

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**



**“LA CONSTITUCION DEL ROL DE LA TRABAJADORA
SOCIAL EN EL PROGRAMA DEL SEGURO GRATUITO DE
ENFERMEDAD COMUN Y MATERNIDAD”**

**Experiencia desarrollada en la Clínica
Adolfo Kolping durante el periodo 2010 - 2012**

**POSTULANTE: Narcisa Elizabeth Reyes Quispe
TUTORA: Lic. Mavel Yali Esprella Perez**

**La Paz – Bolivia
2019**

DEDICATORIA

A Dios por que la Fe en su poder supremo no hace las cosas fáciles, pero si las hace posibles.

Al Padre Sebastián Obermayer por su incansable labor en favor de los niños y de la población vulnerable

A mi madre por darme la Vida e inculcarme los valores que guían mi existencia

A mi Padre que Dios lo tenga en su gloria

A mi esposo, por su apoyo y colaboración durante mi proceso de formación A mis amados hijos Oliver, Mayra y Brandon por darme su amor, su apoyo y ser el motor que impulsan mi caminar por la vida

A mí adorado Mathi por ser mi rayito de luz.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vocación para elegir esta carrera

A la Universidad Mayor de San Andrés y a la Carrera de Trabajo Social por la oportunidad de forjarme profesionalmente

A mis Docentes por la transmisión de sus conocimientos durante mi formación Universitaria

A mi familia por el apoyo e impulso que me dieron en todo momento, a mis adorados hijos, a mí amado nieto por irradiar mis días con su alegría.

Un sincero agradecimiento a mi tutora por guiarme hasta la conclusión de este trabajo

A la Fundación Padre Adolfo Kolping por permitirme ser parte de esa prestigiosa institución y brindarme la oportunidad de tener un crecimiento personal y profesional

A todos muchas gracias

INDICE

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	4
CAPITULO I	
MARCO REFERENCIAL	
1.1. EL TRABAJO SOCIAL Y SUS FUNCIONES	7
1.1.1 Funciones del Trabajo Social	8
1.2.LA SALUD Y SUS DETERMINANTES	9
1.2.1 ¿Qué se entiende por salud?	9
1.2.2DETERMINANTES DE LA SALUD	10
1.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD	12
1.3.1 Ámbitos de Gestión	14
1.3.2 Modelo de atención	15
2.4 POLITICA DE SALUD:	17
2.4.1Atención en Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI	17
1.5 SEGURIDAD SOCIAL.....	18
1.6 TRABAJO SOCIAL EN SALUD	20
1.7 DESARROLLO HUMANO	21
1.8 POBREZA	22
1.9 NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS	23
1.10 FAMILIA	24
1.10.1 Tipos de familia	26
1.10.2 Tipologías Tradicionales	26
1.11 NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	27
1.12 DERECHO A LA SALUD	31
1.13 POBREZA INFANTIL	31
CAPITULO II	
CONTEXTO LOCAL	
2.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA CIUDAD DE EL ALTO	33
2.1.1 Distribución Municipal	33
2.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS	33

2.2.1	Población:	33
2.2.2	Vivienda.....	34
2.2.3	Servicios básicos.....	35
2.2.4	Educación.....	35
2.2.5	Salud	36
2.3	CONTEXTO INSTITUCIONAL	38
2.3.1	Historia y Naturaleza de la Institución	38
2.3.2	Obra Kolping Bolivia.....	39
 CAPITULO III		
MODELO METODOLOGICO		
3.1	MOMENTOS METODOLÓGICOS.....	46
 CAPITULO IV		
ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DEL SEGURO GRATUITO DE ENFERMEDAD COMUN Y MATERNIDAD - SGEM		
4.1	POBLACION PROTEGIDA.....	54
4.2	COBERTURA.....	55
4.3	ESTRUCTURA DE ATENCION.....	56
4.3.1	Atención de prevención, promoción y rehabilitación.....	56
4.5	PROCEDIMIENTOS.....	59
4.6	FLUJOGRAMA DE ATENCION.....	60
4.7	ORGANIZACIÓN INTERNA Y DE CONTROL DEL PROGRAMA	61
4.8	ALCANCE NORMATIVO.....	62
4.9	PARTICIPANTES DEL PROGRAMA.....	63
4.9.1	Clínica Adolfo Kolping:.....	63
4.9.2	OBJETIVO GENERAL.....	66
4.9.3	OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	66
4.9	POBLACION BENEFICIARIA.....	67
4.10.1	Características de las familias	67
4.10.2	Beneficiarios Directos	71
4.10.3	Beneficiarios indirectos.....	73
4.11	INSTITUCION FINANCIADORA.....	76
4.12	ROL DEL TRABAJO SOCIAL	76
 CAPITULO V		
Recuperación del proceso vivido		

LA EXPERIENCIA DE INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DEL SEGURO GRATUITO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	78
5.1 FUNCIONES DESARROLLADAS EN EL PROYECTO DEL S.G.E.M.....	80
5.1.1 FUNCION DE ASISTENCIA SOCIAL.....	81
5.1.2 FUNCION DE ORGANIZACIÓN SOCIAL.....	91
5.1.3 FUNCION DE EDUCACION SOCIAL	96
5.1.4 FUNCION DE GESTION SOCIAL	102
CAPITULO VI	
CUARTO TIEMPO: Reflexión de fondo.....	103
CAPITULO VII	
QUINTO TIEMPO: Puntos de llegada.....	109

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1 Red de Salud de la Diócesis de El Alto	36
CUADRO N° 2 Instituciones Educativas a Nivel Nacional.....	39
CUADRO N° 3 Servicio de Salud Red de Salud Kolping	41

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1 Número de Beneficiarios por Centros de Salud.....	54
GRAFICO N° 2 Lugar de Residencia	67
GRAFICO N° 3 Situación de Vivienda.....	68
GRAFICO N° 4 Tipos de Familia.....	70
GRAFICO N° 5 Número de Hijos	71
GRAFICO N° 6 Edad y Sexo de los Beneficiarios	72
GRAFICO N° 7 Trabajo de los Beneficiarios	72
GRAFICO N° 8 Situación Laboral de los Padres	74
GRAFICO N° 9 Ingreso Mensual	75

INTRODUCCION

¿Para qué organizar y sistematizar la experiencia de la Trabajadora Social en el proyecto del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad de la Clínica Adolfo Kolping? ¿Cuáles son las funciones que cumple la Trabajadora Social en el Programa? ¿Qué cambios generó la intervención de la Trabajadora Social en la situación de Salud de los beneficiarios directos e indirectos de este programa?

¿De qué manera el programa incide en la prevención de las enfermedades en los beneficiarios? Son algunas de las interrogantes que motivan y sirven de guía a la presente memoria laboral que se expone con el objetivo de visibilizar la experiencia desarrollada por la Trabajadora Social en el Programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, una experiencia desarrollada en la Clínica Adolfo Kolping de la Ciudad de El Alto.

Teniendo en cuenta que el ámbito de la Salud es uno de los sectores laborales con mayor historia en el Trabajo Social por su influencia desde la medicina, cuando esta profesión empezó a ser más sensible al contexto social que rodeaba a la persona, ya decía (Richmond; 2005) en su libro *Diagnostico Social* que “dada la eficacia en el tratamiento algunos médicos buscaron Trabajadoras Sociales para su consulta” lo que revela que estas dos profesiones desempeñan acciones en un equipo multidisciplinario con un objetivo en común que es prevenir y curar las enfermedades de origen físico y de orden social, considerando que el conocimiento de la realidad de cada persona coadyuvara en el tratamiento eficaz de su situación de enfermedad, por tanto el rol que desempeña la Trabajadora Social la ubica como parte del equipo de salud por su aporte en la identificación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad en los beneficiarios del programa que reciben atención en el marco del programa en la Clínica Kolping institución de salud de 2do nivel perteneciente a la iglesia católica que brinda servicio de salud integral basado en el respeto y consideración por la dignidad humana con una proyección hacia la comunidad.

Los contextos políticos y económicos tienen una relación muy estrecha con la génesis de este programa que surge como una decisión política del gobierno de Hugo Banzer, en el marco del “Plan de emergencia para combatir la pobreza en la Ciudad de El Alto” el año 1999

que obliga a tomar medidas urgentes para resolver la situación de postergación e insatisfacción de Necesidades básicas que había generado la crisis de la economía en la población concentrada principalmente en esta ciudad.

En 2010 mediante Decreto Supremo N° 600/2010 de 18 de agosto se autoriza a la Caja de Salud de la Banca Privada la 3era renovación del convenio del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad S.G.E.M con los centros de salud de la iglesia católica representado por el extinto Padre Sebastián Obermayer con el objetivo de brindar atenciones medicas a un Segmento vulnerable de la población menor de 19 años pertenecientes a familias en situación de pobreza de la ciudad de El Alto, considerando que el nivel de pobreza relacionado a la falta de empleo y el estado de salud están relacionados de manera determinante en efecto la pobreza crea barreras económicas que no permiten el acceso a servicios de salud por la falta de recursos económicos.

La población beneficiaria se distingue entre directos e indirectos, los directos, son 361 niños, niñas y adolescentes en edades comprendidas desde 0 a 19 años que no cuenta con afiliación en la seguridad social y debido a su inclusión en el programa recibieron atención médica integral en la clínica Adolfo Kolping.

Los beneficiarios indirectos son los progenitores que fueron parte de los procesos educativos implementados en el marco de la Política de Salud y bajo el modelo de atención de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI la nueva forma de hacer salud que involucra a la persona y familia en la promoción de la Salud y la prevención de enfermedades.

por tanto la acción profesional de la trabajadora social se enmarca en estos lineamientos para el logro de los objetivos de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a través de programas integrados que incidan en las condiciones de salud de la población en general y de los beneficiarios en particular a través de un proceso metodológico que propicie cambios que construyan la práctica de un estilo de vida saludable objetivos insertos en la labor social y de servicio de la clínica.

La experiencia desarrollada en el programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad y su aporte con la intervención del Trabajo Social ha sido ordenada en 7 capítulos.

El capítulo I refleja el marco referencial que considera las concepciones teóricas de Salud, Trabajo Social, Pobreza entre otros, que dan contexto a este trabajo.

En el capítulo II se expone el contexto local en el que se desarrolló la experiencia haciendo una descripción de aspectos demográficos y sociales de la ciudad de El Alto, así como el contexto institucional de en primera instancia de la Fundación Padre Adolfo Kolping y por ende de la clínica Adolfo Kolping

El Capítulo III se refiere al modelo metodológico basado en el autor Oscar Jara que plantea la sistematización de la experiencia en 5 tiempos que describen los momentos a ser desarrollados.

En el capítulo IV hacemos referencia a los antecedentes del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad haciendo una descripción del programa los alcances, normas, procedimientos y estructura de atención en el escenario institucional en el que se desarrolló la experiencia, las características de la población beneficiaria la identificación del ente financiador finalmente el rol del Trabajo Social.

En el capítulo V desarrollamos la recuperación del proceso vivido con la experiencia de intervención del Trabajo Social mediante la ejecución y desarrollo de las funciones propias de la profesión.

En el capítulo VI presentamos la reflexión de fondo donde analizamos el desarrollo de las acciones basados en los objetivos planteados.

Finalmente describimos los puntos de llegada y las lecciones aprendidas que se constituye en la etapa final de la sistematización para encontrar la razón de ser de lo sucedido.

JUSTIFICACION

La salud y la enfermedad no son simples casos clínicos aislados, son siempre casos sociales cuyo origen radica en la estructura de la sociedad. La salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social y como tal se considera en numerosos tratados internacionales y en las constituciones de países de todo el mundo. También es una condición necesaria para que las personas, puedan desarrollar una vida activa y productiva, así como para su plena integración en la sociedad.

Sin embargo, es un hecho que existen importantes desigualdades de salud entre países y entre regiones de un mismo país, las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias injustas y evitables entre grupos de población, definidos social, económico, demográfica o geográficamente, y aparecen en las personas como resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud en función de la clase social, sexo, etnia o territorio.¹

El campo de la salud es uno de los sectores más antiguos y de mayor intervención del profesional en Trabajo Social; según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), a nivel mundial una tercera parte de los Trabajadores Sociales realizan sus funciones en establecimientos de Salud en todos los niveles, tal es así que en América Latina sigue siendo la profesión con mayor número de actores que se encargan básicamente de la reinscripción de enfermos, atención de las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios y sobre todo, la educación sanitaria y Salud Pública dentro de los programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva.²

En nuestro país el Trabajo Social surge como una necesidad sentida , ante la demanda en la atención de problemas sociales tanto en el campo de la salud por la proliferación de enfermedades sociales como venéreas y tuberculosis que afectan a la población, como por la situación de abandono de los menores, la orfandad y la situación económica que atraviesan las

¹Castell, Amparo. (2009). Trabajo Social del Servicio de Salud de Castilla – La Mancha.(SESCAM).

²Ander-Egg. (1984).Apuntes para una Historia del Trabajo Social: Editorial Humanitas

familias, que se torna álgida durante la post-guerra del Chaco, se constituye en una preocupación para el Estado, el mismo que ante la magnitud de esta problemática se ve forzado a la creación de instituciones la promulgación de decretos y promoción de la legislación de Políticas Sociales, pero no solo hacía falta la institución sino se requiere contar con profesionales en Servicio Social, es preocupación del Estado la formación de este profesional como una manera de mediatizar el problema de salud con el objetivo de coadyuvar al médico en la solución de los problemas médico- sociales. En este sentido entre los años 1945 y 1946 se incorpora personal en el área social en el Hospital de Clínicas que va recibiendo un aprendizaje empírico en el terreno práctico, simultáneamente se determina el rol que debe ejercer este profesional, que se constituye en un mediador entre el estado y la población civil.³

La salud y la enfermedad son, procesos sociales y personales en las que lo somático, lo psicológico y lo social, son aspectos relacionados. Desde el punto de vista del Trabajo Social la enfermedad no solo es un acontecimiento médico, sino también es un acontecimiento social, que tiene consecuencias a nivel individual y colectivo cuyas manifestaciones se dan en las condiciones de salud de la población, en mayor magnitud la población que se encuentra en situación de pobreza.

El nivel de pobreza y el estado de salud están relacionados de manera determinante. En primer lugar, la pobreza crea barreras económicas que no permiten el acceso a servicios de salud. El efecto de la pobreza sobre el estado de salud consiste también en la relación que esta tiene con las otras determinantes de la salud (acceso a servicios básicos, educación, vivienda y otros) que de igual se caracterizan en la población de la ciudad de El Alto, formada en su mayor parte por inmigrantes del área rural donde se manifiestan los rasgos más significativos de pobreza y marginación del desempleo, sub – empleo, la carencia de servicios básicos y la inadecuada prestación de servicios de salud y educación a pesar de contar con redes de salud pública estas no llegan a satisfacer la demanda de la población, razón por la cual los centros de salud que pertenecen a la Iglesia Católica en la ciudad de El Alto prestan servicios en salud principalmente a la población que se encuentra en situación de pobreza buscando

³Alcoreza de Eyzaguirre Eliana. (1995). *Desarrollo Histórico del Trabajo Social en Bolivia. (1932-1971)*. La Paz - Bolivia. Ed.: Huellas.

alianzas estratégicas interinstitucionales para el logro del objetivo el “servicio a los más pobres ”

Resulta importante indicar que la Red de Salud de la Diócesis de El Alto es la instancia que agrupa a todos los establecimientos de salud que pertenecen a la Iglesia católica de los cuales seis otorgan atención en salud a un total de 2.160 niños(as) y adolescentes alteños, pertenecientes a familias que se encuentran en situación de pobreza, mediante el programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad (S.G.E.M.), que brinda una atención sanitaria integrada y eficaz en los tres niveles de atención médica, cuyos beneficiarios es la población vulnerable menor de 19 años programa que se desarrolla gracias a un convenio con la Caja de Salud de la Banca Privada C.S.B.P institución que financia económicamente este seguro

El sector salud constituye un espacio tradicional en el campo laboral del Trabajador Social como parte del equipo multidisciplinario, como se puede verificar en párrafos anteriores, cada uno en su campo, pero a la vez con un mismo objetivo, que es el bienestar integral de las personas dado que esta profesión fue creada precisamente para contribuir a la atención de la población más desamparada económica y socialmente.

En este contexto el propósito de este trabajo es sistematizar la experiencia laboral desarrollada en la Clínica Adolfo Kolping ubicada en el distrito 1 de la Ciudad de El Alto. Se constituye en un documento que permitirá visibilizar la intervención de la Trabajadora Social en la implementación del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad SGEM programa de salud dirigido a niños(as) y adolescentes que se encuentran en situación de pobreza en la Ciudad de El Alto, durante el periodo de 2010 a 2012, haciendo énfasis en las funciones de Asistencia Social, Educación Social y Organización Social; sin desmerecer las otras funciones.

Funciones que fueron ejecutadas con el propósito de coadyuvar en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud en los 361 beneficiarios que reciben atención médica integral de forma gratuita en la Clínica Kolping obra social de la iglesia católica que brinda atención con solidaridad, calidad y calidez y se constituye en el ejecutor del Programa en los distritos municipales 1 y 3 de la Ciudad de El Alto.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

En vista que el objetivo central programa de este trabajo estará centrado en la construcción de una Memoria Laboral es necesario situar el proceso de reflexión a partir de un marco referencial con el propósito de establecer los criterios teóricos desde donde se puede explicar la dinámica desarrollada tanto en la intervención como en la sistematización de referencia, delimitada en la intervención de la trabajadora social en el programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad

1.1. EL TRABAJO SOCIAL Y SUS FUNCIONES

Debemos partir de un principio fundamental que hace a la naturaleza del Trabajo social, cual es el derecho que tienen los sujetos de recibir una atención responsable y comprometida del profesional, a través de acciones de calidad para responder al objetivo de contribuir a la resolución de sus problemas y la satisfacción de sus necesidades ⁴

En cuanto a la definición acudimos a la que indica la Federación Internacional de Trabajadores Sociales “*El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar*” (FITS; 2015).

A nivel Nacional, la Carrera de Trabajo Social indica. “*El Trabajo Social es una disciplina de las Ciencias Sociales que busca el conocimiento y la intervención social en el problema social. El conocimiento supone la explicación y comprensión del problema social en la vertiente de las necesidades sociales y en su contextualización en el ámbito de la*

⁴UMSA. (1999). *Plan académico (1999-2003)*. Carrera de Trabajo Social: Editorial – Punto Cero.

reproducción social. Como disciplina se fundamenta en un estatuto teórico y procedimental disciplinario que responde a una misión y fines sociales que permiten organizar la identidad profesional y las funciones básicas y distintivas de quehacer profesional de acuerdo a la necesidad y demanda social”. (UMSA; 2001), en esta perspectiva el Trabajo Social coadyuva a la prevención y resolución del problema social de carácter individual y colectivo que se concretizan en sus funciones como parte del perfil profesional,

1.1.1 Funciones del Trabajo Social

El actuar del Trabajo Social enfrenta hechos y problemas ubicados en situaciones concretas para las cuales se deben determinar las acciones a realizar a través de las funciones, que abarcan diferentes competencias profesionales, en este trabajo se mencionan las que plantea La Carrera de Trabajo Social de la UMSA considera como funciones de la disciplina las siguientes:

- 1.- Asistencia social
- 2.- Investigación social
- 3.- Gestión social
- 4.- Educación Social
- 5.- Promoción social
- 6.- Organización social

A nivel internacional el Trabajo Social presenta algunas consideraciones en el desarrollo de las funciones

En Bolivia la función de asistencia social de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad mayor de San Andrés indica :la Asistencia Social como ”la acción profesional orientada a responder en forma efectiva e inmediata a una necesidad o problema real y concreto, demandado por los individuos y la población ” y la función directa del consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de León España que señala “*responde a la atención de individuos o grupos que presentan o están en riesgo de presentar, problemas de índole social.*”

Por otra parte la función de promoción se refiere a la autodeterminación de los individuos “las actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo”⁵ y la función de Educación social que hace referencia a la conciencia de las personas “es la acción conjunta, que tiene directa incidencia en la conciencia de los individuo y la población,”⁶

Hacemos referencia a estas funciones en concreto debido a que fueron ejecutadas con mayor frecuencia por la Trabajadora Social en el Programa del S.G.E.M, cuyo aporte al estudio de las variables socioeconómicas y culturales de los Niños (as) y adolescentes incidieron en la situación de salud y sus consecuencias sociales; localizando e identificando, aquello que retarda el logro de los objetivos de restablecimiento de salud, mediante una prevención oportuna.

1.2. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

1.2.1 ¿Qué se entiende por salud?

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), se define la salud:

“como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral”. Bajo este precepto el conjunto de factores que determinan la relación salud-enfermedad tiene componentes biológicos (genético, ambiental, físicos, etc.), determinantes geográficos y determinantes sociales (cultura, religión, ideología, economía). Por lo tanto, la medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental.

Esta definición: Supuso un importante avance sobre concepciones anteriores, que

Reducían la salud a la ausencia de enfermedad, además que introdujo la necesidad de tener en cuenta los aspectos psicológicos y Sociales, además de los físicos o somáticos en todos los niveles de atención, que se diferencian por los niveles de complejidad y tiene por

⁵ Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de León España

⁶Ibídem

objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten.⁷

1.2.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

La situación epidemiológica tiene raíces profundas en las condiciones de pobreza, de exclusión social y de insuficiente acceso a servicios básicos de la mayoría de la población. A continuación se presentan los principales determinantes de la salud, que deben ser el objeto de un análisis continuo por parte del Sector Salud.



Alimentación - Seguridad Alimentaria

La vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria puede ser causada y/o incrementarse por factores tanto internos como externos al individuo o a la familia, ya que está dada por la diferencia entre el riesgo a presentar inseguridad alimentaria y la capacidad de respuesta de una determinada población ante la presencia de ese riesgo. Las principales causas directas de la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria son, entre otros, la insuficiente capacidad productiva, la falta de recursos para la compra de alimentos, el elevado precio de estos, el clima y la insuficiente capacidad de respuesta a eventos climáticos adversos. En cuanto a las repercusiones de la alimentación inadecuada en cantidad o calidad.⁸



Vivienda

La disponibilidad y las características de la vivienda son esenciales y determinan la salud de las personas, familias y comunidades. Según el censo poblacional de 2001, el 71,63% de las viviendas del área rural tiene piso de tierra y sólo el 0,76% lo tiene de mosaico, baldosas o cerámica. En área urbana el 49,02% cuenta con piso de cemento y el 33,65% piso de tierra. En cuanto a las paredes, el 51,01% de las viviendas son fabricadas con adobe o tapial, y los techos en un 48,61% son de calamina. Respecto al hacinamiento, en el 36,96% de

⁷OMS. (2017). *Enciclopedia de Conceptos*. Recuperado el (23/10/2018 de: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>).

⁸ Ministerio de Salud y Deportes. (2010). *Residencia Médica, Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RMSAFCI)*. Bolivia. Constituye el documento estratégico a largo plazo elaborado según metodología del Ministerio del Desarrollo y que guía el accionar del Sector de Salud, constituido por la seguridad social a corto plazo, sector público, sector privado con y sin fines de lucro, y medicina tradicional alineándose con el Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”, la Constitución Política del Estado Plurinacional y el Decreto Supremo N°29601, que en su art: 2 indica que es de estricta ejecución en todos los sectores que involucra el accionar del sector salud.

los hogares, el dormitorio es ocupado por más de tres personas. En lo que hace a la relación entre vivienda y salud, el hacinamiento condiciona la transmisión de enfermedades contagiosas tales como la tuberculosis. Asimismo la relación de la vivienda con corrales o gallineros y la utilización de materiales de construcción inadecuados también favorecen la proliferación de vectores y con ello el riesgo de contraer enfermedades transmisibles.



