

Regulación, derechos humanos y calidad del cuidado a largo plazo en América Latina: estudio de caso

Peter Lloyd-Sherlock, Bridge Penhale, Nélica Redondo

Octubre de 2016

Resumen

Este estudio presenta una descripción general sobre los principales desafíos que enfrenta la regulación de los servicios de CLP en América Latina. Luego se expone un detallado caso de estudio sobre la calidad y la regulación de estos servicios en la ciudad de La Plata, Argentina, y basándose en un diseño de investigación innovador, muestra la baja capacidad de las estructuras institucionales existentes para regularlos, la notable ausencia de datos sobre la provisión de este tipo de servicios, la deficiencia en la calidad de los mismos y de las instituciones de cuidados formales en donde la violación de los derechos humanos básicos son la regla, en lugar de la excepción.

Introducción

En América Latina, como en otros lugares, el cuidado a largo plazo (CLP) de los adultos mayores es principalmente proporcionado por las mujeres de la familia, sin remuneración a cambio, ni apoyo estatal o de otros organismos (Lloyd- Sherlock *et al.* 2017). Sin perjuicio de ello, se evidencia en la región un rápido aumento en la demanda de servicios organizados del CLP. Por ejemplo, en 2010 la Unión Argentina de Prestadores de Servicios Gerontológicos calculó la existencia de unas 6.000 residencias para adultos mayores en el país.¹ Por su parte, el Censo Nacional de Población de ese mismo año 2010 relevó 3696 hogares de ancianos en todo el país (INDEC, 2016)². La investigación académica respecto de este tipo de servicios sigue siendo limitada, pero hay evidencia de que los servicios de CLP se desarrollan rápida y desordenadamente, sin planificación, ni coordinación (OMS 2015); lo que despierta inquietud sobre la calidad de los servicios provistos y el bienestar de los adultos mayores que dependen de ellos. En el peor de los casos, la deficiencia en la calidad del servicio puede equivaler al abuso de los adultos mayores y a la violación de derechos humanos fundamentales (Carbone-Moane y Giacchetti-Vega, 2016; Rosenthal, Jehn y

¹ <http://www.taringa.net/posts/info/6916249/Cuatro-de-cada-diez-geriatricos-de-Buenos-Aires-son-truchos.html>

² La diferencia entre los datos censales y los proporcionados por la Unión de Prestadores de Servicios Gerontológicos muestra la dificultad de estimar la cantidad exacta de establecimientos debido a las fallas en su identificación externa y la carencia de registros oficiales.

Galván, 2010). En los países de ingreso altos existe una conciencia creciente respecto de estos temas, como así también sobre la necesidad de regular y monitorear la calidad del servicio en forma efectiva (Mor, 2014). Hasta el momento, este tema no ha sido estudiado en forma sistemática en países con niveles de ingresos bajos y medios (LMIC por su sigla en inglés).³

Este estudio presenta una descripción general sobre los principales desafíos que enfrenta la regulación de los servicios de CLP en América Latina. Luego se expone un detallado caso de estudio sobre la calidad y la regulación de estos servicios en la ciudad de La Plata, Argentina, y basándose en un diseño de investigación innovador, muestra la baja capacidad de las estructuras institucionales existentes para regularlos, la notable ausencia de datos sobre la provisión de este tipo de servicios, la deficiencia en la calidad de los mismos y de las instituciones de cuidados formales en donde la violación de los derechos humanos básicos son la regla, en lugar de la excepción. Además, el trabajo sitúa el estudio de caso en el contexto regional de América Latina e identifica las principales políticas que se implementan.

Evaluación de calidad en los servicios del CLP formales

Reducir la calidad de los CLP a una definición simple, objetiva y operacional es imposible (Day y Klein, 1987). En cambio, se desarrollaron un conjunto de indicadores complejos y estándares (mínimos) de calidad. De acuerdo a un análisis reciente:

El alcance de los indicadores de calidad en las residencias para adultos mayores es sorprendente. La amplitud de lo que se mide regularmente también es muy grande, pero, aún sigue siendo difícil responder a la pregunta: ¿a qué se refieren con calidad en las residencias para adultos mayores en el año 2010? (Castle y Ferguson, 2010: 411).

En la actualidad, en lugar de focalizarse en el punto de partida de los servicios de CLP (estructura y proceso), se pone un énfasis creciente en los resultados obtenidos, que incluyen la calidad de vida de los adultos mayores, su independencia y su capacidad para hacer las cosas que ellos valoran (OMS, 2015; Shippee *et al.*, 2015). Paralelamente, se avanzó en la identificación de los principios relacionados con la calidad de los servicios de CLP (WEDO, 2014).⁴ También se identificaron varios de los elementos que conducen a resultados positivos de los sistemas de CLP.

³ En China, por ejemplo, la única publicación focalizada en la calidad de los servicios de CLP es un estudio limitado a 10 centros de cuidado en la provincia de Chengdu (Hao *et al.*, 2012).

⁴ Establecen que los servicios deben ser respetuosos de la dignidad y los derechos humanos, centrados en las personas, preventivos, rehabilitadores, accesibles, completos, continuos, transparentes, orientados en los resultados y basados en la evidencia, y sensible al género y la cultura (WEDO, 2014).

La calidad depende de la manera apropiada de brindar el cuidado. En los países de ingresos altos, se produjo un cambio desde la opción del "todo o nada" entre las instituciones de larga estadía y el cuidado domiciliario sin ningún tipo de apoyo hacia la oferta de una amplia gama de servicios, que hacen foco en el envejecimiento en casa, el cuidado centrado en las personas y los gerentes de casos. Algunos tipos de cuidados para la dependencia, como los que se proporcionan a las personas con demencia, requieren servicios específicos. Es esencial que los usuarios de los servicios (adultos mayores dependientes y sus familias) puedan utilizar los servicios de CLP con confianza e información. En los países con ingresos altos, el alcance de esta meta se asocia a un enfoque que promueve el creciente empoderamiento de los consumidores de CLP (Wilberforce *et al.*, 2011).

En líneas más generales, la calidad requiere responsabilidad por parte del proveedor del servicio y una supervisión efectiva, lo que a su vez depende de:

(i) una "alfabetización del cuidado" entre los adultos mayores y sus familias para que puedan tomar decisiones y evaluar la calidad de los servicios que reciben.

(ii) Organismos estatales dispuestos y capaces de ofrecer un rol gerencial (OMS, 2015), que deberían establecer estándares y supervisión continua, a través de la autorización y certificación de los proveedores de servicios (Mor, 2014).

Un dilema fundamental es que los proveedores del servicio puedan mantener simultáneamente estándares de calidad y rentabilidad. Hasta el momento, las evaluaciones indican que la calidad suele dejar mucho que desear (Leone, Maresso y Mor, 2014). En todos los países, una variedad de diferentes organismos estatales, nacionales y locales, (y a veces no gubernamentales) están involucrados en la regulación del CLP por tener responsabilidades en la salud, los servicios sociales y el bienestar de los adultos mayores.

