

PROGRAMA COMUNIDADES SOLIDARIAS DOCUMENTO TÉCNICO

La Fundación SIDOM y la Fundación Navarro Viola han lanzado la iniciativa Comunidades Solidarias destinada a municipios argentinos con poblaciones longevas, en respuesta a la convocatoria de Naciones Unidas por la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.

El programa se propone fortalecer la capacidad de gestión de las comunidades con poblaciones envejecidas de nuestro país con el fin de garantizar un entorno propicio para que las personas de edad extrema y con enfermedades crónicas avanzadas puedan “envejecer en casa”, con buenas condiciones de seguridad y confort.

Ambas organizaciones comparten su interés por el bienestar y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en Argentina, y promueven el conocimiento de las mejores prácticas en materia de políticas y programas sociales. Evidencia empírica nacional e internacional da cuenta de que implementar un servicio integral de cuidado de base comunitaria redundará en los siguientes beneficios:

- promueve la autonomía, mejora la autoestima y la salud mental de las personas mayores y en situación de dependencia;
- alivia la carga de quienes hoy realizan cuidados –principalmente informales y no remunerados–, impactando en su salud física y emocional, lo cual a su vez redundará en la reducción de costos en la atención de salud de estos cuidadores;
- reduce la demanda de internaciones en instituciones de larga estadía;
- genera mayor racionalidad y eficiencia del gasto en salud, dado que las prestaciones que atienden situaciones de dependencia crónica son insuficientes en la actualidad, y, en parte, son sustituidas por el servicio sanitario, que no está correctamente preparado para la atención de estas situaciones;
- hace efectivo el cumplimiento de los derechos consagrados en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

¿Por qué es necesario pensar en un servicio de cuidados de base comunitaria para personas de edad extrema y con enfermedades crónicas avanzadas?

Se considera edad extrema la que está próxima a los años esperados de vida al nacer de la población en una jurisdicción dada. En Argentina, la esperanza de vida al nacer es diferencial para mujeres y varones, pero alcanza alrededor de los 80 años de edad cronológica en el promedio de ambos sexos. En consecuencia, siguiendo este enfoque, los mayores de 80 años conforman el grupo de personas de edad extrema en nuestro país.

Las características individuales de las personas mayores son diversas, sin embargo, las personas longevas que alcanzan o superan los límites de la esperanza de vida comparten ciertas condiciones que pueden resultar adversas para su bienestar: tienen más probabilidades de haber sufrido la pérdida de cónyuges, hermanos, amigos y hasta hijos, con la consecuente reducción de sus redes de apoyo espiritual y material más cercanas.

Por este motivo, a medida que aumenta la edad, se incrementa la probabilidad de vivir solo o sola, o bien de convivir con otras personas que también son de edad extrema. La soledad no deseada de las personas de edad extrema es, en la actualidad, un problema social de envergadura a escala mundial.

Por otra parte, a medida que aumenta la edad se incrementan las proporciones de personas que sufren limitaciones permanentes para el desempeño autónomo de su vida cotidiana y requieren ayuda de terceros. El tradicional apoyo familiar resulta ineficaz en poblaciones longevas porque aumentan las familias en que todos sus integrantes son personas de edad avanzada o bien porque algunas madres o padres sobreviven a sus hijos adultos. Asimismo, las personas mayores más jóvenes que padecen múltiples enfermedades crónicas progresivas pueden exhibir necesidad de apoyo de características similares a las descriptas para la población de edad extrema.

Por estas razones, en el mundo de hoy, los gobiernos locales con poblaciones envejecidas y longevas desarrollan programas comunitarios específicamente dirigidos a dar apoyo a sus vecinos de edad extrema, así como a las personas mayores con perfiles de enfermedades crónicas avanzadas.

¿Qué tipo de acciones o servicios desarrollan los gobiernos locales?

La experiencia internacional muestra que los municipios con poblaciones envejecidas desarrollan programas comunitarios de promoción y atención

centrados en conocer las necesidades que poseen sus vecinos de edad extrema o con fragilidad avanzada, y movilizan los recursos del entorno local para que puedan permanecer en sus hogares, cómodos y seguros. Estos programas promueven el voluntariado intergeneracional, convocan a las organizaciones de la sociedad civil, gestionan prestaciones de la seguridad social y de la asistencia social directa, para ofrecer servicios integrales de apoyo centrados en estas personas.

Dicho de otro modo, organizan de manera adecuada recursos ya existentes en la localidad para satisfacer las necesidades de vecinos que de otro modo estarían en situación de extrema vulnerabilidad.

Esta estrategia de acción ha consolidado el movimiento de **“caring communities”** (en inglés), traducido al español como **“comunidades solidarias”** o **“comunidades compasivas”**. Cada vez más países y localidades se suman al movimiento internacional de las “caring communities” que, con los mismos valores y utilizando herramientas específicas, ofrecen servicios centrados en las necesidades de las personas con discapacidad de todas las edades.

Nuestra propuesta para los gobiernos locales

Los equipos profesionales de ambas fundaciones se ponen a disposición de los gobiernos locales para capacitarlos en acción y acompañarlos en la gestión de servicios integrados de base comunitaria. Las acciones en terreno abarcan, entre las más destacadas, el acompañamiento en:

1. La utilización de técnicas de investigación social participativas, eficaces para la realización de diagnósticos de necesidades basados en la opinión de las mismas personas mayores, sus familiares, actores relevantes de la comunidad, organizaciones de la sociedad civil, proveedores públicos y privados de servicios, entre otros.
2. El uso de herramientas de gestión para la integración de servicios sociales y sanitarios ofrecidos por distintos efectores de la seguridad social, de los sectores público y privado nacional, provincial y local.
3. La promoción del voluntariado intergeneracional en favor de las personas de edad extrema o con fragilidad avanzada.
4. La capacitación en el enfoque ético de cuidados paliativos en la comunidad.
5. La implantación de un sistema de información que permita el registro de la gestión del programa y la evaluación sistemática de sus resultados.

6. La inscripción de la experiencia llevada a cabo por el gobierno local argentino en las redes internacionales de "caring communities".

Al finalizar la experiencia, el gobierno local contará con:

✓ Un diagnóstico de la población del municipio, identificando a aquellos que serán beneficiarios del servicio: personas de edad extrema y personas con enfermedades crónicas avanzadas

✓ Un relevamiento de actores locales, redes e instituciones de base comunitaria y recursos ya existentes

✓ Un manual operativo para la implementación de un servicio de cuidados de base comunitaria, con protocolos de intervención y formularios de registros

✓ Un informe de evaluación de la implementación de la experiencia piloto

Dado que se trata de un programa dirigido a satisfacer las necesidades de los vecinos de la comunidad, cada uno de los componentes se diseñan de manera original y única, respetando la cultura, las costumbres y tradiciones de cada entorno comunitario.

La Fundación SIDOM y la Fundación Navarro Viola facilitarán los recursos técnicos profesionales para el desarrollo de la iniciativa. El gobierno local, como contraparte, se compromete a conformar un equipo de profesionales seleccionados entre la planta de empleados del municipio. El equipo técnico de las fundaciones y el equipo profesional del gobierno local diseñarán el plan de intervención y actuarán de manera conjunta para alcanzar los objetivos que el mismo se proponga.

En síntesis, el programa Comunidades Solidarias se propone organizar una red de apoyo a las personas de edad extrema (mayores de 80 años) y personas mayores de 60 años con comorbilidades crónicas severas que viven en la comunidad y conforman el grupo de más riesgo socio-sanitario.

El grupo de personas de edad más avanzada suele encontrar barreras para el acceso oportuno a la atención cuando los servicios sociales y sanitarios están fragmentados.¹ El traslado de una sede a otra, el pedido presencial de turnos de atención, la necesidad de autorización de las prestaciones, son algunos de los obstáculos que ofrecen este tipo de servicios. Las personas mayores con dificultades en la marcha, o para usar transporte público, deben pedir el apoyo de familiares y amigos para sortear estas trabas, o bien desisten de realizar la consulta o prestación.²

En nuestro país, los servicios sociales y de salud están organizados a través de distintos sectores: público; seguridad social y privado; y en diferentes jurisdicciones: nacional, provincial y municipal. En este tipo de escenarios, caracterizados por la fragmentación, las personas suelen ser derivadas entre distintos prestadores, muchas veces en otras localidades, para recibir la atención que necesitan.

El objetivo del programa Comunidades Solidarias es prestar apoyo, mediante la gestión local, cercana a las personas de edad extrema y a las mayores con morbilidades serias, para que accedan con facilidad a los servicios y prestaciones que requieran, así como ofrecer ayuda solidaria y empática a las personas que no desean estar solas y a las que no puedan realizar por sí mismas las actividades de la vida diaria a causa de su fragilidad o por discapacidades.

Para alcanzar este objetivo, el programa establece una sencilla operatoria que permite identificar a las personas con este tipo de vulnerabilidades que residen en la comunidad y organiza actividades de apoyo individual y de integración social para “envejecer en casa” con confort, seguridad, e integración social.

El marco de referencia

El programa Comunidades Solidarias se inscribe en el enfoque de derechos. Ello quiere decir que es el gobierno local quien reconoce el derecho de las personas mayores en situación de vulnerabilidad sociosanitaria de recibir el apoyo que necesitan para acceder en tiempo y forma a la atención que necesitan.

¹ TOBAR, Federico. El modelo de salud argentino: Historia, características, fallas, F. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS/OMS en Argentina, 2001.

² AMADASI, Enrique; TINOBORAS, Cecilia. Las condiciones de salud de las personas mayores: sus aspectos más críticos. 2017. Página 15.

Asimismo, el programa adopta el enfoque de género. Por una parte, la dependencia y la fragilidad afectan especialmente a las mujeres longevas.^{3,4,5} Por otro lado, las mujeres de edad madura son las principales cuidadoras familiares de las personas mayores con dependencia. El apoyo también se dirige a los y las cuidadore/as familiares que pueden sentir el exceso de la carga, en especial, de las mujeres que cuidan, y de los cuidadores familiares que también son personas mayores (esposos y esposas, hermanos o hijos también mayores).

Comunidades Solidarias no es un programa de asistencia social a la pobreza, aunque pueda complementarse con sus acciones. Comunidades Solidarias focaliza su gestión en el apoyo a la autonomía de las personas de extrema, frágiles o con comorbilidades avanzadas para que envejecan en sus casas, en sus barrios, con seguridad e integración social. El gobierno local realiza la búsqueda activa de las personas que residen en la comunidad en estas circunstancias para ofrecerles el apoyo de la red solidaria.

Parte 1 | La puesta en marcha del programa

El aumento de la cantidad y proporción de personas mayores de 80 años en la población de una jurisdicción es el indicador de la necesidad de encarar este programa focalizado en satisfacer sus demandas. ⁶Por otra parte, el programa se dirige también a las personas mayores que están afectadas por morbilidades

³ FLORES, María Eugenia Prieto-Flores. Desigualdades sociales y geográficas asociadas a las limitaciones funcionales en la población mayor de Argentina. Revista Latinoamericana de Población, 2021, vol. 15, no 29, p. 118-139. *“La prevalencia de discapacidad es superior en las personas con menor nivel educativo, bajos ingresos, sin empleo, entre quienes se sitúan en los estratos sociales más pobres, entre las mujeres y en las edades más avanzadas (Organización Mundial de la Salud, 2011).”*

⁴ HERRERA, Laia Esteban. Cobertura de la dependencia en España: prestaciones económicas y prestaciones de servicios. 2016. Tesis Doctoral. Universidad Europea de Madrid.

⁵ ARLEGUI, MARIA ALEJANDRA. De eso no se habla. Mujeres cuidadoras, la generación postergada. En XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2015. *“La hipótesis subyacente es que los cuidadores familiares conforman actualmente la principal o única red de contención de los mayores frágiles y dependientes, quedando invisibilizada la sobrecarga que pesa sobre el cuidador principal, generalmente mujeres que pertenecen a una generación anterior y se encuentran cursando su propio proceso de envejecimiento o ingreso a la tercera edad.”*

⁶ FUNDACIÓN NAVARRO VIOLA, Longevidad y cuidados de larga duración en Argentina : propuestas para el decenio 2020-2030 ; dirigido por Nélide Redondo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fundación SIDOM, 2019.

severas que requieren prestaciones médicas continuas, tales como el cáncer, diálisis renales, diabetes descompensadas, insuficiencias cardíacas moderadas o severas, neurológicas.

En estos casos, las barreras al acceso de las prestaciones de salud, la exigencia de hacer trámites presenciales desde horas muy tempranas para obtener citas médicas, así como la necesidad de trasladarse en taxis para hacer tratamientos, resultaba gravoso para los presupuestos y exigen un esfuerzo máximo para sus capacidades funcionales o para sus familiares, si los tienen.

La cobertura de salud a través de obras sociales, principalmente PAMI, es prácticamente universal en la población destinataria de este programa. Por este motivo, la gestión local no se ocupa de ofrecer las prestaciones o servicios sino de garantizar la facilidad de acceso a los mismos.

