

POLÍTICAS SOCIALES

Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia

Silvia Gascón
Nélida Redondo



NACIONES UNIDAS



PROGRAMA PARA LA COHESIÓN SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

POLÍTICAS SOCIALES

Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia

Silvia Gascón
Nélida Redondo



NACIONES UNIDAS



PROGRAMA PARA LA COHESIÓN SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

Este documento fue elaborado por Silvia Gascón, consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), junto con Nélida Redondo, de la Universidad iSalud-Argentina, en el marco del acuerdo CEPAL/EUROsociAL (FII/13/001-DDS) y bajo la supervisión de María Nieves Rico, Oficial de Asuntos Sociales de la CEPAL.

Las autoras agradecen los aportes y comentarios de Flavia Marco y Sandra Huenchan, de la CEPAL, Fabián Repetto y Gala Díaz Langou de CIPPEC Argentina, Francesco Chiodi, de IILA Italia y de Mathilda Godoy en el marco de su práctica profesional, así como la revisión de Daniela Huneeus. Las autoras también agradecen la colaboración de todas las personas e instituciones que respondieron a la solicitud de información en: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con la organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4162

LC/L.3875

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 2014. Todos los derechos reservados.

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Introducción	5
I. Los sistemas de apoyo para las personas mayores con dependencia	9
A. La orientación de los servicios de apoyo a los adultos y adultas mayores con dependencia centrados en las personas.....	11
B. Conceptos y definiciones	12
C. La experiencia internacional en materia de cobertura de servicios de largo plazo	14
II. Calidad de los servicios de largo plazo para personas mayores con dependencia	17
A. Los estándares de calidad de los servicios integrales e integrados de largo plazo para personas mayores frágiles o con dependencia.....	18
B. Indicadores de estructura, proceso y resultado	20
C. La voz de los usuarios y sus familiares en la evaluación de la calidad de los servicios.....	21
D. La evolución en los enfoques de evaluación de la calidad de los servicios de largo plazo	22
E. La experiencia internacional en materia de evaluación de la calidad de los servicios de apoyo a las personas mayores con dependencia.....	23
1. Los sistemas de calidad de los servicios de tiempo prolongado en Europa	23
2. La experiencia en América del Norte: Canadá y Estados Unidos.....	25
III. La situación de los países de América Latina en materia de servicios de apoyo para la dependencia	27
A. Las transformaciones demográficas y epidemiológicas en América Latina	27
B. La protección social a la vejez en América Latina.....	29
C. Situación actual de la cobertura del riesgo de fragilidad y dependencia en países de América Latina	31
IV. El cambio de paradigma en los programas para la dependencia en América Latina	33
A. Las instituciones de larga estadía para adultos mayores	34

B.	Los servicios de base comunitaria: centros de día y la atención en domicilio para adultos mayores.....	37
C.	La tradición “familista” de los sistemas de protección social latinoamericanos.....	39
D.	La acreditación y la evaluación de la calidad de los servicios para la dependencia en América Latina.....	41
V.	Propuestas para la homologación de estándares de calidad en América Latina.....	45
A.	La necesidad de organizar los servicios y prestaciones distinguiendo niveles de dependencia.....	45
B.	La transparencia en la gestión y en la evaluación de calidad de los servicios	46
C.	La sustentabilidad de los servicios y los sistemas de información.....	46
D.	Los indicadores de resultados de calidad en las instituciones de larga estadía.....	47
E.	Los indicadores de calidad de los servicios en domicilio	47
F.	Los servicios centrados en las personas adultas mayores con dependencia.....	48
	Bibliografía.....	49
	Anexos.....	53
Anexo 1	Indicadores y estándares de cada uno de los estadios y cartas de derechos utilizados en la práctica internacional.....	54
Anexo 2	Instituciones gubernamentales y personas que proporcionaron información para el presente estudio.....	60
	Serie Políticas Sociales: Números publicados.....	61
	Cuadros	
CUADRO 1	CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE LARGO PLAZO PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA, CENTRADOS EN LOS USUARIOS Y AJUSTADOS A DERECHO.....	11
CUADRO 2	SERVICIOS PARA ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA SEGÚN EL ENTORNO DE RESIDENCIA POR NIVEL DE COMPLEJIDAD	13
CUADRO 3	GLOSARIO DE TÉRMINOS	13
CUADRO 4	TIPO DE INDICADORES SEGÚN LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE PROPORCIONAN LOS DATOS	22
CUADRO 5	PANORAMA DE LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES Y MÉTODOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS.....	24
CUADRO 6	INDICADORES PARA LOS PROGRAMAS DE BASE COMUNITARIA EN EL ECUADOR	41
CUADRO 7	DERECHOS DE LOS RESIDENTES DE LOS CARPAM EN EL PERÚ	42

Introducción

El proceso de transición demográfica en América Latina registra una amplia diversidad según los países, tanto a nivel urbano y rural, como en las subregiones geográficas que conforman los territorios nacionales. En consecuencia, los países avanzan hacia el progresivo envejecimiento de sus sociedades; es decir, hacia el incremento de la proporción de personas de edad avanzada sobre el total de la población.

Los países de la región también registran un aumento de la longevidad de sus habitantes, escenario que genera realidades sociales nuevas que requieren de adecuaciones en las políticas públicas, en los servicios sociales públicos y privados, y en los entornos comunitarios. El alargamiento del promedio de vida de la población implica el aumento de la cantidad y proporción de adultos mayores que viven en situación de dependencia durante períodos prolongados, debido a problemas físicos o cognitivos que limitan su autovalimiento para el desempeño en la vida cotidiana.

Depender de terceras personas para la ejecución de un conjunto de actividades básicas de la vida diaria, tales como asearse, comer o desplazarse, puede colocar a los individuos en un estado de vulnerabilidad en lo relativo al ejercicio de sus derechos.

Hasta hace relativamente poco tiempo, incluso en los países con poblaciones muy envejecidas, el cuidado y la atención de las personas mayores con dependencia era un problema que se resolvía exclusivamente en el ámbito privado. Las familias, y dentro de ellas las mujeres, se ocupaban de prestar apoyo y asistir a sus integrantes con dependencia. El internamiento en asilos, hogares o residencias geriátricas fue, durante siglos y hasta bien entrada la década de 1980, la única prestación pública o privada disponible en caso que las familias no pudieran garantizar la protección suficiente.

Durante la década de 1960, a partir de las luchas llevadas a cabo por los movimientos de derechos civiles, en los países europeos y de América del Norte se completó el proceso de disolución de las instituciones asilares destinadas a los ancianos pobres, frágiles y dependientes, que hasta ese momento era la única política pública o caritativa existente dirigida a dicho colectivo. Los movimientos denunciaron que estas instituciones, tal como estaban concebidas, operaban suprimiendo el ejercicio de los derechos humanos de las personas que allí se albergaban y actuaban como poderosos agentes de exclusión social.

En las dos décadas siguientes, la internación en las denominadas residencias u hogares geriátricos, ahora de menor tamaño y específicamente dedicadas a la atención integral de las personas con dependencia, fue la única oferta de servicios públicos y privados en la mayor parte de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Hennesy, 1995). Esa situación continúa siendo, en la actualidad, la que predomina en otros lugares del mundo, lo que incluye a América Latina.

A partir de la década de 1970, tras la celebración de la Convención Americana de Derechos Humanos, se estableció el Pacto de Costa Rica que consagró definitivamente en los países suscriptores la garantía de los derechos humanos individuales o inalienables: derecho a la vida, a la identidad, a la integridad física, a la intimidad, a no ser discriminado, a la imagen, a la dignidad y el honor. El ejercicio de estos derechos es integral y de carácter vitalicio; es decir, se gozan hasta el momento del fallecimiento.

Desde la declaración de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad del año 1991, y en vigor a partir de la declaración política del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento del año 2002, el tratamiento de los derechos de las personas mayores en políticas y programas ha sufrido un cambio paradigmático (Huenchuan y Morlachetti, 2007; Flores-Castillo, 2013).

En la actualidad, el denominado enfoque de derechos, tal como fue acreditado por la Organización de las Naciones Unidas en la declaración política del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid, 2002, proporciona una perspectiva conceptual y metodológica para la innovación de las políticas públicas dirigidas a las personas mayores.

La variación axiológica se sumó entonces a la evolución en los estilos de vida personales, en los ciclos de vida y el tamaño de las familias, así como en la participación laboral de las mujeres, las resistencias de los varones para incorporarse al mundo de lo doméstico y del cuidado y la rápida urbanización de la población, entre las dimensiones más destacables. Como resultado de este proceso, las modalidades tradicionales de asistencia y apoyo a las personas mayores con dependencia variaron gradualmente y se fueron transfiriendo a los Estados, al mercado y a las organizaciones sociales, tareas que hasta ese momento habían sido de exclusiva responsabilidad de las familias, en particular de las mujeres, y de las relaciones de parentesco.

En un reciente documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre políticas para la región, se enfatizó la necesidad de encarar programas específicamente dirigidos a la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles en los países de América Latina (OPS, 2012). Por su parte, la Declaración de Brasilia, surgida de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, propone “la realización de intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad con discapacidad” (CEPAL, 2011, pág.7).

Asimismo, estudios recientes advierten que la emergencia de nuevos escenarios demográficos y epidemiológicos genera tensiones y conflictos en el orden tradicional de los sistemas “familistas” de protección social de los países de la región (CEPAL, 2013; Espejo, Filgueira y Rico, 2010; Sunkel, 2006; Esping-Andersen, 2002). Por una parte, los gastos erogables y no erogables causados por la atención a la dependencia durante períodos prolongados de tiempo resultan catastróficos para muchas familias; de otro punto de vista, la falta de recursos materiales de las familias constituye una amenaza para la calidad de vida de las personas con dependencia y es un factor determinante de omisión de cuidados y atención adecuados, agudizando las desigualdades sociales ya existentes en la región.

En este contexto resulta necesario estudiar alternativas aptas que permitan ampliar solidariamente las bases de sustento para el apoyo a las personas con dependencia, trasladando al Estado, a la sociedad y al mercado parte de la carga que en la actualidad recae exclusivamente sobre las familias latinoamericanas.

El presente documento analiza la experiencia internacional desarrollada por países que han sido pioneros y exitosos en la instalación de servicios para las personas mayores con dependencia y sistemas de estándares de calidad para su evaluación. Este marco de referencia permitirá contrastar la situación

que actualmente se observa en los países de América Latina y sugerir propuestas de adecuación de políticas, programas y servicios tanto públicos como privados.

El estudio empírico de normas y documentos utilizó técnicas de revisión bibliográfica y análisis de información secundaria. Las fuentes de datos fueron obtenidas a través de las páginas web oficiales de los organismos públicos con competencia en la materia, así como de documentos oficiales. En el caso de los países de América Latina, se envió una encuesta especialmente diseñada para este estudio solicitando datos e información normativa de carácter nacional a las autoridades gubernamentales pertinentes. Se recibió respuesta de nueve países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay¹.

El documento se organiza en cinco capítulos. En el primero de ellos se presentan las características de los servicios socio-sanitarios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia, se describen las particularidades de los servicios centrados en las personas según la experiencia internacional en la materia y se exponen las principales definiciones. En el segundo capítulo se analizan las implicancias del concepto de calidad aplicado a los servicios de largo plazo para personas mayores con dependencia y se examina la evolución de los enfoques, así como la elaboración de indicadores que permiten la medición. El capítulo tercero describe la situación demográfica y epidemiológica actual de algunos países de América Latina y las características de la oferta de servicios públicos y privados para la atención de la dependencia. El cuarto capítulo expone las evidencias empíricas del cambio de paradigma que se observa en la programación de servicios de largo plazo para la dependencia en países latinoamericanos y en los sistemas de evaluación de su calidad. Finalmente, en el último capítulo se detallan los aprendizajes emergentes de la experiencia internacional que pudieran ser de utilidad para la formulación e implementación de políticas públicas en América Latina, de modo de adecuarse a los nuevos escenarios demográficos y epidemiológicos, así como al imperativo de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.

¹ No se abarcó la normativa referida a jurisdicciones sub-nacionales, y comprenden tanto el ámbito público como el privado.

I. Los sistemas de apoyo para las personas mayores con dependencia

Una de las consecuencias del alargamiento del promedio de la vida es el aumento de la cantidad y la proporción de personas de edades extremas que deben vivir períodos prolongados en situaciones de fragilidad o dependencia, derivadas de limitaciones físicas o cognitivas permanentes que generan las enfermedades crónicas. Debe tenerse en cuenta que, hasta el momento, la disminución de la letalidad de las enfermedades agudas implica el aumento de la cantidad de personas que viven con enfermedades crónicas y no transmisibles durante períodos prolongados. Asimismo, como resultado del avance de la transición epidemiológica, la compresión de la mortalidad en las edades extremas determina que la probabilidad de padecer limitaciones permanentes se intensifique a partir de los 80 años de edad.

En rigor, no es la edad cronológica la causa de ese incremento, sino el umbral que alcanza la esperanza de vida total de cada población (Lloyd Sherlock, 2012; González y Ham Chande, 2007). Sin perjuicio de ello, el impacto de la discapacidad y la consecuente dependencia varía según los sexos, el nivel socioeconómico, los hábitos y estilos de vida y las bases genéticas, entre las dimensiones más importantes, por lo que no afecta de la misma manera ni con similar intensidad a las personas que comparten un mismo grupo de edad cronológica.

El concepto de dependencia hace referencia a la pérdida de autovalimiento para el desempeño de actividades imprescindibles para llevar adelante la vida diaria y la consecuente necesidad de apoyo de otras personas para la sobrevivencia. En la actualidad existe consenso acerca de la ventaja, la conveniencia y el deseo de la mayoría de las personas mayores de envejecer en casa, siempre y cuando se mantengan las condiciones de dignidad y confort, aun cuando aparezcan limitaciones permanentes que afectan el autovalimiento. Históricamente, las personas mayores con dependencia se apoyaron en las redes familiares y vecinales que, de manera solidaria, ofrecen su ayuda. Sin embargo, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002 realizó un claro llamado de alerta:

“En todos los países se considera que lo ideal es envejecer en el seno de la propia comunidad. Sin embargo, en muchos casos la atención familiar no remunerada está creando nuevas tensiones económicas y sociales. Hoy se reconoce, en particular, el costo que representa para la mujer, que sigue prestando la mayor parte de la asistencia no estructurada.

Las mujeres que la prestan deben soportar el costo financiero de una contribución reducida a los regímenes de pensiones debida a sus ausencias del mercado laboral, a la pérdida de oportunidades de ascenso y a sus menores ingresos. También deben afrontar el costo físico y emocional de las tensiones resultantes de intentar compaginar las obligaciones laborales con las domésticas. Esa situación reviste una dificultad especial para las mujeres con hijos que deben atender también a personas de edad” (ONU, 2003, pág. 45).

Con el propósito de promover el desarrollo de sociedades adecuadas para todas las edades, el Plan ya mencionado recomienda a los países miembros encarar programas integrales de apoyo a las personas con dependencia, basados en la comunidad, que faciliten y alivien las tareas de los familiares que proporcionan cuidados y atención, así como impulsar planes de infraestructura y transporte público que generen entornos amigables para la integración y el bienestar de las personas de todas las edades con algún tipo de discapacidad. La creación o expansión de este tipo de programas de base comunitaria y apoyo en el domicilio no excluye, según dicha declaración, la conservación de las instituciones específicas para la atención y el cuidado de personas con niveles severos de dependencia que prefieren ámbitos colectivos de residencia, o la construcción de viviendas sociales con distintos tipos de asistencia.

“En los dos decenios últimos, la atención comunitaria y el envejecimiento en el seno de la propia comunidad han pasado a ser un objetivo de las políticas de muchos gobiernos. En ocasiones, el motivo subyacente ha sido financiero porque, partiendo del supuesto de que las familias prestarán la mayor parte de la atención, se espera que la asistencia comunitaria cueste menos que la residencial. Si no se les presta una ayuda suficiente, los miembros de la familia encargados de atender a las personas de edad pueden verse superados por esa carga (...). Dada la multiplicidad de aspectos que presentan estas cuestiones, es conveniente disponer de diversas soluciones económicamente asequibles que abarquen desde la asistencia familiar hasta la institucional. En última instancia, la participación de las personas de edad en la evaluación de sus propias necesidades y la supervisión de la prestación de los servicios es decisiva a la hora de optar por la solución más conveniente” (ONU, 2003, pág. 45).

A partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002 se transmite a los Estados suscriptores la necesidad de ampliar la oferta de servicios continuos, tanto de base comunitaria (incluido el domicilio) como institucionales, entre los que las personas mayores con discapacidad o dependencia puedan elegir según sus preferencias, estilos de vida y necesidades de atención. Los objetivos de estos programas deben, en todos los casos, mantener una capacidad funcional máxima durante toda la vida y promover su participación plena en la sociedad.

La integralidad de los programas para la asistencia, los cuidados y el apoyo a personas mayores con dependencia abarca la atención de factores sanitarios, sociales y ambientales. La variedad de servicios que involucran se caracterizan por estar centrados en satisfacer las necesidades de las personas mayores con dependencia, pero trascienden la esfera individual en todas sus dimensiones y se proyectan sobre la comunidad y la sociedad en general en procura de salvaguardar simultáneamente sus derechos, su autonomía, su capacidad de decisión y su plena integración social.

La coordinación de los equipos multidisciplinares intervinientes es exitosa cuando proporciona a los usuarios y sus familiares asesoramiento acerca de las alternativas de servicios de apoyo disponibles y ayuda a decidir acerca de las mejores elecciones individuales de acuerdo a sus necesidades y posibilidades. Para cumplir con esta cualidad, los servicios de cuidados y apoyos de largo plazo para personas con dependencia deben ser concebidos como integrados. La integralidad y la integración son dos atributos que deben poseer los servicios de largo plazo proyectados a partir de los lineamientos del Plan Internacional de Acción de Madrid:

“Ofrecer asistencia y servicios continuados, de diversas fuentes, a las personas de edad, y apoyo a las personas que prestan asistencia” (ONU, 2003, pág.46).

El Plan Internacional de Acción destaca, expresamente, la necesidad de establecer normas y mecanismos para garantizar la calidad de la asistencia formal. Las conclusiones de una investigación llevada a cabo por la OCDE en diecinueve países que llevaron a cabo reformas importantes en sus sistemas de atención para la dependencia señalan que la calidad de los servicios de largo plazo varía ampliamente entre países y al interior de cada país (OCDE, 2005). Por este motivo, no siempre la calidad de los servicios ofrecidos satisface las expectativas del público, los usuarios y sus familias. Son múltiples los ejemplos, pero las mayores quejas se concentran en la falta de adecuación de las viviendas, la pérdida de las relaciones sociales y la falta de privacidad en las instituciones de larga estadía. Otras deficiencias observadas con frecuencia son el inadecuado tratamiento del dolor crónico y la depresión, de las escasas, o el uso no apropiado de restricciones físicas y químicas².

La mejora de la calidad de los servicios de largo plazo para personas con dependencia es todavía una asignatura pendiente, incluso en los países pioneros en materia de reforma de sus sistemas. En el documento de la OCDE ya mencionado se sugiere que, para mejorar la calidad, debe ampliarse la medición de los indicadores de resultados a fin de evitar que los estándares se basen exclusivamente en aspectos de la infraestructura. Asimismo, se destaca que es necesario transparentar la información acerca de la calidad de los servicios y de la prevalencia de resultados adversos para fortalecer la protección de los usuarios e instalar entre los proveedores un clima de competencia por la calidad. A partir de estas recomendaciones, el análisis se detiene en los puntos siguientes.

A. La orientación de los servicios de apoyo a los adultos y adultas mayores con dependencia centrados en las personas

Los servicios de largo plazo para las personas mayores con dependencia que se diseñan tomando en consideración el enfoque de derechos están centrados en las personas. Los servicios centrados en los usuarios implican un cambio de paradigma desde los servicios organizados por profesionales o prestadores a otros que reconocen e incorporan las perspectivas individuales de los pacientes y se dirigen a facilitar el pleno ejercicio de sus derechos. En el cuadro 1 se detallan las principales características de los servicios organizados según el nuevo paradigma.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE LARGO PLAZO PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA, CENTRADOS EN LOS USUARIOS Y AJUSTADOS A DERECHO

Servicios de largo plazo para la dependencia, centrados en las personas y ajustados a derecho	<p>Acuerdan programas individualizados de cuidados.</p> <p>Promueven la participación del usuario en la elaboración del programa de servicios.</p> <p>Promueven la participación de los familiares y otras personas que apoyan informalmente en la elaboración del programa de servicios.</p> <p>Consideran los valores, la cultura, las tradiciones, las experiencias y las preferencias del usuario.</p> <p>Reconocen y apoyan las capacidades del usuario para su autocuidado y registran su consentimiento informado.</p> <p>Los usuarios y sus familiares participan en la evaluación de la calidad del servicio que se presta.</p> <p>Ante controversias de intereses, priorizan el interés de la persona con dependencia.</p>
---	--

Fuente: Elaboración propia sobre la base de For the Wellbeing and Dignity of Older people (WEDO), *Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Traducción no profesional realizada por FATEC, 2013.

