



EUROPEAN SOCIETY OF MEDICINE

CENTRO DE SALUD GLOBAL · COMITÉ DE EQUIDAD EN SALUD

19 de octubre de 2026

<https://doi.org/10.18103/ghc.01>

Organización Mundial de la Salud

Department of Sexual, Reproductive, Maternal, Child, Adolescent Health and Ageing

20 Avenue Appia

1211 Ginebra 27

Suiza

Enviada por correo electrónico a lrc@who.int

Respuesta a la consulta pública sobre el borrador de las Normas Mundiales para los Cuidados a Largo Plazo

Comité de Equidad en Salud, Centro de Salud Global, European Society of Medicine

Esta es una traducción al español del original en inglés, que es la versión de referencia. Las citas del borrador de la OMS se han traducido del inglés.

El Comité de Equidad en Salud de la European Society of Medicine agradece la oportunidad de comentar el borrador para consulta de las Normas Mundiales para los Cuidados a Largo Plazo (*Global Standards for Long-Term Care*).¹ Como primer marco mundial de este tipo, el borrador ofrece a todos los países, sea cual sea el grado de desarrollo de su sistema de cuidados a largo plazo, una referencia común sobre lo que una buena atención debe proporcionar y proteger.

Apoyamos especialmente tres aspectos del borrador:

- su tratamiento de la equidad como parte de una atención basada en los derechos: “un enfoque basado en los derechos exige que una atención adecuada sea accesible para todos, con atención prioritaria a quienes hoy están desatendidos” (capítulo 1, sección 3.1);
- las normas sobre equidad y protección financiera (Normas 22 y 23), que abordan el costo, una de las principales barreras para acceder a la atención;
- su enfoque gradual de la implementación, que hace que las normas sean aplicables en países que no tienen un sistema formal de cuidados a largo plazo.

Nuestros comentarios se refieren a la dimensión sanitaria de los cuidados a largo plazo. Comparten un único objetivo: trasladar compromisos que el borrador ya asume a sus normas, declaraciones de calidad y medidas indicativas, de modo que los países puedan llevarlos a la práctica y hacer un seguimiento de los avances. Cada

recomendación incluye una versión adaptada a entornos con recursos limitados. En todo el texto entendemos la equidad como la entiende el borrador: una atención accesible para todos, con apoyo adicional en proporción a las necesidades de cada persona y a las barreras que enfrenta, y no una prestación idéntica con independencia de las circunstancias.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

1. **Dolor.** Convertir el principio de que “nadie debe sufrir dolor innecesario en ninguna etapa” en una declaración de calidad sobre la evaluación periódica y el alivio del dolor, con una medida indicativa.
 2. **Prevención.** Nombrar en la evaluación y la planificación de la atención las medidas preventivas con mayor respaldo científico (actividad de fuerza y equilibrio, vacunación y cuidado bucal), tanto en el domicilio como en las instituciones, y atender las necesidades sociales que la evaluación identifique.
 3. **Asesoramiento especializado a distancia.** Reconocer la teleconsulta y la telementoría como vías para llevar asesoramiento especializado a las personas atendidas en su domicilio y en zonas rurales, como complemento de la atención presencial donde esta existe y como recurso vital donde no existe.
 4. **Decisiones que respetan los objetivos de la persona.** Establecer que las decisiones sobre pruebas diagnósticas, tratamiento y traslado al hospital se basan en las necesidades clínicas de la persona, la evolución de su afección y sus objetivos y preferencias documentados, no en la edad, un diagnóstico de demencia o el entorno de atención, y que se adoptan mediante la toma de decisiones compartida.
 5. **Preparación para emergencias.** Añadir una declaración de calidad que exija planes de emergencia puestos a prueba, en las instituciones y para la atención domiciliaria, que contemplen el calor extremo, los brotes de enfermedades, los desastres naturales, los cortes de electricidad o de agua y los conflictos armados.
 6. **Escuchar a quienes menos se escucha.** Incluir en la medición de la experiencia de las personas que reciben cuidados a quienes enfrentan barreras relacionadas con el idioma, la alfabetización, la educación, los ingresos, el origen étnico, la religión, el sexo o la cultura.
-

1. Hacer medible el compromiso sobre el dolor

El borrador afirma que “nadie debe sufrir dolor innecesario en ninguna etapa” (capítulo 1, sección 2.3). Estamos plenamente de acuerdo. Sin embargo, por ahora este compromiso no figura en ninguna norma, declaración de calidad ni medida indicativa, y el dolor no aliviado no está entre los daños enumerados en el principio de calidad (sección 3.5), junto a las caídas, las lesiones por presión y los errores de medicación.

