

NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-2889

Programa Maior Cuidado: una intervención integrada de base comunitaria para adultos mayores

Peter Lloyd-Sherlock
Karla Giacomini
Poliana Fialho de Carvalho
Lucas Sempé

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Enero 2024



Programa Maior Cuidado: una intervención integrada de base comunitaria para adultos mayores

Peter Lloyd-Sherlock
Karla Giacomini
Poliana Fialho de Carvalho
Lucas Sempé

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Enero 2024

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Programa Mayor Cuidado: una intervención integrada de base comunitaria
para adultos mayores / Peter Lloyd-Sherlock, Karla Giacomini, Poliana Fialho
de Carvalho, Lucas Sempé.
p. cm. - (Nota técnica del BID ; 2889)
Incluye referencias bibliográficas.
1. Population aging-Brazil. 2. Older people-Care-Brazil. 3. Long-term care
facilities-Brazil. 4. Social policy-Brazil. 5. Primary care (Medicine)-Brazil. I.
Lloyd-Sherlock, Peter. II. Giacomini, Karla Cristina. III. Carvalho, Poliana Fialho
de. IV. Sempé, Lucas. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de
Protección Social y Salud. VI. Serie.
IDB-TN-2889

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2024 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una
licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>).
Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo
reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que
surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la
OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse
amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones
Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al
reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y
requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan
el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Programa Maior Cuidado:

Programa Maior Cuidado: una intervención integrada de base comunitaria para adultos mayores¹

Peter Lloyd-Sherlock², Karla Giacomini³, Poliana Fialho de Carvalho⁴, Lucas Sempé⁵

Resumen

Este informe presenta una visión general de una nueva intervención comunitaria para personas mayores que viven en barrios carenciados de la ciudad brasileña de Belo Horizonte: el Programa Maior Cuidado (PMC). Desde 2011, el PMC es administrado conjuntamente por las Secretarías Municipales de Salud y Asistencia Social para apoyar a adultos mayores dependientes que viven en familias vulnerables. Estas familias reciben hasta 20 horas de apoyo por semana de profesionales de apoyo al cuidado familiar. Los Centros de Salud y los Centros de Referencia de Asistencia Social realizan análisis conjuntos mensuales de los casos y trabajan en estrecha colaboración con los cuidadores contratados como profesionales de apoyo a los cuidados familiares para anticipar y responder a nuevos problemas. Entre 2011 y diciembre de 2022, 3.062 familias han recibido o continúan recibiendo apoyo.

Con base en un conjunto de evaluaciones cualitativas y cuantitativas, mostramos que el PMC funciona de manera eficaz y parece generar una serie de efectos positivos. Estos efectos incluyen la mejora de la salud y el bienestar de los adultos mayores, la reducción del estrés y la sobrecarga de los cuidadores familiares y una mayor eficiencia en la utilización de los servicios ambulatorios de salud y las hospitalizaciones. El PMC también ofrece una valiosa oportunidad de subsistencia para los cuidadores que emplea. Un análisis de costos estima que el costo mensual per cápita del PMC en abril de 2023 fue de R\$916,2 (173 dólares), lo que es sustancialmente inferior al de intervenciones alternativas.

¹ Este documento fue desarrollado con el apoyo de la Agence Française de Développement (AFD) a través de la cooperación técnica del BID RG-T3839, y del proyecto de trabajo económico y sectorial del BID RG-E1871.

²El Dr. Peter Lloyd-Sherlock lidera actualmente varios proyectos, incluido un centro de conocimiento global sobre la COVID-19 y las personas mayores en países de bajos y medianos ingresos (<https://corona-older.com/>), así como proyectos de investigación en Sudáfrica, Brasil, Argentina y México. Estos proyectos abarcan iniciativas que respaldan el desarrollo de información digital y centros de recomendación sobre servicios de atención a largo plazo.

³ La Dra. Karla Giacomini es una destacada geriatra brasileña. Trabaja como geriatra en la Secretaría Municipal de Salud de la Ciudad de Belo Horizonte desde 1999, en la Coordinación de Atención a la Salud del Adulto Mayor. Es investigadora y profesora en la Fiocruz, la Pontificia Universidad Católica y la Universidad Federal de Minas Gerais. Participa en sociedades académicas de geriatría y gerontología, y actualmente es vicepresidenta del Centro Internacional de Longevidad - Brasil.

⁴ La Mtra. Poliana Carvalho tiene una Maestría en Ciencias y actualmente está realizando su doctorado en Salud Colectiva en el Instituto Rene Rachou. Participa en la investigación del proyecto de Evaluación del proceso de implementación del Programa Maior Cuidado en dos ciudades brasileñas.

⁵ El Dr. Lucas Sempé es investigador en la Queen Margaret University, Reino Unido. Su investigación se centra en intervenciones que promueven la intersección entre salud, asistencia social y educación en países de bajos y medianos ingresos

Estas evaluaciones positivas llevaron al municipio de Belo Horizonte a ampliar el programa y al Ministerio de Salud a apoyar proyectos piloto similares en otras ciudades. Evaluaciones futuras de estos proyectos piloto se sumarán a la evidencia disponible sobre el PMC y su potencial adecuación para otras partes de Brasil y países similares.

Palabras clave: Cuidado a largo plazo; adultos mayores; atención primaria de salud.

Classificação JEL: I10, J14, H5, J18



Lista de siglas

| | |
|------|---|
| BPC | Beneficio de Prestación Continua |
| CRAS | Centro de Referencia de Asistencia Social |
| SMS | Secretaría Municipal de Salud del Municipio de Belo Horizonte |
| SMAS | Secretaría Municipal de Asistencia Social del Municipio de Belo Horizonte |
| PACF | Profesional de Apoyo a los Cuidados Familiares |
| ILPI | Institución de Larga Permanencia para Adultos Mayores |
| PAI | Programa Acompañante de Personas Mayores, Municipio de São Paulo |
| PMC | Programa Maior Cuidado, Municipio de Belo Horizonte |
| SUAS | Sistema Único de Asistencia Social |
| SUS | Sistema Único de Salud |
| UBS | Unidad Básica de Salud |

Introducción

Abordar los desafíos del envejecimiento de la población en países de bajos y medianos ingresos

En 2021, había más de 300 millones de personas de 70 años o más en países de bajos y medianos ingresos (Naciones Unidas, 2022). Se prevé que para 2050, el número de personas de 70 años o más en estos países será tres veces mayor que en los países de altos ingresos y superará los mil millones para 2056 (Naciones Unidas, 2022). El envejecimiento de la población en países de bajos y medianos ingresos ocurre en contextos de recursos limitados para los servicios de salud y, en el mejor de los casos, de sistemas de asistencia social incipientes. Sin respuestas políticas sustanciales, estas tendencias rápidamente sobrecargarán la capacidad de los servicios. En los países de altos ingresos, la integración entre la salud y la asistencia social, con un enfoque en la prestación comunitaria, se considera esencial para la sostenibilidad de los sistemas de salud (Reed et al, 2021). Los beneficios potenciales de estrategias integradas centradas en la comunidad incluyen la prevención o el tratamiento oportuno de condiciones que, de otra manera, requerirían cuidados hospitalarios, evitando hospitalizaciones por condiciones que podrían tratarse de forma ambulatoria y reduciendo retrasos en el alta hospitalaria (Lloyd-Sherlock et al, 2020). Este informe examina los efectos de una intervención realizada en Brasil.

La gran mayoría de los adultos mayores en países de bajos y medianos ingresos con necesidades de cuidados continúan viviendo en el hogar y reciben apoyo no remunerado de familiares (OMS, 2021). Sin embargo, el acceso al apoyo familiar está lejos de ser completo. Una encuesta nacional en Brasil encontró que el 51% de las mujeres mayores y el 45% de los hombres mayores con necesidades de cuidados y que vivían con adultos más jóvenes informaron que no recibían dicho apoyo (Camarano, 2017). Hay brechas evidentes en la voluntad y capacidad de las familias para brindar cuidados a los miembros mayores de forma no remunerada y sin apoyo. Estas lagunas han impulsado el crecimiento de otros tipos de prestación de cuidados a largo plazo. Estas incluyen la rápida expansión de instalaciones residenciales de cuidados a largo plazo, como las Instituciones de Larga Permanencia para Personas Mayores (ILPI). Por ejemplo, en 2010, el Sindicato de Prestadores de Servicios Gerontológicos de Argentina estimó que el país tenía 6,000 residencias de cuidados. En Brasil, durante la pandemia de COVID-19, más de 7,000 hogares de ancianos se unieron a una nueva red nacional de proveedores (Carvalho et al, 2022). Normalmente, la responsabilidad de estas instalaciones se comparte entre agencias gubernamentales, con los Ministerios de Desarrollo Social/Asistencia/Bienestar asumiendo a menudo el papel principal.

Social/Asistencia/Bienestar asumiendo a menudo el papel principal.

Sin embargo, existen pruebas crecientes de que las Instituciones de Larga Permanencia para Personas Mayores (ILPI) no representan la mejor opción para satisfacer las necesidades de cuidado de muchos adultos mayores. En primer lugar, la gran mayoría de los adultos mayores prefiere permanecer en sus propias casas o vivir con familiares, siempre que sea posible

(OMS, 2015). En segundo lugar, hay evidencia emergente de baja calidad y débil regulación de las ILPI, muchas de las cuales son operadas por el sector privado (Lloyd-Sherlock et al, 2021a). Además, el costo de establecer y operar ILPI, asegurando al mismo tiempo el cumplimiento de normas y estándares de cuidado aceptables, es considerablemente más alto de lo que la mayoría de los adultos mayores en países de bajos y medianos ingresos puede soportar (Lloyd-Sherlock et al., 2021a). En respuesta a preocupaciones similares en los últimos 25 años, muchos países de altos ingresos han buscado desarrollar enfoques alternativos para permitir que los ancianos permanezcan en casa, asegurando al mismo tiempo que sus necesidades continúen siendo satisfechas (OMS, 2015). En países de bajos y medianos ingresos, los gobiernos nacionales y locales están comenzando ahora a considerar estrategias similares (Lloyd-Sherlock et al., 2020 b; Cafagna et al., 2019).

Como parte de este nuevo enfoque sobre la política de cuidado a largo plazo, hay una creciente conciencia sobre los beneficios potenciales de una fuerte integración de los cuidados a largo plazo y los servicios de salud para los adultos mayores (The Kings Fund, 2018). Evidentemente, existen fuertes vínculos entre problemas de salud, fragilidad y necesidades de cuidado en la vida adulta. Las condiciones crónicas y comorbilidades están asociadas con un declive funcional gradual, mientras que episodios de salud más agudos (por ejemplo, caídas o accidentes cerebrovasculares) a menudo desencadenan un inicio más repentino de necesidades de cuidado (OMS, 2015). Una atención médica adecuada en la vejez puede reducir la demanda global de cuidados a largo plazo. Por ejemplo, el tratamiento efectivo de enfermedades crónicas como la hipertensión reduce significativamente el riesgo de episodios agudos como el accidente cerebrovascular, que a su vez es una de las principales causas de discapacidad y, por lo tanto, de dependencia de cuidado entre los adultos mayores (Campbell et al., 2019). De manera similar, la colaboración efectiva entre profesionales de atención primaria y cuidadores familiares puede reducir el riesgo de caídas, así como condiciones como infecciones del tracto urinario, una de las principales causas de hospitalización de adultos mayores en países de bajos y medianos ingresos (de Souza e Peixoto, 2017).

Incluso antes del inicio de la pandemia de COVID-19, surgieron evidencias de los beneficios que pueden derivarse de la integración entre los cuidados continuados y los servicios de salud convencionales para los adultos mayores (Sempé, Billings y Lloyd-Sherlock, 2019). Estos beneficios pueden incluir una utilización más eficiente de los servicios de salud y mejores resultados de salud, tanto para los ancianos como para sus cuidadores. Durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19, una serie de fallos políticos resultaron en la mala coordinación entre las Instituciones de Larga Permanencia para Personas Mayores (ILPI) y los servicios de salud. Estos incluyen deficiencias en la priorización del suministro de equipo de protección al personal de las ILPI, ya que no fueron categorizados como trabajadores de salud (Nyashanu, Pfende y Ekpenyong, 2020).

Estas experiencias generaron llamados a una integración profunda o "estructural" de los servicios de salud y cuidados para los adultos mayores, para convertirse en partes de un único sistema (Harvey et al., 2018; Lloyd-Sherlock et al., 2019). Se reconoce que la mayoría de los países de ingresos altos ha adoptado algún tipo de integración, aunque con resultados mixtos (The Kings Fund, 2018). Formas de integración más superficiales y cosméticas se han implementado con

relativa facilidad. Por ejemplo, en 2018, el Departamento de Salud del Reino Unido fue renombrado como Departamento de Salud y Asistencia Social, y esto fue seguido rápidamente por un nuevo plan de integración de servicios (National Audit Office, 2019). Sin embargo, la fusión de estructuras institucionales que se desarrollaron de manera independiente a lo largo de décadas resultó ser una agenda muy desafiante (The Kings Fund, 2018). Hay una creciente conciencia de que la integración efectiva requiere cambios fundamentales en los modelos de formación, provisión y comportamiento profesional, y debe abordar desconexiones profesionales, culturales e institucionales múltiples y profundamente arraigadas en la atención médica y los cuidados a largo plazo. Los países de bajos y medianos ingresos podrían beneficiarse de estas lecciones mientras sus servicios para los ancianos se encuentran en fases iniciales de desarrollo.

Intervenciones para apoyar a los adultos mayores dependientes que viven en la comunidad.

Este informe describe y presenta los resultados de evaluaciones de una intervención que está en funcionamiento en la ciudad brasileña de Belo Horizonte desde 2011: el Programa Maior Cuidado (PMC). La Sección 1 de este informe proporciona una descripción detallada del PMC. Los principales recursos incluyen:

- ✓ Operación conjunta de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) y la Secretaría Municipal de Asistencia Social (SMAS).
- ✓ Enfoque en adultos mayores dependientes que viven en familias vulnerables en barrios desfavorecidos.
- ✓ Las familias reciben hasta 20 horas de apoyo por semana de profesionales de apoyo a los cuidados familiares.
- ✓ Entre 2011 y diciembre de 2022, 3,062 familias han recibido o continúan recibiendo apoyo.
- ✓ Los centros de salud y los puestos de asistencia social trabajan en estrecha colaboración con los profesionales de apoyo a los cuidados familiares, incluyendo evaluaciones mensuales conjuntas de casos de personas mayores incluidas en el programa.

El PMC comparte algunas similitudes con intervenciones en otros lugares de América Latina y el Caribe y de países de alta renta, pero es único en dos aspectos específicos.

a) El programa Maior Cuidado es profundamente intersectorial.

En países de alta renta, casi todas las intervenciones para proporcionar cuidados domiciliarios a los adultos mayores se realizan separadamente por agencias de asistencia social ⁶ (como visitas de profesionales de la salud para ayudar en las actividades diarias) o por agencias de salud (como visitas periódicas de profesionales de equipos de salud multidisciplinarios) (Rytter et al, 2010; Wan, Mitchell y Maier, 2021). En América Latina y el Caribe, se puede observar una división similar. Ejemplos del primero incluye el Programa de Asistentes

⁶En los países de ingresos altos, la asistencia social se conoce comúnmente como servicios sociales o trabajo social. Utilizamos el término asistencia social para abarcar todas estas etiquetas

Personales de Uruguay (División de Evaluación, 2020). Ejemplos de esquemas operados exclusivamente por agencias de salud incluyen el Programa Acompañante de Idosos (PAI) en la ciudad de São Paulo, Brasil (Andrade et al, 2020; Peroni et al, 2023). El PMC es diferente porque es genuinamente intersectorial.⁷ Este informe examinará cómo funciona esta colaboración intersectorial en la práctica y evaluará su efecto.

b) El programa Maior Cuidado representa una nueva categoría profesional de apoyo a los cuidados familiares.

En países de bajos y medianos ingresos, hay un número creciente de personas que trabajan en cuidados remunerados para adultos mayores, tanto a través del sector privado como a través de diferentes programas gubernamentales (Waisgrais et al, 2018). Estos trabajadores reciben varios niveles de formación y supervisión. Exclusivamente en el PMC, estos trabajadores están completamente integrados en los equipos locales de salud y asistencia social, tanto en lo que respecta al recibimiento de apoyo como al suministro de actualizaciones sobre la situación del adulto mayor y su familia.

Estos dos aspectos del PMC lo distinguen de otras intervenciones. El principal objetivo de este informe es evaluar si funcionan bien en la práctica y cómo afectan la vida de los adultos mayores vulnerables dependientes de cuidados y sus familias.

El informe está estructurado de la siguiente manera. La Sección 1 proporciona una descripción detallada del PMC y del contexto en el que opera. La Sección 2 evalúa la eficacia del funcionamiento del PMC en la práctica. La Sección 3 evalúa los efectos del PMC en los adultos mayores, sus familias y las personas que emplea como profesionales de apoyo a los cuidados familiares. La Sección 4 evalúa los efectos del PMC en la utilización de los servicios de salud por parte de los adultos mayores. La Sección 5 presenta un análisis de costos y beneficios. La Sección 6 evalúa el potencial de aprendizaje del PMC en otras ciudades. La Sección 7 presenta lecciones y áreas clave para investigaciones futuras.

⁷ La intersectorialidad se define como un enfoque colaborativo que abarca varios ministerios, agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y otros grupos, con el objetivo común de abordar un problema específico (Amri, Chatur y O'Campo, 2022). En este informe, definimos la "intersectorialidad profunda" como un alto grado de colaboración en el cual las organizaciones asociadas desempeñan un papel sustancial. Esto no debe confundirse con intervenciones multidisciplinares, que incluyen diversos conjuntos de profesionales, pero solo de un órgano gubernamental, o con atención médica integrada, que generalmente se refiere a conexiones entre diferentes componentes del sistema de salud.

Sección 1.

Programa Maior Cuidado: Contexto y recursos principales.

Servicios de salud y asistencia social en Brasil.

En comparación con otros países de bajos y medianos ingresos, Brasil cuenta con una infraestructura de servicios de salud integral y bien desarrollada, centrada en el Sistema Único de Salud (SUS). El SUS es gestionado principalmente por los gobiernos municipales e incluye un fuerte enfoque en la atención primaria de salud basada en la comunidad (Macinko y Harris, 2015). Los Equipos de Salud de la Familia son responsables de la derivación y coordinación entre los servicios del SUS, además de actuar como enlace entre el sistema de salud y las comunidades locales. El centro institucional de este servicio es la Unidad Básica de Salud (UBS).

Brasil también cuenta con un Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) estructurado de manera bastante similar al SUS, aunque con menos recursos o alcance. El enfoque principal del SUAS es la inclusión social a través de la gestión de la concesión de beneficios no contributivos, incluida una pensión asistencial, el Beneficio de Prestación Continua (BPC). También es responsable de un conjunto diversificado de programas de servicios sociales y de asistencia social para grupos poblacionales vulnerables, incluyendo personas mayores que viven en barrios pobres. Al igual que el SUS, el SUAS tiene una estructura de gestión altamente descentralizada, con atención en barrios necesitados a través de Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) y Centros de Referencia Especializados de Asistencia Social (CREAS) más especializados (Borges, 2012). Los CRAS no cubren todos los distritos rurales o urbanos de Brasil: en su lugar, se encuentran principalmente en áreas consideradas relativamente necesitadas.

La justificación para el desarrollo de una intervención comunitaria integrada para adultos mayores dependientes de cuidados en Belo Horizonte.

El desarrollo del PMC en Belo Horizonte y su diseño específico reflejaron una serie de preocupaciones compartidas por los formuladores de políticas del gobierno municipal. Al igual que en otras partes de Brasil, había un creciente número de adultos mayores con necesidades de cuidado, incluso en barrios empobrecidos. El número total de Instituciones de larga Permanencia para adultos mayores (ILPI) en la ciudad alcanzó 77 en 2010⁸, pero los tomadores de decisiones políticas dudaban de la capacidad y adecuación de las instalaciones de cuidado a largo plazo para satisfacer las crecientes necesidades de su ciudad. Además, eran conscientes de los problemas de calidad en algunas ILPI y de la preferencia de los adultos mayores por quedarse en casa. Hubo un reconocimiento creciente de la naturaleza desafiante y exigente del cuidado familiar para los adultos mayores y de que los cuidadores familiares merecían y necesitaban apoyo.