La herramienta principal para administrar la calidad ha sido la certificación de las instalaciones en las que se brinda el CLP, en donde la valoración de la calidad del servicio se relaciona con la calificación para recibir fondos estatales y planes de cobertura. El costo real de la certificación no debe ser subestimado. En 1995, el gobierno de los Estados Unidos financió esta actividad con más de US\$ 200 millones, en los que se incluyó la evaluación anual de las instalaciones y la valoración integral periódica de los residentes a partir de su admisión. Pero a pesar de este esfuerzo financiero, se demostró que la transferencia de recursos fue a menudo insuficiente para los organismos reguladores y estaba correlacionada con los niveles de calidad del servicio (Walshe y Harrington, 2002). En el caso del cuidado domiciliario hay desafíos específicos para administrar la calidad, ya que generalmente se provee en forma privada y a domicilio, y con frecuencia incluye la coordinación entre varios

organismos (Hirdes *et al.* 2004). Se creó una herramienta complementaria de información para los consumidores, que incluye plataformas de internet, como ser *Nursing Home Compare (comparación de residencias para adultos mayores)* en EE. UU., e informes de inspección de acceso público (Castle y Ferguson, 2010).

Prácticamente no hay encuestas sistemáticas sobre la calidad de los servicios de CLP formales en América Latina o Asia, excepto las puntuales efectuadas por Gutiérrez- Robledo *et al* (1996) y Redondo y Lloyd- Sherlock (2010).⁵ En ambos estudios se encontraron deficiencias serias y generalizadas en la calidad de muchos centros de cuidados y poca regulación estatal. Existen distintas razones de por qué este tema es poco investigado:

- Entre los responsables de hacer política y los investigadores aún se siguen negando el surgimiento de este sector, ya que con frecuencia insisten en que el CLP formal no es compatible con los valores familiares de América Latina y en consecuencia, las preocupaciones se centran en otros temas (Lloyd- Sherlock, 2014).
- La responsabilidad gubernamental de los servicios CLP generalmente están bajo la órbita municipal y es a menudo compartida con diversos organismos: salud, acción social y seguridad social, lo que impide una acción y regulación estatal coordinada, como así también el acceso de los investigadores a información confiable (Lloyd- Sherlock, 2016).
- Los servicios y proveedores son muy variados y muchos de ellos operan en forma ilegal y/o sin autorización estatal. Los organismos estatales no tienen información de estos proveedores, quienes son reacios a participar en las encuestas de calidad. El sondeo realizado por Redondo y Lloyd- Sherlock (2010) en Buenos Aires se limitó a las residencias para adultos mayores habilitadas oficialmente; es probable que la calidad de los cuidados sea significativamente peor en el sector clandestino.

Ante la ausencia de estudios académicos, los reportes provistos por la prensa permiten al menos entender el tema de la calidad en el CLP. Utilizando una breve selección de palabras claves en internet, el Cuadro 1 muestra un listado de artículos periodísticos recientes de distintos países de América Latina. Ellos ponen de manifiesto la mala calidad de los servicios brindados en las residencias para adultos mayores y la falla de los organismos estatales para controlarlas correctamente.

⁵ Ingles Hueche, González Álvarez y Caballero Astudillo (2016) presentaron una revisión limitada del estado desastroso de los centros de cuidados habilitados en Chile, pero no considera aspectos más amplios de la calidad de los cuidados.

Cuadro 1 : Selección de artículos periodísticos relacionados con la calidad de cuidados a largo plazo en América Latina.

País	Fecha	Titular	Enlace
Colombia	15/9/15	Hogares geriátricos, ¿un negocio fuera de control?	http://www.eltiempo.com/bogota/hogares-geriatricos-un-negocio-fuera-de-control/16341055
México	06/07/15	Investigan muertes en falsos hogares de ancianos	http://elvocero.com/investigacion-muertes-en-hogares-de-ancianos-fatulos/
Puerto Rico	21/05/12	Cientos de asilos al garete.	http://www.primerahora.com/noticias/puerto-rico/nota/cientosdeasilosalgarete-650276/
Chile	07/06/16	Fiscalía investiga asilo de ancianos: abuelo habría muerto de hambre y viejitos no reciben sus pensiones.	http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/06/07/fiscalia-investiga-asilo-de-ancianos-abuelo-habria-muerto-de-hambre-y-viejitos-no-reciben-sus-pensiones/
Brasil	19/12/15	Policía militar encuentra dos geriátricos ilegales en Campinas.	http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2015/12/policia-militar-de-americana-encontra-duas-casas-de-reposo-clandestinas.html
Paraguay	06/01/14	Pocos asilos de ancianos son verificados.	http://www.abc.com.py/nacionales/pocos-asilos-de-ancianos-son-verificados-1206128.html
Argentina	21/04/15	Geriátricos clandestinos se clausuran y los reabren en otro lado con los mismos abuelos.	http://www.lanueva.com/laciudad/808923/geriatricos-clandestinos-se-clausuran-y-lo-reabren-en-otro-lado-con-los-mismos-abuelos.html

Como era improbable que los métodos de encuesta ortodoxos fueran efectivos, para este estudio se desarrolló un diseño de investigación personalizado. En primer lugar, se focaliza en una única ciudad y de mediana dimensión: La Plata, a 56 km de Buenos Aires, Argentina. Según los datos proporcionados por el Censo 2010, en la ciudad de La Plata residían 654.324 personas, de los cuales los mayores de 65 años representaban el 11,3% mientras que los mayores de 80 años alcanzaban al 3% de la población total. En parte esta selección fue oportunista, pero también reflejó la utilidad de estudiar en profundidad un marco urbano definido, lo que hubiese sido imposible en una ciudad más grande. La Plata no debe ser

tomada como representativa de la experiencia Argentina, mucho menos de América Latina. De acuerdo con las estadísticas oficiales, en Argentina, esta ciudad tiene uno de los niveles más bajos de pobreza en relación a los ingresos (CESO, 2015).

En La Plata, la investigación comenzó con la revisión de la documentación disponible, incluida la literatura gris. Entrevistamos a 10 informantes claves, con distintos intereses locales, incluidos aquellos con injerencia en la regulación de la calidad del CLP, como así también gerontólogos, trabajadores sociales y proveedores de servicios. Seleccionamos dos barrios de perfiles socio-económicos diferentes (clase media y clase trabajadora). En cada barrio, trabajamos con asociaciones de jubilados y nos enfocamos en dirigir debates entre hombres y mujeres mayores sobre el conocimiento y la experiencia que éstos tienen de los servicios de CLP locales. Luego reunimos y entrenamos a seis jubiladas pertenecientes a una red de activistas mayores⁶ para dirigir una investigación adicional sobre los centros de cuidados a largo plazo en sus propios barrios. Ellas trabajaron con el equipo de investigación para desarrollar un cuestionario y siguiendo un modelo del “cliente misterioso/supuesto paciente”⁷, se comunicaron telefónicamente con diferentes residencias asistenciales de la zona, a las que le solicitaban información para la atención de un miembro de la familia ficticio⁶. Luego de la información obtenida, realizaban una visita al establecimiento para completar la encuesta. Las investigadoras jubiladas entrevistaron a 30 proveedores de servicios locales.⁸ Finalmente, volvimos a reunirnos para trabajar con los comentarios adicionales y para discutir los hallazgos y las reflexiones sobre las experiencias. Tomados conjuntamente, estos distintos métodos y fuentes de información ofrecen datos valiosos que sirvieron para triangular la calidad de la información de los servicios de CLP en La Plata.