² Las restricciones o sujeciones físicas son procedimientos para inmovilizar a las personas mayores mediante la aplicación de dispositivos mecánicos y suelen utilizarse para evitar caídas o accidentes. Las restricciones químicas hacen referencia a la indicación de sedantes e hipnóticos para evitar estados de excitación en pacientes con problemas de comportamiento. En la actualidad, su uso está éticamente cuestionado cuando se aplican en la vida cotidiana y solamente se utilizan por indicación médica para fines terapéuticos acotados.

Desde este nuevo enfoque, la organización de los servicios de largo plazo para la dependencia propone promover la autonomía de los usuarios. La promoción de la autonomía significa, en primer lugar, respetar las decisiones que sobre su vida tome la persona con dependencia, debidamente informada de las ventajas y las desventajas de cada una de las opciones disponibles. Para ello, los servicios facilitan información exhaustiva, clara y precisa, a través de la cual los usuarios y sus familiares puedan estudiar en profundidad los recursos y alternativas que mejor satisfagan sus expectativas; además, requieren el consentimiento informado de las elecciones realizadas.

En segundo lugar, es indispensable que se lleven a cabo acciones de rehabilitación y ejercitación para la máxima recuperación de la capacidad funcional perdida o para mantener la existente. Las prestaciones pueden ser provistas por los mismos cuidadores informales o formales entrenados al efecto o, bien, requerir la participación de profesionales de los servicios de salud especializados en el domicilio del usuario.

Es de consenso internacional que el programa individualizado sea organizado mediante el “*case manager*”, o “*care manager*”, una figura técnica que no tiene traducción acordada en el idioma español pero cuya acepción literal sería “gestor de caso” o “gestor de cuidados”, respectivamente. El gestor es un técnico especializado que tiene a su cargo la evaluación integral de la persona que necesita asistencia, incluyendo su entorno familiar y comunitario; además, ofrece información al usuario y a su familia acerca de las alternativas disponibles, ayuda en la toma de decisiones fundamentalmente a través de mediar la negociación de intereses contrapuestos y, una vez establecido el plan de apoyo o cuidado, efectúa el seguimiento periódico y responde ante emergencias. En particular, está presente en las “transiciones”, es decir, en los momentos en que se producen alteraciones en los programas de largo plazo.

B. Conceptos y definiciones

En la actualidad, los servicios de largo plazo para personas con dependencia son variados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), los define de la siguiente manera:

“El cuidado a largo plazo es el sistema de actividades realizadas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que una persona que no es plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”³ (WHO, 2002, pág.6).

El rango de necesidades de cuidado puede variar desde niveles mínimos de apoyo para el desempeño de algunas actividades cotidianas hasta requerimientos de ayuda prácticamente totales para llevar adelante la vida diaria. Los lugares en los que se pueden satisfacer estas necesidades varían según las condiciones de salud, las preferencias y los valores individuales o familiares, los recursos económicos y familiares disponibles o la localización geográfica, así como la oferta pública y privada existente. En general, los sitios posibles para recibir el apoyo o los cuidados pueden ser el mismo hogar de los usuarios, entornos comunitarios, ámbitos residenciales con facilidades de asistencia o instituciones con elevada intensidad de cuidados (IOM, 2001).

Los servicios de apoyo y cuidado de largo plazo para personas mayores con dependencia que se proporcionan son presentados de manera simplificada y en orden de creciente complejidad de atención en el cuadro 2.

Debido a la naturaleza de sus prestaciones, los servicios de largo plazo para la dependencia se definen como servicios socio-sanitarios y comprenden un amplio espectro de actividades de ayuda para realizar las tareas domésticas en el domicilio, actividades de rehabilitación para alcanzar y mantener la máxima autonomía posible, asistencia para el cuidado personal y la atención de la salud, hasta los cuidados paliativos para asistir en el final de la vida.

³ La traducción es propia.

CUADRO 2
SERVICIOS PARA ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA
SEGÚN EL ENTORNO DE RESIDENCIA POR NIVEL DE COMPLEJIDAD

Entorno de residencia	Servicios de apoyo
Servicios de base comunitaria	Entorno familiar Teleasistencia y otras ayudas técnicas y tecnológicas. Servicios de ayuda en domicilio. Centros diurnos o nocturnos.
Servicios de media distancia	Viviendas sin asistencia. Hostales /residencias.
Servicios institucionales	Instituciones de larga estadía con cuidados de 24 horas.

Fuente: Elaboración propia.

Sobre la base de un marco de referencia común se pueden presentar diferencias semánticas para denominar servicios o actividades idénticos. En sentido contrario, en otras ocasiones se denominan de la misma manera acciones o prestaciones que son de distinta índole, muchas veces atribuibles a disparidades idiomáticas aunque también pueden emerger de contextos culturales disímiles. Por este motivo, es útil contar con un glosario de términos sobre el tema, tal y como puede verse en el cuadro 3.

CUADRO 3
GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Hacen referencia a la capacidad individual para el autocuidado. Se suelen considerar cinco funciones básicas: i) bañarse, ii) vestirse, iii) comer, iv) trasladarse y levantarse de la cama o la silla, y v) usar el baño. A veces se incluye la necesidad de asistencia para movilizarse.
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Estas abarcan tareas más complejas que permiten al individuo vivir de manera independiente en la comunidad. Se suelen evaluar, entre ellas, hacer las compras, manejar dinero, preparar comidas, usar el teléfono, tomar medicamentos y comunicarse verbalmente o por escrito.
Cuidados o apoyos ^a de largo plazo para la dependencia	Incluyen una amplia variedad de servicios para extender por el mayor período de tiempo la posibilidad de vivir de la manera más independiente posible a personas que tienen limitaciones permanentes.
Cuidados en instituciones de larga estadía	Alude a aquellos prestados en instituciones con veinticuatro horas de atención, que disponen de más presencia de enfermería y servicios de atención médica.
Cuidados formales	Son servicios de asistencia personal para el desempeño de las ABVD y AIVD proporcionados por asistentes profesionales a quienes se paga por su trabajo.
Cuidados informales	Son prestados por familiares, voluntarios o amigos no profesionales, y se realizan sobre la base de la solidaridad, es decir, se realizan de manera no remunerada. Se incluyen los que proporcionan cotidianamente los familiares convivientes.
Dependencia	Es la situación de personas que a causa de problemas físicos o mentales poseen limitaciones permanentes que les impiden realizar por sí mismos actividades imprescindibles para su supervivencia y necesitan el apoyo de terceros. Se evalúa a través de escalas que procuran medir los niveles de desempeño autónomo de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD, respectivamente).
Servicios de atención de salud o sanitarios	Incluyen cuidados médicos, de enfermería, de terapia física y de otros profesionales de la salud especializados en el tratamiento de afecciones crónicas de tiempo prolongado.
Servicios de base comunitaria	Son los planes integrales de apoyo para las personas con dependencia que se desarrollan en el entorno familiar. Incluyen cuidadores formales e informales, así como clubes de personas mayores, centros diurnos o nocturnos para apoyar las actividades de estimulación y rehabilitación o facilitar el descanso de los cuidadores informales, o pequeños hogares de personas mayores o de personas con deterioro cognitivo que procuran llevar adelante estilos familiares de vida.
Servicios integrados	Aluden a aquellos donde el pasaje a través de los distintos tipos de servicios de atención debe estar cuidadosamente programado para que no existan interrupciones, o bien para que el usuario no perciba incertidumbre.
Servicios integrales	Hacen referencia a que los servicios cubren todas las dimensiones de la vida individual y el entorno familiar, y se proyectan hacia el medio comunitario para garantizar la integración social de las personas con dependencia.

Cuadro 3 (conclusión)

Servicios sociales	Son diversos y facilitan la vinculación de las personas con dependencia a un amplio espectro de recursos y servicios de la comunidad, prestando asistencia en problemas financieros o familiares, proporcionando actividades sociales y educacionales para la recreación y la integración, entre las actividades más utilizadas.
Tiempo prolongado	Puede variar según los distintos países o legislación, pero se acepta como tal al que excede los 90 días (tres meses) de duración. En general, se suele aceptar que los servicios que se presentan dentro de los noventa días del alta hospitalaria de internación constituyen prestaciones para la recuperación de enfermedades agudas.

Fuente: Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (CEPE), *Hacia los cuidados comunitarios de largo plazo*. Informe N° 7 de Políticas sobre Envejecimiento de la CEPE, 2010; Karlsson, Martin, Tor Iversen y Henning Øien, *Scandinavian Long Term Financing*, University of Oslo, Working Paper N° 2, Oslo, 2010; Institute of Medicine (IOM), *Improving the Quality of Long Term Care*. Gooloo S. Wunderlich y Peter O. Kohler (eds.) Institute of Medicine, Washington. National Academy Press, 2001; Mass.gov, *Your Options for Financing Long-Term Care: A Massachusetts Guide*. Division of Insurance, Boston, 2009.

^a En este documento se mantiene la denominación “servicios de cuidados de largo plazo para la dependencia” debido a que es la acepción común en distintos idiomas. Sin perjuicio de ello, desde el punto de vista ético se prefiere la denominación “servicios de apoyo de largo plazo para la dependencia” porque expresa la participación central del usuario en su autocuidado. Los servicios de apoyo incluyen servicios de cuidados para los niveles severos de dependencia.

C. La experiencia internacional en materia de cobertura de servicios de largo plazo

El financiamiento de los servicios de largo plazo para personas con dependencia varía en los distintos países. Sin perjuicio de ello, en la experiencia internacional algunos aspectos son comunes. En primer lugar, los servicios socio-sanitarios de largo plazo para la dependencia, de más de 90 días de permanencia, no son incluidos en el presupuesto de la cobertura de los servicios de salud. Los sistemas de atención médica se focalizan en la prestación de servicios de promoción de la salud y en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de afecciones, ofreciendo solamente cuidados continuos hasta los 90 días posteriores a una enfermedad aguda. Asimismo, los servicios de atención médica asisten a los pacientes que reciben cuidados por tiempo prolongado para la dependencia en cualquiera de los entornos residenciales en los que viven: domicilio, residencias de pequeños hogares o instituciones de larga estadía. Es decir, las personas mayores con dependencia cuentan con dos tipos distintos de cobertura: i) la cobertura de salud tradicional, que es para la toda la población, y ii) la cobertura de los servicios socio-sanitarios por tiempo prolongado. Los dos sistemas se complementan para la atención integral de los pacientes con dependencia.

Los cuidados de tiempo prolongado se financian a partir de distintas fuentes y tienen diversas modalidades según los países. En el caso europeo y de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) existe una tradición de la protección social que sigue, en líneas generales, las tres grandes corrientes definidas por Esping-Andersen (1990) en su clásico estudio de los estados de bienestar occidentales:

- Un modelo de protección universal que reconoce derechos ciudadanos y está basado en impuestos (países nórdicos, Holanda y Canadá).
- Un modelo de protección a través de la seguridad social, subsidiario de la protección familiar, y basado en las contribuciones sobre la nómina salarial que se acumulan en un fondo propio para gastos definidos, administradas bajo ese régimen (países del centro de Europa, Alemania, Austria y Luxemburgo).
- Un modelo asistencial público de protección básica (residual), basado en impuestos generales, que proporciona protección limitada y, en el caso de los servicios sociales, solamente a grupos sin recursos suficientes, excluyendo por lo tanto a las clases medias (países del sur de Europa; un caso especial es Estados Unidos).

En general, los sistemas de protección universal y asistencial se financian a través de impuestos en tanto los de seguridad social acumulan un fondo propio en la modalidad de seguro que se administra para esa finalidad dentro del régimen.

En los países nórdicos y Canadá, los servicios de protección ofrecen prestaciones universales según el nivel de dependencia y tienen en cuenta la situación económica de los usuarios solamente a los fines de establecer los co-pagos que deben realizar. El sistema es, esencialmente, prestador de servicios. Cada vez más tienden a municipalizarse y las prestaciones que antes eran monopolizadas por el Estado se inclinan actualmente a incluir la competencia del sector privado, con o sin fines de lucro. El modelo de protección universal es el más costoso, demandando en los países nórdicos un gasto cercano al 2% de su PIB pero garantizan la cobertura integral de todos los ciudadanos con necesidad de asistencia (Hébert, 2012; Karlsson y Øien, 2010).

En aquellos países que siguen la tradición de la seguridad social se reconoce el derecho subjetivo a la protección de la dependencia, con independencia de la situación económica del beneficiario o de la capacidad de la familia para proporcionar apoyo. La situación de dependencia se mide en diferentes grados y se otorgan servicios o prestaciones monetarias limitadas según el nivel de discapacidad en el que califica la persona. También se proporcionan ayudas monetarias o de servicios a los cuidadores familiares. Los sistemas se financian con contribuciones a la seguridad social de los trabajadores activos y, en algunos países, se incluyen las de empresarios y de los propios jubilados o pensionados. En otros casos, el seguro recibe apoyo a través de impuestos, para cubrir a sectores no contemplados por las prestaciones contributivas o para asistir en el equilibrio presupuestario del sistema cuando los gastos superan los ingresos del fondo específico (IMSERSO, 2004).

Los países del sur de Europa, entre los que se exceptúan España e Italia que han reformado sus sistemas, siguen la tradición asistencialista de carácter público, que presta servicios básicos limitados a personas con dependencia sin recursos económicos. En general, la asistencia a las personas con dependencia recae en las familias, fundamentalmente sobre las mujeres, y existe una fuerte presencia de organizaciones sin fines de lucro, sobre todo religiosas, que proporcionan servicios institucionales en el sector. Las prestaciones públicas son limitadas, básicas, y su carencia principal son los servicios de base comunitaria (IMSERSO, 2004).

Los Estados Unidos representan un caso particular que se puede incluir en la tradición pública asistencial, aunque formalmente las prestaciones para la dependencia están incluidas en la Ley de Seguridad Social (*Social Security Act*). En ese país, los servicios de tiempo prolongado para personas con dependencia son contratados privadamente por los usuarios, debido a que están excluidos de la cobertura médica de MEDICARE, organismo de la seguridad social que cubre a las personas mayores de 65 años. Sin embargo, si los usuarios se empobrecen a causa de estos gastos o son personas con recursos económicos insuficientes, los cuidados de tiempo prolongado los financia MEDICAID, otro organismo de la seguridad social que tiene a su cargo la cobertura de salud de grupos definidos de población pobre. La principal diferencia con el modelo público asistencial europeo es que los servicios de MEDICAID son comprehensivos; es decir, abarcan tanto servicios institucionales como de base comunitaria, incluyendo servicios en domicilio, y se ajustan al principio de centrarse en las personas y en su calidad de vida⁴.

Una característica común a todos los modelos de financiamiento es que establecen límites en las prestaciones; es decir, las personas que desean recibir más o mejores servicios deben realizar pagos o contrataciones privadas. Asimismo, en los servicios universales, las personas con ingresos monetarios por encima de un nivel establecido efectúan co-pagos. Otro aspecto fundamental que es compartido por todas las modalidades de financiamiento es la necesidad de controlar los gastos: los cálculos de eficiencia, costos, y rentabilidad están incluidos en todas las evaluaciones de calidad, así como los presupuestos públicos son sometidos al escrutinio ciudadano debido a las tasas impositivas que involucran.

⁴ Para más información, véase [en línea] <http://www.medicare.gov/Medicare-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Long-Term-Services-and-Support.html>.

II. Calidad de los servicios de largo plazo para personas mayores con dependencia

La calidad es un concepto normativo que depende de los valores y los objetivos propios de una sociedad y varía en cada época y en cada grupo social, pues está determinada por los deseos y expectativas de los usuarios de un servicio o producto, en un momento dado y en una determinada sociedad.

Por este motivo, en las sociedades contemporáneas que se proponen alcanzar la equidad, coexisten dos perspectivas para evaluar la calidad de un servicio o producto: i) la perspectiva subjetiva de cada ciudadano o usuario, y ii) la perspectiva usualmente denominada “objetiva” o “externa” que se basa en parámetros socialmente aceptados para establecer niveles mínimos y máximos deseados y exigibles en la prestación de un producto, servicio, acción, actividad o programa.

Los estándares de calidad se inscriben en la perspectiva “objetiva” o “externa” de la evaluación de la calidad. A través de ellos se establecen los umbrales mínimos y máximos requeridos en la prestación y en los resultados que de esa prestación se obtienen, a fin de garantizar a los ciudadanos condiciones de equidad en el acceso a bienes y servicios de calidad. La instauración de estándares nacionales o regionales de calidad permite asegurar niveles mínimos de satisfacción y eficacia para todos los grupos de la población que los reciben, así como umbrales máximos en los servicios que se demandan. En consecuencia, constituyen instrumentos para garantizar igualdad de condiciones y trato entre todos los grupos sociales, así como para contribuir a la equidad general.

La definición de los estándares se realiza sobre la base de un marco de valor compartido en el que se inscribe la prestación de un servicio o la producción de un bien. El marco normativo permite identificar y conceptualizar las dimensiones y atributos básicos para el cumplimiento de sus funciones y la satisfacción de las expectativas, a partir del cual se puede elaborar un conjunto de indicadores válidos y confiables para medirlos.

La evaluación de calidad de las políticas educativas, de salud y sociales se desarrolló con fuerza a partir de la década de 1990, debido a la externalización de los servicios y prestaciones públicas y la necesidad de contar con sistemas de regulación y supervisión de los servicios privados contratados (Castegnaro, 2010). Según los autores del estudio anterior, el sistema de control no se puede separar de la evaluación de la calidad, que constituye una herramienta tanto para la promoción de servicios

adaptados a las necesidades de los ciudadanos/usuarios, como para la selección de los proveedores que el organismo público podrá acreditar.

En materia de servicios de largo plazo para personas mayores con dependencia, el Marco Europeo de Calidad define la *calidad* como el grado o nivel de excelencia que se alcanza mediante un proceso continuado que se propone mejores resultados a través de diversos medios. El referido proceso incluye una amplia gama de herramientas de gestión de calidad y otros mecanismos, tales como la formación de los cuidadores, tanto formales como informales, el apoyo a los derechos fundamentales de los usuarios, la promoción de un entorno amigable y de apoyo con los mayores, incluido el acceso a los servicios, la definición de normas de calidad y la evaluación de los resultados (WEDO, 2013).

El programa de calidad WEDO para el bienestar y la dignidad de las personas mayores es co-financiado por la Comisión Europea (CE), y tiene el propósito de contribuir al cumplimiento de la declaración de la Carta Europea de derechos y responsabilidades de las personas mayores que necesitan asistencia de larga duración:

"La dignidad humana es inviolable. La edad y la dependencia no pueden ser motivo para las restricciones a un derecho humano inalienable, la libertad civil reconocida por las normas internacionales e incorporadas en las constituciones democráticas" (Carta europea de los derechos y responsabilidades de las personas mayores que necesitan cuidados y asistencia de larga duración, citada en WEDO, 2013, pág. 12).

A través de la Carta de Europa, la CE se suma al reconocimiento de los mayores riesgos de abandono, maltrato, exclusión social y aislamiento a los que están expuestas las personas de edad avanzada con deterioro cognitivo o con movilidad reducida. Desde la perspectiva de la CE, es imprescindible promover entre los Estados Miembros el enfoque basado en los derechos de las personas con dependencia, que en la práctica significa luchar contra la discriminación por edad, proteger los derechos de los usuarios, garantizar el acceso a la información clara y confiable, promover los entornos accesibles y apoyar la movilidad, la comunicación, la consulta y la participación. Asimismo, la CE destaca especialmente la necesidad de proteger los derechos de las personas con enfermedades cognitivas, que tienen más probabilidades de sufrir el avasallamiento de su derecho a la autonomía de decisión o a la libertad de circulación (WEDO, 2013).

Para el caso de los países europeos, la CE destaca que no deberían establecerse sistemas de atención y prestaciones diferenciados para las personas mayores con dependencia según su disponibilidad de recursos económicos. De acuerdo con las políticas comunitarias, todas las personas mayores que necesitan apoyo, independientemente de su clase social o situación económica, deberían tener derecho a servicios de asistencia de largo plazo. Para alcanzar este objetivo de equidad y universalidad, los servicios deben ser rentables, por lo que tienen que ser controlados y evaluados sistemáticamente (O'Shea, 2003).

A. Los estándares de calidad de los servicios integrales e integrados de largo plazo para personas mayores frágiles o con dependencia

La gestión de la calidad y el establecimiento de estándares para los servicios integrales e integrados es una tarea compleja debido a la variedad de las prestaciones que los componen, la multiplicidad de actores intervinientes, la diferente modalidad de financiamiento o su carácter voluntario, así como las especificidades propias de los ámbitos en los que se prestan.

El Comité de Mejora de la Calidad de los Servicios de Tiempo Prolongado de la Academia Nacional de Medicina estadounidense, identificó tres aspectos particulares de los servicios de largo plazo para la dependencia que afectan la evaluación de la calidad:

- Los servicios de apoyo y cuidado a las personas mayores con dependencia poseen la peculiaridad de combinar dos tipos de programas de diferente índole: servicios sanitarios y

servicios sociales. La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios enfatiza los aspectos médicos y técnicos del cuidado y su eficacia para alcanzar el mejor nivel de salud posible (derecho a la vida). La valoración de la calidad de los servicios sociales se centra en la satisfacción del usuario, tanto de sus expectativas como de sus necesidades (calidad de vida).