⁸En 2020, el número de instalaciones de cuidados a largo plazo en Belo Horizonte aumentó a 230.

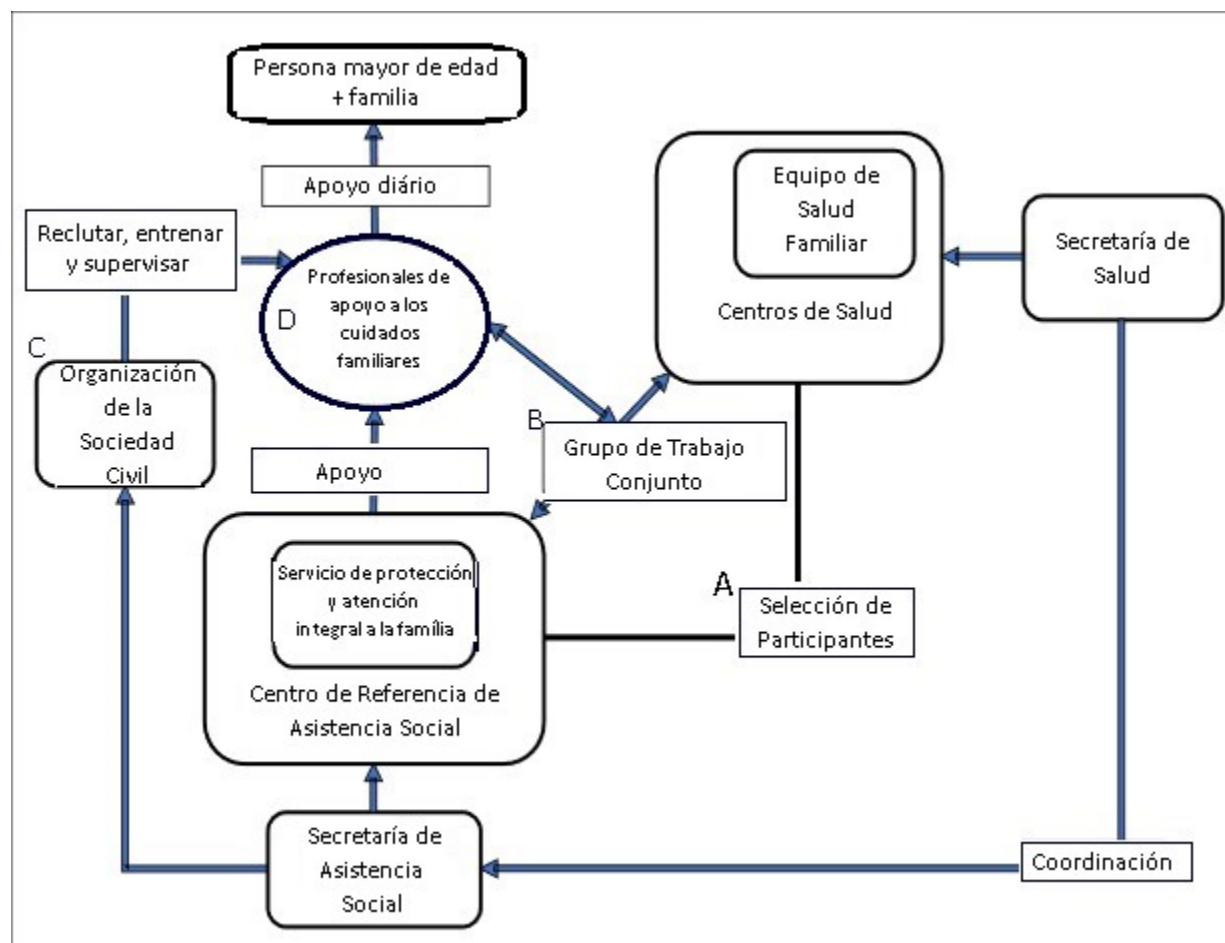
Los tomadores de decisiones también estaban preocupados por el aumento de los costos de los servicios de salud para los adultos mayores. A nivel nacional, en 2015, las personas de 60 años o más representaban el 39 por ciento del presupuesto total de hospitalización de adultos en hospitales públicos (Dias e de Barros, 2019). Al igual que en otros países, se reconoció que muchas hospitalizaciones podrían evitarse si hubiera servicios adecuados disponibles en la comunidad (Lloyd-Sherlock et al., 2020). Las principales causas de hospitalización de adultos mayores en Brasil son infecciones del tracto urinario, caídas y manejo inadecuado de enfermedades crónicas, muchas de las cuales podrían prevenirse mediante cuidados domiciliarios efectivos. Se estima que el 31 por ciento de los gastos hospitalarios en pacientes de 60 años o más en el Sistema Único de Salud de Brasil entre 2000 y 2013 fueron para condiciones susceptibles de tratamiento ambulatorio (de Souza e Peixoto, 2017).

En algunos países de altos ingresos, las transferencias de ingresos para adultos mayores dependientes o cuidadores no remunerados se han convertido en un elemento importante de los sistemas de atención a largo plazo (Doty, 2023). Sin embargo, la opinión predominante entre los responsables de la toma de decisiones de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Asistencia Social era que los esquemas de transferencia monetaria no eran una respuesta política óptima. La experiencia con esquemas de transferencia monetaria dirigidos a personas con discapacidad muestra que la segmentación suele ser un proceso costoso e imperfecto, especialmente si incluye una evaluación de las necesidades de atención (Mishra y Kar, 2017). Además, había dudas sobre hasta qué punto las familias tenían suficiente conocimiento sobre cuidados a largo plazo para tomar decisiones informadas sobre la adquisición de cuidados. Otra preocupación era que, en contextos de pobreza de ingresos, los pagos por cuidados podrían ser apropiados por otros miembros de la familia para su propio uso. Las investigaciones muestran que el abuso financiero de los adultos mayores es frecuente en América Latina y el Caribe, y que existe una fuerte correlación entre la dependencia y el riesgo de abuso financiero (Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco y Mino-León, 2015; Johannesen e Lo Giudice, 2013). Específicamente en Brasil, familiares de los adultos mayores a veces se han aprovechado de préstamos a bajo interés garantizados por pensiones, dejando a los adultos mayores con grandes deudas (Santos, 2018).

[La estructura y el funcionamiento del PMC.](#)

Desde el principio, el PMC ha presentado una serie de características inusuales pero significativas. Fue desarrollado en conjunto por la SMS y SMAS, y continúan administrándolo en asociación. Este enfoque intersectorial es único en América Latina, donde normalmente hay un alto grado de fragmentación de los servicios y una desconexión abrupta entre la salud y la asistencia social.

Figura 1.1 Principales componentes del PMC



Fuente: Autores.

La Figura 1.1 presenta los principales elementos del PMC y las relaciones entre ellos, destacando cuatro componentes principales del esquema, denominados A, B, C y D.

A: Selección de posibles participantes.

Una filosofía fundamental del PMC es considerar las circunstancias más amplias de los adultos mayores y sus familias, no solo la salud y el estado funcional del adulto mayor. Esto es especialmente relevante en las comunidades donde opera el PMC, donde muchas familias enfrentan múltiples problemas y privaciones. Sus circunstancias difíciles afectan las posibilidades de que los adultos mayores reciban atención de calidad en el hogar y necesiten el apoyo de trabajadores sociales, así como de profesionales de la salud. La mayoría de los adultos mayores referidos al PMC han sido hospitalizadas recientemente o han experimentado un episodio agudo de salud. Generalmente, son identificados inicialmente por miembros de los equipos locales de asistencia social o atención primaria a la salud. El PMC tiene una serie de criterios de inclusión específicos, entre ellos tener 60 años o más, residir en un área correspondiente a un Centro de Referencia de Asistencia Social específico y estar registrado en el puesto de salud local y en el

Registro Único Federal de Programas Sociales (Registro Único). Una enfermera y una trabajadora social realizan una visita domiciliaria para aplicar una herramienta de selección estandarizada (Apéndice 1). Esto abarca la salud y el estado funcional del adulto mayor, así como factores de riesgo para la utilización de servicios de salud de emergencia, como caídas frecuentes e hipertensión o diabetes no controlada. La decisión de incluir al adulto mayor en el PMC depende de la disponibilidad de espacio y del nivel de necesidad evaluado, así como del consentimiento del adulto mayor y su familia. Cuando el PMC no tiene capacidad para aceptar nuevos casos, estos se colocan en una lista de espera estructurada (Apéndice 2).

B: Grupos de trabajo conjunto.

Los miembros de los equipos locales de salud de la familia y asistencia social se reúnen mensualmente para priorizar nuevos posibles participantes del PMC y revisar los casos existentes. Los miembros del grupo de trabajo suelen incluir enfermeros, trabajadores sociales y agentes comunitarios de salud.

C: Organización de la Sociedad Civil.

Esta organización es pagada por la Municipalidad de Belo Horizonte para desempeñar diversas funciones, incluido el reclutamiento, capacitación y supervisión de los cuidadores profesionales contratados para el apoyo al cuidado familiar (PACFs).

D: Profesional de Apoyo al Cuidado Familiar (PACFs).

Las familias que participan en el PMC reciben apoyo de trabajadores capacitados en el cuidado familiar. Los PACFs reciben un salario mínimo y son reclutados en comunidades similares. Trabajan 40 horas a la semana, cuidando de una a tres familias. Cada familia recibe entre 10 y 20 horas de apoyo de cuidado por semana, según el nivel de necesidad del adulto mayor y la situación familiar. Los PACFs utilizan uniforme y son supervisados conjuntamente por el personal del UBS local y del CRAS. Las funciones y responsabilidades específicas de los cuidadores del PMC incluyen el apoyo al cuidador familiar y un conjunto limitado de responsabilidades clínicas (Tabla 1.1). Los PACFs ayudan a completar los informes de monitoreo (Apéndice 3) que se discuten en las revisiones mensuales de los casos.

No se espera que los PACF sustituyan completamente la responsabilidad de los cuidadores familiares. En cambio, el enfoque es proporcionar a las familias algún descanso de lo que a menudo es una actividad agotadora las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Al mismo tiempo, se espera que los PACF trabajen con los miembros de la familia para desarrollar sus propias habilidades y competencias en el cuidado. Junto con el adulto mayor, el PACF y la familia acuerdan un plan de cuidados individual que busca involucrar a todos los miembros del grupo familiar (Apéndice 4). Además de brindar apoyo diario, los PACF monitorean la situación de los adultos mayores y la informan a los grupos de trabajo conjunto.

Tabla 1.1. Funciones y deberes seleccionados de los Trabajadores de Apoyo al Cuidado Familiar.

| En cada CRAS | En cada UBS | Interacción con CRAS, UBS y revisiones mensuales de casos |
|---|--|--|
| <p>Seguir el plan de cuidados individual acordado con el Centro de Referencia de Asistencia Social y el equipo de salud local.</p> <p>Orientar la organización del cuidado familiar del adulto mayor.</p> <p>Preparar la alimentación del adulto mayor, de acuerdo con el plan individual de cuidados.</p> <p>- Auxiliar en el baño del adulto mayor, de acuerdo con el plan individual de cuidados.</p> <p>- Identificar posibles modificaciones en el entorno doméstico para reflejar las necesidades del adulto mayor.</p> | <p>-Proporcionar estimulación cognitiva y ocupacional.</p> <p>- Ayudar con los ejercicios físicos recomendados por el equipo de salud local.</p> <p>- Gestionar los medicamentos del adulto mayor, administrando solo los que hayan sido recetados por un profesional de la salud.</p> <p>- No administrar medicamentos no recetados, incluidos los remedios tradicionales.</p> <p>- No realizar tareas especializadas de enfermería, cómo administrar inyecciones o medir la presión arterial.</p> <p>- Estar atento a los cambios físicos o emocionales del adulto mayor e informar al equipo de salud local.</p> <p>- Monitorear y supervisar la nutrición e hidratación del adulto mayor, así como la continencia.</p> <p>- Informar al equipo de salud sobre cambios significativos en las heces o la orina.</p> <p>- Acompañar a la persona mayor en visitas a hospitales y clínicas, según sea necesario.</p> <p>- Seguir las orientaciones de salud pública para reducir el riesgo de infección por COVID-19 u otras enfermedades respiratorias.</p> | <p>- Participar de reuniones mensuales de revisión de casos.</p> <p>- Proporcionar actualizaciones mensuales sobre la situación del adulto mayor al Centro de Referencia de Asistencia Social y al equipo de salud local.</p> <p>- Discutir planes individuales de cuidados con el CRAS y el equipo de salud local, incluyendo modificaciones.</p> <p>-Informar inmediatamente al supervisor sobre situaciones de emergencia que pongan en riesgo al adulto mayor o a sus cuidadores</p> <p>- Participar en programas continuos de formación y capacitación.</p> |

Fuente: Autores.

Sección 2.

Revisión de la eficacia operativa del PMC.

Entre 2018 y 2022, se llevó a cabo una revisión continua del proceso operativo del PMC. Esto incluyó tres elementos distintos (Tabla 2.1). El primero consistió en “profundizar” la familiarización del equipo de evaluación con el PMC. El segundo elemento de la revisión se produjo de manera oportunista, durante la pandemia de la COVID-19. Esto representa una "prueba de resistencia" de la operación del PMC en condiciones altamente desafiantes. El tercer elemento evaluó los cambios implementados en el PMC en respuesta a las conclusiones del primer elemento de la revisión operativa.

Tabla 2.1. Elementos de revisión del proceso operativo.

| Elemento | Objetivo | Tiempo |
|------------|---|-------------------------------------|
| Elemento 1 | Profundización inicial y evaluación del proceso. | diciembre de 2018 a octubre de 2019 |
| Elemento 2 | Prueba de estrés COVID-19. | mayo a septiembre de 2021 |
| Elemento 3 | Evaluación del proceso de implementación de la reforma. | marzo a diciembre de 2022 |

Fuente: Autores.

Elemento 1. Profundización inicial y evaluación del proceso.

El elemento 1 se basó en las siguientes fuentes de información:

- ✓ Una revisión de los documentos de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Asistencia Social, incluidos protocolos de selección y monitoreo del PMC, orientaciones sobre planes de cuidado y protocolos de profesionales de apoyo a cuidadores familiares.
- ✓ Observación participante de reuniones (n = 20) y discusiones en grupos focales con informantes clave (n = 7 con 51 participantes), incluyendo enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas y psicólogos, que estaban involucrados en la gestión u operación diaria del PMC.
- ✓ Registros de los 3.062 adultos mayores que participaron en el PMC desde su inicio hasta finales de 2022. Estos incluyen datos sobre edad, sexo, vivienda, nivel de dependencia de cuidados, fecha de inclusión en el PMC, fecha de salida y motivo (Tabla 2.2).
- ✓ Observación longitudinal de dos grupos de trabajo conjunto, durante varios meses.

La disponibilidad de registros sobre los participantes y la disposición de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Asistencia Social para compartirlos con el equipo de evaluación independiente son, en sí mismos, indicadores importantes del funcionamiento eficaz del PMC. La Tabla 2.2 muestra que más de la mitad de los adultos mayores que participaron en el PMC tenían 80 años o más al unirse al programa, el 70 por ciento eran mujeres y el 42 por ciento presentaba un alto

nivel de dependencia. En promedio, los adultos mayores permanecieron en el PMC durante 21 meses. La razón más común para salir del PMC fue el fallecimiento del adulto mayor (49 por ciento de los casos), lo que demuestra que el PMC continuó apoyando a muchos adultos mayores y a sus cuidadores hasta el final. En el 10 por ciento de los casos, las familias sintieron que eran capaces de asumir la responsabilidad total del cuidado, reflejando un mayor nivel de capacidad, competencia y confianza en el desempeño de esta función. El número de adultos mayores que dejaron el PMC porque fueron internados en una ILPI fue inferior al 6%.

Tabla 2.2. Datos sobre participantes del PMC derivados de registros de monitoreo, 2011 a 2022.

| Parámetro | Participantes | |
|--|---------------------------|--------------------------------|
| | Miembros activos N (%) | Desvinculados del PMC N (%) |
| Edad al momento del ingreso | | |
| 60 a 69 años | 151 (24,4) | 466 (19,1) |
| 70 a 79 años | 215 (34,7) | 801 (32,9) |
| 80 a 89 años | 190 (30,6) | 846 (34,7) |
| 90 años + | 64 (10,3) | 325 (13,3) |
| Género | | |
| Femenino | 431 (69,5) | 1662 (68,1) |
| Masculino | 189 (30,5) | 780 (31,9) |
| Nivel de dependencia de cuidados | | |
| Dependiente | 260 (41,9) | 1095 (44,8) |
| Semidependiente | 360 (58,1) | 1347 (55,2) |
| Tiempo medio de permanencia en el programa (meses) | 29 | 21* |
| Razón para salir | | |
| Transferencia al ILPI | - | 145 (5,9) |
| Situación de riesgo para el cuidador | - | 97 (4,0) |
| Rechazo del adulto mayor | - | 135 (5,5) |
| Rehabilitación del adulto mayor | - | 86 (3,5) |
| Opción familia | - | 244 (10,0) |
| Muerte | - | 1207 (49,4) |
| Mudança de território | - | 147 (6,0) |
| Cambio de território | - | 97 (4,0) |
| Familia derivada a diferentes agencias de servicios sociales | - | 36 (1,5) |
| La familia retomó los cuidados | - | 248 (10,2) |

*19 casos sin código.

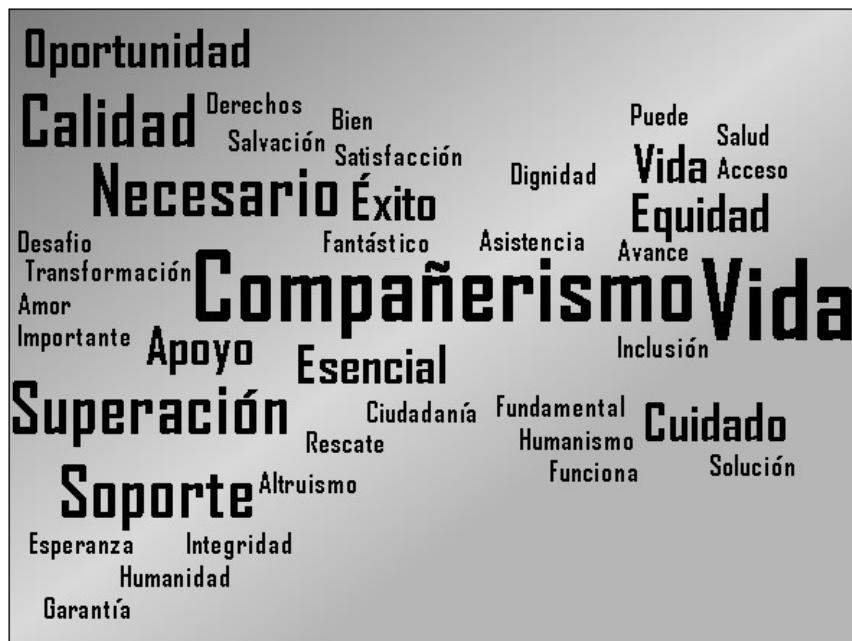
Fuente: Autores.