Los servicios y los proveedores formales de CLP en la ciudad de La Plata.

La calidad del CLP es una función de la variedad y el alcance de los servicios brindados. Se ha observado que el CLP formal está mucho menos desarrollado en los países con ingresos

⁶ Forman parte de la "Red Mayor" que previamente estudió la calidad del planeamiento urbano para los adultos mayores, como parte de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (ver <http://blogs.iadb.org/ciudadessostenibles/2015/23/age-friendly-cities-2/>).

⁷ El enfoque del paciente supuesto presenta algunos desafíos éticos importantes, ya que los investigadores no proporcionan información certera de sus verdaderas identidades y la información obtenida no es consentida por los sujetos de la investigación. Sin embargo, se acepta este método como ético cuando (i) los sujetos de estudio no son expuesto a situaciones peligrosas; (ii) es necesario actuar de forma clandestina para obtener información científica verdadera; (iii) los conocimientos que se obtendrían tengan un valor muy alto para el bienestar público (Rhodes y Miller, 2012). Este estudio incluye todos estos criterios.

⁸ Sólo una residencia de cuidados rechazó la admisión de un jubilada-investigadora. Le informaron la investigadora que no había espacio disponible en ese momento.

medios/bajos (LMICs por sus siglas en inglés) que en los países de ingresos altos, igual que en términos de su extensión que su diversidad (CEPAL, 2009).

Hasta hace poco, la provisión de los servicios estaba casi enteramente a cargo de un pequeño número de residencias para adultos mayores indigentes, financiados con fondos públicos o donaciones (Redondo y Lloyd-Sherlock, 2010). Se suponía que, a diferencia de los países de mayores ingresos, las familias deseaban y podían cuidar a los adultos mayores, sin ayuda externa.

En la última década, en varias partes de América Latina, se produjo una rápida ampliación y diversificación de los servicios de CLP (Huenchuan y Rodríguez Velázquez, 2015; Gascón y Redondo, 2014; Camarano *et al*, 2010). La Plata no es la excepción a esta tendencia, que incluye:

- Un incremento notable del número de residencias de cuidados para adultos mayores, principalmente de gestión privada y con fines de lucro.
- El establecimiento de nuevos centros de día, también de gestión privada y con fines de lucro, que incluye a un pequeño número de centros especializados en adultos mayores con demencia.
- La creación de varios programas de entrenamiento para enfermeras geriátricas y cuidadores de residencias, los cuales están dirigidos por el sector privado, organismos estatales y de caridad. Todos ellos forman parte de un programa que afirma haber entrenado a unos 45.000 cuidadores (<http://www.desarrollosocial.gob.ar/noticias/los-adultos-mayores-bien-cuidados/>).
- Los pagos en efectivo para cubrir los costos de aquellos adultos mayores que requieran cuidados domiciliarios.
- Nuevos programas de "hospitales en casa" para adultos mayores con unos altos niveles de dependencia.
- Nuevos esquemas para brindar apoyo a los familiares no remunerados que asisten a los adultos mayores, como ser el programa privado de teleasistencia domiciliaria (<http://www.atemponet.com/index.htm>)

También hubo una diversificación de los actores y organismos involucrados en los servicios de CLP en La Plata, los que incluyen:

- Tanto el ministerio de salud provincial, como el municipal (La Plata es la capital provincial) proveen servicios geriátricos de salud. Incluso, son responsables por la provisión del CLP cuando la gente mayor sin cobertura de obra social ingresa al hospital porque no tienen acceso a apoyo domiciliario adecuado. El Ministerio de Salud de la provincia declara haber registrado cerca de unos 3.000 centros de

cuidados durante el año 2012 y siendo además responsable de auditarlos.⁹ Por otra parte, tanto el ministerio provincial como municipal de acción social entrenan cuidadores domiciliarios.

- La cobertura de salud a través de la seguridad social (las “obras sociales” y el PAMI) conforman una parte importante del sector de la salud en Argentina. Desde 2012, la cobertura del seguro social es prácticamente universal para la gente de 65 años o más. Existen distintos fondos para diferentes grupos ocupacionales (Belló y Becerril-Montekio, 2011). En La Plata, los dos más importantes son el de los trabajadores del sector público de la provincia de Buenos Aires (IOMA) y un fondo que tiene responsabilidad específica para todos los ciudadanos argentinos jubilados o pensionados del Sistema Nacional de Jubilaciones (PAMI). Tanto el PAMI como IOMA fueron originalmente creados como seguros de salud y por eso mantienen el foco en la prestación de esos servicios. No obstante, también financian una variedad de servicios de CLP, que incluyen subsidios para las residencias geriátricas habilitadas, subsidios para los centros de día habilitados (incluyen el costo del transporte para las personas mayores con problemas de movilidad) y la cobertura del costo del cuidado domiciliario.
- Las organizaciones benéfico-religiosas tienen un papel pequeño pero establecido históricamente. Dirigen varios establecimientos residenciales, generalmente en forma co-financiados por organismos estatales.

Aunque La Plata tiene una constelación creciente de proveedores y servicios de CLP, hay falencias importantes en la cobertura del servicio. La salud geriátrica y los servicios de cuidados geriátricos financiados con fondos públicos han disminuido con el tiempo, como así también los servicios provistos por las organizaciones religiosas. Por ejemplo, seis centros de cuidados dirigidos por Caritas cerraron en el 2012 porque la organización eligió focalizar su trabajo en grupos de gente más joven. Los servicios de salud mental pertenecientes al Ministerio de Salud, que trataban a personas con demencia, fueron especialmente afectados por una ley que obliga a reinsertar en la comunidad a los pacientes hospitalizados y como consecuencia, la provisión de servicios de CLP asequibles sigue quedando limitado. El número de establecimientos residenciales habilitados y financiados por IOMA y PAMI es aún pequeño, por lo que hay listas de espera de unas 50 a 100 personas (en muchos casos, es probable que los solicitantes fallezcan antes de la admisión). La cobertura estatal limitada explica parcialmente la proliferación de proveedores privados y con fines de lucro, mayormente en la forma de hogares geriátricos; en el 2015 había alrededor de 70 en la ciudad.

⁹ http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2012_2_8&id=30068&id_tiponota=11

El apoyo estatal y del seguro social para el CLP domiciliario también es limitado. Tanto la IOMA como PAMI ofrecen dinero en efectivo para cubrir los costos del cuidado domiciliario. En el caso de PAMI, estos pagos están ampliamente disponibles, pero equivalen solamente a £43 mensuales (\$800 argentinos por mes), que representa una pequeña fracción del costo real de los cuidados domiciliarios. Ambas obras sociales ofrecen pagos más generosos para las personas mayores con necesidad de cuidados complejos, pero se otorgan con menos frecuencia.