Agua potable y alcantarillado

Según el censo poblacional de 2001, el 65,11% de los hogares se abastece de agua por cañería de red, 12,17% el restante de otra fuente de provisión. Datos más actuales recogidos por el sector salud en la ENDSA (2008). Muestra que en cuanto a alcantarillado, el 68,76% de las viviendas cuenta con servicio sanitario 38,96% en el área rural y 85,93% en área urbana según el censo de 2001. Del total de viviendas con servicio sanitario, 31,43% dispone de alcantarillado, 25,75% pozo ciego y 10,62% cámara séptica. Tanto la falta de alcantarillado como la de agua segura producen enfermedades gastro-intestinales y entero parasitosis, que hallan expresión en episodios diarreicos que son causales de muerte por deshidratación.⁹



Educación

Según el censo poblacional de 2001, el 13,2% de la población boliviana era analfabeta. Para el 2009, esta situación ha sido revertida hasta el 5.02% con la aplicación del Programa “Yo sí Puedo”. Se constata que existe una estrecha relación entre el nivel de estudios alcanzado y la ocupación. Las personas con nivel educativo primario se concentran en empleos como trabajadores manuales (artesanos, obreros, etc.). De la misma forma, la probabilidad de ser pobre es más alta cuanto más bajo es el nivel de educación alcanzado, (INE 2001).

Salud y educación están muy relacionadas y actúan juntas para el desarrollo de la niñez y de la población en general. Uno aprende mejor cuando está en buenas condiciones de salud, pero la relación funciona también en el otro sentido: cuando los niños tienen buenas condiciones de educación y aprenden mejor, favorece su salud presente y futura. De manera general, la gente con mayor educación tiene mayor acceso a servicios básicos y es más apta a

⁹Ministerio de Salud y Deportes. (2010). Plan Sectorial de Desarrollo (2011-2015).Bolivia.

utilizar los servicios de salud con eficiencia (por ejemplo para cumplir con los tratamientos). Además, la educación tiene un impacto indirecto sobre la salud mediante su influencia sobre variables como el ingreso.

✓ **Pobreza y desigualdades económicas**

El nivel de pobreza y el estado de salud están relacionados de manera determinante. En primer lugar, la pobreza crea barreras económicas que no permiten el acceso a servicios de salud. El efecto de la pobreza sobre el estado de salud consiste también en la relación que esta tiene con las otras determinantes de la salud (acceso a servicios básicos, educación, vivienda y otros). De acuerdo con los datos del Anuario Estadístico 2005 del INE, el 39.6% de la población boliviana vive en condiciones de pobreza extrema; el 29.1% de la población del área urbana se encuentra en pobreza extrema, mientras que en el área rural el 58.6% está en esa categoría. Por otra parte, los municipios se pueden clasificar en 5 categorías según la proporción de pobres que se encuentran en su territorio: la mayoría de los municipios (273 de 314 en 2001) tiene más del 60% de su población en situación de pobreza. En cambio, 41 municipios que representan más de la mitad de la población presentan una magnitud de pobreza inferior a 60%¹⁰

1.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud, está definido como el conjunto de servicios públicos, privados, ONGs, organizaciones religiosas, que tienen como ente rector el Ministerio de Salud, encargado de formular las estrategias, planes, proyectos y programas a nivel nacional, que son ejecutadas y supervisadas a nivel departamental.

El subsector público se establece para brindar servicios de salud a las personas que no están afiliadas al seguro social obligatorio de corto plazo. Los establecimientos están a cargo de los municipios. Los recursos humanos son pagados por el Tesoro General de la Nación, recursos municipales, recursos departamentales y recursos propios de los establecimientos de salud por la venta de servicios a la población

¹⁰Ministerio de Salud y Deportes. (2010). Plan Sectorial de Desarrollo (2011-2015).Bolivia.

El subsector público, encabezado por:



El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados organizados. Brinda atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional. Está conformado por las:

✓ Cajas de Salud nueve en total y seguros delegados sector al que pertenece la Caja de Salud de la banca privada Salud.¹¹

Dentro del subsector privado se incluyen:

- ✓ Las compañías de seguro
- ✓ Las organizaciones no gubernamentales
- ✓ Obras de la iglesia, sector en la que se encuentra la Clínica Adolfo Kolping

El subsector de medicina tradicional

Tiene como objetivo facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afro bolivianos. Busca también facilitar una atención de la salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural, proyectándose hacia el Sistema Único de Salud y el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural¹²

Programas de protección social

Actualmente se encuentran los siguientes programas:

¹¹ Ibídem

¹² Ministerio de Salud y Deportes. (2010). Plan Sectorial de Desarrollo (2011-2015). Bolivia.

- ✓ Las Prestaciones Integrales desde el 2013 reemplazan al Seguro Universal Materno Infantil, y al Seguro de Salud para el Adulto Mayor, incluyendo a las personas con discapacidad, y presenta un solo sistema de gestión.

- ✓ El Programa Nacional del Bono Juana Azurduy, para reducir los índices de mortalidad materno e infantil. Entre el 2010 y 2015 el Programa Bono Juana Azurduy ha hecho posible la atención de 409.266 partos institucionales en todo el territorio nacional.

- ✓ El Programa Multisectorial Desnutrición Cero, para erradicar la desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años de edad.

- ✓ El Programa Moto Méndez, para la identificación y atención a las personas con discapacidad. (Ministerio de Salud, Plan estratégico, 2017).

1.3.1 Ámbitos de Gestión

Representa una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector salud como parte de la Red de servicios.

La fragmentación del sistema sobre todo público y de la seguridad social están entre los principales problemas del sistema. La fragmentación y la segmentación reproducen profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Según un estudio sobre la exclusión en salud de la OPS y la OMS en 2004, más del 77% de la población boliviana está excluida de alguna manera de los servicios de salud, y en el 2007 según el Ministerio de Salud el 42% de la población enferma no accedió al SNS, y en el 2015 el 49% de la población no se encuentra cubierto por ningún seguro de salud.

El Ministerio de Salud, como Entidad Rectora del Sector Salud, tiene diferentes grados de relación con todos los integrantes del Sector: el subsector público, subsector de la seguridad social de corto plazo, subsector privado con y sin fines de lucro y el subsector de la Medicina Tradicional, efectúa y promueve una gestión compartida en salud con la Estructura social en todos los niveles de gestión.

NIVELES DE GESTION

NACIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes
DEPARTAMENTAL	<ul style="list-style-type: none">• Correspóndiente al Servicio Departamental de Salud SEDES - dependiente de la prefectura
MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none">• Correspondiente al gobierno Municipal DIMUSA
DIRECTORIO LOCAL DE SALUD - DILOS	<ul style="list-style-type: none">• Que representa la suma de ambos SEDES - DIMUSA
LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Correspondiente al establecimiento de salud en su area de influencia y brigada movil en su nivel operativo

Elaboración propia en base a Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020

1.3.2 Modelo de atención

El Sistema Nacional de Salud está organizado en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas. La puerta de ingreso al sistema son los establecimientos de atención primaria, con los mecanismos de referencia y contra referencia para el segundo y tercer nivel de atención. Siguiendo el principio de interculturalidad, el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) incluye la articulación de la atención biomédica y la tradicional.

La red de servicios de salud está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutive, entendiéndola ésta como la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de salud de la población.

Primer Nivel.- es el nivel de atención primaria que implica el primer contacto con los pacientes Es el de mayor cobertura pero menor complejidad, Esta representado por las centros de salud, Centros Médicos, postas rurales.

este nivel es el de mayor importancia en el sistema de salud, ya que es donde se realiza mayor esfuerzo en la prevención , educación y detección temprana de enfermedades, Su recurso humano lo constituyen entre otros: Médicos Generales y odontólogos , enfermeras, trabajadoras sociales , siendo esta la puerta de ingreso y derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad como son el segundo y tercer nivel.

Segundo Nivel.- Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población Recibe pacientes para diagnóstico y tratamiento que no pueden ser resueltas en el nivel primario. en este nivel están los hospitales de la red del municipio así como las clínicas de atención Privadas y de la iglesia que dan atención cuando se requiere internación o cirugías en cuatro especialidades principales Cirugía General , Medicina Interna y Gineco- obstetricia,

Su recurso humano está representado por los especialistas, Para su trabajo requiere de Unidades de Apoyo Diagnóstico como Laboratorio, Imagenología, Ecografías etc.

Tercer Nivel .- Este nivel agrupa a los hospitales de mayor complejidad cuyos equipos y tecnología no existen en 2do nivel, Representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de hospitalización, Su nivel de cobertura es menor y se aboca a manejar solo los casos con patología compleja , En los hospitales se organiza los Servicios Clínicos y requiere de las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico para su trabajo, incluidos los pabellones quirúrgicos y unidades de Terapia Intermedia e Intensiva

Cuarto Nivel.- Son centros altamente especializados con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas, servicio médico – quirúrgicos en hospitalización o ambulatoria a los pacientes afectados de patología compleja que requiere cuidados especializados sofisticados¹³

¹³Ministerio de Salud y Deportes. (2010). Plan Sectorial de Desarrollo (2011-2015).Bolivia.

Aún no se cuenta con ningún hospital con estas características, aunque cabe mencionar que el 19 de julio de 2018 el gobierno firmó un contrato por más de \$us. 100 millones para la construcción del primero de cuatro hospitales de cuarto nivel del país y que estará situado en La Paz para enfermedades gastroenterologías y trasplantes de órganos de esa especialidad. Estos centros altamente especializados fueron la mayor apuesta de este gobierno, en infraestructura e inversión del plan de hospitales para Bolivia.

2.4 POLITICA DE SALUD:

2.4.1 Atención en Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI

La salud está ligada al desarrollo histórico de una nación, a su estructura económica, jurídica y política; de tal forma que el proceso salud –enfermedad es una expresión particular del proceso general de la vida social, el estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizara la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (Art: 37 CPE), y en otras disposiciones fundamentales como el código nacional de salud, el código de seguridad social, el código de Familia, el código del niño niña y adolescente etc., el año 2010 en nuestro país se consolida una nueva política de salud.(Sistema Único de Salud ; Ministerio de Salud y Deportes :2011)

Este nuevo modelo de atención y gestión en salud, que tiene como pilares los principios de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad. Se incorpora en las redes de servicios de los establecimientos de salud, que trata no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen los usuarios, su familia y la comunidad. La SAFCI, se incorpora como el eje central del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, se establece la relación entre dos o más culturas médicas, se busca diseñar la política de promoción y prevención de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria.¹⁴

Este modelo se caracteriza por:

- El enfoque en las personas, las familias y las comunidades.

- El trabajo en base a la definición e intervención en las determinantes de salud en las familias y comunidades.

¹⁴Presidente Constitucional del estado Plurinacional de Bolivia. (2008). Decreto Supremo N° 29601

- La implementación de intervenciones basadas en necesidades, con enfoque biopsicosocial espiritual y cultural.

- La oferta de prestaciones de salud para lograr la satisfacción de personas y sus familias, basada en una:

✓ Atención integral (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación con enfoque biopsicosocial espiritual y cultural)

✓ Atención integrada (coordinación entre todas las partes del sistema).

✓ Atención continua (de información, de relación, de gestión -continuo de atención y continuo del ciclo de vida)

✓ Atención accesible (garantía de atención universal, sin barreras de acceso)

✓ Atención oportuna (en el momento adecuado a las demandas de atención)

✓ La atención en salud en base al trabajo de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios.

✓ La articulación y complementariedad del equipo de salud con los médicos tradicionales.

✓ La aplicación del componente de la referencia y retorno entre los equipos de salud, de éstos con las instancias comunitarias (médicos tradicionales, parteras, responsables comunitarios de salud).¹⁵

1.5 SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social es entendida y aceptada como un derecho que le asiste toda persona que tiene el derecho de acceder a la salud, por el solo hecho de vivir en sociedad y abarca desde el nacimiento hasta la muerte.

"Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez,

¹⁵Ministerio de Salud y Deportes. (2010). Plan Sectorial de Desarrollo (2011-2015).Bolivia.

*vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos"*¹⁶

La Seguridad Social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad sea temporal o permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados o servicios"¹⁷

El Código de Seguridad Social Boliviano, fundado en los principios de solidaridad económica y social, universalidad, en el campo de aplicación y contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión. constituye un conjunto de normas que tienden a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, aplicación de las medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar, incluida la vivienda de interés social. Por ello, en el Código de Seguridad Social Boliviano, se consignan ocho de las nueve contingencias recomendadas por el Convenio 102 de la OIT, relativo a la norma mínima de la Seguridad Social: Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez, Muerte, Asignaciones Familiares y Vivienda de Interés Social. (Conferencia interamericana de seguridad social)

Las personas protegidas por el Seguro Social son: el asegurado y los siguientes familiares; esposa o conviviente, el esposo inválido, los hijos legítimos, naturales reconocidos y los adoptivos hasta los 19 años, el padre inválido y la madre siempre que no dispongan de rentas personales para su subsistencia, los hermanos huérfanos o cuyos padres no perciben rentas y vivan a expensas del asegurado hasta la edad señalada para los hijos. Las disposiciones del Código regulan las prestaciones del Seguro Social Obligatorio y las Asignaciones Familiares. El Seguro Social Obligatorio comprende los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez y Muerte. Las Asignaciones Familiares a los subsidios matrimonial, de natalidad, de lactancia, familiar.¹⁸

¹⁶Administración de la seguridad social. (1991). Ginebra.

¹⁷Ibidem

¹⁸Código de Seguridad Social y su Reglamento. (2017).; edición actualizada. Bolivia.

1.6 TRABAJO SOCIAL EN SALUD

El Trabajo Social define a la salud como “una actividad profesional de tipo clínico que implica de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro, el tratamiento (individual, familiar y/o grupal) de la problemática psicosocial que incide en el proceso de salud-enfermedad, dentro del contexto general de tratamiento y en orden al logro de objetivos de salud y rehabilitación psicosocial. Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al equipo de salud, así como al propio enfermo y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de objetivos de salud” (Ituarte 2014)

El Trabajador Social en el equipo debe aportar el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando aquello que retarda el logro de los objetivos de salud y la utilización de los servicios, así como lo que favorece su logro.

El Trabajo Social aporta al campo de la salud en lo siguiente:

- ✓ La comprensión de la interrelación entre factores psicosociales y calidad de salud de individuos, grupos y comunidades.

- ✓ El estudio, diagnóstico y tratamiento de las situaciones concretas de malestar psicosocial que inciden en la aparición o exacerbación de trastornos físicos y/o mentales, o que puedan producirse como consecuencia de procesos patológicos y que deben ser tenidas en cuenta en el contexto general de la intervención sanitaria, de ahí surgen dos objetivos generales y complementarios del Trabajo Social en Salud:

- ✓ **Objetivo Socio-Epidemiológico:**

Investigación comprensión e interpretación de los factores psicosociales que inciden en la salud de la comunidad, y de las formas en que lo hacen; análisis de procesos sociales emergentes y de sus posibles consecuencias respecto de la salud de la población; actitudes y comportamientos de los grupos sociales respecto de la salud y de la enfermedad; demanda y

utilización real de los servicios sanitarios; niveles de adecuación de los servicios existentes, en cuanto a calidad y cantidad, a las necesidades reales de la población; establecimiento de estrategias de intervención psicosocial y socio-sanitaria tendentes a potenciar los aspectos psicosociales más saludables y a disminuir los que presentan mayores riesgos para la salud.



Objetivo Clínico:

Investigación, diagnóstico y tratamiento (individual, familiar o grupal) del padecimiento psicosocial de las personas en relación a los problemas de salud.¹⁹

En la práctica de intervención cotidiana el Trabajador Social integra estos dos aspectos en el que se producen los conflictos psicosociales que son el objeto de la intervención tanto en el plano individual como colectivo aportando alternativas o soluciones que surgen con la aparición y desarrollo de la enfermedad.

1.7 DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano es mucho más que el crecimiento o caída de los ingresos de una nación. Busca garantizar el ambiente necesario para que las personas y los grupos humanos puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses. Esta forma de ver el desarrollo se centra en ampliar las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran, es decir, en aumentar el conjunto de cosas que las personas pueden ser y hacer en sus vidas. Así el desarrollo es mucho más que el crecimiento económico, este es solo un medio – uno de los más importantes – para expandir las opciones de la gente.

Para ampliar estas opciones es fundamental construir capacidades humanas. Las capacidades más básicas para el desarrollo humano son: llevar una vida larga y saludable, tener acceso a los recursos que permitan a las personas vivir dignamente y tener la posibilidad de participar en las decisiones que afectan a su comunidad. Sin estas capacidades muchas de las opciones simplemente no existen y muchas oportunidades son inaccesibles. En Bolivia, la esperanza de vida al nacer durante Los últimos diez años (2005-2015) incrementó de 63,5 a

¹⁹Ituarte, Amaya. (1992). *Procedimientos y procesos en Trabajo Social Clínico*. Madrid: siglo XXI.

68,7 años. Los años promedio de escolarización, que en 2005 eran de 7,0 subieron a 8,2 en 2015, manteniendo una tendencia al crecimiento.²⁰

1.8 POBREZA

Resulta dificultoso definir el concepto de pobreza, pues esta involucra múltiples factores determinantes, los cuales varían dependiendo las circunstancias de cada país, región o época. Para entender mejor la naturaleza de la pobreza es necesario conocer los diferentes enfoques que existen sobre la misma y que reflejan, de una u otra manera, determinadas posiciones acerca del tema por ejemplo:

Según el Banco Mundial (1999) la pobreza es hambre; es la carencia de protección; es estar enfermo y no tener con qué ir al médico; es no poder asistir a la escuela, no saber leer, no poder hablar correctamente; no tener un trabajo; es tener miedo al futuro, es vivir al día; la pobreza es perder un hijo debido a enfermedades provocadas por el uso de agua contaminada; es impotencia, es carecer de representación y libertad.

En otro documento la entidad define la pobreza como "un fenómeno multidimensional, que incluye incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, falta de control sobre los recursos, falta de educación y desarrollo de destrezas, deficiente salud, desnutrición, falta de vivienda, acceso limitado al agua y a los servicios sanitarios, vulnerabilidad a los cambios bruscos, violencia y crimen, falta de libertad política y de expresión"(Banco Mundial 2000)

Otra definición de la pobreza está relacionada con el grado de satisfacción de las llamadas necesidades básicas, consideradas universales y que comprenden "una canasta mínima de consumo individual o familiar (alimentos, vivienda, vestuario, artículos del hogar), el acceso a los servicios básicos (salud y educación, agua potable, recolección de basura, alcantarillado, energía y transporte público), o ambos componentes". A partir de lo anterior "la pobreza y su magnitud dependen del número y las características de las necesidades básicas consideradas." Por su carácter generalmente discreto los índices de necesidades básicas "presentan limitaciones para estimar la dispersión de la pobreza, porque tienden a

²⁰Informe de Desarrollo Humano. (2016).Programa de las naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD).

igualar a quien está apenas cerca del límite con quien se encuentra mucho más alejado"
(CEPAL, 2000)

La pobreza relacionada a la falta de empleo y los bajos ingresos se traducen en la incapacidad de satisfacer las necesidades básicas, también supone estar excluido de la oportunidad de desarrollar capacidades para desenvolverse productiva y creativamente en la sociedad, todo ser humano tiene derecho a acceder a satisfacer sus Necesidades.

1.9 NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas NBI es una medida de pobreza multidimensional desarrollada en los 80's por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Este método abarca cinco dimensiones y dentro de cada dimensión existen indicadores que miden privaciones.

Viviendas Inadecuadas

Este indicador expresa las características físicas de viviendas consideradas impropias para el alojamiento humano. Se clasifican en esta situación separadamente las viviendas de las cabeceras municipales y el resto

Viviendas con hacinamiento crítico

Con este indicador se busca captar los niveles críticos de ocupación de los recursos de la vivienda por el grupo que la habita. Se consideran en esta situación las viviendas con más de tres personas por cuarto Excluyendo (cocina, baño y garaje).

Viviendas con servicios inadecuados

Este indicador expresa en forma más directa el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas. (...) comprende las viviendas sin sanitario o que careciendo de alcantarillado se provean de agua en río, nacimiento, carro tanque o de la lluvia.

Viviendas con alta dependencia económica

Es un indicador indirecto sobre los niveles de ingreso. Se clasifican aquí, las viviendas en las cuales haya más de tres personas por miembro ocupado y el jefe tenga, como máximo, dos años de educación primaria aprobados.

Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela

Mide la satisfacción de necesidades educativas mínimas para la población infantil. Considera las viviendas con, por lo menos, un niño mayor de 6 años y menor de 12, pariente del jefe y que no asista a un centro de educación formal.

Dado que cada uno de los indicadores se refiere a necesidades básicas de diferente tipo, a partir de ellos se constituye uno compuesto, que clasifica como pobre o con NBI aquellos hogares que estén, al menos, en una de las situaciones de carencia expresada por los indicadores simples y en situación de miseria los hogares que tengan dos o más de los indicadores simples de necesidades básicas insatisfechas.²¹

Nos referimos a este modelo de medición de la pobreza ya que es la que es uno de los métodos empleados en nuestro país, el otro es el método de la línea de pobreza, La realidad a de las familias que son parte del programa del S.G.E.M se enmarcan dentro del modelo de NBI considerando que un 80% de las mismas no logran cubrir sus necesidades de vivienda por qué un porcentaje viven en calidad de cuidadores, algunos no cuentan con servicios básicos, el 100 % de los beneficiarios recibe educación del estado considerada gratuita este método considera pobres a aquello que no hayan logrado la satisfacción de las necesidades establecidas previamente. Es así que son considerados familias en situación de pobreza.

1.10 FAMILIA

La primera afirmación que surge de esta visión es que la familia es un bien esencial para la persona humana, lo que significa que el hombre y la mujer necesitan de la familia para nacer, para educarse y para desarrollarse como personas. Buttiglione (1944) afirma que “la familia está en la encrucijada de las cuatro dimensiones fundamentales del hombre y de la

²¹Programa Social de América latina.(2000- 2001). CEPAL: Impreso 2001 CHILE

mujer: el nacimiento, el amor, el trabajo y la muerte. Ella constituye el espacio humano esencial dentro del cual se verifican los acontecimientos que influyen en forma decisiva en la constitución de la persona y en su crecimiento hasta su madurez y libertad. "Por ello, la familia es considerada, ante todo, no como una institución que se relaciona con otras instituciones sociales, sino como una dimensión fundamental de la existencia, una dimensión de la persona, su modo de ser: el modo más inmediato en el que se manifiesta que la persona existe para la comunión, y que se realiza a sí misma sólo en comunión con otras personas" (Buttiglione, 1994, pág. 13).

Por otro lado Morandé (1994) caracteriza a la familia como comunidad de pertenencia, con una forma de organización que se diferencia de las formas contractuales de las organizaciones racionalizadas, al menos en tres aspectos fundamentales:

a) "Las personas no escogen pertenecer a ella, sino que han nacido en su interior, o se integran libremente pero estableciendo un vínculo que es definitivo y que no está sujeto a revisión;

b) las responsabilidades no son limitadas ni por monto ni por tipologías, como son las obligaciones contraídas en las distintas sociedades reconocidas por el derecho; y

c) las funciones y roles sociales son inseparables de la individualidad y subsistencia de las personas que las sirven.

En virtud de estas tres características, se puede decir que el vínculo que une a los miembros de una comunidad es de pertenencia y no de carácter funcional" que combina las relaciones de filiación, relaciones de consanguineidad y el matrimonio, por lo tanto la familia es considerada la célula más pequeña de la sociedad, por las características de la Clínica también se hace necesario la visión de la máxima autoridad de la iglesia católica.

En palabras de Juan Pablo II, la familia es un camino para el ser humano, el primero y el más importante de los caminos. "Es un camino común aunque particular, único e irrepetible, como irrepetible es todo hombre. Un camino del cual no puede alejarse el ser humano. En efecto, él viene al mundo en el seno de una familia, por lo cual puede decirse que debe a ella el hecho mismo de existir como hombre. Cuando falta la familia, se crea en la

persona que viene al mundo una carencia preocupante y dolorosa que pesará posteriormente durante toda su vida... Normalmente el hombre sale de la familia a realizar, a su vez, la propia vocación de vida en un nuevo núcleo familiar. Incluso cuando decide permanecer solo, la familia continua siendo, por así decirlo, su horizonte existencial como comunidad fundamental, sobre la que se apoya toda la gama de sus relaciones sociales, desde las más inmediatas y cercanas hasta las más lejanas" (Juan Pablo II, 1994).²² El Santo Pontífice coincide con el autor Morande en su concepción de comunidad, también hace referencia al ciclo de la familia.

1.10.1 Tipos de familia

La noción de tipos de familia, que se considera en la actualidad son muy diversas por las formas de unidades familiares como parejas del mismo sexo, hijos con un solo progenitor en todas las cuales pueden cumplirse, desde este punto de vista, las funciones sociales y familiares y proporcionarse un ambiente apto para la armonía y el crecimiento del ser humano.

Hay que aclarar que la familia no es solo una, sino más bien polifórmica y multifuncional, lo que se expresa en la variedad de tipologías que asume, para este trabajo nos referimos a las.

1.10.2 Tipologías Tradicionales

Familia nuclear: conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación. Es dinámica en su composición, evolucionando con los vaivenes de su ciclo vital y con los cambios socio-culturales que la determinan.

Familia extensa o conjunta: Integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales: recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones.

²²Aylwin, A., Olga, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*; Ediciones Universidad Católica de Chile Primera edición: 2002

Familia ampliada: modalidad derivada de la familia extensa o conjunta, en tanto permite la presencia de miembros no consanguíneos o convivientes afines, tales como vecino, colegas, paisanos, compadres, ahijados. Comparten la vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva²³

1.11 NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

La infancia es una etapa fundamental y sus influencias se extienden durante la vida adulta. Garantizar a los niños, niñas y adolescentes el mejor comienzo de vida posible es la manera de asegurar el desarrollo y el progreso de un país.

Niñez es el nombre que se le da a la infancia del ser humano, que es el período de desarrollo comprendido entre el nacimiento y la pubertad. Los procesos cognitivos, biológicos y socio emocionales juegan un rol fundamental en la vida del niño, que se reflejarán en la vida adulta. La niñez abarca dos etapas:

La primera infancia que comprende al recién nacido y al lactante, es decir al niño hasta los dos años.

La segunda etapa es la segunda infancia, que incluye la etapa preescolar (3 a 5 años) y la etapa escolar (6 a 12 años).²⁴

La aprobación, el 20 de noviembre de 1989, de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, supone un antes y un después en la visión de la infancia. Anteriormente, se concebía al niño como un objeto pasivo de protección y cuidado considerado como Menor, a partir del tratado internacional la definición cambia: el niño es un sujeto social activo de derechos, una persona en proceso de desarrollo, cuyas capacidades evolutivas deben ser respetadas y protegidas.

Los Estados que han ratificado la Convención tienen la obligación de proporcionar a la infancia una protección especial, al ser un grupo particularmente vulnerable. De esta forma, la

²³EscartinCáparros, María José. (1997). *Introducción al Trabajo Social II*. (Editorial Agua Clara). España: p. 174-175

²⁴Niñez. (s/f.). Recuperado el (28/11/2018 de: <https://quesignificado.com/ninez>).

definición de niñez es muy importante porque indica cuándo se adquieren ciertos derechos y cuándo se pierden ciertas medidas de protección.²⁵

El Art 5 del Código Niño, Niña Adolescente (2014) señala que: se consideran las siguientes etapas de desarrollo:

- a) Niñez, desde la concepción hasta los doce (12) años cumplidos.
- b) Adolescencia, desde los doce (12) años hasta los dieciocho (18) años cumplidos.

El Art 6 es más específico e indica que: Se considera primera infancia a las niñas y niños comprendidos desde su nacimiento hasta los cinco (5) años

Infancia escolar a las niñas y niños comprendidos entre las edades de seis (6) a doce (12) años.

Adolescencia

Es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 24.

Anteriormente, la Organización Mundial de la Salud OMS consideraba la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años, comprendida dentro del período de la juventud, La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años de edad.²⁶

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe

²⁵Estado mundial de la Infancia.(2011).*Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*.

²⁶OMS. (2017). *Enciclopedia de Conceptos*. Recuperado el (23/10/2018 de: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>).

considerarse un fenómeno biológico, cultural y social, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como la de autonomía individual.

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer.²⁷

Cambios Psicológicos e Intelectuales

Aparece una mayor curiosidad por conocer el mundo que lo rodea. La persona accede a una nueva forma de pensamiento, puede formular hipótesis, razonar acerca de ellas y extraer sus propias conclusiones.

La persona puede diferenciar lo real de lo posible, comienza a poner en tela de juicio todo aquello que hasta ahora era inamovible. Tiene opiniones propias y críticas sobre el amor, los estudios, los amigos, la familia, etc. Piensa sobre sus propios pensamientos, puede orientar su afecto hacia determinadas ideas y valores y comprometerse en algún modo con ellos.

Cambios Sociales

Se descubre "lo social", a la persona le importa pertenecer a un grupo y compartir ideas o gustos. Aparecen cambios en la capacidad de integración social, en el grupo de iguales se conforman una serie de normas y nuevos valores.

Se sigue formando y consolidando la identidad sexual y afectiva; de un grupo más numeroso como la pandilla se pasa más tarde a la formación de parejas. En los últimos años de la adolescencia se puede producir la integración laboral. El deseo sexual aparece, de una forma clara, después de la pubertad. La persona se encuentra con la atracción física hacia otra

²⁷Corbella Rogi, J. (1985). *Descubrir la Psicología*, Folio ediciones. Recuperado el (29/11/2018 de es.wikipedia.org).

persona, con el deseo de disfrutar de su compañía durante este tiempo se va definiendo la orientación sexual, los gustos y preferencia personales.²⁸

Cambios Físicos

Durante la adolescencia, las personas atraviesan por muchos cambios a medida que pasan de la niñez a la madurez física.

Niñas:

Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos que se alcanza en algún momento entre los 12 y los 18 años.

El crecimiento del vello púbico, de la axila y de la pierna comienza normalmente alrededor de los 9 o 10 años de edad y alcanza los patrones adultos alrededor de los 13 o 14 años.

La menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de dos años después de la aparición del vello púbico y senos incipientes. Puede suceder incluso ya a los 10 años o, a más tardar, hacia los 15 años. La edad promedio de la menstruación en los Estados Unidos aproximadamente a los 12.5 años.

Entre los 10 y los 14 años se presenta un crecimiento rápido en la estatura en las niñas, alcanzando el punto máximo alrededor de los 12 años.

Niños:

Los niños pueden comenzar a notar un crecimiento del escroto y los testículos ya a los 9 años de edad. Pronto, el pene comienza a agrandarse. Hacia la edad de 16 a 17 años, sus genitales tienen generalmente el tamaño y la forma de los genitales adultos.

El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila, la pierna, el pecho y la cara en los hombres, comienza en los niños alrededor de los 12 años y alcanza los patrones adultos más o menos de los 15 a 16 años.

²⁸<http://www.informajoven.org>. (recuperado el 29 de noviembre 2018)

Un crecimiento rápido en la estatura sucede en los niños entre las edades de más o menos 10.5 a 11 años y 16 a 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años.

Los niños no comienzan la pubertad con un incidente súbito, como lo es el comienzo de la menstruación en las mujeres. Tener emisiones nocturnas regulares (poluciones nocturnas) marca el inicio de la pubertad en los varones y ocurre normalmente entre las edades de 13 y 17 años, con un promedio alrededor de los 14 años.

El cambio en la voz en los hombres sucede al mismo tiempo que el crecimiento del pene. Las poluciones nocturnas ocurren con el punto máximo de aumento de estatura²⁹

1.12 DERECHO A LA SALUD

Según el art 18 y 19 del código Niño Niña y Adolescente señalan que “las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico, mental y social. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud, además El Estado a través de los servicios públicos y privados de salud, asegurará a niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, habilitación, rehabilitación y recuperación en los diferentes niveles de atención”

1.13 POBREZA INFANTIL

Considerando que la pobreza es un eje que atraviesa el desarrollo de este trabajo nos parece importante analizar los alcances del término de pobreza infantil en este sentido la CEPAL señala *“se refiere a los niños y las niñas que sufren una privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad de la sociedad. Desde esta mirada, la pobreza infantil no puede analizarse únicamente a partir de los ingresos disponibles en el hogar, sino que requiere de una perspectiva multidimensional fundada en un enfoque de derechos”*

²⁹Organización Mundial de la Salud. (2000). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, Informe salud para todos en el año. (2000). pag.12.

A nivel nacional es preocupante los índices de inserción laboral de niños y adolescentes que por la situación económica que atraviesan sus familias se ven obligados a realizar trabajos en condiciones que no son favorable para su desarrollo, Según datos de Unicef (2014), “el 58 % de los niños trabajadores en Bolivia eran menores de 14 años y el 90% de niños niñas y adolescentes tenía un carácter informal “ningún país puede justificar el trabajo infantil como una estrategia de desarrollo en opinión de la OIT.

CAPITULO II

CONTEXTO LOCAL

El objetivo de este capítulo es dar a conocer el contexto local e institucional en el que se desarrolló la experiencia del programa de Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad así como las características de los participantes

2.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA CIUDAD DE EL ALTO

El 6 de marzo de 1985, el Congreso Nacional aprobó la Ley 728, creando la Cuarta Sección Municipal de la provincia Murillo, con su capital El Alto, fue elevada al rango de ciudad, por la Ley 1014 de fecha 26 de Septiembre de 1988; el mismo que dio lugar a la división de la ciudad de La Paz y El Alto.

2.1.1 Distribución Municipal

El municipio alteño está constituido por 14 Distritos, 9 urbanos y 5 rurales, el 40,24% de la superficie territorial es área urbana y el 59,76% rural, distribuidos en norte y sur. El Distrito 3 alberga a la mayor población, con 144. 828 habitantes.

En contra posición, el Distrito 10 es el menos poblado y es habitado por solo 785 personas. Corresponde al área rural de El Alto, son cuatro los distritos que tiene una población mayor a los 100.000 habitantes. Estos son los Distritos 1- 2- 3 - 4- 5 y 8.

2.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS

2.2.1 Población:

De acuerdo a los resultados del Censo 2012 realizado por el INE la ciudad de El Alto tiene un población de 848.452 habitantes. Desde el anterior censo -realizado en 2001- la población aumentó en 198.494 habitantes. En el censo de 2001 la urbe alteña contaba con 649.958 habitantes.

En la ciudad de El alto se expresa con toda nitidez la realidad multicultural y plurilingüe que caracteriza a Bolivia y se manifiestan, de una manera aguda y concentrada, los

problemas económicos más acuciantes del país. Esta realidad se hace más compleja si se consideran las tensiones urbanas propias de las grandes ciudades de rápido crecimiento poblacional anualmente alcanza un tasa cercana al 5.10 %, El Alto ha sido la segunda urbe que más habitantes ha ganado en el país en cifras absolutas: de 649.958 censados en 2001, ha pasado a tener 848.840 en 2012, De ese total, 48,58% son varones y 51,42% mujeres. Del total de la población más del 50% está constituido por niños, niñas y adolescentes (INE-2012) esto como resultado de las fuertes corrientes migratorias campo-ciudad producto de la expulsión de los pobres extremos e indigentes de otras áreas deprimidas del país. A esta situación se suma la inadecuada oferta de servicios de salud y educación que genera elevados índices de marginación social y otros problemas agudos como violencia, alcoholismo drogadicción, prostitución etc. la marginación económica y social constituye en la práctica, una grave violación a los derechos humanos, razón por la que la pobreza constituye “un mecanismo de exclusión silenciosa del ejercicio de derechos fundamentales ”como lo es el derecho a la vida , la educación y la salud, por otro lado el índice de desarrollo humano, IDH, muestra que El Alto se encuentra en el puesto 38 de 316 municipios de Bolivia pero manteniendo un IDH más bajo a nivel de los municipios-ciudad principal de los 9 departamentos, alcanzando para el 2005 a 0,661 lo que denota un desarrollo medio e inferior al promedio nacional que es de 0,682. El índice de salud es bajo con respecto a las ciudades capitales, en educación se encuentra en mejor situación que Sucre y finalmente con respecto al índice de ingresos está en el último lugar con respecto a dichas ciudades (INE 2012)³⁰

2.2.2 Vivienda

Contar con una vivienda adecuada en El Alto es uno de los aspectos más importantes a resolver por la población y que se encuentra como una de las prioridades del Índice de Desarrollo Humano (IDH), es decir, correlacionando variables de vivienda adecuada, educación terciaria, acceso a salud, empleo de calidad y condiciones de vida, El número de viviendas en El Alto, tomando los datos del censo del INE 2001, es de 163320 de las cuales el distrito con mayor cantidad de viviendas es el 1 y los que menor cantidad de viviendas tienen son el 7 y 8 fuera de la zona rural. En general, las condiciones de la vivienda en su mayoría son paredes de adobe, solo un pequeño porcentaje por distrito cuenta con viviendas con

³⁰<https://es.wikipedia.org>. (Recuperado el 2 de noviembre de 2018)

paredes de ladrillo, lo mismo que con piso de madera dado que la mayoría cuenta con piso de cemento.

En el censo de 2012 tenemos que: 68 de cada 100 viviendas son propias, un 15.4 son alquiladas, 12 son cedidas o en calidad de cuidadores³¹

2.2.3 Servicios básicos

Los servicios básicos hacen referencia a los servicios de agua, energía eléctrica y saneamiento básico, que influyen significativamente en la calidad de vida de las personas, la cobertura en la ciudad de El Alto, aproximadamente un 52% tiene agua potable al interior de su vivienda , el 55.5% cuenta con energía eléctrica y apenas el 35% con disponibilidad de alcantarillado sanitario. Estos factores responden a la falta de planificación del territorio y el costo elevado para acceder a los mismos³²

2.2.4 Educación

Desde el censo de 2001 El Alto ha tenido mejoras importantes en la educación. La tasa de analfabetismo de 7,98% en 2001 se ha reducido a casi cero como resultado de las campañas de alfabetización (INE 2001)

En educación primaria y secundaria hubo un crecimiento de la tasa de alumnos matriculados. En la enseñanza inicial, primaria y secundaria desde el 2000 al 2006, llegaría a una cobertura de alrededor del 74%, lo que significa que en El Alto aproximadamente tres de cada cuatro niños van a la escuela. El análisis por niveles denota que en primaria se tiene una cobertura del 97,78% entre los años 2000 a 2006, mientras que la educación secundaria en los mismos años llega a tan solo 39,35%, confirmando que la educación en El Alto se reduce a la instrucción primaria con 8 años de escolaridad y abarcando a aproximadamente el 75% en promedio del universo de población en edad escolar.

Casi dos tercios de la población (65%) no han superado la educación secundaria, correspondiendo a algo más de un tercio (36%) la población que habría abandonado por diversos motivos la educación primaria (principalmente la población femenina y adulta). La

³¹<https://es.wikipedia.org>. (Recuperado el 2 de noviembre de 2018)

³²www.fundase-bolivia.org. (Recuperado el 5 de noviembre del 2018).

no conclusión de estudios se hace patente también en el nivel secundario, ya que para un 25% de la población total en edad de estudiar se habría frustrado el propósito de lograr el bachillerato, frustración más intensa nuevamente en la población femenina, particularmente adultas (mayores a 25 años). Estamos, por consiguiente, ante una mayoría de la población alteña signada por una formación escolar formal inconclusa, que explica en buena medida las posibilidades reales que tiene la gente para lograr un nivel de instrucción adecuado que se traduzca en mejores condiciones de inserción en el mercado laboral.(INE año 2012)

2.2.5 Salud

En esta ciudad existen centros de salud ubicados en todos los distritos, también cuenta con centros hospitalarios, a pesar de contar con estos servicios existe una alta tasa de mortalidad infantil se debe al bajo peso al nacer, a enfermedades diarreicas (EDAS) e infecciones respiratorias (IRAS). La tasa de morbilidad es de 22.7% de donde la morbilidad femenina llega a un 12.2% y la morbilidad masculina es de 10.5%, esta situación se presenta por varios factores como la inasistencia a un centro de salud, el factor económico, la falta de orientación y educación de los centros o factores culturales la población opta por la medicina tradicional acudiendo a curandero. La tasa de natalidad es de 3.29 niños y niñas nacidos vivos por lo tanto la tasa de esperanza de vida al nacer es de un 0.02%.(INE 2012)

Los principales problemas de salud encontrados en las niñas y niños menores de cinco años de edad que producen esta alta mortalidad están identificados: se estima que en 2008, 18% de las defunciones de menores de 5 años en Bolivia son debidas a neumonía, 16% a prematuridad, 15% a diarrea, 13% a asfixia perinatal, 8% a sepsis neonatal, 5% a anomalías

Congénitas, 3% a traumatismos y 22% a otras enfermedades; 50% de las defunciones están relacionadas a un estado nutricional deficiente³³

Respecto a Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), la prevalencia en menores de 5 años según la ENDSA 2008 fue de 26% y 5,4% diarreas con sangre; se muestra mayor prevalencia en los niños de 12 a 23 meses de edad (40,4% y 8,8% con sangre). El número de

³³Organización Mundial de la Salud OMS, (2010). *estadísticas sanitarias mundiales*.

casos de EDAs reportado por el SNIS en 2009 fue de 600.534, representando una tasa de incidencia reportada de 462 casos por cada 1.000 menores de 5 años³⁴

Según el (INE 2012) la fecha el Municipio de El Alto, cuenta con 62 establecimientos de salud públicos de primer nivel y tres de segundo nivel, están dentro de una red de servicios de salud estructurada, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructura el lineamiento regional, el cual se operativiza por medio de las cinco coordinaciones de red:

- ✓ Boliviano Holandés,
- ✓ Corea
- ✓ Senkata
- ✓ Los Andes
- ✓ Lotes y Servicios

A pesar de contar con estos establecimientos de salud los mismos son insuficientes para cubrir la demanda de salud de la población, es así que la red de Salud de la Diócesis de El Alto brinda atención médica a la población más vulnerable y que se encuentra en desventaja social mediante la Red de Centros que son parte integrante del programa de Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad y está conformada por centros de 1er, 2do y 3er nivel:

³⁴Ibidem

Cuadro N°1

RED DE SALUD DE LA DIOSCESIS DE EL ALTO



Fuente: Elaboración Propia en base a documentos de la Fundación

2.3 CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.3.1 Historia y Naturaleza de la Institución

➤ **Obra Kolping Internacional - OKI**

Se define como asociación católica social fundada por Adolfo Kolping y representada en más de 60 países del mundo con alrededor de 400.000 miembros, La lucha contra la pobreza está en el centro del trabajo de la OKI, ya desde el año 1968. Apoyan con proyectos a miles de personas. Los colaboradores en las asociaciones nacionales actúan en este contexto como cooperantes competentes in situ. Juntos promueven las posibilidades de las personas individuales, apoyan en la organización de personas desfavorecidas y fortalecen la construcción de sociedades civiles, denominadas Familias Kolping en África, Asia y América Latina así como en Europa Central y del Este.

➤ **Identidad y Valores**

Plantea la propia acción en la persona y en el mensaje de Jesucristo

✓ En la doctrina social de la Iglesia, en los ideales y las obras del Beato Adolfo Kolping

✓ Hacer que los propios miembros sean capaces de dar testimonio como cristianos en el trabajo, en el matrimonio y en la familia, en la Iglesia, en la sociedad y en la vida política

✓ Promover la solidaridad y el bien común con un espíritu cristiano actuar constantemente para la construcción de una sociedad más humana. En armonía con el principio de subsidiariedad, todos los esfuerzos de la Obra se dirigen a ofrecer a quien tiene necesidad de ella la formación necesaria para saber utilizar los propios recursos y para ser constructor del propio crecimiento.

➤ **América Latina:**

Es a partir del año 1970 que la OKI ha intentado convertir en realidad este concepto básico en América Latina, En Brasil y Colombia, por ejemplo, hay ofertas para toda la familia: se cuida a niños, reciben comida y clases particulares, pero hay también asesoría para los padres, en Bolivia se destaca el trabajo en salud, en Ecuador el desarrollo rural es importante.

➤ **KolpingRegión Andina**

Es una estructura subcontinental, su función es el intercambio de información, experiencias y herramientas entre las Obra Kolping de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

2.3.2 Obra Kolping Bolivia

El trabajo de la ObraKolping en Bolivia se inicia en 1980 en el Departamento de Santa Cruz y en la ciudad de El Alto, El movimiento es apadrinado por la participación internacional del sacerdote alemán, Padre SebastiánObermayer, a su cofrade italiano Guiseppe Rizzi y las Hermanas brasileñas, Petronila Freitas y Carmen Ghissi.

2.3.2.1 Misión

Guiados por la Doctrina Social de la Iglesia Católica y los principios del Beato Adolfo Kolping, realizar un trabajo de alta calidad en la constitución democrática y equitativa de oportunidades en la creación de capacidades integrales y en la promoción de líderes capaces de transformar sus espacios sociales con sensibilidad humana, capacidad intelectual y valores cristianos.

2.3.2.2 Visión

Llegar a ser la mejor institución de su entorno de acción en la oferta de servicios de salud, educación de alta calidad y protección del ser humano.

➤ **Objetivo**

Apoyar al fortalecimiento de la sociedad civil mediante la generación de empleo basado en la formación, capacitación de la persona promoviendo oportunidades económicas.

➤ **Constitución y significado de la Fundación Nacional Kolping**

En 2003, inicia sus tareas la Fundación “Padre Adolfo Kolping” como otra institución con personería jurídica de la Obra Kolping Bolivia. La Fundación asume las tareas ejecutivas esenciales de Kolping en Bolivia; todos los inmuebles propiedad de la OKI.

➤ **Proyectos sociales**

La Fundación Kolping Bolivia organiza y ejecuta proyectos de carácter social, orientados prioritariamente hacia aquellos sectores de escasos recursos capaces de ayudarse a sí mismos, una vez que hayan recibido un apoyo inicial definida como la ayuda para la Autoayuda.

De igual manera, se alternan actividades sin lucro con otras que pueden ser de carácter comercial, pero cuyas ganancias están destinadas a financiar el Trabajo Social realizado por la asociación.

En este contexto, el trabajo en el país es coordinado por la Oficina Nacional, las regionales y proyectos que tienen autonomía de gestión administrativa.

➤ **Actividades y proyectos de la fundación:** Los proyectos se desarrollan en los ámbitos de la educación, la formación profesional y salud está representada activamente en ocho Departamentos de Bolivia, los proyectos más importantes son:

a) instituciones educativas: se encuentran distribuidas en el territorio nacional de esta manera:

Cuadro N°2

INSTITUCIONES EDUCATIVAS A NIVEL NACIONAL



Fuente: Elaboración Propia en base a documentos de la Fundación

b) Capacitación y formación especializada para la generación de micro empresas.

Espacio donde se desarrolla programas especializados propios y en alianzas estratégicas de nivel de mano de obra calificada, y técnico superior para promover iniciativas individuales y crear unidades productivas.

Proyecto de ayuda social

c) La “Casa de la Mujer” en Cochabamba.

Que se constituye en un espacio donde se acoge a mujeres con hijos que fueron víctimas de la violencia, encuentran aquí un refugio donde reciben asistencia social psicológica y capacitación laboral.

Actividades

- ✓ Generación de fuentes de empleo dignos.
- ✓ Fortalecimiento social.
- ✓ Contribución al mejoramiento en Salud, Educación de forma integra

d) Servicios de salud:

La Clínica como obra de la Iglesia Católica está involucrada en el cuidado de salud porque cree que el cuidado de los enfermos es una parte importante del mandato de servicio de Cristo, la constante es la participación de la Iglesia en los cuidados de la salud es la motivación que lleva, a este servicio no es sólo un compromiso institucional de proveerlo, sino también el compromiso personal e institucional de hacerlo de una manera específica, dentro de un contexto particular, de acuerdo con una visión única de la vida humana fundamentada en última instancia en la persona de Jesucristo y nuestro Beato Adolfo Kolping.



Los servicios de salud son parte de la red de Salud de la Diócesis de El Alto, pero como parte de la organización institucional son integrantes de la Red de Salud Kolping, cada uno con capacidad resolutive, de acuerdo a su nivel de atención, dando cumplimiento a las políticas sectoriales, según normas y programas, se encuentran ubicados en cinco distritos de la urbe alteña y está compuesta por:

- ❖ Centro Médico San Sebastián
- ❖ Centro Médico San Luis
- ❖ Centro Médico San Vicente De Paul
- ❖ [Clínica Adolfo Kolping](#)
- ❖ Hospital Corazón de Jesús

Cuadro N°3

RED DE SALUD KOLPING



Fuente: Elaboración Propia en base a documentos de la Fundación

CLINICA ADOLFO KOLPING

La Clínica Adolfo Kolping es una obra de la iglesia católica, forma parte de la estructura de establecimientos de salud dependiente de la Red Boliviano Holandés, ubicada en la zona de villa dolores distrito 1 de la ciudad de El Alto, prestaservicios de salud con un espíritu cristiano, su actuación busca la construcción de una sociedad más humana y solidaria guiados por la Doctrina de la Iglesia católica y los principios de nuestro Beato Adolfo Kolping.

Contribuye a la salud y bienestar de la población con calidad, a través de un modelo de atención integral humanizado, centrado en el paciente y su familia, con énfasis en la actitud de servicio y el buen trato.

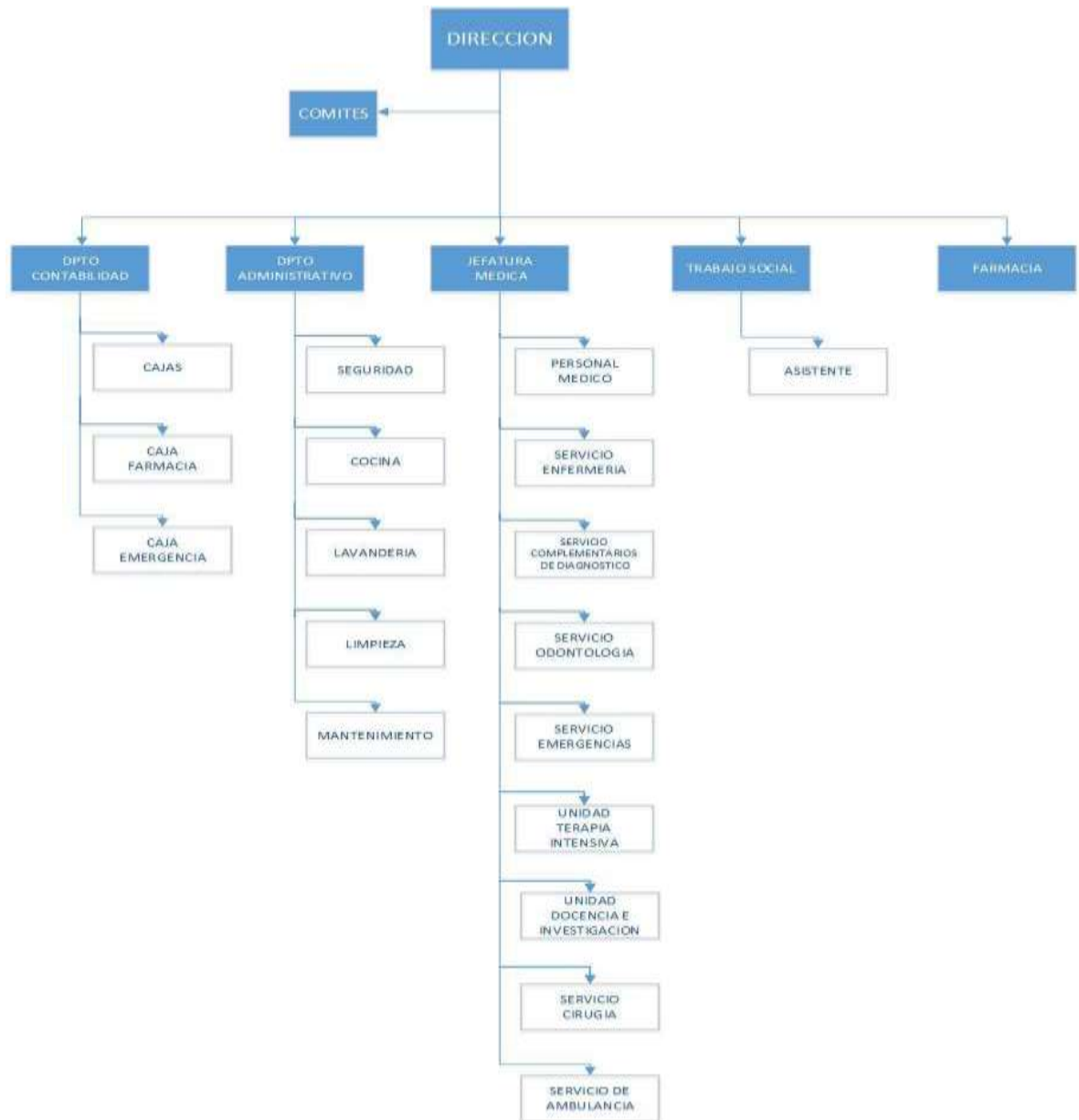
Además de la atención cotidiana en sus distintas especialidades la clínica cuenta con programas y proyectos sociales como ser: el Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, Seguro con el colegio de arquitectos, programa de detección y seguimiento de pacientes diabéticos, desarrolla una labor educativa con el Centro de Entrenamiento en Laparoscopia dirigida a médicos generales y especialistas.

En estos 24 años la Clínica creció en infraestructura, equipamiento hospitalario y talento humano, se transformó de un servicio de atención primaria a ser una clínica de segundo nivel de capacidad resolutive; desarrollando día a día su competitividad así como la adquisición de equipos de última tecnología. Posee servicios profesionales de médicos en todas las especialidades, enfermeras, administrativos y servicios complementarios diagnósticos y terapéuticos. Se ha convertido en un centro de referencia en cirugía laparoscópica por el nivel de resolución de casos de trascendencia en el ámbito médico, porque cuenta con talento humano competitivo y comprometido en la prestación de servicios de salud oportunos, integrales y de calidad con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento de patologías agudas, crónicas y agudizadas.

Ofrece una infraestructura confortable conformada por 3 bloques en cuyos ambientes funcionan los servicios para la población en general y prioritariamente para las personas que aprecian su vida y su salud, pretende lograr una cultura de valores orientada al bienestar de los usuarios externos e internos con proyección hacia la comunidad.



ORGANIGRAMA CLINICA KOLPING



El organigrama de la clínica Kolping se presenta de manera vertical en función a los niveles de jerarquía y dependencia, como se observa el servicio de Trabajo Social tiene directa dependencia de la dirección, sin embargo el nivel de coordinación con las diversas áreas y jefaturas de servicios se encuentran en el mismo nivel de jerarquía, y bajo su dependencia se encuentra una asistente.

CAPITULO III

MODELO METODOLOGICO

La sistematización posibilita dar cuenta de la experiencia de las acciones sociales o proyectos de promoción social, una experiencia está marcada por las características, sensibilidades, pensamientos y emociones, de los hombres y las mujeres que las viven, somos las personas las que hacemos que ocurran estos procesos complejos y dinámicos que ha sido conceptualizada desde diferentes visiones, en este marco citamos a Sergio Martinic y Oscar Jara

Según (Martinic; 1984) *“la sistematización es un proceso de reflexión que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado”*

En cambio la visión de Jara en torno a la experiencia es la más adecuada para dar contexto a nuestro marco metodológico porque Jara (2001) señala: *“se trata de ir más allá, se trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte.”*³⁵ En esta experiencia en particular la postulante como parte del programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad.

Por todo lo anterior, es que es tan apasionante, como exigente, la tarea de buscar comprenderlas, extraer sus enseñanzas y comunicarlas. Buscamos apropiarnos críticamente de las experiencias vividas y damos cuenta de ellas, compartiendo con otras personas lo aprendido.

3.1 MOMENTOS METODOLÓGICOS

El autor plantea cinco tiempos en el desarrollo de la sistematización que son los siguientes:

³⁵Ocampo, A. ,Berdegue, J. Citado en :Sistematización de Experiencias Locales de Plan Nacional Sectorial de Desarrollo Integral (2011-1015).

1. El punto de partida	Nos referimos al momento inicial de la experiencia.
2. Las preguntas iniciales	Inherentes a la experiencia vivida en el desarrollo del programa S.G.E.M
3. Recuperación proceso vivido	De la intervención de la postulante en el S.G.E.M - en el periodo 2010-2012
4. La reflexión de fondo	Considerada como una conceptualización de la práctica.
5. El punto de llegada	Instancia en la que se plantean las lecciones aprendidas.

- **PRIMER TIEMPO**

Punto de Partida

Este momento según Jaraseñala que se debe puntualizar dos componentes propios de la sistematización de una experiencia siendo los siguientes:

a) Haber participado de la experiencia con los beneficiarios directos e indirectos del Programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad en la Clínica Kolping en la Ciudad de El Alto.

Este primer momento encierra la propia práctica, lo que significa que debemos iniciar con lo que hacemos, sentimos y pensamos. No sería posible sistematizar algo que no se ha vivido, la autora de esta memoria ha sido parte del programa desde el año 2004 en una primera instancia en el nivel operativo, y a partir del año 2010 adquiere un papel fundamental gestionando la renovación del seguro en coordinación con los padres de familia la continuidad de este programa ante las instancias correspondientes como el Ministerio de Salud el Instituto Nacional de Seguros de Salud y otros, como se explica más adelante.

b) Tener los registros escritos y visuales de la experiencia, conocer el objetivo planteado, las actividades que fueron implementadas y los resultados obtenidos en el Programa del S.G.E.M en la Gestión del 2010- 2012.

Para la recuperación de los hechos más significativos de la intervención de la Trabajadora Social se efectuó la revisión y recopilación de la información documental existente con instrumentos como la ficha social, formulario de visita domiciliaria,

informes sociales, listas de beneficiarios, notas de agradecimiento de los padres de familia y por otro lado el registro visual que consisten en las fotos inherente a la experiencia desarrollada respecto al S.G.E.M en el tiempo delimitado 2010-2012 en la clínica Adolfo Kolping toda esta información permitió el desarrollo y la ilustración de la presente memoria en sus distintos momentos.

- **SEGUNDO TIEMPO**

Las Preguntas Iniciales

En este punto, Jara plantea realizarse algunas interrogantes que permitan orientar la sistematización ¿Para qué queremos sistematizar?, ¿Qué experiencias queremos sistematizar?

Emergen preguntas que deben ser respondidas:

¿Para qué queremos sistematizar la incorporación del profesional en Trabajo Social al Programa del Seguro gratuito de enfermedad y maternidad de la Clínica Adolfo Kolping?

Para reconstruir la experiencia de intervención de la Trabajadora Social en la implementación y desarrollo del programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, trabajo que será presentado como una memoria académica que permita la titulación de la postulante, por otro lado es importante sistematizar la intervención que se llevó a cabo, dado que es una muestra de la acción del trabajador social en el sector de salud de la Iglesia, en función de los objetivos planteados.

Objetivo General

- Reconstruir la experiencia de intervención del Trabajo Social, concerniente a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de los beneficiarios directos e indirectos del programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad en la Clínica Adolfo Kolping.

Objetivos Específicos

Recuperar la experiencia de intervención desarrollado por la Trabajadora Social en el programa del Seguro Gratuito de Enfermedad Común y Maternidad en la Clínica Adolfo Kolping.

Visibilizar la trascendencia del Trabajo Social como parte del equipo de salud en la ejecución del programa, a través de las funciones desarrolladas.

Reflejar la mejora en la calidad de vida y las condiciones de salud de la población beneficiaria del programa del Seguro Gratuito de Enfermedad Común y Maternidad.

¿Qué experiencias queremos sistematizar en la incorporación de la Trabajadora Social al Programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad de la Clínica Adolfo Kolping?

Este trabajo sistematiza la experiencia en el desarrollo de las funciones ejecutadas y en consecuencia los objetivos alcanzados por la Trabajadora Social en el marco del programa S.G.E.M al interior de la Clínica Kolping durante la gestión 2010 a 2012, la delimitación del tiempo responde a un momento decisivo en la historia del mismo, conviene subrayar que a partir de la citada gestión se originaron cambios que resultaron importantes para la continuidad del Seguro hasta el presente por mencionar:

- ✓ Ampliación del tiempo de vigencia de 3 a 5 años
- ✓ Incremento de la población beneficiaria de 2.000 a 2.160

PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE SISTEMATIZACIÓN:

La intervención de la Trabajadora Social, en el programa del “Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad” en el marco de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en los niños (as) y adolescentes beneficiarios, que se encuentran en situación de pobreza, en la clínica de Especialidades Adolfo Kolping de la ciudad de El Alto en la gestión 2010 -2012.

FORMULACION DEL EJE DE SISTEMATIZACIÓN:

Las funciones del Trabajo Social en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de los beneficiarios directos e indirectos del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, en la Clínica Adolfo Kolping.

Asistencia Social: Identificación de necesidades y demandas a nivel individual, diseño e implantación de mecanismos que posibiliten a la población el acceso a los servicios de salud

Educación Social: Diseño e implementación de procesos educativos de diversa profundidad dirigidos a los beneficiarios directos e indirectos, sobre la problemática social, diseño y ejecución de eventos educativos.

Gestión Social: Diseño de programas y proyectos de desarrollo social, orientación y registro de procesos metodológicos que posibiliten a la participación de los usuarios en la gestión de proyectos sociales.

Investigación Social: Formulación e implementación de investigaciones de tipo cuantitativo y cualitativo sobre problemáticas sociales ya sean individuales o de grupo.

Organización Social: Es la concepción del Trabajo Social sobre los mecanismos de movilización, organización y participación en las acciones del problema social

CAPITULO IV

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DEL SEGURO GRATUITO DE ENFERMEDAD COMUN Y MATERNIDAD - S.G.E.M

El seguro Gratuito de Enfermedad y maternidad tiene su génesis en las demandas sociales imperativas por necesidades insatisfechas por años en familias habitantes de los distritos municipales de la ciudad de El Alto, la atención a los temas coyunturales son algunos de los factores que caracterizan la etapa de los años 90, considerando que esta ciudad había concentrado la pobreza generada por la crisis de la economía, a través de una migración permanente que llegan a extremos insostenibles, y en el desarrollo de sus estrategias de supervivencia se ocupan de actividades informales de comercio y producción que les permiten subsistir con bajos niveles de calidad de vida o en situación de pobreza .

El año 1997, en el gobierno del Gral. Hugo Banzer Suarez se presenta como una decisión política el Plan de “la lucha contra la pobreza “para tomar medidas urgentes en busca de resolver los problemas señalados en todo el país pero principalmente en la Ciudad de El Alto, esta política integra acciones estratégicas convergentes y sinérgicas que abarquen los distintos ámbitos y factores determinantes de las condiciones vinculadas al bienestar esencial en las personas, a esta coyuntura se suma el compromiso del país ante las Naciones Unidas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM³⁶ en el año 2015 mismos que abarcan 21 objetivos para medir los progresos en materia de reducción del hambre y la pobreza, así como en mejoras de salud, educación, condiciones de vida, sostenibilidad ambiental e igualdad de género, estos objetivos son considerados de marco mundial para la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de pobreza, en su cumplimiento estos objetivos pretenden que todos accedan a servicios que les permita llevar una vida digna.

³⁶Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), adoptados en el año 2000, reflejan el propósito común de definir metas mínimas a alcanzar para 2015. Estos objetivos pretenden que todos y todas accedan a servicios que les permitan una vida digna; que los hombres y las mujeres gocen de igualdad de condiciones y oportunidades; que todas las familias cuenten con un ingreso suficiente, y que los esfuerzos por alcanzar estas metas se lleven a cabo en una mayor armonía con la naturaleza el programa se inserta en el Objetivo 1 y 3 en referencia a la erradicación de la pobreza y la reducción de la mortalidad infantil

Este contexto se hace propicio para el cumplimiento de los Objetivos Sociales contenidos en el “Plan de Emergencia para combatir la pobreza de la ciudad de El Alto”, con la aprobación del Decreto Supremo N° 24929 de 30 de diciembre de 1997 y la creación de la comisión impulsora de dicho plan compuesta por ministros de área y el delegado presidencial, que en sus partes sobresaliente indica:

Considerando:

- Que la Ciudad de El Alto ha concentrado la pobreza generada por la crisis de la economía, a través de una migración permanente que llega a extremos insostenibles
- Que los migrantes del campo ciudad han ocupado el territorio de manera desordenada, y en el desarrollo de sus estrategias de sobrevivencia ocupan de actividades informales de comercio y producción que les permiten subsistir con bajos niveles de calidad de vida
- Que la postergación y la miseria generan una situación social y política que, en ausencia de políticas estatales que permitan revertirla, puede convertirse en escenario de eclosiones sociales incontrolables que afecten la estabilidad democrática del País;
- Que es una decisión política del gobierno nacional luchar contra la pobreza y tomar medidas urgentes para resolver los problemas señalados.

En su Artículo 1.- decreta aprobar el Plan de Emergencia para combatir la pobreza en la Ciudad de El Alto que comprenda los siguientes programas prioritarios:

- Mejoramiento de la infraestructura escolar y apoyo a la reforma educativa
- Mejoramiento de los barrios pobres y ampliación de la cobertura de servicios básicos
- Atención primaria en salud
- Apoyo a la microempresa
- Atención integral a la niñez

Con este antecedente el 5 de marzo de 1998 se aprueba el Decreto Supremo N° 24975, que autoriza a la Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) a suscribir un convenio con el entonces delegado Presidencial para la ciudad de El Alto, Reverendo Padre Sebastián Obermayer, con el objetivo de establecer y ejecutar un programa de Seguro Gratuito de

Enfermedad y Maternidad para 2000 niños(as) y adolescentes habitantes de la Ciudad de El Alto cuyas edades deberían estar comprendidas de 0 a 19 años y en situación de pobreza, cuya identificación, Cobertura y modalidades serian determinadas en un convenio que tendría vigencia de 3 años es decir hasta el año 2002 y su renovación estaría sujeta a los resultados de la evaluación del impacto social en la población³⁷

Debido al impacto positivo del mismo, se autorizó su renovación mediante: decreto Supremo N° 27091 de 18 de junio de 2003 por el lapso de 3 años, por el impacto positivo en la población beneficiaria el seguro se renovó por una tercera vez mediante Decreto Supremo 29140 de fecha 30 de mayo de 2007, en una cuarta gestión se autorizó su renovación mediante Decreto Supremo n° 600 de 18 de agosto de 2010 esta vez por el lapso de 5 años es decir hasta el año 2015.

Es en esta etapa que se enmarca la sistematización de la experiencia desarrollada por la Trabajadora Social en la Clínica Adolfo Kolping, que se delimita a las gestiones de 2010 a 2012 considerando que ese tiempo fue crucial para la continuidad del programa y marca una nueva etapa en la aplicación del Seguro, misma que se desarrolló en el marco del convenio suscrito para su aplicación y es como sigue:

Para el cumplimiento del Decreto Supremo N° 600/2010, la C.S.B.P firmo un convenio con seis centros pertenecientes a la Diócesis de El Alto, Centro Médico San Sebastián, Centro Médico San Vicente de Paul, Clínica Adolfo Kolping, Centro de Rehabilitación Especial CEREFÉ, Centro Materno Infantil Santa María de los Ángeles, Centro de salud Espíritu Santo, y como Administrador General del programa en la Ciudad de El Alto el Padre Sebastián Obermayer.

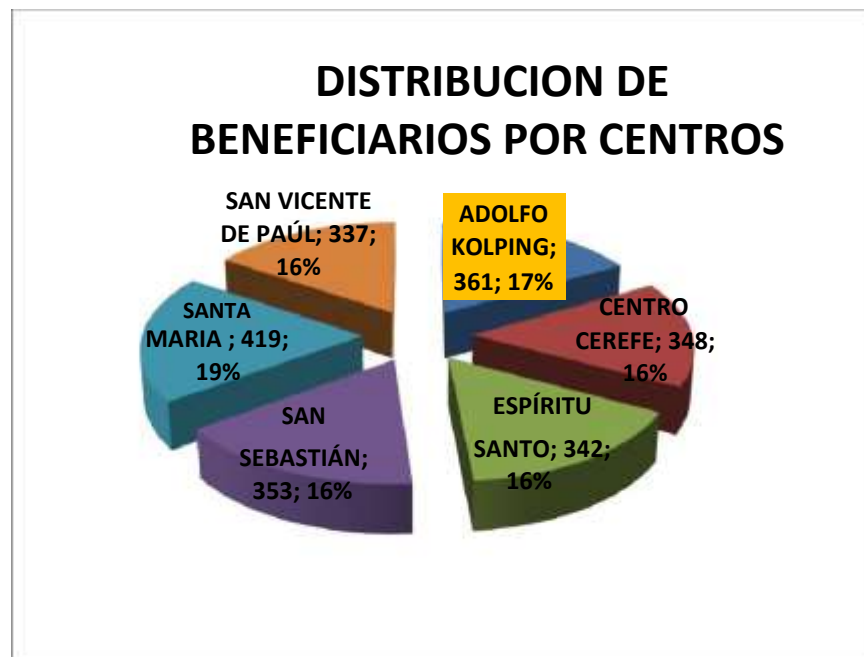
Con el objetivo de establecer las prestaciones en salud en el marco de las previsiones y alcances del Decreto Supremo n° 25289 de 30 de enero de 1999, promulgado por el gobierno de Banzer se inician las afiliaciones de 2000 niños(as) y adolescentes, esta población se mantuvo hasta el año 2010 fecha en la que se amplía la población hasta llegar a 2160

³⁷República de Bolivia, (30,enero,1999)Decreto supremo 25289

beneficiarios, considerados como la población protegida habitantes de 5 distritos de la ciudad de El Alto cuya distribución se realizó de acuerdo a criterio de igualdad de oportunidades para todos los Centros, la distribución de beneficiarios fue de la siguiente manera:

GRAFICO N° 1

NÚMERO DE BENEFICIARIOS POR CENTROS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a documentos del convenio

En el gráfico se observa una distribución igualitaria de beneficiarios por centro, a excepción del Centro Santa María de los Ángeles que tiene un mayor número de beneficiarios que alcanza a un 19% de la población protegida

4.1 POBLACION PROTEGIDA

Se considera población protegida a 2160 niños(as) y adolescentes comprendidos entre las edades de 0 a 19 años que cuentan con su carnet de filiación y figuran en las listas de beneficiarios, los mismos que gozan de atenciones médicas y odontológicas estas prestaciones se brindan exclusivamente a la población cuyo lugar de residencia sea la Ciudad de El Alto, de ese total 361 asegurados recibieron la atención médica en la Clínica Kolping.

4.2 COBERTURA

La cobertura de atención a la población protegida por el Seguro se realizó a través de los administradores y estuvo circunscrita a:

- ✓ Consulta médica general y especializada a los beneficiarios
- ✓ Consulta especializada a mujeres gestantes hasta los seis meses posteriores al parto
- ✓ Atención odontológica
- ✓ Tratamientos quirúrgicos
- ✓ Suministro de medicamentos
- ✓ Exámenes auxiliares de diagnósticos y tratamiento
- ✓ Consulta externa
- ✓ Hospitalización
- ✓ Actividades de prevención
- ✓ Actividades de promoción
- ✓ Actividades de rehabilitación
- ✓ Atención de emergencias

Esta atención estuvo delimitada en base a los límites máximos de la seguridad social en atención médica y odontológica y sujeta por un lado a la demanda condicionada por el perfil epidemiológico entendida como la carga de enfermedades que padece este grupo social y por otro lado a la patología prevalente que presentaron, permitió definir los parámetros y prioridades para la toma de decisiones tanto en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades como respuesta para lograr los objetivos esperados

En casos especiales que fueron plenamente justificados por los administradores, se otorgaron prestaciones médicas de mayor complejidad en hospitales de 3er nivel de atención, estas atenciones fueron gestionadas por el servicio de Trabajo Social mediante una coordinación interinstitucional con establecimientos de salud de los niveles de atención correspondiente.

4.3 ESTRUCTURA DE ATENCION

Las prestaciones de salud a los beneficiarios tuvieron como su ámbito de ejecución la Clínica Kolping esta atención contempló la atención médica general, especializada y odontológica provisión de medicamentos, exámenes auxiliares y tratamiento farmacológico, en el que la Trabajadora Social viabilizó los servicios requeridos en los parámetros de igualdad, calidad, calidez y eficiencia

La atención hospitalaria se efectivizó mediante la referencia del médico tratante, coordinado con Trabajo Social realizando gestiones según el caso y/o emergencia del paciente y de acuerdo a la Red de servicios o en casos particulares en establecimientos con mayor capacidad de resolución según los requerimientos de internación, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

4.3.1 Atención de prevención, promoción y rehabilitación

Las acciones de salud no son solo curativas o asistenciales, son también de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y actividades sociales, la atención integral de la salud no debe descuidar la educación, la atención a los beneficiarios directos e indirectos, la promoción de la práctica de estilos de vida saludable que genere conciencia con la toma de decisiones en relación con el auto cuidado de su propia salud.

En consecuencia la Trabajadora Social programó actividades de prevención, promoción y rehabilitación de los niños, niñas, adolescentes y la mujer gestante, incluyendo el programa de inmunizaciones, nutrición, programas de salud oral, prevención del cáncer cervicouterino con una educación continua en función de las patologías prevalentes, así mismo se desarrollaron temas transversales como prevención sobre el consumo de alcohol, violencia intrafamiliar, comunicación asertiva y otros que contribuyan a prevenir problemáticas sociales y mejorar su calidad de vida.

Los problemas sociales interactúan con los problemas de salud, produciendo en ocasiones un vínculo de interdependencia que hace que mientras no se resuelvan unos,

tampoco se resolverán los otros por lo que es necesaria la intervención profesional en ambos ámbitos para resolver el problema socio- sanitario.

4.4 RED DE SERVICIOS

Con la finalidad de asegurar la capacidad resolutive y brindar una atención con mayor eficiencia este programa se ejecutó a través de la Red de servicios de salud de la Diócesis de El Alto, que presta sus servicios de acuerdo a los siguientes establecimientos de atención:

Centro de Salud San Sebastián: Ubicado en el distrito 3 zona de Villa Adela presta sus servicios a 353 beneficiarios del S.G.E.M, cuenta con los servicios de Medicina General, Odontología, Psicología , Nutrición, Laboratorio ,Ecografía, Rayos X.

Centro Médico San Vicente de Paul: ubicado en el distrito 4 Zona villa Tunari presta sus servicios en Medicina General, Odontología, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Trabajo Social. Cuenta con 337 Asegurados

Centro de Salud Espíritu Santo: ubicado en la zona de Tahuantinsuyo presta atención primaria en salud a todas aquellas personas que así lo requieran, dando prioridad a las personas con escasos recursos económicos y tiene 342 asegurados

Los servicios que brinda son: Medicina General, Odontología, Laboratorio, Ecografía Farmacia,

Centros de 2do Nivel

Clínica de Especialidades Adolfo Kolping: Ubicado en el distrito 1 Zona de Villa Dolores , cuenta con los servicios de 22 Especialidades Médicas en casi todas las áreas, además de Servicios Complementarios de Rayos "X", Laboratorio, Tomografía, Ecografía, Neonatología, Unidad de Terapia Intensiva, Emergencias las 24 horas cuenta con 361 asegurados

Centros de atención a pacientes con discapacidad

Centro CEREFÉ: Está ubicado en el distrito 1 en la zona de villa dolores es un centro de rehabilitación que brinda atención integral a pacientes con discapacidades físicas,

mentales, y sensoriales, cuenta con especialidades Médicas pero se destaca los servicios de: Estimulación temprana, Fisioterapia, Fonoaudiología, psicología y educación Especial para personas con sordera, ceguera, y retraso mental cuenta con 348 Asegurados del S.G.E.M.

Centro Santa María de Los Ángeles: está ubicado en el distrito 5 zonas de 16 de julio es un centro Materno Infantil y de rehabilitación que brinda atención tanto en especialidades médicas y quirúrgicas además de internación como de rehabilitación integral a pacientes con discapacidades físicas, mentales, y sensoriales, cuenta con especialidades Médicas pero se destaca los servicios de: Estimulación temprana, Fisioterapia, Fonoaudiología, psicología, cuenta con 419 asegurados.

Centro de 3er Nivel

Hospital Corazón de Jesús: ubicado en el distrito 2 en la zona Jesús del Gran Poder es un hospital acreditado de tercer nivel de atención, que está diseñado para cumplir funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades por especialidad y hospitalización además de los servicios de gabinete, es el Centro de Referencia para beneficiarios que requieren servicios de 3er nivel.

Para los casos de atención de alta complejidad se recurrirá a los Centros públicos de atención de tercer Nivel de atención:

- ✓ Hospital del niño
- ✓ Hospital de la mujer
- ✓ Instituto Nacional de Oftalmología
- ✓ Instituto Nacional de tórax
- ✓ Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés

El acceso a la atenciones médicas de acuerdo al Sistema Nacional de salud se inicia en los Centros de 1er nivel de atención , que son los encargados de brindar la atención de acuerdo a su capacidad de resolución y en caso necesario referirán al segundo o tercer nivel, las atenciones en estos centros especializados comprenden los servicios de gabinete, hospitalización, y tratamientos quirúrgicos operativizados por Trabajo Social que realiza un seguimiento hasta el restablecimiento de salud y egreso del niño (a) o adolescentes.

4.5 PROCEDIMIENTOS

Filiación:

El proceso de filiación de los beneficiarios, está a cargo de Trabajo Social de la C.S.B.P en coordinación con el área de Trabajo Social de la ClínicaKolping y cuyo procedimiento se enmarca en lo dispuesto en el convenio y cuyos requisitos son los siguientes:

- ✓ Informe Social
- ✓ Fotocopia de certificado de nacimiento de los postulantes
- ✓ Fotocopia de C.I de los padres
- ✓ Factura de agua y luz
- ✓ Croquis de domicilio
- ✓ No contar con Seguro Social

Proceso de filiación y carnetización:

En este proceso la familia postulante deberá presentar en fotocopias de toda la documentación requerida a la oficina de Trabajo Social de la Clínica, en una primera entrevista se realiza la ficha social y la revisión de la documentación presentada cumplidos estos pasos se programara la visita domiciliaria en coordinación con Trabajo Social de la C.S.B.P al culminar este proceso se emitirá un informe social que indique si la familia cumple con todos los requisitos y por último se convocara a la familia admitida para la carnetización, que se realizara en las oficinas de la C.S.B.P concluido este proceso el beneficiario iniciara sus consultas médicas.

Procesos Administrativos:

La administración de la Clínica junto al Servicio de Trabajo Social es responsable de resguardar, mantener y actualizar las Carpetas Familiares de cada asegurado las mismas que contienen lo siguiente:

- ✓ El registro de la atención medica reflejada en la historia clínica de consulta externa, hospitalización o emergencia deberá contemplar las normas y procedimientos vigentes , y conforme a los formularios del Sistema Administrativo Medico Integral (SAMI)

- ✓ Formulario de solicitud de exámenes complementarias
- ✓ Resultados de los exámenes solicitados
- ✓ Formulario de referencia y contra referencia / debidamente firmada por el profesional
- ✓ Informe Social

Recibo recetario:

Mediante este instrumento se refleja la atención prestada al beneficiario y consigna los siguientes datos:

- ✓ Identificación del Establecimiento de salud, registro de los datos de los pacientes: nombre, edad. Matricula, fecha especialidad en la cual recibe atención
- ✓ Diagnostico Medico
- ✓ Detalle de los medicamentos llenados por el medico
- ✓ Entrega de medicamentos
- ✓ Firma del asegurado tutor o responsable

4.6 FLUJOGRAMA DE ATENCION

La oficina de Trabajo Social se constituye en la puerta de ingreso para que el beneficiario reciba las prestaciones médicas.

❖ Trabajo Social

Todo beneficiario tiene la obligación por norma de presentar su carnet de asegurado a la oficina de Trabajo Social este documento lo identifica para recibir la atención médica gratuita en el marco del Seguro y es el único válido para tal efecto

La trabajadora social realiza la verificación de su vigencia en el Sistema SAMI y autoriza la atención en el servicio solicitado.

❖ Consulta Medica

Para acceder a la consulta el beneficiario debe recabar su número en caja, el médico tiene la responsabilidad del llenado de la historia clínica en el Sistema SAMI y reportar a Trabajo Social la situación del paciente en caso de solicitar exámenes complementarios.

❖ **Laboratorio y Gabinete**

Las prestaciones de atención médica y odontológica incluyen la provisión de exámenes auxiliares de laboratorio y gabinete que se otorgan a los beneficiarios de acuerdo a la pertinencia de su Diagnóstico y solicitud del médico tratante mismos que se enmarcan exclusivamente en los protocolos de diagnóstico y tratamiento médico y odontológico del Instituto Nacional de Seguro Social INASES.

❖ **Farmacia**

Para el tratamiento de los pacientes asegurados se utilizarán únicamente fármacos consignados en la Lista Nacional de Medicamentos (LINAME). En casos excepcionales cuando así se requieran de algún medicamento que no esté incluido en la LINAME este se otorgará previo cumplimiento del proceso correspondiente (ampliar) y aprobación de la administración regional de la C.S.B.P

Se utilizarán solo medicamentos genéricos quedando a cargo de la Clínica los mecanismos de adquisición, distribución y dispensación de los fármacos.

4.7 ORGANIZACIÓN INTERNA Y DE CONTROL DEL PROGRAMA

Por parte de los administradores: el programa se organizó a través de una mesa directiva conformada por: un presidente, Vicepresidente y tesorero, elegidos por los Representantes de los Centros de salud.

Por parte de la C.S.B.P:

Mediante un equipo de control de gestión conformado de la siguiente manera:

- a) Nivel Nacional : Instancia de supervisión y monitoreo
- b) Nivel Regional : Instancia de ejecución, seguimiento y evaluación a través de :
- c) Instancia Operativa: esta instancia depende de la administración y jefatura Médica Regional La Paz y está conformada por :
 - a. Encargada Administrativa
 - b. Coordinador Médico
 - c. Trabajadora Social

La coordinación General del S.G.E.M con los administradores se realizó a través de la encargada administrativa de la C.S.B.P

La coordinación operativa estuvo a cargo de la trabajadora Social de la C.S.B.P en coordinación con las áreas de Trabajo Social de cada centro.

Para garantizar el adecuado desarrollo de las actividades, mensualmente se emitieron informes de avance en el marco de los requerimientos institucionales. Se realizaron evaluaciones programadas y anualmente se realizaron la auditoria médica y financiera externa en cumplimiento del convenio de renovación.

4.8 ALCANCE NORMATIVO

La vida, la salud y la seguridad, están establecidos como derechos fundamentales en la constitución política del estado, en concordancia con el código de salud que señala en su artículo 2 que la salud es un bien de interés público, corresponde al estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad

La cobertura de las prestaciones de atención médica y odontológica está enmarcada a los límites establecidos en el código de seguridad social, su Decreto Reglamentario, disposiciones conexas, y la normativa establecida, así como las normas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Decreto Supremo N° 600/2010 y el convenio suscrito, que obliga a las partes a:



Por parte de la Caja de Salud de la Banca Privada como ente financiador

Realizar periódicamente auditorias médicas y financieras rutinarias para establecer la calidad de las prestaciones brindadas.

Evaluar periódicamente los programas Sociales de prevención y promoción.

Supervisar controlar y realizar seguimientos en forma diaria, semanal, mensual o de acuerdo a requerimientos técnicos- médicos

Establecer estándares de calidad en la atención médica y odontológica hacia los beneficiarios

Participar en las reuniones de la directiva de los centros de salud, cuando se considere necesario, para tratar directamente la información del área médica, financiera y social.



Por parte de los Centros de Salud como operadores del servicio

Cumplir la normativa vigente del Ministerio de Salud e INASES en la gestión administrativa, coordinación administrativa, coordinación general, operativa y médica

Presentar al 31 de diciembre de cada gestión los estados financieros correspondientes. Brindar atención médica y odontológica en consulta externa, hospitalización y emergencias, bajo los principios de oportunidad, equidad, calidad, eficacia, eficiencia y efectividad

Participar en las reuniones de evaluación, supervisión u otra convocada por la C.S.B.P Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES.

4.9 PARTICIPANTES DEL PROGRAMA

4.9.1 Clínica Adolfo Kolping:

La Clínica Adolfo Kolping en un obra de la Iglesia Católica forma parte de la estructura de establecimientos de salud en el Distrito 1 de la Ciudad de El Alto, depende de la Red Boliviano Holandés, por sus Valores católicos es integrante de la Red de Salud de la Diócesis de El Alto, en la estructura institucional es parte de la Red de Salud Kolping que integra los proyectos de salud en sus tres niveles.

Inicia sus actividades el año de 1994, en la Ciudad de El Alto en el distrito 1 zona de Villa Dolores, como un consultorio de atención primaria, con los servicios de medicina general y odontología, esta iniciativa fue aceptada positivamente por la población, que con su afluencia fueron fortaleciendo el proyecto, lo que supuso un nuevo reto para la fundación, la construcción de un centro Funcional acorde a las necesidades emergentes y que ofrezca mayor comodidad en cuanto a infraestructura y mayor capacidad de resolución, hecho que se materializa el año 1998 con la construcción de un Centro Médico, que amplía la oferta de servicios en consulta externa de especialidades como ginecología, pediatría, oftalmología y medicina interna, la implementación de una sala partos, un quirófano para cirugías medianas y un quirófano para cirugías en la especialidad de oftalmología con el financiamiento de la

Cristian Blind Misión C.B.M y dos salas de internación una destinada exclusivamente a madres puérperas y otra a la población en general, con cuatro camas útiles.

Debido a la creciente demanda de la población el año 2004 se inaugura una segunda ampliación de la infraestructura destinada al servicio de emergencias e internación la misma que consta de 2 pisos y 5 salas de internación lo que representa 15 cama útiles, se inicia el servicio de atención de 24 horas, y se amplía la oferta de especialidades ; como urología Proctología , gastroenterología etc., Asimismo, se incrementa personal médico para las especialidades , ello trae consigo la oportunidad de realizar procedimientos de mayor complejidad, este paso marca el inicio de una nueva etapa en la dinámica de la Institución, debido a los programas y proyectos sociales como ser : el programa visión 2020 y el Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad , se hace necesaria la incorporación de una Trabajadora Social destinada al proyecto de la Cristian Blind Misión, CBM, con el objetivo de evaluar objetivamente las condiciones socioeconómicas de pacientes con Diagnostico de cataratas y principalmente a pacientes con ceguera total, establecer categorías para su acceso a la cirugía rehabilitadora, así también de desarrollar acciones encaminadas a la educación, prevención, promoción de la salud ocular, un trabajo conjunto y coordinado con el equipo de especialistas oftalmólogos(as), para cumplir el objetivo de disminuir la discapacidad visual , con el acercamiento e identificación de los pacientes que requieren estos servicios, Tanto en la clínica como con el trabajo con la población en el área rural, a través de las salidas del equipo de atención de manera regular a determinadas zonas , con una preparación anticipada que permita que en la zona en la que se trabajará se conozca que los estarán visitando. Mediante el contacto con sus dirigentes locales u obras de la iglesia católica, que conocen la población y en general ya saben de la existencia de personas ciegas en sus respectivas áreas y llegar a pacientes que por sí solos no vendrían a nuestros consultorios, saliendo de esta forma del esquema tradicional de esperar al paciente y facilitando el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Efectuada la evaluación del desempeño de dicho puesto en 2004 con carácter positivo, se prorrogó el nombramiento temporal, a personal con contrato indefinido, el área de Trabajo Social se incorpora al equipo de salud como un servicio especializado que atiende y trata a la población usuaria en cuanto a las influencias que la enfermedad pueda tener en el paciente y

su entorno familiar. Para ello se establece un plan de actuación en coordinación con el paciente, familia y profesionales de la clínica, así como con otras instituciones, organizaciones de salud y sociales.

El año 2005 mediante un resolución del SERES, se concretiza la modificación del denominativo de Centro Médico a Clínica de Especialidades.

El año 2013 se inicia la construcción del frontis y la modificación del servicio de emergencias e internación, actualmente la clínica tiene un servicio de emergencias los 365 días del año, cuenta con 22 especialidades, 10 de los cuales son quirúrgicos los servicios de gabinete modernamente equipados, cuenta con 30 camas de internación para adultos, sala de terapia intensiva con 2 camas útiles, terapia intermedia con 1 cama, una sala de internación equipada para la atención de neonatos incluido fototerapia, una sala de internación para niños hasta los 5 años con 4 cunas.

En estos 24 años la Clínica creció en infraestructura, equipamiento hospitalario y talento humano, se transformó de un servicio de atención primaria a ser una clínica de segundo nivel de capacidad de resolución; desarrollando día a día su competitividad así como la adquisición de equipos de última tecnología. Posee servicios profesionales de médicos en todas las especialidades, enfermeras, administrativos y servicios complementarios diagnósticos y terapéuticos, se ha convertido en un centro de referencia en cirugía laparoscopia por el nivel de resolución de casos de trascendencia en el ámbito médico, porque cuenta con talento humano competitivo y comprometido en la prestación de servicios de salud oportunos, integrales y de calidad con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento de patologías agudas, crónicas y agudizadas.

Actualmente la Clínica es una Institución de servicio social, con proyección hacia la comunidad en busca de su auto sostenimiento, enfocada en el bienestar social a través del fortalecimiento de sus servicios y la educación en salud, nacida como una alternativa más para cubrir las deficiencias y falencias de servicios de atención de salud por parte de las instituciones públicas y de las Cajas de Salud, se encuentra al servicio de los más de 800.000 habitantes de una ciudad en constante crecimiento y con múltiples problemas y necesidades, en particular del Distrito I de la ciudad de El Alto y el de su área de influencia.

❖ **Principios y Valores**

Promover la solidaridad y el bien común con un espíritu cristiano actuar constantemente para la construcción de una sociedad más humana y solidaria, guiados por la Doctrina de la Iglesia católica y los principios de nuestro Beato Adolfo Kolping.

✓ **Ética.** El principio de la preservación de la vida y salud, respetando los valores morales y de servicio a la comunidad

✓ **Respeto.** Respetar la dignidad y los derechos de los pacientes

✓ **Trato humanitario y con calidad.** Prestar un servicio oportuno, adecuado y velando la satisfacción del paciente.

✓ **Calidez.** Servicio basado en el respeto y consideración por la dignidad humana, brindar un personalizado con empatía.

✓ **Solidaridad.** como base de la fraternidad humana si distinciones de ningún tipo

4.9.2 OBJETIVO GENERAL

✓ Brindar un servicio de salud integral con calidez, calidad y eficiencia a la población de zonas aledañas y a toda la Ciudad de El Alto con las diferentes especialidades con las que cuenta el Centro.

4.9.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

✓ Proporcionar una óptima atención médica a los pacientes brindando un servicio que vaya a satisfacer sus necesidades requerimientos y expectativas

✓ Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad

✓ Implementar programas y actividades dirigidas al bienestar social mediante la detección y prevención oportuna de enfermedades mediante campañas dirigidas a la población de bajos recursos.

✓ Fortalecer el espíritu académico a través de una educación continua para incrementar la calidad de los servicios médicos.

4.9 POBLACION BENEFICIARIA

4.10.1 Características de las familias

La población afiliada en la ClínicaKolpinges aquella que se caracteriza por no ser beneficiaria de las instituciones de seguridad social o que no cuentan con algún otro mecanismo de previsión social en salud en razón a su situación laboral, dicha población tiene como lugar de residencia las zonas comprendidas en el distrito 1 y 3 de la ciudad de El Alto y presenta las características que se describen en los siguientes gráficos:

GRAFICO N° 2



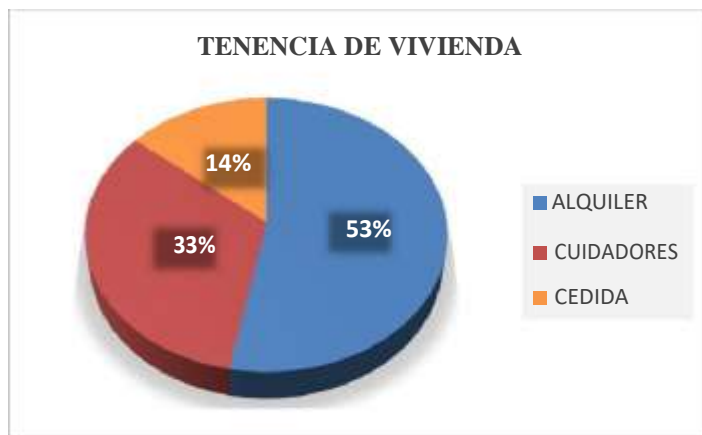
Fuente: Elaboración Propia en base a Ficha Social

En el gráfico observamos que un 67% de los beneficiarios residen en el distrito 3, y un 33% viven en el distrito 1.

Según la información obtenida se muestra que un mayor porcentaje vive en el distrito 3 debido a que comprenden 116 zonas, por otro lado también se justifica por que las familias en situación de pobreza encuentran habitaciones en alquiler a bajo costo por lo alejadas de las zonas, que aún no cuentan con transporte público y para llegar se debe caminar de 20 a 30 minutos, o en algunos casos son cuidadores que solo deben pagar por los servicios básicos. En contraposición y en un menor porcentaje están las familias del distrito 1 que cuenta con 31 zonas, lo que denota la gran diferencia de distribución por distritos, además que las zonas se encuentran mejor equipadas, sin dejar de mencionar que entre ellas hay algunas que requieren de atención como por ejemplo: anexo final rosas pampa, villa

exaltación 3era sección en las que viven las familias en situación de alquiler, cuidadores o en viviendas cedidas por familiares.

GRAFICO N° 3



Fuente: Elaboración Propia en base a la ficha social

En el gráfico se observa la tenencia de vivienda de los beneficiarios un 53 % indica que vive en alquiler, un 33 % indica que viven en calidad de cuidadores principalmente en el distrito 3, un 14 % comparte la casa con los abuelos maternos o paternos.

En cuanto a la tenencia de vivienda de los beneficiarios como ya se vio en anterior gráfico un 67% viven en el distrito 3, Los datos nos muestran que la mayoría de las familias reside en viviendas en alquiler, dependiendo del distrito el costo puede variar desde 50 a 100 bs, las habitaciones de costo más bajo se encuentran en las zonas del distrito 3, el alquiler depende mucho del número de habitaciones que ocupa la familia.

Según datos verificados en la visita domiciliaria, el promedio son dos habitaciones para un familia de 7 personas, las familias integradas por 4 a 5 personas generalmente alquila una sola habitación esta realidad genera hacinamiento por el número de habitantes en un espacio físico reducido, lo que puede provocar daños en la salud y /o alteraciones en el desarrollo de la personalidad.

“vivir en espacios pequeños incrementa el estrés y reduce las defensas naturales de la gente debido a que las personas se estorban entre si”.

En una gran mayoría de casos las viviendas están en condiciones inadecuadas de habitabilidad y/o tienen espacio en el patio para habilitar una cocina precaria o bien en habitaciones de uso múltiple como muestra la imagen.



Otro grupo viven en calidad de cuidadores de viviendas que se ubican en las zonas más alejadas del distrito 3, Por citar final Av.: Cochabamba, mercedario, Kiswaras etc. En algunos casos aun no ingresan transporte público y para llegar a la vivienda se debe caminar de 20 a 30 min para llegar a la vivienda, cabe señalar que en su generalidad estas viviendas solo cuentan con electricidad y deben traer agua de piletas públicas instaladas en la zona.



Las familias que viven en el distrito 1 comparten la vivienda con la familia extendida tíos, abuelos en habitaciones que no exceden 2 por familia, espacios que son cedidos por los abuelos maternos o paternos.

GRAFICO N° 4



Fuente: Elaboración Propia en base a Ficha Social

El gráfico nos indica que un 48% de las familias son nucleares, frente a un 31% cuyos beneficiarios pertenecen a familias extendidas y en un menor porcentaje un 21 % son familias mono parentales

De acuerdo a la información recabada, vemos que las familias beneficiarias se mantienen en el grupo de familias nucleares que están compuestas por padre, madre e hijos, esta situación no necesariamente muestra la legalidad de estas uniones ya que varias familias surgieron de la relación de concubinato de los padres y que al llegar los hijos se fueron estabilizando como indican "por los hijos" otra figura importante son las familias mono parentales donde en un 90% la madre es la jefa de hogar frente a 2 casos de padres que se quedaron viudos y que se hicieron responsables de la crianza de sus hijos con el apoyo de la familia extendida que en un 60% son familias migrantes del área rural que llegaron a asentarse en El Alto y traen con ellos su cultura y costumbres.

Una figura importante en este análisis son las familias extendidas compuestas por los abuelos, tíos u otros familiares consanguíneos que representan una red de apoyo familiar muy arraigada en nuestro medio donde los padres distribuyen su propiedad a sus hijos los mismos que comparten la vivienda habitando en los espacios designados.

GRAFICO N° 5



Fuente: Elaboración Propia en base a la ficha social

En el grafico se observa el número de hijos por familia 30% indica que tiene 4 hijos un 28% señala que tienen 6 hijos, un 10% refieren que tienen 7 hijos o más, un 12% tienen 3 hijos y finalmente un 10 % tienen 2 hijos generalmente son las familias más jóvenes.

De los datos señalados podemos observar que las familias que son parte del programa del S.G.E.M en su mayoría tienen cuatro hijos, las familias que tienen 7 hijos o más son familias que están en el programa desde su inicio inclusive tenemos familias que tienen 12 hijos de los cuales algunos emigraron porque ya son mayores de edad y en la familia van quedando los menores, las familias más jóvenes son las que tienen 2 hijos resultado de los embarazos adolescentes no planificados, como se aprecian las familias beneficiarias están integradas en su mayoría por numerosos miembros que comparten una misma vivienda y que son considerados los beneficiarios directos del programa.

4.10.2 Beneficiarios Directos

Se considera beneficiario directo a todos los niños y niñas comprendidos en las edades de 0 a 12 años y los adolescentes de 13 a 19 años miembros de familias en situación de pobreza habitantes del distrito 1 y 3 de la ciudad de El Alto que cumplieron con los requisitos exigidos por el programa en el proceso de selección y por ende fueron afiliados asimismo cuentan con su carnet de asegurado y hacen ejercicio de su derecho a la salud en la clínica Adolfo Kolping concretamente un total de 361 niños(as) y adolescentes que van de 0 a 19 años como muestra la gráfica.

GRAFICO N° 6

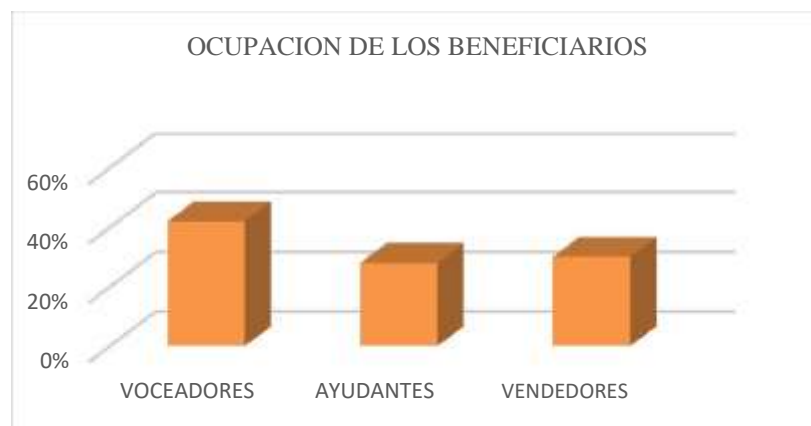


Fuente: Elaboración Propia en base a listas de afiliación

Según los datos obtenidos de las listas de filiación y carnetización se observa que de los 361 beneficiarios 166 son varones y 195 son mujeres, de los cuales 99 varones y 125 mujeres, están en edades de 0 a 12 años, en menor número están los adolescentes de 13 a 19 años de los cuales 67 son varones y 70 son mujeres.

Esta información nos permite ver que hay un mayor número de población infantil que se beneficia con el programa, sin embargo es considerable el número de adolescentes que reciben una atención integral ya que esta población no cuenta con otro seguro de salud.

GRAFICO N° 7



Fuente: Elaboración Propia en base a la ficha social

En el grafico observamos que de 45 niños (as) y adolescentes trabajadores encontramos que un 47% de los beneficiarios que trabajan lo hacen como voceadores, un 33% se desempeña como ayudantes en cualquier oficio, un 20% son vendedores

Como se dijo con anterioridad la situación económica por la que atraviesan las familias les condiciona a buscar estrategias de sobrevivencia en la que se involucran los miembros arriba de 10 años, los mismos que trabajan en las horas antes o después de asistir al colegio, las labores en las que se desempeñan con mayor frecuencia es la voceadores en el transporte público (minibuses) cuyo ingreso esta alrededor de 15 bs, por 5 o 6 horas trabajo sin descuidar sus estudios, el otro porcentaje se desempeña como ayudantes en diversos oficios como: albañiles, mecánicos, chapería, carpintería, colchonería etc. el ingreso es semanal y alcanza a 50 bs en el mejor de los casos pero según refieren su aporte es con la compra del pan diario en un menor porcentaje están los vendedores de una gran variedad de productos que van desde los refrescos hervidos, verduras, frutas o cualquier producto que resulte con alguna ganancia por mínima que sea, otro grupo colaboran en la venta a sus madres ya sea como ambulantes o en algún puesto formal por esta actividad no perciben ningún ingreso individual sino más bien se refleja en el ingreso total de la venta diaria .

Una situación que llama la atención es que 3 adolescentes del total de 45 que trabajan refieren que hicieron abandono de los estudios, porque no les alcanza el tiempo después del trabajo o están muy cansados, aunque indican que los retomaran en una próxima gestión.

4.10.3 Beneficiarios indirectos

No referimos a madres y padres de familia, que al ser parte del programa se benefician con los talleres de prevención en salud de manera general, pero también con atención médica gratuita en casos particulares, debemos señalar que algunos padres no han superado la educación secundaria, que habrían abandonado por diversos motivos y muchas madres inclusive no concluyeron la educación primaria y en menor número algunos analfabetos factor que ubica a esta población en una situación de desventaja para insertarse adecuadamente al mercado laboral en mejores condiciones.

GRAFICO N° 8



Fuente: Elaboración Propia en base a la ficha social

En el grafico observamos que los oficios que son desempeñados con mayor frecuencia por los progenitores son albañiles, chofer asalariado, lustra calzados, empleos eventuales que alcanza un 58 % un 11% realiza el trabajo de lavanderas, un 9% son voceadores de minibús o flotas, otro 9% se desempeña como limpieza pero sin especificar, otro 9% son vendedoras ya sea ambulantes o con puesto fijo, finalmente un 4% realiza labores de niñera.

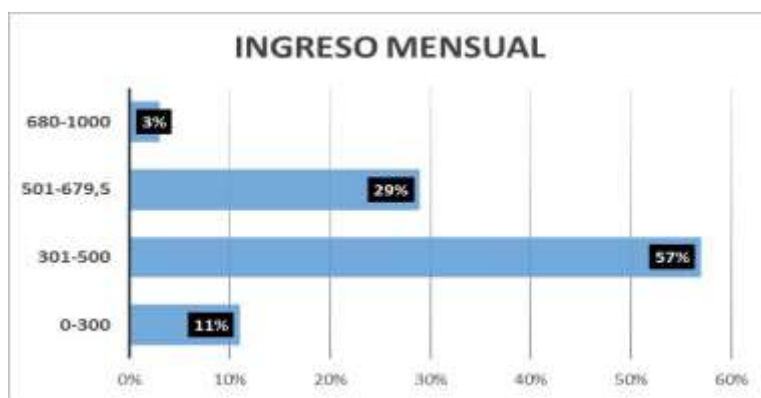
Como se puede observar en la información acerca de los trabajos que realizan los progenitores en un 100% son ocupaciones en el sector informal que no requieren mayor preparación o estudio, realidad que refleja el nivel de educación recibida, entre las que destacan oficios como la de albañiles dentro de esta categoría se engloba a maestros, ayudantes, contra maestros, seguidos por los choferes asalariados su condición de asalariados es corroborado mediante un informe que presentan avalados por su sindicato, en el caso de choferes de taxi se realiza la verificación con el dueño del automóvil, en el caso de los voceadores se distingue que no todos son de minibús existe un porcentaje que trabaja en flotas interdepartamentales, dentro el grupo también destacan los papas que se dedican al lustrado de calzados en diferentes zonas tanto en La Paz como en el Alto, los padres que se autodenominan desempleados en realidad realizan cualquier trabajo que se les presente en el día.

En el género femenino destacan labores como lavanderas que realizan su labor en un promedio de 3 veces por semana en algunos lugares ya fijos o en otros que deben salir a

buscar ocasionales empleadores en este grupo se distingue que realizan un doble labor porque lavan pero también se ocupan de hacer tejidos a mano ya sea por pedidos o realizan las prendas como ser: ajuares de bebe, chompas o sacones, también están las señora que realizan limpieza tanto en casas como en oficinas pequeñas esta tarea la realizan 2 veces por semana y también realizan otras labores como ayudantes en la venta de salteñas o tucumanas, un grupo más reducido trabaja como niñeras según refieren en la ciudad de La Paz

Estos trabajos se traducen en sus bajos ingresos económicos que no alcanzan en muchos casos al mínimo nacional situación que se traduce en su situación de pobreza por la ausencia de recursos que aseguren la satisfacción de sus necesidades básicas y lograr niveles adecuados de alimentación, vivienda, servicios de salud, educación, saneamiento ambiental y estímulos socioculturales.

GRAFICO N° 9



Fuente: Elaboración Propia en base a la ficha social

En el gráfico podemos observar que un 57 % de las familias alcanzan un ingreso mensual de entre 301 y 500 bs, un 29% alcanza el mínimo nacional un 11% se encuentra con ingreso que no supera los 300bs, un 3% tiene mejores ingreso en relación al resto.

En el marco de los objetivos del programa se prioriza la filiación de las familias que se encuentran en situación de pobreza y cuyos ingresos son iguales o menores al mínimo nacional, por la delimitación de la experiencia nos referimos al salario mínimo nacional del año 2010 que alcanzaba el monto de 679.5 bs (seiscientos setenta y nueve 50/100 Bolivianos). Situación que se refleja en el gráfico el ingreso económico mensual de las

familias está por debajo del mínimo nacional, las familias que alcanzan un ingreso que superior a los 679.5 refieren que alguno de sus hijos mayores se fue algún país vecino a trabajar.

La situación descrita repercute directamente en el bajo nivel de vida de los beneficiarios, los ingresos no son suficientes para cubrir una canasta básica si consideramos los numerosos miembros que conforman estas familias, este factor constituye en uno de los mayores obstáculos para vencer el círculo de la pobreza y condiciones de exclusión social y discriminación.

4.11 INSTITUCION FINANCIADORA

La Caja de Salud de la Banca Privada es una institución de salud, con personalidad jurídica en su estructura y organización, como entidad gestora del sistema Nacional de Seguro Social de Salud, con autonomía técnica, administrativa y financiera es encargada de la Gestión del seguro de salud para el sector de la banca privada, con sujeción al código de seguridad social, fue debidamente autorizada por su directorio para llevar adelante el programa de seguro gratuito de enfermedad y maternidad para menores de 19 años, financiada con recursos propios y cuyo presupuesto mensual destinado a este fin es de 197.768.14 (Ciento noventa y siete mil setecientos sesenta y ocho 14/100 bolivianos) con una actualización anual en base a las UFVs, adhiriéndose de esta manera a los objetivos sociales contenidos en el plan de emergencia para combatir la pobreza de la ciudad de El Alto, que constituyó la principal política social del gobierno de Banzer en el año 1999.

4.12 ROL DEL TRABAJO SOCIAL

Desde su origen el Trabajo Social, se inserta interviniendo en el sector de la salud, donde su labor con individuos, familias y comunidades, lo constituyen como uno de los actores fundamentales dentro del equipo de salud.

Para el Trabajador Social es fundamental la identificación de las características del contexto socio-económico en la que se desenvuelve su acción, comprende los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad de los beneficiarios, así como interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad.

El Trabajador Social debe aportar el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando aquello que retarda el logro de los objetivos de salud y la utilización de los servicios, así como lo que favorece su logro. Otro rol importante del Trabajo Social es que pretende elevar el funcionamiento social de los individuos, singular y grupalmente, por medio de actividades concertadas en sus relaciones sociales que constituyen la interacción entre el hombre y su entorno, para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud aplicando las funciones que desarrolla como la investigación, gestión, educación, organización y asistencia en favor de los beneficiarios sobre todo la educación Social que coadyuvara en la prevención de enfermedades y elevación de niveles de salud

CAPITULO V

Recuperación del proceso vivido

LA EXPERIENCIA DE INTERVENCION DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DEL SEGURO GRATUITO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Este capítulo tiene el propósito de exponer las funciones que realizó la autora de ésta memoria laboral en su intervención en el Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, en los años 2010-2012, y su ejecución en la clínica Adolfo Kolpingla delimitación del tiempo responde a un momento decisivo en la historia del mismo, ya que a partir de la citada gestión se originaron cambios que resultaron importantes para la continuidad del Seguro hasta el presente por mencionar: la ampliación del tiempo de vigencia de 3 a 5 años, otro aspecto importante fue el incremento de 2.000 a 2.160 beneficiarios.

El Trabajo Social en los establecimientos de salud es concebido actualmente como una profesión indispensable en las acciones médico- sanitarias tanto en la atención primaria como en la especializada, por la orientación de su labor que sin ser médico ni psicólogo pero dotado de los conocimientos básicos de ambas profesiones comprende e interviene en el proceso salud- enfermedad, contribuyendo a la comprensión del problema social del paciente, del significado que tiene la enfermedad para él y su familia, los factores que contribuyeron a su inicio y desarrollo, las capacidades que tiene para hacerle frente, el grado de aceptación o rechazo, y finalmente el impacto de la enfermedad al entorno familiar. Situación que permite al Trabajador Social coordinar acciones con el equipo interdisciplinario, así como con las redes familiares y organizacionales, proponiendo y desarrollando acciones tendientes a mejorar la calidad de vida del paciente y familia. Si nos referimos al objeto del Trabajo Social en su concepción teórica decimos que:

Según la Carrera de Trabajo Social de la UMSA el objeto del Trabajo Social es el problema social por el que atraviesan los sujetos sociales, expresado en situaciones dinámicas, vividas y sentidas individual y colectivamente, que obstaculizan o favorecen su reproducción social integral -en el ámbito de la vida cotidiana- y que caracterizan y condicionan su calidad

de vida, y según sea el caso, los acercan o distancian del logro del bienestar social. (Plan académico 1999-2003).

En el campo de la salud el Trabajo Social tiene como objeto de intervención la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como en el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad (Ituarte; 1992). Por tanto, este proceso debe ser asumido como una totalidad compleja, que considere las múltiples determinantes de orden estructural, coyuntural, particular y singular que la componen, produciendo riesgos y/o potencialidades y según sea el caso, los acercan o distancian, tanto de los problemas sociales como del logro del bienestar social. Nos referimos a que el trabajador social interviene sobre las necesidades y problemas sociales que se manifiestan en el modo de vida cotidiana de los individuos y grupos, sobre todo en el ámbito de la familia, el trabajo y de sus relaciones con la sociedad Plan académico (1999-2003); Carrera de Trabajo Social; UMSA

El objeto del Trabajo Social en la ClínicaKolping se manifiesta en la necesidad de atención de salud integral que atraviesan niños y adolescentes beneficiarios del programa SGEM, que abarca desde lo biológico, social y psicológico de acuerdo a su edad.

El enfoque de atención integral en salud es la manera más efectiva de orientar las acciones en busca del bienestar, la interrelación entre sí de los componentes descritos determinan en gran manera la generación de circunstancias o factores de protección, por lo que se hace importante e imprescindible la intervención de la Trabajadora Social en el conocimiento de la salud de la realidad de cada paciente para el logro del bienestar social.

La labor de la Iglesia en cuanto al cuidado y curación de enfermos es inconmensurable. Desde siempre hasta la actualidad han operado establecimientos de salud dedicados al cuidado de los más necesitados siendo la Iglesia el gran referente en el cuidado de los enfermos, el tratamiento integral, tanto médico como humano, al paciente y el profundo respeto a la vida son parte del ideario que rigen los servicios de la clínica su incorporación al programa del S.G.E.M se encuentra íntimamente ligado a los principios de la iglesia católica, la cual ha procurado siempre cuidar al más necesitado en este caso el objetivo principal es

mejorar la calidad de vida a esta población vulnerable que se encuentra desprotegida a través de una atención en salud.

En ese entendido el Trabajador Social en la Clínica Kolping se enmarca dentro de estos objetivos institucionales a través de programas integrados brindando una atención profesional con calidad, calidez y eficiente a la población identificando e interviniendo en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población en general pero de las familias beneficiarias en particular a través de un proceso metodológico que tienda a propiciar el desarrollo de la promoción y prevención de la salud, fomentando cambios que construyan la práctica de un estilo de vida saludable, objetivos insertos en la labor social y de servicio de la institución.

5.1 FUNCIONES DESARROLLADAS EN EL PROYECTO DEL S.G.E.M

El área de Trabajo Social en la Clínica Kolping desarrolla su trabajo en base a las funciones de la profesión:

Asistencia Social: Identificación de necesidades y demandas a nivel individual, diseño e implantación de mecanismos que posibilitan a la población el acceso a los servicios.

Educación Social: Diseño e implementación de procesos educativos de diversa profundidad dirigidos a grupos y organizaciones, sobre la problemática social, diseño y ejecución de eventos educativos.

Gestión Social: Diseño de programas y proyectos de desarrollo social administración de estos proyectos, manejo de sistemas de información, orientación y registro de procesos metodológicos que posibiliten a la participación de los usuarios en la gestión de proyectos sociales.

Investigación Social: Es la formulación e implementación de investigaciones de tipo cuantitativo y cualitativo sobre problemáticas sociales ya sean individuales o de grupo.

Organización Social: Es la concepción del Trabajo Social sobre los mecanismos de movilización, organización y participación en las acciones del problema social³⁸

El programa del SGEM de Niños, Niñas y Adolescentes se desarrolló en el marco del modelo de salud, familiar, comunitario e intercultural (SAFCI) Que se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud. Complementa y articula recíprocamente al personal de salud con la persona, familia, comunidad además contribuye a mejorar la situación de salud en niños, niñas y adolescentes beneficiarios del programa en los distritos municipales 1 y 3 de la ciudad de El Alto, mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con acciones de promoción, asistencia, gestión y educación con el diseño de planes de intervención y ejecución llevados adelante por la trabajadora social en el marco de las funciones propias de la profesión.

Se ha planteado ampliamente que los problemas sociales interactúan con los problemas de salud, produciendo en ocasiones un vínculo de interdependencia que sugiere que mientras no se resuelvan unos, tampoco se resolverán los otros, por lo que se hace necesaria la intervención profesional de la Trabajadora Social en el programa mediante las diferentes líneas de acción de la Fundación Kolping, En este sentido, presentamos las funciones y actividades de intervención del Trabajo Social en el marco del programa.

5.1.1 FUNCION DE ASISTENCIA SOCIAL

Entendida como la acción profesional orientada a responder en forma efectiva e inmediata a una necesidad o problema real y concreto, demandado por los individuos y la población. Se diferencia del asistencialismo, por su legitimidad o el derecho que tienen a ella los usuarios, esta es una función que otorga especificidad al Trabajo Social.³⁹ La asistencia social responde a la atención de individuos o grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, para ello la trabajadora social debe realizar intervenciones individuales, familiares y comunitarias.

Detección y estudio de caso de familias postulantes

³⁸UMSA. (1999). *Plan académico (1999-2003)*. Carrera de Trabajo Social: Editorial – Punto Cero.

³⁹Ibidem

En cuanto a gestiones propias realizadas por Trabajo Social y enmarcados en los requisitos del programa, en primera instancia se realizó la detección de posibles beneficiarios mediante el estudio de caso de familias que se encuentran en situación de pobreza, en esencia, los trabajadores sociales intervenimos sobre los sujetos y no sobre los problemas. Los efectos de esos problemas (la pobreza) generan sujetos con esa problemática (los pobres). Y, por supuesto, no es lo mismo intervenir sobre los pobres que intervenir sobre la pobreza, resultantes de ciertos modelos políticos y económicos, el nivel de pobreza y el estado de salud están relacionados de manera determinante. En primer lugar, la pobreza crea barreras económicas que no permiten el acceso a servicios de salud de la población que no cuenta con afiliación a un seguro de salud por una fuente laboral.

No obstante el grupo vulnerable de los niños(as) menores de 5 años se encontraban protegidos por las prestaciones del SUMI, hasta el año 2013.

El método de Necesidades Básicas Insatisfechas es el método válido para la medición de la pobreza en nuestro país y considera a la pobreza como la carencia de bienes y servicios ligados especialmente a la vivienda, la habitabilidad, materiales de construcción, saneamiento, energía, hacinamiento, educación y salud. Se considera pobres a aquellos que no logran satisfacer algunas necesidades preestablecidas.

Esta metodología clasifica a los hogares como pobres si no logran cubrir algunas necesidades en los componentes de vivienda; servicios e insumos básicos; educación y salud “verifica si los hogares han satisfecho una serie de necesidades previamente establecidas y considera pobres a aquellos que no lo hayan logrado

La línea de Pobreza se define como la falta de ingresos para adquirir o alcanzar un nivel de vida, por tanto en este enfoque se considera pobres a las personas cuyo ingreso o consumo no es suficiente para mantener un nivel de vida considerado mínimo. La pobreza estándar de vida (capacidad económica o insuficiencia de recursos monetarios).

El caso de nuestras familias beneficiarias viven en condiciones de pobreza porque no pueden satisfacer sus necesidades básicas, como la alimentación, la vivienda, la educación y la salud, La pobreza es un círculo vicioso que, además de tener efectos graves sobre la calidad y niveles de vida de los pobres, afecta las posibilidades de crecimiento económico y

estabilidad social. Las familias que enfrentan una situación de pobreza se ven afectadas por secuelas en la nutrición, en la salud y en la capacidad para recibir instrucción que en muchos casos no pueden ser remontadas, una familia pobre tiene una baja expectativa de vida, sufre de altas tasas de incidencia de enfermedades, es mano de obra poco calificada y, por todo ello, constituye una fuerza de trabajo poco productiva y mal remunerada.

El programa interviene en este factor de satisfacción creemos muy importante por su acción sinérgica por ej. Para la educación una persona al tener buena salud podrá desenvolverse mejor en otras áreas de su vida.

Citamos el caso de la familia Mamani Condori:

“Familia nuclear migrante del área Rural compuesta por 8 miembros 6 hijos cuyas edades van desde los 2 años el hijo menor y el mayor de 17 años y los padres, la madre es lavandera eventual, realiza tejido, en ocasiones vende refrescos hervidos el aporte económico diario de la señora es de 10 bs, el aporte económico del padre es casi nulo porque es alcohólico y sufre de tuberculosis estuvo en tratamiento y durante un tiempo dejó la bebida una vez recuperado se fue a la casa de su padre que también es enfermo alcohólico, según refiere la Sra. Condori aparece 2 veces por semana en la casa que habita la familia en calidad de cuidadores en la Zona de San Eugenio distrito 3, por esta situación el hijo mayor tuvo que salir a trabajar de voceador tarea que realiza en las tardes a partir de 3 a 10 pm la remuneración por este trabajo es el otro ingreso que percibe la familia los mismos son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vivienda y educación, 2 de los niños en edad escolar tuvieron que hacer abandono de sus estudios porque no les alcanzaba para comprar los útiles escolares”



Familia Mamani Condori (nombre convencional)

Lo que el solicitante pueda decirnos de su situación, es el principal medio que tenemos para explicar y conocer la social que determine la inclusión de la familia postulante para ello la entrevista es la mejor técnica para reunir la información necesaria.

La Entrevista

Como siguiente paso en el proceso de selección de las familias beneficiarias, se realizaron entrevistas a padres y madres solicitantes, entendiendo la entrevista según Rosell (2008) como “*la relación interpersonal que se establece entre el Trabajador Social y el usuario*”. La entrevista se constituye es uno de los instrumentos más importantes y útiles en Trabajo Social (Ver en Anexos el formulario de ficha social), ya que nos permitió rescatar información de la situación y sentimientos del usuario, este contacto estuvo determinado por la situación de necesidad por la que atravesaban en ese momento las familias que acudieron al servicio de Trabajo Social, la misma que fue desarrollada en base a los siguientes pasos.

✓ Primera fase o fase de recepción y acogida

Lo primero y más importante crear un clima de confianza con acciones tan simples como un saludo cordial, dejar de lado las otras actividades que se estuvo realizando, para prestar completa atención a lo que nos relata en postulante, estas acciones facilitaron sentar las bases para una relación interpersonal con el solicitante

✓ Fase de exploración

Seguidamente procuramos que el usuario nos relate su situación socioeconómica su situación laboral, la dinámica familiar y la necesidad de su incorporación al programa etc.

✓ Fase de intercambio o clarificación

Es esta fase de la entrevista solicitamos datos adicionales como ser de las redes de apoyo familiar conformada por los abuelos, tíos o algún familiar que sirva de apoyo, por otro lado la situación de salud de los hijos si hay niños con enfermedades crónicas o con discapacidad que nos permitan aproximarnos a un diagnóstico de la familia, en esta etapa el usuario presenta algunas interrogantes del programa entre las más recurrentes ¿la inscripción

tiene algún costo? ¿Yo también me puedo afiliar? ¿Cuánto tiempo durara el programa? las cuales son aclaradas de manera sencilla y comprensible. Realizamos una retroalimentación de la información compartida entre la Trabajadora Social y el usuario y analizamos si la misma alcanzo los niveles de comprensión deseados.



Fase final

En esta fase se coordinó con el usuario la programación de la visita domiciliaria, solicitándole el llenado del formulario de solicitud de visita y recordándole que para efectos de verificación de toda la documentación debe ser presentada en original.

Con la aclaración de estos puntos nos despedimos de manera cordial

El papel de la Trabajadora Social fue fundamental en esta primera recolección de información, ya que a partir de ésta se pudo incluir o excluir a los postulantes mediante la evaluación, estudio socioeconómico y considerando el cumplimiento de los requisitos solicitados en el marco del convenio.

Los datos de la entrevista se visualizan en la Ficha Social (adjunto en anexos) instrumento de trabajo que nos sirvió de soporte documental para justificar la selección de beneficiarios, ya que en ella se refleja toda la información estructurada y ordenada de la situación social y económica de las familias postulantes.

En base a la lista de familias seleccionadas se elaboró un cronograma de visitas domiciliarias, de acuerdo al distrito y delimitando la zona de residencia de los postulantes con el objetivo de optimizar el tiempo, donde se tomó una entrevista en profundidad retomando el clima de confianza y respeto que creo en una primera oportunidad.

La visita domiciliaria nos permite una mayor comprensión de la situación de la familia y el ambiente donde vive, contiene una serie de actividades que paulatinamente provocan el acercamiento hacia la realidad a intervenir, las que se pueden categorizar en fases paulatinas e interdependientes entre sí.

La visita domiciliaria

Nos permitió un análisis más completo y objetivo de la situación de usuario y el ambiente donde se desarrolla habitualmente, para desarrollar futuras acciones de intervención; en este sentido(Hernández, Gómez y Zapata, 1.996) señalan que: “ *el diagnostico expresa una situación inicial que se pretende transformar apuntando al logro de un objetivo en este caso observar las personas y su entorno más inmediato en relación con los otros, con el profesional y las condiciones que las rodea y que necesariamente las afecta*”. (Adjuntamos en anexo la ficha de visita domiciliaria)

Al ejecutar la visita domiciliaria se tiene por objetivo realizar una investigación diagnóstica y/o de intervención en el contexto domiciliario, mediante la aplicación de técnicas de entrevista y observación, entre otras.

A su vez, contempla las fases que permiten fluir desde el primer momento de contacto interpersonal hasta la despedida.

La metodología que se utilizó en la visita domiciliaria, estuvo enmarcada en las siguientes fases:

✓ ***Planificar la visita:***

En esta fase la primera tarea fue la revisión de direcciones domiciliarias por distritos municipales y zonas aledañasposteriormente se coordinó fijando día y hora aproximada de la visita, para los lugares de difícil acceso se tuvo que coordinar un lugar de encuentro el más conocido de la zona como ser la puerta de algún colegio o iglesia por otro lado se tuvo que organizar el material que se llevaría como la ficha social con la información de la primera entrevista , la ficha de visita domiciliaria formulario a ser llenado en el lugar , la carpeta con los documentos en fotocopia presentados con anterioridad por la familia para la verificación de su autenticidad.

✓ ***Llegada a la casa:***

Como resultado del trabajo anterior llegamos al domicilio iniciamos la interacción con un saludo cordial seguidamente nos presentamos ante todos las personas indicando nuestros

datos personales y de que institución somos parte a partir de ese momento personalizamos el contacto interpersonal.



Fase social:

Al interior del domicilio la familia nos invita a pasar al espacio físico destinado a la visita en esta fase demostramos una actitud de cordialidad, respeto y empatía; logrando contacto con otros miembros de la familia es decir los beneficiarios directos, ya que hasta ese momento solo conocíamos a la Madre o al Padre solicitante.



Aclaración de los motivos: Volvimos a aclarar los motivos de nuestra visita a todos los miembros de la familia que se encuentran presentes, “*estamos aquí en su domicilio con parte de los requisitos para su ingreso al programa del seguro gratuito*”.



Ejecución del plan de visita:

Realizamos la entrevista estructurada para este fin debemos poner en práctica las habilidades sociales como la escucha activa, la empatía un aspecto muy importante es la observación para interpretar el lenguaje verbal y no verbal, así como para verificar objetivamente las condiciones de habitabilidad.



Fase crítica:

En esta fase abordamos el problema de necesidad de atención en salud, centrarnos en lo realmente importante lo que nos permitió ayudar a clarificar la situación como identificar si hay niños que enferman con frecuencia y donde acuden en caso de enfermedad, si hay niños con discapacidad u otro problema relacionado y comparamos con los datos que nos proporcionaron en la primera entrevista, hacemos un recorrido por la vivienda



Confrontación de las hipótesis:

Revisamos si la información obtenida en la 1era entrevista era la correcta.

Cumplidos las primeras etapas consistentes en la entrevista y la visita domiciliaria toda esta información tuvo que ser expuesta en el informe social instrumento de gran importancia

dentro del Trabajo Social emitida como resultado de lo registrado en nuestra intervención, que viabilizo la filiación de nuevos beneficiarios que cumplieran los requisitos exigidos por el programa que son los siguientes:

- ✓ Informe Social
- ✓ Fotocopia de certificado de nacimiento de los postulantes
- ✓ Fotocopia de C.I de los padres
- ✓ Factura de agua y luz
- ✓ Croquis de domicilio
- ✓ No contar con Seguro Social

Fase final:

Realizamos el cierre de la entrevista y la visita indicando que les comunicaremos el resultado de todo el proceso en el lapso de 5 días, como constancia de la visita solicitamos la firma al pie del formulario y nos despedimos cordialmente.

Análisis de la información:

Este momento es pertinente para un análisis de la información obtenida y realizar una reflexión conjunta en el área de Trabajo Social tanto de la clínica como de la C.S.B.P para la elaboración de Diagnostico Social y tomar las determinaciones a ser comunicadas a los postulantes.

Elaboración de informes sociales

El informe Social como instrumento específico del Trabajo Social, reviste gran importancia para el compendio y análisis de la información de los procesos anteriores ,en este caso el informe social determino la inclusión o exclusión definitiva de los postulantes, la identificación de otros grupos familiares con necesidades urgentes en salud, la importancia del informe radica en la influencia que puede tener en la vida de las familias debiendo ser claro, objetivo y sin lugar a diferentes interpretaciones, incluye la historia de vida, la dinámica familiar, la evaluación económica, la situación educativa y de salud, tenencia de la vivienda, así como otros aspectos que sean relevantes y que acrediten la situación actual de la familia.(En anexos se servirá encontrar el modelo de Informe social)

Los objetivos del informe social pretenden atender una demanda que puede llegar a la institución de formas diferentes, pero que posee un común denominador que es la necesidad de un diagnóstico y una futura intervención social

De ahí que la Trabajadora Social tiene la responsabilidad de realizarlo de forma correcta, honesta y fiable. En base al Informe Social se elaborará un diagnóstico que clarificará la situación social que estamos tratando, refleja una fotografía detallada de forma escrita que tiene poder suficiente para poder establecer un protocolo de actuación determinado

El colegio de Trabajadores Sociales de Madrid (1999) señala que el *“Informe Social es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el Trabajador Social/asistente social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional”*⁴⁰

Seguimiento de casos

En el proceso de intervención del Trabajo Social está implícito el seguimiento anual que se debe realizar a las familias beneficiarias porque son un grupo constante de usuarios considerando el tiempo de duración del programa de 5 años, en cada gestión se realizó la actualización de información relevante para evaluar los estados de avance del grupo familiar así como los problemas sociales que puedan estar atravesando toda esta información fue plasmada en la ficha complementaria la misma que nos permitió conocer objetivamente su situación actual al inicio de cada gestión.

Nos referimos a:

- ✓ Cambio de domicilio
- ✓ Incremento de ingresos
- ✓ Situación laboral
- ✓ Migración interurbana y rural

⁴⁰ Colegio Oficial de Trabajadores Sociales. (1999). España – Madrid. Recuperado el (15/11/2018 de w.w.comtrabajosocial.com/documentos).

Por su situación de tenencia de vivienda algunas familias cambian de domicilio con frecuencia en el caso de cambio de distrito según procedimiento se debe informar al Dpto. de Trabajo Social de la C.S.B.P para que la familia sea reubicada en algún establecimiento de salud que sea parte de convenio y se encuentre en inmediaciones del nuevo domicilio así el beneficiario podrá seguir gozando de las prestaciones médicas.

En el caso de incremento de ingresos se verifica si esta situación es eventual o será permanente.

En el caso de la situación laboral la tarea es la verificación de la nueva fuente laboral es formal y con los beneficios de ley que incluiría el seguro en algún de las cajas de salud mediante el formulario de no afiliación a la seguridad social. En este caso se solicita la baja del asegurado del programa considerando que ya goza de este beneficio, para dar de alta a un nuevo beneficiario.

En el seguimiento también detectamos la migración de familias en busca de mejores condiciones económicas tanto al área rural como la migración interurbana.

En el proceso de selección encontramos casos de familias mono parentales a cargo de la madre, que fueron abandonados por el padre quien contaba con un trabajo con seguro social y por desconocimiento de las madres los hijos no contaban con el seguro de salud que por ley les corresponde más allá de la relación de sus progenitores privando al niños de su derecho a la salud se orientó estos casos y se logró que los niños puedan gozar de este derecho fundamental. Según el art 20 del CNNA que señala en cuanto a la (Responsabilidad). La madre y el padre, guardadora o guardador, tutora o tutor, son los garantes inmediatos del derecho a la salud de sus hijas e hijos. En consecuencia están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban.

Consejería en planificación familiar

La Clínica Adolfo Kolping es una obra de la Iglesia Católica, por ello su posición ante los métodos anticonceptivos va en la línea de la Iglesia señala que “va contra la ley de Dios el empleo de métodos artificiales de control de la natalidad, sean físicos (preservativos), o químicos (píldora anticonceptiva, espermaticidas, etc.). o cualquier método abortivo (el

dispositivo intrauterino o diu), porque en ellos no sólo se impide una nueva concepción sino que se mata a un ser humano recién concebido”(portal catolico.com)

Considerando la realidad económica y social de las familias beneficiarias, los múltiples embarazos, su situación de vivienda ampliamente descrita la precariedad de las ocupaciones etc. fueron algunos factores que se tornaron imperantes para la intervención en esta problemática ya que según refieren las mamás del programa desconocían los métodos de Planificación familiar.

“yo nunca he usado nada para no tener hijos, espero hasta que me baje mi periodo después del parto y de ahí cuento pero no funciona porque mi periodo no es normal

“(testimonio de una mamá de 34 años que tiene 5 hijos)

En una primera instancia se realizó consejería en planificación familiar, en sesiones individuales con el apoyo de personal médico especialista en ginecología, brindando orientación acerca de los distintos métodos para lograr una elección libre, informada y responsable, como siguiente paso se coordinó con el área de Trabajo Social de otra institución especializada en Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de El Alto para que las usuarias sean atendidas con un costo mínimo, así como la derivación a centros de salud públicos.

La planificación familiar tiene una relación directa en la salud de las mujeres se debe ayudar a las parejas y, en especial, a las mujeres a prevenir embarazos no deseados a través de la orientación y servicios de anticoncepción, para permitirles ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos.

5.1.2 FUNCION DE ORGANIZACIÓN SOCIAL

La organización social se plantea como función en el marco de la concepción del Trabajo Social y se refiere a los sujetos, procesos sociales y mecanismos para enfrentar los problemas sociales, la necesidad de su colectivización en su comprensión y respuestas. Por tanto, abarca procesos de movilización y participación en las acciones emergentes del problema social y su solución, ni dispensando ni interfiriendo, sino más bien potenciando

aquellos proyectos preexistentes o por crearse, que representan avances progresivos en la sociedad como en la comunidad, los grupos, la familia y los propios individuos ⁴¹

Según Decreto Supremo N°29140 de 2007, el 30 de mayo de 2010 finalizó el 3er periodo del programa del SGEM en la Ciudad de El Alto, según este documento la C.S.B.P a partir de la finalización tendría la obligación de atender el SUMI a nivel nacional, dejando desamparada a nuestra población de beneficiarios.

Ante el surgimiento de este problema social se hizo necesaria la intervención de la Trabajadora Social con el objetivo de coordinar acciones con los padres de familia para el afrontamiento de la demanda de renovación del seguro SGEM que debía ser tramitada ante instancias del estado Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Seguros de Salud

Con esta finalidad se reorganizó la mesa directiva de los padres previa identificación de los líderes de cada centro para organizar y establecer una mesadirectiva a nivel del municipio de El Alto, entidad representativa de los beneficiarios cuyo objetivo común fue lograr la promulgación de un nuevo Decreto Supremo que autorice a la C.S.B.P la continuidad del financiamiento del programa en los Centros de la Red de Salud de la Iglesia.

En este sentido la Trabajadora social en coordinación con esta organización social hizo el acompañamiento y asesoramiento en la planificación, organización y ejecución de las acciones de movilización ante las instancias competentes el seguimiento de los trámites institucionales hasta el logro del Decreto Supremo N° 600/2010, que autoriza a la C.S.B.P a renovar el convenio de atención médica esta vez por 5 años y el incremento de la población beneficiaria de 2000 a 2160 personas.

La renovación del convenio implicó la afiliación de nuevos beneficiarios en este sentido se organizó una red de apoyo y coordinación interinstitucional (educación, salud, ONGs) también las organizaciones sociales como las juntas de padres de familia, directores de colegios fiscales de las zonas más alejadas del distrito 1 y 3 de la ciudad de El Alto, que permitió realizar el trabajo de manera sincronizada y efectiva en la identificación y

⁴¹UMSA. (1999). *Plan académico (1999-2003)*. Carrera de Trabajo Social: Editorial – Punto Cero.

derivación a Trabajo Social de la Clínica Kolpingde familias numerosas y en situación de pobreza.

Para luego planificar reuniones con la institución y los posibles beneficiarios para socializar las características y objetivos que persigue el programa.

Cumplida la incorporación de beneficiarios anualmente se organizaron las actividades de promoción de la salud que implica la participación en las Ferias de salud actividad que se desarrolló anualmente en el espacio denominado campo ferial de la prefectura de El Alto, por 6 años y a partir del año 2012 se realizaron en la Plaza Juana Azurduy de la zona de villa dolores la última fue en la gestión 2014.

Ferias de Salud: Durante 7 años tuve la oportunidad de ser parte del comité organizador de las ferias de salud que aglutina a todos los centros de salud de la iglesia católica durante los años 2005 a 2010 estas fueron exclusivamente de la Red de salud, pero a partir del año 2011 se planificaron conjuntamente con el área de promoción humana de la Diócesis que comprende todas las obras de la iglesia que trabajan en salud, educación, fundaciones y caritas Bolivia.

Las ferias de salud, fueron eventos llevados a cabo que para muchas personas reciban atención gratuita para hacerse una prueba tan simple como glucosa, colesterol, toma de presión arterial, por describir solo algunas. Además, uno de sus principales objetivos fue servir como punto de encuentro y de reflexión sobre aquellos temas relacionados con la salud que más preocupan a las instituciones relacionadas al ámbito sanitario.

Las actividadesdesarrolladas fueron de promoción de la salud, prevención de enfermedades y consejería de salud que implico la participación del personal médico de la Clínica Kolpingen temas relevantes como:

- ✓ Cáncer Cervico Uterino
- ✓ Alimentación Natural y saludable
- ✓ Salud oral

También se contó con la activa participación de las mamas del S.G.E.M brindándoles la oportunidad de socializar los conocimientos adquiridos en el transcurso del año en los

distintos talleres, principalmente en nutrición presentando para tal efecto la preparación de alimentos saludables como la leche de soya, hamburguesa de lenteja, y otras que son de bajo costo en su elaboración pero nutritivas para su consumo este trabajo fue planificado por la trabajadora social y supervisado por el servicio de nutrición de esta manera evaluar si estamos alcanzando los objetivos.

Además, de todo ello, los visitantes a la Feria de la Salud disponen de material como volantes o trípticos elaborado por los centros de salud con todo tipo de información sobre temas importantes como la alimentación saludable , salud oral , diabetes, lactancia materna, cáncer cervico uterino o vacunas, entre otros.

FERIA DE SALUD



Caravana Odontológica: Los altos índices de problemas bucodentales reportados por el servicio de odontología y la deficiente higiene dental presentada en nuestros beneficiarios justifican la intervención en esta problemática de salud, ya que por el descuido o subestimar este aspecto con el tiempo puede tener una profunda influencia a la hora de desarrollar una enfermedad sistémica.

Los problemas que pueden derivar de la falta de higiene bucal son muchos, variados y tremendamente peligrosos. Las inflamaciones, por ejemplo, fruto de bacterias alojadas en nuestra boca, pueden ser causantes de numerosas enfermedades. Debemos tener en cuenta que cuando las bacterias que causan caries y periodontitis entran en nuestro sistema circulatorio provocan efectos nocivos en todo el sistema.

Esta caravana es el resultado de los talleres de salud oral que fueron desarrollados con la población beneficiaria del SGEM, fue organizada a partir del año 2010 por la trabajadora social en coordinación con el servicio de odontología y responde a la necesidad de educar a la población sobre una adecuada higiene bucodental y prevención de patologías asociadas a la falta de la misma.

Su principal objetivo fue eliminar el temor que provoca en los niños la visita al odontólogo además de crear conciencia en la población sobre su responsabilidad respecto a su salud dental, enseñándoles los cuidados preventivos diarios, como el cepillado tres veces al día, el uso de hilo dental y enjuague bucal, además de hacer hincapié en unos correctos hábitos alimentarios para evitar problemas posteriores, que pueden derivar en tratamientos costosos provocados por una infección que se ha dejado progresar.

Otro de los objetivos fue fomentar las visitas regulares al odontólogo para reducir significativamente el desarrollo de caries, las enfermedades de las encías y otros problemas dentales⁴²

CARAVANA ODONTOLOGICA



Los participantes de estas caravanas fueron todos los beneficiarios directos e indirectos en especial los niños y adolescentes de 5 a 15 quienes ataviados con disfraces y mensajes

⁴² La Organización Mundial de la Salud reconoce que en el caso de las caries dentales hay desigualdades marcadas que hacen de estas un grave problema de salud, “ya que tiene un impacto sobre los individuos y las comunidades en términos de dolor, sufrimiento, deterioro dental y considerable reducción de calidad de vida”.

alusivos a la Salud Oral salen en una caminata por las zonas aledañas a la institución, captando la atención de la comunidad, en el avance van entregando folletos explicativos escritos de manera sencilla y clara, con gran cantidad de esquemas que faciliten la comprensión por parte de la comunidad.

5.1.3 FUNCION DE EDUCACION SOCIAL

Entendida como la acción conjunta, que tiene directa incidencia en la conciencia de los individuos y la población, partiendo de su propia experiencia permite establecer el vínculo entre necesidad individual y social.

La orientación y contenido de esta función, abarca ámbitos que van desde la información hasta el develamiento del problema social, sus emergencias y vías de resolución, privilegiando procesos y metodologías en los que la población sea sujeto de participación y no de manipulación que genere conformismo, pasividad o su dispersión organizativa alrededor de sus organizaciones naturales, cívicas, sindicales y/o políticas⁴³

A partir de la reflexión de las determinantes de Salud nos ha permitido una comprensión del proceso salud-enfermedad, bajo el principio de integralidad, consideramos que las acciones en salud no deben ser solo curativas o asistenciales, se torna muy importante la promoción de la salud, mediante la educación que busque la generación de estilos de vida saludables, el auto cuidado de la salud, con este objetivo las actividades desarrolladas por la Trabajadora Social fueron la planificación e implementación de procesos educativos con ejes temáticos de diversa índole, además que estos espacios de reflexión colectiva se adecuaron a los hábitos y costumbres de la población beneficiaria, respetando sus conocimientos y experiencias en procura de una mejor comprensión del fenómeno salud-enfermedad y lo más importante promover el auto cuidado y la responsabilidad por su propio estado de salud.

Las patologías prevalentes, los problemas sociales como el alcoholismo, violencia intrafamiliar dan lugar a la planificación de ejes temáticos que son abordados mensualmente en los espacios educativos.

⁴³UMSA. (1999). *Plan académico (1999-2003)*. Carrera de Trabajo Social: Editorial – Punto Cero.

Talleres para los padres de familia con los siguientes ejes temáticos:

- ❖ **Cáncer Cérvico uterino**
- ❖ Alimentación Natural y Saludable
- ❖ Salud Oral
- ❖ Lavado de manos
- ❖ Infecciones Respiratorias Agudas IRAs
- ❖ Infecciones Diarreicas Agudas EDAs

Ejes temáticos en lo Social:

- ❖ **Relaciones Humanas en la familia**
- ❖ Alcoholismo
- ❖ Derechos de los Niños Niñas Y Adolescentes
- ❖ Autoestima
- ❖ Violencia Intrafamiliar
- ❖ Desarrollo bio-psico –social de los niños, Niñas y adolescentes



La dinámica en que se desarrolló los ejes temáticos fueron de reflexión continua acerca de los temas relacionados al proceso de salud- enfermedad según patologías prevalentes y problemas sociales frecuentes estableciendo estrategias de intervención psicosocial y socio-sanitaria tendientes a potenciar los aspectos psicosociales más saludables y a disminuir los que presentan mayores riesgos para la salud como ser:



PLANIFICACION DE TEMAS EDUCATIVOS S.G.E.M

FECHA	HORA	OBJETIVO	TEMA	TECNICAS	TIEMPO	RECURSOS
						HUMANOS
25/02/2011	17:00	Dar a conocer a los padres de familia la importancia de una alimentación natural y económica y el beneficios en sus hijos para la prevención	ALIMENTACION NATURAL Y SALUDABLE	Exposición dialogada técnicas de animación técnicas de evaluación	60 min	Trabajo Social Nutricionista C.M.A.K
24/06/2011	17:00	Contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino mediante la prevención, detección temprana, y diagnóstico, del cáncer de cuello uterino. la importancia del control del Papanicolaou	CANCER CERVICO UTERINO	exposición dialogada técnica de evaluación/ campaña de detección	60 min	Equipo multidisciplinario C.M.A.K
26/08/2011	17:00	Identificar las enfermedades buco dentales y su oportuno tratamiento	SALUD ORAL	Exposición dialogada técnicas de animación técnicas de evaluación	60 min	Equipo Odontología

A continuación destacamos los temas relevantes por su carácter de importancia en el proceso salud – enfermedad

CáncerCervico Uterino: El cáncer de cuello uterino (CACU) es un problema de salud pública mundial, Bolivia tiene la tasa de mortalidad por CACU más alta de América (26,3 por cada 100 mil mujeres) a diferencia de la mayoría de los cánceres, el CACU, sobre todo si se toma en cuenta que esta patología se puede prevenir y detectar precozmente de manera eficaz y relativamente económica mediante la toma del Papanicolaou PAP, la situación actual, la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en Bolivia es grave y alarmante la detección oportuna evitara cirugías mutilantes como la histerectomía o tratamientos agresivos y por supuesto la muerte .

“me da miedo hacerme tocar por eso nunca me hecho un control de PAP mi marido es bien celoso y no me deja ir al Doctor, dice que las mujeres que tiene cáncer es por que andan mal” (testimonio de una usuaria de 56 años y 5 hijos)

Resulta de vital importancia que las mujeres conozcan y se sensibilicen sobre las acciones de prevención sobre este cáncer, en este sentido se planificó campañas anuales de control de PAP para la población en general pero con énfasis para las madres de familia del programa del S.G.E.M a costo accesibles o en gratuidad en algunos casos, el resultado del PAP se incluyó como requisito para la continuidad de los niños en el programa.



AFICHE CAMPAÑA DE PAPANICOLAU

Alimentación Natural y saludable: Este taller fue coordinado con el servicio de nutrición, con el objetivo de Promover la práctica de hábitos alimentarios naturales y saludables, conscientes del rol que juega la alimentación sana en la prevención de enfermedades, las recomendaciones para empezar el día con un desayuno compuesto de frutas, lácteos u otra fuente de proteína y pan integral; tener un almuerzo consistente de verduras, proteína, cereal o tubérculo, fruta y agua; terminar el día con una cena que sea similar al almuerzo, aunque de menor volumen son los contenidos que desarrolla la profesional en nutrición, por otro lado la recomendación de llevar una dieta saludable para la prevención de enfermedades como el sobrepeso, y la obesidad, que a su vez derivan en diabetes, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer⁴⁴ si bien el objetivo de los talleres es

⁴⁴Los esfuerzos para que las poblaciones adquieran y practiquen hábitos saludables, van desde la promulgación de Leyes, Metas, Resoluciones y Recomendaciones de organismos nacionales e internacionales. Así por ejemplo, en 2013, la Asamblea Mundial de la Salud acordó nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, entre las que figuran detener el aumento de la diabetes y la obesidad, y una reducción relativa de 30% de la ingesta de sal hasta el 2025, dentro las estrategias para alcanzar estas metas, está la promoción de hábitos alimentarios saludables OMS. Plan de Acción para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles 2013 –2020. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013)

la sensibilización para adoptar hábitos de alimentación saludables éstas no son suficientes para lograr cambios positivos en la población , puesto que la alimentación se ve influenciada por factores e interacciones complejas, que van desde el acceso económico a alimentos, hasta las preferencias y tradiciones culturales, éste último caracterizado por prácticas alimentarias que, en general, son poco saludables.



TALLER DE NUTRICION

El lavado de manos: Con esta actividad tan sencilla como es una limpieza correcta evitaría cerca del 44% de las muertes causadas por enfermedades diarreicas y el 25% de las infecciones respiratorias agudas que suponen la mayor causa de muerte de los menores de cinco años a nivel mundial, las manos son portadoras de organismos patógenos que se contagian a través del contacto directo o por superficies. Por tanto, su lavado constituye un hábito de higiene básico que ayuda a prevenir enfermedades que debe llevarse a cabo de una manera rigurosa siguiendo los pasos para una técnica correcta según la Organización Mundial de la Salud.

¿Cómo debemos hacerlo?

- ✓ Mojarse las manos.
- ✓ Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano
- ✓ Frotar las palmas entre sí

En Bolivia el tema de la alimentación saludable, se constituye en una Ley, es así que, el 8 de enero del año 2016 se promulga la Ley 775 de “**Promoción de Alimentación Saludable**”.

- ✓ Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa



TECNICA DE LAVADO DE MANOS⁴⁵

Inculcar este hábito puede ser una tarea divertida con algunos recursos útiles como un concurso para ver quién se lava mejor las manos, donde los participantes debendemostrar de manera práctica las técnicas, los tiempos y todo lo aprendido para ser replicado en su casa con su familia esta actividad también se aplica como una evaluación pre- post de la técnica.

¿Cuándo debemos hacerlo?

- ✓ Antes y después de preparar alimentos o manipularlos
- ✓ después de tocar tierra o animales
- ✓ Después de ir al baño
- ✓ Después de cambiar pañales y antes de tocar a los bebés especialmente si se le va dar alimentos
- ✓ Si esta con estornudos o tos y se lleva uno la mano a la boca, nariz o cara
- ✓ Después de utilizar el transporte público

⁴⁵Desde 2008 el 15 de octubre es el día mundial del lavado de manos, este dia se celebra con el ánimo de cumplir con uno de los **objetivos de Desarrollo del Milenio** que pretende reducir en 2/3 la mortalidad de los niños menores de cinco años a causa de Diarreas.

Porque insistimos en este tema?Debido a que se ha comprobado que es la vía de transmisión de microorganismos más frecuente, por ello este tema se desarrolla de forma recurrente fomentando la cultura del lavado de manos con jabón y hacer públicos sus beneficios. Estos últimos han sido comprobados desde hace muchos años por una cantidad sumamente extensa de estudios y pruebas clínicas.

5.1.4 FUNCION DE GESTION SOCIAL

Esta función supone conocimiento y manejo del proceso administrativo en Trabajo Social y por otro lado la incorporación de la población al conocimiento de los mecanismos, posibilidades y limitaciones de la Política Social y las respuestas institucionales que se ejercitan mediante la participación de manera directa⁴⁶ Como profesionales inmersos en el campo de la salud debemos promover la atención de los pacientes gestionando la atención en los tres niveles del sistema de salud

La coordinación con establecimientos de salud de 1er nivel para la recepción y efectivizar la atención en la especialidad solicitada, mediante el sistema de transferencia del médico tratante desde su centro de origen hasta la Clínica como Centro de 2do Nivel en casos especiales que requieren prestaciones médicas de mayor complejidad se aplica la transferencia a centros de mayor capacidad resolutive de 3er nivel a nivel interno (Red de salud de la diócesis) como a nivel externo tanto para cirugías como interconsultas de especialidad .

Los procesos de participación social son relevantes en el desarrollo del programa por ello se apoyó en las acciones para la organización de la mesa directiva a nivel El Alto de los administradores de los establecimientos de salud como ente representativo ante las instancias correspondientes.

Se identificaron los líderes y en consecuencia se organizó una mesa directiva a nivel el Alto con representantes de cada centro participante en el programa con el objetivo de facilitar procesos de participación de manera directa en la demanda ante instituciones del estado Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Seguros INASES (hoy ASUS), para la renovación del convenio.

⁴⁶Ibidem

CAPITULO VI

CUARTO TIEMPO: Reflexión de fondo

En este capítulo analizamos los alcances de la experiencia desarrollada en la ClínicaKolping en la constitución del rol del Trabajador Social, en relación a las funciones desarrolladas en el ejercicio de la profesión durante la gestión 2010- 2012 en la implementación del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, teniendo en cuenta técnicas, instrumentos y medios empleados para el logro de los objetivos.

El desarrollo de las acciones estuvo basado en los objetivos según las funciones de la profesión, entre ellas tenemos el siguiente análisis:

OBJETIVO	ANALISIS DE RESULTADOS
Recuperar la experiencia de intervención desarrollado por la Trabajadora Social en el programa del Seguro Gratuito de Enfermedad Común y Maternidad en la Clínica Adolfo Kolping.	La recuperación de la experiencia me ha permitido realizar una reflexión teórica y práctica de la profesión y su incidencia en el Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, la presentación de esta memoria es el resultado de la recuperación de la experiencia de intervención desarrollado aplicando los momentos metodológicos de Jara, los resultados de este documento serán presentado a nivel institucional como un aporte del área de Trabajo Social para la construcción de un pensamiento común en las instancias que corresponde en busca de una reflexión crítica en la actual coyuntura que permita la continuidad del programa en la Clínica Kolping.

OBJETIVO	RESULTADOS
<p>- Visibilizar la trascendencia del Trabajo Social como parte del equipo de salud en la ejecución del programa, a través de las funciones desarrolladas.</p>	<p>El sector salud constituye uno de los espacios de mayor demanda para el ejercicio laboral del trabajador social, que se integra como parte esencial del equipo de salud y pone de manifiesto sus saberes en busca del bienestar de la población beneficiaria los niños niñas y adolescentes del SGEM</p> <p>Esto conlleva a que la importancia de su labor radique en torno a las relaciones que construye con las personas en todo el proceso de intervención mediante la ejecución de sus funciones, este vínculo implica que el rol que ejerce el trabajador social tiene mucho que ver con la manera que trabaje con los beneficiarios y los resultados que se pueden obtener para mejorar la calidad de vida de los mismos</p> <p>Ya que conoce de una manera objetiva las carencias y necesidades socioeconómicas por las que atraviesan las familias del SGEM que inciden en su proceso de salud-enfermedad. Por ello promueve la utilización de recursos orientados a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mediante la participación individual y /o colectiva.</p> <p>El ejercicio de las funciones de manera regular y sistémica da significado a las actividades y acciones desarrolladas en la intervención. . En este sentido, el papel del trabajador social fue visto como el de un profesional indispensable para el desarrollo del programa y para la coordinación entre la Clínica y los beneficiarios</p>

En la Función de Asistencia Social: Las acciones desarrolladas en la asistencia social fueron fundamentales para el logro de los objetivos del programa

La pobreza crea barreras económicas que no permiten el acceso a servicios de salud de la población que no cuenta con afiliación en la seguridad social debido a la falta de una fuente laboral, en este sentido la presentación del informe social como resultado de todo el proceso del estudio socioeconómico se constituye en un requisito indispensable que permitió la inclusión al programa de los postulantes en situación de pobreza a una población total de 361 niños niñas y adolescentes como beneficiarios directos y sus padres como beneficiarios indirectos que pudieron gozar de su derecho a la salud.

Con la Función de Organización : Según Decreto Supremo N°29140 de 2007, el 30 de mayo de 2010 finalizó el 3er periodo del programa del S.G.E.M en la Ciudad de El Alto, según este documento la C.S.B.P a partir de la finalización tendría la obligación de atender el SUMI a nivel nacional, dejando desamparada a nuestra población de beneficiarios.

Ante el surgimiento de este problema social se hizo necesaria la coordinación de acciones con los padres de familia para el afrontamiento de la demanda de renovación del seguro SGEM que debía ser tramitada ante instancias del estado Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Seguros de Salud, como resultado se logró la promulgación del Decreto Supremo N° 600/2010 que autorizó a la C.S.B.P a renovar el convenio de atención a los beneficiarios por 5 años y a los Centros de La iglesia a continuar con la atención médica.

En la Función de educación: Los procesos educativos implementados a través de un proceso metodológico fueron tendientes a propiciar que la población participe de manera activa en el desarrollo de acciones de promoción y prevención y el autocuidado de la salud.

Haciendo Gestión Social: Los procesos de participación social son relevantes para el desarrollo del programa la importancia del Trabajo Social radica en la coordinación de las acciones que se desarrolló para facilitar los procesos de participación de todos los actores sociales involucrados para la continuidad de las prestaciones médicas.

Se gestionó la atención médica de los beneficiarios con establecimientos de salud en los tres niveles según el modelo de atención actual en 1er nivel en la recepción y posibilitar la

atención en especialidad mediante el sistema de transferencia tanto del médico tratante como de la trabajadora social desde su centro de origen hacia la clínica, en casos especiales que requieren atenciones médicas de mayor complejidad gestionar la transferencia a centros de mayor capacidad resolutive de 3er nivel a nivel a nivel interno (Red de salud de la diócesis) como a nivel externo.

OBJETIVO	RESULTADOS OBTENIDOS
<p>Reflejar la mejora en la calidad de vida y las condiciones de salud de la población beneficiaria del programa del Seguro Gratuito de Enfermedad Común y Maternidad.</p>	<p>Los procesos educativos implementados a través de un proceso metodológico fueron tendientes a propiciar que la población participe de manera activa en el desarrollo de acciones de promoción, prevención y auto cuidado de la salud, los beneficiarios por Ej: en los talleres de nutrición comprendieron la importancia de practicar estilos de vida saludables mediante la alimentación sana y natural.</p> <p>La dinámica de aplicar tanto la teoría como la práctica en los talleres de educación generó una disminución en las patologías prevalentes como las IRAs y EDAs en un 40% objetivo que se consiguió al aplicar y hacer seguimiento de las técnicas de lavado de manos que fueron una de las temáticas abordadas con mayor énfasis, por la importancia en la transmisión de bacterias fácilmente prevenibles.</p> <p>El control anual de Papanicolaou permitió hacer detecciones tempranas de cáncer y hacer una intervención oportuna</p> <p>Por otro lado la participación en la caravana odontológica identifico a los niños como promotores de la salud ante su comunidad, asumiendo la responsabilidad de su auto cuidado y generando un incremento de un 50 % en la asistencia de los niños al servicio de odontología para tratamientos preventivos y de rehabilitación, como resultado de la confianza generada entre el personal médico y nuestros</p>

	beneficiarios a través de estas actividades de integración y fortalecimiento de las relaciones interpersonales.
--	---

Después de estos años de trabajo se ha logrado que los pacientes se familiaricen con el personal médico, paramédico y de odontología logrando formar este sentido de amistad, fraternidad y respeto mutuo.

CAPITULO VII

QUINTO TIEMPO: Puntos de llegada

Se constituye la etapa final de la sistematización de la experiencia, dado que es la fase de interpretación crítica del proceso donde se debe ir más allá de la descripción para encontrar la razón de ser de lo que sucedió, y así poder llegar hacer las reflexiones y aprendizajes profesionales, teóricos y prácticos del proceso de intervención profesional ejecutado se llegó a las siguientes conclusiones:

- La propuesta metodológica de Oscar Jara para la sistematización permitió desarrollar una acción reflexiva en todos los tiempos de la recuperación de la experiencia por la organización y sucesión de los tiempos

- La sistematización del programa de intervención desde la perspectiva de Trabajo Social fue significativo porque estuvo ligado a una reflexión acerca de la importancia sobre la actuación profesional en la restitución del derecho fundamental de la salud a una población vulnerable como son los niños y adolescentes en situación de pobreza.

- La experiencia desarrollada posibilitó comprender e interpretar la realidad del contexto y de los diversos sujetos sociales permitiendo construir un conocimiento objetivo acerca del efecto de la pobreza sobre el estado de salud consistente también en la relación que esta tiene con las otras determinantes de proceso salud –enfermedad como el acceso a servicios básicos, educación y vivienda.

- La articulación entre el personal médico y Trabajo Social fortalecieron las acciones de salud que no son solo curativas o rehabilitadoras sino también de prevención de las enfermedades, por ende la acción profesional dentro de las instituciones de salud resulta conveniente ya que desde su área del conocimiento puede hacer la formulación de propuestas de atención integral en salud en concordancia al nuevo modelo de atención y gestión en salud SAFCI que trata no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida,

su alimentación, y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico que inciden en el proceso salud-enfermedad.

- Desde su instauración el servicio de Trabajo Social es considerado fundamental en el equipo de salud de la clínica por su aporte en la construcción de capacidades humanas que potencian en los individuos el auto cuidado mediante la práctica de hábitos de vida saludable como el lavado de manos, nutrición, salud oral, prevención del cáncer cervico uterino mediante los controles oportunos de Papanicolaou.

- Desde su implementación el programa del SGEM ha tenido un impacto positivo en la población beneficiaria al mejorar el nivel de salud de los beneficiarios. En este sentido hemos alcanzado el objetivo propuesto institucionalmente, ya que con la intervención del programa se pudo salvar la vida de muchos niños y adolescentes que se encontraban desprotegidos.

- Esta memoria constituye el primer paso para generar un pensamiento común desde los niveles administrativos para el fortalecimiento y la continuidad el programa en la clínica Kolping en la actual coyuntura.

- El rol del Trabajo Social a nivel general en la Clínica Kolping ha visibilizado el perfil profesional del área, generando la apertura de nuevos espacios profesionales a nivel nacional en la fundación se cuenta con siete trabajadoras Sociales, cinco profesionales desempeñan su labor en proyectos de Salud y dos ocupan puestos de dirección de proyectos sociales en la ciudad de El Alto y en el departamento de Pando.

- Hacemos una retrospectiva de los años desde la implementación de programa del SGEM en la Clínica Kolping y nos preguntamos ¿qué sería de la vida de estos niños, niñas y adolescentes si no eran beneficiarios del programa? El gasto económico pudo ser catastrófico, inalcanzable de solventar debido a la situación socioeconómica de estas familias no se hubiera podido afrontar, nos queda la reflexión acerca de la situación de enfermedad o la muerte de

un ser querido que representa una tragedia, al sufrimiento de la familia hay que agregar el potencial humano perdido.

Lecciones aprendidas

En esta sistematización, se considerarán las lecciones aprendidas de esta experiencia en:

- 1) Actividades que se deben mantener como están porque son positivas;
- 2) aquellas que se mantienen pero deben cambiar algunos aspectos;
- 3) Aquellas actividades que no se deben realizar porque no son tan positivas;

Y un grupo de actividades que salen de la sistematización y que se recomiendan hacerlas (Sossa, Gloria Lizárraga de, 2015).

Actividades que se deben mantener como están porque son positivas.

El informe social como instrumento técnico del Trabajo Social se constituye en un documento imprescindible en las instituciones que son parte del programa para la afiliación de nuevos beneficiarios se convierte en un valioso instrumento que guía posteriores intervenciones de Trabajo Social. Al permitir la identificación objetiva de beneficiarios

Las acciones del Trabajo Social en la atención integral en salud, es la forma efectiva de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, y rehabilitación con un enfoque de respeto y valoración de sus sentires, conocimientos-saberes y prácticas.

El enfoque de atención integral en salud es la manera más efectiva de orientar las acciones en busca del bienestar, la interrelación entre sí de los componentes descritos determinan en gran manera la generación de circunstancias o factores de protección, por lo que se hace importante e imprescindible la intervención de la Trabajadora Social para el logro del bienestar social a través de las funciones propias de la profesión.

La función de educación es uno de los mecanismos de la promoción de la salud en el modelo SAFCI por tanto se debe incidir en este tema en corresponsabilidad con la población beneficiaria.

Acciones que se mantienen pero deben cambiar en algunos aspectos:

Los requisitos exigidos por el programa exigen que las familias se encuentren en situación de pobreza pero no especifican que indicador es válido para esta afirmación, el Área de Trabajo Social determino esta situación con el indicador del salario mínimo nacional, situación que se formalizo a partir de la gestión 2018 como parte de los requisitos y se encuentra plasmado en el manual de prestaciones oficial.

Actividades que no se deben realizar porque no son tan positivas

La afiliación de hijos, nietos y sobrinos en el mismo grupo familiar ya que deslinda de responsabilidades a los tutores directos (Madres, Padres)

BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg. (1984). *Apuntes para una Historia del Trabajo Social*: Editorial Humanitas
- Alcoreza de Eyzaguirre Eliana. (1995). *Desarrollo Histórico del Trabajo Social en Bolivia. (1932-1971)*. La Paz - Bolivia. Ed.: Huellas.
- Administración de la seguridad social. (1991). Ginebra.
- Aylwin, A., Olga, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*; Ediciones Universidad Católica de Chile Primera edición: 2002
- Castell, Amparo. (2009). *Trabajo Social del Servicio de Salud de Castilla – La Mancha. (SESCAM)*.
- Código de Seguridad Social y su Reglamento. (2017).; edición actualizada.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de León España
- EscartinCáparros, María José. (1997). *Introducción al Trabajo Social II*. (Editorial Agua Clara). España: p. 174-175
- Estado mundial de la Infancia. (2011). *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*.
- Ituarte, Amaya. (1992). *Procedimientos y procesos en Trabajo Social Clínico*. Madrid: siglo XXI
- Informe de Desarrollo Humano. (2016). *Programa de las naciones Unidas Para el Desarrollo(PNUD)*.
- Kaluf, C., Mauras, M. (1998). *Regreso a casa- políticas públicas para las familias :* editorial Santillana – UNICEF. P 174.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2000). *Código de niña, niño y adolescente*. La Paz – Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2010). *Plan Sectorial de Desarrollo (2011-2015)*. Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2010). *Residencia Médica, Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RMSAFCI)*. Bolivia.

- Organización Mundial de la Salud. (2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, Informe salud para todos en el año. (2000)*. pag.12.
- Organización Mundial de la Salud OMS, (2010). *estadísticas sanitarias mundiales*.
- Ocampo, A., Berdegue, J. Citado en: *Sistematización de Experiencias Locales de Plan Nacional Sectorial de Desarrollo Integral (2011-1015)*.
- República de Bolivia, (30, enero, 1999) Decreto supremo 25289
- Publicaciones Unicef. (1997). *Propuestas de políticas públicas I*. Bolivia: primera edición 1997.
- Presidente Constitucional del estado Plurinacional de Bolivia. (2008). Decreto Supremo N° 29601
- Programa Social de América latina. (2000- 2001). CEPAL: Impreso 2001 CHILE
- UMSA. (1999). *Plan académico (1999-2003)*. Carrera de Trabajo Social: Editorial – Punto Cero.

WEBGRAFIA

- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales. (1999). España – Madrid. Recuperado el (15/11/2018 de w.w.w.comtrabajosocial.com/documentos).
- Corbella Rogi, J. (1985). *Descubrir la Psicología*, Folio ediciones. Recuperado el (29/11/2018 de es.wikipedia.org).
- OMS. (2017). *Enciclopedia de Conceptos*. Recuperado el (23/10/2018 de: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>).
- Jara, Oscar. *Para Sistematizar experiencias, innovando*; Número 20. Recuperado el (10/10/2018 de: www.scielo.org/mex).
- <https://es.wikipedia.org> (Recuperado el 2 de noviembre de 2018)
- <http://www.informajoven.org>. (recuperado el 29 de noviembre 2018)
- www.fundase-bolivia.org. (Recuperado el 5 de noviembre del 2018)
- Niñez. (s/f.). Recuperado el (28/11/2018 de: <https://quesignificado.com/ninez>).

RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo sistematiza la experiencia laboral de la Trabajadora Social desarrollada en el Programa del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad, experiencia desarrollada en la Clínica Adolfo Kolping de la Ciudad de El Alto, delimitada en la gestiones del 2010 a 2015.

Los cambios que se generó a partir de la intervención de la Trabajadora Social en la situación de Salud de los beneficiarios directos e indirectos de este programa y de qué manera el programa incide en la prevención de las enfermedades en los beneficiarios, haciendo énfasis en las funciones de asistencia social, Educación social y Organización social, considerando las concepciones teóricas de Salud, Trabajo Social, Pobreza entre otros.

Desarrollamos el contexto local haciendo una descripción de los aspectos demográficos y sociales de la ciudad de El Alto, así como el contexto institucional de la Fundación Padre Adolfo Kolping y de la clínica Adolfo Kolping, la sistematización se basa en el autor Oscar Jara que plantea 5 tiempos que describen los momentos que fueron desarrollados.

Se hace una presentación de los antecedentes del Seguro Gratuito de Enfermedad y Maternidad haciendo una descripción del programa los alcances, normas, procedimientos y estructura de atención en el escenario institucional en el que se desarrolló la experiencia, las características de la población beneficiaria la identificación del ente financiador finalmente el rol del Trabajo Social mediante la ejecución y desarrollo de las funciones propias de la profesión.

Presentamos la reflexión de fondo donde analizamos el desarrollo de las acciones basados en los objetivos planteados.

Finalmente describimos los puntos de llegada y las lecciones aprendidas que se constituye en la etapa final de la sistematización para encontrar la razón de ser de lo sucedido y el alcance de los objetivos propuestos institucionalmente así como las reflexiones y aprendizajes teóricos y prácticos del proceso de intervención profesional.