Las principales conclusiones del Elemento 1 incluyen:

Puntos fuertes:

- ✓ Hubo un buen nivel general de fidelidad operativa. Los procesos definidos en principio, en general, coincidían con las observaciones del equipo de evaluación sobre la práctica real. La herramienta de selección se aplicó adecuadamente. Los grupos de trabajo mensuales siguieron los procedimientos correctos y los profesionales de apoyo a los cuidados familiares actuaron de manera efectiva.
- ✓ Hubo niveles muy buenos de adhesión y apoyo al PMC entre todas las partes involucradas en la gestión y la práctica. Se pidió a los participantes de todos los grupos focales que describiera lo que el PMC significaba para ellos con una sola palabra, que podría ser positiva, negativa o neutra. Estas palabras fueron ingresadas en el software Wordle31, que creó el algoritmo presentado en la Figura 2.1. Todos los participantes seleccionaron palabras positivas que reflejaban su creencia en los efectos positivos del PMC.
- ✓ Entrevistas y observaciones con las partes interesadas revelan un alto nivel de disposición para colaborar entre SMS y SMAS, a pesar de algunas barreras burocráticas y desconexiones en los sistemas de datos.
- ✓ Hubo un buen nivel de consistencia operativa entre los CRAS y las UBS, a lo largo del tiempo. Los procesos operativos del PMC se mantuvieron consistentes entre 2011 y 2023, a pesar de cuatro cambios en el gobierno municipal.

Figura 2.1. PMC en una palabra.



Fuente: Lloyd-Sherlock, Aredes et al (2019).

Áreas de mejora:

- Había pocos documentos oficiales sobre la condición institucional formal, las directrices de gestión o los protocolos del PMC.
- El PMC funcionaba con base en un conjunto *ad hoc* de acuerdos entre profesionales de la salud y de asistencia social, pero estos no estaban respaldados por una estructura institucional formal. Esto a veces generaba confusión sobre las funciones y responsabilidades específicas de cada secretaría y pequeñas variaciones en la práctica entre los CRAS y UBS.
- La monitorización combinada y el intercambio de datos entre la SMS y la SMAS se dificultaron por la falta de compatibilidad entre sus respectivos sistemas de información más amplios.
- Las partes interesadas observaron que la cobertura del PMC era baja en relación con las necesidades, lo que generaba una lista de espera de personas mayores elegibles para la inclusión. La cobertura también era limitada porque el PMC no operaba en todos los CRAS de Belo Horizonte.

Elemento 2. Prueba de estrés de COVID-19.

Los primeros casos de COVID-19 en Belo Horizonte fueron notificados el 8 de marzo de 2020, poco después de la conclusión de la evaluación operativa inicial. Como en otras ciudades de Brasil, las tasas de infección eran muy altas en barrios pobres y los adultos mayores corrían un riesgo particular de mortalidad por COVID-19. Por lo tanto, se predijo que la pandemia afectaría significativamente el funcionamiento del PMC y que sería necesaria una rápida adaptación. En consecuencia, el equipo de investigación desarrolló una encuesta distribuida por correo electrónico a los gestores responsables de todos los 36 CRAS/UBS donde actuaba el PMC. El cuestionario y los resultados de este estudio de prueba de estrés se presentan en el Anexo 1. Los resultados muestran que las visitas domiciliarias se suspendieron temporalmente y fueron sustituidas, en la mayoría de los casos, por llamadas regulares de apoyo telefónico. Las visitas se reanudaron tan pronto como las restricciones de bloqueo lo permitieron. Como los profesionales de apoyo a los cuidados familiares no están oficialmente categorizados como "profesionales de la salud", no recibieron la misma prioridad de acceso a los equipos de protección individual y, más tarde, a las vacunas, como otros profesionales de la salud de primera línea. Este es un ejemplo de la necesidad de un reconocimiento intersectorial más fuerte del estatus y el papel de los PACF.

Elemento 3. Evaluación del proceso de implementación de la reforma.

Al final de 2019, las conclusiones de la primera fase de la evaluación se compartieron con los administradores de la SMS y la SMAS, así como con otras partes interesadas. Con base en estas conclusiones, la SMS y la SMAS acordaron llevar a cabo reformas en los sistemas operativos e informáticos del PMC. Estas incluyeron el primer acuerdo legal formal entre estas dos secretarías, el desarrollo de un manual de protocolo operativo conjunto y de un nuevo sistema compartido de referencia e información. Entre otros avances, estas reformas establecieron áreas

clave de competencia para las diferentes agencias involucradas en la operación diaria del PMC (Tabla 2.3).

Durante 2023, la SMS y la SMAS comenzaron a desarrollar y probar conjuntamente un sistema de información y monitoreo integral y ordenado. Este sistema incluirá actualizaciones regulares sobre la salud y el bienestar de los participantes con mayor edad en el PMC, así como factores de riesgo e información sobre otros asuntos familiares que puedan afectar la calidad de los cuidados. Se propone que esta información sea recopilada por los profesionales de apoyo a los cuidados familiares, compartida durante las revisiones mensuales de los casos y recopilada a nivel del programa. En julio de 2023, la fase piloto estaba en marcha y no estaba claro cuándo ni de qué manera se adoptaría el nuevo sistema de información.

Los resultados ampliamente positivos de la evaluación inicial del proceso contribuyeron a la decisión, tomada en 2019, de expandir el PMC para cubrir todos los CRAS de Belo Horizonte. Según algunos informantes clave, el proceso de expansión del PMC en Belo Horizonte no presentó problemas (C2.1). Sin embargo, algunos funcionarios observaron que esto coincidió con el inicio de la Onda 1 de la pandemia de COVID-19, que ya estaba poniendo bajo presión a los servicios existentes (C2.2). A pesar de ello, el PMC se implementó con éxito en todos estos Centros de Referencia de Asistencia Social, lo cual fue validado por el equipo de evaluación que observó un grupo de trabajo conjunto en uno de los CRAS recientemente incluidos.

C2.1. Fue un proceso tranquilo. Había ocho Centros de Referencia de Asistencia Social que necesitaban ser incluidos en el programa. Nos contactaron desde nuestra dirección y comenzamos a recibir capacitación a principios de diciembre. Así que ya estábamos bien organizados cuando comenzamos a implementar el PMC. La unidad de salud ya tenía una larga lista de espera, así que enumeramos los casos prioritarios para su inclusión. No tuvimos problemas, ni en el proceso de implementación ni en el trabajo con las familias. (E19, Trabajador/a Social, Centro de Referencia de Asistencia Social).

C2.2. Trabajamos personalmente con los gestores del PMC durante tres meses, en diciembre, enero y febrero. El PMC se inició en nuestro Centro de Referencia de Asistencia Social en un momento de gran dificultad. Solo teníamos dos profesionales para gestionar el PMC, junto con todos nuestros otros programas sociales. (E18, F, Trabajador/a Social, Centro de Referencia de Asistencia Social).

Tabla 2.3. Competencias clave de las diferentes agencias involucradas en el PMC.

| Secretaria de Assistência Social | Secretaria de Saúde | Organização da Sociedade Civil |
|--|--|---|
| <p>Gestionar aspectos del PMC relacionados con cuestiones de protección social. Orientar al equipo del CRAS para la identificación y seguimiento de familias con adultos mayores vulnerables. Monitoreo y evaluación del programa. Coordinar con la SMS. Supervisar y monitorear a la Organización de la Sociedad Civil Asociada. Capacitar a profesionales y supervisores de apoyo familiar, en colaboración con la SMS y la Organización de la Sociedad Civil. Elaborar documentos e instrumentos. Coordinar con los departamentos de asistencia social a nivel estatal y nacional.</p> | <p>Gestionar aspectos del PMC relacionados con cuestiones de salud. Realizar el monitoreo y la evaluación del programa. Coordinar con SMAS. Capacitar a trabajadores y supervisores de apoyo al cuidado familiar, en colaboración con SMAS y la Organización de la Sociedad Civil. Elaborar documentos e instrumentos. Coordinar con los departamentos de salud a nivel estatal y nacional.</p> | <p>Seleccionar, contratar y supervisar a trabajadores y supervisores de apoyo al cuidado familiar. Capacitar a profesionales de apoyo al cuidado familiar en colaboración con SMS y SMAS. Proporcionar informes financieros responsables al gobierno municipal. Mantener una forma de asociación legal con el municipio. Garantizar estándares de calidad para las acciones previstas en la asociación. Proporcionar vales de comida y transporte para los profesionales de apoyo al cuidado familiar. Participar en reuniones con SMS y SMAS</p> |

Fuente: Autores

Sección 3.

Los efectos del Programa Maior Cuidado en los adultos mayores, en sus familias y en los profesionales de apoyo al cuidado familiar.

El PMC y los adultos mayores.

Los adultos mayores elegibles para ser incluidas en el PMC son, por definición, pobres, moderada o altamente dependientes de cuidados, viven en familias vulnerables y se ven afectadas por graves condiciones crónicas de salud. Como se señaló en la Sección 2, la cobertura del PMC es baja en comparación con los niveles de necesidad en los barrios donde opera. La herramienta de selección permite que el equipo del PMC priorice a las personas que enfrentan mayores necesidades.

Dado el perfil de los participantes, no es realista esperar que el PMC reduzca significativamente la dependencia de cuidados o funcione como una intervención curativa. En cambio, busca optimizar la salud, el estado funcional y el bienestar de las personas mayores durante los que son, casi siempre, los últimos meses o años de sus vidas. En lugar de preguntar si el PMC revierte o no el declive y el sufrimiento experimentado por los adultos mayores, la pregunta más relevante es si el PMC reduce la velocidad del declive y mitiga sus efectos. Las comparaciones longitudinales entre conjuntos emparejados de adultos mayores inscritos en el PMC y grupos de control podrían capturar potencialmente estos efectos, pero no fue viable crear controles para los fines de nuestra evaluación. A pesar de esto, todavía es posible obtener percepciones sobre estos posibles efectos a partir de datos cualitativos.

Los beneficios para la salud de los adultos mayores.

Aunque los profesionales de apoyo a cuidados familiares no se definan como profesionales de la salud, poseen un conjunto de habilidades y competencias que pueden mejorar directa e indirectamente el estado de salud de los adultos mayores dependientes de cuidados. Por ejemplo, suelen ayudar a los adultos mayores a gestionar condiciones de salud crónicas que, de lo contrario, podrían dar lugar a necesidades emergenciales de servicios de salud (C3.1 y C3.2).

C3.1. En términos de medicamentos, alimentación, higiene y hasta cuidados básicos, observamos mejoras en la salud de muchos adultos mayores después de unirse al PMC. (E4, F, Fonoaudióloga, UBS)

C3.2. Cuando el cuidador está presente, realmente se encarga de la higiene del adulto mayor y de la administración y manejo de sus medicamentos. Pero también es una oportunidad para jugar juegos de memoria o hablar sobre cualquier problema del entorno doméstico. El adulto mayor me contó que retomó algunas actividades que le gustan y que ahora tiene con quién conversar. (E10, F, Trabajador Social, CRAS)

C3.3. La gestión de la salud crónica a menudo se superpone a la prevención de factores de riesgo y a la provisión de formas más generales de cuidado. Esto fue especialmente evidente en

áreas como la higiene y la hidratación. (C3.3).

C3.3. Cuando llego allí, ella está en la cama y su pañal generalmente termina escurriendo. Como cuidadora del PMC, cambio las sábanas de la cama. le doy un baño... me aseguro de que esté limpia e higienizada. Luego le pongo un pañal nuevo. Mientras desayunamos juntas, me aseguro de que tome sus medicamentos. Después hacemos algunos ejercicios de fisioterapia; conseguí un dispositivo para ella del fisioterapeuta aquí en el centro de salud (E28, F, Profesional de apoyo al cuidado familiar)

C3.4. Esto también incluyó la reducción del riesgo de caídas, por ejemplo, mediante la modificación del entorno doméstico.

C3.4. Solían tener una alfombra de baño en el que siempre se resbalaba. Me habían advertido sobre eso en mi capacitación; así que les dije que, si no les importaba, podrían quitar la alfombra porque su hermana está tan débil que fácilmente podría tropezar con ella. Y estuvieron encantados de deshacerse de ella. (E28, F, Profesional de apoyo al cuidado familiar)

Los profesionales de apoyo al cuidado familiar no trabajan de forma aislada, comparten información y colaboran con los profesionales de la salud y asistencia social (C3.5, C3.6, C3.7).

C3.5. Los adultos mayores a menudo desarrollan un vínculo estrecho con los profesionales de apoyo al cuidado familiar. Esto significa que a veces comparten con esta persona información que evitarían mencionar a un médico. Esto realmente ayuda a las personas en el centro de salud a asegurarse de que están bien. (E46, F, Enfermera, Equipo de Salud de la Familia)

C3.6. Los adultos mayores incluidos en el PMC reciben una atención mucho mejor y tienen un contacto mucho más cercano con los servicios de salud. Todos los meses, los profesionales de apoyo al cuidado familiar nos informan sobre lo que es necesario, basándose en lo que observan durante sus visitas. Comienzan a entender cómo se relacionan el cuidado y la salud. Luego, el equipo realiza el seguimiento de la mejor manera posible. Puede ser una consulta general o una derivación a un especialista, nutricionista o fisioterapeuta. (E7, F, Enfermera, Equipo de Salud de la Familia)

C3.7. El trabajador social y los profesionales de apoyo al cuidado familiar vuelven a evaluar sus partes de los planes de atención personal, y las partes más relacionadas con la salud son revisadas por el centro de salud. Cuando es posible, los cuidadores del PMC pueden sugerir cambios en los planes de atención durante las revisiones mensuales de los casos. Tienen un gran interés en ello. (E40, M, Trabajador Social, CRAS)

Un efecto que limita el impacto del PMC en la salud de los adultos mayores es la disponibilidad de servicios de salud de un nivel más alto cuando son necesarios. La conexión entre los profesionales de apoyo al cuidado familiar y el centro de salud puede facilitar que los adultos mayores reciban una derivación cuando sea necesario, pero esto no otorga a las personas del

PMC una prioridad de derivación más alta que aquellas que no lo hacen. Un contexto más amplio de escasez de recursos de salud a menudo significa una larga espera para servicios de salud urgentes. (C3.8)

C3.8. A veces, un adulto mayor no ha recibido un diagnóstico. Sabes lo que tienen, pero no puedes decírselo, no puedes hacer nada. Solo queda esperar el diagnóstico para que el médico le cuente a la familia lo que está sucediendo. (E28, F, Profesional de apoyo al cuidado de la familia).

Bienestar y calidad de vida de los adultos mayores.

La aproximación del PMC para apoyar a los adultos mayores reconoce que la salud, la calidad de vida y el bienestar están íntimamente ligados. A diferencia de otros programas de visitas domiciliarias, el PMC brinda a cada adulto mayor un período sustancial de atención todas las semanas. Esto permite que los profesionales de apoyo a los cuidados familiares construyan relaciones de confianza con el adulto mayor y proporcionen actividades como estimulación cognitiva y fisioterapia (C3.9 y C3.10).

C3.9. Ofrecemos estimulación para adultos mayores y a veces esto incluso conduce a una mejora en su función. El tiempo que el cuidador pasa con ellos es muy importante, no solo en términos de mejora de la función, sino también de apoyo emocional y estimulación cognitiva. (E6, F, Fisioterapeuta, Equipo Ampliado de Salud Familiar)

C3.10. La familia se siente más tranquila y así el adulto mayor se siente más seguro. Los profesionales de apoyo al cuidado familiar ayudan a lidiar con cuestiones emocionales, envejecimiento, a veces aislamiento y a veces abandono por parte de la familia. Cuando los hijos no pueden hacer frente a este proceso de envejecimiento, con las enfermedades. Y entonces realmente es un gran apoyo, tanto para la salud física como para la salud mental. El adulto mayor se siente visto, acompañado, por así decirlo. Es una fuente de compañía: alguien que conversa contigo y que te estimula. Entonces, creo que, tanto física como emocionalmente, todo esto se suma. (E3, F, Enfermera, UBS)

Como parte de una estrategia de atención centrada en la persona, se anima a los profesionales de apoyo al cuidado familiar a descubrir actividades que les gusten a los adultos mayores y a ayudarles en esas actividades.(C3.11).

C3.11. Hay muchos ejemplos de esto sucediendo. Hay una señora que aprendió a leer con su cuidadora. ¡Piensa en lo que eso significa para la vida de esa mujer mayor! Puede transformar la calidad de vida de estos adultos mayores. (E16, F, Psicóloga, CRAS)

De manera más general, los profesionales de apoyo familiar buscan abordar cuestiones como la soledad y el aislamiento, asegurando un tiempo sustancial todas las semanas en el que la persona mayor será escuchada y se reconocerán sus intereses y preocupaciones. Un factor limitante fue la práctica de rotación de los profesionales de apoyo familiar entre las familias aproximadamente cada año. La rotación fue vista por los gestores del PMC como necesaria para evitar que los PACF desarrollaran lazos tan estrechos con los adultos mayores y sus familias, ya que esto podría interferir en su estatus profesional. Comprensiblemente, algunas personas

mayores sintieron que el cambio de los PACF perturbó vínculos sociales valiosos. (C3.12)

C3.12. "Mi primera cuidadora del PMC estuvo conmigo durante un año y cuatro meses. La adoré. Nunca habrá otra cuidadora como ella [llanto]" (hombre de 92 años) [Relato de campo].

En resumen, la extensión y la fuerza de la evidencia cualitativa indican que el PMC genera beneficios importantes para el estado de salud, bienestar y calidad de vida de los adultos mayores. Existe un amplio cuerpo de investigación que demuestra que la mayoría de los adultos mayores prefiere permanecer en sus propios hogares, especialmente si pueden recibir apoyo (OMS, 2015). Como se muestra en la Sección 3, solo un pequeño número de personas mayores inscritas en el PMC son posteriormente admitidas en ILPI, lo que representa un beneficio adicional para su calidad de vida.

El PMC y las familias.

Los adultos mayores elegibles para ser incluidos en el PMC tienen necesidades de cuidado moderadas o graves y pertenecen a familias que no cuentan con los recursos para costear servicios de cuidado privados. En Belo Horizonte, en mayo de 2023, el precio de mercado para un cuidador con un nivel similar de capacitación y experiencia era de alrededor de R\$ 318 (US\$ 60) por 15 horas de atención por semana (una tarifa típica ofrecida por el PMC). Este monto equivale aproximadamente al 95 por ciento del Beneficio de Prestación Continuada (R\$ 352 o 66,5 dólares por semana) y, por lo tanto, no dejaría ingresos para otras necesidades básicas del adulto mayor. Existe un conjunto considerable de evidencia que indica que otros miembros de familias de bajos ingresos a menudo dependen en gran medida de las pensiones de los adultos mayores, lo que reduce aún más la disponibilidad de ingresos para pagar servicios de cuidado (Barrientos y Lloyd-Sherlock, 2011).

En los barrios donde opera el PMC, no existen otros servicios gratuitos de apoyo al cuidado familiar, como centros de día⁹. Si no están incluidos en el PMC, toda la responsabilidad del cuidado recae en los familiares. Hay un amplio conjunto de evidencias provenientes de Brasil y de países similares que demuestran la naturaleza estresante y exigente del cuidado familiar no apoyado para adultos mayores dependientes y el precio que esto puede tener para quienes lo brindan (Leite et al., 2017). Los estudios muestran que la carga de cuidados en Brasil es mayor para los cuidadores de familias pobres (Magalhães et al., 2022).

La herramienta de seguimiento del PMC incluye varios ítems relacionados con la carga de cuidados experimentada por los cuidadores familiares, y se les asigna un peso significativo (11 de 60 puntos)¹⁰. Sin embargo, el PMC no recopila datos sistemáticos sobre los cambios en esta carga a lo largo del tiempo, por lo que no fue posible incluirlos en la evaluación cuantitativa. Sin embargo, es muy probable que recibir horas sustanciales de un profesional de apoyo al cuidado familiar reduzca significativamente esta carga para los miembros de la familia. Hay

⁹ Belo Horizonte no cuenta con centros de día públicos para personas mayores.

¹⁰ La carga de cuidado generalmente se refiere a los efectos financieros, físicos y psicológicos del cuidado no remunerado, y se aplica ampliamente a nivel mundial y en Brasil (Gratão et al, 2019).

evidencia sustancial de otros estudios que indican que los cuidadores familiares a menudo tienen pocas pausas en esta actividad y que los períodos garantizados de descanso atenúan significativamente la carga de cuidados (Gaugler et al, 2003). Los datos cualitativos recopilados para la evaluación del PMC indican fuertemente este efecto (C3.13, C3.14 y C3.15).