Aunque la variedad del CLP provista en La Plata se está ampliando, aún hay muchos servicios que no están incluidos, tales como: la capacitación, el descanso para los familiares que proveen los cuidados sin remuneración a cambio, o los complejos habitacionales para adultos mayores asistidos por personal idóneo, que demostraron ser efectivos en los países de ingresos económicos altos. Particularmente, la provisión de cuidados especiales sigue siendo limitada. Muchos servicios de cuidados excluyen a los adultos mayores con enfermedades como la demencia, debido a la exigencia de los cuidados. Desde hace algunos años, un pequeño número de centros de día privados y dirigidos por especialistas en demencia comenzaron a funcionar, pero tienen capacidad limitada y precios prohibitivos para la mayoría de la población. Los servicios financiados con fondos estatales para personas con demencia consisten principalmente en un número decreciente de internaciones no especializadas en clínicas de salud mental, con un alto índice de camas ocupadas.

El acceso a los servicios de CLP es particularmente limitado para las personas mayores con menor poder adquisitivo. Aunque casi en su mayoría están incluidos en sistemas de seguro social, como PAMI o IOMA, para la prestación efectiva de los servicios es necesario realizar pagos complementarios que son reintegrados, pero luego de un tiempo considerable. La situación de los adultos mayores humildes y sin apoyo familiar fue tratada abiertamente en uno de los debates del grupo focal:

Coordinador: ¿Qué sucede si no alcanzan a pagar el cuidado que necesitan?

Participante 2: Simplemente mueren.

Participante 3: Mientras tienen buena salud hacen lo que pueden.

La calidad de los servicios CLP en La Plata.

Entre todos los participantes del estudio, hubo un claro consenso que la calidad del cuidado ofrecido por los geriátricos es generalmente muy pobre. Esto fue visto tanto en sus condiciones edilicias como en la calidad del cuidado que se ofrece. De acuerdo a un gerente de un establecimiento privado de cuidado domiciliario:

Uno puede tomar cualquier tipo de casa y luego agregar habitaciones en el fondo, sin los espacios o la planificación apropiada.

Un trabajador social agregó:

La mayoría de estos establecimientos son muy antiguos, deprimentes, oscuros y están deteriorados. La gente que trabaja allí no está capacitada y cuidan quizás 10 o 12 personas de la mejor manera posible.

Del mismo modo, una persona mayor participante de uno de los grupos focales de jubilados observó:

He trabajado como enfermera en varios geriátricos. La forma en la que tratan a los residentes es espantosa... Los lugares siempre están completos, así que a las tres de la mañana comienzan a levantarlos, los llevan al baño y los bañan... Solía escuchar a la gente decir: "Te daré una pastilla para que me dejes tranquila, ¿sí?". Sabían cuando vendrían a visitar los familiares... "Debemos preparar a la abuela para cuando lleguen", ropa linda, limpia y bien arreglada para que cuando los familiares llegasen... y, ¡jabracadabra, una abuela feliz!

Sobre la calidad de los geriátricos más caros hubo menos consenso. Varios referentes hicieron hincapié en la alta calidad del cuidado brindado por establecimientos que admitieron a sus propios familiares. No obstante, un referente clave de IOMA indicó:

No siempre tienen el equipo profesional que dicen tener en las publicidades... En muchos casos, son solo las personas que limpian y las que realizan cuidados domiciliarios.

Las personas mayores que trabajaron en residencias de cuidados más caras, así como también los investigadores jubilados, se manifestaron escépticos de que el alto costo se reflejaba en un cuidado de mayor calidad. Por ejemplo, en la encuesta del centro de cuidado más caro (£1000 por mes), las habitaciones estaban bien iluminadas y limpias y teóricamente tenían un médico calificado a cargo. No obstante, los residentes generalmente estaban al cuidado de un solo empleado sin ningún título, los espacios compartidos eran extremadamente incómodos y el pequeño jardín básicamente no era accesible.

La información sobre el grado en que los centros de cuidados no registrados mantenían la autonomía de los residentes y la capacidad funcional era muy limitada. Aunque algunos proveedores apoyaban criterios más progresistas, como el cuidado centrado en la persona, esto generalmente no se veía en la práctica.¹⁰ Algunos referentes claves observaron que en centros habilitados y de mayor reputación generalmente existía la tendencia de "cuidar" a

¹⁰ Una encuesta en centros de cuidado inscriptos en Chile reportaron que el 71% no tenían instalaciones para mantener el funcionamiento del estado mental y físico de los residentes (SENAMA, 2013)

los adultos mayores para ajustarse a un modelo anticuado de dependencia pasiva. Un empleado del gobierno local observó:

Hemos notado que cuando una persona es admitida, quizá tiene problemas para ir al baño, pero aún logra hacerlo con algo de ayuda. Pero luego, se le obliga a usar pañales y pierde la habilidad de ir al baño. Le obligan a usar el pañal desde el principio solo por conveniencia. Se ocupan de los residentes de una manera normal: los bañan, los levantan y luego los acuestan a una hora determinada.

De manera similar, en un establecimiento de cuidado más prestigioso administrado por una organización de una iglesia observó:

Cuidan y apoyan a los adultos mayores de una manera muy respetuosa... Hay muchos voluntarios, varias actividades artísticas. Pero bueno, no tienen interés en la rehabilitación ni en el apoyo psiquiátrico.

Mientras que de un centro habilitado por PAMI dijo:

Ni siquiera hay interacción [con los residentes]. En varias ocasiones he visto que en el proceso de trasladar a alguien de una silla de ruedas a la cama, el cuidador no pregunta: "¿quiere levantarse?", "¿quiere comer o tomar algo...?". Nada... Cuando uno entra está muy [su voz se desvanece]. Al principio me puse muy mal.

Los encuestadores jubilados encontraron problemas generalizados de calidad en los geriátricos entrevistados, incluyendo casos de abuso y violaciones de derechos humanos. Los entrevistadores jubilados presentaban una situación ficticia para al entrevistar a los gerentes de los geriátricos. La guía de indagación estructurada fue elaborada en conjunto con los investigadores que dirigían el estudio y dramatizada a lo largo de las sesiones de capacitación. La entrevista comenzaba con el siguiente planteo:

"Buscamos un lugar donde alojar a mi hermana que tiene algunos problemas de comportamiento y no puede cuidarse sola en su casa. Esta búsqueda la hacemos junto a otros familiares y necesito escribir lo que usted me vaya mostrando e indicando para poder conversar con ellos luego".

Como parte de las entrevistas estructuradas, a los gerentes de los geriátricos se les preguntó: ¿necesitan entrevistar a la persona mayor antes de que sea admitida o con el pago y la firma de la familia es suficiente? Mientras que varios gerentes respondieron que debían revisar la historia clínica de la persona en cuestión, solo uno solicitó tener una entrevista previa con el candidato. El procedimiento de admisión no parecía involucrar el consentimiento del adulto mayor. Por ejemplo, los gerentes parecían aceptar directamente la alegación de los familiares indicando que el candidato tenía "problemas de conducta" y se asumía que esto automáticamente descalificaba al adulto mayor para que pueda decidir sobre su admisión. En el caso que se solicitó la entrevista previa con el adulto mayor, fue

principalmente para asegurarse de que la persona pueda “encajar” en la dinámica del establecimiento, y no tanto para obtener su consentimiento.