- Los usuarios de los servicios de largo plazo tienen la capacidad de elegir, dirigir y evaluar muchos aspectos de las prestaciones que reciben. Por lo tanto, el rol de los usuarios en el diseño y la evaluación de los servicios debe ser incluido como un componente de la calidad (derecho al control sobre su vida).
- La planta física en los servicios de base institucional (residencias asistidas u hogares geriátricos), sus instalaciones y comodidades, pueden facilitar u obstaculizar la seguridad y la movilidad, promover o no la autonomía de los residentes, así como preservar o no los derechos de privacidad e intimidad, entre los más frecuentemente vulnerados en los ámbitos colectivos de residencia. También en los domicilios, los aspectos edilicios⁵ pueden favorecer o limitar la autonomía y la integración social (derecho a la libre circulación, a la intimidad, a la privacidad y a la dignidad) (IOM, 2001, pág. 24).

En la actualidad, los países pioneros en la implantación de servicios de largo plazo para el apoyo a la dependencia han desarrollado programas de mejora y calidad de los servicios que establecen estándares mínimos y máximos para cada tipo de servicio. Algunos de estos estándares son comunes a todos los tipos de servicios que se integran en un plan de apoyo individualizado centrado en la persona, pero muchos son específicos a los distintos ámbitos en los que residen los usuarios. Asimismo, los indicadores que conforman los estándares varían según el grado de dependencia o de discapacidad de las personas mayores.

El estándar se suele definir como el “nivel deseable y alcanzable de desempeño contra el que puede ser comparado el desempeño actual”⁶ (CCHSA, 1996, citado en Nova Scotia, 2011, pág. 3). Por su parte, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2010) considera estándares o “modelos” a los criterios de calidad definidos previamente según requisitos científicos y de atención. Asimismo, el proyecto de gestión de la calidad de la CE aclara que los requisitos científicos sobre los que se basen los modelos o estándares deben provenir de la evidencia empírica proporcionada por “buenas prácticas”.

“Los criterios y los indicadores de calidad se tienen que desarrollar basándose en evidencias, es decir, en el uso escrupuloso, explícito y razonable de las mejores evidencias científicas actuales externas para apoyar las decisiones en la prestación de servicios médicos a pacientes individuales” (Red de Medicina basada en Evidencias de Alemania, 2008, citado en IMSERSO, 2011, pág. 24).

Sobre la base de estas consideraciones, se entiende para este estudio como “estándar mínimo” aquel que identifica el menor nivel aceptable de condiciones según las cuales puede funcionar un servicio; por debajo de ese nivel no se debiera aceptar su funcionamiento. Como se verá en los puntos siguientes, el proceso de acreditación de servicios y prestaciones se ocupa de establecer los estándares de calidad que cumplen el desempeño actual de un servicio y procede a categorizarlo en nivel básico, medio o superior; otorgándole una, dos o tres estrellas o bien aplicando cualquier otra escala con el mismo significado.

En la práctica, la construcción de estándares implica la definición del atributo que se quiere medir y la identificación de los indicadores objetivos, válidos y confiables que se tomarán en cuenta para el análisis del desempeño actual de un proveedor de servicios.

⁵ Los aspectos edilicios tienen relación con las obras de carácter municipal referidas a la edificación.

⁶ Traducción de las autoras.

B. Indicadores de estructura, proceso y resultado

Con demasiada frecuencia, las personas que ofrecen su apoyo o ayuda a las personas con dependencia, sean familiares, amigos, instituciones o personal contratado a tal fin, toman el control de las decisiones en cuestiones fundamentales para la vida de los mayores y avasallan sus derechos inalienables. En muchos casos, este tipo de comportamiento se basa en buenas intenciones. Generalmente, se aducen razones de protección, seguridad y conveniencia para disponer acerca del mejor lugar de residencia de la persona mayor con dependencia, o de la alternativa más eficiente para distribuir sus ingresos corrientes y bienes patrimoniales. En otros casos, las personas con pérdida de autovalimiento son víctimas fáciles de abuso o negligencia debido a su particular situación de indefensión.

El respeto y la garantía de los derechos de las personas con dependencia tiene implicancias directas en la evaluación de la calidad de los servicios socio-sanitarios de largo plazo porque enfatiza la necesidad de establecer mediciones objetivas de las prácticas sanitarias involucradas en la atención, tanto como valorar sistemáticamente las dimensiones inherentes a la preservación de la calidad de vida y al respeto de sus decisiones.

A fin de organizar el complejo programa de gestión de la calidad de los servicios orientados por principios, cada una de las dimensiones o variables consideradas debe ser enunciada a través de indicadores que faciliten su medición. Los indicadores surgen de procedimientos que permiten cuantificar los conceptos tomados como referencia.

El conjunto de indicadores a desarrollar se pueden agrupar en tres grandes categorías: estructura, procesos y resultados.

Los indicadores de estructura ponen en evidencia atributos de cada uno de los servicios o programas que son imprescindibles para desarrollarlos de manera adecuada e incluyen: la correcta formación y capacitación de la planta de personal, la relación profesionales/personal-paciente/usuario, así como la planta física, sus instalaciones, facilidades y tecnología.

Los indicadores de procesos se refieren a los procedimientos que se siguen para el apoyo, la atención o el cuidado de los residentes o usuarios. En los casos en que se basen en la evidencia empírica de las mejores prácticas, los procedimientos se formalizan en protocolos o guías de atención o tratamiento, si correspondiese.

Finalmente, los indicadores de resultados procuran medir la situación final del residente o usuario después de aplicados los procedimientos con los recursos estructurales disponibles.

Los indicadores deben responder a criterios científicos de calidad: objetividad, confiabilidad y validez. Con respecto a la objetividad, como ya se mencionó, los indicadores deben ser definidos previamente mediante la revisión de la evidencia empírica disponible⁷. La confiabilidad hace referencia al grado de precisión con que un indicador evalúa la característica, en tanto la validez alude al grado en que mide el atributo que se supone tiene que medir.

Un aspecto fundamental en la elaboración y análisis comparado de indicadores de calidad de servicios de largo plazo para personas con dependencia es el “ajuste de riesgo” o la “eliminación del riesgo”. El ajuste o la eliminación de riesgos implican ponderar o excluir factores que no dependen del servicio prestado pero influyen en la medición del indicador (por ejemplo, la edad, las comorbilidades o el perfil de las necesidades de cuidados). El efecto de “neutralización” del ajuste de riesgo procura evitar que instituciones o prestadores que tienen a su cargo pacientes con alto grado de necesidades de cuidados o con alto deterioro cognitivo, por ejemplo, exhiban peores resultados que los que prestan servicios a personas mayores con menor necesidad de cuidados y asistencia. El ajuste de riesgos es una tarea más compleja en los indicadores de calidad de vida que en los de calidad de atención.

⁷ Se siguen los lineamientos del Programa “Gestión de calidad mediante indicadores orientados a resultados. Hacia una evaluación comparativa de los cuidados residenciales de las personas mayores”, de la Unión Europea, en IMSERSO, 2011.

Otro aspecto crucial del sistema es que se debe garantizar la transparencia de los indicadores y de los instrumentos de medición de la calidad. En particular, para que sean un medio de expresión de sus necesidades y de apoyo para la búsqueda de las opciones apropiadas, es necesario que los indicadores se puedan entender con facilidad, tanto por el personal como por los receptores de los cuidados y sus familias.

Existen distintos métodos empíricos de investigación social que se aplican para la elaboración de indicadores de calidad de atención y de calidad de vida en los servicios de largo plazo para personas con dependencia. Quizás los más difundidos y apreciados sean los indicadores elaborados sobre la base de datos brutos extraídos de registros. La principal ventaja de este tipo de indicadores es su objetividad. Los datos provenientes de los registros médicos, que incluyen las escalas de valoración geriátricas, así como registros de enfermería, de terapias de rehabilitación y otros instrumentos de relevamiento de las prácticas profesionales, permiten elaborar los indicadores de efectos adversos y de resultados de la atención (tasas de prevalencias de escaras por presión, de utilización de restricciones físicas y químicas y de indicación de psico-fármacos, entre otras). Por su parte, sobre la base de los registros administrativos se elaboran indicadores de estructura (relación personal/paciente, profesional/paciente, costo per cápita), ambientales (cantidad de pacientes por cuarto/ baño, espacios para la privacidad/usuarios o pacientes) y sociales (proporción de pacientes que no tiene familiares/que no reciben visitas).

Los indicadores de calidad de vida incluyen variables intangibles, tales como estado de ánimo o satisfacción personal, que no pueden elaborarse sobre la base de registros continuos y requieren el relevamiento de encuestas ad-hoc; por ejemplo, entrevistas directas con los residentes; entrevistas a representantes de los familiares cercanos; entrevistas al personal de enfermería o de apoyo, u observación etnográfica del comportamiento de los residentes o usuarios. En la CE se recomienda que el relevamiento de este tipo de encuestas se realice con personal externo a las organizaciones proveedoras de servicios. Los indicadores de variables cualitativas se elaboran sobre la base de los resultados de estos relevamientos, complementándolos con otras mediciones del rendimiento, tales como los indicadores de salud y seguridad, los de movilidad de los usuarios, los de rotación del personal y los de los costes unitarios (IMSERSO, 2011).

Las principales ventajas de la utilización de indicadores se resumen por la CE en los siguientes puntos:

- Establecimiento de la transparencia.
- Establecimiento de una base para la investigación científica de los cuidados de largo plazo.
- Posibilidades de compararlos institucionalmente.
- Posibilidad de dirigir el desarrollo de la calidad en las instituciones.

Sin perjuicio de su invaluable utilidad, no es posible efectuar la evaluación general de los estándares de calidad basándose exclusivamente en indicadores objetivos, válidos y confiables. Los indicadores pueden funcionar como sistemas de señales de deficiencias y fortalezas, pero deben ser complementados con otras instancias de evaluación de la calidad total de los servicios. En particular, en los años recientes se han desarrollado enfoques comprensivos que evalúan y capacitan simultáneamente a todos los actores intervinientes en la prestación de los servicios, incluyendo los usuarios y sus familiares. Su principal propósito es “oír la voz de los usuarios”, pero también “escuchar” las voces de los familiares y de los proveedores para concertar en armonía los mejores niveles posibles de calidad de los servicios.

C. La voz de los usuarios y sus familiares en la evaluación de la calidad de los servicios

Para mejorar la prestación de cuidados de largo plazo, el desarrollo de los indicadores de calidad, incluyendo los de calidad de vida, deberían estar vinculados al perfeccionamiento organizativo de los servicios y de las instituciones y podrían utilizarse para iniciar programas de reorganización que tengan en cuenta las opiniones de los residentes, los familiares y el personal.

Algunos países con larga trayectoria en la implantación de servicios de tiempo prolongado (ver, por ejemplo, CQC, 2009) promueven la conformación de “juntas”, “consejos” o “comités” en el nivel nacional y descentralizados en las jurisdicciones sub-nacionales, con responsabilidad en conciliar estándares y verificar su cumplimiento. En estas instancias participan usuarios, familiares, profesionales, empleados y otros actores que sean relevantes en cada caso; por ejemplo inspectores o supervisores de los gobiernos locales o entes acreditadores externos.

En las instituciones de larga estadía, la conformación de consejos de residentes, familiares y personal, que tienen a su cargo deliberar para establecer un estilo de vida compartido y abren la participación especial de los residentes con limitaciones cognitivas, son otras iniciativas de menor alcance en la misma dirección (Help the Aged, 2007).

Finalmente, investigaciones académicas sobre el tema recomiendan, en el caso de los servicios de apoyo en domicilio, las entrevistas en profundidad a usuarios y familiares por su eficiencia y eficacia para conectar las voces de los usuarios, los cuidadores familiares y los proveedores para la calidad de los servicios (Firbank, 2012). Sin embargo, se advierte que si las agencias proveedoras son de escala pequeña, las entrevistas deben ser efectuadas por agentes externos a los prestadores y pueden encarecer los costos de los servicios si es que se realizan con frecuencia.

El establecimiento de este tipo de programas que incluyen de manera prioritaria la voz de las personas que reciben los servicios constituye en sí mismo un estándar de calidad. En el cuadro 4 se presentan los tipos de indicadores considerados en los sistemas de evaluación de calidad, según las fuentes de información que proporcionan los insumos para su elaboración. Debe notarse que la gestión de la calidad de los servicios implica, necesariamente, el desarrollo de sistemas de información homologados. La disponibilidad de sistemas de información que contribuyan a la transparencia de estos “cuasi-mercados” y proporcionen datos de calidad a los usuarios o a los “clientes públicos” es indispensable y forma parte de la programación de este tipo servicios.

CUADRO 4
TIPO DE INDICADORES SEGÚN LAS FUENTES DE INFORMACIÓN QUE PROPORCIONAN LOS DATOS

Tipo de indicadores	Fuentes de información
Indicadores básicos de estructura	Registros administrativos.
Indicadores de procesos	Protocolos basados en la evidencia de buenas prácticas.
Indicadores de resultados	Registros unificados de usuarios de servicios de larga duración para la dependencia.
Indicadores de calidad de vida	Consejo de residentes. Encuestas de opinión y satisfacción. Gestión de quejas, reclamos y sugerencias. Observación etnográfica.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Organization for Economic and Cooperation Development/European Commission (OECD/EC), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), *Midiendo el progreso. Indicadores para las residencias*. Boletín sobre Envejecimiento N° 49. Madrid. Observatorio de Personas Mayores, 2011.

D. La evolución en los enfoques de evaluación de la calidad de los servicios de largo plazo

Sobre la base de lo expuesto, la OECD (2013) define cuatro estadios en el desarrollo de los sistemas de calidad de los servicios de largo plazo en los países precursores en la implantación de sistemas de evaluación de calidad de servicios de largo plazo:

- El primer estadio y más básico, es el establecimiento legal de estándares mínimos de estructura, tales como tamaño de las habitaciones o cantidad y tipo de personal, cuyo cumplimiento es supervisado regularmente por las agencias gubernamentales.

- El segundo estadio son las normas profesionales o guías de atención para la prestación de los servicios. Este tipo de indicadores son más robustos para los servicios de atención médica de enfermedades agudas, pero son más débiles para evaluar la calidad en los servicios de largo plazo debido a la carencia de evidencias científicas suficientes y al menor nivel de especialización profesional de los prestadores de este sector.
- El tercer enfoque, que describe como “*bottom up process*” o de autorregulación, emergió como consecuencia de la competencia de proveedores y se caracteriza por llevar a cabo procesos internos de mejora de la calidad con la participación de todos los actores: usuarios, personal, familiares de los usuarios y acreditadores externos. Este tipo de enfoque se ha desarrollado con bastante éxito en las instituciones de larga estadía (*nursing homes* o residencias).
- Por último, y más recientemente, se registra un movimiento hacia la concertación de una serie de valores, derechos y responsabilidades que se consideran pre-condición indispensable para la definición de la calidad y para la evaluación mutuamente acordada de desempeño de los servicios de largo plazo. Algunos países y organismos supranacionales, como la CE, han adoptado este enfoque y establecido las cartas de derechos de las personas que necesitan cuidados de largo plazo en los niveles supranacionales, nacionales o subnacionales. También las instituciones de larga estadía y proveedores de servicios en domicilio han desarrollado sus propias cartas de derechos de los usuarios o residentes, según los casos.

En el anexo 1 se exponen ejemplos de los indicadores y estándares de cada uno de los estadios y cartas de derechos más utilizados en la práctica internacional.

E. La experiencia internacional en materia de evaluación de la calidad de los servicios de apoyo a las personas mayores con dependencia

A medida que se fueron implantando los servicios de cuidados por tiempo prolongado y estableciendo su financiamiento público o cuasi público, en los países de la OCDE se han ido creando nuevas instituciones de supervisión e instrumentos relacionados con sus funciones, tales como medidas de desempeño, normas para la información pública y la acreditación de la calidad (OECD/EC, 2013).

Si los sistemas de calidad están mal diseñados pueden generar tensiones entre proveedores, prestadores de cuidados y otros actores, así como aumentar la burocracia y elevar el costo administrativo de los servicios. Para evitar estos riesgos, los sistemas de evaluación de la calidad se han asociado a procesos de mejora de las organizaciones, generalmente participativos, que facilitan la conciliación de perspectivas (*op. cit.*).

A fin de ilustrar las actuales discusiones y consideraciones sobre la medición de la calidad de los servicios de tiempo prolongado, en este informe se analizan las características de los sistemas implantados en los últimos años en los países europeos, Canadá y Estados Unidos, para luego abordar la realidad en América Latina.

1. Los sistemas de calidad de los servicios de tiempo prolongado en Europa

La legislación y las normas referidas a la calidad de los servicios en los países europeos son de diferente índole de acuerdo con sus constituciones y organización político-administrativa. Mientras en los países centralizados se establecen normas y regulaciones amplias de carácter nacional, en los países federales y descentralizados la regulación nacional se complementa con legislación estadual y de los gobiernos locales. En los países federales existe una gran variedad de políticas según las regiones, con diferencias estructurales y en los procesos de autorización o acreditación (Rico y Godoy, 2013).

La mayor parte de los países europeos basan las regulaciones de los servicios para la dependencia en la legislación más antigua referida a la calidad de los servicios de salud y sociales, agregando reglamentaciones específicas si correspondiese. En el cuadro 5 puede apreciarse un resumen de la situación actual europea en la materia.

CUADRO 5
PANORAMA DE LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES Y MÉTODOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS

País	Instituciones responsables de las políticas de calidad	Métodos de implementación de los estándares de calidad
Alemania	Nivel federal: Ministerio de salud, Comisión médica de los seguros de salud (MDK). Gobiernos regionales: supervisión.	MDK: fija los criterios de acreditación, controles anuales, reportes públicos. Gobiernos regionales: control de los criterios estructurales. Proveedores: varios tipos de sistemas de gestión interna de la calidad.
Austria	Nivel federal: protección de los usuarios. Legislación regional: regulación de los proveedores de servicios.	Autoridades nacionales: Certificado Nacional de Calidad voluntario para las casas de cuidado. Autoridades regionales: definición de los criterios estructurales, controles. Proveedores: auto-regulación, gestión voluntaria de la calidad.
España	Nivel nacional: Comité Consultativo del Ministerio del Trabajo y de Asuntos Sociales: estándares y problemas de calidad. Gobiernos regionales: estándares para la autorización y la acreditación de los proveedores de servicios de cuidados de largo plazo (CLP), recolección de información sobre los recursos y los servicios existentes. Agencias de certificación.	Autoridades públicas: legislación, base de datos, estándares, acreditación, certificación, sanción. Proveedores: gestión de la calidad de manera voluntaria.
Francia	Nivel nacional: Ministerio de Salud y de Asuntos Sociales, Fondo Nacional para la Autonomía y la Solidaridad, Agencia Nacional para la Valoración del cuidado a domicilio y de los cuidadores a domicilio. Nivel regional: consejos regionales.	Acreditación basada en el respeto de estándares mínimos de protocolos. Proveedores: gestión de la calidad esencialmente basada en el sistema ANGEЛИQUE.
Finlandia	Ministerio de Asuntos Sociales y Salud: marco legislativo y metas. Instituto Nacional de Salud y Bienestar: investigación y orientación de políticas.	Autoridades públicas y proveedores: evaluación comparativa RAI (Resident Assessment Instrument).
Holanda	Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte: marco legislativo. Inspección de Salud: regulación y supervisión.	Inspección de Salud: evaluación de calidad obligatoria e información del público basándose en la Pauta de Calidad para un cuidado responsable incluyendo un índice de calidad del consumo desarrollado en conjunto con los proveedores.
Italia	Nivel nacional: Ministerio de Salud y Política Social: marco legislativo. Gobiernos regionales: regulación y supervisión.	Autoridades públicas (regiones, agencias regionales): autorización y acreditación, control. Proveedores: certificado de calidad voluntario.
Reino Unido	Comisión del Ministerio de Calidad de la Atención en Salud (CQC): acreditación, regulación y supervisión. Autoridades locales: gestión de los gastos y puesta en marcha de los servicios.	CQC: registro, auto-evaluación obligatoria basada en los estándares esenciales de calidad y seguridad, informes públicos. Proveedores: sistemas de gestión de la calidad internos.
Suecia	Ministerio de Salud y de Asuntos Sociales: marco legislativo. Comisión Nacional de Salud y Bienestar: investigación y orientación de políticas, evaluación. Autoridades locales: supervisión, contratación.	Autoridades públicas: directrices nacionales, registros nacionales de calidad, información pública. Proveedores: diversos sistemas de gestión de calidad.
Suiza	Gobiernos federales: estrategia global, legislación. Cantones: responsables de las políticas de control de la calidad, establecimiento de estándares, implementación de las leyes federales. Seguros de salud: monitoreo de la calidad y de la eficiencia de los servicios.	Autoridades públicas: instrumentos de inspección y de monitoreo, estándares de calidad, estadísticas. Seguros de salud: reembolso, instrumento de evaluación de las necesidades. Las agencias de acreditación crean certificaciones obligatorias.