C3.13. Reduce la sobrecarga de los cuidadores familiares, lo que significa que ahora pueden hacer cosas importantes que antes no podían. Muchos de estos cuidadores familiares, de hecho, se acercan más al adulto mayor. Reducir la carga de cuidados, compartirla y poder hablar sobre ello con otra persona significa que pueden volver a conocer al adulto mayor. (E6, F, Fisioterapeuta, Equipo Ampliado de Salud de la Familia)

C3.14. Algo que siento que es muy importante es la distribución de tareas. Antes del PMC, el cuidador (familiar) estaba abrumado, haciendo todo el trabajo doméstico y brindando todos los cuidados al anciano sin ninguna ayuda. Con el PMC, el cuidador tiene tiempo para organizarse mejor y cuidar mejor de sí mismo. Esto reduce su estrés mental. El PMC es beneficioso para los cuidadores. Perciben la posibilidad de hacer planes para realizar actividades que no han hecho en mucho tiempo debido a la falta de tiempo. (E19, F, Trabajadora Social, CRAS)

C3.15. Cuando comienzas el trabajo con una familia, el cuidador se estresa mucho, porque generalmente solo hay una persona en cada familia que realiza la tarea principal de cuidado. Las personas encargadas de la familia, no tienen vida. A veces, ni siquiera pueden ir a un centro de salud cuando no se sienten bien. Así que cuando contratamos a un cuidador del PMC, es transformador. (E17, F, Psicóloga, CRAS)

Investigaciones más amplias en Brasil demuestran que una parte significativa de los cuidados familiares no remunerados a los adultos mayores son proporcionados por personas mayores, a menudo cuidando de sus cónyuges, y que la carga de cuidados aumenta con la edad del cuidador (Bianchi et al, 2016). En la herramienta de seguimiento del PMC, las familias obtienen más puntos si el cuidador principal es una persona mayor. Como parte de la reducción de esta carga, los datos cualitativos indican beneficios importantes para la salud de los cuidadores mayores (C3.16).

C3.16 En muchas familias, el cuidador familiar es una persona mayor... Y están empezando a enfermarse, porque no pueden cuidar de su propia salud, ya que no pueden dejar al adulto mayor solo. Entonces, el PMC los ayuda mucho. Muchos cuidadores se desgastan y se estresan al unirse al programa, pero luego pueden comenzar a cuidar de su propia salud, cortarse el cabello, hacerse las uñas, comprar cosas personales. Esto realmente ayuda a estas familias. Muchos cuidadores familiares programan sus propias citas médicas, exámenes o retiro de medicamentos para cuando el cuidador del PMC esté en su hogar. (E7, F, Enfermera, UBS)

Los datos cualitativos indican que la relación entre los profesionales de apoyo a la familia y el cuidador familiar principal es tan importante como la relación entre los profesionales de apoyo a

la familia y el adulto mayor dependiente. En lugar de reemplazar al cuidador familiar, esta relación se entiende mejor como una colaboración en asociación. (C3.17).

C3.17. "Convencerla de bañarse es muy complicado porque se pone muy agresiva. Quiere golpear, quiere morder." (E25, F, Profesional de apoyo al cuidado de la familia)

Los cuidadores familiares tienen la oportunidad de trabajar, observar y aprender de los profesionales de apoyo a los cuidados familiares, aumentando potencialmente su competencia y confianza para desempeñar esta función (C3.18). Un efecto limitante es que la identidad del miembro de la familia que desempeña la función principal de cuidado puede cambiar (C3.19).

C3.18. "Tratamos de prevenir situaciones que impliquen la violación de los derechos de las personas mayores. Hacemos sugerencias a los familiares.... Estas incluyen cosas simples como ayudar a beber con el uso de una pajita." (Psicóloga y Asistente Social, CRAS)

C3.19. "Esto [cuidar de personas mayores] es una responsabilidad enorme y no tengo absolutamente ninguna experiencia. Es la primera vez que hago esto, teniendo que asumir la responsabilidad de todo." (Familiar más joven, mujer, después de la muerte del padre que era el principal cuidador de la madre)

El PMC trabaja con familias vulnerables, y los resultados de la herramienta de cribado señalan problemas como conflictos familiares, enfermedades mentales y dependencias químicas. El desarrollo de asociaciones efectivas con los cuidadores familiares en estos entornos a menudo es muy desafiante y requiere sensibilidad y paciencia (C3.20 y C3.21)

C3.20. Recientemente, un miembro de la familia con un trastorno mental grave simplemente impidió que los profesionales de apoyo a los cuidados familiares salieran de casa. Lo mantuvieron encerrado dentro de la casa. (Trabajo social, Distrito de Salud Regional Norte, 2019)

C3.21. A veces, los cuidadores familiares no comprenden realmente el papel o la función de los cuidadores del PMC. En ocasiones, se quejan de que los profesionales de apoyo a los cuidados familiares no están realizando tareas domésticas generales; cosas como 'El fregadero estaba lleno de platos sucios y no los tocaron' o 'Tuve que preparar mi propia comida'. (Enfermera, Distrito de Salud Regional Centro-Sur, 2019)

Siendo gestionado conjuntamente por profesionales de la salud y del trabajo social, el PMC está bien posicionado para abordar estas situaciones familiares desafiantes. Las respuestas incluyen reuniones de apoyo con las familias que a veces pueden reducir los problemas familiares (C3.22).

C3.22. La presencia de profesionales de apoyo a los cuidados familiares en el hogar puede ser de gran ayuda para las familias. Puede neutralizar conflictos familiares. El conocimiento que los profesionales de apoyo a los cuidados familiares tienen sobre la familia nos ayuda a identificar otros programas de asistencia social que puedan serles

útiles. Intentamos llevar a cabo dos reuniones anuales con toda la familia reunida... Las familias dicen que realmente les ayuda de diferentes maneras. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Hay un conjunto considerable de evidencia que sugiere que la carga elevada de los cuidadores y la tensión familiar empeoran significativamente los resultados de los cuidados y la calidad de vida de los familiares mayores, y están fuertemente asociados al riesgo de abuso a los ancianos (Lino et al., 2019). También hay evidencia de que el estrés de los cuidadores familiares (junto con la pobreza y la falta de apoyo externo) es un factor de riesgo importante para el abuso de ancianos en entornos comunitarios (Johannesen y Lo Guidice, 2013). Aunque las evaluaciones de impacto del PMC no han abordado específicamente cuestiones de abuso a los ancianos, hay buenas razones para suponer que tiene un efecto preventivo importante. Si es así, representa un enfoque diferente al abuso de ancianos en comparación con aquellos normalmente aplicados en América Latina, que se centran en abordar el problema después de que ha ocurrido, en lugar de prevenirlo. Los desafíos éticos y metodológicos de evaluar de manera robusta el efecto potencial del PMC en el abuso a los ancianos requieren un estudio específico y personalizado.

PMC y profesionales de apoyo y cuidado familiar.

Los profesionales de apoyo a los cuidados familiares representan una nueva categoría de profesionales de la salud y asistencia social. Por lo general, son reclutados en comunidades desfavorecidas y la mayoría, aunque no todos, son mujeres. Otra cuestión crítica es si esta nueva profesión sería una extensión del trabajo de cuidados mal remunerado, principalmente femenino, que prevalece en América Latina y el Caribe, o si capacita a los profesionales de apoyo a los cuidados familiares. El reclutamiento, la formación, la inserción y la supervisión de los profesionales de apoyo a los cuidados familiares son responsabilidad de una organización de la sociedad civil, que mantiene contrato con la Secretaría de Asistencia Social.

La organización de la sociedad civil publicita oportunidades de formación y los candidatos son entrevistados. Deben haber completado la educación secundaria y demostrar un nivel básico de comprensión sobre cómo cuidar a personas mayores. La organización de la sociedad civil recluta a personas que viven en barrios no distantes de donde opera el PMC. La entrevista de selección incluye un énfasis especial en la sensibilidad y disposición de los candidatos para trabajar con familias desafiantes en circunstancias difíciles.

Los candidatos seleccionados reciben formación con dos elementos. El primero de ellos es un curso de prestación de cuidados generales, con una duración de 100 horas, que incluye formación sobre problemas de salud comunes que afectan a los ancianos, así como habilidades de prestación de cuidados y apoyo a los cuidadores familiares. Si los candidatos pueden demostrar que ya han recibido formación similar en otra organización, están exentos de este curso. Todos los candidatos, independientemente de la formación previa, deben realizar un curso de introducción de dos días para el PMC. Este curso proporciona información específica sobre el PMC y el papel que se espera de ellos. También incluye formación específica sobre cómo manejar situaciones familiares desafiantes en entornos de pobreza y privación.

Las experiencias anteriores de los profesionales de apoyo a los cuidados familiares a menudo incluyen cuidados remunerados o no remunerados y formas precarias de empleo (C3.23).

C3.23. Han pasado alrededor de 7 años desde que me convertí en cuidadora. Mi padre se enfermó y vi que necesitaba cuidados y quería ayudar. Entonces, hice un curso de capacitación y aprendí cómo hacerlo. Cuidé de él, luego cuidé de una tía y después de una cuñada. También trabajé durante 4 años en una casa de reposo. (E26, F, profesional de apoyo al cuidado familiar)

Hay algunos otros programas que ofrecen cuidados domiciliarios para adultos mayores en países como Costa Rica y Tailandia que dependen de voluntarios en lugar de proveedores de cuidados remunerados (Lloyd-Sherlock et al, 2017). Como resultado, experimentan bajos niveles de retención de trabajadores y un profesionalismo limitado. En contraste, el PMC proporciona a los profesionales de apoyo a los cuidados familiares un salario básico y plenos derechos de protección laboral. Dada la escasez general de oportunidades de trabajo digno para las mujeres en los barrios pobres, esto representa una importante oportunidad de subsistencia (C3.24).

C3.24. Agradezco la oportunidad de hablar un poco sobre mi trabajo y el programa que ha ayudado a tantas familias, incluida la mía. Llevo mi sustento a casa con este trabajo. (E29, F, Profesional de apoyo al cuidado familiar)

En el ámbito de estatus profesional, los trabajadores de apoyo a la familia que trabajan 40 horas semanales, tienen derecho a vacaciones completas y utilizan un uniforme sencillo. Su estatus profesional se extiende al desarrollo de algunas competencias de cuidado complejas y específicas (C3.25). Después de la formación inicial, los profesionales de apoyo a los cuidados familiares pueden solicitar y recibir módulos de formación específicos en áreas como estimulación cognitiva y gestión de la incontinencia,

C3.25. Los cuidadores del PMC a veces reciben entrenamiento en tareas específicas, como la administración de insulina, por parte del puesto de salud local, y el fisioterapeuta les enseñará ejercicios específicos para sus pacientes. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

C3.26. Ellos identifican nuevas necesidades y luego nos las transmiten a nosotros o a sus supervisores para que podamos abordarlas en las reuniones mensuales. Actualmente, estamos intentando involucrarlos más, creando un espacio para que participen en las reuniones del Centro de Referencia de Asistencia Social. Es diferente cuando participan en persona. (E01, F, Profesional de apoyo al cuidado familiar)

C3.27. Puedo ver que están muy motivados por su trabajo. Siempre están buscando mejorar lo que hacen y encontrar actividades interesantes, como nuevos juegos, dibujos y diversos tipos de artesanías (E02, F, Psicóloga, Equipo Ampliado de Salud de la Familia).

Los profesionales de apoyo a los cuidados familiares parecen valorar su estatus profesional y la oportunidad de desarrollar nuevas habilidades (C3.28 y C3.29).

C3.28. Aprendemos y al mismo tiempo logramos enseñar a las familias. Añade mucho a nuestra vida y también a la de ellos. (E28, F, Profesional de apoyo al cuidado familiar)

C3.29. Muchos nos dicen que antes no tenían experiencia en áreas desfavorecidas de la

ciudad. Ahora saben más sobre sus derechos y la política de asistencia social. Muchos ni siquiera sabían para qué servían los Centros de Referencia de Asistencia Social antes de empezar a trabajar con el PMC. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Además de las habilidades específicas de prestación de cuidados, los informantes clave afirmaron que los profesionales de apoyo a los cuidados familiares aprenden rápidamente a trabajar eficazmente con familias vulnerables que a menudo enfrentan problemas complejos (C3.30).

C3.30. La mayoría de nuestros profesionales de apoyo a los cuidados familiares están muy contentos. Pero a veces, cuando entran por primera vez a una casa, la familia puede tener dificultades y, por lo tanto, tienen problemas para atender a la persona mayor. A veces, la persona mayor puede resistirse inicialmente a los profesionales de apoyo a los cuidados familiares. Pero cuando estos profesionales regresan día tras día, construyen la confianza de la familia y aprenden a trabajar con ella. Cada logro con la persona mayor realmente motiva a nuestros profesionales de apoyo al cuidado familiar. (E7, F, Enfermera, Equipo Ampliado de Salud de la Familia)

Reconociendo la naturaleza desafiante de esta función, el PMC proporciona a los profesionales de apoyo a los cuidados familiares formas específicas de apoyo (C3.31).

C3.31. Tuvimos una experiencia exitosa en un grupo de trabajo local en este distrito. Una psicóloga se reunió en privado con nuestros cuidadores antes de la reunión, para ofrecerles algún apoyo. Los cuidadores también necesitan cuidados. Experimentan una realidad muy dura... Drogas, maltratos, abandono, violencia. También necesitan tener voz. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Como condición para trabajar en el PMC, los profesionales de apoyo a los cuidados familiares están obligados a firmar un código de conducta que incluye estándares de comportamiento, requisitos de confidencialidad y protocolos de acción para casos sospechosos de abuso a adultos mayores u otras formas de criminalidad observada.

Sección 4.

Los efectos del PMC en el uso de servicios de salud por parte de los adultos mayores.

La Sección 1 observa que los altos niveles de gastos en servicios de salud para adultos mayores fueron una motivación fundamental para el establecimiento del PMC en Belo Horizonte. Esta sección presenta los resultados de una evaluación de impacto multimétodo sobre los efectos del PMC en los patrones de utilización de servicios de salud por parte de los adultos mayores, incluyendo tanto consultas ambulatorias en Unidades Básicas de Salud (UBS) como hospitalizaciones.

Los efectos del PMC en la utilización de servicios ambulatorios ¹¹

Los datos sobre la utilización de servicios ambulatorios de salud provienen del SUS y abarcan atenciones realizadas por personas de 60 años o más en 76 UBS de la ciudad, de abril a junio de 2018. Utilizamos las direcciones de los pacientes para construir un indicador proxy del estatus socioeconómico, basado en datos separados, definidos para 275 microdistritos producidos por el Instituto Público de Investigación Económica Aplicada (Costa y Oliveira, 2015).

Entre abril de 2018 y junio de 2018, se realizaron 87,455 atenciones a personas de 60 años o más, involucrando a 24,554 individuos diferentes (de los cuales 366 estaban en el PMC). La gran mayoría (92%) de las personas de 60 años o más residentes en Belo Horizonte no realizaron ninguna visita a una UBS en este período.

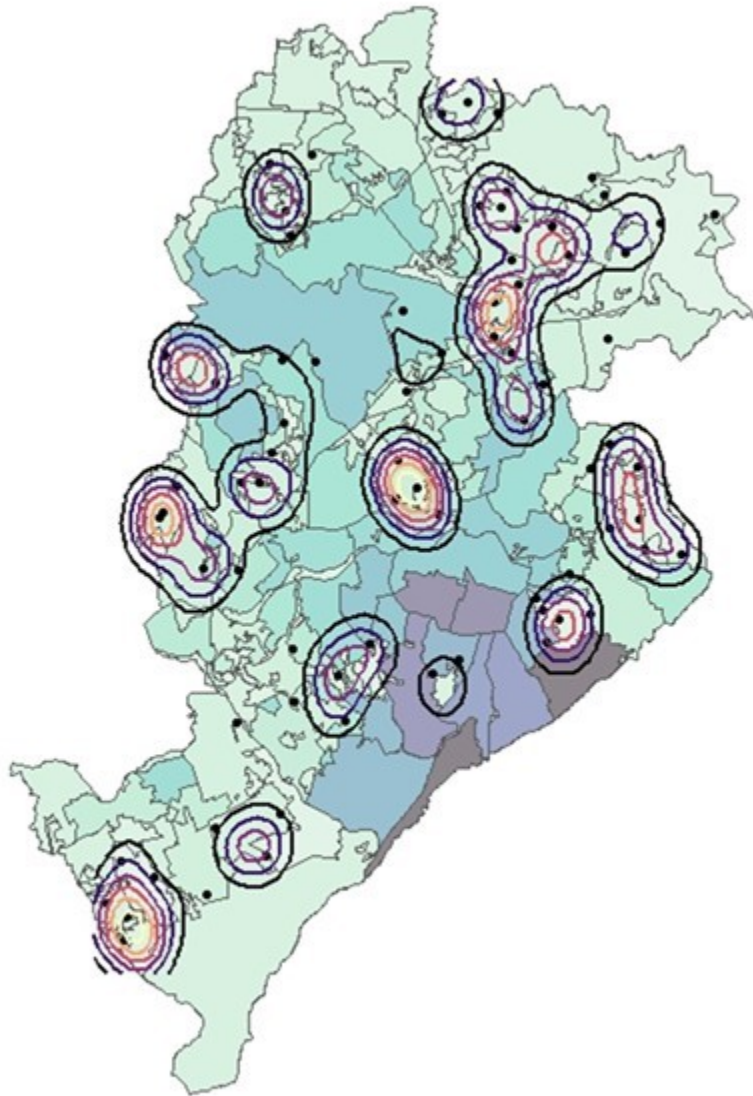
La probabilidad de visitar una UBS estuvo fuertemente asociada a la distancia entre la casa del adulto mayor y el centro de salud. La Figura 4.1 es un mapa de los barrios del municipio de Belo Horizonte. El sombreado se refiere al ingreso promedio per cápita del hogar de cada distrito, con el verde más claro indicando ingresos más bajos y los puntos negros la ubicación de las UBS. Las curvas de nivel se refieren al número de visitas a los centros de salud por personas de 60 años o más, según sus direcciones residenciales georeferenciadas. Estas líneas de contorno muestran que la utilización está fuertemente concentrada alrededor de los centros de salud: en promedio, los adultos mayores que viven más cerca hacen visitas más frecuentes. Las tasas de utilización muestran un efecto pronunciado de reducción de la distancia en distancias cortas. Esto refleja el terreno accidentado y las calles empinadas de Belo Horizonte, que crean dificultades específicas en el acceso a los servicios para personas mayores con movilidad limitada y que no disponen de transporte privado.

El equipo de evaluación desarrolló y probó dos teorías de cambio relacionadas con los patrones de utilización de servicios ambulatorios. La primera es que el PMC está asociado con una mayor frecuencia de consultas ambulatorias para rehabilitación. Un objetivo fundamental del PMC es facilitar la recuperación de los adultos mayores después de una hospitalización y reducir el riesgo de readmisión. En consecuencia, los equipos de análisis de casos ponen un fuerte énfasis en el acceso a la rehabilitación. La segunda teoría del cambio es que el PMC está asociado con una mayor frecuencia de consultas ambulatorias planificadas versus no planificadas. Los

¹¹ Para obtener una descripción más detallada de este diseño de investigación, métodos y resultados, consulta a Lloyd-Sherlock, Giacomini y Sempé (2022)

profesionales de apoyo a los cuidados familiares reciben alguna formación básica para reconocer señales de alerta de posibles problemas de salud agudos y están obligados a notificarlos inmediatamente a los centros de salud. Figura 4.1. Patrones espaciales de utilización de los centros de salud y nivel de ingresos de personas mayores de 60 años, abril a junio de 2018, Belo Horizonte.

Segregación de ingresos y utilización de Unidades Básicas de Salud por adultos mayores de 60 años de abril a junio de 2018 en Belo Horizonte.



Número de visitas domiciliarias a la unidad de salud.