El dolor es frecuente entre las personas que reciben cuidados a largo plazo, y es más probable que pase inadvertido en quienes menos pueden expresarlo: las personas que viven con demencia, las personas con dificultades de comunicación y las que no comparten un idioma con quienes las cuidan.² El dolor no reconocido suele manifestarse como agitación o malestar. En un ensayo aleatorizado por conglomerados en residencias de mayores, el tratamiento sistemático del dolor redujo la agitación de los residentes con demencia,³ lo que vincula directamente el dolor con la preocupación del borrador por la contención química (declaración de calidad 5.2).

El dolor no aliviado es también una cuestión de derechos. El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura ha señalado que, cuando la falta de tratamiento del dolor “condena a los pacientes a sufrir dolor innecesariamente”, los Estados “no solo vulneran el derecho a la salud, sino que también pueden incumplir una obligación positiva derivada de la prohibición de la tortura y los malos tratos”.⁴

Algunos países ya han incorporado el alivio del dolor a su política nacional: la Política Nacional de Cuidados Paliativos de Brasil, adoptada en 2024, define los cuidados paliativos en su sistema público de salud como acciones y servicios de salud para el alivio del dolor, del sufrimiento y de otros síntomas.⁵

Recomendamos:

- una declaración de calidad en la Norma 3 (servicios de salud comunitarios) y en la Norma 6 (prestación de servicios en instituciones de cuidados a largo plazo), por ejemplo:

“Las personas que reciben cuidados a largo plazo son evaluadas periódicamente para detectar dolor, con herramientas de observación validadas cuando no es posible el autoinforme, y quienes tienen dolor cuentan con un plan documentado para aliviarlo, cuyo efecto se revisa.”

- incluir el dolor en la evaluación integral de necesidades (declaración de calidad 1.2) y en los planes de atención (declaraciones de calidad 1.3 y 6.1), con formación para el personal de cuidados y los cuidadores familiares en el reconocimiento de los signos de dolor en personas que no pueden expresarlo, como expresiones faciales de malestar, inquietud y cambios en el sueño, mediante herramientas como la escala PAINAD;⁶
- el acceso a los medicamentos esenciales para el dolor, incluidos los medicamentos sujetos a fiscalización cuando estén clínicamente indicados, de conformidad con la resolución WHA67.19,⁷ junto con medidas no farmacológicas como los cambios de postura, la aplicación de calor o frío, el masaje y la relajación;
- nombrar el dolor no aliviado entre los daños de la sección 3.5 y entre los indicadores de calidad de la Norma 30.

Medidas indicativas:

- Proceso: proporción de personas que reciben cuidados evaluadas para detectar dolor en los últimos tres meses, con una herramienta de observación validada cuando no es posible el autoinforme.
- Resultado: proporción de personas que reciben cuidados con dolor identificado cuyo dolor había disminuido en el momento de la revisión.

DONDE LOS RECURSOS SON LIMITADOS: Se forma a los agentes comunitarios de salud y a los cuidadores familiares para que pregunten por el dolor y reconozcan sus signos, con una vía clara hacia un profesional de salud que pueda tratarlo.

2. Nombrar la atención preventiva que mantiene la salud de las personas

El borrador describe los cuidados a largo plazo como “la prolongación de la prevención” y afirma que “la prevención, la terapia y la rehabilitación deben integrarse en los cuidados a largo plazo, no ser sustituidas por ellos” (sección 2.2). Las normas aún no precisan qué medidas preventivas deben integrarse. La actividad física no se aborda en ninguna norma. La declaración de calidad 7.1 espera, con razón, que los residentes y el personal de las instituciones estén “plenamente vacunados contra las enfermedades pertinentes”, pero no existe un equivalente para las personas que reciben cuidados en su domicilio. La salud bucodental no se aborda.

Las personas que reciben cuidados en su domicilio a menudo no pueden salir de él, por lo que son las que menos pueden acudir a los centros donde se prestan los servicios preventivos. Por ello, los esfuerzos de vacunación deben evaluarse no solo por las dosis administradas o la cobertura general, sino por si llegan a las personas mayores más vulnerables y peor atendidas.

Recomendamos:

- **Actividad física:** actividad individualizada centrada en el equilibrio y la fuerza, incluida en la evaluación y la planificación de la atención (declaraciones de calidad 1.2, 1.3 y 6.1) y en los protocolos de prevención de caídas de la declaración de calidad 2.3. Las directrices de la OMS recomiendan este tipo de actividad tres o más días por semana para las personas mayores, incluidas las que viven con enfermedades crónicas o discapacidad,⁸ y las directrices ICOPE recomiendan el ejercicio multicomponente para las personas mayores cuya capacidad física está disminuyendo.⁹
- **Vacunación:** extender lo previsto en la declaración de calidad 7.1 a la atención domiciliaria y comunitaria (declaración de calidad 3.1), de modo que a las personas que reciben cuidados en su domicilio se les ofrezcan las vacunas recomendadas para las personas mayores en los calendarios nacionales, como las vacunas contra la gripe, el neumococo, la COVID-19, el virus respiratorio sincitial y el herpes zóster, en su domicilio si no pueden desplazarse, con información accesible sobre sus beneficios y sus posibles efectos secundarios para que puedan tomar decisiones informadas, en coherencia con el enfoque del curso de la vida de la Agenda de Inmunización 2030.¹⁰
- **Salud bucodental:** incluir la salud bucodental en la evaluación de necesidades y en el cuidado personal diario, con higiene bucal, ayuda con las prótesis dentales y derivación para tratamiento, en coherencia con la Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023–2030 de la OMS.¹¹
- **Necesidades sociales:** la sección 2.5 del borrador pide que la evaluación tenga en cuenta explícitamente los determinantes sociales de la salud. Proponemos trasladar esto a la declaración de calidad 1.2, de modo que la evaluación registre necesidades como alimentación, calefacción, vivienda o ingresos insuficientes y aislamiento social, y dé lugar a apoyo o derivación a través del coordinador de atención de la persona (declaración de calidad 1.4).

Medidas indicativas:

- Cobertura de vacunación de las personas que reciben cuidados, en el domicilio y en las instituciones, en comparación con el conjunto de la población mayor, y desglosada cuando sea posible por discapacidad, ingresos, lugar de residencia y entorno de atención.
- Proporción de personas que reciben cuidados, que cumplen los requisitos y no pueden salir de su domicilio, a las que se ofrecen y administran en su domicilio las vacunas recomendadas, y motivos documentados de las vacunaciones omitidas o retrasadas.
- Proporción de servicios de cuidados a largo plazo, domiciliarios e institucionales, con protocolos de evaluación del estado de vacunación, derivación, administración, registro y seguimiento, coordinados con la atención primaria.
- Proporción de personas que reciben cuidados con un plan de actividad física y con una revisión de salud bucodental en el último año.

- Proporción de personas que reciben cuidados con necesidades sociales identificadas en la evaluación que reciben apoyo o derivación en un plazo acordado.

DONDE LOS RECURSOS SON LIMITADOS: Los agentes comunitarios de salud incluyen en sus visitas domiciliarias habituales ejercicios sencillos de fuerza y equilibrio, la comprobación del estado de vacunación, una revisión de la salud bucal y una pregunta sobre la alimentación, la calefacción y el dinero.

3. Llevar el asesoramiento especializado allí donde viven las personas

La declaración de calidad 3.1 busca que las personas reciban servicios de salud en su domicilio “sin necesidad de ingreso en un hospital u otro establecimiento de salud”, y la declaración de calidad 17.1 pide una supervisión adaptada “a las realidades de los contextos comunitarios y de atención domiciliaria”. Sin embargo, el borrador no aborda la telesalud ni el apoyo a distancia al personal de cuidados.

