. https://gorebiobio.cl/2022/10/25/gobierno--regional-da-el-vamos-a-programa-de-teleasistencia-para-adultos-mayores/

Hanberger, A., & Lindgren, L. (2018). Evaluation systems in local eldercare governance. *Journal of Social Work, 19*(2), 233–252. https://doi.org/10.1177/1468017318760788

Hernández-Bonivento, J. A. (2011). Capacidades, instituciones y gobernanza democrática local: elementos para el estudio de los gobiernos locales en América Latina. *Circunstancia, 9*(26).

Hirani, S. P., Beynon, M., Cartwright, M., Rixon, L., Doll, H., Henderson, C., Bardsley, M., Steventon, A., Knapp, M., Rogers, A., Bower, P., Sanders, C., Fitzpatrick, R., Hendy, J., & Newman, S. P. (2014). The effect of telecare on the quality of life and psychological well-being of elderly recipients of social care over a 12-month period: The Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and Ageing, 43*(3), 334–341. https://doi.org/10.1093/ageing/aft185

Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics, 6*(2), 65–70. https://www.jstor.org/stable/4615733

Hooghe, L., & Marks, G. (2003). Unraveling the central state, but how? Types of multi-level governance. *American Political Science Review, 97*(2), 233–243. https://doi.org/10.1017/S0003055403000649

Jansen, E., Javornik, J., Brummel, A., & Yerkes, M. A. (2021). Central-local tensions in the decentralization of social policies: Street-level bureaucrats and social practices in the Netherlands. *Social Policy & Administration, 55*(7), 1262–1275. https://doi.org/10.1111/spol.12722

Kröger, T. (2011). Retuning the Nordic welfare municipality: Central regulation of social care under change in Finland. *International Journal of Sociology and Social Policy, 31*(3/4), 148–159. https://doi.org/10.1108/01443331111120591

Ley N.º 21.805. (2026). *Reconoce el derecho al cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados*. Diario Oficial de la República de Chile, 16 de febrero de 2026. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2026–02/ley-21.805-cl.pdf

Martínez López, J. Á. (2017). El modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios normativos y ajustes presupuestarios. *Revista del CLAD Reforma y Democracia, 68*, 113–134. https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n68.a137

Matus-Lopez, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2021). Population with Long-Term Care Needs in Six Latin American Countries: Estimation of Older Adults Who Need Help Performing ADLs. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 7935. https://doi.org/10.3390/ijerph18157935

Matus-López, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2022). Progress Toward Long-Term Care Protection in Latin America: A National Long-Term Care System in Costa Rica. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 266–271. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.06.021

Matus-López, M., & Cid Pedraza, C. (2016). New long-term care policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(7), 663–665. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.001

Matus-López, M., & Rodríguez-Modroño, P. (2014). Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica. *Revista del CLAD Reforma y Democracia, 60*, 103–130. https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n60.a884

Matus-López, M., Chaverri-Carvajal, A., & Jara-Males, P. (2022). O desafio de envelhecer na América Latina: Cuidados prolongados na Costa Rica. *Saúde e Sociedade*, 31(1), 1–10. https://doi.org/10.1590/S0104-12902022201078

Michel, C. L., Cejudo, G. M., & Oseguera Gamba, A. S. (2024). Los instrumentos integradores en los sistemas de cuidados en América Latina: una visión de política pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia, 88*, 1–29. https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n88.a340

Michel, C., Cejudo, G. M., & Oseguera Gamba, A. S. (2025). Hacia una organización social del cuidado más justa: análisis del diseño de cinco sistemas de cuidado en América Latina. *Revista del CLAD Reforma y Democracia, 92*, 97–121. https://doi.org/10,69733/clad.ryd.n92.a423

Mund, M., Maes, M., Drewke, P. M., Gutzeit, A., Jaki, I., & Qualter, P. (2023). Would the real loneliness please stand up? The validity of loneliness scores and the reliability of single-item scores. *Assessment*. https://doi.org/10.1177/10731911221077227

Needham, C., Mangan, C., McKenna, D., & Cooper, B. (2025). What do elected councillors do in long-term care systems? Understanding the contribution of political leaders. *Journal of Long-Term Care, 283*–293. https://doi.org/10.31389/jltc.407