Fuente: IPEA/IVS e Prefeitura de Belo Horizonte

Comparamos los datos de utilización de servicios de salud ambulatorios con la adhesión al PMC y creamos un grupo de comparación correspondiente a adultos mayores no pertenecientes al PMC con características similares. Esto tuvo en cuenta el género individual, la edad, el mes de visita al servicio de salud, la ubicación del hogar y la distancia al centro de salud. Los datos socioeconómicos no estaban disponibles para cada individuo mayor, pero fue posible hacer una estimación basada en la vinculación de la dirección de cada anciano a los datos a nivel de microdistrito sobre el índice de vulnerabilidad social (razón de dependencia económica del hogar, esperanza de vida en años e ingreso familiar per cápita). Nuestras comparaciones encontraron una tasa de incidencia más alta para visitas planeadas en comparación con no planeadas para personas mayores en el PMC en comparación con los controles no pertenecientes al PMC, y una mayor incidencia de visitas para rehabilitación. Este efecto fue consistente en diferentes técnicas de emparejamiento y modelos analíticos. Por ejemplo, los modelos de Poisson utilizando Coarsened y Matching muestran una tasa de incidencia más alta para visitas planeadas en comparación con no planeadas (1,3; intervalo de confianza del 95% 1,1 – 1,4) para usuarios en el PMC y una mayor incidencia de visitas para rehabilitación (3,4; intervalo de confianza del 95% 1,7 - 6,8).

Los datos cualitativos respaldaron ambas teorías de cambio. Proporcionan relatos detallados de cómo los profesionales de apoyo a los cuidados familiares ayudan a los adultos mayores a gestionar condiciones de salud crónicas que, de otra manera, podrían llevar a consultas de salud de emergencia [C4.1]. Ayudar a administrar la medicación fue especialmente importante, ya que muchos adultos mayores y cuidadores familiares tenían una alfabetización limitada [C4.2]. Las entrevistas también muestran un fuerte énfasis en la rehabilitación después de las hospitalizaciones [C4.3].

C4.1. "La profesional de apoyo al cuidado familiar prepara el suministro de oxígeno y se queda con él conversando sobre esto y aquello... Siempre está atenta en caso de que haya algo diferente en él. Ella nota pequeñas cosas y luego me dice: 'Mira, debe estar pasando algo con él. Voy a hablar con las personas del centro de salud.'" (E47, F, Cuidadora Familiar)

C4.2. "Trabajamos con muchas familias altamente carentes, donde nadie sabe leer, escribir o administrar medicamentos adecuadamente." (E12, F, Psicóloga, CRAS)

C4.3. "Descubrimos que los adultos mayores recuperan un poco de fuerza cuando no siempre están confinados a la cama o a la silla de ruedas, gracias a la fisioterapia que realizan con el cuidador. Y a medida que ganan más movilidad, ya no tienen heridas... Todas estas son pequeñas cosas, pero cuando se suman, tienen un gran efecto en las necesidades de atención médica de los ancianos." (E15, F, Asistente Social, CRAS)

[Los efectos del PMC en el uso de servicios de hospitalización.](#)

El equipo de evaluación exploró asociaciones entre el PMC y el tiempo promedio de hospitalización y el costo promedio de la hospitalización. Estos resultados se derivaron de una teoría de cambio que sugiere que el PMC facilita el alta hospitalaria, aumentando la confianza en

el apoyo comunitario para los pacientes mayores, lo que reduce el tiempo de hospitalización y el costo total de las hospitalizaciones¹².

El análisis se basa en datos de hospitalizaciones del Ministerio de Salud correspondientes al período de abril de 2011 a diciembre de 2020 (DATASUS, 2020). A través de un identificador común, encontramos 588 hospitalizaciones de miembros del PMC en ese período. Utilizando propensión y correspondencia de peso inverso, creamos unidades de comparación combinadas. Utilizamos variables contextuales (sexo, edad, raza, complejidad del tratamiento y motivo de la hospitalización) para comparar las características sociodemográficas y clínicas de los ancianos que participaban en el PMC con aquellos que no lo hacían. Utilizamos modelos de regresión multivariada para calcular el efecto de pertenecer al PMC en el tiempo de hospitalización y el costo total de la hospitalización.

Encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre pertenecer al PMC y el tiempo de hospitalización y el costo total de la hospitalización. En todas las especificaciones del modelo, pertenecer al PMC reduce la duración promedio de la hospitalización en 0,22 días (IC del 95%: -0,08 a 0,35) (Tabla 4.1) y reduce el costo promedio de cada hospitalización en 375 reales (valor actual) (IC del 95%: -337 a -415), lo que equivale aproximadamente a 528 reales (unos 100 dólares estadounidenses) por admisión (Tabla 4.2).

Tabla 4.1. Resultados de regresión por tiempo medio de hospitalización.

| Parámetro | Coefficiente | SE | IC 95% | T | p |
|---------------------------------------|---------------------|-----------|-----------------|----------|----------|
| <i>Intercept</i> | -0,9 | 0,22 | [-1,34 - -0,47] | -4,05 | <0,001 |
| PMC [Si] | -0,22 | 0,07 | [-0,35 - -0,08] | -3,06 | 0,002 |
| Sexo [masculino] | 0,41 | 0,05 | [0,31 - 0,50] | 8,4 | <0,001 |
| Edad | -3.89e-03 | 2.78E-03 | [-0,01 - 0,00] | -1,4 | 0,162 |
| Etnia [Branca] | 0,92 | 0,11 | [0,71 - 1,12] | 8,65 | <0,001 |
| Etnia [Morena] | 1,28 | 0,09 | [1,11 - 1,45] | 14,86 | <0,001 |
| Etnia [Negra] | 2,53 | 0,13 | [2,27 - 2,80] | 6,85 | <0,001 |
| Complejidad del caso [Média] | 2,69 | 0,08 | [2,52 - 2,85] | 32,1 | <0,001 |
| Admisión a servicio de urgencias [Si] | 7,46 | 0,07 | [7,32 - 7,60] | 102,39 | <0,001 |

Fuente: Autores.

La análisis de la evaluación cualitativa arroja más información sobre esta teoría de cambio. Revela que, aunque no había una conexión formal entre el PMC y los hospitales, cuando un adulto mayor era ingresado, los profesionales de apoyo al cuidado familiar a veces

¹² Para obtener una descripción más detallada de este diseño cuantitativo, consulta Sempé y Lloyd-Sherlock (2022).

desempeñaban este papel de manera más informal [C4.4 y C4.5]. Informantes clave, incluyendo personal del hospital, afirmaron que el PMC aumentó su confianza en el alta segura de pacientes mayores de vuelta a la comunidad, reduciendo potencialmente hospitalizaciones innecesariamente prolongadas [C4.6]. Los datos cualitativos indican que el potencial del PMC para facilitar el alta hospitalaria y, por lo tanto, reducir estadías innecesariamente largas, sería aún mayor si se implementaran protocolos de enlace más formales.

C4.4. "Si el adulto mayor va al hospital y su familia no puede visitarlo, los profesionales de apoyo al cuidado familiar pueden ir a verlo al hospital durante su horario habitual de trabajo." (E40, M, Trabajador Social, CRAS)

C4.5. "Si una persona mayor se pone muy enferma y no hay nadie en casa, los profesionales de apoyo al cuidado familiar la acompañarán en la ambulancia. Intentarán quedarse en el hospital hasta que alguien de la familia pueda hacerse cargo. Pero... los hospitales suelen estar muy lejos y logísticamente es muy difícil." (E40, M, Trabajador Social, CRAS)

C4.6. "Y a veces el hospital nos llama aquí, para ver si podemos ayudar en eso. Para que los pacientes mayores puedan recibir el alta. De lo contrario, estarían mucho tiempo hospitalizados, lo que llamamos 'integración social'." (E41, F, Trabajador Social, Equipo Ampliado de Salud Familiar)

Tabla 4.2. Resultados de regresión por costo promedio de la hospitalización.

| Parámetro | Coefficiente | SE | IC 95% | T | p |
|--|--------------|--------|-----------------------|--------|--------|
| <i>Intercepción</i> | 5661.42 | 92.04 | [5481,02 - 5841,83] | 61,51 | <0,001 |
| PMC [Si] | -375,77 | 19,8 | [-414,57 - -336,97] | -18,98 | <0,001 |
| Sexo [masculino] | 201.01 | 17,86 | [166,01 - 236,01] | 11.26 | <0,001 |
| Edad | -12.06 | 0,96 | [-13,95 - -10,17] | -12,51 | <0,001 |
| Etnia [Branca] | -46,53 | 38,84 | [-122,66 - 29,59] | -1,2 | 0,231 |
| Etnia [Morena] | -16,46 | -33.07 | [-48,35 - 81,28] | -0,5 | 0,619 |
| Etnia [Negra] | -66,6 | 48.13 | [-160,93 - 27,73] | -1,38 | 0,166 |
| Complejidad del caso [Média] | -3874,38 | 49,66 | [-3971,71 - -3777,04] | -78,02 | <0,001 |
| Admisión en servicios de urgencia [Si] | 1056,41 | 29.17 | [999,24 - 1113,58] | 36,22 | <0,001 |

Fuente: Autores

Principales conclusiones de la evaluación de impacto en la utilización de los servicios de salud

- ✓ La evaluación de impacto proporciona evidencia cuantitativa y cualitativa de que el PMC tiene efectos significativos en la utilización de los servicios de salud.
- ✓ La mayoría de los adultos mayores de Belo Horizonte no realizan visitas regulares a los centros de salud de las UBS. El análisis espacial revela que el uso está altamente concentrado entre los adultos mayores que viven muy cerca de las UBS. Para muchos otros adultos mayores, el acceso físico a estos servicios es muy limitado. De esta manera, el PMC proporciona un enlace esencial a los servicios de salud locales para adultos mayores dependientes de cuidados.
- ✓ El PMC está asociado con una menor proporción de consultas ambulatorias que fueron consultas de emergencia no planificadas. Es probable que esto mejore la eficiencia técnica y la asignación de recursos de los servicios de salud. Un análisis oficial en el Reino Unido concluyó que el aumento en la utilización de servicios de atención ambulatoria de urgencia y emergencia está llevando a costos crecientes y una mayor presión sobre los recursos (Keogh, 2013).
- ✓ El PMC está asociado con un mayor porcentaje de consultas ambulatorias con fines de rehabilitación. Esto está en línea con el protocolo del sistema de salud nacional de Brasil, que establece que los proveedores de atención primaria de salud deben tener la responsabilidad principal de identificar y gestionar las necesidades de rehabilitación de los adultos (Macinko et al., 2018). Estudios realizados en otros países demuestran ahorros sustanciales de costos derivados de la rehabilitación ambulatoria (Binder et al., 2004).
- ✓ El PMC está asociado con un tiempo medio de hospitalización más corto y costos promedio más bajos por hospitalización, debido a la facilitación del alta del paciente. Este efecto podría ser reforzado por una conexión más formal entre el PMC y los hospitales.

No hay evaluaciones de impacto publicadas de programas comparables al PMC en otros países de ingresos bajos y medianos. El PMC comparte algunos elementos con intervenciones en países de ingresos altos, incluyendo cuidados de salud primarios a domicilio e internación domiciliaria (Langhorn, Baylan, 2017; Màs et al., 2017). Al igual que el PMC, estas intervenciones a menudo combinan la evaluación geriátrica con la gestión de casos basada en planes de atención personalizados y monitoreo periódico (Stoop et al., 2019). Sin embargo, la forma específica que adopta el PMC y el contexto en el que opera son distintos. El PMC no depende principalmente de equipos de profesionales clínicos y no clínicos. Los profesionales de apoyo a la atención familiar tienen solo un conjunto limitado de habilidades, pero su bajo costo permite una alta proporción de cuidadores en relación con los adultos mayores, lo que les permite pasar hasta 20 horas por semana con familias individuales. Esto difiere de los programas en países de ingresos altos, que normalmente implican visitas más cortas y menos frecuentes, en lugar de períodos largos de apoyo (Sempé, Billings, Lloyd-Sherlock, 2019). Al mismo tiempo, el PMC

opera en entornos muy distintos a los de ingresos más altos. El programa funciona en barrios marcados por la pobreza y vulnerabilidad, donde los adultos mayores viven en viviendas poco adaptadas a sus necesidades y cuyas familias no tienen la capacidad de pagar cuidadores privados (Castro, 2022). Cualquier efecto sobre la utilización de los servicios de salud debe interpretarse teniendo en cuenta la relativa escasez de servicios de salud en Brasil, donde el gasto per cápita en salud es inferior al 10% de los Estados Unidos.

Teniendo estas diferencias en cuenta, estudios de intervenciones ampliamente comparables en países de ingresos altos informan tasas variables de efectos positivos en admisiones no planificadas, readmisiones hospitalarias y uso inadecuado de medicamentos. Sin embargo, no hay evidencia publicada sobre los efectos en los patrones de utilización de servicios ambulatorios, incluido el motivo de la consulta o las tasas de consultas no planificadas. Esto refleja una falta general de atención a este tema en la literatura académica.

Sección 5.

[Análisis de costos del Programa Maior Cuidado.](#)

Esta sección proporciona datos sobre los costos operativos del PMC en abril de 2023, así como los costos per cápita para cada adulto mayor incluida en el PMC. Las estimaciones de costos para diferentes elementos del PMC se derivaron de una combinación pragmática de métodos de costeo de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (Cunnamá et al, 2016). Se disponen de datos descendentes relacionados con la organización de la sociedad civil responsable de los profesionales de apoyo a los cuidados familiares. Otros costos (como el tiempo del personal de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Asistencia Social asignado al PMC) se estiman utilizando datos ascendentes para diferenciar estos costos específicos de otras actividades en las que están involucrados estos empleados.

Esta sección no proporciona un análisis monetario sistemático de los beneficios observados del PMC, ya que (como se ha visto en las secciones anteriores) no se dispone de datos completos para todos los posibles efectos beneficiosos. Sin embargo, es posible comparar los costos del PMC con otras intervenciones y presentar algunas evidencias limitadas del valor generado por el PMC.

[Costos de capital.](#)

No hay costos de capital para el PMC, ya que no requiere nuevos edificios ni nuevos equipos sustanciales; el PMC utiliza la infraestructura de salud y asistencia social ya existente. Lo mismo no se aplica a otras intervenciones, como instalaciones de atención a largo plazo o centros de día. La falta de un desembolso inicial sustancial de gastos de capital reduce la barrera de entrada financiera para que los gobiernos locales establezcan programas como el PMC. La ausencia de costos de capital elimina la necesidad de cálculos de descuento en este análisis de costos, ya que los efectos de depreciación no se aplican.

[Costos de la organización de la sociedad civil.](#)

La organización de la sociedad civil es contratada por el municipio de Belo Horizonte para reclutar, capacitar, pagar (incluidos los costos de viaje, equipos y plenos derechos laborales) y administrar a los trabajadores de apoyo a la familia, así como a un supervisor a tiempo completo por cada 24 profesionales de apoyo a la familia.

La transferencia mensual total a la organización de la sociedad civil fue de 590,000 reales en abril de 2023¹³, cuando el PMC atendía a 675 adultos mayores, lo que equivale a un costo por persona mayor de 874 reales (165 dólares estadounidenses a las tasas de cambio de abril de 2023) por mes.

[Costos adicionales para la Secretaría de Salud y la Secretaría de Asistencia Social.](#)

En ninguna de las secretarías hay personal exclusivamente dedicado al PMC; esta actividad

¹³ Cotización del dólar estadounidense en abril de 2023: 1 USD = 5,2981 reales.

forma parte de un conjunto mucho más amplio de responsabilidades y actividades. Por lo tanto, es necesario estimar la cantidad de tiempo del personal dedicado específicamente al PMC como una parte atribuible de un costo conjunto. Estas estimaciones de tiempo se derivaron de discusiones informales con el personal. En general, el personal tuvo dificultades para asignar un valor específico a sus contribuciones de tiempo al PMC, ya que estas podrían variar con el tiempo y normalmente representaban solo una parte relativamente pequeña de su carga de trabajo. Una respuesta típica del personal de los centros de salud y de los centros comunitarios de asistencia social fue que el PMC a menudo les ahorra tiempo a largo plazo al evitar problemas más graves. Sin embargo, fue posible distinguir insumos de tiempo específicos, como los relacionados con la preparación y participación en las reuniones mensuales de revisión de casos y la selección de nuevas familias del PMC.

Las estimaciones derivadas de los centros comunitarios de asistencia social y de los gestores de los centros de salud indicaron que la asignación específica de tiempo en cada caso era de aproximadamente una persona por día por mes. Esta función generalmente la desempeñaba una enfermera, otro profesional del equipo de salud de la familia de nivel medio o un trabajador social. En cada caso, el salario promedio del personal era de aproximadamente 6.000 reales al mes (300 reales por día en un mes de 20 días). El número total de centros comunitarios de asistencia social participantes en el PMC fue de 34 y, por lo tanto, el costo total de todos los trabajadores sociales de los centros comunitarios de asistencia social fue de 10.200 reales (300 x 34).

Los territorios geográficos servidos por los centros de salud no coinciden perfectamente con los cubiertos por los centros comunitarios de asistencia social. En consecuencia, algunos centros comunitarios de asistencia social trabajan con más de un centro de salud, cuyos representantes participan en la misma reunión mensual de evaluación de casos. Como tal, nuestras estimaciones de costos para el personal de los centros de salud se derivan de una proporción de 1,5 empleados del centro de salud por personal del CRAS, totalizando 15.300 reales (300 x 51).

Un total de 675 adultos mayores fueron incluidos en el PMC; por lo tanto, el costo mensual per cápita de este tiempo de equipo fue de 37,5 reales (costo de 10.200 reales de trabajador social, más costo de 15.300 reales de enfermería, dividido por 675 beneficiarios).

Los gerentes administrativos centrales de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Asistencia Social estiman que la asignación específica de tiempo en cada caso fue de aproximadamente cuatro personas-día por mes. Esta función generalmente la desempeñaba personal técnico de nivel medio. En cada caso, el salario promedio del personal era de aproximadamente 8.000 reales al mes (400 por día en un mes de 20 días). Por lo tanto, el valor de los cuatro días del mes destinados cada uno al PMC es de 1.600 reales. Por lo tanto, el costo mensual per cápita de este tiempo de personal fue de 4,7 reales (costo de 800 reales de la Secretaría de Salud, más de 800 reales de la Secretaría de Asistencia Social, dividido por 675 beneficiarios).

[El costo mensual total estimado del PMC por adulto mayor.](#)

En la Tabla 5.1 se presenta la estimación del costo mensual total del PMC por persona mayor.

Tabla 5.1 - La estimación del costo total mensual del PMC por adulto mayor

| Costo mensual per capita por adulto mayor | R\$ |
|--|---------------------------|
| Organización de la Sociedad Civil | 874 |
| Personal del Centro de Salud y Centro de Referencia de Asistencia Social | 37,5 |
| Gerentes Administrativos de las Secretarías de Salud y Asistencia Social | 4,7 reais |
| Total | 916,2 (US\$ 173) * |

*Según la tasa de cambio de abril de 2023 (1 U\$=5,2981 reales)

Valor adicional por el PMC.

Los principales beneficios del PMC probablemente sean la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y de los cuidadores familiares. Aunque la Sección 3 proporciona evidencia cualitativa de que estos efectos son sustanciales, no hay datos cuantitativos sistemáticos disponibles sobre ellos (como las puntuaciones Zarit de los cuidadores familiares). Por lo tanto, no es posible asignar un valor monetario a estos efectos, a pesar de su probable importancia.

Otro beneficio potencial del PMC es la reducción de la necesidad de otros tipos de gastos públicos o privados para satisfacer las necesidades de cuidado de estas personas mayores de manera similar. La comparación más directa es con la tarifa de mercado para un cuidador remunerado con un nivel similar de formación y experiencia. En Belo Horizonte, en mayo de 2023, esto era aproximadamente R\$ 318 (US\$ 60) por 15 horas de atención por semana (un valor típico ofrecido por el PMC), equivalente a aproximadamente el 95% del Beneficio de Prestação básico Pensão continuada R\$352 (US\$66,5 por semana). Indiscutiblemente, el beneficio derivado de un cuidador privado remunerado sería mayor que el de un profesional de apoyo a los cuidados familiares del PMC, ya que los primeros no están integrados en un conjunto más amplio de servicios de salud y asistencia social, como las revisiones mensuales de casos del grupo de trabajo conjunto.