Para ello, el equipo operador inicia la puesta en marcha del programa con una búsqueda activa de los vecinos mayores de 80 años y de los mayores de 60 que se hallan en situación de vulnerabilidad sociosanitaria. Para ello, utilizará los registros de todas las dependencias del gobierno y, además, aplicará la estrategia de la “bola de nieve”, boca a boca, en centros de jubilados, clubes, iglesias, centros de salud, por otro lado. Se detalla a continuación los procedimientos para la puesta en marcha que se sugieren como modelo. Debe tenerse en cuenta que cada comunidad define su propio plan, de acuerdo con la idiosincrasia y preferencias del gobierno local, la comunidad y el entorno.

Primera Etapa: Comunicación, difusión interna en todas las secretarías del gobierno municipal y funcionarios de primera línea y en la comunidad

Las primeras acciones están dirigidas a comunicar, difundir y debatir el programa entre funcionarios y áreas del gobierno municipal con competencia en la materia y organizaciones de la sociedad civil, incluyendo los centros de jubilados. Una vez conocido por todas las dependencias del gobierno local, el programa se debe difundir en los medios de prensa oral y escrita de la jurisdicción.

I. Dirección de Salud

Presentar el programa, responder dudas, aclaraciones, solicitar comentarios y sugerencias, analizar niveles de riesgo.

Acordar la mejor forma de identificar a los vecinos que se deben contactar y entrevistar telefónicamente.

Evaluar la mejor fuente de derivación de casos a entrevistar: a) centros de atención primaria; b) hospitales municipales; c) médicos de cabecera; d) padrón de ANSES; e) padrón electoral.

II. Hospitales municipales

Presentar el programa, responder dudas, aclaraciones, solicitar comentarios y sugerencias, analizar niveles de riesgo.

Acordar con el servicio social del hospital la derivación de padrones con registros de casos de los dos grupos definidos.

III. Subsecretaría de Producción

Presentar el programa, presentar el informe sobre Economía de cuidados, evaluar la factibilidad de desarrollar puestos de trabajo de la economía de cuidados en los sectores más desfavorecidos o protegidos de la fuerza de trabajo del partido.

IV. Delegaciones

Presentar el programa, responder dudas, aclaraciones, solicitar comentarios y sugerencias, analizar niveles de riesgo.

Acordar la mejor forma de identificar a los vecinos de cada zona que se deben contactar y entrevistar telefónicamente o de manera presencial.

Evaluar la mejor fuente de derivación de casos a entrevistar: a) centros de atención primaria; b) hospitales municipales; c) médicos de cabecera; d) padrón de ANSES; e) padrón electoral.

V. Universidades e institutos terciarios formadores de carreras afines con el trabajo social y la asistencia terapéutica

Presentar el programa y firmar convenios de pasantías con estudiantes de las carreras afines a la atención a la dependencia, tales como trabajo social, asistente terapéutico, enfermería, kinesiología, entre otras, es una estrategia fundamental para encarar el programa Comunidades Solidarias. Los convenios de pasantía deben incluir la oferta de una clase académicas para la formación conceptual de los estudiantes en el tema específico y una clase práctica para la utilización de las herramientas técnicas del programa. Las pasantías educativas son prácticas profesionales que pueden realizar los estudiantes mayores de 18 años en empresas y organismos públicos, organizaciones de la

sociedad civil o en empresas privadas para ejercitar sus conocimientos. Están contempladas en la ley 26.427.

Para poder participar de las pasantías, los estudiantes deben estar cursando en alguno de estos niveles o modalidades: Educación Superior, Educación Permanente de Jóvenes y Adultos o Formación Profesional.

La entidad educativa que participe del proyecto debe firmar un convenio marco con el municipio, donde se expliciten las condiciones de la pasantía. Las pasantías tienen una duración mínima de 2 meses, y máxima de 12 meses, renovables por un plazo de por 6 meses más.

VI. Asociaciones de la sociedad civil

Presentación del programa, responder dudas, aclaraciones, solicitar comentarios y sugerencias. Evaluar la capacidad de la asociación de participar en el programa, tanto con acciones voluntarias como en emprendimientos en el marco de la economía de cuidados. Presentar informe sobre Economía de cuidados en asociaciones civiles con capacidad de prestación de servicios, si las hubiera.

VI. Centros de jubilados

Presentación virtual del programa, responder dudas, aclaraciones, solicitar comentarios y sugerencias. Intercambiar opiniones acerca de los beneficios que un programa de este tipo podría traer a las personas mayores y las modalidades de participación de los centros de jubilados en el programa.

En el [Anexo I](#), se adjunta el modelo de presentación del programa en el gobierno y las organizaciones comunitarias.

Segunda etapa: aplicación de la encuesta para evaluar niveles de riesgo

Una vez presentado el programa en las distintas dependencias del gobierno local, en las organizaciones académicas y civiles de la comunidad, y en la prensa local, se deben activar los procedimientos para la identificación de la población destinataria. A partir de las derivaciones por parte de registros gubernamentales, el sistema de salud del municipio, las referencias de comerciantes vecinos, centros de jubilados etc. se conformará el primer padrón en el que se aplicará la encuesta básica que permitirá distinguir los niveles de riesgo.

Una buena práctica

Estudiantes del instituto terciario de formación de asistentes terapéuticos realizaron operativos en campo relevando encuestas desde las ventanas de los domicilios de las personas mayores acorde a los protocolos de distanciamiento social impuestos por la pandemia COVID 19. La experiencia fue muy bien valorada por la cátedra y por los estudiantes. El operativo en terreno fue recibido con alegría por parte de los vecinos mayores y se pudieron completar un importante número de encuestas.



Las experiencias desarrolladas hasta el momento en municipios de la provincia de Buenos Aires muestran la conveniencia de realizar encuestas presenciales en los domicilios, sin ingresar a los mismos, conversando con las personas mayores en sus ventanas. La práctica en terreno de estudiantes de carreras afines fue altamente satisfactoria tanto para los estudiantes como para los vecinos mayores.

Si no fuera posible organizar este tipo de operativo presencial, las encuestas telefónicas se pueden realizar tomando los reparos para garantizar a las personas mayores la identidad de quienes realizan el relevamiento, indicando los teléfonos del gobierno local en los que pueden verificar la veracidad de las referencias.

En el Anexo II, se adjuntan:

- la fórmula de **Presentación del encuestador ante la persona mayor** que va a entrevistar,
- el formulario de **Encuesta a aplicar**
- y el **instructivo** para el relevamiento de la información en la entrevista presencial o telefónica. Como se podrá observar, la encuesta tiene marcadas en gris algunas preguntas y opciones de respuestas. Las áreas

griseadas señalan los indicadores de riesgo, sobre este tema se detendrá el siguiente punto.

Tercera etapa: aplicación de la segunda encuesta a la población de mayor riesgo

La encuesta base permite reconocer los grupos de personas mayores de 80 años y mayores de 60 años con morbilidades severas que poseen más necesidades de ayuda. Las personas que al responder la encuesta básica marcaron las preguntas griseadas conforman la población de riesgo de la comunidad. En esta tercera etapa, el programa se propone identificar los niveles de riesgo para establecer tres niveles que se identifican con colores: a) verde (el más leve); b) amarillo (riesgo moderado); y el nivel rojo (riesgo elevado).

En esta tercera etapa se elabora un listado (padrón) que incluya:

- a) las personas que perciben su estado de salud como malo o regular.
- b) las personas que respondieron padecer enfermedades cardíacas, vasculares o cerebrovasculares, EPOC, o neurológicas degenerativas.
- c) las personas que manifiestan necesitar ayuda para realizar actividades de la vida diaria debido a sus enfermedades crónicas o a su fragilidad.
- d) las personas que reciben ayuda de su esposo, que es también una persona de edad avanzada, o de familiares (hijos, etc.) que no viven en su domicilio, o bien las que no reciben ayuda.
- e) las personas que dicen que la persona que la ayuda también tiene dificultades o que no piden mucha ayuda porque sabe que sus familiares o vecinos también están ocupados.
- f) las personas que no han podido conseguir insumos o prestaciones médicas en el último tiempo.
- g) Las personas que se sienten angustiadas o con mal estado de ánimo.

Con el fin de identificar los niveles de necesidad de apoyo, el programa diseñó una segunda encuesta que sólo se aplica a las personas que fueron incluidas en el padrón de riesgo. El objetivo de esta encuesta es recabar información sobre la composición de su hogar conviviente, los vecinos más cercanos en casos de hogares unipersonales, obstáculos y problemas de la vivienda, y aplica

el **test de Barthel**⁷ para conocer el tipo y grado de dependencia personal. El formulario y su instructivo se adjuntan en el [Anexo III](#).

El análisis de la información relevada permite ubicar los casos de los segmentos rojo, amarillo y verde. Si bien la decisión se basa en la evaluación cualitativa, a modo orientativo se puede enunciar que son rojos, máximo nivel de riesgo, las personas de edad extrema y mayor con dependencia severa o total, o con enfermedades terminales con pronóstico de vida limitado, que viven solas o en hogares en los que todos son mayores o poseen discapacidad, y que además pueden tener problemas u obstáculos en sus viviendas. Son amarillos las personas con niveles de dependencia moderada o leve que viven solas o acompañadas por otras personas mayores o discapacitadas, pero disponen de una red familiar que viven en las cercanías y apoyan de manera sistemática a las personas mayores. Finalmente se incluyen en la categoría verde a las personas mayores con dependencia leve o independientes que viven con familiares o tienen apoyo familiar de proximidad. Los tres grupos de riesgo reciben apoyo del programa con distinta intensidad.

A medida que se relevan los datos de las personas de mayor riesgo, se procede a verificar el derecho a tener cobertura de obra social en aquellos casos de que el entrevistado responda no poseer. Asimismo, se recomienda verificar la existencia de certificado de discapacidad y, en caso de personas con dependencia moderada, severa y total que no lo tuvieran se procede a su gestión inmediata.

Cuarta etapa: Convenios de pasantías con instituciones académicas

La formación de recursos humanos especializados en la atención en comunidad de personas de edad extrema o personas mayores con pronóstico de vida limitado a causa de morbilidades severas es un objetivo específico del programa Comunidades Solidarias. Tradicionalmente, en nuestro país, la formación académica relacionada con la dependencia en personas mayores se centra en prácticas en residencias de larga estadía o bien en centros de salud.

El programa Comunidades Solidarias plantea una nueva modalidad de política pública de gestión local, centrada en las personas mayores con dependencia, basada en la comunidad, aplicando los enfoques de derechos humanos y de

⁷ BUZZINI, M., et al. Validación del índice de Barthel. Boletín del departamento de docencia e investigación IREP, 2002, vol. 6, no 1.

género. La incorporación en los currículos académicos de formación de profesionales y técnicos de los servicios sociales y de salud localizados en las jurisdicciones es un componente importante del programa. Por este motivo, el programa ha elaborado un módulo de formación académica que expone en primer lugar el marco de referencia conceptual y el conocimiento de las herramientas de relevamiento de información como respaldo del plan de prácticas en terreno que se efectúa en un segundo momento. Los contenidos del marco de referencia conceptual se adjuntan en el Anexo IV.

Una buena práctica: Convenio de pasantía del gobierno local con la carrera de especialización de “Asistente terapéutico”.

El programa Comunidades Solidarias del gobierno local firmó un convenio para pasantías de estudiantes de la carrera terciaria “asistente terapéutico”. Los estudiantes recibieron dos clases académicas teóricas sobre el tema de la dependencia en personas mayores, el enfoque de derechos humanos y de género y operativos de prácticas en terreno, aplicando la encuesta de detección de personas mayores en situación de riesgo. La evaluación de la actividad teórica-práctica fue excelente, tanto para el instituto de formación como para el gobierno local.



Asimismo, podrán realizarse alianzas con organizaciones de sociedad civil, programas municipales, provinciales o nacionales, que tengan objetivos afines al programa y que cuenten con empleados, colaboradores o voluntarios que puedan tomar a su cargo la recolección de información. Así, se contribuye a su vez a la construcción de verdaderas “comunidades solidarias”, donde exista una corresponsabilidad entre actores del sector público, privado y social, así

como coproducción y reconocimiento de la interdependencia y la reciprocidad que se extiende más allá de las familias.

Parte 2 | La operación del programa

Primera etapa: Difusión

El desarrollo operativo del programa comienza una vez que se haya completado la difusión institucional y conformado el padrón básico con más de cien personas mayores registradas mediante la aplicación de la Encuesta I - Encuesta a Población Mayor de 80 Años y Mayores de 60 Años con Enfermedades Crónicas.

Debe destacarse que, con el fin de ampliar su impacto, la divulgación del programa se mantiene de manera permanente. Es conveniente utilizar la prensa (diarios locales, programas de radio) para comunicar novedades. También es de suma utilidad contactar e informar a los responsables de comercios que atienden personas mayores, tales como supermercados, almacenes, peluquerías, farmacias, ópticas, en especial aquellos que hacen descuentos a jubilados.