En las zonas rurales y de bajos ingresos, el recurso más escaso no suelen ser los edificios, sino los conocimientos especializados en la atención a las personas mayores, los cuidados paliativos, el cuidado de heridas y la salud mental, y las personas que reciben cuidados a largo plazo son las que menos pueden desplazarse para acceder a ellos. La telementoría conecta a los trabajadores locales de salud y de cuidados con equipos especializados mediante sesiones periódicas basadas en casos. En el modelo Project ECHO, los clínicos de atención primaria del Nuevo México rural que recibieron este apoyo lograron tasas de curación de la hepatitis C equivalentes a las de una clínica especializada universitaria,¹² y durante la pandemia de COVID-19 la red de residencias de mayores del modelo llegó a 9058 residencias en los Estados Unidos.¹³

Recomendamos orientaciones de implementación en las declaraciones de calidad 3.2, 14.3 y 17.1 para que:

- los proveedores, el personal de cuidados y los agentes comunitarios de salud tengan acceso a asesoramiento especializado por teleconsulta y a telementoría basada en casos, con plazos de respuesta acordados;
- el apoyo a distancia complemente la evaluación y la atención presenciales donde existan, y no las sustituya; para las personas aisladas o que no pueden acceder a la atención presencial, puede ser la única vía oportuna hacia el asesoramiento especializado, también para las decisiones de triaje;
- los servicios funcionen por teléfono y con conexiones de bajo ancho de banda; cuando se espere que las personas participen por medios digitales, tengan acceso a dispositivos adecuados, conectividad asequible, programas informáticos accesibles y apoyo en competencias digitales, como el borrador ya reconoce para la formación de los cuidadores (declaración de calidad 11.2); y las personas que no pueden o prefieren no usar la tecnología conserven una vía no digital eficaz para obtener asesoramiento y atención;
- se garanticen el consentimiento, la confidencialidad y la protección de datos, en coherencia con la Estrategia mundial sobre salud digital de la OMS.¹⁴

Medida indicativa:

- Proporción de proveedores de cuidados a largo plazo, según su ubicación rural o urbana, con acceso a asesoramiento especializado en un plazo acordado.

DONDE LOS RECURSOS SON LIMITADOS: Un contacto especializado designado, localizable por teléfono, para los agentes comunitarios de salud y el personal de cuidados, junto con discusiones periódicas de casos en grupo.

4. Basar las decisiones de atención en los objetivos de la persona, no en la edad, el diagnóstico o el entorno

El borrador afirma “el derecho a tomar decisiones sobre la propia atención y la vida diaria” y sostiene que “la toma de decisiones compartida es la norma para todos” (sección 3.1); establece que los problemas agudos intercurrentes se abordan con intención curativa cuando corresponde, “con decisiones basadas en un enfoque centrado en la persona” (sección 2.3); pide a las instituciones que “incluyan una planificación anticipada de la atención más amplia para que se cumplan los deseos de los residentes” (declaración de calidad 6.1); y presume la capacidad jurídica, con apoyo para la toma de decisiones (declaración de calidad 28.4).

Lo que el borrador aún no aborda de forma explícita es un riesgo menos visible: que a las personas que reciben cuidados a largo plazo se les ofrezcan menos pruebas diagnósticas y tratamientos que a otras por su edad, por un diagnóstico de demencia o por el lugar donde viven, y no por sus necesidades o deseos. El Informe mundial sobre el edadismo de la OMS documenta restricciones por razón de edad en el acceso a la atención de salud.¹⁵ Estas suposiciones afectan con más fuerza a quienes menos pueden defenderse por sí mismos.

Recomendamos:

- en las declaraciones de calidad 3.2 y 6.2, una frase como la siguiente:

“Las decisiones sobre pruebas diagnósticas, tratamiento, derivación y traslado al hospital se basan en las necesidades clínicas de la persona, la evolución de su afección y sus objetivos y preferencias documentados, y no se ven limitadas solo por la edad, un diagnóstico de demencia o el entorno de atención.”

- la toma de decisiones compartida en la planificación de la atención y en las decisiones de tratamiento, en el domicilio y en las instituciones (declaraciones de calidad 1.3 y 6.1): la persona recibe información accesible sobre las opciones y sus probables beneficios y cargas, y decide junto con los proveedores de atención a la luz de lo que es importante para ella, con la participación de familiares y cuidadores según lo desee la persona;
- extender la planificación anticipada de la atención a la atención domiciliaria y comunitaria (declaración de calidad 1.3): conversaciones sobre objetivos y preferencias que se documentan, se revisan periódicamente y siempre que cambia la salud de la persona, y se llevan a cabo en un lenguaje claro adaptado a la cultura, la capacidad cognitiva y el nivel educativo de la persona, con apoyo para la toma de decisiones cuando sea necesario y con la participación de los familiares según lo desee la persona.

Esto protege a las personas tanto del tratamiento insuficiente como de tratamientos que no desean, y es coherente con el objetivo del borrador de evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

Medidas indicativas:

- Proceso: proporción de personas que reciben cuidados cuyos objetivos y preferencias están documentados y se han revisado en el último año.
- Resultado: proporción de traslados al hospital y de decisiones terapéuticas importantes que concuerdan con las preferencias documentadas de la persona.

DONDE LOS RECURSOS SON LIMITADOS: El personal de enfermería o los agentes comunitarios de salud mantienen conversaciones sencillas sobre los objetivos de la atención y anotan el resultado en un registro que conserva la propia persona.

5. Hacer de la preparación para emergencias una norma

El borrador identifica la respuesta a emergencias y crisis como una función esencial de los sistemas de cuidados a largo plazo y observa que “la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto que la respuesta a emergencias es uno de los principales puntos débiles de los sistemas de cuidados a largo plazo en todo el mundo” (sección 2.4). Las normas abordan la prevención de infecciones (declaración de calidad 7.1), los servicios de relevo de emergencia (declaración de calidad 10.3) y la protección de los trabajadores durante los brotes (declaración de calidad 16.2), pero ninguna declaración de calidad exige a los proveedores o a las autoridades prepararse para las emergencias en un sentido más amplio.

Las personas que dependen de otras para sus cuidados diarios están entre las que menos pueden evacuar, protegerse del calor o arreglárselas cuando se interrumpe el suministro de electricidad, agua o medicamentos o falta el personal de cuidados, y las personas mayores corren un riesgo especial durante las olas de calor.¹⁶ Las personas atendidas en su domicilio pueden ser invisibles para los servicios de emergencia.

Recomendamos una declaración de calidad en la Norma 7, con disposiciones paralelas para la atención domiciliaria y comunitaria (Norma 2) y para la coordinación (Norma 29), por ejemplo:

“Los proveedores de cuidados a largo plazo y las autoridades responsables cuentan con planes de emergencia escritos, puestos a prueba al menos una vez al año, que protegen a las personas que reciben cuidados durante el calor extremo, los brotes de enfermedades, los desastres naturales, los cortes de electricidad o de agua y los conflictos armados, y que garantizan la continuidad de la atención, los medicamentos y los registros.”

Las orientaciones de implementación podrían abarcar la evacuación de las personas con movilidad reducida; la refrigeración y la electricidad de respaldo para los equipos esenciales; la continuidad de los medicamentos, el oxígeno, las vacunas y los registros; un registro, llevado con el consentimiento de la persona o, cuando proceda, de su familia o representante legal, de las personas que dependen de cuidados a largo plazo domiciliarios o institucionales, para que los servicios de emergencia puedan llegar a ellas; la protección del personal de cuidados; la comunicación con las familias; y la participación de las personas que reciben cuidados y de sus familias en la planificación.

En el caso concreto de los brotes de enfermedades, proponemos que la preparación incluya también las instituciones de cuidados a largo plazo y la atención domiciliaria en los sistemas de vigilancia y alerta temprana de brotes; que incluya a las personas mayores, también a las que viven con fragilidad o con varias enfermedades, en la evaluación clínica de nuevas vacunas y tratamientos; y que garantice que, cuando las vacunas u otras contramedidas médicas sean escasas, su asignación se base en la vulnerabilidad clínica y el riesgo de exposición, sin discriminación por motivos de edad, discapacidad, ingresos o lugar de residencia.

Medidas indicativas:

- Proporción de proveedores con un plan de emergencia puesto a prueba en los últimos 12 meses.
- Proporción de proveedores con planes de contingencia para mantener el acceso a medicamentos, oxígeno, vacunación, pruebas diagnósticas y personal durante las emergencias de salud pública.
- Inclusión de las personas que dependen de cuidados a largo plazo domiciliarios o institucionales en los planes locales de emergencia.

- Inclusión de las instituciones de cuidados a largo plazo y de los servicios de atención domiciliaria en los sistemas de vigilancia y alerta temprana de brotes.

DONDE LOS RECURSOS SON LIMITADOS: Un contacto local designado y una lista, a cargo de agentes comunitarios de salud o voluntarios, de las personas que necesitarían ayuda en una emergencia.

6. Comentario adicional: escuchar a quienes menos se escucha

La declaración de calidad 30.2 hace, con razón, de la experiencia de las personas que reciben cuidados una medida central, con adaptaciones para el deterioro cognitivo. Proponemos que mencione también a las personas que enfrentan barreras relacionadas con el idioma, la alfabetización, la educación, los ingresos, el origen étnico, la religión, el sexo o la cultura, y que reconozca métodos participativos adecuados para entornos donde aún no es posible realizar encuestas formales. En los enfoques de ciencia ciudadana, como el método Our Voice, las personas mayores documentan lo que favorece o dificulta su salud en su propio entorno y trabajan con los responsables locales de la toma de decisiones para introducir mejoras prácticas.¹⁷ Estos métodos también podrían reforzar la participación comunitaria (Norma 4) y la participación de las partes interesadas en la gobernanza (declaración de calidad 29.3).

Esperamos que estos comentarios resulten útiles. Ninguno de ellos pide a la OMS que adopte un principio nuevo: cada uno busca trasladar un compromiso ya presente en el borrador a sus normas, declaraciones de calidad y medidas indicativas. Los miembros del Comité estarían encantados de revisar el borrador revisado o de contribuir a las orientaciones de implementación que la OMS prevé elaborar.

Atentamente,

Firmado en el original en inglés por Adewale Adebajo, Dale C. Alverson, Enrique Chacon-Cruz, Illia Kolosov y Maria Nauside Pessoa da Silva.

Comité de Equidad en Salud

Centro de Salud Global, European Society of Medicine

ghc@esmed.org

MIEMBROS DEL COMITÉ

Profesor Adewale Adebajo MBE

University of Sheffield School of Medicine, Reino Unido

Dr. Enrique Chacon-Cruz

Think Vaccines, LLC; editor en jefe, Vaccines Beat; Houston, Texas, Estados Unidos

Doctor habilitado Illia Kolosov, profesor

Yaroslav Mudryi National Law University, Ucrania; University of Warmia and Mazury, Polonia

Maria Nauside Pessoa da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau, Teresina, Brasil

Dale C. Alverson, MD, profesor emérito

University of New Mexico School of Medicine, Estados Unidos

Abby C. King, PhD

Stanford University School of Medicine, Estados Unidos

Natalia Neparidze, MD

Yale School of Medicine, Estados Unidos

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global standards for long-term care: working draft for public consultation. Geneva: World Health Organization; May 2026. Este borrador no es definitivo; se cita aquí únicamente con el fin de comentarlo, y las normas definitivas pueden ser diferentes.
2. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Pain in dementia. *Pain Rep.* 2020;5(1):e803.
3. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ.* 2011;343:d4065.
4. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (A/HRC/22/53), párrafo 55. Geneva: United Nations Human Rights Council; 2013.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024: institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde [Política Nacional de Cuidados Paliativos]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. En portugués.
6. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9–15.
7. World Health Assembly. Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva: World Health Organization; 2014.
8. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
9. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. Geneva: World Health Organization; 2020.
11. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
12. Arora S, Thornton K, Murata G, Deming P, Kalishman S, Dion D, et al. Outcomes of treatment for hepatitis C virus infection by primary care providers. *N Engl J Med.* 2011;364(23):2199–207.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. About AHRQ's nursing home network: AHRQ ECHO National Nursing Home COVID-19 Action Network. Rockville (MD): AHRQ.
14. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
15. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.
16. World Health Organization. Heat and health [nota descriptiva]. Geneva: World Health Organization; 2024.
17. Pedersen M, Wood GER, Fernes PK, Goldman Rosas L, Banchoff A, King AC. The “Our Voice” method: participatory action citizen science research to advance behavioral health and health equity outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22):14773.