Fuente: María Nieves Rico y Mathilda Godoy, "Estándares de calidad en los servicios de cuidado de adultos mayores en los países europeos", documento interno de proyecto acuerdo CEPAL/EUROsociAL, 2013.

2. La experiencia en América del Norte: Canadá y Estados Unidos

Como es sabido, en América del Norte no existe un organismo supranacional que establezca estándares o principios comunes. Además, las constituciones de cada país, así como los usos y costumbres ciudadanos, consolidaron dos trayectorias nacionales netamente diferenciadas tanto en la legislación y en el andamiaje normativo como en la implementación de las políticas públicas referidas a servicios de salud y servicios sociales. En este informe se resume la experiencia canadiense y estadounidense en materia de servicios de largo plazo para personas con dependencia, normas y evaluación de calidad, debido a que ambos países son pioneros en el continente americano.

En el *Canada Health Act*, que es la legislación federal del seguro público de salud canadiense, los servicios de cuidados de tiempo prolongado no están incluidos, por lo que su diseño, administración y prestación son responsabilidad de los gobiernos provinciales y territoriales. Los servicios de tiempo prolongado incluyen los cuidados en domicilio, los de base comunitaria y las instituciones de larga estadía (*nursing homes/residences*), existe diferencia de servicios según provincias y territorios, no son de acceso universal e involucran pagos por parte de los usuarios que están relacionados con sus ingresos.

Si bien el gobierno federal efectúa transferencias presupuestarias como reconocimiento de las cargas de población con dependencia que posee cada provincia o territorio, los servicios de apoyo de tiempo prolongado son financiados a través de impuestos locales. Por este motivo existen diferencias regionales en su provisión. En la actualidad, las provincias y territorios canadienses están imponiendo el sistema InterRAI de evaluación de los servicios en domicilio que tiende a homogeneizar las prestaciones en todo el territorio canadiense.

En algunas provincias y territorios los servicios son prestados exclusivamente por agencias gubernamentales, en cambio en otros se combinan prestadores estatales y privados con o sin fines de lucro. Los programas de calidad dependen de cada gobierno provincial. La legislación sobre calidad de los servicios es atribución de los gobiernos provinciales y territoriales. A modo de ejemplo, el gobierno de Ontario estableció recientemente la legislación "*Excellent Care for All Act*" (ECFA), con el propósito explícito de mejorar la calidad de los servicios de salud de la provincia, entre ellos los cuidados de largo plazo. Siguiendo el modelo inglés, el gobierno de Ontario fusionó cinco agencias gubernamentales en una sola agencia de calidad, Health Quality Ontario (HQO). El objetivo de esta nueva agencia es establecer bases de calidad a partir de la premisa de la transparencia y la rendición de cuentas. La información está disponible a los usuarios, al público y a los medios de comunicación. Según el nuevo plan, la mejora de la calidad de todo el sistema debe basarse en la evidencia de las mejores prácticas. El Observatorio de Calidad conforma la base de datos que reúne toda la información del sistema, incluyendo los indicadores de desempeño (InterRAI, 2013; CLHIA, 2012; HQO, 2012; OCDE, 2011).

En el caso de Estados Unidos, el modelo económico del país está fuertemente orientado hacia el libre mercado. Es importante mencionar el contexto, ya que los servicios de cuidados de largo plazo conforman el mercado con la más extensa e intensa regulación estatal de toda la economía norteamericana.

Los cuidados de tiempo prolongado en los Estados Unidos no son un derecho universal, ni están cubiertos por MEDICARE, que solamente presta este tipo de servicios para la recuperación de pacientes con enfermedades agudas; es decir, por un período limitado de tiempo hasta la recuperación de la salud. Por este motivo, las personas con dependencia que necesitan asistencia tanto en domicilio como en instituciones deben afrontar su contratación privada. Sin perjuicio de ello, y de manera paradójica, los dos organismos federales de la seguridad social MEDICARE y MEDICAID⁸ son los principales

⁸ Los servicios para la atención de la fragilidad y de la dependencia son los mismos. Por ese motivo, MEDICARE y MEDICAID son los grandes contratistas de servicios en los EEUU y los más voluminosos de los países occidentales. Debe tenerse en cuenta que más del 90% de la población de 65 años y más está asociada a MEDICARE. Por lo tanto, la obra social es la principal contratista de este tipo de servicios por períodos que no excedan los noventa días. En tanto, MEDICAID contrata servicios de largo plazo para amplios sectores de la población con ingresos insuficientes. Por este motivo, los indicadores de calidad desarrollados por MEDICARE y MEDICAID constituyen un referente internacional en la materia.

prestadores de servicios en todo el territorio nacional. Ello se debe, por un lado, a la mencionada contratación de MEDICARE para la recuperación de enfermedades agudas y, por el otro, a que las personas con dependencia sin recursos monetarios y patrimoniales suficientes, o los que los hayan perdido a causa de los gastos incurridos por la dependencia, son atendidos por MEDICAID, que es la obra social para determinados grupos de personas pobres.

A partir del año 1987, con el establecimiento de OBRA'87 (*Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987*) se redefinió el control de calidad de las instituciones de larga estadía (*nursing homes*) en todo el país. El cambio más significativo que introdujo OBRA'87 fue la reorientación de los servicios hacia la focalización en las personas y la evaluación de calidad basada en indicadores de resultados. OBRA'87 se propuso superar las críticas a las formas anteriores de evaluación de la calidad basada en los estándares mínimos de estructura. Estableció, en cambio, nuevas regulaciones basadas en la calidad de los cuidados, derechos de los residentes, evaluación de la calidad de vida de los usuarios e incorporó las entrevistas a los residentes y a sus familiares en las visitas de inspecciones de las instituciones y en la evaluación de la calidad de los servicios. Entre otras innovaciones, OBRA'87 estableció el *Minimum Data Set* (MDS), que es la base de datos que compila la información relevada mediante el *Resident Assessment Instrument* (RAI).

La aplicación sistemática de RAI y MDS produjo resultados importantes para la mejora de la calidad del cuidado y la calidad de vida de los residentes de las instituciones de larga estadía en los Estados Unidos. A partir del año 2010, los costos de los cuidados de largo plazo fueron incluidos en las evaluaciones de calidad a través del *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA). Por su parte, la regulación y evaluación de calidad de los servicios de largo plazo de base comunitaria y en domicilio está a cargo de los gobiernos estatales y, en el nivel nacional, de Centros de MEDICARE y MEDICAID (CMS). Las normas regulatorias son más laxas que las que se aplican en las instituciones de larga estadía y se focalizan principalmente en la oportunidad de acceso y los costos. Por este motivo, existen diferencias regionales en los servicios en domicilio y de base comunitaria (IMO, 2001; Mass.gov, 2009; OECD, 2013; MEDICAID, 2013).

III. La situación de los países de América Latina en materia de servicios de apoyo para la dependencia

A. Las transformaciones demográficas y epidemiológicas en América Latina

En el marco de cambios socio-económicos, culturales y tecnológicos ocurridos en los países latinoamericanos a partir de la segunda mitad del siglo XX, el progreso de la transición demográfica ha sido acompañado a su vez por el avance de la transición epidemiológica. Desde la década de 1950 el descenso de la mortalidad se generalizó en la región a expensas, fundamentalmente, del descenso de la mortalidad infantil y, más recientemente, del aumento de la longevidad debido a la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas.

Como se señaló precedentemente, el aumento de la proporción de personas de 80 años y más es el principal indicador socio-demográfico para predecir la necesidad de implantar servicios para la dependencia. Sin embargo, la situación demográfica de los países de América Latina no es homogénea, aunque todos evolucionan hacia el envejecimiento de sus poblaciones y, dentro de éste, al envejecimiento de la población de adultos mayores, es decir, al aumento de las personas de 80 años y más.

Desde el punto de vista demográfico se pueden perfilar dos grandes grupos de países con situaciones polares en la región: i) los más rezagados en sus transiciones demográficas, que presentan una carga de dependencia de cuidados de niños pequeños con baja capacidad de respuesta a las demandas (Bolivia, Honduras y Nicaragua) y ii) los que atraviesan las fases avanzadas de sus transiciones que ya evidencian el aumento de las cargas de dependencia de cuidados de adultos mayores y en el futuro mediano experimentarán la reducción del número de cuidadores para enfrentar la referida demanda (Argentina, Chile, Cuba y Uruguay) (CEPAL, 2010).

El perfil epidemiológico de los países de América Latina contribuye, además, a estimar el aumento de las cargas de dependencia de cuidados de adultos mayores en los próximos años. Ello se debe a que en la región coinciden dos patrones epidemiológicos. Por un lado, el aumento de la longevidad incrementó la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de comorbilidades;

por otra parte, persisten todavía en algunas áreas las enfermedades infecciosas y parasitarias que han disminuido en su letalidad pero frecuentemente dejan secuelas o evolucionan hacia la cronicidad. El resultado de este doble patrón es el aumento de los años de vida esperados con discapacidad y dependencia.

Un estudio realizado en la Argentina, que aplicó el método Sullivan para relacionar los datos del último censo nacional de población del año 2010 sobre limitaciones permanentes con las tablas de mortalidad de ese año, observó que en las dos jurisdicciones con comportamientos polares del país, una de ellas con el más alto índice de desarrollo humano y la otra con uno de los más bajos, en las décadas recientes había aumentado la esperanza de vida al nacer y a los 65 años de edad. Sin embargo, en la jurisdicción con mayor desarrollo humano se proyectaron más años de esperanza de vida y, simultáneamente, más reducidas expectativas de años vividos con al menos una limitación permanente. Asimismo, al analizar la severidad de las dificultades en los años esperables con limitaciones, se observó que la mayor proporción de esos años transcurriría con una sola limitación. En cambio, en la jurisdicción menos desarrollada del país se esperaba algo menos de años de vida pero aumentaba la proporción de los años esperados con tres o más limitaciones permanentes; es decir, con niveles más severos de discapacidad (Belliard, Massa y Redondo, 2013).

El estudio argentino permite conocer el impacto que exhibe la desigualdad social sobre la salud y la discapacidad, y alerta sobre dos dimensiones que deben contemplarse en la provisión de cuidados: el aumento de las cargas de cuidados de personas mayores en situación de dependencia en América Latina no solamente requerirá una cantidad adecuada de potenciales cuidadores sino, además, la disponibilidad de personas entrenadas y especializadas en la provisión de cuidados complejos para personas que esperan vivir varios años con niveles severos de discapacidad.

Frenk y otros (1989) y Palloni (1990) sostienen que en los países o jurisdicciones con ingresos bajos e intermedios, el modelo de desarrollo económico ha sido marcado con una profunda desigualdad social, generadora de una variedad de condiciones de vida que dificultan alcanzar el final de la transición en todos los sectores y regiones. Desde sus perspectivas, los niveles de mortalidad se han reducido pero la composición de las causas de muerte es mucho más compleja, perdiéndose el claro predominio de las enfermedades infecciosas y aumentando el de enfermedades degenerativas, aunque las primeras mantienen un lugar preponderante dentro del perfil epidemiológico. A esta creciente complejidad se agregan los deficitarios sistemas de salud (con importante retraso tecnológico y baja productividad, en algunos casos) que, sin haber resuelto problemas antiguos, enfrentan nuevos y más complejos desafíos. Frenk y otros autores (1991) denominaron *transición epidemiológica prolongada polarizada* a la desigual trayectoria del descenso y la composición de la mortalidad observada en los países latinoamericanos.

En estos nuevos contextos, la enfermedad deja de ser un estado agudo y transitorio que se resuelve con la curación o la muerte para transformarse en una situación crónica y de largo plazo, que ocasiona una creciente carga psicológica, social y económica para las personas, las familias y las comunidades, a la vez que el aumento progresivo de la necesidad de servicios sociales y sanitarios (González y Ham Chande, 2007). Por otra parte, el aplazamiento de la mortalidad hacia las edades más avanzadas ocasiona el aumento del número de personas que viven varios años padeciendo más de una enfermedad crónica (comorbilidades).

La falta de una adecuada atención de las enfermedades crónicas y comorbilidades por parte de los sistemas públicos de salud afecta con mayor intensidad a las personas de los grupos socio-económicos bajos, que están expuestos a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y continúan padeciendo enfermedades infecciosas y los efectos de las carencias nutricionales. Un estudio de caso efectuado en Argentina sobre una muestra estadística de pacientes mayores asociados a programas prepagos de atención médica de la ciudad de Buenos Aires que recibían atención médica en domicilio (Redondo, Manzotti y de la Torre, 2013), observó que el aumento de la dependencia en actividades básicas de la vida diaria⁹ resultó ser la variable explicativa del aumento del gasto de las

⁹ La dependencia de actividades de la vida diaria se midió a través del Índice de Katz.

familias por encima de la mediana de la distribución. En cambio, los costos y facturación hospitalarios para la atención de estos pacientes no variaron estadísticamente según el nivel de dependencia, de deterioro cognitivo, o el índice de comorbilidades. La evidencia empírica que proporciona este estudio robustece la noción de que las familias asumen la mayor parte de los gastos para el cuidado de los pacientes con dependencia. Por este motivo, el análisis de los costos asociados a las enfermedades crónicas presenta en la actualidad notables dificultades también en los países latinoamericanos.

La situación de los países de América Latina posee particularidades que merecen ser observadas con atención. En primer lugar, el aumento de la longevidad y el avance de la transición demográfica se están produciendo con notable velocidad, incluso en los países más rezagados. Ambos procesos demográficos se inscriben en un amplio espectro de transformaciones poblacionales que ocurren de manera simultánea, tales como la rápida urbanización, la reducción del tamaño de las familias, su tendencia hacia los arreglos unigeneracionales de residencia y las migraciones de los adultos jóvenes, entre las dimensiones que más afectan la capacidad del soporte familiar hacia sus integrantes de mayor edad.

Por otra parte, el desarrollo de los sistemas de protección social a la vejez es diverso en la región. Mientras los países del cono sur del continente, con envejecimiento demográfico pronunciado, poseen extensos y antiguos sistemas de seguridad social, otros países con poblaciones muy numerosas de adultos mayores y rápido envejecimiento demográfico carecen todavía de cobertura aceptable (Flores Castillo, 2013). En todos los casos, sean extensos o exiguos, los sistemas de protección social latinoamericanos son herederos de la tradición “familista” (Esping-Andersen, 1990 y 2002; Sunkel, 2006) que caracteriza a los regímenes de algunos países del sur de Europa. Por este motivo, hasta el momento, los sistemas ofrecen cobertura de ingresos monetarios tras el cese laboral y/o acceso a la cobertura de atención médica para la atención de la salud pero la atención de las personas con discapacidades o en situación de dependencia es todavía responsabilidad casi exclusiva de las familias. Resulta conveniente aclarar que, como parte de la tradición “familista”, las normas de herencia obligan a los hijos adultos o, en su ausencia, a los herederos forzosos de los bienes patrimoniales, a prestar alimento y ayuda a los padres o los familiares mayores directos a partir de determinado umbral de edad cronológica.

B. La protección social a la vejez en América Latina

Como ya se ha planteado, en los regímenes de protección social “familistas” los cuidados de largo plazo para personas con limitaciones permanentes y dependencia son responsabilidad prácticamente exclusiva de las familias de quienes las sufren. Hasta el momento, la mayoría de los Estados de los países latinoamericanos suelen intervenir de manera subsidiaria: ofrecen asistencia a personas mayores con dependencia solamente si carecen de soporte familiar y además disponen de insuficientes recursos económicos. Es decir, excluyen de sus prestaciones a amplios sectores de las clases medias o medias bajas que no califican para la asistencia pública.

En los capítulos precedentes se expuso que en las últimas décadas las reformas de la seguridad social de gran parte de los países de Europa continental tendieron hacia la *des-familiarización* de sus sistemas. Las reformas obedecieron a la necesidad de adecuación ante los nuevos escenarios demográficos, fundamentalmente por el significativo aumento de la longevidad de sus poblaciones y la reducción de su fecundidad, así como por las transformaciones en el seno de las familias y la creciente participación femenina en el mercado de trabajo.

El concepto de *des-familiarización* hace referencia al establecimiento de sistemas de protección pública integrales que atienden de manera colectiva necesidades que en las modalidades tradicionales eran asumidas exclusivamente por las familias. La *des-familiarización* no debe ser considerada una política “anti-familia” sino una vía de liberar al individuo de reciprocidades familiares o conyugales para la satisfacción de sus necesidades (Sunkel, 2006). Por un lado, la *des-familiarización* beneficia a las mujeres, porque las emancipa de parte de su carga doméstica y promueve su independencia económica al facilitar su inserción en el mercado laboral. Por otra parte, ofrece condiciones de equidad para la satisfacción de sus necesidades a las personas mayores con dependencia que carecen de apoyo familiar suficiente o desean mantener su independencia sin representar una carga que puede ser excesiva para sus familiares, y pertenecen a los heterogéneos sectores medios.

En el Panorama Social 2012 se advierte que, según los datos proporcionados por las encuestas nacionales de gasto, las erogaciones en cuidado son claramente más elevadas en los hogares latinoamericanos con adultos mayores que en los hogares en los que no residen adultos mayores, aun cuando en ellos vivan niños menores de cinco años (CEPAL, 2013). Las especulaciones indican que la complejidad de los cuidados que reciben los adultos mayores, debido a las morbilidades y discapacidades que sufren, merman la capacidad de apoyo intergeneracional e intra-familiar. Por otra parte, la evolución demográfica ha transformado el ciclo de vida de las familias. La composición de edades de los hogares en los países con poblaciones envejecidas es otro factor que incide en la necesidad de contratar personas que realicen el apoyo personal o doméstico en los hogares con personas mayores frágiles o con dependencia. En algunos países del cono sur, Argentina por ejemplo, más de la mitad de las personas de 75 años y más residen en hogares monogeneracionales, es decir, viven en hogares en los que todos los integrantes son mayores de 65 años (INDEC, 2013).

Una investigación empírica llevada a cabo en la ciudad de Buenos Aires puso en evidencia que el gasto familiar en cuidados personales de personas mayores en situación de dependencia que vivían en sus domicilios aumentaba si la persona que recibía los cuidados era mujer (Redondo, 2012). Ello se debía a los patrones de género en la provisión de cuidados: si en un hogar de pareja sola el cónyuge varón era quien recibía los cuidados, la cónyuge mujer se hacía cargo de proporcionar cuidados personales tales como bañarlo o llevarlo al baño de manera no remunerada. En cambio, si el cónyuge que recibía los cuidados era mujer, la familia contrataba personal especializado para estas tareas porque el hombre no las hacía. Asimismo, la probabilidad de vivir en hogares unipersonales era más extensa entre las mujeres mayores que entre los hombres y, en esos casos, también se contrataba personal especializado para el cuidado porque los familiares no convivientes, principalmente los hijos e hijas con trabajo remunerado y obligaciones en sus grupos familiares independientes, no tenían disposición a efectuarlo por sí mismos.

La evidencia empírica sustenta la noción de inequidades de género hacia el final de la vida: las mujeres que dedican gran parte de sus vidas a proporcionar cuidados tienen menos probabilidades de recibirlos cuando son ellas las que los requieren. El desarrollo de servicios integrales de protección social para la cobertura del riesgo de la dependencia debería equilibrar la situación actual. Es necesario tener en cuenta que, en la Argentina por ejemplo, la tasa de internación en hogares geriátricos de las mujeres de 80 años y más duplica la tasa masculina para el mismo grupo de edad. En síntesis, existen evidencias empíricas que indican que la tradición “familista” de los sistemas de protección social latinoamericanos podría contribuir a perpetuar las desventajas de las mujeres a lo largo de toda su biografía personal cuando las poblaciones envejecen. En estas circunstancias, ser mujer implica tener menos posibilidades de ejercer el derecho de “envejecer en casa”.

Un relevamiento de catastro efectuado por CEPAL (2013) sobre programas en 23 países latinoamericanos mostró que los servicios que prestan apoyo o cuidados se caracterizan por su baja cobertura y por su débil institucionalidad. El estudio señala que muchos programas que se proponen de manera directa o indirecta proporcionar apoyo o cuidado a adultos mayores se enmarcan en planes más amplios de lucha contra la pobreza, de asistencia social a familias y grupos vulnerables, programas alimentarios o de salud; es decir, no están específicamente diseñados para encarar el problema social de la dependencia. Por este motivo, comienza a reconocerse en la región la necesidad de incorporar “los servicios sociales para fortalecer la autonomía” (Huenchuan, 2011, pág.166) como un nuevo pilar de los sistemas de protección social.

Las reformas encaradas en los sistemas de protección social reseñadas en puntos anteriores muestran que en la actualidad hay amplio consenso en que éstos deben proveer un mínimo nivel de cuidados socio-sanitarios que esté disponible para todos los ciudadanos (adecuados), que se distribuyan de acuerdo con las necesidades (equidad) y que proporcionen protección ante costos catastróficos (protección de ingresos). En muchos países, el riesgo de requerir cuidado continuo tiene consecuencias financieras para los ciudadanos mucho más gravosas que las derivadas de la utilización de servicios de salud agudos. En la experiencia internacional, las modalidades de financiamiento de los cuidados de largo plazo fueron similares a las vigentes para los sistemas nacionales de salud: impuestos generales o seguridad social.

Sin embargo, en el documento ya referido, la CEPAL no recomienda alinear el financiamiento de estos servicios con las formas de seguridad social preexistentes en los países de la región, debido,

fundamentalmente, a la desigualdad que encierran sus prestaciones. De manera taxativa, la CEPAL propone que el nuevo pilar:

“Debe asentarse en el principio de iguales oportunidades de cuidado, lo que implica una arquitectura basada en los principios de solidaridad y de universalidad, nutrida con impuestos generales y con formas de aseguramiento solidarias, de carácter contributivo y no contributivo. En cuanto a la operación de la red así financiada, es preciso establecer interacciones efectivas entre los servicios pertinentes para la prestación de cuidado (salud y asistencia social) y la red de prestadores de la protección social existente, con regulaciones que impidan el “descreme de mercado” y velen por la calidad, teniendo en cuenta la universalidad encarnada en el principio de igualdad de oportunidades de cuidado” (CEPAL, 2013:244).

Con el propósito de efectuar el análisis comparado entre la situación actual en materia de cobertura del riesgo de fragilidad y dependencia en los diferentes países de América Latina y los lineamientos internacionales y regionales en la materia hasta aquí expuestos, se presenta a continuación un relevamiento del estado de las políticas públicas específicamente referidas a apoyo y cuidados de largo plazo para la dependencia.

C. Situación actual de la cobertura del riesgo de fragilidad y dependencia en países de América Latina

En América Latina, la inserción institucional de los servicios sociales y sanitarios que conforman el sistema de apoyo a las personas mayores con dependencia varía según el país. Es necesario tener en cuenta la heterogeneidad presente en la región con relación a las modalidades de cobertura de salud de la población adulta mayor entre los países, e incluso al interior de ellos. Coexisten en ellos cobertura de salud a través de la seguridad social, del sector público dependiente de los ministerios de salud nacionales y subnacionales y de programas prepagos de medicina contratados privadamente. La participación de un tipo u otro de cobertura en la atención de la salud de las personas adultas mayores es variable en cada uno de los países. A su vez, los servicios de salud se diferencian institucionalmente de las unidades administrativas estatales que tienen incumbencia en acciones específicas de promoción de los derechos y la calidad de vida de los adultos mayores, así como de atención a la dependencia.

Hasta el momento, la inserción institucional de los servicios de largo plazo es de diversa índole en los distintos países de la región, así como también es diversa la extensión de la cobertura, la variedad de las prestaciones que ofrecen y la orientación que los inspira. Sin perjuicio de ello, se puede señalar que en general prima la oferta fragmentada y parcial de prestaciones, debido a que hasta ahora no existe legislación dirigida a asegurar de manera solidaria el riesgo de dependencia y necesidad de cuidados de largo plazo de las poblaciones adultas mayores latinoamericanas así como establecer su inclusión en los sistemas nacionales de protección social a la vejez.

El servicio más difundido son las instituciones estatales de larga estadía para personas en situación de pobreza, y las privadas dirigidas a personas adultas mayores con distintos niveles de dependencia que tienen capacidad de pago, o coberturas de seguros públicos o privados. También están extendidos los clubes de personas mayores y, en menor medida, los centros diurnos para personas con algún grado de dependencia. El andamiaje institucional que sostiene esta programación es también débil y no existen fondos específicos que financien la extensión universal de su cobertura (Huenchuan, 2011).

No obstante, en años recientes se incorporó en la agenda pública de varios países de la región la nueva cuestión social que deriva del aumento de la dependencia en las poblaciones de adultos mayores. Una revisión no exhaustiva de la situación actual se presenta en el capítulo cuatro. Como se señaló en la introducción, el estudio empírico se efectuó sobre la base del relevamiento de normativa oficial de nueve países de América Latina¹⁰ que respondieron la encuesta efectuada por CEPAL en el marco de este estudio.

¹⁰ Los nueve países considerados en este estudio son: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay.

IV. El cambio de paradigma en los programas para la dependencia en América Latina

Durante la primera década del siglo XXI, varios países de la región introdujeron legislación general o específica referida a los deberes asumidos por los Estados en relación con la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores siguiendo los lineamientos del Plan de Acción Internacional de Madrid 2002 y de las recomendaciones efectuadas por las reuniones gubernamentales de seguimiento del Plan Madrid convocadas por CEPAL en la región.

Una de las características compartidas en esta legislación es que la responsabilidad estatal trasciende su exclusiva focalización sobre la cobertura en materia de ingresos monetarios y de acceso a planes de salud tradicionales. En general, las nuevas normas se orientan hacia el reconocimiento estatal de los derechos de los adultos mayores a recibir servicios que les faciliten mantener con dignidad y autonomía su vida cotidiana, según las preferencias, estilos o creencias que han sostenido a lo largo de sus biografías. Entre las dimensiones que se mencionan con más frecuencia, las nuevas orientaciones involucran la intervención estatal en la defensa de los derechos de los adultos mayores, en la protección ante situaciones de abuso o maltrato, en el desarrollo de entornos accesibles y en la atención de la dependencia.

La reorientación de sus principios e incumbencias es más notable en las normas legales que se han introducido más recientemente. Es decir, se observa que la inclusión del nuevo paradigma en los países de la región es progresiva, por lo menos en el nivel normativo que se analiza en este documento. Asimismo, siguiendo las observaciones de Rico y Godoy para los países europeos, también se distinguen diferencias según la organización administrativa unificada o federal de los países latinoamericanos.

En este estudio interesa analizar la regulación estatal de servicios públicos o privados dirigidos a la atención de la fragilidad y la dependencia. Para ello se estudian las normas desde dos perspectivas: i) el establecimiento de servicios de largo plazo dirigidos a los adultos mayores con dependencia, y ii) la reglamentación en materia de los estándares de calidad exigidos para la acreditación de los servicios y los indicadores de calidad para su evaluación. Si bien la regulación de los servicios es estatal, la acreditación o su provisión pueden haberse descentralizado a entidades privadas con o sin fines de lucro. Como bien señala Castegnaro (2010), el control estatal de los servicios externalizados requiere la definición de estándares e indicadores que se elaboran mediante la aplicación de técnicas de

investigación social. En el mismo sentido, la CEPAL recoge los lineamientos del Consejo de Europa y recomienda su aplicación en la región: “Los Estados miembros deben asegurarse de que exista una autoridad u organismo encargado de la inspección de las instituciones públicas y privadas residenciales competente e independiente. Además, deben establecer mecanismos de denuncia fácilmente accesibles y eficaces y la reparación de las deficiencias en la calidad de la atención” (Huenchuan, 2013, pág. 22).

Un rasgo común en la región es que las políticas públicas y la prestación estatal en materia de dependencia se mantiene focalizada en los sectores más vulnerables de las poblaciones de adultos mayores: los que sufren abandono o abuso, los pobres e indigentes sin familia o los grupos étnicos desaventajados¹¹, entre los que más se reiteran en las normas consultadas. La extensión de la protección social a la vejez hacia la cobertura del riesgo de dependencia y necesidad de cuidados es una de las metas propuestas por CEPAL (2013) para los países de la región que todavía es de cumplimiento pendiente. La variedad de los servicios es, por su parte, un indicador de calidad de las prestaciones debido a que garantiza el derecho inalienable de las personas adultas mayores a elegir la opción que más se adecúa a sus preferencias y estilos de vida, motivo por el cual constituye una dimensión de corte para el análisis.

A. Las instituciones de larga estadía para adultos mayores

El servicio de residencia u hogar de larga estancia es el que se ofrece de manera universal en todos los países considerados en este estudio. Es heredero de la tradicional modalidad asilar para ancianos desprotegidos o abandonados. Sin embargo, en la mayoría de los países se ha reconvertido a la luz de la situación demográfica y del nuevo paradigma en materia de derechos.

Uno de los primeros cambios que se observa es la modificación de la nomenclatura tradicional en la región de “casas de reposo” u “hogares de ancianos” para asumir nuevos nombres en cada país: centros residenciales gerontológicos, establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM), centros residenciales para adultos mayores geriátricos (CARPAM), instituciones de larga estadía para personas mayores u hogares de larga estancia para personas mayores. Solamente en Nicaragua, entre los casos estudiados, se mantiene la denominación tradicional de “hogares de protección” para una prestación de albergue que está exclusivamente dirigida a la población mayor indigente o víctima de abuso.

Se presenta a continuación una síntesis de la oferta actual del servicio institucional en los nueve países incluidos en este estudio.

En Argentina la habilitación, evaluación y fiscalización de las instituciones de larga estadía para personas mayores está descentralizada: la establecen y ejecutan los niveles sub-nacionales de gobierno, es decir, provincias y municipios. No hay una regulación nacional del servicio de internación geriátrica o gerontológica. Una particularidad de la cobertura argentina en materia de protección social y de salud es el papel relevante del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), popularmente conocido como PAMI, que es el organismo de la seguridad social argentina encargado específicamente de proporcionar cobertura de salud y social a la población jubilada y pensionada del Sistema Nacional de Previsión Social. En la actualidad, la cobertura del sector de obras sociales, principalmente a través del PAMI, es muy extensa en la población de 65 años y más del país. La internación en residencias geriátricas está disponible para todas las personas de 60 años y más afiliadas al PAMI¹². Se ofrecen dos tipos de prestaciones institucionales: internación geriátrica con control médico e internación geriátrica con asistencia psico-geriátrica. Asimismo, se ofrece la modalidad de Centros de Día, destinados a la rehabilitación psico-social. Se trata en general de instituciones privadas, que a través de acuerdos con las Obras Sociales ofrecen servicios a los afiliados, contra el pago de una cápita establecida. No se especifican niveles de dependencia o características socio-demográficas de los afiliados para el acceso a estas prestaciones institucionales, ni los sistemas de puntajes para adjudicar el servicio. Las normas establecidas hasta el momento se orientan básicamente a supervisar la estructura y los procesos. No se publican normas para la evaluación de su calidad.

¹¹ En los programas de Ecuador, Nicaragua y Paraguay, por ejemplo.

¹² Véase [en línea] http://www.pami.org.ar/bot_servicios_prest_soc_resid_geriatr.php.

En el caso de las residencias del Estado nacional para personas mayores que dependen de la Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor (DINAPAM), se observa un cambio de orientación en su reglamentación para el funcionamiento interno. Hasta años recientes, las residencias estaban destinadas a proporcionar alojamiento a personas mayores autóvalidas sin recursos materiales ni familiares. En la actualidad, para la admisión en las residencias las personas mayores de 60 años deben reunir los siguientes requisitos:

- Podrán residir en instituciones del tipo RPM aquellos adultos mayores que debido a la ausencia o al grado de deficiencia en algunas de sus capacidades bio-psico-sociales para el desarrollo y las actividades de la vida diaria, no puedan ser auto sostenidas y/ o cuidadas por miembros de su grupo primario, ni por personal capacitado dentro de su ámbito.
- No poseer bienes propios. En caso de percibir jubilación o pensión, o contar con otros recursos, el monto de los mismos no superará aquellos fijados por el valor expresado en pesos de la medición actualizada de la línea de pobreza.
- No poseer obra social o cobertura de salud que brinde prestaciones geriátricas y/o gerontológicas
- No padecer deterioro en su salud mental muy avanzado, (Argentina, s/f).

Asimismo, se publican los derechos de los residentes en las instituciones, entre los que se destacan el respeto por el derecho de privacidad y de libertad de conciencia. Al ingresar a la residencia se firma un acta de consentimiento del residente con su internación; asimismo se establecen normas de convivencia que son acordadas por los residentes a través de asambleas.

Por su parte, Brasil reglamentó el funcionamiento y la evaluación de lo que denomina “Instituciones de larga estadía para personas adultas mayores” (ILEPAD) en todo el territorio nacional, tanto de gestión pública como privadas con o sin fines de lucro. En el marco de las orientaciones del estatuto de las personas mayores de 60 años (*Estatuto do Idoso*) del año 2003 y de la legislación anterior que sirvió de antecedente, se establecen tres modalidades de instituciones: i) modalidad I para adultos mayores sin dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD); ii) modalidad II para adultos mayores con dependencia leve y moderada de AVD; y iii) modalidad III para adultos mayores con dependencia severa de AVD y deterioro cognitivo. Los requerimientos de estructura son diferenciados según cada uno de los niveles. Sin embargo, mantienen la misma orientación hacia el reconocimiento de los derechos de los residentes y la firma de contratos personales (Brasil, 2001). La acreditación y evaluación de las instituciones de larga estadía está a cargo del Ministerio Público, de los Consejos Regionales de Adultos Mayores y de las delegaciones regionales de Vigilancia Sanitaria.

Costa Rica reglamentó, en el año 2012, los indicadores y procedimientos para la habilitación y la evaluación de las instituciones que denomina “hogares de larga estancia para personas adultas mayores”, ya sean de gestión estatal o privada con o sin fines de lucro. La fiscalización está a cargo del Ministerio de Salud. El servicio de hogares de larga estancia para personas adultas mayores, definido por el Reglamento, corresponde a hogares de ancianos o albergues, con fines de lucro y sin fines de lucro, privados y públicos. En algunos casos, motivados por la carencia de recursos familiares para el cuidado de las personas adultas mayores, o ante problemas de abandono familiar, social o económico. Centros que ofrecen servicios de higiene personal, apoyo en actividades de la vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición, estimulación mental; que cuenta con una junta directiva o gerencia, un coordinador administrativo y la respectiva persona encargada del cuidado básico de la persona adulta mayor con la finalidad de ofrecer una atención y un ambiente de seguridad de pertenencia y protección durante las 24 horas (Costa Rica, 2012a).

Los requisitos para la habilitación y prestación de servicios son indicadores básicos de estructura de planta física, recursos humanos y seguridad, entre otros, pero no invocan derechos de los residentes, contratos personales de servicio o planes individualizados de servicios, para señalar algunos de los aspectos propios de las nuevas orientaciones centradas en los usuarios. Sin embargo, la Ley Integral para el Adulto Mayor, Ley N° 7935, en el artículo 5° establece de manera taxativa los “derechos de la persona adulta mayor que resida permanente o transitoriamente en un hogar, centro diurno, albergue u otra modalidad de atención”, entre los que se mencionan: “a relacionarse afectivamente con sus familiares, a recibir

información previa de todos los servicios y el costo, a recibir información sobre su salud y participar en el tratamiento, a oponerse a recibir tratamiento experimental y con exceso de medicamentos, a no ser trasladado sin consentimiento, a no ser aislado, a administrar sus propias finanzas, gozar de privacidad y circular libremente”. Estos derechos se suman a los establecidos en los artículos 6 y 7, conformando un cuerpo integral de derechos personales que se salvaguardan en todo el territorio nacional.

Recientemente, en el año 2010 Chile reglamentó el funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) en todo el territorio nacional mediante el Decreto N° 14 del Ministerio de Salud. La población usuaria de este servicio son “personas de 60 años y más que por razones biológicas, psicológicas o sociales requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben” (Chile, 2010). Las personas mayores comprendidas en los tres primeros quintiles de ingresos costean su estadía en los ELEAM de manera compartida entre el Estado (a través del Aporte Per Cápita SENAMA) y los residentes (a través de un aporte de sus ingresos, que en ningún caso podrá exceder del 85% de los ingresos que reciban a cualquier título, ni superior al monto del Aporte Per Cápita SENAMA (Chile, 2013c). A través de esta nueva normativa, el Estado asume responsabilidad en materia de asistencia integral de largo plazo a las personas frágiles o con dependencia en ámbitos institucionales aunque no ofrece cobertura universal. Asimismo, el reconocimiento de la responsabilidad estatal se publica, por lo que cumple con las normas de transparencia para facilitar la accesibilidad al servicio.

En Paraguay, mediante la Resolución 322/2011 del Ministerio de Salud, se aprobó el Reglamento de Autorización, Registro, Acreditación e Inspección de los Centros de Atención de las Personas Adultas Mayores. Este reglamento establece los indicadores de estructura y de procesos, planes personalizados de atención y respeto de derechos, entre los más destacados, que deben cumplirse para la habilitación y el funcionamiento de centros de larga estancia, centros comunitarios que atienden personas adultas mayores y hospitales geriátricos en todo el territorio nacional. De manera taxativa especifica que el ingreso a los centros debe ser voluntario y esa condición debe constar fehacientemente, con la única excepción de orden judicial expresa para una persona mayor de 60 años. Asimismo, dispone la confección del Registro de Centros de Atención de Personas Adultas Mayores en todo el territorio paraguayo (Paraguay, 2011).

El año 2010, mediante el Decreto Supremo 009 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMDES), en el Perú se reglamentaron las normas para la acreditación, supervisión y evaluación de los Centros Residenciales para Adultos Mayores Geriátricos (CARPAM). Los CARPAM están específicamente dirigidos a “personas adultas mayores frágiles o con patologías crónicas físicas o mentales por las que requieren apoyo de terceras personas para realizar actividades de la vida diaria” (Perú, 2009). La acreditación y evaluación de los CARPAM, tanto de gestión pública como privada, están a cargo de los gobiernos regionales que aplican la citada norma, debiendo actualizar los registros nacionales del MIMDES con la información de su jurisdicción.

Uruguay, en tanto, reglamentó mediante el Decreto 320/999 los requisitos técnicos para el funcionamiento en todo el país de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores, según lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley 17066 del 24 de diciembre de 1998. Si bien el decreto reglamentario se extiende en fijar indicadores básicos de estructura, tanto de la planta física como de la planta de recursos humanos, se exhiben algunos puntos que pueden considerarse parte de los nuevos paradigmas. Se destaca la obligación de conformar el Comité de Residentes o Usuarios que tiene entre sus funciones organizar reuniones periódicas entre los residentes para discutir acerca de la vida institucional, la convivencia, sugerencias y quejas a la Dirección Técnica y responsable legal del establecimiento, los que tomarán en cuenta sus planteos en la medida de lo posible. Tanto el representante legal del establecimiento como el médico director técnico deberán suministrar a los residentes la información necesaria para acceder a los organismos responsables del contralor de esos establecimientos. Asimismo, se indica la no utilización de medidas de contención física y se especifican las excepciones, así como se limita la administración de psico-fármacos a diagnósticos específicos. Sin perjuicio de ello, no se detallan los diagnósticos o situaciones en los que puedan indicarse a modo de excepción. En el mismo sentido, se solicita la publicación de los derechos de los residentes, pero no establece un piso mínimo de alcance nacional. En la actualidad, se extendió la normativa a las instituciones públicas; es decir, comprende a la totalidad de establecimientos públicos y privados del territorio nacional (Uruguay, 2012).

Ecuador, mediante el Acuerdo Ministerial 162 del año 2013 “regula y normaliza el diseño, la instalación, la operación y la prestación de servicios para la atención integral de la población adulta mayor en los centros residenciales para personas adultas mayores, en el ámbito público y privado, de conformidad a lo dispuesto por la Constitución de la República, el Plan Nacional del Buen Vivir y la Codificación de la Ley del Anciano” (artículo 1º). Los centros residenciales están destinados a personas de 65 años y más que se encuentren en estado de abandono, sin familia, extrema pobreza o en condiciones de alto riesgo, y se consideran una modalidad de última instancia de atención, cuando se ha agotado otro tipo de alternativa comunitaria (Ecuador, 2013).

En Nicaragua, el Programa Nacional de Desarrollo Humano (AMOR) estableció los “Hogares de Protección”, de gestión nacional pública o privada sin fines de lucro, para las “personas mayores en estado de abandono total, por pobreza extrema o falta de interacción familiar”. En estos hogares se motiva la participación de los residentes en distintas actividades sociales, culturales y educacionales (Nicaragua, 2012).

La internación geriátrica es además, como se dijo, heredera de la tradición asilar. En América Latina se ha mantenido desde la época colonial hasta el presente como modalidad privilegiada para ofrecer atención ante el abandono y la pobreza en la vejez. Una de las características de esta prestación, cuando forma parte de los modelos tradicionales de asistencia a la pobreza, es que no está específicamente dirigida a proporcionar cuidados de larga estadía para personas con dependencia. Su objetivo es dar alojamiento y asistencia a personas en situación de abandono. Hasta años recientes, este tipo de instituciones solamente alojaban personas adultas mayores autoválidas. En el presente, según sea la etapa de la transición demográfica que atraviesan los países, los establecimientos de dependencia estatal o bien de instituciones caritativas se han reconvertido y extendieron su cobertura a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad social que además pueden tener niveles leves o moderados de dependencia física. En general, excluyen la dependencia ocasionada por deterioro cognitivo.

Las instituciones públicas y privadas, fundamentalmente caritativas, que brindan alojamiento y asistencia a la vejez abandonada constituyen un sub-tipo de instituciones de larga estadía que, por su finalidad y sus procedimientos, no pueden ser consideradas con propiedad instituciones de larga estadía para la atención a la dependencia, aunque incluyan en la actualidad personas mayores con algún grado de dependencia derivada de limitaciones físicas o cognitivas.