Una buena práctica de difusión:

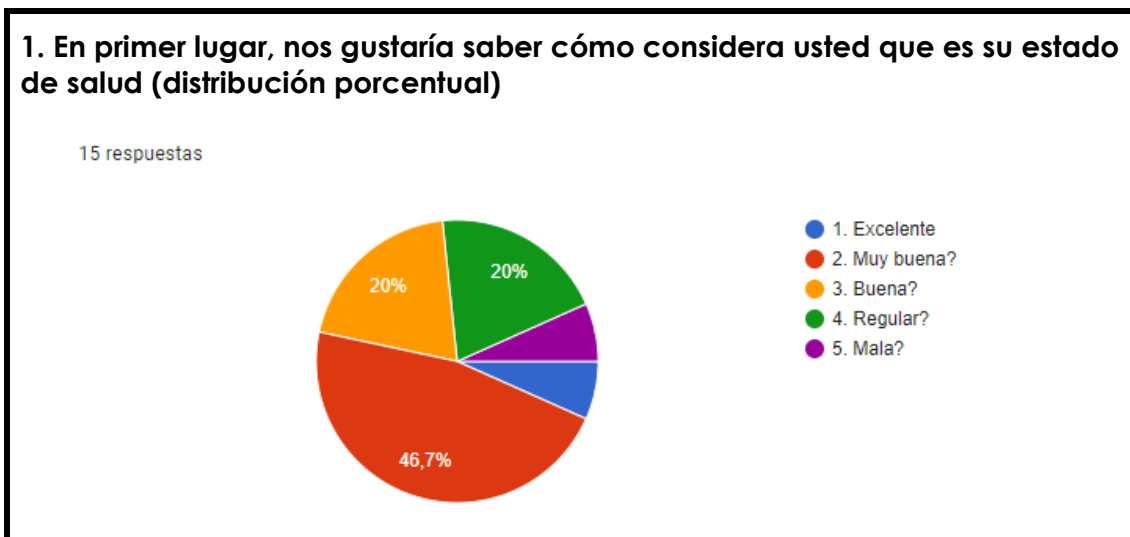
Dejar un teléfono de contacto o entrega de material impreso en peluquerías que hacen descuentos a jubilados y pensionados y supermercados con entregas a domicilio sin cargo.

Segunda etapa: Estudio del perfil de la población y definición de los niveles de riesgo

El primer paso en la ejecución del programa es la exportación de la base de datos que generan los registros de la Encuesta I - Encuesta a Población Mayor 80 Años y Mayores De 60 Años Con Enfermedades Crónicas.

La exportación de la base se realiza mediante dos procedimientos (ver tutorial en Anexo V). El primer procedimiento muestra gráficos estadísticos de la población para cada pregunta indagada en la encuesta. Son relevantes los

gráficos sobre el estado de salud percibido, la necesidad de ayuda en actividades, y el estado de ánimo percibido. El ejemplo de uno de los 13 gráficos que exporta la base de datos:



Estos gráficos pueden ilustrar presentaciones en la prensa local, en dependencias públicas, y centros de jubilados, entre otros, como parte de las actividades de difusión del programa.

Para evaluar los niveles de riesgo de las personas mayores registradas es necesario proceder a la exportación de la base de datos en el programa Excel (ver tutorial en Anexo V). La base Excel permite filtrar los registros en cada una de las preguntas de la encuesta.

Las variables que nos permitirán evaluar globalmente si la persona mayor se encuentra en una situación de riesgo potencial son: "edad"; "estado de salud percibido"; "enfermedad conocida"; "obra social o cobertura de salud"; "necesita ayuda para actividades"; "quien lo ayuda"; "satisfecho con la ayuda"; "estado de ánimo". Particularmente, se debe hacer foco en las distintas variables para identificar el grupo de riesgo: es decir, aquellas personas "mayores de 80 años"; que declaran un "estado de salud malo o regular"; aquellas personas que declaran padecer alguna "enfermedad cardiovascular; enfermedades respiratorias crónicas; diabetes; enfermedades neurológicas"; aquellas personas que "no tienen cobertura de obra social"; que "necesitan ayuda para actividades básicas"; que declaran que "lo ayuda el esposo/a" o lo/a ayuda "otros que no viven que ella". También debemos aislar los casos de aquellas personas que declaran un "estado de ánimo angustiado".

Debido a que las personas pueden tener más de un factor de riesgo, sus nombres suelen aparecer repetidos en los distintos sub universos. Las personas

que están registradas en **al menos** una de las páginas elaboradas conforman el padrón de riesgo sobre el que se debe aplicar la Encuesta II - Encuesta para población de riesgo.

El segundo paso es, pues, aplicar la **Encuesta II - Encuesta para población de riesgo** en las personas seleccionadas. La Encuesta II proporciona información sobre el hogar en que convive la persona mayor, problemas y obstáculos de las viviendas que pueden dificultar la circulación y el índice de Barthel para medir dependencia funcional, entre otras dimensiones.

Si la entrevista no se puede realizar de manera presencial, es fundamental ofrecer información que asegure la procedencia del llamado telefónico, dejando el número de teléfono de la dependencia municipal responsable y el nombre de la entrevistadora de modo de que el entrevistado pueda verificar la procedencia de la llamada.

La información recolectada permite elaborar el perfil estadístico de la población de riesgo registrada. Esto se realiza analizando la información recibida a través de la Encuesta II - Encuesta sobre población de riesgo (ver Anexo V).

Las preguntas que nos permitirán establecer los distintos niveles de riesgo son:

- “*quiénes viven con usted*”,
- “*relación de parentesco del conviviente*”,
- “*edad del conviviente*”,
- “*posee alguna discapacidad*”,
- “*cuando está presente*”,
- “*familiares directos a menos de 40 km*”,
- “*con qué frecuencia sale*”,
- “*su vivienda tiene alguno de estos problemas*”,
- “*tiene dificultades para trasladarse en el interior de su vivienda*”,
- “*puntaje Barthel total*”.

Analizando las variables expresadas en el párrafo anterior, a partir de la Encuesta II, podremos distinguir tres niveles de riesgo en la población identificada:

- El **botón rojo** comprende (*prima facie*) a las personas de mayor riesgo, que son;
 - a. las personas mayores de 80 años que viven solas o con otras personas mayores o con hijos discapacitados, sin hijos residiendo a menos de 40 km.;
 - b. las personas con puntaje Barthel total menor a 60;

- c. las personas mayores de 80 años o con comorbilidades severas cuyas viviendas presentan obstáculos o problemas edilicios;
- d. las personas con pronóstico de vida limitados debido al avance de sus morbilidades; y las personas detectadas cualitativamente en situación de riesgo mayor.
- El **botón amarillo** incluye (*prima facie*) a las personas de riesgo intermedio, definidas como:
 - a. las personas mayores de 80 años que viven solas o con otras personas mayores e hijos u otros familiares residiendo en las cercanías que prestan su apoyo;
 - b. las personas con puntaje Barthel total entre 90 y 61 puntos (dependencia moderada);
 - c. las personas que no salen de sus casas o lo hacen muy esporádicamente; y las personas detectadas cualitativamente en situación de riesgo intermedio.
- El **botón verde** corresponde, finalmente, a personas mayores de 80 años o de edades más jóvenes con comorbilidades que viven acompañadas por familiares o no familiares más jóvenes y poseen puntaje Barthel superior a 91, así como las identificadas de manera cualitativa como personas de riesgo bajo.

Tercera etapa: la gestión local para apoyar a las personas según su situación de riesgo

Una vez conformados los padrones de vecinos mayores con los niveles de riesgo identificados, comienza la operación del programa mediante gestiones específicas del gobierno local.

- Personas **mayores de 65 años** que respondieron **no tener obra social**: se debe indagar si gestionaron la pensión universal para personas mayores de 65 años. Si cobran la pensión por vejez, corresponde su afiliación a PAMI; las personas que viven en pareja con jubilados afiliados al PAMI, corresponde su afiliación a PAMI; todos los jubilados y pensionados de cajas nacionales, corresponde su afiliación a PAMI. En todos los casos, la gestión local debe orientar la afiliación a la obra social de acuerdo con la situación particular de la persona mayor.
- Personas con **puntaje Barthel 60 o menos**, con dependencia en actividades diarias, **sin certificado de discapacidad**: se debe gestionar el certificado de discapacidad para asegurar servicios de apoyo en caso de requerirse.

- Personas con morbilidades severas cardiovasculares, respiratorias, diabetes, obesidad, neurológicas: se debe asegurar que el **programa de vacunación COVID** esté completo.
- Personas mayores con **puntajes Barthel inferior a 60 y familiares que prestan cuidado**: se debe indagar y valorar el estrés de los/las cuidadores/as familiares.
- La programación de la frecuencia del contacto telefónico se elabora siguiendo los niveles de riesgo y la evaluación cualitativa de los operadores del programa.

El apoyo individual mediante la detección precoz de fallas en el soporte y el apoyo de las personas mayores con dependencia, fragilidad, o morbilidades severas, se mantiene a lo largo del programa mediante el contacto telefónico programado y consensuado en cada caso. El objetivo de la gestión local de casos individuales es facilitar el acceso oportuno a las prestaciones de su cobertura de salud o los servicios sociales. En caso de emergencias cubiertas por el gobierno local, la gestión ante las obras sociales permite la gestión de reintegros. Para ello, es conveniente establecer convenios macro entre el gobierno local y las obras sociales que prestan cobertura en el distrito.

Cuarta etapa: organización de servicios locales de base comunitaria para la estimulación física y cognitiva

Los servicios sociosanitarios de base comunitaria para personas mayores de una localidad comprenden desde la red de centros de jubilados hasta los centros y servicios profesionales de atención primaria. La gestión del programa Comunidades Solidarias se propone articular este amplio tejido para centrarlo en la atención de las personas mayores que más lo necesitan.

El escenario comunitario varía en cada localidad, por lo tanto, el diseño de servicios específicos es singular en cada entorno. Sin perjuicio de ello, se pueden sugerir la conveniencia de organizar actividades específicas de estimulación cognitiva y entrenamiento físico rehabilitador en contextos grupales. Estos espacios facilitan la inclusión e integración social de personas que permanecen aisladas en sus domicilios debido a dificultades corporales o emocionales. Asimismo, convocatorias sociales de alcance más amplio, tales como bingo o campeonatos de juegos de naipes y de salón, o competencias de bochas y tejo, entre otros, facilitan la estimulación, la integración y participación social de personas mayores con niveles leves y moderados de dependencia e independientes, a través del desarrollo de actividades lúdicas.

Centros diurnos

Los centros diurnos son establecimientos adaptados para ofrecer servicios de recuperación funcional, estimulación cognitiva e integración social a personas mayores con niveles de dependencia leve y moderada (Barthel > a 40 e =<90). Asimismo, estos espacios comunitarios pueden aprovecharse para la promoción de actividades de prevención en salud y el envejecimiento activo, para aquellas personas mayores autoválidas que coexistan en la comunidad.

Si bien estudios del Barómetro de la Deuda Social Argentina dan cuenta de que la participación de las personas mayores en centros diurnos o centros de jubilados es baja con respecto a estas poblaciones⁸, esta participación puede promoverse, si se realizan las gestiones necesarias ante las obras sociales que correspondan a las personas de la comunidad.

Las obras sociales tienen la obligación de cubrir los servicios de centro diurno, incluyendo el costo de transporte, de las personas mayores con certificados de discapacidad o que cuentan con requerimiento médico (ver Anexo VI). Para ello, las instalaciones edilicias y el plantel de profesionales deben ajustarse a las normas sanitarias de la autoridad regulatoria. Los planes de atención de los centros diurnos deben estar centrados en satisfacer las necesidades, los deseos y preferencias de las personas mayores que reciben el servicio. Además, las actividades del centro deben incluir reuniones de apoyo y capacitación de cuidadores informales.

La oferta de servicios diurnos especializados mejora la autonomía de personas mayores con dependencia funcional y, al mismo tiempo, facilita la participación en el mercado de trabajo de los/las cuidadores/as familiares, o bien, alivia el estrés de quienes exclusivamente se dedican al cuidado. Los centros diurnos favorecen “envejecer en casa” con seguridad y confort.

Jornadas de juegos de salón, bochas, tejo, bingo

Como es bien sabido, los juegos de salón, el bingo y los juegos de bochas o tejo, entre los más populares, constituyen herramientas privilegiadas para la estimulación cognitiva y la mejora del bienestar emocional. Por su naturaleza, son además interesantes propuestas intergeneracionales. La gestión de tardes de bingo, de juegos o campeonatos de juegos de naipes, puede

⁸ AMADASI, Enrique; TINOBORAS, Cecilia. Cultura democrática, confianza institucional, participación social y seguridad ciudadana: una mirada sobre el modo en que las personas mayores piensan, evalúan y practican la democracia en la Argentina actual. 2015.

descentralizarse en asociaciones de la sociedad civil, centros de jubilados, clubes, o colegios secundarios, por ejemplo.

La organización de jornadas lúdicas favorece la integración intergeneracional, mejora el bienestar emocional y estimula las funciones cognitivas de las personas mayores. Su bajo costo y elevado beneficio social resultan en uno de los instrumentos más eficientes para la gestión local.

Parte 3 | La continuidad del proyecto

Una vez puesto en funcionamiento el programa, su continuidad se basa en el fortalecimiento de las actividades y servicios que muestran mayor impacto positivo en la comunidad, la discontinuidad de los que no obtienen los resultados esperados y el desarrollo de propuestas novedosas, surgidas mediante el intercambio con todos los actores de la localidad.

Asimismo, es factible incluir el proyecto como componente dentro de otros programas de gran escala que sean aplicados en el municipio o la comuna: por ejemplo, programas que promuevan el envejecimiento activo, la iniciativa "Ciudades Amigables", programas de abordaje y prevención de la violencia hacia las personas mayores, entre otras iniciativas análogas que se desarrollan en la región.

Sobre la evaluación del proyecto

Para realizar la evaluación de las actividades y servicios, se recomienda llevar estadísticas de indicadores seleccionados, entre otros que el equipo operador decida, se sugiere:

1. cantidad de altas en el padrón general y en el padrón de riesgo.
2. cantidad de bajas en el padrón general y en el padrón de riesgo por motivo de la baja.
3. cantidad de afiliaciones a obras sociales efectuadas
4. cantidad de certificados de discapacidad gestionados.
5. cantidad de personas llamadas al menos una vez por semana
6. cantidad de personas llamadas al menos una vez cada dos semanas

7. cantidad de personas llamadas al menos una vez al mes.

8. cantidad de servicios o prestaciones realizadas por tipo de servicio o prestación.

INDICADOR NEGATIVO:

9. cantidad de personas que se encontraron fallecidas en su domicilio

AL FINALIZAR EL PERÍODO DE DISTANCIAMIENTO

10. cantidad de personas con dependencia leve y moderada que participan de actividades de estimulación física y cognitiva en centro diurnos

11. cantidad de personas que participan de actividades intergeneracionales lúdicas de estimulación física y cognitiva por tramos de edades.

INSTITUCIONES ACADÉMICAS

11. Cantidad de pasantes de instituciones académicas por institución

La evaluación del programa debe incluir además reuniones grupales con las personas mayores usuarias y con los/las cuidadores/as familiares para conversar sobre la marcha del programa y recibir comentarios y sugerencias para su mejora y continuidad. El programa Comunidades Solidarias es una iniciativa del gobierno local, pero su diseño debe transformarse en una creación colectiva de la comunidad.

ANEXO I

(Insertar nombre del municipio o comuna): COMUNIDAD SOLIDARIA CON SUS VECINOS MAYORES

Nuestro municipio ha firmado un convenio de asistencia técnica con la Fundación Navarro Viola y la Fundación SIDOM para encarar un programa destinado a apoyar y salvaguardar la calidad de vida de nuestros vecinos mayores de 80 años, así como de los mayores de 60 años que padezcan morbilidades crónicas, ya sea que residan en sus domicilios como en residencias geriátricas.

Según los datos del último censo de población del año 20___, vivían en sus hogares en XXXX, Q personas mayores de 60 años, de las cuales Q personas eran mayores de 80 años, en tanto Q personas de 60 años y más residían en las Q residencias geriátricas que en esa fecha fueron censadas. Estos datos, los últimos disponibles desagregados por partido, constituyen un marco de referencia para estimar parámetros de cantidad de población y dan cuenta de la necesidad de fortalecer las intervenciones locales que atiendan especialmente a este grupo poblacional en el distrito.

En marzo de 2020, la pandemia COVID19 puso en evidencia la extrema vulnerabilidad de las personas comprendidas en estos grupos. Por su edad y condición de salud, también son de máximo cuidado ante otro tipo de catástrofes naturales, tales como inundaciones e incendios, o en situaciones de inseguridad. Las personas mayores que viven solas, o con otras personas que también son de edad extrema, así como las personas mayores que viven en instituciones cerradas, requieren especial atención por parte del gobierno local y de la comunidad. Por este motivo, el programa comunidades solidarias con sus vecinos mayores se propone identificar y contactar telefónica o presencialmente a todas las personas mayores que residen en hogares particulares, y visitar regularmente las residencias geriátricas emplazadas en nuestro partido para conocer sus necesidades y ofrecer el apoyo que contribuya a su confort y seguridad.

Desde la gestión del gobierno municipal nos ocuparemos de integrar los servicios sociales y sanitarios del partido, incluyendo los de obras sociales, para que las personas mayores los reciban de manera oportuna, sin necesidad de desplazarse de una oficina a otra para acceder en tiempo y forma a las prestaciones. Además, nos ocuparemos de que en caso de emergencia dispongan de rápida atención directa.

Sabemos que la seguridad y el confort de las personas mayores requiere también del esfuerzo de quienes están más cerca, sus vecinos y familiares, por eso convocamos a las organizaciones sociales, a los centros de jubilados, los grupos de voluntarios, comerciantes, en fin, a la comunidad toda de Ameghino para apoyar solidariamente a nuestros vecinos mayores y garantizar su bienestar cotidiano.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Se trata de un sencillo programa de búsqueda activa (epidemiológica) de personas comprendidas en los dos grupos de riesgo: a) personas de 80 años y más; y b) personas de 60 años y más que posean múltiples enfermedades crónicas.

La búsqueda se realizará con la "estrategia bola de nieve", esto es solicitando a centros de atención primaria, hospitales, médicos de cabecera, o consultando padrones electorales o del registro civil, los domicilios o teléfonos de vecinos de ambos grupos.

Se elaborará el padrón, de actualización permanente, y mediante un equipo de voluntarios que firmarán un compromiso de confidencialidad en el tratamiento de la información se realizarán las llamadas al domicilio para efectuar la breve encuesta que se adjunta. Los datos de la encuesta permitirán definir tres niveles de riesgo: a) rojo; b) amarillo; y c) verde. Como se explica en el instructivo de la referida encuesta, las personas de esas edades y perfil de salud que vivan solas, o con otras personas que son todas de edad mayor y extrema (parejas solas, hermanos, hijos/as mayores de 60 años con padres, madres o suegro/as mayores de 80 años) serán identificadas con el color rojo. Los colores amarillo y verde identificarán a personas de ambos grupos de edad y perfil de salud que residan con familiares jóvenes. La graduación entre el amarillo y el verde dependerá de la cantidad y complejidad de las morbilidades, así como de la calidad del soporte familiar en el domicilio.

A las personas identificadas con nivel rojo de riesgo se les un contacto telefónico semanal a su domicilio para verificar su situación y eventual necesidad de ayuda. Asimismo, se gestionará una línea de contacto directo de 24 hs. para la rápida atención de emergencia de este grupo de vecinos.

El programa prevé convocar a las organizaciones de la sociedad civil del partido, incluyendo los centros de jubilados, para consolidar equipos voluntarios que colaboren con el municipio para el soporte de los vecinos de edad extrema y personas mayores con comorbilidades complejas.

ANEXO II

PRESENTACIÓN ENCUESTA I - ENCUESTA POBLACIÓN MAYOR 80 AÑOS Y MAYORES DE 60 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Población destinataria: Personas mayores de 80 años de ambos sexos, y personas mayores de 60 años de ambos sexos con enfermedades crónicas, residentes en todas las localidades del partido.

Presentación telefónica: Buenos días/ tardes, mi nombre es _____ y estoy llamando desde la Dirección/Secretaría de _____ del Municipio de _____. Desde el gobierno municipal se ha iniciado un programa de apoyo permanente a todos los vecinos mayores de 80 años o personas mayores de 60 años que sufran enfermedades crónicas. Si usted está de acuerdo en ser parte de este programa, le voy a hacer una pequeña encuesta que nos permitirá conocer sus necesidades de apoyo. Le deseo destacar que toda la información que usted nos dé al responder la encuesta estará protegida por las leyes 25326 de Protección de Datos Personales y 17622 de Secreto Estadístico, es decir, la información es absolutamente confidencial y solamente será utilizada para programar sus necesidades de apoyo o asistencia.

Las personas mayores que deseen formar parte de este programa dispondrán de atención telefónica directa a través de una línea telefónica exclusiva. Asimismo, recibirá periódicamente nuestro llamado telefónico para saber si continúa usted bien o si necesita algún tipo de apoyo que podamos ofrecerle a través del cuerpo de voluntarios o del personal municipal. Nuestro propósito es que las personas mayores con más riesgo que vivan en nuestro partido dispongan de protección especial por parte de nuestro gobierno municipal.

ENCUESTA I - ENCUESTA POBLACIÓN MAYOR DE 80 AÑOS Y MAYORES DE 60 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENCUESTA PANDEMIA COVID 19 MAYORES DE 80 AÑOS Y DE 60 AÑOS CON COMORBILIDADES CRÓNICAS EN COMUNIDAD					
NOMBRE Y APELLIDO			TELÉFONO		
_____			_____		
EDAD: _____			FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___		
DISTRITO			BARRIO: _____		
_____			_____		
<p>Buenos días/tardes. Desde _____ del Gobierno del Partido de _____ nos ponemos en contacto con usted para saber si tiene algún tipo de necesidad de salud que nosotros podamos ayudar a resolver sin colas o demoras en la atención, cuidando el debido distanciamiento social. No importa cuál sea su obra social, nuestro equipo se encargará de tomar contacto con ellos para garantizar que usted resuelva de manera oportuna y adecuada sus necesidades de atención o consulta de salud o de apoyo cotidiano.</p>					
1. En primer lugar, nos gustaría saber si usted considera que, en general, su salud es...			5. ¿Me podría decir cuál es su obra social o su cobertura para la atención de la salud?		
1. Excelente?	1	Opción múltipl		Sí	No
2. Muy buena?	2	PAMI		1	2
3. Buena?	3	IOMA		1	2
4. Regular?	4	OSECAC		1	2
5. Mala?	5	UP/ ACCORD		1	2
2. ¿Algún médico le diagnosticó....		OSPLAD		1	2
Opción múltiple	Sí	No	OSDE	1	2
1. Presión alta o hipertensión?	1	2	OSPRERA	1	2
2. Enfermedades vasculares, cerebro vasculares, o del corazón?	1	2	FAMYL	1	2

3. Enfermedades respiratorias crónicas (EPC; asma u otras)?	1	2	PEQUEÑA FAMILIA		1	2
4. Diabetes?	1	2	PLAN MUNICIPAL SUMAR		1	2
5. Enfermedades reumáticas (osteoporosis artritis u otras)?	1	2	OTRA _____		1	2
6. Enfermedades digestivas (gastritis, úlcera u otras)?	1	2	NO TENGO OBRA SOCIAL		1	2
7. Enfermedades neurológicas o mentales (Parkinson, alzheimer u otras)?	1	2	6. Debido a su enfermedad o a su falta de fuerzas, necesita ayuda para hacer estas actividades cotidianas?			
8. Alguna otra enfermedad crónica que no le mencioné _____	1	2	Opción múltipl		Necesito ayuda	No necesito ayuda
3. Si contestó algún Sí en las enfermedades en la pregunta anterior ¿Por causa de estas enfermedades, toma medicamentos...			Bañarse, asearse		1	2
1. diariamente ?	1	pasa >4	Vestirse y desvestirse		1	2
2. dos o tres días a la semana?	2	pasa >4	Acostarse o levantarse de la cama		1	2
3. cada quince días?	3	pasa >4	Comer, cortar carnes		1	2
4. esporádica mente o no toma?	4		Caminar en el interior del hogar		1	2
4. ¿Cuántos medicamentos toma usted por semana?			Caminar en el exterior de su casa		1	2
1. Uno		1	Preparar comida caliente		1	2
2. Dos		2	Hacer las compras		1	2
3. Tres		3	Hacer la cama		1	2
4. Cuatro o más		4	Limpiar el piso o el baño		1	2
7. Si contestó "Necesito ayuda" en alguna actividad: ¿Quién lo ayuda?			11. En el último tiempo, tuvo inconvenientes para realizar análisis de laboratorio o radiología para el paciente			

Mi esposo/a	1	2	1. No tuve inconvenientes			1
Mi hijo/a que vive conmigo	1	2	2. Tuve dificultades, pero los conseguí			2
Mi hijo/a que no vive conmigo	1	2	3. No conseguí que le hicieran los estudios			3
Mis nietos que viven conmigo	1	2	4. No aplica			4
Mis nietos que no viven conmigo	1	2	12. En el último tiempo, tuvo inconvenientes para que concurren ante el llamado a emergencias?			
Otros fliares o no fliares que viven conmigo	1	2	1. No tuve inconvenientes			1
Otros fliares o no fliares que no viven conmigo	1	2	2. Tuve dificultades, pero vinieron			2
Un/a empleada contratada	1	2	3. No conseguí que vinieran			3
8. Con la ayuda que recibe, usted diría...			4. No aplica			
Estoy muy satisfecho porque siempre está/n atento/s a lo que necesite		1	13. En el último tiempo, ¿percibe algún inconveniente en su estado de ánimo?			
Estoy satisfecho porque hacen lo más que pueden		2	1. No percibo cambios			1
No siempre me pueden resolver todo lo que necesito porque tienen sus ocupaciones		3	2. Tengo cierto malestar por la incertidumbre y las noticias, pero en general estoy bien			2
No siempre me pueden resolver todo lo que necesito porque viven lejos		4	3. Sí, estoy angustiado, muy preocupado por todo esto			3
No siempre puede/n ayudarme porque también es/sin persona mayor/ enferma		5	14. Por último, ¿podría decirme que servicio o ayuda (que no sea económica porque eso corresponde a ANSES) podría ofrecerle el gobierno municipal para mejorar su bienestar?			
Trato de no molestar porque sé que no pueden ayudarme		6				
9. En el último tiempo, tuvo inconvenientes para conseguir medicamentos o insumos que necesita?						
1. No tuve inconvenientes		1				

2. Tuve dificultades, pero los conseguí	2	_____
3. No conseguí algunos insumos o medicamentos	3	_____
4. No aplica	4	_____
10. En el último tiempo, tuvo inconvenientes para realizar interconsultas con especialistas?		_____
1. No tuve inconvenientes	1	_____
2. Tuve dificultades, pero los conseguí	2	_____
3. No conseguí que se realizaran las interconsultas	3	_____
4. No aplica	4	_____

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE ENCUESTA I - ENCUESTA POBLACIÓN MAYOR DE 80 AÑOS Y MAYORES DE 60 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Presentación del Entrevistador: Completar la dependencia municipal que organiza la encuesta y el nombre del partido correspondiente a su gobierno local.

Presentarse con nombre y apellido, y consignar el número telefónico de la oficina del gobierno municipal en la que puede verificar su identidad. Leer la presentación completa que está escrita al inicio del formulario.

Pregunta 1: Interesa conocer la autopercepción del estado de salud, cómo califica la persona mayor a su estado de salud. Consignar la respuesta espontánea (una única opción) sin inducir respuesta.

Pregunta 2: Interesa saber si a la persona algún médico o personal de salud alguna vez le dijo que tenía alguna de estas enfermedades crónicas, si no es ninguna de las que se menciona profundizar preguntando si sufre alguna otra, en caso positivo anotar la enfermedad que menciona.

Pregunta 3: Indaga si en relación con las enfermedades crónicas anotadas en la pregunta anterior toma medicación y con qué frecuencia toma. **Nótese que no se refiere a ingesta de vitaminas o analgésicos de venta libre, sino a medicamentos prescritos para las enfermedades que mencionó.**

Pregunta 4: Solamente se indaga en los casos que respondieron tomar medicamentos regularmente. Si contestó que no toma o muy ocasionalmente no formular esta pregunta.

Pregunta 5: (a todos los entrevistados) Pregunta sobre la cobertura por obra social, si la que menciona no está en el listado anotar en otros el nombre de la obra social que menciona.

Pregunta 6: Es de opción múltiple, la pregunta se dirige a conocer si la persona tiene limitaciones para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Puede tener dificultades para realizar más de una de las actividades mencionadas. Marcar todas las casillas por sí o por no.

Pregunta 7: Marcar las personas que la ayudan en caso de necesitar apoyo. Nótese que, aunque no tenga limitaciones permanentes para hacer por sí misma las actividades de la vida diaria, puede necesitar ayuda circunstancial, por eso es conveniente formular a todos esta pregunta.

Pregunta 8: Quiere conocer la opinión de la persona mayor con la ayuda que recibe. Es una escala de satisfacción en la que se debe marcar una sola opción:

la que la persona mayor indica después de realizar la lectura de todas las opciones.

Pregunta 9: Se refiere a si por algún motivo, no pudo comprar medicamentos o insumos. Es una escala en la que hay que marcar una sola opción, que será la que la persona mayor elige después de leídas todas las opciones. Corresponde marcar NO APLICA, cuando la persona no necesitó comprar medicamentos o insumos. Por insumos entendemos pañales, descartables, gasas, etc.

Pregunta 10: Ídem a la preg. 9 para consultas a especialistas. Corresponde NO APLICA cuando no le indicaron interconsultas.

Pregunta 11: Ídem preg. 9 para análisis de laboratorio o radiología. Corresponde NO APLICA cuando no le indicaron estudios.

Pregunta 12: Ídem preg. 9 para emergencias. Corresponde NO APLICA cuando no llamó a emergencias.

Pregunta 13: Es una escala de opinión acerca de su estado de ánimo, lea cuidadosamente las alternativas y marque la opción que la persona indique.

Pregunta 14: Es una pregunta abierta, corresponde escribir lo que la persona dice, exactamente de la misma manera en que lo dice, con sus palabras, si utiliza por ejemplo la fórmula "a mí me gustaría", escribir exactamente en primera persona la frase. Aclare que el municipio no otorga subsidios económicos porque dicho tema es de competencia del ANSES. Pregúntele acerca de servicios municipales tales como mejoras en el pavimento, en las veredas, en el transporte, en las bolsas de alimentos, en ayuda en su casa, en reuniones sociales, más servicios de salud, pero no se los mencione, se los damos como referencia suya para saber de qué tipo de servicios se quiere conocer la opinión del entrevistado. Escriba textualmente las expresiones del/la entrevistado/a.

ANEXO III

Encuesta II - Encuesta para población de riesgo.

Nombre y apellido _____ _____		Número de IP: _____ Fecha: _____		Fecha de nacimiento _/_/____			
Domicilio _____ _____				Localidad _____			
Teléfono _____		Nombre del familiar de confianza _____					
Teléfono del familiar _____			Vecino cercano _____				
Teléfono del vecino _____			Nombre del entrevistador _____				
P.1. ¿Está usted asociado a una obra social o mutual?			Sí	1	No	2	
Si está afiliado, completar							
Obra social _____			DNI _____ _____				
Médico de cabecera _____			Centro de Salud _____				
P.2.	¿Quiénes viven con usted?						
Relación de parentesco con el/la paciente	Edad	Discapacitado	Sexo		Está presente en el domicilio		
			Masculino	Femenino	Día	Noche	Siempre
1. Cónyuge		1	1	2	1	2	3
3. Hijo/a		1	1	2	1	2	3

4. Madre/Padre		1	1	2	1	2	3
5. Nuera/yerno		1	1	2	1	2	3
6. Nieto		1	1	2	1	2	3
7. Hermano/a		1	1	2	1	2	3
8. Otro (especificar)		1	1	2	1	2	3
P.3. ¿Tiene familiares directos que no conviven con usted?					P.4. En general, ¿con qué frecuencia sale usted de su casa?		
Familiares directos no convivientes	Sí	Vive a menos de 40 km	Vive a más de 40 km	No tiene			
Hijos	1	1	1	2	más de una vez por semana	1	
Nietos	1	1	1	2	una vez por semana	2	
Hermanos/cuñados	1	1	1	2	al menos una vez por mes	3	
Sobrinos	1	1	1	2	muy esporádicamente	4	
Otros (especific.)	1	1	1	2	No salgo nunca	5	
P.5. (solo a quienes respondieron que salen) Cuándo sale, ¿usted...				P. 6. ¿Recibe usted visitas en su casa de.....			
	SI	NO		SI	NO		
necesita que lo acompañe un familiar, vecino o amigo?	1	2	familiares?	1	2		
necesita que lo acompañe una persona contratada?	1	2	amigos o vecinos?	1	2		

no necesita que lo acompañen?		1	2	otras personas de la comunidad?		1	2
P.7 Su vivienda ¿tiene alguno de estos problemas				P. 8 ¿Tiene dificultades para trasladarse en el interior de su casa a causa de.....			
Problemas		SI	NO	Dificultades		SI	NO
humedad?		1	2	Desniveles?		1	2
goteras/filtraciones?		1	2	Escaleras?		1	2
poca ventilación?		1	2	Piso rugoso?		1	2
fallas de calefacción?		1	2	Otros (especific.)?		1	2
P.9	Dependencia (Escala Barthel)						
	Actividad de la vida diaria		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	
	Comer		10	5	0		
	Lavarse (bañarse)		5	0			
	Vestirse		10	5	0		
	Arreglarse		5	0			
	Deposición		10	5	0		
	Micción		10	5	0		
	Usar el retrete		10	5	0		
	Traslado al sillón/cama		15	10	5	0	
	Deambulación		15	10	5	0	
	Subir/bajar escaleras		10	5	0		

Puntaje Total Barthel							
P. 10 ¿Tiene usted aplicada la vacuna COVID 19				P. 11 ¿Sabe usted qué vacuna le aplicaron?			
Sí, las dos dosis	1	pasa a preg. 11	Sputnik V	1			
Si, pero solo una dosis	2	pasa a preg. 11	Sinopharm	2			
No, porque mi médico me aconsejó no ponerla	3		Astra Zéneca	3			
No, porque no deseo ponérmela	4		No recuerdo/ No sé	4			
P.12 ¿Tiene usted certificado de discapacidad?				P.13 ¿Quién respondió el cuestionario?			
Sí	1		Respondió la persona mayor	1			
No	2		Respondió otra persona	2			
P.14 Si no fue la persona mayor ¿Quién respondió el cuestionario?							
Apellido y nombre							

Relación con la persona mayor (especificar)							

Instructivo para completar el formulario “Encuesta para población de riesgo”

La encuesta deberá realizarse a cada persona que se identifique a través de la Encuesta I - Encuesta para personas mayores de 80 años o 60 años con comorbilidades crónicas. Es importante que la persona mayor responda por sí misma. Si el médico o el profesional que realiza la encuesta de población señala que no está capacitado para responder por sí mismo, se aplica el cuestionario a la persona que se indique como responsable del hogar en el que la persona mayor vive.

No olvidar de completar el nombre del encuestador en los datos personales de cada cuestionario.

Consideraciones generales para la aplicación del cuestionario, destacando algunas preguntas:

Datos personales:

Nombre y apellido de la persona mayor identificada de riesgo alto.

Fecha de nacimiento

Se completa en forma numérica con formato fecha

-----/-----/-----

Dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes, cuatro dígitos para el año.

A modo ejemplo: 06/03/1938

Domicilio y localidad (situadas en el partido Florentino Ameghino)

Teléfono del domicilio o bien celular de la persona mayor, según corresponda

Familiar de confianza

Se debe preguntar a la persona mayor quién es el familiar que, en caso de emergencia, el gobierno municipal puede contactar, aunque el familiar de confianza no resida en el Partido de Florentino Ameghino. Si la persona mayor no desea identificar un familiar de confianza, no insistir, indicar que se respeta su decisión.

Teléfono del familiar de confianza

Se debe requerir su teléfono celular, particular del domicilio donde vive o el del trabajo con el que se lo pueda localizar en caso de una emergencia.

Vecino cercano

Se solicita a la persona mayor el nombre y apellido del vecino más cercano a su domicilio de su confianza para comunicarse desde el gobierno municipal en caso de una emergencia en su domicilio. Explicar que es a los fines de hacer llegar la ayuda de manera rápida en caso de una emergencia en el domicilio de la persona mayor. Si la persona mayor no identifica un vecino cercano de confianza no insistir.

Teléfono del vecino cercano

El teléfono que corresponda al domicilio más cercano de confianza.

P.1 Afiliación a una obra social o mutual. Primero se pregunta si está afiliado a una obra social. Si la respuesta es positiva se deben consignar los datos de filiación:

Nombre de la obra social, número de afiliado, nombre del médico de cabecera y/o del centro de salud en el que tienen registrada su historia clínica.

P.2 Quiénes viven en el hogar

El objetivo de esta pregunta es conocer el entorno familiar conviviente del/la persona mayor. Se deben incluir los cuidadores domiciliarios contratados en forma particular o pagados por otra entidad. Se debe marcar en el listado de relaciones de parentesco o vinculaciones con el paciente que corresponde a cada familiar o no familiar conviviente. En todos los casos, se debe indagar la situación de discapacidad de los familiares o allegados convivientes.

En cada casilla corresponde poner la edad y el sexo de cada uno de los integrantes del hogar. La relación de parentesco es la que cada integrante del hogar tiene con el/la persona mayor.

La permanencia de los distintos integrantes en el hogar puede ser diurna, si es que está principalmente durante el día, aunque no sea todo el día, nocturna, si solamente va a la casa a dormir y no está durante el día, o siempre si es que está la mayor parte del día y la noche. **Las personas que solamente van fines de semana o esporádicamente no corresponde que sean incluidas en el listado de integrantes del hogar, aunque sean familiares del paciente.**

P. 3. Tenencia de familiares directos no convivientes

La pregunta hace referencia a familiares consanguíneos descendientes o laterales que no vivan con el/la paciente.

Pregunta de opciones múltiples. Marcar lo que corresponde en cada caso. Para cada familiar, se debe indagar si vive a menos de 40 km del domicilio de la persona mayor o más de esa distancia, marcando lo que corresponda.

P. 4. Se refiere a la frecuencia con que la persona mayor entrevistada sale del domicilio, por cualquier motivo: hacer compras, visitar amigos o familiares, concurrir al médico. Se solicita a la persona mayor entrevistada responder la opción que más se aproxima a su rutina. Es una sola marca entre las que ofrece la encuesta.

P. 5. Necesidad de ayuda para salir afuera del domicilio. Es de opción múltiple. Si responde que no necesita ayuda de ningún tipo, se estima que puede salir solo, sin ayuda. En ese caso, es conveniente repreguntar para confirmar que efectivamente sale sin ayuda de terceras personas.

P. 6. Recibe visitas en su casa.

Es una pregunta de opción múltiple, marcar las respuestas afirmativas o negativas que corresponda a cada alternativa.

P. 7. Problemas en la vivienda

Es una pregunta de opciones múltiples según la opinión de la persona mayor. Los problemas de la vivienda hacen referencia a problemas en el mantenimiento de la vivienda o debidos a la precariedad de la construcción.

P. 8. ¿Tiene dificultades para trasladarse en su casa a causa de...

La pregunta procura identificar posibles problemas de accesibilidad y precariedad en el interior de la vivienda que habita, pudiéndose identificar más de uno. En el caso que el entrevistado/a mencione otra dificultad debe especificarse cuál es.

P.9 Dependencia

La dependencia se mide a través de la escala de Barthel. El puntaje que corresponde a cada actividad básica o instrumental de la vida diaria debe ser consignado por el médico después de la realizar la evaluación según el protocolo. El puntaje Barthel para cada actividad se detalla a continuación:

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (1) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

BAÑARSE/DUCHARSE:

- (5) Independiente. Capaz de bañarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (1) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (1) Dependiente.

ASEO PERSONAL:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (1) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

CONTROL DE HECES:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (1) Incontinente.

CONTROL DE ORINA:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (1) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (1) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (1) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (1) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (1) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

PUNTUACIÓN TOTAL =

Grado de dependencia según puntuación de la escala

- 1- Independiente: 100 pts (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 pts.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 pts.
- 4- Dependiente grave: 20-35 pts.
- 5- Dependiente total: <20 pts.

En la pregunta siete están consignados los puntajes posibles para cada actividad, se debe marcar la alternativa que corresponde al paciente en cada actividad. Las categorías grisadas corresponden dejarlas vacías.

P. 10 ¿Tiene aplicada la vacuna COVID 19?

Marcar según corresponda

P.11 En caso de respuesta afirmativa, ¿recuerda qué vacuna le aplicaron?

Marcar según corresponda

P.12 ¿Tiene usted certificado de discapacidad?

La pregunta indaga sobre el certificado otorgado por la Dirección Nacional de Discapacidad. Marcar según corresponda.

P. 13 ¿Quién respondió el cuestionario?

En caso de no haber sido la misma persona mayor, consignar nombre y apellido del respondente y el tipo de vínculo que lo une a la persona mayor.

ANEXO IV

Módulo de formación académica sobre: “Longevidad, final de la vida y cuidados de larga duración”

Temario conceptual:

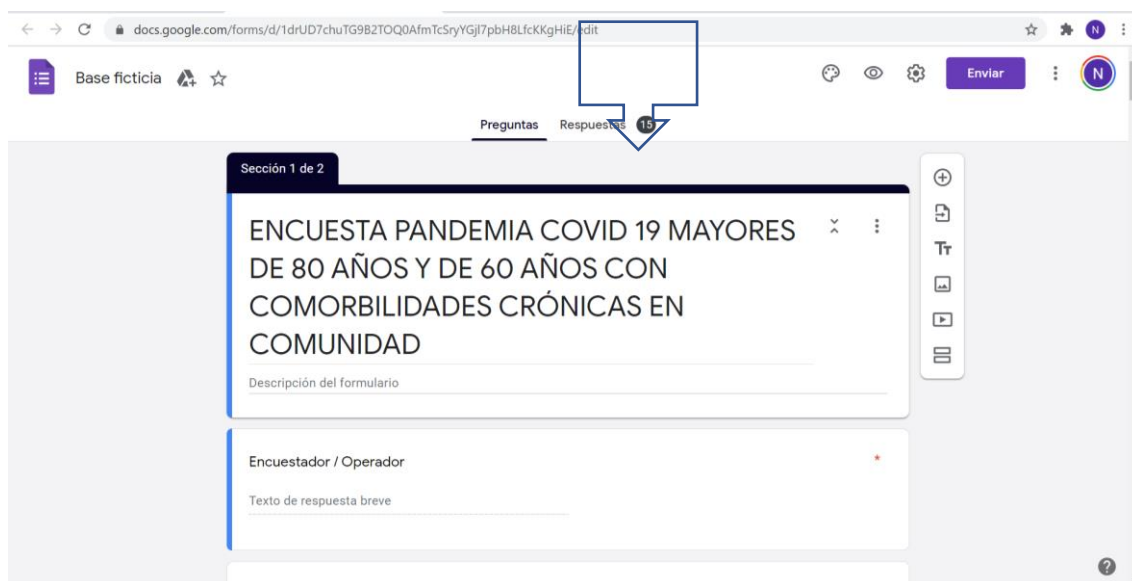
1. ¿Qué es el envejecimiento de una población?, ¿cómo se origina?, ¿qué diferencia hay entre el envejecimiento poblacional y el envejecimiento humano?
2. ¿A qué se denomina “longevidad de una población”? ¿Cómo se origina?
3. ¿La población de XXXX está envejecida y es longeva? ¿cómo saberlo?
4. La discapacidad y la dependencia como problemas de poblaciones envejecidas y longevas. Definiciones y medición.
5. Las políticas sociales fundadas en derechos de los ciudadanos. Las diferencias entre las políticas basadas en derecho y las políticas sociales asistencialistas.
6. Los servicios para la atención de la dependencia en personas mayores con enfoque de derechos y centrados en las personas.
7. El Alzheimer y otras demencias cerebro-vasculares. Sus diferencias con las enfermedades mentales de origen psiquiátrico.
8. El acompañamiento de las personas mayores con Alzheimer y otras neurodegenerativas, fragilidad avanzada o dependencia severa. Los nuevos modelos de atención centrados en las personas y ajustados a derechos.
9. Los servicios basados en la comunidad para facilitar “envejecer en casa” con seguridad, confort e integración social

Entrenamiento práctico: manejo de las técnicas de entrevistas en encuestas, estudio del instructivo de cada formulario de encuesta y salida a campo.

ANEXO V

PROCEDIMIENTOS PARA EXPORTAR LA BASE DE DATOS DE LA ENCUESTA NÚMERO 1

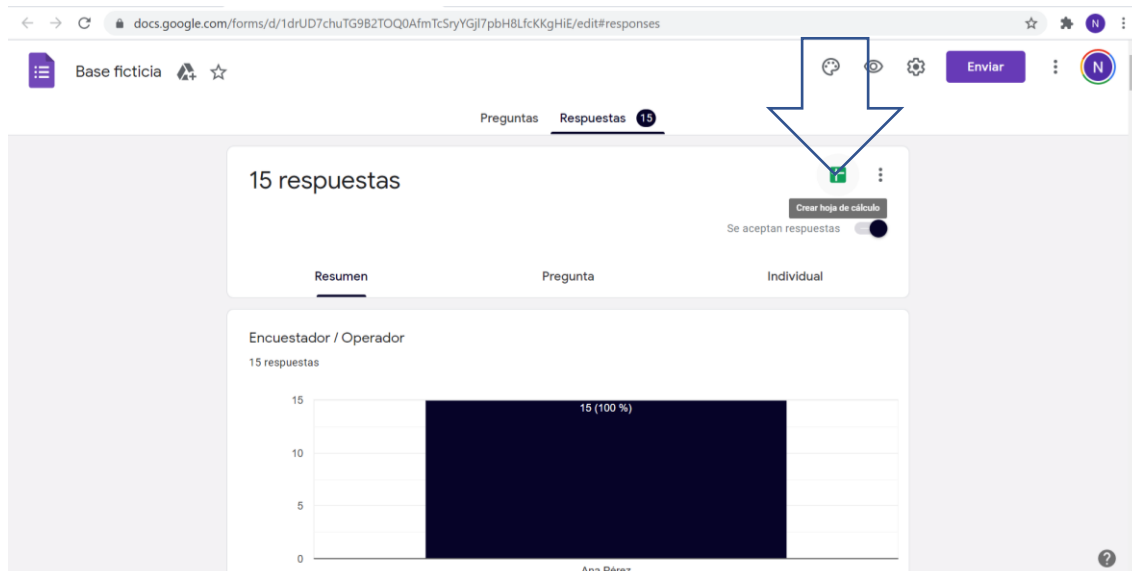
La exportación de la base de datos de las encuestas permite elaborar informes estadísticos y generar nuevos subuniversos de personas seleccionadas según tipo de riesgo observado. Este tutorial muestra cómo llevar a cabo los procedimientos.



Una vez completada la base: posicionarse en “RESPUESTAS” hacer click allí, tal como indica la flecha.



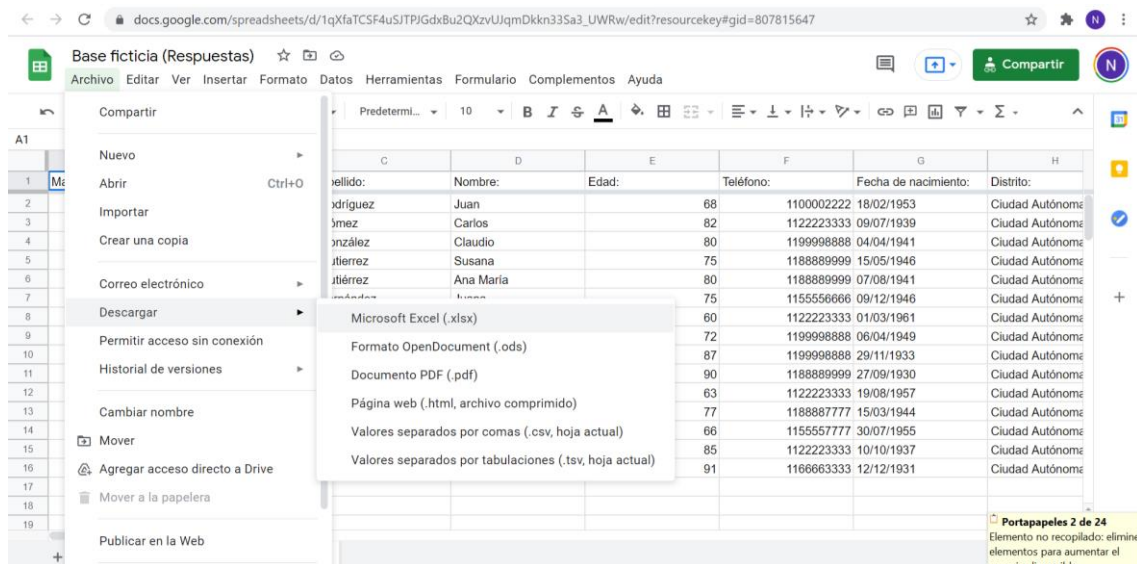
Una vez presionado en RESPUESTAS, aparece el documento con los gráficos estadísticos que corresponden a la población registrada. El informe con gráficos y frecuencias es útil para ilustrar presentaciones a la prensa o difusión por distintos medios sobre las características de las personas mayores de la localidad.



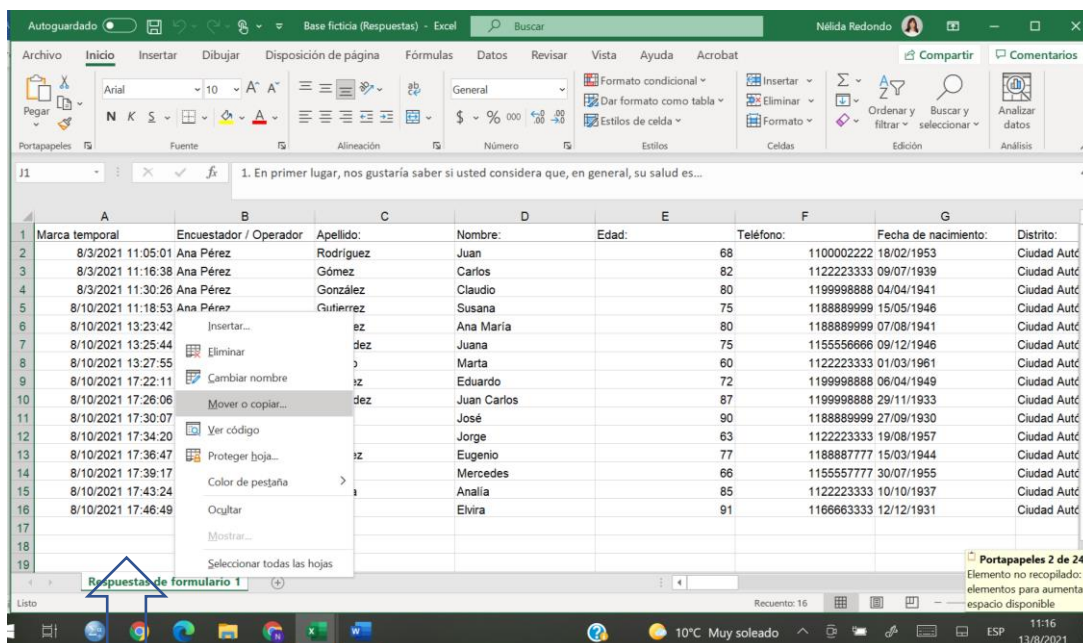
Una segunda exportación de la base de datos se efectúa en hojas formato Excel. Esta exportación permite obtener el registro completo de las personas encuestadas, con todos los datos captados por la Encuesta I - Encuesta a Población Mayor de 80 Años y Mayores de 60 Años con Enfermedades Crónicas. Para esta segunda exportación es necesario hacer click sobre el símbolo Excel, tal como indica la flecha.

1	Marca temporal	Encuestador / Operador	Apellido:	Nombre:	Edad:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Distrito:
2	3/8/2021 11:05:01	Ana Pérez	Rodríguez	Juan	68	110002222	18/02/1953	Ciudad Autónoma
3	3/8/2021 11:16:38	Ana Pérez	Gómez	Carlos	82	112223333	09/07/1939	Ciudad Autónoma
4	3/8/2021 11:30:26	Ana Pérez	González	Claudio	80	119998888	04/04/1941	Ciudad Autónoma
5	10/8/2021 11:18:53	Ana Pérez	Gutierrez	Susana	75	118889999	15/05/1946	Ciudad Autónoma
6	10/8/2021 13:23:42	Ana Pérez	Gutiérrez	Ana María	80	118889999	07/08/1941	Ciudad Autónoma
7	10/8/2021 13:25:44	Ana Pérez	Fernández	Juana	75	115556666	09/12/1946	Ciudad Autónoma
8	10/8/2021 13:27:55	Ana Pérez	Navarro	Marta	60	112223333	01/03/1961	Ciudad Autónoma
9	10/8/2021 17:22:11	Ana Pérez	Martinez	Eduardo	72	119998888	06/04/1949	Ciudad Autónoma
10	10/8/2021 17:26:06	Ana Pérez	Fernández	Juan Carlos	87	119998888	29/11/1933	Ciudad Autónoma
11	10/8/2021 17:30:07	Ana Pérez	García	José	90	118889999	27/09/1930	Ciudad Autónoma
12	10/8/2021 17:34:20	Ana Pérez	López	Jorge	63	112223333	19/08/1957	Ciudad Autónoma
13	10/8/2021 17:36:47	Ana Pérez	Giménez	Eugenio	77	118887777	15/03/1944	Ciudad Autónoma
14	10/8/2021 17:39:17	Ana Pérez	Ruiz	Mercedes	66	115557777	30/07/1955	Ciudad Autónoma
15	10/8/2021 17:43:24	Ana Pérez	Moreira	Analia	85	112223333	10/10/1937	Ciudad Autónoma
16	10/8/2021 17:46:49	Ana Pérez	Pérez	Elvira	91	116663333	12/12/1931	Ciudad Autónoma
17								
18								
19								

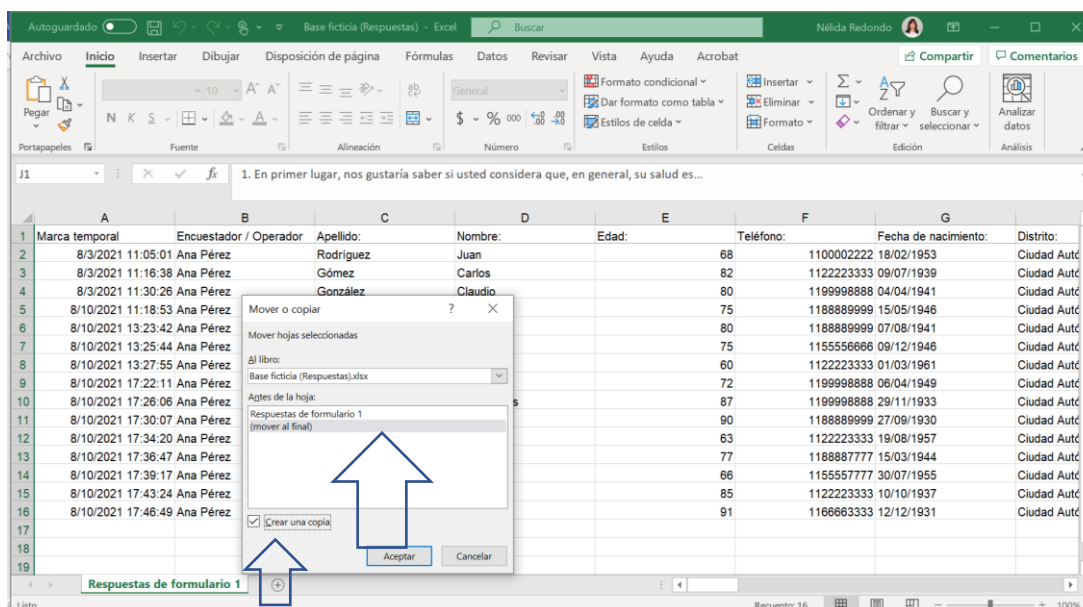
La exportación permite acceder a los registros de la población encuestada. Sin embargo, este formato no es Excel propiamente dicho. Es la versión Google de Excel, llamada Google Spreadsheets. Para obtener una base Excel que podamos procesar es necesario seguir el paso siguiente: presionar en la etiqueta "Archivo", posicionarse en "Descargar" y hacer click en esa opción, tal como se muestra en la ilustración siguiente. En caso de que deseen continuar editando la base de casos en Google Spreadsheets, se puede realizar de manera análoga a como se realiza empleando Excel. Con el fin de mantener el presente tutorial lo más sintético posible, las siguientes acciones se realizarán tomando el archivo en formato Excel como referencia.



Presionando en la opción Microsoft Excel (.xlsx) obtenemos la base de datos de la encuesta en formato Excel. Estaremos en condiciones de trabajar con los datos.

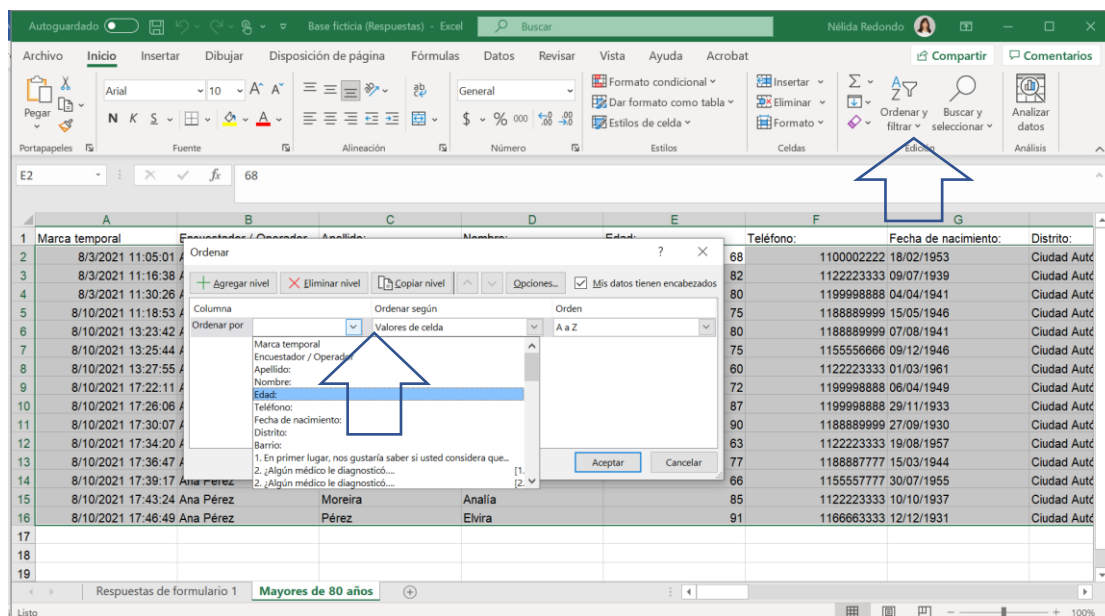


Como se mencionó, la primera operación es copiar la hoja de respuestas del formulario para replicar el registro original y generar los registros de subuniversos de población en riesgo. Para replicar las hojas hay que presionar con el botón derecho del mouse en la etiqueta de la hoja, tal como indica la flecha. Se desplegarán las opciones, se debe elegir "Mover o copiar" y presionar en la etiqueta. Se abre entonces otra opción, como se ilustra más abajo.

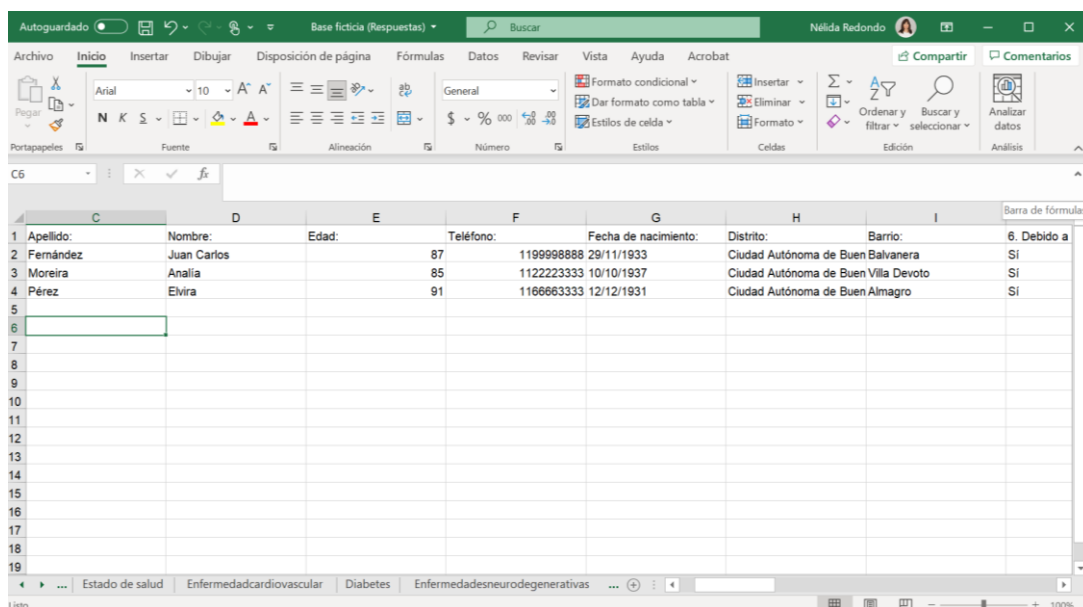


Al presionar "Mover o copiar" se despliegan las instrucciones para "crear una copia" de la hoja seleccionada (en este caso es la primera hoja que contiene

todos los datos de las personas registradas). ES IMPORTANTE MARCAR CON TILDE LA OPCIÓN **CREAR COPIA**. Luego hacer clic en (mover al final).



A la nueva página se le cambia el nombre, para indicar el subuniverso que se selecciona en cada caso. El primero es el de todas las personas mayores de 80 años. Presionamos en "Ordenar y filtrar". Al hacerlo se despliegan las opciones de pregunta que se va a filtrar al marcar la flecha de la etiqueta "Ordenar por". Elegimos la pregunta a filtrar. En el caso del subuniverso de mayores de 80 años la pregunta a filtrar es la "edad". Presionamos en edad.



Los filtros se aplican en las preguntas sobre: “edad”; “estado de salud percibido”; “enfermedad conocida”; “obra social o cobertura de salud”; “necesita ayuda para actividades”; “quien lo ayuda”; “satisfecho con la ayuda”; “estado de ánimo”. Se copian y se agregan sucesivamente ocho hojas Excel con la base exportada. En cada una de las hojas copiadas se filtra la variable para seleccionar el grupo de riesgo: “mayores de 80 años”; “estado de salud malo o regular”; “enfermedad cardiovascular; enfermedades respiratorias crónicas; diabetes; enfermedades neurológicas”; “no tiene cobertura de obra social”; “necesita ayuda para actividades básicas”; “lo ayuda el esposo” o lo ayuda “otros que no viven que ella”; “estado de ánimo angustiado”.

Repetimos la duplicación de hojas para cada uno de los factores de riesgo, “estado de salud” en la que seleccionaremos los que dijeron que su estado de salud es regular o malo y eliminamos los restantes. Seguimos con los que respondieron que sí a enfermedades cardiovasculares, diabetes, neurodegenerativas, respiratorias. También repetimos con quienes necesitan ayuda para vestirse, afeitarse, etc. y, finalmente, a los que respondieron que su estado de ánimo es “angustiado y con temor”.

Apellido:	Nombre:	2. ¿Algún médico le diagnosticó... [2. Enfermedades vasculares, cerebro vasculares, o del corazón?]
Rodríguez	Juan	Sí
Navarro	Marta	Sí
Martínez	Eduardo	Sí
García	José	Sí

Apellido:	Nombre:	1. En primer lugar, nos gustaría saber si usted considera que, en general, su salud es...
Rodríguez	Juan	4. Regular?
Navarro	Marta	4. Regular?
García	José	4. Regular?
Pérez	Elvira	5. Mala?

Apellido:	Nombre:	6. Debido a su enfermedad o a su falta de fuerzas, necesita ayuda para hacer estas actividades cotidianas? [Bañarse, afeitarse]
Fernández	Juana	Sí
Navarro	Marta	Sí
Martínez	Eduardo	Sí
García	José	Sí
Moreira	Analia	Sí
Pérez	Elvira	Sí

Debido a que las personas pueden tener más de un factor de riesgo, sus nombres suelen aparecer repetidos en los distintos sub universos. Las personas que están registradas en **al menos** una de las páginas elaboradas conforman

el padrón de riesgo sobre el que se debe aplicar la Encuesta II - Encuesta para población de riesgo.

Apellido	Nombre	Edad	Teléfono	Fecha de né	Barrio	1. En primer lugar, nos	2. ¿A	2. ¿A	2. ¿A	2. ¿A	2. ¿A	3. Sí	4. Et	5. ¿A	5. ¿A	5. ¿A	6. Di	6. Di	13	
Fernández	Juan Carlos	87	1199998888	29/11/1933	Balvanera	2. Muy buena?	No	No	No	No	No	No	1. diario	4. Cuati	No	Sí	No	No	No	2
Fernández	Juan Carlos	87	1199998888	29/11/1933	Balvanera	2. Muy buena?	No	No	No	No	No	No	1. diario	4. Cuati	No	Sí	No	No	No	2
Fernández	Juana	75	1155566666	09/12/1946	Balvanera	3. Buena?	Sí	No	No	No	No	No	1. diario	1. Uno	Sí	No	No	No	Sí	2
García	José	90	1188899999	27/09/1930	Barracas	4. Regular?	No	Sí	Sí	No	No	No	1. diario	4. Cuati	No	No	Sí	No	Sí	3
García	José	90	1188899999	27/09/1930	Barracas	4. Regular?	No	Sí	Sí	No	No	No	1. diario	4. Cuati	No	No	Sí	No	Sí	3
García	José	90	1188899999	27/09/1930	Barracas	4. Regular?	No	Sí	Sí	No	No	No	1. diario	4. Cuati	No	No	Sí	No	Sí	3
García	José	90	1188899999	27/09/1930	Barracas	4. Regular?	No	Sí	Sí	No	No	No	1. diario	4. Cuati	No	No	Sí	No	Sí	3
García	José	90	1188899999	27/09/1930	Barracas	4. Regular?	No	Sí	Sí	No	No	No	1. diario	4. Cuati	No	No	Sí	No	Sí	3
Giménez	Eugenio	77	1188877777	15/03/1944	Limiers	2. Muy buena?	Sí	No	No	No	No	No	2. dos	2. Dos	No	No	No	No	No	3
Gómez	Carlos	82	1122233333	09/07/1939	Barracas	2. Muy buena?	No	No	No	No	No	No	1. diario	1. Uno	No	Sí	No	No	No	1
González	Claudio	80	1199998888	04/04/1941	Balvanera	3. Buena?	No	No	No	No	No	No	2. dos	1. Uno	No	No	Sí	No	No	2
González	Claudio	80	1199998888	04/04/1941	Balvanera	3. Buena?	No	No	No	No	No	No	2. dos	1. Uno	No	No	Sí	No	No	2
Gutierrez	Susana	75	1188899999	15/05/1946	Limiers	2. Muy buena?	No	No	No	No	No	No	2. dos	1. Uno	Sí	No	No	No	No	2
Gutiérrez	Ana María	80	1188899999	07/08/1941	Balvanera	2. Muy buena?	No	No	No	No	No	No	2. dos	1. Uno	Sí	No	No	No	No	2
Gutiérrez	Ana María	80	1188899999	07/08/1941	Balvanera	2. Muy buena?	No	No	No	No	No	No	2. dos	1. Uno	Sí	No	No	No	No	2
Martínez	Eduardo	72	1199998888	06/04/1949	Balvanera	2. Muy buena?	Sí	Sí	No	No	No	No	1. diario	3. Tres	No	No	No	No	Sí	3
Martínez	Eduardo	72	1199998888	06/04/1949	Balvanera	2. Muy buena?	Sí	Sí	No	No	No	No	1. diario	3. Tres	No	No	No	No	Sí	3
Martínez	Eduardo	72	1199998888	06/04/1949	Balvanera	2. Muy buena?	Sí	Sí	No	No	No	No	1. diario	3. Tres	No	No	No	No	Sí	3
Moreira	Analia	85	1122233333	10/10/1937	Villa Devoto	2. Muy buena?	Sí	No	No	No	Sí	No	1. diario	3. Tres	No	No	Sí	No	Sí	3
Moreira	Analia	85	1122233333	10/10/1937	Villa Devoto	2. Muy buena?	Sí	No	No	No	Sí	No	1. diario	3. Tres	No	No	Sí	No	Sí	3
Moreira	Analia	85	1122233333	10/10/1937	Villa Devoto	2. Muy buena?	Sí	No	No	No	Sí	No	1. diario	3. Tres	No	No	Sí	No	Sí	3
Navarro	Marta	60	1122233333	01/03/1961	Villa Devoto	4. Regular?	No	Sí	Sí	No	No	No	1. diario	3. Tres	Sí	No	No	No	Sí	3
Navarro	Marta	60	1122233333	01/03/1961	Villa Devoto	4. Regular?	No	Sí	Sí	No	No	No	1. diario	3. Tres	Sí	No	No	No	Sí	3

En este ejemplo, hemos colocado todas las filas que corresponden a casos de riesgo, en una misma hoja de cálculo. Observarán que hemos sombreado en amarillo, solamente a fines expositivos, aquellos campos que advierten la existencia de un riesgo. Los nombres que se repiten en la primera columna, hacen referencia a la existencia de más de un factor de riesgo en el caso de dicha persona.

Por ejemplo:

José García tiene más de 80 años, declara que considera que su salud es regular, sufre de enfermedades vasculares, cerebro vasculares, o del corazón, requiere ayudas y/o apoyos para vestirse y desvestirse y está angustiado por el contexto actual.

Por ello, debería aplicarse la encuesta de riesgo, o Encuesta II a José, a fin de individualizar si en su caso, se percibe un riesgo alto, moderado o bajo.

Como adelantamos, la exportación de la base de datos de la Encuesta II permite elaborar el perfil estadístico de la población de riesgo registrada. Esto se logra descargando la planilla de Excel correspondiente a la Encuesta II, sobre la que se aplican filtros en preguntas seleccionadas. Los filtros se aplican sobre las preguntas "quiénes viven con usted", "relación de parentesco del conviviente", "edad del conviviente", "posee alguna discapacidad", "cuando está presente", "familiares directos a menos de 40 km", "con qué frecuencia sale", "su vivienda tiene alguno de estos problemas", "tiene dificultades para trasladarse en el interior de su vivienda", "puntaje Barthel total". Se duplican hojas Excel para cada una de las preguntas con los registros de las personas que se incluyen en cada grupo de riesgo. Los padrones parciales y la evaluación cualitativa permiten identificar las personas que conforman los grupos rojo, amarillo y verde.

ANEXO VI

Requisitos para la inscripción de la/s oferta/s prestacional/es de los prestadores y/o efectores médicos o sociales y entidades sociales convenientes ante el Programa de Atención Médica Integral (PAMI - INSSJP)

Requisitos para la inscripción de la/s oferta/s prestacional/es de los prestadores y/o efectores médicos o sociales y entidades sociales convenientes ante el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA)

Información para facturación de las prestaciones

Todo prestador debe presentar la documentación en la Delegación correspondiente a la localidad.

Recordar que es un trámite por cada tipo Afiliatorio:

- Un trámite para el total de personas afiliadas obligatorias en una factura con misma prestación.
- Un trámite para el total de personas afiliadas voluntarias en una factura con misma prestación (sólo para las y los afiliados que finalizan en /92 o /95).
- Un trámite para el total de personas afiliadas colectivas en una factura con misma prestación.

Documentación a presentar (en este orden):

1. Carátula del trámite con nombre del Centro, CUIT, teléfono/mail de contacto, mes de facturación, ente, tipo de afiliados (Afiliadas/os Obligatorias/os, Voluntarias/os o Colectivas/os), cantidad de facturas, sus respectivos números y montos, número de facturas, total facturado.
2. Factura original con firma y sello del prestador (en caso de no poseer sello se aclara debajo de la firma).
 - a. Debe estar dirigida a IOMA con número de CUIT 30-62824952-7
 - b. IVA Sujeto Exento
 - c. No tener el CAE vencido
 - d. Se debe presentar una única prestación mensual por mes calendario (periodo desde... hasta...).

- e. La fecha debe ser a mes vencido (por ejemplo, si se factura el mes de abril 2021, la fecha de factura deberá ser mayo 2021).
 - f. El monto total no puede estar ni corregido ni enmendado ni tachado.
 - g. Debe tener firma y sello.
 - h. En el detalle debe constar cantidad de afiliados, prestación, mes que se factura y Resolución por la cual se hace el cálculo del monto facturado.
3. [Planilla de Resumen mensual](#) en original firmada y sellada por la/el prestador: contendrá el listado de todos los afiliados con cada número de afiliado, nombre y apellido, prestación, valor.
 4. Acta / Autorización / Prórroga vigente de cada uno de los afiliados presentados a facturar.
 - a. En todas las facturaciones deben estar todas las prórrogas, actas o autorizaciones vigentes de cada concurrente.
 - b. Las actas deben estar actualizadas (vigencia de la facturación correspondiente) presentado el original en el primer mes de facturación, o copia a partir del segundo mes facturado o subsiguiente.
 - c. Las prórrogas deben ser del año a facturar.
 5. [Planilla de Asistencia Diaria](#) (Planilla 3)
 - a. Con día, horario de entrada y salida.
 - b. Firma de la/el profesional.
 - c. Firma de la/el afiliada/o o madre/padre/tutor.
 6. Certificaciones afiliatorias actualizadas [\(pueden consultar acá\)](#)
 7. Constancia de opción de AFIP / inscripción vigente

¿Cómo calcular cuánto deben facturar?

Chequear por cada afiliado presentado la cantidad de módulos autorizados de acuerdo al mes que corresponda y la cantidad de prestaciones brindadas. Tener en cuenta los valores consignados más abajo.

Montos de VALORES de la Prestación ACTUALIZADO a Agosto 2021 >>
PRÓXIMAMENTE

[Resolución 1237/2021 >>](#)

[Resolución 393/2021 >>](#)

[Resolución 1612/2020 >>](#)

Para facturar cualquier DIFERENCIA con respecto a una facturación abonada previamente, realizar la presentación de la siguiente manera:

1. Carátula del trámite tal cual fue descrita anteriormente, especificando que es la DIFERENCIA con el MES PRESTACIONAL original.
2. Factura y en el detalle aclarar:
 - a. Que es DIFERENCIA y especificar el período correspondiente al cual van a facturar la diferencia.
 - b. Colocar el número de resolución vigente por la cual se permite facturar la DIFERENCIA.
 - c. Mencionar el número de facturas a la que se hace referencia.
3. Las copias de la facturas oportunamente presentadas y abonadas de la cuales se está haciendo referencia
4. Planilla de resumen mensual (firmada y sellada por el prestador), del periodo que se quiere facturar la diferencia.
5. Acta / autorización / prórroga vigente presentada de cada mes de la cual se está haciendo de referencia.
6. Constancia de inscripción de AFIP/Inscripción vigente.
7. Comprobante de CAE.

Dudas frecuentes

- Pueden presentar la factura del mes prestacional con valores de la nueva Resolución a partir del momento de comunicación de la misma.
 - EJEMPLO: si durante AGOSTO se comunican los nuevos valores, el mes prestacional AGOSTO podrá ser presentado en SEPTIEMBRE a nuevo valor.
- Los únicos meses autorizados a ser presentados para el cobro del AJUSTE son los que menciona la Resolución como vigentes para la misma; siempre y cuando se hayan brindado prestaciones en dichos meses.
 - EJEMPLO: si la Resolución comunicada en AGOSTO muestra que hubo cambios de valores a partir de ABRIL, se pueden presentar los ajustes mencionados para ABRIL, MAYO, JUNIO y JULIO.
- Las facturas para dichos meses deberán haber sido presentadas en las Delegaciones.
- Si aún no presentaron la factura para meses prestacionales previos podrán hacerlo a nuevo valor directamente.
- El cobro de la DIFERENCIA/AJUSTE es sobre el monto liquidado previamente; es decir, si hubo débitos aplicados sobre las facturas presentadas; el ajuste es calculado sobre el monto facturado menos los débitos aplicados.