Los investigadores jubilados agregaron que “su hermana” solía caerse con frecuencia y preguntaron cómo manejarían ese tema. En 8 de los 30 establecimientos, no se obtuvo una respuesta específica. En 8 casos adicionales, la respuesta fue que lo controlarían por restricción física. En algunos casos, dijeron abiertamente que usaban sábanas rotas para atarlos. Ninguno de los establecimientos entrevistados tenían habitaciones individuales para los residentes y las puertas de las habitaciones generalmente debían permanecer abiertas para que los empleados pudieran observar el comportamiento de los residentes. Esto incluía los momentos en que los residentes se vestían. En otros estudios realizados en Argentina sobre residencias de cuidados, se observó un alto nivel de uso de psicotrópicos para “sujetar” a los residentes (Redondo and Lloyd-Sherlock, 2010). No fue posible evaluar el alcance con que esto sucedía en los geriátricos de La Plata. No obstante, los investigadores jubilados pudieron observar las limitadas conversaciones, la poca lucidez mental y las escasas actividades entre los residentes. La mayoría de las visitas se realizaban a la hora del almuerzo y se los observaba por lo general en silencio. Un investigador jubilado indicó:

Durante mi visita, no escuché un sonido. No escuché voces.

Otra persona dijo:

Cuando abrieron la puerta para que yo pueda ver el cuarto de rehabilitación, hacía mucho frío y me di cuenta que nadie había entrado allí durante mucho tiempo.

Aunque a veces se referían a los geriátricos como lugares donde creían que los servicios eran de alguna forma adecuados, la impresión general que se llevaron de la encuesta fue muy negativa. Una reacción muy típica fue:

No me gustó ninguna de las residencias que visité. Mientras recorría cada una me sentí muy triste y pensaba que debía decirle a mis hijos que nunca me enviaran a un lugar así.

Ni PAMI ni IOMA brindaron cursos de capacitación para las personas que trabajaban en esos geriátricos habilitados o como cuidadores domiciliarios. La capacitación del cuidador fundamentalmente está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires que dijo haber capacitado más de 1.200 cuidadores entre 1996 y 2016. Un referente dijo:

Hemos extendido rápidamente nuestro programa de capacitación para satisfacer la demanda y no llegamos a conocer a los alumnos como antes. Actualmente estamos

recibiendo denuncias sobre robos... Nuestros cuidadores están robando joyas y otros elementos.¹¹

Otra persona agregó que muchos alumnos no continuaban como cuidadores por mucho tiempo, ya que:

Algunas personas que asisten a ese tipo de cursos piensan que serán un enfermero de lujo que hará visitas a domicilio o algo así. Luego, se dan cuenta de que se necesita un gran esfuerzo físico y psicológico para limpiar a un adulto mayor, para poder llevarlos al baño, bañarlos y que no es un trabajo muy placentero.

Este tipo de preocupaciones sobre la calidad de algunos cuidadores domiciliarios pagos se reflejó en los testimonios de los participantes del grupo focal:

Fui a la verdulería y vi una persona completamente confundida. Noté que casi no podía permanecer parada así que la tomé del brazo y le pregunté: “Lia, ¿qué haces aquí?”. Y me contestó: “Solo vine a hacer unas compras”. “¿Y la chica que te cuida?”. Y respondió: “Ah, está en casa tomando té”. “¿Y qué haces tú aquí?”. “Debo comprar algunas cosas”... (Cuando iba a visitarla a su casa) podía observar que necesitaba muchas cosas y no las tenía, así que fui y las compré por ella”.

La primera vez que me pidieron ir a su casa, cuando vi a la mujer mayor casi me desmayo. Fui a cortarle el pelo y las uñas de las manos y de los pies... La mujer no dejaba que nadie la toque, ni siquiera la chica que la cuidaba que se suponía que era una cuidadora capacitada... ¡Cuando vi sus pies casi me muero! Entre los dedos, que hacía tiempo que no se higienizaban bien, tenía como una costra marrón. Así que agarré las pinzas, el algodón, la crema y comencé a limpiar sus pies. Luego llamé a la cuidadora y le pregunté: “¿quién se supone que debe higienizar a esta mujer?”.

Entre todos los participantes hubo un amplio consenso en que los servicios de cuidados más intensivos, como el “hospital en casa” respaldados por PAMI y IOMA, son muy difíciles de conseguir y no están bien coordinados. Por ejemplo, un participante del grupo focal comentó el caso de su padre que dependía mucho del cuidado por estar en la etapa final de la enfermedad de Parkinson. Logró conseguir a través de PAMI, un cuidador pago así como también otro tipo de asistencia como la silla de ruedas. Sin embargo, obtener estas cosas costó mucho tiempo y pudo obtenerlo un tiempo antes de que su padre muriera. PAMI también le entregó una cama ortopédica para su padre pero el colchón de la cama llegó luego de que murió. Fue a varios geriátricos pero ninguno estaba preparado para aceptar a alguien con ese nivel de dependencia.

Integración entre los servicios de CLP y de salud.

¹¹ Hubo denuncias no confirmadas que el programa de capacitación nacional había incorporado un gran número de ex convictos que buscan obtener un trabajo por otros medios.

La calidad de los servicios de CLP en cualquier contexto depende del grado en que estos servicios están integrados principalmente a la provisión de salud para los adultos mayores. Mientras que la infraestructura del servicio de salud general en La Plata está relativamente bien desarrollada según los estándares de Argentina, hay falencias evidentes en la provisión para los adultos mayores. Un referente de un hospital provincial local comentó que las clínicas de salud en la ciudad están casi todas centradas en las condiciones de la salud materno-infantiles y que las enfermeras tienen muy poca capacitación en geriatría.

La principal forma de trabajo comunitario con los adultos mayores en la ciudad que lleva a cabo PAMI son las visitas de enfermeras geriátricas a clubes de jubilados, existen alrededor de 200 en La Plata (de los cuales 147 estaban afiliados a PAMI). A través de estas visitas de enfermería se ofrecen servicios útiles, incluyendo la verificación de la presión sanguínea y consejos para el cuidado de la salud. Si bien representa un servicio valioso, PAMI estima que solo un 17% de sus afiliados participan activamente en estos clubes. Es probable que el porcentaje de participación de adultos mayores con movilidad más limitada (y por lo tanto con mayor necesidad de cuidado a largo plazo) sea consideradamente más bajo. Fuera de los clubes de jubilados, el acceso al servicio de salud ofrecido por PAMI y IOMA presenta trabas burocráticas y frecuentemente es necesario viajar al centro de La Plata o incluso a Buenos Aires. Obtener los medicamentos es un problema, particularmente para los adultos mayores con movilidad limitada. Un referente del grupo focal comentó:

En ciertos momentos, casi todas las farmacias de la ciudad se negaron a brindar el servicio de PAMI. Una vez, solo la farmacia que está ubicada en el supermercado Carrefour brindaba el servicio. Se asignaban 50 números para atender a los clientes durante las mañanas y las personas se mataban para conseguir un número. Estaba alejado del centro.