El costo de operación del PMC también se puede comparar con el costo de operación de instalaciones de cuidado a largo plazo. Aunque las instalaciones de cuidado a largo plazo representan un tipo diferente de servicio, su objetivo teórico es el mismo: satisfacer las necesidades de los adultos mayores dependientes de cuidado. Sin el PMC, es probable que la demanda de servicios de ILPI fuera mayor. En mayo de 2023, el municipio de Belo Horizonte otorgó subsidios a 28 unidades privadas de cuidados a largo plazo. El pago mensual per capita era de 2,300 reales. Estas ILPI también están autorizadas a retener el 70% del Beneficio de pensión continua de cada residente, equivalente a 924 reales. De esta manera, el costo combinado por adulto mayor por mes es de 3,224 reales. Debido a la falta de capacidad, más de 300 ancianos estaban en listas de espera por un lugar en instalaciones de cuidado a largo plazo subsidiadas en 2022 (Lambert y Fuscaldi, 2022). Las ILPI privadas sin subsidios estatales tienden a ser más caras: los costos mensuales son muy variables, pero generalmente superan los 5,000 reales.

La Sección 4 muestra que el PMC tiene un efecto indirecto significativo en los gastos públicos en servicios hospitalarios de internación, reduciendo el tiempo promedio de internación y los costos promedio por admisión. El PMC también mejora los patrones de utilización de los servicios de los centros de salud por parte de las personas mayores, tanto promoviendo consultas planificadas en lugar de consultas de emergencia como aumentando las proporciones de consultas para rehabilitación. No es posible estimar el valor monetario de estos efectos, pero es probable que sean significativos.

Finalmente, el PMC representa una oportunidad de subsistencia principalmente para las profesionales de apoyo a los cuidados familiares que son reclutadas en comunidades desfavorecidas con alternativas limitadas de trabajo digno. El número promedio de personas mayores atendidas por cada profesional de apoyo al cuidado familiar es de 3.7. Así, el salario mínimo recibido por estos PACF (3,120 reales mensuales en mayo de 2023) representa el 92.0% del costo de cada adulto mayor incluida en el PMC ($3120/3,7 = 843,2$; $843,2/916,2 = 92,0\%$). En lugar de un "costo irrecuperable", los salarios pagados a los PACF representan una forma de protección social productiva para un grupo desfavorecido.

Sección 6.

Basándonos en el Programa Maior Cuidado en Brasil y en la región en general.

El Ministerio de Salud (MS) cofinancia las evaluaciones de impacto del PMC desde 2018. Un producto de estas evaluaciones es un manual sobre cómo implementar intervenciones similares en otros municipios brasileños. Los resultados ampliamente positivos de esta evaluación llevaron al Ministerio de Salud a financiar dos intervenciones piloto en nuevos municipios: las ciudades de Salvador, en el estado de Bahía, y Contagem, en el estado de Minas Gerais. Estas intervenciones piloto se iniciaron en 2023 y tienen dos objetivos principales:

1. Evaluar la viabilidad de establecer intervenciones modeladas en el PMC en nuevos entornos. Esto incluirá la necesidad de adaptar la versión de Belo Horizonte del PMC a diferentes factores contextuales. Reconociendo los desafíos de los proyectos intersectoriales, los proyectos piloto prestarán especial atención a la viabilidad de lograr una colaboración efectiva entre las secretarías municipales de salud y asistencia social.
2. Desarrollar y ampliar la base de evidencia sobre el PMC. A diferencia de la versión de Belo Horizonte del PMC, los pilotos permitirán la aplicación de una investigación de base, que incluirá datos no recopilados sistemáticamente por la versión de Belo Horizonte del PMC, como la carga de cuidado familiar y la capacidad de cuidado. Los pilotos también incluirán controles, para respaldar una evaluación experimental y robusta de los efectos.

El equipo de evaluación y el Ministerio de Salud están apoyando y coordinando los proyectos piloto y los nuevos programas, considerándolos como una red nacional incipiente de evaluaciones tipo PMC. Esto puede contribuir a la primera Política Nacional de Cuidados de Brasil, que actualmente está en desarrollo.

Fuera de Brasil, el PMC se ha presentado como el único ejemplo de buenas prácticas para la atención integrada a largo plazo en el sur global (OMS, 2021). También se ha destacado en publicaciones de ONU Mujeres, la Asociación Internacional de Seguridad Social y la Asociación Americana de Personas Jubiladas (ONU Mujeres, 2017; Lloyd-Sherlock et al., 2022; Lloyd-Sherlock et al., 2021). Este interés refleja el margen potencial para desarrollar intervenciones similares en otros países que enfrentan desafíos similares.

Sección 7.

Principales lecciones y áreas para futuras investigaciones.

Este informe proporciona una visión general de una nueva intervención comunitaria para adultos mayores que viven en barrios desfavorecidos en la ciudad brasileña de Belo Horizonte. El PMC comenzó sus actividades en 2011 y hasta diciembre de 2022, 3,062 familias habían recibido apoyo o continúan recibiéndolo.

El informe describe el diseño del PMC y cómo funciona en la práctica. El PMC tiene elementos importantes que lo distinguen de otras intervenciones para adultos mayores, como el grado de cooperación entre las agencias gubernamentales locales de salud y asistencia social, así como las funciones y competencias específicas de los profesionales de apoyo a la familia. A pesar de algunas deficiencias, el PMC demuestra funcionar eficazmente y parece ser altamente valorado por el personal de salud y asistencia social, así como por los adultos mayores y sus familias. A lo largo del tiempo, se han realizado algunas reformas en los protocolos operativos y los sistemas de información del PMC para mejorar la supervisión y la colaboración intersectorial. En 2019, el PMC se implementó en todos los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) de Belo Horizonte.

El informe se basa en datos cualitativos y cuantitativos para evaluar diferentes impactos potenciales del PMC. Esto incluye evidencia cualitativa de que los profesionales de apoyo a la familia (PACFs), junto con el personal local de salud y asistencia social, ayudan a algunos adultos mayores y cuidadores a gestionar condiciones de salud crónicas y a reducir los riesgos de episodios agudos de salud. Los PACFs también fueron un recurso social importante para los adultos mayores, abordando problemas como la soledad, el abandono y la baja autoestima. El informe también presenta evidencia cualitativa sobre los beneficios que el PMC brinda a los cuidadores familiares, con los PACF compartiendo responsabilidades de cuidado, brindando descanso del trabajo continuo de cuidado y promoviendo buenas prácticas de cuidado. El PMC también ofrece formas más generales de apoyo social a familias vulnerables, para reducir conflictos y promover cuidados más cooperativos.

Una combinación de evidencia cualitativa y cuantitativa demuestra que el PMC ha tenido efectos importantes en los patrones de utilización de los servicios de salud. Los adultos mayores eran menos propensos a visitar los centros de salud de manera no planificada en situaciones de emergencia. Era más probable que lo hicieran en consultas relacionadas con la rehabilitación. En comparación con adultos mayores similares hospitalizados por las mismas razones, los del PMC tuvieron estancias hospitalarias más cortas, a un costo menor. Estos efectos muestran que la atención médica y los servicios sociales para los adultos mayores están estrechamente vinculados, por lo que la disponibilidad de cuidados sociales efectivos influye sustancialmente en la utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios. En el caso del PMC, estos efectos podrían reforzarse de diversas formas, como mediante una conexión más directa con los hospitales.

El informe presenta un análisis de costos para el PMC, estimando que el costo mensual por cada adulto mayor en mayo de 2023 fue de R\$916 (173 dólares). Esto es inferior al costo de mercado para un nivel similar de apoyo de un cuidador privado: R\$1271 (240 dólares). También es inferior

al costo mensual per cápita de las instalaciones de atención a largo plazo financiadas por el Estado, R\$3470 (655 dólares a tasas actuales). Notablemente, el 92.0% de los costos del PMC se destinaron a proporcionar un salario básico a los profesionales de apoyo a la familia, una proporción significativa de los cuales eran mujeres de barrios desfavorecidos. Una de las principales razones del bajo costo operativo del PMC es su dependencia de la asistencia social comunitaria existente e infraestructuras y servicios de atención primaria de salud.

Con el apoyo del Ministerio de Salud, se están desarrollando esquemas modelados según el PMC en dos nuevas ciudades brasileñas. El PMC también ha recibido atención internacional como una intervención que puede ofrecer lecciones útiles para otros países. Este alto nivel de interés nacional e internacional en el PMC se debe, en parte, a los elementos inusuales del programa. Sin embargo, también refleja la cantidad y calidad de las evidencias de impacto, que normalmente no están disponibles para intervenciones similares. Por ejemplo, el Programa de São Paulo, Programa Acompañante de Adultos Mayores (PAI), comparte algunas características con el PMC, pero es gestionado exclusivamente por agencias de salud, ofrece a las familias menos horas de apoyo semanal y destaca equipos de salud especializados. Aunque hay información descriptiva disponible sobre el PAI, no hay evaluaciones publicadas de los efectos del PAI en los adultos mayores y sus cuidadores o sobre la utilización de los servicios. De manera similar, hay informes descriptivos detallados y evaluaciones de procesos sobre el funcionamiento del sistema chileno Chile Cuida y del Sistema Nacional de Cuidados Integrados de Uruguay, pero estos no incluyen evidencia de impactos o efectos (Rosales, Monreal y Villalobos, 2020; AARP, 2020). En China, se han probado una serie de intervenciones relacionadas a nivel del gobierno local, pero no han sido evaluadas (Hu y Glavin, 2023). Excepcionalmente, una intervención comunitaria similar en Tailandia fue evaluada de manera sólida y encontró efectos significativos en la carga de los cuidadores, así como en la limitación del deterioro funcional y la depresión en los adultos mayores (Aung et al., 2022). Sin embargo, esta evaluación tailandesa no incluye efectos potenciales en la utilización de los servicios de salud. La recopilación de evidencia de impacto sobre intervenciones complejas es un desafío, pero es necesaria para despertar el interés de los tomadores de decisiones.

Una cuestión fundamental es si intervenciones como el PMC deben ser operadas conjuntamente por diferentes departamentos gubernamentales o solo por uno (ya sea de salud o de asistencia social). Aunque existen beneficios potenciales de la colaboración entre departamentos gubernamentales, lograrlos en la práctica a menudo es un desafío. El PMC fue afectado inicialmente por problemas con sistemas de información compartidos, comunicación interdepartamental y delineaciones claras de funciones y competencias. Estos problemas se abordaron mediante reformas implementadas después de 2019, incluyendo un acuerdo interdepartamental formal. Como resultado, la experiencia del PMC muestra que la colaboración intersectorial puede funcionar. La combinación de habilidades y recursos de profesionales locales de salud y asistencia social permitió al PMC abordar un conjunto más amplio de problemas que solo el estado funcional y clínico de las personas mayores. Los datos cualitativos presentados en este informe demuestran el valor agregado de abordar otras formas de vulnerabilidad que afectan a los adultos mayores, así como a sus cuidadores y familias. Las evidencias disponibles sobre el PMC proporcionan información útil para los tomadores de decisiones en América Latina y el Caribe, pero estas evidencias siguen siendo incompletas. Es necesario desarrollar la base

de conocimientos disponible de varias maneras. En primer lugar, las evidencias actuales se limitan a la operación y los efectos del PMC en Belo Horizonte. Es necesario ampliar este conocimiento a otros lugares para evaluar en qué medida el PMC es replicable y si tiene impactos similares en diferentes entornos locales. Esto también debe considerar las condiciones políticas locales que permiten o dificultan esta forma de colaboración intersectorial. Los proyectos piloto en curso en Minas Gerais y Bahía abordarán estas lagunas de conocimiento. En segundo lugar, se necesitan más datos cuantitativos sobre cómo el PMC afecta el bienestar de los adultos mayores y sus cuidadores, así como sobre los patrones de utilización de los servicios de salud. Esto requerirá estudios más complejos y rigurosos, como ensayos clínicos aleatorios.

Referencias bibliográficas

- AARP. 2020. "Formalizing integrated care systems for older adults: Uruguay's National Integrated Care System". *AARP International*. <https://www.aarpinternational.org/initiatives/aging-readiness-competitiveness-arc/uruguay-case-study>.
- Amri, M., Chatur, A. and O'Campo, P. 2022. "Intersectoral and multisectoral approaches to health policy: an umbrella review protocol." *Health Res Policy Sys* 20:21. <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-022-00826-1>
- Andrade SC, Marcucci RM, Faria LF, Paschoal SM, Rebusini F, Melo RC. 2020. "Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo". *Einstein* (São Paulo). http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5263.
- Aranco, Natalia et al. 2022. "Aging in Latin America and the Caribbean: social protection and quality of life of older persons". *Inter-American Development Bank (IADB)*. <https://publications.iadb.org/en/aging-latin-america-and-caribbean-social-protection-and-quality-life-older-persons>.
- Aung MN et al. 2022. "Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: a cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004". *Health Research Policy and Systems*, 20(110). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-022-00911-5>.
- Barrientos A and Lloyd-Sherlock P. 2011. "Pensions, poverty and wellbeing. The impact of pensions in South Africa and Brazil, a comparative study." *HelpAge International Briefing*. <https://www.helpage.org/silo/files/pensions-poverty-and-wellbeing-the-impact-of-pensions-in-south-africa-and-brazil.pdf>.
- Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. 2016. "Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly". *Rev Latino-Am Enfermagem*, 24:e2835. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>.
- Binder EF, Brown M, Sinacore DR, Steger-May K, Yarashesky KE, Schechtman KB. 2004. "Effects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: A randomized controlled trial". *J Am Med Assoc.*, 292(7):837–46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15315998/>.
- Borges M. 2012. "A pessoa idosa no sistema único de assistência social". In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martini, 2012. p. 99-124
- Cafagna G, [Aranco N](#), [Ibarrarán P](#), [Oliveri ML](#), [Medellín N](#), [Stampini M](#). 2019. "Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe". *Banco Interamericano de Desarrollo Mejorando vidas*. <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>.
- Camarano A. 2017. "Cuidados Para a População Idosa: Demandas e Perspectivas." *World Bank*, Washington, DC. <http://www.alapop.org/Congreso2018/PDF/00212.pdf>

- Campbell BCV et al. 2019. "Ischaemic stroke". *Nature Reviews Disease Primers*, 5(70). <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0118-8>
- Castro, C. P. F. D. (2022). *Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento* (Doctoral dissertation, s. n.). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53638>
- Costa MA, Oliveira Marguti B, editors. 2015. "Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras". Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA). Brasília. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5257>.
- Cunnam L et al. 2016. "Using Top-down and Bottom-up Costing Approaches in LMICs: The Case for Using Both to Assess the Incremental Costs of New Technologies at Scale." *Health Econ*, 25 Suppl 1(Suppl Suppl 1):53-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26763594/>.
- DATASUS. 2022. Ministério da Saúde. <https://datasus.saude.gov.br/>.
- de Carvalho A, Abdalla C, Domingues M and Giacomini K. 2022. "Atuação da Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos". *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 19(Supl.2). <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/14091>.
- de Souza DK and Peixoto SV. 2017. "Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013*". *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26 (2):285–94. <https://www.scielo.br/j/ress/a/xp7pnjDQyBFvRVRDBDVNY7B/abstract/?lang=pt>.
- Dias, RD and Barros JV. 2019. "Burden of hospitalisation among older people in the Brazilian public health system: a big data analysis from 2009 to 2015". *Journal Epidemiology & Community Health*, 73(6):537–43. <https://jech.bmj.com/content/73/6/537>.
- División de Evaluación (DINEM). 2020. "Informe de la evaluación cualitativa del programa Asistentes Personales Documento de trabajo Nro. 65". <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Documento%20N%C2%BA%2065.%20Informe%20final%20evaluaci%C3%B3n%20cualitativa%20AP.pdf>
- Doty, P. 2023. "Cash and Counseling: Self-directed home and community long-term care". Inter-American Development Bank Improving lives". <https://publications.iadb.org/en/cash-and-counseling-self-directed-home-and-community-long-term-care>.
- Ferreira FPC, Bansi LO and Paschoal SMP. 2014. "Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais". *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 17, 911-926. <https://www.scielo.br/j/rbqg/a/MLWMwhfpRjz4dcm3tCZ3BHG/abstract/?lang=pt>
- Gaugler J, Jarrott S, Zarit S, Stephens M, Townsend A and Greene R. 2003. "Respite for Dementia Caregivers: The Effects of Adult Day Service Use on Caregiving Hours and Care Demands". *International Psychogeriatrics*, 15(1): 37-58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12834199/>.
- Giraldo-Rodríguez, L.; Rosas-Carrasco, O.; Mino-León, D. 2015. "Abuse in Mexican Older Adults

- with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors” *Journal of the American Geriatrics Society*, 6 (8):1594-600. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26289685/>.
- Gratão ACM et al. 2019. “Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers”. *Dement neuropsychol.*, 13(1):122–9. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-010015>.
- Hu L, Glavin YW. 2023. “Integrating Health and Care for Older People in China: What Has Been Accomplished? What is Next?” *Int J Integr Care*, 23(1):16. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.7598>.
- Johannesen, M, Lo Giudice, D. 2013. “Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders” *Age and Ageing*, 42 (3):292-8. <https://academic.oup.com/ageing/article/42/3/292/24179>.
- Keogh B. 2013. “High quality care for all, now and for future generations: Transforming urgent and emergency care services in England– The evidence Base from the Urgent and Emergency Care Review”. *NHS England*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/urg-emerg-care-ev-bse.pdf>.
- Lambert L and Fuscaldi S. 2022. “Panorama das ILPIs em BH. “Valor Compartilhado, 8(18): 20-35. https://cemais.org.br/fotos/2aa24476cfbf26e880826dfd354054ed_VC-Ed_18.pdf.
- Langhorne P and Baylan S. 2017. “Early supported discharge services for people with acute stroke”. *Cochrane Database Syst Rev.*, 7(7).CD000443. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703869/>.
- Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. 2017. “Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study”. *Rev Bras Enferm.*, 70(4):682-688. <https://www.scielo.br/j/reben/a/chtJwWjyZCvDth9b8Tm9VBr/?lang=en>.
- Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, and Souza ER. 2019. “Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1): 87–96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>.
- Lloyd-Sherlock P, Kalache A, Kirkwood T, McKee M and Prince M. 2019. WHO's proposal for a decade of healthy ageing. *Lancet*, 193(10215): 2152-3. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32522-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32522-X/fulltext)
- Lloyd-Sherlock P, Giacomini K, Aredes J, Billings J, Firmo J, Sempé L and Bof de Andrade F. 2019. 1º Relatório parcial: “Melhorando a efetividade e eficiência dos serviços de cuidados sociais e de saúde para idosos”. Projeto “Cuidados Sociais e Saúde para Idosos”, nº: 26449 - Fapemig/Fiocruz/Instituto René Rachou.
- Lloyd-Sherlock P, Giacomini K and Sempé L. 2021. “An Innovative Caregiving Program Shows Promise. “*AARP International*. <https://www.aarpinternational.org/the-journal/current-edition/journal-articles-blog/2021/12/atj2021-sherlock>.
- Lloyd-Sherlock P, Giacomini K, Carvalho PF and Sousa QF. 2022. “Integrated long-term care partnerships between government social care and health agencies in Brazil: The Belo Horizonte

model". *International Social Security Review*, 75(3-4):103-120.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/issr.12309>.

Lloyd-Sherlock P, Giacomini K and Sempe L. 2022. "The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people". *BMC Health Services Research*, 22(176). <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07552-y>.