Organización Panamericana de la Salud & Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *Long-term care in Latin America and the Caribbean*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/57688

Papadopoulos, Y., Tortola, P. D., & Geyer, N. (2025). Taking stock of the multilevel governance research programme: A systematic literature review. *Regional & Federal Studies, 35*(5), 695–727. https://doi.org/10.1080/13597566.2024.2334470

Perna, R., Hernández-Moreno, J., & Cruz-Martínez, G. (2025). Reforming long-term care provision and work in post-pandemic times: Scope and drivers of policy change in the Spanish decentralised system. *Social Policy & Administration, 59*(7), 1180–1195. https://doi.org/10,1111/spol.13117

Rachter, L., Stampini, M., Tomé, R., Duryea, S., & Vinacur, T. (2024). *Cuidado a lo largo del ciclo de vida: construyendo sistemas de cuidado en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. https://doi.org/10.18235/0013198

Regueiro Martínez, A. A., Pérez Vázquez, A., Gómara Villabona, S. M., & Ferreiro Cruz, M. C. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención Primaria, 39*(4), 185–188.

Rodríguez Modroño, P., & Matus-López, M. (2016). Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado. *Revista del CLAD Reforma y Democracia, 66*, 99–130. https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n66.a120

Sabel, C. F., & Zeitlin, J. (2008). Learning from difference: The new architecture of experimentalist governance in the EU. *European Law Journal, 14*(3), 271-327. https://doi.org/10.1111/j.1468-0386.2008.00415.x

Steventon, A., Bardsley, M., Billings, J., Dixon, J., Doll, H., Beynon, M., Hirani, S., Cartwright, M., Rixon, L., Knapp, M., Henderson, C., Rogers, A., Hendy, J., Fitzpatrick, R., & Newman, S. (2013). Effect of telecare on use of health and social care services: Findings from the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and Ageing, 42*(4), 501–508. https://doi.org/10.1093/ageing/aft008

Trydegård, G.-B., & Thorslund, M. (2001). Inequality in the welfare state? Local variation in care of the elderly – the case of Sweden. *International Journal of Social Welfare, 10*(3), 174–184. https://doi.org/10,1111/1468–2397,00170

Trydegård, G.-B., & Thorslund, M. (2010). One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? The evolution of local variation in Swedish elder care. *Social Policy & Administration, 44*(4), 495–511. https://doi.org/10.1111/j.1467–9515.2010.00725.x

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473–483. https://doi.org/10.1097/00005650–199206000–00002

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A user's manual*. The Health Institute, New England Medical Center.

Wittberg, S., & Kelfve, S. (2025). Explaining variation in decision-making authority for care managers in a decentralised welfare state. *Social Policy & Administration, 59*(5), 912–924. https://doi.org/10.1111/spol.13097

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist, 20*(6), 649–655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649

Acerca de los autores

Alexander Chaverri-Carvajal

Investigador en el Centre d'Estudis Demogràfics (Universitat Autònoma de Barcelona). Investiga el cambio demográfico y el envejecimiento en Iberoamérica, así como el financiamiento y el impacto de las políticas públicas sociosanitarias y de cuidados de larga duración. Ha sido consultor para organismos multilaterales. Fue asesor en la Asamblea Legislativa, en el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, jefe de despacho en la Municipalidad de Heredia y profesor de Ciencia Política en la Universidad de Costa Rica.

Ximena Alvarenga Fournier

Magíster en Entornos Virtuales de Aprendizaje y doctoranda en Ciencias de la Educación en la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid), con la Beca Paulo Freire+ de la OEI. Especialista en educación digital. Actualmente investiga la resiliencia de los sistemas educativos de Latinoamérica, y ha investigado sobre cuidados, política social y comunicación política.

Cómo citar este artículo:
Chaverri Carvajal, A., & Alvarenga-Fournier, X. (2026). Innovar localmente, ¿escalar nacionalmente? Gobiernos locales y sistema nacional de cuidados de larga duración. *Revista -del CLAD Reforma y Democracia,* (96), 157-189. https://doi.org/10.69733/clad.ryd.n96.a961

CC BY NC