B. Los servicios de base comunitaria: centros de día y la atención en domicilio para adultos mayores

La necesidad de ampliación de los servicios de base comunitaria para personas con dependencia está instalada en la agenda pública de los países de la región como resultado del cambio demográfico y de paradigma. Este tipo de prestaciones comunitarias se proponen facilitar la permanencia de los adultos mayores en sus domicilios mediante el ofrecimiento de un programa integral de atención y rehabilitación en centros diurnos que, además, permite a los familiares cumplir con sus obligaciones laborales o personales. La atención y el apoyo en el domicilio de los adultos mayores con dependencia es el otro servicio que integra la oferta de base comunitaria. Este tipo de servicios está menos extendido en los países latinoamericanos, tanto en la oferta pública como privada.

En Argentina, forman parte de los servicios de base comunitaria los centros diurnos para la rehabilitación psico-social que ofrece el PAMI a sus afiliados. Asimismo, existe una amplia y extensa red de centros de jubilados y clubes de la tercera edad que se localizan en todo el territorio nacional. Los clubes y centros de jubilados reciben subsidios de los organismos de la seguridad social y, con frecuencia, son canales de distribución de servicios públicos específicamente dirigidos a personas mayores de sus comunidades de pertenencia. Si bien no están focalizados en la atención de la dependencia, ofrecen un marco adecuado para la integración social de las personas mayores residentes en su área de influencia que posean niveles leves de dependencia.

La atención en domicilio de personas adultas mayores con dependencia está parcialmente cubierta por el PAMI, aunque su cobertura está focalizada. Se otorga bajo la modalidad de subsidio de “asistencia

para contratación de asistencia gerontológica domiciliaria”, según lo informado por la institución, en caso de presentar una problemática socio-sanitaria, carecer de red socio-familiar, que ésta presente insuficiencia o nula capacidad de ayuda económica o vincular y son de carácter individual y transitorio. En todos los casos se accede al subsidio mediante evaluación técnica individual¹³.

En Brasil, pueden ser usuarios de los centros de día las “personas adultas mayores con limitaciones para el desempeño de AVD que viven en sus domicilios pero no poseen atención de tiempo completo” (Brasil, 2001). Es decir, sus prestaciones son subsidiarias, las personas mayores con dependencia no son “elegibles” para el programa en caso de existir apoyo informal de tiempo completo.

Costa Rica también proporciona un repertorio integrado de servicios, en este caso de base comunitaria e institucional, para la atención integral de la dependencia que está focalizado en población abandonada o con riesgo de abandono: “persona de 65 años y más en situación de abandono o riesgo de abandono, que acepte esa modalidad de cuidado. Para algunas prestaciones se debe presentar orden médica” (Costa Rica, 2012a). La particularidad del programa costarricense es la integración de modalidades institucionales, comunitarias y domiciliarias: i) hogar de larga estancia; ii) centro diurno; iii) albergue; iv) atención domiciliar; v) familia solidaria; vi) Club de PAM (persona adulta mayor); vii) grupos de PAM de la comunidad y viii) otras instituciones de la comunidad (op. cit.).

En Chile, los centros diurnos se dirigen a personas mayores con dependencia leve, que residan en la comuna donde se implementa el programa, pertenezcan a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad, según ficha de protección social o instrumento que la reemplace, no residan en un establecimiento de larga estadía y no sean beneficiarios del programa Vínculos (Chile, 2013a). Este país implementa, además, servicios socio-sanitarios de apoyo al adulto mayor y respiro al cuidador (entregada por un asistente domiciliario capacitado, para retrasar la total institucionalización y promover la permanencia del adulto en su hogar y redes). El servicio está destinado a las personas mayores, su cuidador y la familia: a) acompañamiento y ayudar en actividades de la vida diaria, b) técnicas de confort e higiene, c) alimentación por vía natural, d) control de signos vitales: presión, pulso, frecuencia cardíaca e) orientación sobre acciones preventivas ante accidentes, f) actividades cognitivas, recreativas y ocupacionales, g) orientación y coordinación respecto de la participación en redes sociales, centros de salud, juntas de vecinos y clubes entre otros, h) actividades de auto-cuidado del cuidador, i) responsabilidad del cuidador respecto de su salud, métodos de relajación, actividades de recreación y otros. Entre las actividades complementarias se considera j) apoyo espiritual, k) apoyo material, l) actividades recreativas y/o culturales (Chile, 2013b). Asimismo, se ha puesto en marcha un plan piloto de “teleasistencia” en una comuna descentralizada para evaluar su impacto en el bienestar de las personas mayores con dependencia. En el caso chileno, los programas de base comunitaria están focalizados en la población con ingresos hasta el tercer quintil. Si bien se trata de un universo destinatario más amplio, tampoco es de acceso universal a toda la población adulta mayor en situación de dependencia.

En Ecuador se estableció en el año 2013 el programa de base comunitaria “Centros gerontológicos de día para personas adultas mayores” que integra cuatro servicios diferenciados: i) los Centros Diurnos del Buen Vivir (de gestión estatal); ii) los Centros de Día (de gestión privada); iii) atención domiciliar; y iv) espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro. Cada modalidad especifica su población destinataria: los centros diurnos reciben personas de 65 años y más con autonomía leve, intermedia o moderada que requieran atención integral sin internamiento; los de atención domiciliar a personas de 65 años y más que presenten dependencia; los espacios alternativos, a personas de 60 años y más que se valen por sí mismas y no necesitan transporte especial. Los servicios son para personas adultas mayores de cualquier situación económica o social (Ecuador, 2013b). La reciente normativa ecuatoriana proporciona una plataforma integrada de servicios en la comunidad que facilitan la permanencia de las personas mayores en sus domicilios con una adecuada oferta de recursos para la inclusión social. Asimismo, la acreditación de empresas, establecimientos o personas que deseen prestar estos servicios se puede realizar para cualquiera de las modalidades. Debe destacarse que los

¹³ Ver más detalles [en línea] www.pami.org.ar/bot_servicios_prest_soc_sub_econ.php.

servicios de base comunitaria abarcan a toda la población que requiere servicios, sin distinción de estrato social o económico. Constituyen la respuesta que da el Estado, mediante su propia gestión o promoviendo la gestión privada, al todavía incipiente problema social de la dependencia en los adultos mayores. Como se señaló, no se especifican los pagos que deben realizar las personas adultas mayores que posean recursos materiales suficientes ni el financiamiento estatal para el desarrollo del programa.

Por su parte, en Nicaragua se incluyeron en el programa AMOR servicios de apoyo en domicilio que ofrecen paquetes alimenticios, ayudas técnicas, y atención en salud a través del Ministerio de Salud e Instituciones Prestadores de Servicio de Salud. Los destinatarios de las prestaciones son personas mayores con discapacidad y en estado social crítico o víctimas de abuso y maltrato. La atención es coordinada entre el Ministerio de Salud, la Promotoría Social Solidaria y el Gabinete de Familia, Comunidad y Vida de los territorios urbanos y rurales (Nicaragua, 2012).

En Paraguay, mediante la Resolución 888 del Ministerio de Salud del año 2002, se crearon los Centros Comunitarios en diferentes municipios del país para la atención de necesidades básicas de los adultos mayores de 60 años. En los centros se ofrece atención integral: médica, psicológica, nutrición y alimentación, entrenamiento laboral e integración social. Se promueve el autocuidado y los hábitos saludables de vida. De los centros comunitarios parte el apoyo domiciliario para personas mayores cuya situación social, económica o de aislamiento lo requiera. Es decir, el programa de atención comunitaria y en domicilio de la dependencia está focalizado en la población en situación de pobreza o abandono (Paraguay, 2002).

Finalmente, en Argentina y Brasil se desarrollan programas de capacitación técnica de cuidadores domiciliarios gerontológicos. En ambos países, la currícula incluye formación teórica y práctica. En Brasil, el programa de capacitación de cuidadores domiciliarios se ejecuta en el *Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego* (PRONATEC) dependiente del Ministerio de Trabajo. En la Argentina, la capacitación de cuidadores domiciliarios está a cargo de la Dirección Nacional de Personas Adultas Mayores (DINAPAM) y el empleo se coordina mediante la firma de convenios con obras sociales nacionales y provinciales; por ejemplo, Resolución IOMA 3558. La DINAPAM se propone con su programa un doble objetivo, por un lado entrenar personas para que puedan prestar servicios en domicilio a adultos mayores con dependencia o enfermos terminales y, además, ofrecer oportunidades de trabajo a personas entre 20 y 55 años en situación de vulnerabilidad social. El programa tiene un componente de capacitación y otro de promoción de sistemas locales de cuidados. A través de convenios con obras sociales nacionales y provinciales se estimula el desarrollo de prestaciones domiciliarias, así como la constitución de cooperativas de cuidadores.

C. La tradición “familista” de los sistemas de protección social latinoamericanos

El movimiento hacia la cobertura previsional y de salud ha sido prácticamente universal en los países de la región durante la primera década del siglo XXI, aunque el nivel de extensión y la calidad de las prestaciones son marcadamente desiguales entre los países y al interior de ellos. La meta de garantizar ingresos monetarios a las personas de edad avanzada que no pueden continuar trabajando y darles cobertura de salud ante enfermedades está actualmente incorporada en la agenda política de todos los países de la región.

En cambio, en los sistemas de protección social a la vejez todavía no está planteada la inclusión de la cobertura de largo plazo de apoyo y cuidados a las personas mayores con dependencia. Incluso en las legislaciones más recientes, la mayor parte de los Estados entienden que las familias se deben hacer cargo de los costos de la dependencia, sean éstos erogables (contratación en el mercado) o no erogables (esfuerzo de familiares y amigos).

Solamente dos países, entre los considerados en este estudio, establecieron recientemente normativas nacionales dirigidas a reconocer deberes estatales en la regulación, la supervisión y, hasta

ciertos límites, la financiación de servicios específicamente diseñados para proporcionar apoyo a las personas mayores con dependencia¹⁴. Chile, a través de la programación del SENAMA, actuando en coordinación con el Ministerio de Salud para la integración de cuidados complejos, desarrolla un programa integral que abarca desde teleasistencia (en período de prueba piloto), centros diurnos, apoyo domiciliario y viviendas tuteladas, hasta instituciones de larga estadía. La novedad de la programación es que el Estado cubre en forma total o parcial, según la capacidad de aporte de los usuarios y modalidad de prestación, a la población adulta mayor con dependencia que viva en hogares con ingresos monetarios hasta el tercer quintil. Asimismo, invoca equidad de género en la fundamentación de la implantación de este programa.

El otro caso es Ecuador, que en el año 2013 promulgó una reglamentación para la cobertura en comunidad de las personas mayores con dependencia que establece servicios en centros diurnos y en apoyo domiciliario para personas de toda condición social y económica, aunque no especifica el tipo de financiamiento estatal de las prestaciones. En los considerandos de la norma, según el Acuerdo Ministerial 00156, se mencionan expresamente las inequidades de género.

En cambio, la mayor parte de los países estudiados establecen la incumbencia estatal solamente en la regulación nacional de los servicios. La legislación de Brasil, basada en el marco normativo del Ministerio Público en 2001 y el *Estatuto do Idoso* del año 2003, regula, supervisa y fiscaliza los servicios de base comunitaria (centros diurnos) y de las instituciones de larga estadía en todo el ámbito nacional a través de normas federales y descentralización operativa de la fiscalización. En el caso brasileño no se invocan fundamentos de equidad de género, sino que el diseño de los servicios está basado en el respeto de los derechos de las personas mayores. Tampoco especifica el papel del Estado en el financiamiento de los servicios para las personas mayores dependientes.

Costa Rica regula y fiscaliza las instituciones de larga estancia en todo el territorio nacional a través del Ministerio de Salud. En cambio, la Red de Cuido está focalizada en las situaciones que aúnan pobreza y dependencia y no se exhiben criterios para evaluar la calidad de sus prestaciones o normas para el acceso a las prestaciones sino modelos de intervención estatal en comunas o municipios.

Paraguay y Perú asumen la responsabilidad estatal de regular y evaluar el funcionamiento de los Centros de Atención de Personas Adultas Mayores y de los CARPAM, respectivamente; es decir, de los centros de larga estadía para adultos mayores geriátricos, que son los específicamente destinados a la población con dependencia en todo el territorio nacional. No obstante, la atención en centros de gestión pública, y por lo tanto gratuita, se destina exclusivamente a personas mayores sin familiares que estén en situación de abandono o sean víctimas de abuso o maltrato.

En el mismo sentido, Uruguay regula y fiscaliza las instituciones de larga estadía que funcionan en su territorio. Actualmente, está proyectado el diseño de un programa integral de cuidados para personas con dependencia. En el caso uruguayo, la integralidad del proyecto hace referencia a que los cuidados abarcan distintas etapas de la biografía personal: primera infancia, discapacidad y adultos mayores (Uruguay, 2012). La fundamentación del Programa Nacional de Envejecimiento y Vejez también invoca derechos de género, así como los destacan los trabajos de consultoría que se efectuaron para el diseño del referido programa (Rico, 2011). En un documento de reciente publicación (Aguirre y Ferrari, 2014) se avanza hacia la búsqueda de consensos y propuestas para un nuevo pacto social y fiscal que incluya el sistema nacional de cuidados en un régimen de protección social más igualitario en el Uruguay.

En los restantes países, incluso en la legislación más reciente, se subrayan los deberes familiares respecto de los cuidados de largo plazo para personas mayores con dependencia, manteniendo la tradición “familista” de la protección social latinoamericana. Los servicios prestados o financiados por el Estado de cualquier modalidad, sea institucional o de base comunitaria, se dirigen, de manera prácticamente unánime, a población sin recursos materiales y sin familiares. Sin embargo, la inequidad de género en materia de prestación de cuidados familiares está siendo cada vez más tomada en cuenta en los programas estatales latinoamericanos referidos al apoyo de las personas mayores con dependencia.

¹⁴ Se debe aclarar que la información sobre los casos que se presentan en este estudio corresponde al análisis de la programación y sobre la base de documentos. Es decir, no se conoce el grado de cobertura efectiva de las acciones que se detallan.

D. La acreditación y la evaluación de la calidad de los servicios para la dependencia en América Latina

Las nuevas orientaciones axiológicas, sustentadas en el derecho de las personas mayores a recibir servicios adecuados a sus necesidades, están presentes en las normas y la legislación referida a la evaluación de la calidad. En cinco de los nueve países examinados en este estudio se establecen indicadores de calidad para cada uno de los servicios programados con cobertura nacional. Asimismo, se especifican los organismos estatales que tienen responsabilidad en la supervisión y la fiscalización de establecimientos y servicios. En muchos de estos países, la evaluación de los servicios se realiza desde el enfoque centrado en los usuarios, con cartas de derechos publicadas incluso en la legislación e indicadores de resultados de calidad que se suman a los tradicionales estándares básicos de estructura.

En Brasil, las instituciones de larga estancia, en todas sus modalidades, están obligadas a través de lo establecido en el Capítulo II, artículos 48, 49 y 50 del *Estatuto do Idoso* a respetar los derechos y garantías de los adultos mayores, celebrar contratos personales de servicios, preservar los vínculos familiares, atender de manera personalizada en pequeños grupos, garantizar la participación en las actividades internas y externas del establecimiento, entre otras dimensiones que con fuerza de ley nacional son detallados taxativamente en el Estatuto.

Chile presenta la carta de derechos y deberes de los residentes para todo el ámbito nacional, tanto de gestión pública como privada, en el documento que contiene las guías de operación de los ELEAM, pero no están incluidos en el decreto del Ministerio de Salud que evalúa y fiscaliza su funcionamiento (Chile, 2009).

Ecuador ha incluido indicadores de resultado de calidad de servicio en los dos Acuerdos Ministeriales 00156 y 00162/2013 MIES que regulan y evalúan los centros residenciales y centros de días (incluyen la atención domiciliar y espacios alternativos) de todo el país y de gestión pública y privada, con o sin fines de lucro. En el cuadro 6 siguiente se presentan los indicadores de desarrollo integral de las personas adultas mayores y de corresponsabilidad familiar considerados para los programas de base comunitaria ecuatorianos.

CUADRO 6
INDICADORES PARA LOS PROGRAMAS DE BASE COMUNITARIA EN EL ECUADOR

Indicadores de desarrollo integral de las personas adultas mayores	<p>Grado de autonomía alcanzado por las personas mayores participantes del centro.</p> <p>Mejoramiento de las relaciones interpersonales, autoestima y ejercicio de derechos.</p> <p>Número de personas adultas mayores con dependencia intermedia atendidas mediante visitas en domicilio.</p> <p>Número de personas con dependencia intermedia beneficiados con ayudas técnicas, pensión jubilar no contributiva y atención especializada en las redes públicas de atención.</p> <p>Número de personas con mayor grado de dependencia beneficiadas con ayudas técnicas, pensión jubilar no contributiva y atención especializada en las redes públicas de atención.</p> <p>Porcentaje de personas adultas mayores con dependencia intermedia participando en actividades y programas de seguimiento y mejora.</p> <p>Promedio de personas adultas mayores participando en eventos recreativos, deportivos y culturales.</p> <p>Número de personas que han logrado integrarse laboralmente o que han generado un emprendimiento.</p>
Indicadores de corresponsabilidad familiar	<p>Número de personas cuidadoras de adultos mayores con dependencia intermedia que han recibido apoyo y consejería.</p> <p>Número de personas cuidadoras de adultos mayores con alto grado de dependencia que han recibido apoyo, terapia y consejería.</p> <p>Número de adultos mayores que han mejorado su relación familiar y autoestima.</p> <p>Número de procesos de reinserción familiar exitosos.</p>

Fuente: Gobierno del Ecuador, Acuerdo Ministerial N° 000156, Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 2013.

En Perú, por ejemplo, los derechos de los residentes en los CARPAM están incluidos y publicados en el Decreto Supremo 009/2010 – MIMDES. Se debe tener en cuenta que al formar parte de un decreto nacional, estos derechos son universales para las personas mayores que residen en

establecimientos de larga estadía, públicos y privados. Como se verá en el cuadro 7, constituyen un estándar mínimo de derechos que se agregan a los vigentes para todos los ciudadanos peruanos y pueden, a su vez, sumarse nuevos derechos en los reglamentos internos de cada centro residencial del país. Se transcribe a continuación el artículo 7 del referido decreto:

**CUADRO 7
DERECHOS DE LOS RESIDENTES DE LOS CARPAM EN EL PERÚ**

Además de los derechos inherentes a su persona, los residentes tienen derecho a:	<p>Conocer su situación legal y recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continua con relación a su situación de residente.</p> <p>Ejercer plenamente sus derechos patrimoniales.</p> <p>Ingresar y salir del Centro Residencial cuando no exista peligro en su salud o seguridad ni en la de terceros.</p> <p>La confidencialidad de sus datos y a la reserva de su historial.</p> <p>Participar en forma activa en la elaboración de su proyecto individual, así como en la programación de las actividades del Centro Residencial y en el desarrollo de las mismas, así sean internas como externas.</p> <p>Presentar quejas ante el director del Centro Residencial cuando se considere afectado en sus derechos.</p> <p>Recibir alimentación de acuerdo a su edad y su condición de salud.</p> <p>Reunirse con sus familiares y otras personas, así como al régimen de visitas.</p> <p>Recibir atención igualitaria.</p> <p>La intimidad personal, que incluye sus pertenencias.</p> <p>Ser informado de las entidades a las que podría recurrir en caso que se vea afectado en sus derechos.</p> <p>Ser informado de los tratamientos médicos o de otra índole a los que es o será sometido.</p> <p>Ser informado, con la debida anticipación, en caso que sea derivado a otro establecimiento o externado del Centro Residencial.</p> <p>Los que establezca el reglamento interno del Centro Residencial.</p>
--	---

Fuente: Gobierno del Perú, Decreto Supremo N° 009/2010, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES).

Asimismo, el decreto manifiesta su decisión de centrar el servicio en el residente. En la primera disposición complementaria, titulada situaciones de controversia, señala que ante cualquier controversia que surja respecto de la aplicación del presente Decreto Supremo, deberá tenerse en cuenta la condición de vulnerabilidad de la persona adulta mayor.

Como se mencionó, los indicadores de resultados de calidad y las cartas de derechos se suman a detallados estándares mínimos de estructura que se diferencian según modalidad de servicio.

Finalmente, también se evidencian en la región procesos participativos de evaluación de la calidad que se inscriben en programas continuos de mejora de los establecimientos de larga estadía. Chile es el país de la región que inició procedimientos innovadores en este sentido. Como resultado de la revisión de literatura internacional y de un catastro de los ELEM de todo el país efectuado en los años 2011 y 2012, está en proceso de elaboración un Índice de Calidad que se genera a partir de la evaluación de seis dimensiones de los ELEM: i) recursos humanos; ii) estructura; iii) equipamiento; iv) salud; v) higiene; y vi) integración social. Cada dimensión posee una ponderación y comprende una serie de indicadores de cumplimiento y variables que a su vez se subponderan. Se imputa un valor para cada indicador de desempeño sobre la base del relevamiento en campo y se procede a clasificar a los establecimientos de manera jerárquica sobre la base del puntaje obtenido. A fin de poner en marcha el procedimiento se espera abrir una instancia de validación de las dimensiones, subdimensiones, variables e indicadores con la participación de los actores involucrados (Chile, 2013).

En resumen, hay evidencias de incorporación de nuevas orientaciones en la programación, la acreditación y la evaluación de programas integrales para el apoyo a las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia en los países de la región. Sin perjuicio de ello, no existen hasta el momento políticas públicas dirigidas a cubrir de manera universal a la población de adultos mayores que requieren este tipo de servicios y corren el riesgo de asumir de manera privada costos catastróficos por pagos crecientes de largo plazo, o bien que extenúen las reservas físicas, mentales o morales de los cuidadores familiares que tienen a su exclusivo cargo la prestación de estos servicios de apoyo.

De acuerdo con la experiencia internacional, la extensión de este tipo de servicios a todas las personas con necesidades, estableciendo los correspondientes co-pagos según los ingresos de los hogares, requiere el establecimiento de un nuevo cuerpo legal que reglamente la conformación de un fondo específico por parte de la seguridad social. Una alternativa es que impute recaudación tributaria con la finalidad de atender al funcionamiento de un sistema integrado. Para ello es necesario debatir en cada país el papel del Estado, las familias y el mercado en el apoyo solidario a las personas mayores frágiles o con dependencia.

V. Propuestas para la homologación de estándares de calidad en América Latina

El foco del análisis de este informe estuvo puesto en la discusión sobre el marco de referencia que debe guiar la reforma de las prestaciones, servicios y estándares de calidad actualmente disponibles en la región para las personas adultas mayores con dependencia y revisar, a la luz de ese marco aunque de manera no exhaustiva, los programas recientemente implantados en países latinoamericanos. Se excluye, en cambio, el ineludible debate acerca de la universalización o no de los derechos referidos a la cobertura del riesgo de fragilidad y dependencia en los países latinoamericanos.

La revisión efectuada muestra que, en años recientes, varios países de la región evolucionaron hacia la programación de servicios dirigidos a las personas adultas mayores con dependencia. Se evidencia, asimismo, un giro en la orientación de los servicios y en su evaluación de calidad. Muchos de los nuevos programas están centrados en los usuarios y reconocen los derechos de las personas mayores con dependencia a recibir las prestaciones necesarias para permanecer en sus domicilios con adecuados niveles de seguridad, confort, bienestar y, además, integrados en su comunidad.

El análisis comparado de las experiencias latinoamericanas con las de los países europeos y norteamericanos pioneros en la materia destaca algunas cuestiones que deberían ser consideradas en la región como aprendizajes emergentes de las trayectorias internacionales:

A. La necesidad de organizar los servicios y prestaciones distinguiendo niveles de dependencia

La dependencia es la pérdida de autovalimiento como consecuencia de limitaciones permanentes ocasionadas por enfermedades físicas o cognitivas. Para la evaluación de su nivel se utilizan escalas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y tests cognitivos de capacidad intelectual. Los puntajes de las escalas suelen resumirse en tres categorías: leve, moderada y severa.

Las instituciones de larga estadía para personas adultas mayores con niveles leves deben distinguirse, tanto por su estructura (relación personal/residentes; planta física) como por sus procesos y resultados, de las instituciones para niveles moderados a severos de dependencia.

Las instituciones y servicios para los niveles leves de dependencia o para personas autoválidas deben focalizarse en la promoción de autocuidado, en la integración social de los usuarios en su comunidad y en ofrecer un medio individual o colectivo de vida adecuado para el desarrollo de las capacidades individuales y grupales con el grado de asistencia que demanden sus necesidades de atención. Ofrecer mayor nivel de asistencia que el requerido implica, en primer lugar, avasallar la capacidad de las personas mayores para su autocuidado. En segundo lugar, es ineficiente porque utiliza más recursos humanos y materiales que los necesarios.

En cambio, las instituciones de larga estadía, así como los servicios de base comunitarios dirigidos a personas con niveles severos de dependencia requieren mayor dotación y especialización del personal, así como magnitud de insumos tecnológicos, que las instituciones o servicios de base comunitaria para personas con niveles leves a moderados de dependencia.

La aplicación de escalas de valoración geriátrica es condición *sine qua non* para la organización de los servicios. Los costos de la atención varían con el avance de la dependencia de actividades básicas de la vida diaria. Por este motivo, los subsidios económicos y las prestaciones para la dependencia tienen que basarse en el reconocimiento de las distintas gradientes.

De la misma manera, los indicadores de estructura, de proceso y de resultados deben ser diferenciales según los niveles de dependencia a los que se dirigen los servicios.

B. La transparencia en la gestión y en la evaluación de calidad de los servicios

Un tema que todavía no aparece en los países latinoamericanos es la transparencia, tanto de los costos de los programas como de los resultados de la evaluación de calidad de los prestadores. Debe señalarse, sin embargo, que el SENAMA de Chile publica las normas y datos sobre financiamiento de los servicios para la dependencia, así como los parámetros para el pago compartido en el caso de población comprendida en los tres niveles de ingresos con derecho a cobertura, lo que puede considerarse un paso en ese sentido.

La experiencia internacional muestra que en las sociedades con poblaciones envejecidas, la transparencia es un requisito indispensable para los sistemas de salud y los servicios sociales. La cobertura de servicios solamente se puede ofrecer sobre la base de la evidencia. Para producir evidencia se requiere el registro detallado de todos los procesos, el costeo minucioso de los componentes de cada servicio y la evaluación de los resultados en términos de efectividad y calidad de vida. En la actualidad, es consenso internacional que únicamente se acepta el diseño y funcionamiento de servicios basados en la evidencia.

Por otra parte, la transparencia es imprescindible para garantizar la accesibilidad de los servicios y para favorecer el ejercicio de derechos por parte de las personas mayores. Las personas de edad extrema con problemas de fragilidad y dependencia no pueden realizar trámites ni desplazarse para hacer averiguaciones. Sus cuidadores familiares, si los tienen, suelen ser también personas maduras o de edad mayor que están sobrecargadas por las responsabilidades domésticas. La transparencia de la información necesaria para acceder a los servicios, así como de las evaluaciones de calidad de los prestadores entre los que pueden elegir, es condición necesaria para la atención oportuna y contribuye a la calidad de vida de las personas mayores y sus familiares.

La transparencia es, pues, un requisito prioritario de calidad de los servicios para personas mayores con dependencia, cualquiera sea la modalidad en que se presten, que todavía no está suficientemente presente en las programaciones sobre el tema en la región.

C. La sustentabilidad de los servicios y los sistemas de información

La experiencia internacional subraya la necesidad de sustentabilidad económica de los servicios. Incluso en los países de alto desarrollo económico se advierte que los costos de los servicios de largo plazo para la dependencia pueden ser catastróficos, por lo que deben ser sustentables. En ese sentido recomiendan tener en cuenta que las evaluaciones de calidad pueden incrementar los costos de los servicios. Una

medida efectiva para evaluar calidad y reducir los gastos es generar registros continuos de información clave. Se incluyen en este tipo de sistemas los registros únicos de usuarios que centralizan los expedientes individuales de los residentes en instituciones de larga estadía, asistentes a centros diurnos y usuarios de los servicios en domicilio. El registro unificado y actualizado de usuarios de servicios de largo plazo a nivel nacional, que contenga la historia personal de necesidades, prestaciones y evaluaciones de dependencia es uno de los requisitos considerados clave para la evaluación sistemática de la calidad de servicios centrados en los adultos mayores y gestionados por resultados. En el mismo sentido, se deben completar de manera continua los registros de recursos humanos y costos que se consideren pertinentes al momento de definir el contenido de un sistema nacional de información.

Por otra parte, la implantación de este tipo de sistemas de información contribuye a la transparencia y facilita el análisis comparado de eficacia y eficiencia entre prestadores, jurisdicciones y países. Asimismo, facilita la observación del principio de equidad debido a que permite observar los costos de los planes individuales de cuidado y relacionarlos con los niveles de dependencia y apoyo informal. Hasta el momento, no se observa en la región la existencia de normas dirigidas a homologar registros de usuarios ni de protocolos de atención. En cambio, en algunos países ya se regulan los registros de establecimientos. Por estos motivos, se sugiere que la implantación de los sistemas de información complejos se base en normas que tengan fuerza de ley nacional.

D. Los indicadores de resultados de calidad en las instituciones de larga estadía

Se detalló en el marco de referencia el impacto que tuvo la reglamentación del OBRA'87 en los Estados Unidos y su influencia en países de todo el mundo. Uno de los aportes más importantes de OBRA'87 fue poner su foco en las condiciones de vida de las personas mayores con dependencia moderada y severa que viven en instituciones de larga estadía. Fundamentalmente, alertó sobre las limitaciones que se imponían a su libre circulación debido a que pasaban largos períodos físicamente sujetos, o bien tranquilizados químicamente por la ingesta de psico-fármacos en un afán por controlar el "clima" interno de la institución y facilitar la tarea del personal encargado. Otras prácticas puestas en evidencia fueron la permanencia más de lo debido con sondas o pañales para garantizar la limpieza de la ropa o la planta física.

La orientación de los servicios a la máxima autonomía, incluso en personas con deterioro cognitivo, exige que el personal del establecimiento y los familiares entrenen a las personas mayores con dependencia moderada o severa para la recuperación o el mantenimiento de la capacidad máxima de sus funciones. Por este motivo, OBRA'87 impuso un conjunto de indicadores de calidad de servicios específicamente dirigidos a captar resultados adversos, tales como la tasa de residentes que tienen indicación diaria de restricciones físicas, con psico-fármacos, sondas vesicales o pañales, o las tasas de residentes encamados. La publicación de los resultados de las evaluaciones de la calidad promovió el cambio de la dinámica y el funcionamiento de las instituciones de larga estadía en Estados Unidos, Canadá y muchos países europeos.

Los indicadores de resultados de calidad en las instituciones de larga estadía ponen de manifiesto malas praxis en el funcionamiento cotidiano que pueden ser interpretadas como situaciones de maltrato o negligencia. Este tipo de indicadores deben formar parte de los sistemas de evaluación de este tipo de servicios y todavía no se evidencian en los países de la región. En particular, es necesario establecer protocolos basados en buenas prácticas para la sujeción física y química de los residentes con niveles severos de dependencia o con deterioro cognitivo. Debe destacarse que tanto la restricción física mediante la utilización de dispositivos mecánicos como la sujeción química a través de la sedación con calmantes e hipnóticos es todavía una práctica extendida en las instituciones de larga estadía de la región que, además de vulnerar derechos humanos esenciales, es la principal causa de fallecimiento de residentes cuando se producen incendios o inundaciones.

E. Los indicadores de calidad de los servicios en domicilio

La experiencia internacional destaca las dificultades inherentes a la evaluación de la calidad de los servicios en domicilio para las personas adultas mayores con dependencia. Algunos de los problemas se

vinculan con la enorme dispersión territorial en la que se realizan las prestaciones, así como los múltiples actores intervinientes: asistentes formales, cuidadores informales, prestadores profesionales y accesibilidad del entorno, además de la complejidad propia de los cuidados. Por otra parte, se destaca que la adecuada evaluación de la calidad, incluyendo entrevistas a los usuarios y sus familiares, puede elevar los costos de este tipo de servicios.

La concentración de la oferta a través de empresas proveedoras de servicios integrados e integrales en domicilio es una de las estrategias utilizadas con más frecuencia en la experiencia internacional. La evaluación de agencias, con o sin fines de lucro, es más fácil de implantar que si se trata de prestadores individuales a quienes hay que supervisar en los hogares. Por otra parte, las agencias centralizan la capacitación y la formación permanente de su personal y, a través de la información cruzada que proporcionan los distintos efectores, tienen una visión permanente del desempeño de su planta en los domicilios.

Una alternativa interesante para América Latina es la programada en Ecuador. El centro de día centraliza las prestaciones en la comunidad, incluyendo el apoyo en el domicilio. Es decir, desde el centro diurno son enviados los asistentes y profesionales a los domicilios de su radio de influencia, según requiera cada caso. En este modelo prestacional, el centro de día cumple las funciones de capacitación y formación permanente del personal y es centro de referencia para monitorear el desempeño de su plantel en los domicilios. La evaluación de calidad del centro diurno facilita la labor de valoración de las actividades y resultados de calidad en los domicilios.

Hasta el momento, en los países de la región no se han diseñado sistemas de evaluación de calidad de los servicios en domicilio para personas adultas mayores con dependencia. Es necesario subrayar que tampoco se han implantado este tipo de servicios, salvo escasas excepciones. Por este motivo, es oportuno desarrollar experiencias piloto de centralización de estas prestaciones de modo de evitar la atomización individual, cuya supervisión resulta prácticamente imposible.

F. Los servicios centrados en las personas adultas mayores con dependencia

Finalmente, los servicios para las personas mayores con dependencia son, como se reiteró a lo largo de este trabajo, complejos y requieren la participación de múltiples actores formales e informales. En consecuencia, una de las características de su prestación es que frecuentemente se presentan conflictos de intereses personales.

Ante la controversia, en los servicios para la dependencia centrados en las personas adultas mayores debe anteponerse el interés y el derecho del adulto mayor por ser quien está en situación de vulnerabilidad.

Un antecedente de importancia en la región es el ya citado Decreto Supremo 009-2010-MIMDES de Perú, que lo explicita en las consideraciones especiales. La negociación entre todas las partes intervinientes forma parte de la buena práctica en materia de servicios de largo plazo para personas mayores. Sin perjuicio de ello, ante conflictos de intereses o controversias se debe privilegiar el interés y el deseo de la persona adulta mayor frágil o con dependencia, pues es quien puede ser avasallada en el derecho inalienable de controlar su vida. Este principio debe ser replicado en todas las normas y legislaciones sobre el tema en los países de la región.

Los Estados tienen el deber de garantizar los derechos humanos de las personas mayores. El establecimiento de normas de calidad y la definición de estándares que aseguren su cumplimiento es parte de sus funciones ineludibles. La implantación de sistemas de calidad de los servicios públicos y privados que se dirigen a la atención de las personas adultas mayores constituye todavía un desafío para los países de la región.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario y Fernanda Ferrari (2014), “La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria”, *serie Políticas Sociales* N° 192 (LC/L.3805), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Belliard, Matías, Cristina Massa y Nélica Redondo (2013), “Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, *Población de Buenos Aires, Año 10, N° 18*. Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.
- Bertranou, Evelina (2008), “Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe”, *serie Población y Desarrollo* N° 82 (LC/L.2864-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero.
- Castegnaro, Claudio (coord.) (2010), *Rilevare la soddisfazione degli utenti nell' strutture per anziani non-autosufficienti. Una sperimentazione sul territorio toscano*. Area di Coordinamento Inclusione Sociale Regione Toscana.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero.
- _____ (2011), *Declaración de Brasilia* (LC/G.2359), Brasilia, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre.
- _____ (2010), *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos* LC/L.3216 (CEP.2010/3), Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- CEPE (Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa) (2010), *Hacia los cuidados comunitarios de largo plazo*. Informe N° 7 de Políticas sobre Envejecimiento de la [en línea] www.unece.org/pau.
- CLHIA (Canadian Life and Health Insurance) (2012), *Improving the Accessibility, Quality and Sustainability of Long-Term Care In Canada*, Toronto, CLHIA Report.
- CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) (2013), *MDS 3.0 Quality Measures Archive, Users` Manual* [en línea] <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/NHQIQualityMeasures.html>.
- CQC (Care Quality Commission) (2009), *Commission for Social Care Inspection. Annual Report and Accounts 2008-2009*, London, Published by TSO (The Stationery Office) [en línea] www.tsoshop.co.uk.

- Espejo, Andrés, Fernando Filgueira y María Nieves Rico (2010), “Familias latinoamericanas: organización del trabajo no remunerado y de cuidado”, *documento de proyecto* (LC/W.354), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Esping-Andersen, Gosta y otros (2002), *Why we need a new Welfare State*. Oxford. Oxford University Press.
- Esping-Andersen, Gosta (1990), *The Three worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press. Reprinted 1998. Princeton, New Jersey.
- Flores-Castillo, Atenea (2013), “Transferencias no contributivas a personas mayores. Análisis comparativo de dos programas: 70 y más y Pensión Alimentaria de la ciudad de México”, *documento de proyecto* (LC/MEX/L.1125), México, D.F., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Firbank, Oscar (2012), "Connecting the voices of users, caregivers and providers on service quality: A study of home-care services", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 25 (5).
- Frenk, Julio y otros (1991), “La transición epidemiológica en América Latina”, *Bol of Sanit Panam*, 111(6).
- _____(1989), “Health transition in middle-income countries: new challenges for health care”, *Health Policy Plan*, Vol 4(1).
- González, César A. y Roberto Ham Chande (2007), “Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México”, *Salud Pública Mexicana*, 49 supl, 4.
- Hébert, Réjean (2012), “L’assurance autonomie: Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement”, *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 31 (1).
- Help the Aged, (2007), *Quality of life in care homes*, prepared for Help the Aged by The National Care Homes Research and Development Forum, London.
- Hennesy, Patrick (1995), *Social protection for dependent elderly people: perspectives from a review of OECD countries*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 16, OECD Publishing.
- HQO (Health Quality Ontario) (2012), *Strategic Plan 2012*, Toronto, Queen’s Printer for Ontario.
- Huenchuan, Sandra (2013), “Los derechos de las personas mayores. Módulo 4. El valor de la protección de los derechos de las personas mayores al más alto nivel”, *Materiales avanzados de estudio y aprendizaje*, Santiago, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre.
- _____(2011), “Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores”, en María Nieves Rico y Carlos Maldonado Valera (eds.) *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas* (LC/L.3296-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero.
- _____(2004), “Marco legal de políticas a favor de las personas mayores en América Latina”, *Serie Población y Desarrollo* N° 51 (LC/L.2115-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Huenchuan, Sandra y Alejandro Morlachetti (2007), “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, *Notas de Población* N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago.
- IOM (Institute of Medicine) (2001), *Improving the Quality of Long Term Care*, Gooloo S. Wunderlich y Peter O. Kohler (eds.) Institute of Medicine, Washington, National Academy Press.
- IMSERO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2011), “Midiendo el progreso. Indicadores para las residencias”. *Boletín sobre Envejecimiento* N° 49. Madrid. Observatorio de Personas Mayores.
- _____(2004), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2013), Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010, [en línea] www.indec.mecon.gov.ar.
- InterRAI (2013), *InterRAI Assessment Instrument*, Canada Health Infoway [en línea] <https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/programs-services/standards-collaborative/pan-canadian-standards/interrai-assessment-instruments>.
- Karlsson, Martin, Tor Iversen y Henning Øien (2010), *Scandinavian Long Term Financing*, University of Oslo, Working Paper N° 2, Oslo.
- Lloyd-Sherlock, Peter (2012), “Population Ageing and Health”, *The Lancet*, Vol. 379.
- Martos, Francisco y otros (2010), “Repercusiones socioeconómicas”, en Jadad y otros, *When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Mass.gov (2009), *Your Options for Financing Long-Term Care: A Massachusetts Guide*. Division of Insurance. Boston [en línea] www.mass.gov/doi.
- MEDICAID (2013), *Keeping America Healthy* [en línea] www.medicaid.gov.
- Nova Scotia Health and Wellness (2011), *Home Care Standards for Quality Service, Edition 3.1*, Department of Health and Wellness, Nueva Scotia. Canadá.

- OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris, [en línea] www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.
- _____(2005), *Ensuring Quality Long-Term Care for Older People*, Policy Brief [en línea] www.oecd.org/publications/policybriefs.
- OECD/EC (Organization for Economic and Cooperation Development/European Commission) (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000), *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, Ginebra.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2003), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2012), *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, presentada en la 28ava Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.
- O'Shea, Eamon (2003), *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*, Grupo de expertos en la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes (CS-QV), Comité Europeo de Cohesión Social (CECS), Council of European Publication.
- Palloni, Alberto (1990), "The meaning of health transition", en J. C. Caldwell y otros (eds.) *What we Know about Health Transition. The Cultural Social and Behavioural Determinants of Health*, Canberra, Australian National University.
- Redondo, Nélica, (2012), "Inequidades de género en los costos de la dependencia hacia el final de la vida", *Revista Latinoamericana de Población. Año 6, N° 10*, enero – junio de 2012. Montevideo. ALAP.
- Redondo, Nélica, Matías Manzotti y Esteban de la Torre (2013), *¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en las personas mayores? Un estudio en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires. Ediciones del Hospital. Hospital Italiano.
- Rico, María Nieves (ed) (2011), "El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay", *serie Conferencias y Seminarios N° 66 (LC/L.3359)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Rico, María Nieves y Mathilda Godoy (2013), "Estándares de calidad en los servicios de cuidado de adultos mayores en los países europeos", documento interno acuerdo CEPAL/EUROsociAL, CEPAL, Santiago.
- SEGG (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología) (2010), *Sistema de acreditación de calidad para los servicios de atención a las personas mayores: centros residenciales, centros de día, ayuda a domicilio y teleasistencia*, Madrid. SEGG.
- Sunkel, Guillermo (2006), "El papel de la familia en la protección social en América Latina", *serie Políticas Sociales N° 120 (LC/L.2530-P/E)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- WEDO (For the Wellbeing and Dignity of Older people) (2013), *Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Traducción no profesional realizada por FATEC [en línea] www.wedo-partnership.eu.
- WHO (World Health Organization) (2002), *Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require?* Suiza, WHO Publications.

Fuentes:

- Argentina (2011), Ministerio de Desarrollo Social. Convenio 3558, Convenio entre el Instituto de Obra Social de la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Desarrollo Social, 16 de noviembre de 2011.
- Argentina (s/f), Reglamento para las Residenciales de Adultos Mayores dependientes de CONNAF, Ministerio de Desarrollo Social, Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Brasil (2003), Presidencia de la República, Lei 10.741, "Estatuto o Idoso", 1 de octubre de 2003.
- Brasil (2001), Ministerio Público. PORTARIA MPAS/SEAS N° 73, Normas de funcionamiento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, 10 de maio de 2001.
- Chile (2013a), SENAMA, Guía de operaciones programas Centros Diurnos para el adulto mayor, 2013.
- Chile (2013b), SENAMA, Guía de operaciones programa de Cuidados Domiciliarios, 2013.
- Chile (2013c), SENAMA, Ingeniería económica, confianza, coherencia, innovación, Informe Final, 14 de enero de 2013.
- Chile (2010), Ministerio de Salud, Decreto 14, Aprueba reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores, 24 de febrero 2010.

- Chile (2009), SENAMA, Guía para la Operación de Residencias Colectivas, circa 2009.
- Costa Rica (2012a), Consejo Nacional de la Persona Mayor (CONAPAM), Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica, II Versión: revisada y ampliada, octubre del 2012.
- Costa Rica (2012b), Consejo Nacional de la Persona Mayor (CONAPAM), Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores, Informe sobre implementación del programa a octubre del 2012.
- Costa Rica (2012c), Poder Ejecutivo, Decretos N° 37.165-S, “Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores”, 26 de junio de 2012.
- Ecuador (2013a), Ministerio de Inclusión Económica y Social, Acuerdo Ministerial N° 000162, 10 de enero de 2013.
- Ecuador (2013b), Ministerio de Inclusión Económica y Social, Acuerdo Ministerial N° 000156, 5 de enero de 2013.
- Nicaragua (2012), Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016, Versión Preliminar, 08 de noviembre de 2012.
- Paraguay (2011), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Resolución 322/2011, Asunción, 4 de mayo de 2011.
- Paraguay (2002), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Resolución S.G. 888, Manual de Orientación de Centros Comunitarios de Adultos Mayores, 18 de diciembre de 2002.
- Perú (2009), Presidencia de la Nación, Decreto Supremo 009-2010-MIMDES, Mujer y Desarrollo Social. Requisitos mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores, 21 de septiembre de 2009.
- Uruguay (2012), Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor, Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015.

Anexos

Anexo 1

Indicadores y estándares de cada uno de los estadios y cartas de derechos utilizados en la práctica internacional

A. Estándares mínimos de estructura

Corresponden al primer estadio de la acreditación de instituciones de larga estada y de servicios de salud y sociales en general. Hasta la década de 1990, los indicadores de estructura fueron casi la única modalidad de acreditación de calidad. Se presenta a continuación un modelo actual de estándares mínimos de estructura para la habilitación según el Decreto 79/2002 del Principado de Asturias en España. Los estándares mínimos de habilitación en la actualidad son establecidos por los gobiernos sub-nacionales.

1. Requisitos específicos para centros de atención a personas mayores

a) Sección primera Centros de alojamiento

Edificación:

1. Los recorridos interiores y pasillos de los establecimientos de alojamiento para personas mayores tendrán una anchura mínima de 1,20 metros debiendo encontrarse en todo momento libres de obstáculos. Cuando su iluminación diurna no sea posible por medios naturales, o durante las noches, existirá un sistema de iluminación por detectores de paso o, en su defecto, permanecerán iluminados de manera continua o con luces específicas a tal efecto.

2. Los pasillos y recorridos interiores dispondrán de pasamanos a ambos lados, con suficiente resistencia para el apoyo de personas limitadas en su movilidad y cuya altura aproximada será de 90 centímetros respecto al suelo.

Ocupación de las habitaciones:

Las habitaciones albergarán como máximo tres personas y deberán contar con una superficie mínima, que será de 10 metros cuadrados para las habitaciones individuales, de 14 metros cuadrados para las habitaciones dobles y 18 metros cuadrados para las habitaciones triples, siempre excluido el cuarto de aseo si lo hubiere.

Personal:

1. En los centros de alojamiento que cuenten con más de 25 plazas, el director o directora del mismo deberá estar en posesión de titulación de grado medio o superior y contar con formación específica en el ámbito de la gerontología.

En los centros de alojamiento que cuenten con 25 o menos plazas el director o directora del mismo deberá acreditar un número mínimo de 100 horas de formación en gerontología mediante los correspondientes certificados o diplomas expedidos por centros oficiales.

2. La relación mínima de personal de atención directa en jornada completa será de 0,30 trabajadores por persona usuaria dependiente entendiéndose por tal a los efectos del presente Reglamento, la evaluada entre los grados C y G del índice de Katz. Se entiende por personal de atención directa el que realiza labores asistenciales y presta cuidados directos al anciano. El 50% de este personal deberá estar en posesión del título de auxiliar de enfermería, de auxiliar de ayuda a domicilio y residencias asistidas o de gerocultor.

Plan general de intervención:

Los centros de alojamiento para personas mayores deberán ofrecer con carácter obligatorio los siguientes servicios y programas:

- a) Alojamiento.
- b) Manutención.
- c) Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Seguimiento:

En cada centro de atención a personas mayores destinado al alojamiento se realizará un seguimiento semestral de la capacidad funcional de las personas usuarias con el objeto de disponer de forma actualizada de información acerca del número de personas dependientes y de su grado de dependencia.

B. Indicadores de calidad orientados a resultados de instituciones de larga estadía (*Minimum Data Set*)

Los indicadores de calidad para instituciones de larga estadía publicados anualmente por el MDS constituyen uno de los antecedentes más importantes en la materia y han sido reproducidos por los sistemas de calidad de varios países del mundo, incluidos países europeos (CMS, 2013).

Indicador	Exclusiones
Porcentaje de residentes que presentaron una o más caídas con lesiones graves.	Los pacientes que no tienen registros marcados en caídas o que tienen marca en una caída, pero no tienen registradas las lesiones.
Porcentaje de residentes que reportaron dolor severo o moderado en los últimos cinco días.	Los pacientes que están en período de admisión y los pacientes que no tienen registrada la intensidad del dolor.
Porcentaje de pacientes con alto riesgo de úlceras de presión.	Los pacientes que están en periodo de admisión.
Porcentaje de residentes registrados con adecuada vacunación estacional de influenza.	Los pacientes que estuvieron fuera de la institución durante la estación de influenza.
Porcentaje de pacientes registrados con adecuada vacunación antineumocócica.	Sin exclusiones.
Porcentaje de residentes con una infección urinaria del tracto inferior.	Los pacientes que están en admisión y los que tienen los registros sobre ese punto incompletos.
Porcentajes de pacientes con bajo riesgo que pierden el control de su vejiga e intestinos.	Los pacientes que están en admisión y los que tienen alto riesgo por deterioro cognitivo, comatosos, con catéteres urinarios, osteomía y otras condiciones clínicas, relacionadas.
Porcentaje de pacientes que tenían un catéter y se lo dejaron inserto en su vejiga.	Los pacientes en admisión, los que tienen uropatía obstructiva y aquellos sin datos en los registros sobre esos temas.
Porcentaje de residentes que estuvieron con restricciones físicas diariamente.	Los pacientes con registros incompletos en ese punto.
Porcentaje de residentes cuya necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria se incrementó.	Los pacientes con esperanza de vida inferior a 6 meses, con cuidados paliativos, con más de 3 actividades básicas que ya no podían desempeñar previamente, comatosos o con datos incompletos.
Porcentaje de pacientes que perdieron demasiado peso.	Pacientes en admisión. Pacientes con datos incompletos en ese ítem.
Porcentaje de residentes que tienen síntomas depresivos.	Pacientes en coma y pacientes no detectados en las entrevistas de supervisión con falta de datos en los registros de la institución.
Pacientes de larga estadía que tienen medicación antipsicótica.	Pacientes con falta de datos en el ítem. Pacientes con esquizofrenia, con enfermedad de Huntington o con síndrome de Tourette.
Pacientes de larga estadía que reciben medicación ansiolítica e hipnótica.	Pacientes con falta de datos en el ítem. Pacientes en admisión.

Fuente: Elaboración propia.

C. Estándares de calidad para servicios de cuidados en domicilio

Diversos sistemas de evaluación de servicios de cuidados en domicilio fueron desarrollados por gobiernos nacionales y sub-nacionales. A continuación, a modo de ejemplo, se presentan los estándares elaborados por el Departamento de Salud y Bienestar del Estado de Nueva Scotia, Canadá (2012).

1. Administración y responsabilidad:

- Meta 1: Las prácticas de gestión aceptadas son respetadas y hay responsabilidad por los servicios prestados.

Norma 1.1 Existe un plan escrito explicando la responsabilidad, la autoridad y la responsabilidad de la administración.

Norma 1.2 La Agencia se involucra en los procesos de comunicación apropiados con el personal de la Agencia, con las autoridades gubernamentales y con otros grupos de interés relacionados.

- Meta 2: Las agencias sin fines de lucro están dirigidas por una Junta de Gobierno de voluntarios que tiene responsabilidad por la Agencia y por los servicios que presta.

Norma 2.1 El Consejo de Administración acepta las prácticas de la Junta de Gobierno.

- Meta3: La administración de la Agencia apoya la finalidad, objetivos, filosofía y políticas del programa de cuidado en domicilio, así como fomenta las metas y resultados del usuario.

Norma 3.1 La filosofía de la Agencia, tal como se expresa en su declaración de misión, es coherente con la filosofía del programa de atención domiciliaria entregado por las autoridades reguladoras.

Norma 3.2 La Agencia participa en los esfuerzos de colaboración para promover el Programa de Cuidados en Domicilio de la autoridad reguladora, y presta los servicios de acuerdo con sus lineamientos.

Norma 3.3 La Agencia exhibe políticas y procedimientos escritos que reflejen los valores inherentes a su declaración de la misión actual.

Norma 3.4 La Agencia tiene un Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) que incluye un sistema interno para monitorear y evaluar su función y la operación de los servicios que presta.

Norma 3.5. Los estatutos y políticas de la Agencia son coherentes con el Manual de Política de Cuidados en el Domicilio de la autoridad reguladora, otras políticas y directrices relacionadas, y con todas las leyes pertinentes.

- Meta 4: Los planes operativos constituyen la base para todas las actividades operacionales presentes y establecen prioridades para el futuro.

Norma 4.1 El proceso de planificación responde a las necesidades cambiantes de la comunidad y del programa gubernamental en la materia.

- Meta 5: Los recursos humanos, financieros y físicos disponibles y asignados en toda la Agencia son adecuados.

Norma 5.1 La Agencia asegura que los niveles de dotación de personal son adecuados para cumplir con las exigencias del servicio.

Norma 5.2 La Agencia es responsable ante el gobierno por el manejo oportuno y adecuado del presupuesto aprobado para el año fiscal.

Norma 5.3 La Agencia mantiene por un período de 7 años registros financieros adecuados y libros de contabilidad en relación con la aplicación y el gasto de los fondos proporcionados por la agencia gubernamental.

Norma 5.4 La Agencia garantiza que retiene los pagos de los usuarios y los envía a la agencia gubernamental como parte del proceso presupuestario.

- Meta 6: La Agencia cumple con las normas federales, provinciales y con las leyes y los reglamentos municipales.

Norma 6.1 Todas las leyes y reglamentos pertinentes se cumplen.

2. Provisión de cuidado para clientes

- Meta 7: Los derechos del cliente serán respetados y protegidos.

Norma 7.1 Los clientes son tratados con consideración, respeto y reconocimiento pleno de su dignidad e individualidad.

- Meta 8: El cuidado se presta de manera constante, segura, eficaz y eficiente por el proveedor de cuidado más apropiado.

Norma 8.1 La Agencia ofrece servicios a los usuarios según lo autorizado.

Norma 8.2 Las agencias que ofrecen servicios de enfermería, o de otras profesiones, muestran experiencia en las áreas en las que comparten competencias o les fueron delegadas funciones médicas.

Norma 8.3 Las agencias que prestan servicios de apoyo en el hogar demuestran que su personal, como mínimo, cumple con los requisitos educativos y de formación establecidos en los requisitos para ingreso a la práctica.

Norma 8.4 La Agencia brinda cuidado al usuario y promueve la continuidad de la atención.

- Meta 9: El registro del usuario de la Agencia de cuidado en domicilio contendrá toda la información requerida para asegurar la documentación de la atención prestada.

Norma 9.1 La Agencia mantendrá un registro de cada usuario con la información establecida por las autoridades reguladoras.

Norma 9.2 Existe un plan de atención actual e individualizado para cada usuario que ha sido elaborado por la Agencia.

Norma 9.3 El personal de la Agencia comunica de manera efectiva la atención y la planificación de la atención al usuario.

- Meta 10: La Agencia tiene un plan para verificar que el usuario está satisfecho con el cuidado en el domicilio que presta la Agencia.

Norma 10.1 La Agencia monitorea y se esfuerza por mejorar continuamente la satisfacción del cliente.

D. Enfoque de concertación de valores, derechos y responsabilidades

A continuación se presentan los valores, derechos y responsabilidades que se consideran pre-condición indispensable para la definición de la calidad y para la evaluación mutuamente acordada de desempeño de los servicios de largo plazo.

Servicios	Las personas usuarias tienen derecho a
Alojamiento	Decorar de forma personalizada su habitación. No ser obligado a trasladarse de habitación por motivos organizativos del centro.
Alimentación	Conocer anticipadamente los menús semanales según dietas establecidas.
Limpieza y mantenimiento de dependencias	Conocer el horario diario de limpieza de la habitación y cumplirlo para que así la persona usuaria pueda organizar su tiempo. Responsabilizarse, si así lo desea, de la limpieza de su habitación.
Lavandería y ropería	Entregar la ropa limpia, revisada y planchada en el máximo de cinco días.
Atención personalizada	Contar con un plan personalizado de atención, a participar en su diseño y a que éste sea aceptado mediante el consentimiento informado.
Apoyo y asistencia en las actividades de la vida diaria	Ser aseado de forma personalizada y garantizando el respeto a la intimidad. Ser llevado al baño sin demora cuando la persona lo precisa. Ser vestido y arreglado respetando los deseos y estilos personales.
Programación de actividades estimulativas y de ocio	Conocer la propuesta de actividades y elegir en cuáles participar.
Formación y orientación a las familias	Acceder a un servicio de orientación individualizada. Participar en acciones formativas grupales previamente programadas.
Podología	Ser atendido, como máxima demora, en la semana siguiente a la solicitud de servicios.
Peluquería	Acceder al servicio, para quien lo solicite, con frecuencia al menos quincenal.

Fuente: Carta de servicios de la Residencia "El Texu", que sigue las estipulaciones de la Resolución 22 de junio de 2009, del Principado de Asturias, en España.

E. Enfoque comprensivo que incorpora la opinión de los usuarios, sus familiares y el personal en la definición de los estándares de calidad de las residencias o centros de días

Fórmulas de colaboración y participación de las personas usuarias en la mejora de los servicios	Buzón de sugerencias.
	Hojas de sugerencias, quejas y reclamaciones.
	Junta de participación de la persona usuaria.
	Consejo mixto de participación (personas usuarias, familias y profesionales).
	Evaluación anual del centro mediante cuestionarios de opinión y satisfacción (personas usuarias, familias y profesionales)

Fuente: Principado de Asturias, España. Resolución del 22 de junio de 2009.

F. Transparencia y publicación de las evaluaciones para facilitar las elecciones de los usuarios

Se presenta el tipo de informe público disponible para que los usuarios evalúen las agencias de cuidados en domicilio de su zona. Entre más alto el porcentaje, son mejores.

Indicadores de calidad de servicios	Porcentaje de la agencia de cuidados en domicilio XX (%)	Porcentaje de las agencias del estado XX (%)	Promedio nacional (%)
Porcentaje de pacientes que mejoraron su capacidad para moverse en la casa y caminar	71	76	82
Porcentaje de pacientes que mejoraron su capacidad para levantarse y acostarse en la cama	74	72	72
Porcentaje de pacientes que tienen menos dolor cuando se mueven por la casa	59	80	76
Porcentaje de pacientes cuyas heridas mejoraron o se curaron después de una operación	7	76	80

Fuente: Centro MEDICARE Y MEDICAID de Servicios (CMS, 2013).

Anexo 2

Instituciones gubernamentales y personas que proporcionaron información para el presente estudio

País	Institución y cargo	Nombre
Argentina	Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (DINAPAM), Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores	Mónica Roqué
Brasil	Secretaría Nacional de Promoción y Defensa de Derechos Humanos, Presidencia de la República, Coordinadora General de los Derechos de las Personas Mayores	Neusa Privatto Muller
Costa Rica	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Presidente de la Junta Rectora	Fernando Morales Martinez
	Directora Ejecutiva del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)	Emiliana Rivera
Chile	Directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Desarrollo Social (SENAMA)	Rosita Kornfeld
	Asesora de SENAMA	Carmen Luz Belloni
Ecuador	Ministerio de Inclusión y Economía Social, Director de Atención Integral Gerontológica	Vasco Nuñez
	Ministerio de Inclusión y Economía Social	Lorena Berrazueta
Nicaragua	Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez	Marcia Ramirez Mercado
Paraguay	Coordinadora del Equipo Alto Rendimiento. Punto Focal SEGIB	Patricia Gimenez
Perú	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Directora General de las Personas Adultas Mayores	Elba Espinoza Ríos
	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	María Tatiana Martinez
Uruguay	Ministerio de Desarrollo Social (MIES), Directora del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMayores)	Adriana Rovira
	Facultad de Medicina en Universidad de la República, Profesor Titular Director del Departamento de Geriatria	Italo Savio

Fuente: elaboración propia



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Políticas Sociales****Números publicados**

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

207. Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia, Silvia Gascón, Nérida Redondo, (LC/L.3875), 2014.
206. Hacia un sistema de protección social universal en El Salvador. Seguimiento de un proceso de construcción de consensos, Danilo Miranda Baires, (LC/L.3867), 2014.
205. Hacia un sistema de protección social más inclusivo en el Ecuador. Seguimiento y desenlace de un proceso de construcción de consensos en la búsqueda del Buen Vivir, César Carranza Barona, María Victoria Cisneros, (LC/L.3866), 2014.
204. Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: igualdad para hoy y mañana, Flavia Marco Navarro, (LC/L.3859), 2014.
203. Red nacional de cuidado y desarrollo infantil en Costa Rica. El proceso de construcción. 2010-2014, Juany Guzmán León, (LC/L.3858), 2014.
202. Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: una perspectiva comparada, Simone Cecchini, Claudia Robles, Fernando Filgueira, (LC/L. 3856), 2014.
201. Procesos de priorización en salud y prestaciones no priorizadas ni explícitas La evolución de algunas prestaciones trazadoras en Chile, David Debrott, Ricardo Bitrán y Cristián Rebolledo (LC/L.3853), 2014.
200. Educación y desigualdad en América Latina, Daniela Trucco, (LC/L. 3846), 2014.
199. La segregación escolar como un elemento clave en la reproducción de la desigualdad, Magdalena Rossetti, (LC/L. 3845), 2014.
198. El analfabetismo funcional en América Latina y el Caribe: panorama y principales desafíos de política, Rodrigo Martínez, Daniela Trucco, Amalia Palma (LC/L.3841), 2014.
197. Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia, Rodrigo Uprimmy y Juanita Durán (LC/L.3829), 2014.
196. A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional, Telma Maria Gonçalves Menicucci (LC/L.3828), 2014.
195. La segregación escolar público privada en América Latina, Leonardo Gasparini, Guillermo Cruces y otros (LC/L.3827), 2014.
194. El impacto distributivo del salario mínimo en la Argentina, el Brasil, Chile y el Uruguay, Roxana Maurizio (LC/L.3825), 2014.
193. La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado, Heidi Ullmann, Carlos Maldonado, María Nieves Rico (LC/L.3819), 2014.
192. La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria, Rosario Aguirre, Fernanda Ferrari (LC/L.3805), 2014.
191. El espacio normativo de la autonomía como realización de la igualdad, Gustavo Pereira (LC/L.3792), 2014.
190. Adolescentes: derecho a la educación y al bienestar futuro, María Nieves Rico y Daniela Trucco (LC/L.3791), 2014.
189. De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina, Magdalena Sepúlveda (LC/L.3788), 2014.
188. Hacia un modelo de protección social universal en América Latina, Fernando Filgueira (LC/L.3787), 2014.
187. Seguridad alimentaria y nutricional en cuatro países andinos. Una propuesta de seguimiento y análisis, Rodrigo Martínez y Amalia Palma (LC/L.3750), 2014.

POLÍTICAS
SOCIALES

207

POLÍTICAS
SOCIALES

POLÍTICAS SOCIALES

Series

C E P A L

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org