Lloyd-Sherlock P, Sasat S, Morales F and Pot A. 2017. "Volunteer provision of long-term care for older people in Thailand and Costa Rica". *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11): 774–778. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272166>

Lloyd-Sherlock P. et al. 2021a. "An emergency strategy for managing COVID-19 in long-term care facilities in low and middle-income countries: the CIAT Framework (Version 3)". *Global Platform*. <https://corona-older.com/2021/07/20/an-emergency-strategy-for-managing-covid-19-in-long-term-care-facilities-in-low-and-middle-income-countries-the-ciat-framework-version-3/>

Lloyd-Sherlock, P. et al. 2020b. "Meeting the complex challenge of health and social care provision for rapidly-ageing populations. Introducing the concept of 'avoidable displacement from home'". *Cadernos de Saúde Pública* 36 (3). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1089438>

Macinko J and Harris MJ. 2015. "Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system". *N Engl J Med*, 372 (23): 2177-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26039598/>.

Macinko J, Andrade FB de, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF. 2018. "Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil)". *Rev Saúde Pública*, 52 (Suppl 2). <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MzqWJmcVG3qBXnqgghxvr8c/?lang=en>.

Magalhães IA et al. 2022. Sociodemographic factors affect the quality of life and burden of caregivers in special care in dentistry. *Special Care in Dentistry*. <https://doi.org/10.1111/scd.12710>

Mas MÀ, Inzitari M, Sabaté S, Santaegúènia SJ, Miralles R. 2017. "Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based Intermediate Care". *Age Ageing*, 46(6):925–31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28655169/>.

Mishra AK, Kar A. 2017. "Are Targeted Unconditional Cash Transfers Effective? Evidence from a Poor Region in India" *Social Indicators Research*, 130 (2): 819-843. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-015-1187-z>.

National Audit Office. 2019. "Department of Health and Social Care, 2018-19". <https://www.parliament.uk/globalassets/documents/commons-committees/Health/Correspondence/2019-20/Departmental-Overview-Department-of-Health-Social-Care.pdf>

Nyashanu M, Pfende F, Ekpenyong M. 2020. "Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: Experiences of frontline workers in the English

- Midlands region, UK". *Journal of Interprof Care*, 34 (5):655-661.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2020.1792425?journalCode=ijic20>
- Peroni FM, [Veríssimo LCG](#), [Shibata LG](#), [Aranco N](#). 2023. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Brasil." *Banco Interamericano de Desarrollo*.
<https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-brasil-0>.
- Reed S et al. 2021. "Integrating health and social care. A comparison of policy and progress across the four countries of the UK". *Nuffield Trust*. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/integrating-health-and-social-care-a-comparison-of-policy-and-progress-across-the-four-countries-of-the-uk>.
- Romero DE, Aline Marques, Ana Cláudia Barbosa, Raulino Sabino. 2010. "Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado". In: Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido?.
[https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Capitulo%209 Internacao%20de%20Idosos_SUS.pdf](https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Capitulo%209%20Internacao%20de%20Idosos_SUS.pdf)
- Rosales L, Monreal MV, Villalobos P. 2020. "Informe Final De Evaluación Evaluación Programas Gubernamentales (Epg). Programa Red Local De Apoyos Y Cuidados". Ministerio De Desarrollo Social Y Familia. Subsecretaría De Servicios Sociales. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-205725_informe_final.pdf.
- Rytter L et al. 2010. "Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial". *Scand J Prim Health Care*, 28(3):146–53.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20429738/>.
- Santos, G. D. C. A. D. (2022). Empréstimo consignado a aposentados e pensionistas do INSS: relação entre hipervulnerabilidade e superendividamento.
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/26216>
- Sempé L, Billings J, Lloyd-Sherlock P. 2019. "Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review". *BMJ Open*, 9(11):e030687. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e030687>.
- Sempé L and Lloyd-Sherlock P. 2022. "Programa Maior Cuidado: an analysis of hospitalisation effects". *Global Platform*. <https://corona-older.com/2022/11/18/programa-maior-cuidado-an-analysis-of-hospitalisation-effects/>.
- Stoop A, Lette M, Gils PFV, Nijpels G, Baan CA, de Bruin SR. 2019. "Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review". *Health Soc Care Community*, 27(5):e549–66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31225946/>.
- The Kings Fund. 2018. "A year of integrated care systems: reviewing the journey so far".
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/year-integrated-care-systems>
- United Nations. 2022. "World Population Prospects 2022". Department of Economic and Social Affairs Population Division. <https://population.un.org/wpp/>

UN Women. 2017. "Long-term care for older people. A new global gender priority". *Policy Brief*. Number 9. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/12/long-term-care-for-older-people>.

Waisgrais S et al. 2018. "Avances y desafíos de las políticas de cuidado en Argentina". *Organización Internacional del Trabajo*. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/protecci%C3%B3n-social/WCMS_635285/lang-es/index.htm

Wan CS, Mitchell J, Maier AB. 2021. "A Multidisciplinary, Community-Based Program to Reduce Unplanned Hospital Admissions". *J Am Med Dir Assoc.*, 22(6):1331.e1-1331.e9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020308343#:~:text=HARP%20provides%20intensive%20care%20coordination,and%20independence%20in%20the%20community>.

WHO. 2015. "World report on ageing and health". Geneva, World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf

_____. 2021. "Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care". Geneva, World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844>

Apéndices

Apéndice 1. – Cuestionario de evaluación para la inclusión en el Programa Maior Cuidado.

El PMC utiliza un cuestionario sistemático para evaluar la elegibilidad y la prioridad de los adultos mayores para su inclusión en el programa. Este cuestionario fue desarrollado y aplicado en colaboración por personal de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Asistencia Social. Genera una puntuación, siendo 60 puntos el valor mínimo para la elegibilidad.

| CRITERIOS PARA LA INSERCIÓN | | | | |
|---|---------------------|---------------------|------------------------|--------------------|
| Persona de 60 años o más que es semi-dependiente o dependiente | | | | |
| Residir en un área correspondiente a un CRAS | | | | |
| Tener registro y ser atendido en el Centro de Salud ubicado en el territorio de cobertura del CRAS | | | | |
| Ingresos familiares mensuales de hasta 3 salarios mínimos o ingreso per cápita inferior a la mitad de un salario mínimo | | | | |
| Puntuación igual o mayor a 60 puntos | | | | |
| 1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO | | | | |
| Nombre del usuario: | | | | |
| Edad: | | | Teléfono: | |
| Dirección: Calle/Av: | | | | |
| N°.: | | Complemento: | | Barrio/ Colonia: |
| Referencia familiar: | | | | |
| CRAS de referencia del Usuario: | | | | |
| N° de expediente del CRAS: | | | N° de SIGPS | |
| N° de NIS (identificación social) | | | N° de cartilla de SUS: | |
| Centro de Salud Registrado | | | N° Expediente: | |
| 2.COMPOSICIÓN E INGRESO FAMILIAR | | | | |
| Nombre | Fecha de nacimiento | Nivel de Parentesco | Ingresos | Fuente de Ingresos |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Total de ingresos familiares | | | | |
| Ingresos per capita | | | | |

| 3. FACTORES ETÁRIOS | |
|--|---------------|
| Edad | Puntos |
| 75-79 | 2 |
| 80+ | 4 |
| Total de puntos | |
| 4. IDENTIFICACIÓN DE VULNERABILIDADES Y RIESGOS SOCIALES | |
| 4.1 Vulnerabilidades de Ingresos | Puntos |
| Familias con ingresos per capita inferior a 1/2 salario-mínimo | 3 |
| Familias con ingresos per capita inferior a 1/4 de salario-mínimo | 5 |
| Total da pontuação | |
| 4.2 Familias del Público Prioritario | Puntos |
| Beneficiarias del Beneficio de Prestación Continuada y/o | 10 |
| Beneficiaria del Programa Bolsa Familia | |
| Contra-referenciadas de la Protección Social Especial. | |
| Total de puntos | |
| 4.3 Vulnerabilidades relacionales y situaciones que pueden contribuir a la debilitación de la capacidad protectora de las familias | Puntos |
| <p>Familia Con niño(s), adolescente(s), persona con discapacidad o más de un adulto mayor; Con niños o adolescentes fuera de la escuela; Con adolescente bajo medidas socioeducativas; Con miembro recluso o liberado del sistema penitenciario; Con miembro haciendo uso abusivo de alcohol u otras drogas; Con miembro con sufrimiento mental; Con situaciones de conflictos que debilitan los cuidados y dificultan el cumplimiento de funciones de protección y cuidados cotidianos; Y/o miembro que experimenta situaciones de prejuicios y discriminaciones (por edad, etnia, género, religiosidad, condiciones sociales y económicas, orientación sexual, o por discapacidad, entre otras);</p> <p>- Y/O miembro que experimenta situaciones de aislamiento, confinamiento o separación.</p> | 11 |

| | |
|--|-----------|
| <p>Persona adulta mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependiente de cuidados de terceros y/o con limitaciones de movilidad, debido a la existencia de barreras en el hogar, dificultando la accesibilidad. - Que permanece sola por largos períodos. - Con discapacidad y con dependencia de cuidados de terceros. - Expuesta a riesgos, de aislamiento social, confinamiento, separación, exclusión, abandono. - Que regresa al entorno familiar después de acogimiento institucional. - Con baja participación en las actividades de la familia y la comunidad. | 11 |
| <p>Cuidador familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - En situación de estrés emocional o físico ocasionado por el cuidado de la persona mayor. - Que ha interrumpido las actividades laborales o está imposibilitado de realizarlas, debido a la oferta continuada de cuidados diarios. - Es una persona mayor. - Desempeña solo el papel de cuidador. - Haciendo uso abusivo de alcohol u otras drogas o con sufrimiento mental o discapacidad. - En tratamiento prolongado por problemas de salud. | 11 |
| <p>Total de puntos</p> | |

| 5. EVALUACIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL | | | |
|--|---|---|--|
| Indicador | Descripción | Puntos | |
| <p>Autopercepción de la salud</p> | <p>En general, comparando con otras personas de su edad, la persona mayor diría que su salud es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regular o mala • Excelente, muy buena o buena <p>(En caso de que la persona mayor no pueda responder, el cuidador o familiar más cercano podrá responder en su nombre.)</p> | <p>() Regular o malo (1 punto)</p> | <p>() Excelente, muy buena o buena (0 puntos)</p> |
| <p>Factores clínicos</p> | <p>Polimorbilidad (>5 enfermedades crónicas) o Polifarmacia (uso regular de >5 medicamentos al día).</p> | <p>() Si (1 punto)</p> | <p>() No (0 puntos)</p> |
| | <p>En oxigenoterapia domiciliar</p> | <p>() Si (1 punto)</p> | <p>() No (0 puntos)</p> |
| | <p>Presencia de lesiones cutáneas</p> | <p>() Si (1 punto)</p> | <p>() No (0 puntos)</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | Hospitalización reciente (en los últimos 6 meses) o hospitalizaciones recurrentes (en los últimos 2 años) | <input type="checkbox"/> Si (1 punto) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| Factores relacionados con la cognición. | Pérdidas de memoria que dificultan o impiden la realización de actividades cotidianas (incapacidad cognitiva) | <input type="checkbox"/> Si (1 punto) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| | Trastornos del comportamiento (hipersexualidad, apatía, agresividad, deambulación, agitación) | <input type="checkbox"/> Si (2 puntos) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| Factores relacionados con la salud mental | Desânimo, tristeza ou desesperança (avaliar humor depressivo) | <input type="checkbox"/> Si (1 punto) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| | Desánimo, tristeza o desesperanza (evaluar el estado de ánimo depresivo). | <input type="checkbox"/> Si (1 puntos) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| | Diagnóstico de trastorno mental (esquizofrenia, neurosis grave, psicosis, etc.) | <input type="checkbox"/> Si (2 puntos) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| Factores relacionados a movilidad | - Pérdida de peso no intencional (pérdida de peso que no fue por decisión propia) de al menos 4,5 kg o el 5% en el último año y/o - Circunferencia de la pantorrilla < 31 cm y/o - Índice de masa corporal < 22 kg/m ² O Obesidad mórbida IMC > 40 kg/m ² . | <input type="checkbox"/> Si (2 puntos) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| | -Incapacidad para sostener objetos pequeños o tocarse la nuca con ambas manos y/o dificultad para levantarse y sentarse en una silla o caminar y/o 2 o más caídas en el último año. | <input type="checkbox"/> Si (1 punto) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| | Pérdida involuntaria de orina o heces | <input type="checkbox"/> Si (1 punto) | <input type="checkbox"/> No (0 puntos) |
| Total de puntos | | | |

Autonomía de la Persona Mayor de Edad.

| | | |
|---|---|--|
| Autonomía es la capacidad individual de tomar decisiones y dirigir acciones, estableciendo y siguiendo sus propias reglas. Implica la capacidad de toma de decisiones y depende directamente de la cognición y del estado de ánimo. | | |
| Considerando los indicadores de cognición y salud mental, ¿el equipo evalúa que el adulto mayor es capaz de decidir y dirigir su propia vida? | <input type="checkbox"/> Si (0 puntos) | <input type="checkbox"/> No (1 punto) |
| Total de puntos | | |

Evaluación Socioambiental

| Indicador | Descripción | Puntos | |
|-----------------------------|---|----------------------|----------------------|
| Apoyo familiar | La persona mayor recibe totalmente los cuidados necesarios, sin embargo, hay sobrecarga o dificultad por parte del cuidador/familiar. La persona mayor recibe parcialmente los cuidados necesarios, incluso con algún apoyo del cuidador/familiar. | () Si (1 punto) | () No (0 puntos) |
| | La persona mayor recibe totalmente los cuidados necesarios, sin embargo, hay sobrecarga o dificultad por parte del cuidador/familiar. La persona mayor recibe parcialmente los cuidados necesarios, incluso con algún apoyo del cuidador/familiar. | () Si (3 puntos) | () No (0 puntos) |
| | La persona mayor no cuenta con el apoyo de un cuidador/familiar (a pesar de la presencia de familiares en el hogar). | () Si (4 puntos) | () No (0 puntos) |
| Apoyo social | Personas de apoyo en la comunidad que colaboran cotidianamente en el cuidado del adulto mayor. La persona mayor cuenta con apoyo social. | () Si (0 puntos) | () No (2 puntos) |
| Evaluación ambiental | Condiciones de residencia: áreas de movimiento, iluminación, baño, escalones. La residencia de la persona mayor tiene barreras arquitectónicas y/o presenta un mayor riesgo de caídas y/o condiciones precarias. | () Si (2 puntos) | () No (0 puntos) |
| Total de puntos | | | |

Marque una opción en cada línea para los factores funcionales.

| Factores Funcionales | Independiente (0 puntos) | Semidependiente (1 punto) | Dependiente (2 puntos) | Puntuación |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------|
| Cocinar y cuidar de la casa | () No necesita de ayuda | () Necesita de ayuda parcial | () No consigue | |
| Hacer compras y controlar el dinero | () No necesita de ayuda | () Necesita de ayuda parcial | () No consigue | |
| Usar el telefono | () No necesita de ayuda | () Necesita de ayuda parcial | () No consigue | |
| Tomar los medicamentos | () No necesita de ayuda | () Necesita de ayuda parcial | () No consigue | |
| Total de puntos | | | | |

Autocuidado y actividades básicas de la vida diaria (tareas necesarias para el cuidado del cuerpo o la autopreservación; autocuidado - para satisfacer una necesidad humana básica).

Marca una opción en cada línea para los factores funcionales

| Factores funcionales | Independiente (0 puntos) | semi-dependiente (1 punto) | Dependiente (2 puntos) | Puntuación |
|-----------------------------|---|--|---|-------------------|
| Tomar una ducha | <input type="checkbox"/> No necesita ayuda. Puede bañarse solo. | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda en la ducha para lavar solo una parte del cuerpo, como la espalda o la pierna. | <input type="checkbox"/> Requiere ayuda para lavar más de una parte del cuerpo o no se baña solo. | |
| Vestirse | <input type="checkbox"/> Toma la ropa del armario y se viste completamente sin ayuda. | <input type="checkbox"/> Toma la ropa y se viste sin ayuda, excepto para atarse los zapatos. | <input type="checkbox"/> Requiere ayuda para tomar la ropa del armario o vestirse, o no se viste solo. | |
| Usar el inodoro | <input type="checkbox"/> Va al baño, se desviste, se limpia y se viste sin ayuda (puede usar pañal o similar solo por la noche y puede usar bastón o andador) | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para ir al baño, limpiarse o vestirse después de usar el baño; o para usar pañales o similares por la noche. | <input type="checkbox"/> No va al baño. | |
| Transferencia | <input type="checkbox"/> Se acuesta y se levanta de la cama o de la silla sin ayuda (puede usar bastón o andador). | <input type="checkbox"/> Se acuesta y se levanta de la cama o de la silla con ayuda. | <input type="checkbox"/> Restringido a la cama. | |
| Continencia | <input type="checkbox"/> Controla completamente la micción y la evacuación. | <input type="checkbox"/> Tiene "accidentes" ocasionales (pérdidas de orina o heces ocasionales). | <input type="checkbox"/> Uso de pañal o catéter; incontinencia total. | |
| Alimentación | <input type="checkbox"/> Se alimenta sin ayuda. | <input type="checkbox"/> Se alimenta sin ayuda (llevar la comida del plato a la boca), excepto para cortar carne o untar mantequilla en el pan. | <input type="checkbox"/> Requiere ayuda para llevar la comida del plato a la boca; o uso de sonda para alimentarse. | |
| Total de puntos | | | | |

Total general de evaluación clínica funcional:

Puntos:

| INFORMACIÓN DE LLENADO | |
|--|--------|
| CRAS: | |
| Técnico: | Fecha: |
| Equipo de Servicio de Protección Social: | |
| Firma: | |
| Centro de Salud: | |
| Profesional de salud: | |
| Equipo : | Fecha: |
| Firma: | |

Apéndice 2. Formulario de lista de espera del Programa Maior Cuidado.

Después de que los adultos mayores hayan sido evaluados en cuanto a su elegibilidad y prioridad de inclusión en el PMC (ver Apéndice 1), su caso será revisado en la próxima revisión mensual de casos. No todas las familias elegibles son incluidas inmediatamente en el PMC, ya que el número de profesionales de apoyo para el cuidado familiar es limitado. Los detalles de las familias que no son incluidas de inmediato en el PMC se ingresan en este formulario y se revisarán cuando haya una vacante disponible.

| Nombre de usuario | UBS | CRAS | Número del registro electrónico | Fecha de la visita del equipo de salud | Puntuación de evaluación de salud | Fecha de la visita realizada por el equipo de Asistencia Social |
|--------------------------|------------|-------------|--|---|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Puntuación de evaluación de Asistencia Social | Fecha de discusión en la reunión mensual | Puntuación total | Requerimientos | Estado de análisis | Observación |
|--|---|-------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Apéndice 3 - Hoja de Seguimiento Trimestral del Programa Maior Cuidado.