Como con los servicios de CLP respaldados por PAMI y IOMA, la inaccesibilidad de los servicios de salud generalmente requieren pagos importantes por parte de los adultos mayores, presentando una barrera adicional para quienes disponen de menos dinero. La referente de PAMI reconoció que había una gran falta de camas en los hospitales de La Plata para los adultos mayores y esto generaba una lista de espera muy larga. Por lo tanto, los adultos mayores debían depender más de instituciones privadas y realizar pagos fuera del alcance de su bolsillo.

Teniendo en cuenta los defectos de los servicios convencionales de salud y la fragmentación de la provisión del CLP en La Plata, las perspectivas de lograr una integración son muy poco probables. Esto es así por varias razones. En principio, los médicos clínicos y los empleados de las clínicas principales de salud no están bien informados sobre los servicios de CLP. El conocimiento limitado que tienen los empleados de salud sobre temas de CLP pudo observarse a través del testimonio de un participante del grupo focal:

Perdí a mi esposo y un tiempo después fui a hacerme unos análisis. Vivo sola, me cuido a mí misma y nunca tuve problemas hasta ahora... Cuando conocí al médico

por primera vez me preguntó: “¿cuántos años tiene?”. “80”. “¿Y aún vive sola?” “Sí”... “¡Pero con esa edad usted no puede vivir sola!”. Regresé a mi casa y me deprimí... El médico había dicho eso y no sabía nada de mí.

Un resultado frecuente informado por varios entrevistados sobre la integración limitada entre los servicios de salud y de CLP, es la permanencia innecesaria de personas mayores con alta médica en los hospitales de agudos por falta de lugares adecuados en la comunidad o de apoyo suficiente en los domicilios. Debido a las preocupaciones sobre los bloqueos de cama, el único hospital público que ofrece servicios de rehabilitación para adultos mayores solo admite pacientes que puedan demostrar que tienen familiares que puedan cuidarlos al momento de darles el alta. Además, esta institución no admite por lo general personas con demencia, ya que el servicio no incluye la rehabilitación cognitiva. La falta de servicios de especialistas para gente con demencia genera estadías prolongadas en las salas hospitalarias, bloqueando camas. Uno de los participantes del grupo focal dijo:

Mi madre murió hace 18 meses y tenía demencia senil... Llegó un momento que ya no me reconocía... Tenía serios problemas cardíacos así que la internaron en el hospital Mosconi de Berisso. Estuvo allí durante tres meses... Luego, el médico le dio el alta. Yo le dije a Juan Carlos, su esposo: “¿me dejarías llevarla a casa conmigo?”. “No, no”, dijo él, “Que se quede conmigo. Yo aún puedo cuidarla”... Al final, la internaron en el Hospital San Juan de Dios. Tenía arritmia y bueno, allí murió ya sin reconocermé.

La regulación de la calidad

Existen indicios de que los esfuerzos del Estado para supervisar y regular la calidad de los servicios de CLP han mejorado con el tiempo. Estos esfuerzos operan dentro de un marco legal más amplio, debido a la promulgación de leyes en diversas provincias que reglamentan el funcionamiento de los hogares geriátricos en sus respectivas jurisdicciones. Un trabajador social del gobierno dijo:

Siento que hoy existen muchas normas. Las residencias de cuidados deben cumplir con tantas cosas que solo algunas realmente lo cumplen.

Como en los países con niveles de ingresos altos, La Plata tiene un sistema de habilitación de instituciones de CLP que recibe acreditación del Estado y financiación del seguro social. Casi todas las residencias de cuidados exhiben el certificado de acreditación de PAMI, IOMA o del Ministerio de Salud provincial o municipal.

En La Plata existen cuatro instituciones que son responsables para la regulación de residencias de cuidados. PAMI y IOMA supervisan aquellas residencias con las que tienen contratos mientras que los Ministerios de Salud Provincial y Municipal tienen una competencia más amplia sobre el monitoreo de todas las residencias. El rol preciso entre

estas instituciones no siempre fue claro. Los geriátricos en la ciudad de La Plata podían ser habilitados tanto como por el Ministerio de Salud Municipal (MSM) como por el Ministerio de Salud de la Provincia (MSP). Un referente indicó que la mayoría prefería estar habilitado por el MSM ya que sus estándares eran menos estrictos. Por ejemplo, no estipulaba el número máximo de adultos mayores por habitación mientras que el MSP ponía como condición a dos personas.

Referentes entrevistados señalaron que ambos ministerios se centraban exclusivamente en los aspectos físicos de las residencias de cuidados, como por ejemplo, las salidas de emergencia y alarmas de humo, pero no prestaban atención a temas como la cantidad o el tipo de empleados, el uso de restricciones, sedantes, la conducta general y el respeto de los derechos de los adultos mayores.

Los gobiernos municipales y provinciales también tenían divisiones específicas que afectaban a los adultos mayores (Secretarías de la Tercera Edad). Estas se encontraban en sus respectivos Ministerios de Desarrollo Social y no en el Ministerio de Salud. Aunque estas divisiones no habilitaban residencias de cuidados, cumplían un rol general para supervisar la calidad y responder los reclamos. Sin embargo, en ambos casos, los recursos eran extremadamente limitados y existían problemas evidentes de gestión.

Durante el verano de 2016, IOMA había habilitado 23 residencias de cuidados, pero su capacidad para auditarlas era mínima. En el momento de realizar la investigación, la capacidad de IOMA para regular las residencias de cuidados era exigua: la única opción de los auditores fue comunicarse vía telefónica con los gerentes de las residencias.

En general, la posibilidad de que las instituciones del Estado manejen eficazmente el creciente sistema de CLP es muy limitado. Eso es en parte por los recursos limitados dedicados a estas actividades así como también a las competencias y poderes limitados que gozan. Además, hay indicios de que la regulación efectiva se vio dificultada por problemas de gestión y, a veces, de corrupción. En 2010, un diario reveló la amplia corrupción de contratos entre IOMA y empresas privadas que brindaban servicios de hospital en casa. De manera similar, PAMI ha establecido una historia y reputación por mala gestión (Lloyd-Sherlock, 2003). En mayo del 2016, el nuevo director nacional de PAMI admitió que la institución era altamente corrupta, incluido los pagos del cuidado domiciliario para cientos de personas que ya no viven.¹² La complejidad del sistema de CLP en términos de distintos servicios, proveedores, financiadores y contratos parece crear una buena oportunidad para la corrupción.

En términos más generales, hubo poca evidencia de integración y coordinación entre muchos factores y componentes del sistema de CLP. Cuando se le preguntó a los interesados sobre la posibilidad de reunirse o, mucho menos, trabajar con sus contrapartes

¹² <https://estodolocontrario.wordpress.com/2016/05/04/en-el-pami-revendian-medicamentos-y-se-encontraron-sillas-de-ruedas-nuevas-abandonadas/>.

en otras instituciones, todos respondieron que era algo que no había sido muy considerado. Esta falta de coordinación entre PAMI, IOMA y las instituciones del gobierno es particularmente llamativa teniendo en cuenta el tamaño de La Plata, la cercanía entre las oficinas y las redes informales (por ejemplo, varios referentes han sido capacitados en el mismo departamento de la universidad local).

Aparte del Estado, no hay otras instituciones importantes con interés particular o responsabilidad para supervisar los servicios de CLP en La Plata. Sin embargo, como se ha mencionado más arriba, puede ser que los usuarios del servicio exijan a los proveedores rendir cuentas, como ciudadanos o consumidores empoderados. Aquí entra en máxima consideración la "alfabetización del cuidado" de los usuarios del servicio. Este concepto, concebido en este documento, es básicamente una extensión de las ideas de la alfabetización en salud (Findlay, 2015). Incluye temas como la comprensión básica de las condiciones que afectan a los adultos mayores, cómo tratarlos, dónde buscar apoyo y cómo evaluar el servicio de calidad: abarca el conocimiento y la comprensión de lo que constituye el cuidado adecuado en un hogar o en una institución.

Una de las claves para la alfabetización del cuidado es que la información esté disponible en forma adecuada. Claramente, este no es el caso en La Plata. Varios referentes estuvieron de acuerdo en comentar que los médicos y otros trabajadores de salud no son una fuente de información confiable para consultar sobre los servicios, como se refleja en el testimonio que se mencionó arriba.

Para todos los referentes, la fuente principal de información sobre los servicios de CLP disponibles y su calidad es simplemente el boca a boca. Los registros y la lista de las residencias de cuidados habilitadas no están disponibles en forma pública, con excepción de IOMA que brinda una lista de 23 geriátricos para toda la provincia. Esta lista tampoco incluye información sobre la variedad y calidad de los servicios ofrecidos por las distintas residencias de cuidados. Otra fuente de información adicional es lo que ocasionalmente se comunica en los medios sobre los escándalos en las residencias de cuidados y el abuso de los ancianos; algo que agrega incertidumbre y desconfianza sobre el sistema para el usuario. Frecuentemente, los usuarios no saben bien si las residencias de cuidados están realmente habilitadas. De acuerdo a dos participantes del grupo focal:

Todas las residencias de cuidados que visité exhibían su certificado afuera.

Sí, yo también las recorrí. Las miré, entré y elegí las que más me gustaban. Pero no hay una que pueda decir que es buena... Pero por lo menos creo que todas cumplen con los estándares oficiales.

De las 30 residencias entrevistadas por la encuestadora jubilada, 14 no exhibían el certificado.

De manera similar, los participantes del grupo focal sintieron que no tenían acceso a información sobre la confianza acerca de los cuidadores domiciliarios que se puedan contratar:

Mi hermana tiene problemas en sus piernas. Tiene una buena posición económica pero la gente mayor como ella tiene miedo sobre lo que puede suceder si uno deja entrar a una persona a la casa. Alguien en tu casa todo el día y por la noche... Alguna chica joven que luego también trae a su novio.

Lo participantes del grupo focal tampoco conocían los nuevos servicios de los centros de día que aumentan en la ciudad:

No sé qué ofrecen. Paso y veo los afiches, las publicaciones pero realmente no lo sé.

En términos de alfabetización del cuidado, las mujeres mayores en el grupo focal de barrios más pobres exhibieron ventajas en relación con las participantes de los grupos en barrios de clase media: muchas de ellas (pero no los hombres) tuvo experiencia trabajando con el sector de CLP. Dentro de las mujeres de este grupo se encontraban las participantes que habían trabajado como enfermeras, cuidadoras domiciliarias, empleadas de residencias de cuidados y una que había sido dueña de un pequeño geriátrico.¹³ Estas experiencias les dio a estas mujeres una mirada más realista e informada sobre la calidad del CLP. Por contraste, las personas mayores del barrio de clase media, trabajaban con la hipótesis de “recibe lo que se paga”. Esta no era una mirada común en el grupo de mujeres más pobres, algunas de ellas habían trabajado para proveedores con supuestamente una buena reputación y realmente sabían cómo funcionaba. A pesar de esto, ambos grupos de participantes tenían algo en común. Cuando buscaron un lugar para ingresar a algún familiar, ambos tuvieron éxito en encontrar residencias que, a pesar de estar lejos de ser perfectas, ofrecían un servicio con una calidad razonable. Quizá como era de esperar, ubicar a los familiares en geriátricos de calidad inferior era visto como algo que hacían otras personas. Esto nos muestra la negación que existe en las familias de los adultos mayores, que no quieren reconocer las deficiencias de los servicios ofrecidos a sus familiares.

Discusión preliminar y cuestiones normativas.

Basado en un caso de estudio en la ciudad de La Plata, este trabajo muestra que hubo un crecimiento rápido y con diversidad en los servicios formales de CLP para adultos mayores. Está surgiendo una industria atomizada del cuidado formal que involucra una amplia gama de actores: el estado, el seguro social y el sector privado. Al mismo tiempo, es evidente que el sistema de regulación y el control de calidad básicamente están ausentes.

¹³ Es posible que esto represente el número de mujeres mayores de ese barrio con experiencia en cuidado, ya que en este caso, tuvieron un interés particular de participar en el grupo focal. Sin embargo, estas mujeres comentaron que este tipo de trabajo era común entre las mujeres del barrio.

Utilizando una combinación nueva de métodos de investigación, este trabajo revela las grandes deficiencias en todos los aspectos del CLP formal en La Plata, tanto en los servicios domiciliarios como en las residencias. El sistema está fragmentado en su totalidad, se encuentra mal articulado y no tiene integración con los principales servicios de salud. Existe una clara falencia especialmente para los adultos mayores más pobres o para aquellos con necesidades de cuidados más complejas. Lo más sorprendente es que la calidad de los servicios con frecuencia es extremadamente pobre y por lo general puede generar posibles abusos en los ancianos y una clara violación de los derechos humanos de los adultos mayores. Por ejemplo, admitir a adultos mayores a geriátricos sin su consentimiento, sujetarlos física y farmacológicamente sin necesidad y mantenerlos en condiciones antihigiénicas y miserables, constituye el encarcelamiento ilegal, secuestro, agresión y otros actos delictivos.

Este trabajo muestra que la capacidad de las agencias del Estado y de los planes del seguro social para regular de forma efectiva a los proveedores de CLP formal es negligente y que las perspectivas de que mejore en un futuro inmediato no son buenas. Estas entidades sufren de recursos limitados y de una capacidad institucional débil, mostrando poco interés de trabajar en forma conjunta para desarrollar un sistema de regulación más fuerte. Por ello, mientras que la noción de “rectoría del Estado” para el CLP, según las propuesta de la OMS, permanezca atractiva en la teoría, su aplicación en la práctica podrá ser quizá en parte una gran ilusión.

En la ausencia de una acción efectiva del Estado para manejar las fallas de los servicios de CLP, el enfoque más efectivo podría ser el trabajar de forma más directa con los adultos mayores y sus familias. Las intervenciones específicas que buscan reforzar el alfabetismo del cuidado y acceder a información sobre el CLP puede reforzar la capacidad del adulto mayor y de sus familiares para responsabilizar tanto a los proveedores como a las agencias del Estado responsables. Es probable que también pueda reforzar las expectativas de lo que debería ser el CLP o por lo menos hacer que sean más reales. En términos más generales, hay una clara necesidad de elevar el perfil público sobre este tema más allá de los informes ocasionales de incendios sobre las residencias de cuidados. Esto requiere un diálogo informativo e incluso nacional sobre los desafíos de cumplir con los cuidados a largo plazo y los fracasos evidentes del sistema actual. En la medida en que La Plata representa la experiencia de otras ciudades de Latinoamérica, nuestros hallazgos indican que es muy posible que a cientos de miles de adultos mayores vulnerables con necesidad de cuidado se les esté privando sus derechos humanos fundamentales. Las ONG y otras organizaciones de sociedad civil interesadas en los derechos humanos han tenido cierto éxito en responsabilizar a los gobiernos de Latinoamérica en otras áreas: es tiempo de ocuparse de esta causa.

References.

M.Belló and V.Becerril-Montekio (2011) Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México* 53(s2): 96-S108.

Camarano, A., Kanos, S. Leitão e Mello, J., and Fernandes Carvalho, D. (2010) “As instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro?” in A.Camarano, ed. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido?* IPEA, Rio de Janeiro.

C.Carbone-Moane and M.Giacchetti-Vega (2016) Malnutrición en adultos mayores institucionalizados en un asilo de Lima, Perú *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 33(1):175-6.

N.Castle and J.Ferguson (2010) What is nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist* 50(4):426-42.

Centro de Estudios Económicos y Sociales Scalabrini Ortiz (CESO) (2015) Informe Económico Especial - Pobreza e Indigencia - Región Pampeana (2003-14) - Junio 2015.

<http://www.ceso.com.ar/informe-economico-especial-pobreza-e-indigencia-region-pampeana-2003-14-junio-2015>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2009) Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? CEPAL, Santiago de Chile

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3859/1/S2009000_es.pdf

P.Day and R.Klein (1987) The regulation of nursing homes: a comparative perspective. *The Milbank Quarterly* 65(3): 303-47.

European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older people (WEDO) (2014) European Quality Framework for long-term care services. Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance

http://wedo.tttt.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EN_WEB.pdf

A.Findlay (2015) Low health literacy and older adults: meanings, problems, and recommendations for social work. *Social Work in Health Care* 54(1):65-81.

S.Gascón and N.Redondo (2014) Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. CEPAL, Santiago de Chile

<http://www.cepal.org/es/publicaciones/36948-calidad-de-los-servicios-de-largo-plazo-para-personas-adultas-mayores-con>

[Gutiérrez-Robledo L.](#), [Reyes-Ortega G.](#), [Rocabado-Quevedo F.](#), [López-Franchini J.](#) (1996) “Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica” *Salud Pública de México* 38(6):487-500.

Hao Q, Wu S, Ying L, Luo L, Dong D and Dong B. (2012) Current dilemmas of nursing homes in Chengdu: a cross-sectional survey. *Journal of the American Medical Directors' Association* 13(4):406.e9-12.

Hirdes J., Fries B., Morris J., Ikegami N., Zimmerman D., Dalby D., Aliaga P., Hammer S. and Jones R. (2004) Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *The Gerontologist* 44(5):665-79.

Huenchuan, S. and Rodríguez Velázquez, P. (2015) Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: diagnóstico y lineamientos de política. CEPAL, Santiago de Chile <http://www.cepal.org/es/publicaciones/38879-necesidades-de-cuidado-de-las-personas-mayores-en-la-ciudad-de-mexico>

R.Ingles Hueche, G.González Álvarez and M. Caballero Astudillo (2016) “Personas mayores y protección civil: una propuesta del servicio nacional del adulto mayor (SENaMa) para el abordaje de emergencias, desastres o catástrofes en los establecimientos de larga estadía para el adulto mayor (EIEaM)” in M.Roqué and A.Fassio (eds) *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento*. FLACSO, Santiago de Chile.

T.Leone, A.Maresso and V.Mor (2014). Regulating quality of long-term care –what have we learned? in V.Mor, T.Leone and A. Maresso (eds) *Regulating long-term care quality: an international comparison*. Cambridge University Press, Cambridge.

P.Lloyd-Sherlock (2003) "Financing health services for pensioners in Argentina: a salutary tale" *International Journal of Social Welfare* 12 (1) (2003): 24-30.

P.Lloyd-Sherlock (2014) “Beyond neglect: long-term care research in low and middle income countries” *International Journal of Gerontology* 8:66-69.

P.Lloyd-Sherlock (2016) Barriers to linking research and policy: the case of long-term care in low and middle income countries. *Population Horizons* 12(2): 62-7.

P.Lloyd-Sherlock et al (2017) Allocating family responsibilities for dependent older people in Mexico and Peru. *Journal of Development Studies* (forthcoming).

V.Mor (2014) A framework for understanding regulation of long-term care quality” in V.Mor, T.Leone and A. Maresso (eds) *Regulating long-term care quality: an international comparison*. Cambridge University Press, Cambridge.

Redondo, N. and Lloyd-Sherlock, P. “Institutional care for older people in developing countries: Repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina” *Journal of Population Ageing* (2010) 2(1):41-56.

K.Rhodes and F.Miller (2012) Simulated Patient Studies: An Ethical Analysis. *The Millbank Quarterly* 90(4): 706-24.

E.Rosenthal, E.Jehn and S.Galván (2010) *Abandoned & Disappeared: Mexico's Segregation and Abuse of Children and Adults with Disabilities*. Disability Rights International and Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, New York.
<http://www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/Mex-Report-English-Nov30-finalpdf.pdf>

SENAMA, Ministry of Social Development, Government of Chile (2013) ESTUDIO DE ACTUALIZACIÓN DEL CATASTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA (ELEAM) DE LAS REGIONES DE TARAPACÁ, ANTOFAGASTA, ATACAMA, COQUIMBO, VALPARAÍSO, LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS, MAULE, BIOBÍO, ARAUCANÍA, LOS LAGOS, AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO, MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA, LOS RÍOS, ARICA Y PARINACOTA y REGIÓN METROPOLITANA, SENAMA, Santiago de Chile.

Shippee T, Henning-Smith C, Kane R and Lewis T (2015) Resident- and Facility-Level Predictors of Quality of Life in Long-Term Care. *The Gerontologist* 55(4):643-55.

K.Walsh and C.Harrington (2002) Regulation of nursing facilities in the United States: an analysis of resources and performance of state survey agencies. *The Gerontologist* 42(4):475-86.

J.Wiener (2014) Foreword in V.Mor, T.Leone and A. Maresso (eds) *Regulating long-term care quality: an international comparison*. Cambridge University Press, Cambridge.

M.Wilberforce et al (2011) Implementing Consumer Choice in Long-term Care: The Impact of Individual Budgets on Social Care Providers in England. *Social Policy and Administration* 45(5): 593-612.

World Health Organization (WHO). 2015. *World report on ageing and health*. WHO, Geneva.