Los profesionales de apoyo al cuidado familiar completan informes de monitoreo que luego se discuten en las revisiones mensuales de los casos

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | |
|-------------------------|------|--------|---|------------------------|-------|---|--------|
| Nombre | CRAS | Equipo | PE - Número del expediente electrónico | Fecha de nacimiento | Edade | Puntuación según la evaluación de inclusión | Género |
| | | | | | | | |

| ACCESO A LOS SERVICIOS Y OCIO | | | | | | | | |
|-------------------------------|------|-----------------------|---------|---------------------------|------|--------|-----------------|---------------------------------|
| Acceso a los servicios y ocio | | | | | | | | Fecha de Ingreso al NASF* |
| Centro de Salud | CRAS | Grupos de Apoyo | Iglesia | Trabajo Voluntar io | Club | Paseos | No se aplica | |
| | | | | | | | | |

**NASF - Equipo Ampliado de Salud Familiar

| EVALUACIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL DE LA PERSONA MAYOR | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------|--------|--------|--------------|--------------------|
| Caídas | | | Hospitalización | | | Oxígeno (<i>marcar con X</i>) | | | | | | |
| Últimos 12 meses | número de caídas | Fecha de la última caída | Últimos 12 meses | Nº de hospitalización | Fecha de hospitalización | oxigenoterapia | traqueostomia | Micronebulización | BIPAP* | CPAP** | No se aplica | Otro (especifique) |
| | | | | | | | | | | | | |

*BIPAP - Presión Positiva de Dos Niveles en las Vías Aéreas; CPAP - Presión Positiva Continua en las Vías Aéreas

| EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL DE LA PERSONA MAYOR DE EDAD. | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------|------------|---------------------|---------|---------------------------------|--|---|--|
| Eliminaciones | | | | | Comida: | Hidratación / Deshidratación | Salud Bucal: | Movilidad: | |
| orina | Heces (<i>marque con X</i>) | | | | | | | | |
| Pañal; Sonda de retardo y pañal; Sonda de alivio y pañal; Sonda de retardo; Sonda de alivio; Habitual; | Habitual | 2 días sin evacuar | Hemorroide | Bolsa de colostomía | Pañal | No aplica | Lesión en la boca; Prótesis móvil; Prótesis fija; Tiene dientes | NA (No aplica); Otros; Restringido a la cama; Silla de ruedas; Muleta; Bastón; Andador; Solo; | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|-----------|-------|-----------|--------------------|-----------------------------|--------|----------|------|-----------|---------------|--------------------|---------|---------|----------|--------|--|
| Cuidados del cuerpo y la piel (<i>marque con X</i>) | | | | | | Lesiones cutáneas (locales) | | | | | | Curaciones simples | | | | | |
| Piel reseca | Comezón | Piel fina | Edema | No aplica | Otro (especifique) | Occipital | Hombro | Escápula | Codo | Trocánter | Cresta ilíaca | Sacro | Rodilla | Maleolo | Calcáneo | Hallux | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|-----------|-----------|--------------------|--------------------------------------|----------|---------------|----------------|------------------|-------------|--------|-----------|--------------------|
| Dormir (<i>marque con X</i>) | | | | | Salud mental (<i>marque con X</i>) | | | | | | | | |
| Somnolencia diurna | Insomnio | Ronquidos | No aplica | Otro (especifique) | Depresión | Ansiedad | Desinhibición | Desorientación | Alteración de la | Agresividad | Apatía | No aplica | Otro (especifique) |
| | | | | | | | | | | | | | |

| EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------|---------------|-------|-----------|---|-----------|-----------|----------------------|------------------------|-----------|--------------------|
| Otras condiciones de salud que requieren atención (marque con X) | | | | | | | | | | | | |
| Hipertensión | Diabetes Mellitus | Osteoporosis | Osteoartritis | EPOC* | Neoplasia | Secuelas de ACV (Accidente Cerebrovascular) | Epilepsia | Parkinson | Demencia o Alzheimer | Incontinencia urinaria | No aplica | Otro (especifique) |
| | | | | | | | | | | | | |

*EPOC - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

| EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-----------|--------------------|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|------------|-------------|------|--------|-----------|--------------------|
| Hábitos de vida (marcar con X) | | | Medicamentos | | | | Prescripción habitual (marcar con X) | | | | | | |
| Tabaquismo | Alcoholismo | No aplica | Otro (especifique) | Polifarmacia (más de 05 medicamentos) | Cómo realiza su uso: NA (No aplica) Otros Automedicación Con ayuda Solo | | Tópico | Inyectable | Inhalatorio | Oral | Rectal | No aplica | Otro (especifique) |
| | | | | | | | | | | | | | |

| EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----------|------------|--------------------------|---------------|-------------|------------------|------------|--------|--------|---------|----------|-----------|--------------------|
| Signos de alerta (marcar con X) Nota: Campo a completar por el equipo junto con el cuidador del PMC | | | | | | | | | | | | | | |
| Color alterado | Confusión mental | Agitación | Postración | Dificultad para respirar | Dolor intenso | Dolor agudo | Falta de apetito | Hipotermia | Fiebre | Vómito | Diarrea | Sangrado | No aplica | Otro (especifique) |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| INMUNIZACIÓN | | | | | | MONITOREO DE SALUD | | | |
|---------------------------|----------|--------------|--------------|-----------------|--|--------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|
| Vacunación (marcar con X) | | | | | | Plan de cuidados | | | |
| Influenza | COVID-19 | Doble adulto | Neumococo 23 | Fiebre amarilla | | | ¿Posee un Plan de Cuidados? | Fecha de la última actualización | Justificación: Inactivo - Otros; Inactivo - Fallecimiento; Inactivo - Institucionalización; Inactivo - Reinserción familiar; Activo - Reinserción PMC; Activo |
| | | | | | | | | | |

Apéndice 4. Planes de cuidado de Asistencia Social y de Salud para personas mayores incluidas en el Programa Mayor Cuidado.

Se espera que los profesionales de apoyo al cuidado familiar (PACFs) trabajen con los familiares de las personas mayores para desarrollar y acordar un plan de cuidado individual para ellas. La concepción de este plan de cuidado incluye dos secciones. El plan de cuidado de Asistencia Social se refiere a un amplio conjunto de problemas sociales que afectan a las personas mayores, a sus cuidadores y a las familias. El plan de salud se refiere más específicamente a las funciones clínicas. La Secretaría de Salud y la Secretaría de Asistencia Social se han coordinado durante el desarrollo de estos dos planes para reforzar su complementariedad intersectorial.

A. Plan de Cuidado de Asistencia Social.

| <i>Eje</i> | <i>Objetivo (s)</i> | <i>Acciones</i> |
|--|--|--|
| Papel protector de la familia. | Apoyar a la familia en el cuidado del adulto mayor, en la mejora de su calidad de vida. | [] Realizar los cuidados con el adulto mayor según las orientaciones del CRAS y del Centro de Salud. |
| | | [] Apoyar la realización de actividades que involucren a la persona mayor y a sus familiares con la organización de espacios accesibles en el hogar, la higiene del entorno, los horarios y recordatorios para la ingesta de medicamentos. |
| | | [] Brindar apoyo al adulto mayor en actividades de autocuidado, como bañarse, vestirse, realizar la higiene personal, alimentarse, tomar sol, desplazarse por el territorio, entre otras. |
| | | [] Reforzar las orientaciones del CRAS y del Centro de Salud sobre el mantenimiento de un ambiente acogedor y humanizado donde permanece el adulto mayor, así como las orientaciones del NASF sobre accesibilidad y seguridad. |
| | | [] Valorar las acciones de cuidado del cuidador familiar. |
| | | [] Incentivar a la familia a participar en las reuniones y acciones desarrolladas en el CRAS y en el Centro de Salud. |
| | | [] Incentivar al cuidador familiar a participar en actividades locales de ocio, deportivas y culturales. |
| | | [] Apoyar al cuidador familiar para que pueda disponer de momentos de descanso, autocuidado y acceso a derechos. |
| | | [] Orientar a la familia sobre peligros inminentes en el hogar que puedan dificultar la movilidad del adulto mayor, como cordones desamarrados, chanclas, alfombras, animales, entre otros. Objetos punzantes que representan un riesgo para el adulto mayor. |
| | | [] Apoyar a la familia para que el adulto mayor asista a consultas y exámenes médicos, recordándole las fechas programadas, los documentos necesarios y situaciones importantes a informar en relación con el adulto mayor. |
| [] Incentivar a la familia a tener en cuenta las preferencias alimenticias del anciano, respetando las restricciones y orientaciones de salud. Cuando sea necesario y según la orientación del CRAS, el cuidador deberá | | |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>preparar la alimentación del adulto mayor.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar la participación de la familia en actividades de estimulación cognitiva, con momentos de escucha y conversación con el adulto mayor.</p> <p><input type="checkbox"/> Apoyar y acompañar al adulto mayor en actividades externas como caminatas o eventos sociales.</p> <p><input type="checkbox"/> Crear un cuaderno de registros con la familia, que contenga los cuidados prestados, momentos destacados y la historia de vida del adulto mayor.</p> |
| Lazos familiares y comunitarios | Contribuir para la participación de la persona mayor en los espacios de convivencia familiar y comunitaria. | <p><input type="checkbox"/> Organizar el entorno donde permanece el anciano, manteniéndolo limpio y aireado. Anime a la familia a mantener en ese entorno objetos personales del adulto mayor que forman parte de su historia de vida.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar la participación de los usuarios y sus familiares en el Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos, dentro del horario de funcionamiento, permaneciendo con el adulto mayor durante el día.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar la participación de los usuarios y sus familiares en el Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos, dentro del horario de funcionamiento, permaneciendo con el adulto mayor durante el día.</p> <p><input type="checkbox"/> Alentar al adulto mayor y a su familia a visitar a familiares y amigos residentes en la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar visitas y acompañamiento del adulto mayor a los espacios comunitarios.</p> <p><input type="checkbox"/> Tener conocimiento de las actividades sociales y cotidianas ya realizadas por la familia que puedan involucrar al adulto mayor, y estimular a la familia a involucrarlo.</p> <p><input type="checkbox"/> Promover e incentivar a familiares y amigos a involucrarse con el adulto mayor y orientarlos a brindar los cuidados necesarios.</p> |
| Desarrollo de la autonomía en las personas mayores | Contribuir a que la persona mayor viva experiencias que favorezcan la conquista de la autonomía, independencia y bienestar. | <p><input type="checkbox"/> Incentivar al adulto mayor a realizar actividades que pueda hacer solo.</p> <p><input type="checkbox"/> Establecer una rutina de planificación de actividades con el adulto mayor.</p> <p><input type="checkbox"/> Recuperar hábitos y habilidades del adulto mayor e incentivarlo a realizar actividades artísticas, culturales y religiosas según sus intereses, como pintar, tocar un instrumento musical, actividades artesanales, escribir, leer, escuchar música y cuidar plantas.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar al adulto mayor a cuidarse a sí mismo, manteniendo su autoestima.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar al adulto mayor a participar en actividades lúdicas y de estimulación cognitiva e intelectual.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar al adulto mayor a tomar decisiones y realizar elecciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Supervisar las actividades instrumentales de la vida diaria realizadas por el adulto mayor, previniendo riesgos.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar a la familia a acompañar al adulto mayor en las actividades, permitiéndole realizarlas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sensibilizar a la familia sobre la importancia de preservar la autonomía del adulto mayor.</p> <p><input type="checkbox"/> Establecer una rutina de contextualización espacio-temporal con los adultos mayores, promoviendo actividades de caminata con ellos en el territorio para que reconozcan la comunidad, rescaten su historia de vida mediante registros fotográficos, cartas y otros materiales que favorezcan</p> |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| | | su ubicación en el tiempo y el espacio. |
| | | <input type="checkbox"/> Desarrollar actividades que preserven y estimulen la autonomía y la participación social del adulto mayor, favoreciendo el fortalecimiento de la protección mutua entre los familiares. |
| | | <input type="checkbox"/> Promover el diálogo constante con el adulto mayor, involucrando a la familia y la comunidad. |
| | | <input type="checkbox"/> Rescatar y valorar la historia de vida del adulto mayor, su familia y comunidad. |
| Garantía de Derechos | Contribuir al acceso a servicios, programas, proyectos, beneficios de asistencia social, transferencia de ingresos y otras políticas del sector público. | <input type="checkbox"/> Informar al CRAS sobre las demandas del anciano y su familia. |
| | | <input type="checkbox"/> Contribuir con orientaciones a la familia sobre los servicios públicos existentes y las ofertas de la red social asistencial en el territorio. |
| | | <input type="checkbox"/> Apoyar a la familia en la garantía del acceso del adulto mayor a los servicios públicos. |
| | | <input type="checkbox"/> Sensibilizar a la familia sobre la importancia de apoyar al adulto mayor en el acceso a sus derechos, vida familiar y comunitaria. |

B. Plan de Cuidados de la Salud.

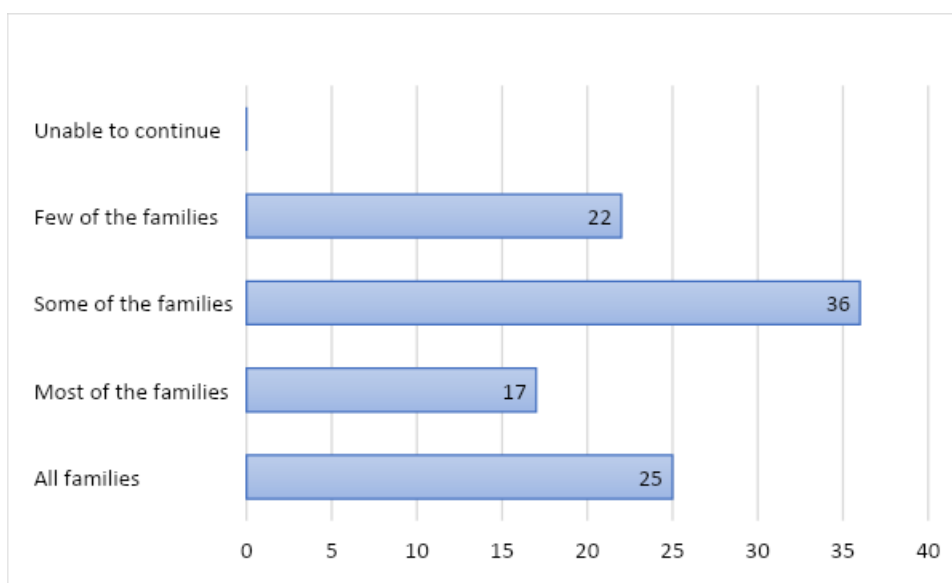
| | RESPONSABLES DEL CUIDADO | | | | |
|---|--------------------------|------------|-----------------|------|-------|
| | CUIDADOR PMC | FAMILIARES | EQUIPO DE SALUD | | |
| | | | UBS | NASF | OTROS |
| () Acompañar al anciano en las consultas en el Centro de Salud. | X | X | | | |
| () Acompañar las visitas domiciliarias de los profesionales de la salud. | X | X | | | |
| () Incentivar y acompañar al anciano siempre que sea posible en actividades fuera del hogar; coordinar con los responsables de las actividades sobre las necesidades de participación y socialización de los ancianos. | X | X | | | |
| () Programar consultas y/o visitas al anciano y su familia. | | | X | X | X |
| () Visita mensual del Agente Comunitario de Salud. | | | X | | |
| () Estimular la práctica de actividades físicas regulares y placenteras. | | | | X | |
| () Fomentar la convivencia social y la participación en fechas conmemorativas. | | | | X | |
| () Incentivar el uso de la libreta del anciano como documento de identificación en cualquier entorno social. | X | X | X | X | X |

Anexo 1 - Prueba de estrés de Covid-19 del Programa Maior Cuidado.

Los primeros casos de COVID-19 en Belo Horizonte fueron notificados el 8 de marzo de 2020, justo después de la conclusión de la evaluación operativa inicial. Al igual que en otras ciudades de Brasil, las tasas de infección eran muy altas en los barrios más desfavorecidos y los ancianos corrían un riesgo particular de mortalidad por COVID-19. Se preveía, por lo tanto, que la pandemia afectaría sustancialmente el funcionamiento del Programa Maior Cuidado y que sería necesaria una adaptación rápida. En consecuencia, el equipo de investigación desarrolló una encuesta mediante cuestionario distribuido por correo electrónico a los gestores responsables de los 36 Centros de Referencia de Asistencia Social/Centros de Salud Comunitarios donde operaba el Programa Maior Cuidado (ver a continuación).

Debido a los riesgos de infección, la mayoría de las visitas domiciliarias fueron suspendidas inicialmente y rápidamente sustituidas por llamadas telefónicas regulares y otras formas de comunicación remota con las familias. A pesar de las enormes presiones sobre los equipos de salud locales, fue posible continuar con el grupo de trabajo conjunto mensual, aunque de forma remota (Figura A.1).

Figura A.1: Impacto de la pandemia de COVID-19 en el funcionamiento de las familias que participan en el Programa Maior Cuidado.



Fuente: Autores

Todos los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) incluidos en la investigación informaron que lograron continuar brindando algún nivel de servicio a las familias del Programa Maior Cuidado. En el 42 por ciento de los Centros de Referencia de Asistencia Social, fue posible seguir apoyando a la mayoría de las familias del Programa Maior Cuidado durante la primera ola

de la pandemia. Las llamadas telefónicas regulares permiten que los profesionales de apoyo a los cuidados familiares continúen monitoreando el estado de los ancianos y mantuvieran contacto con sus cuidadores familiares. Los profesionales de apoyo a los cuidados familiares informaron que algunos ancianos se acostumbraron más al apoyo telefónico con el tiempo, facilitando la interacción social. Sin embargo, algunas visitas familiares continuaron (CA.1), ya que no todas las familias tenían teléfono y era evidente que la interacción telefónica no era un sustituto efectivo para la forma de apoyo habitual proporcionada por el Programa Maior Cuidado (CA.2).

CA.1. Para las familias más vulnerables, aún era necesario ir personalmente, pero no es lo mismo que una llamada telefónica. (E15, F, Trabajadora Social, Centros de Referencia de Asistencia Social)

CA.2. El programa dejó de visitarnos durante la pandemia y fue muy difícil para nosotros. No pudimos tomar los medicamentos correctamente porque no sé leer y mi esposa no ve bien. Entonces, no los tomé correctamente y me puse muy enfermo. (E33, M, anciano)

Dado que los profesionales de apoyo a los cuidados familiares no fueron oficialmente categorizados como "profesionales de salud", no recibieron la misma prioridad de acceso a los Equipos de Protección Individual (EPI) y, posteriormente, a las vacunas, como otros profesionales de salud de primera línea. Este es un ejemplo de la necesidad de un reconocimiento más fuerte a nivel intersectorial del papel de los profesionales de apoyo a los cuidados familiares. Sin embargo, en octubre de 2020, fue posible reanudar las visitas domiciliarias y las operaciones del Programa Maior Cuidado volvieron rápidamente al modelo previo a la pandemia.

Cuestionario para la prueba de estrés Covid-19 del Programa Maior Cuidado.

Nombre y ubicación del servicio/sector en el que trabajas, por ejemplo, Centro de Salud/CRAS - Centros de Referência Especializados de Assistência Social; / Administração Regional de Saúde / Proteção Social Básica Regional

Nombre y cargo:

Durante los 12 meses previos a la pandemia de COVID-19, de marzo de 2019 a marzo de 2020:

¿Cuántas familias apoyó su servicio a través del Programa Maior Cuidado?

¿Cuántos cuidadores estaban involucrados en el Programa Maior Cuidado?_

Por favor, marque su reacción a las afirmaciones a continuación:

El PMC fue eficaz en satisfacer las necesidades de los ancianos y sus familias.

- () estoy completamente de acuerdo
- () estoy de acuerdo
- () Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo
- () estoy en desacuerdo
- () estoy completamente en desacuerdo

El Programa Maior Cuidado fue eficiente en la reducción del estrés y la demanda de cuidados de los familiares de los ancianos en las familias participantes.

- () estoy completamente de acuerdo
- () estoy de acuerdo
- () Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo
- () estoy en desacuerdo
- () estoy completamente en desacuerdo

Enumere hasta 3 desafíos específicos para operar el Programa Maior Cuidado en su área antes de la pandemia.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020...

Seleccione una descripción de las siguientes afirmaciones:

- Fue posible continuar ofreciendo al menos algunos servicios del Programa Maior Cuidado para TODAS las familias.
- Fue posible continuar ofreciendo al menos algunos servicios del Programa Maior Cuidado para la MAYORÍA de las familias.
- Fue posible continuar ofreciendo al menos algunos servicios del Programa Maior Cuidado para ALGUNAS familias.
- Fue posible continuar ofreciendo al menos algunos servicios del Programa Maior Cuidado para POCAS familias.
- NO fue posible continuar ofreciendo los servicios del Programa Maior Cuidado a las familias.

Seleccione una descripción de las siguientes afirmaciones:

- Fue posible mantener la atención COMPLETA para estas familias.
- Fue posible mantener la atención PARCIAL para estas familias.

Identifique hasta 3 desafíos específicos para el funcionamiento del Programa Maior Cuidado durante la pandemia, indicando cómo los abordó:
