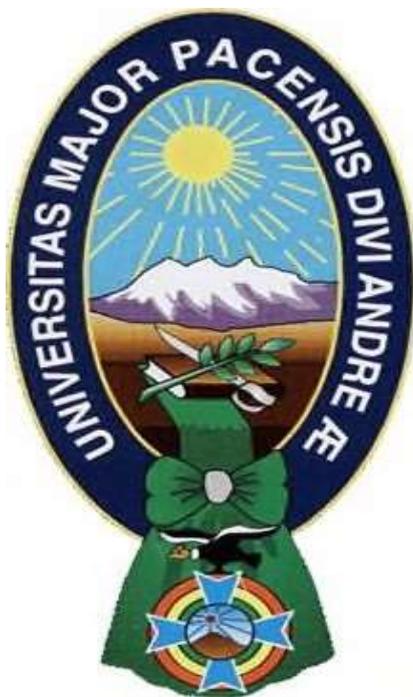


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**



TRABAJO DIRIGIDO

***“PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO
SOCIAL PARA PREVENIR EL CACU”***

**(UN ESTUDIO REALIZADO EN EL “SERVICIO DE GINECOLOGIA DE
LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA REGIONAL LA PAZ”)**

POSTULANTE: MAVY DABEIDA LEDEZMA LINARES

TUTORA: MSc. IVONNE VILLARROEL

LA PAZ – BOLIVIA

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado principalmente a Dios y a la Virgen de Guadalupe, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi señora madre Bertha Linares Alarcón, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, eres la mejor madre que Dios y la vida pudo otorgarme.

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos:

A mi familia

Por permitirme tener la libertad en elegir mi futuro, brindando su confianza en mí desarrollo. Sin embargo merece un reconocimiento especial mi madre y mi hermana que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A la UMSA

Por darme la oportunidad de formarme como profesional en Trabajo Social.

A los/os docentes

Quienes me impartieron sus conocimientos con excelencia. Un especial reconocimiento a la Lic. Marcela Molina Aviles, ejemplo de vida quien dedico parte de su vida en formarme como persona y como profesional con una entrega única y compromiso que la caracteriza.

A la Caja de Salud de la Banca Privada Regional La Paz

Por permitirme compartir con ellas sus experiencias de proceso enseñanza aprendizaje durante todo el proceso, siendo un ejemplo de profesionales.

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INTERVENCION

1.1. ANTECEDENTES	Pág. 1
1.2. OBJETIVO DE LA INTERVENCION	Pág. 2
1.2.1. Objetivo General	Pág. 2
1.2.2. Objetivo Especifico	Pág. 2
1.3. METODOLOGIA	Pág. 3
1.3.1. Tipo de Investigación Diagnostica	Pág. 3
1.3.2. Nivel de la Investigación Diagnostica	Pág. 3
1.3.3. Población Participante	Pág. 3
1.3.4. Técnicas e Instrumentos Utilizados	Pág. 4
1.4. PROCESO DE LA IMPLEMENTACION DE LA INVESTIGACION DIAGNOSTICA	Pág. 4
1.5. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	Pág. 7
1.6. LIMITACIONES ENFRENTADAS	Pág. 7

CAPITULO II CONTEXTO DEL DIAGNOSTICO

2.1. CONTEXTO ESPACIAL: CIUDAD DE LA PAZ DISTRITO CENTRO DEL MUNICIPIO DE LA PAZ	Pág. 8
2.1.1. Aspectos Fisiográficos de la Ciudad de La Paz	Pág. 8
2.1.2. División Política del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz	Pág. 8
2.1.3. Aspectos Poblacionales	Pág. 9
2.1.4. Aspectos Socioculturales	Pág. 10
2.2. CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA	Pág. 10
2.2.1. A Nivel Nacional	Pág. 10
2.2.2. A Nivel Local	Pág. 12
2.2.3.2.2.3.	
2.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	Pág. 14
2.3.1. Antecedentes Históricos	Pág. 14
2.3.2. Tipo de Institución	Pág. 16
2.3.3. Misión	Pág. 16
2.3.4. Visión	Pág. 17
2.3.5. Valores	Pág. 17
2.3.6. Principios de la Institución	Pág. 17
2.3.7. Marco Normativo de la Institución CSBP	Pág. 18
2.3.8. Programas de la Institución CSBP	Pág. 19
2.3.9. Organigrama de la Institución CSBP	Pág. 21
2.4. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL	Pág. 21
2.4.1. Objetivo	Pág. 21
2.4.2. Funciones de la Unidad de Trabajo Social	Pág. 22
2.4.3. Normas o Disposiciones Legales que tienen que Cumplir	Pág. 23
2.4.4. Responsabilidad por Recursos	Pág. 24
2.4.5. Niveles de Coordinación	Pág. 21
2.4.6. Competencias Generales	Pág. 24
2.4.7. Actividades	Pág. 24
2.5. CONTEXTO JURIDICO	Pág. 24
2.5.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia	Pág. 24
2.5.2. Reglamento del Código de Seguridad Social	Pág. 27
2.5.3. Plan Estratégico Institucional 2016-2020 Ministerio de Salud	Pág. 28
2.5.4. Plan Nacional de Prevención Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009-2015	Pág. 29
2.5.5. Decreto Supremo N° 1496	Pág. 30

2.5.6.	Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud y Deportes	Pág. 31
2.5.7.	Ley N° 475 Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia	Pág. 32

CAPITULO III MARCO TEORICO

3.1.	ACERCA DE LA NOCION DE ENFOQUE DE GENERO	Pág. 35
3.1.1.	Diferencia entre Sexo y Genero	Pág. 35
3.1.2.	Precisiones acerca de Enfoque y Perspectiva	Pág. 36
3.1.3.	Conceptualizaciones acerca de Enfoque de Género	Pág. 36
3.2.	SALUD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y CANCER CERVICO UTERINO	Pág. 43
3.2.1.	Salud y Conceptualización	Pág. 43
3.2.2.	Derecho a la Salud	Pág. 43
3.2.3.	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	Pág. 44
3.2.4.	Salud Sexual y Reproductiva	Pág. 46
3.2.5.	Métodos Anticonceptivos	Pág. 48
3.2.6.	Enfermedades de Transmisión Sexual	Pág. 48
3.2.7.	Virus de Papiloma Humano VPH	Pág. 49
3.2.8.	Papanicolaou PAP	Pág. 50
3.2.9.	Teoría del Cáncer	Pág. 50
3.3.	TRABAJO SOCIAL	Pág. 51
3.3.1.	Funciones de Trabajo Social	Pág. 52
3.3.2.	Trabajo Social en Salud	Pág. 54
3.4.	PRESTACIONES MEDICAS CSBP	Pág. 56

CAPITULO IV RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO SOCIAL

4.1.	ACTORES PARTICIPANTES DEL DIAGNOSTICO	Pág. 57
4.1.1.	Perfil Sociodemográfico de la Población Participante	Pág. 57
4.1.1.1.	Edad de la Población Participante	Pág. 57
4.1.1.2.	Estado Civil de la Población Participante	Pág. 59
4.1.1.3.	Número de Hijos según la Afiliación de las Personas Participantes	Pág. 60
4.1.1.4.	Idioma de las Personas Participantes del Diagnostico	Pág. 62
4.1.1.5.	Grado de Instrucción de la Población Participante	Pág. 64
4.1.1.6.	Tenencia de Vivienda de las Personas Participantes	Pág. 65
4.1.1.7.	Población Participante según su Condición de Asegurado	Pág. 67
4.2.	CONOCIMIENTO QUE POSEE LA POBLACION ENTREVISTADA RESPECTO AL CANCER DE CUELLO UTERINO	Pág. 68
4.2.1.	Conocimiento de la Población Participante sobre la Enfermedad del Cáncer	Pág. 68
4.2.2.	Conocimiento que Poseen las Mujeres Participantes sobre el Cáncer de Cuello Uterino	Pág. 69
4.2.3.	Conocimiento de las Población Participante sobre Medios de Prevención del Cáncer Cervico Uterino	Pág. 72
4.2.4.	Conocimiento de la Población Participante sobre el Cáncer más Frecuente	Pág. 73
4.2.5.	Conocimiento que posee la Población Participante sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos	Pág. 75
4.2.6.	Conocimiento que posee la Población Participante Respecto a los Métodos anticonceptivos	Pág. 77
4.2.7.	Conocimiento respecto al Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Participante	Pág. 79
4.2.8.	Conocimiento de la Población Participante en Relación al Uso de Métodos Anticonceptivos	Pág. 81

4.3. PERCEPCIONES QUE POSEE LA POBLACION ENTREVISTADA SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO	Pág. 83
4.3.1. Percepción que Poseen las Mujeres Entrevistadas en relación a la prueba de Papanicolaou	Pág. 83
4.3.2. Percepción acerca de la Edad de Realización de la Prueba del Papanicolaou	Pág. 85
4.3.3. Percepciones de las Mujeres Entrevistadas sobre la Importancia de la Colposcopia	Pág. 89
4.4. IDENTIFICACION DE PROBLEMAS	Pág. 90
4.5. PRIORIZACION DE PROBLEMAS	Pág. 90
4.6. EXPLICACION DEL PROBLEMA	Pág. 93
4.7. PROGNOSIS	Pág. 101
4.8. LINEAS DE ACCION ESTRATEGICAS	Pág. 102

CAPITULO V PROYECTO DE ACCION

5.1. IDENTIFICACION DEL PROYECTO	Pág. 103
5.1.1. Nombre del Proyecto	Pág. 103
5.1.2. Ubicación Geográfica	Pág. 103
5.1.3. Beneficiarias/os	Pág. 103
5.1.4. Institución Responsable	Pág. 103
5.1.5. Periodo de Tiempo de Ejecución	Pág. 103
5.1.6. Costo del Proyecto	Pág. 104
5.2. ANTECEDENTES	Pág. 104
5.3. JUSTIFICACION	Pág. 105
5.4. PROBLEMA QUE ENCARARA EL PROYECTO	Pág. 106
5.5. OBJETIVOS DEL PROYECTO	Pág. 107
5.5.1. Objetivo General	Pág. 107
5.5.2. Objetivos Específicos	Pág. 107
5.5.3. Metas por Objetivos	Pág. 108
5.6. DESCRIPCION DEL PROYECTO	Pág. 108
5.6.1. Componente Información y Educación para Aseguradas y Beneficiarias del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada Regional La Paz	Pág. 108
5.6.2. Propuesta de Estructuración de la Actividad Educativa Presencial-Semipresencial	Pág. 112
5.6.3. Componente de Atención Individualizada y Familiar para Aseguradas y Beneficiarias del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada Regional La Paz	Pág. 116
5.6.4. Propuesta de Plan de Evaluación	Pág. 118
5.7. MARCO LOGICO DEL PROYECTO	Pág. 131
5.8. RECURSOS A SER UTILIZADOS	Pág. 136
5.8.1. Recursos Humanos	Pág. 136
5.8.2. Recursos Materiales	Pág. 136
5.8.3. Recursos Institucionales	Pág. 136
5.8.4. Recursos Tecnológicos	Pág. 136
5.9. PRESUPUESTO	Pág. 137
5.10. CRONOGRAMA	Pág. 137

CAPITULO VI CONCLUSIONES

	Pág. 139
Bibliografía	Pág. 141

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 MOMENTOS METODOLOGICOS IMPLEMENTADOS	Pág. 4
TABLA N° 2 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	Pág. 7
TABLA N° 3 MACRODISTRITO Y DISTRITOS DEL MUNICIPIO DE LA PAZ	Pág. 9
TABLA N° 4 LA DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION FEMENINA EN LA CIUDAD DE LA PAZ	Pág. 13
TABLA N° 5 LA PREVALENCIA DE INFECCION POR VPH A NIVEL MUNDIAL, LATINOAMERICA Y LA CIUDAD DE LA PAZ	Pág. 13
TABLA N° 6 FUNCIONES INSTITUCIONALES EN RELACION CON FUNCIONES DEL PERFIL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL	Pág. 22
TABLA N° 7 CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE SOBRE LA ENFERMEDAD DEL CANCER	Pág. 63
TABLA N° 8 CONOCIMIENTO SOBRE EL CACU DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 65
TABLA N° 9 CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES SOBRE MEDIOS DE PREVENCION DEL CACU	Pág. 67
TABLA N° 10 CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN RELACION A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 71
TABLA N° 11 CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Pág. 73
TABLA N° 12 CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE RESPECTO AL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 75
TABLA N° 13 CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN RELACIÓN AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Pág. 77
TABLA N° 14 CONOCIENDO MIS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 108
TABLA N° 15 CONVERSEMOS SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 109
TABLA N° 16 HABLEMOS DEL PAP	Pág. 110
TABLA N° 17 EFECTOS DEL PAP Y CONSECUENCIAS SOCIO-FAMILIARES DEL CACU	Pág. 110
TABLA N° 18 OBSERVANDO LOS EFECTOS DEL PAP Y CONSECUENCIAS DEL CACU VIDEO DEBATE	Pág. 111
TABLA N° 19 ACTIVIDADES, TECNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACION DE LA FASE DE PLANIFICACION	Pág. 114
TABLA N° 20 ACTIVIDADES, TECNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACION DE LA FASE DE ORGANIZACIÓN	Pág. 115
TABLA N° 21 ACTIVIDADES, TECNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACION DE LA FASE DE EJECUCION DEL COMPONENTE EDUCATIVO	Pág. 116

TABLA N° 22 ACTIVIDADES, TECNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACION DE LA FASE DE EJECUCION DEL COMPONENTE DE ATENCION INDIVIDUALIZADA Y FAMILIAR	Pág. 120
TABLA N° 23 ACTIVIDADES, TECNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACION DE LA FASE DE EVALUACION COMPONENTE EDUCATIVO	Pág. 123
TABLA N° 24 ACTIVIDADES, TECNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACION DE LA FASE DE EVALUACION COMPONENTE DE ATENCION INDIVIDUALIZADA Y FAMILIAR	Pág. 125
TABLA N° 25 MARCO LOGICO DEL PROYECTO	Pág. 126
TABLA N° 26 RESUMEN DE APORTES POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO	Pág. 134
TABLA N° 27 TIEMPO QUE ABARCARA EL PROYECTO	Pág. 135

INDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1	
EDAD DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 52
CUADRO N° 2	
ESTADO CIVIL DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 54
CUADRO N° 3	
NUMERO DE HIJOS SEGÚN LA AFILIACION DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES	Pág. 56
CUADRO N° 4	
IDIOMA DE LA POBLACION PARTICIPANTE DEL DIAGNOSTICO	Pág. 57
CUADRO N° 5	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 59
CUADRO N° 6	
TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LAS PARTICIPANTES EN EL DIAGNOSTICO	Pág. 61
CUADRO N° 7	
TIPO DE AFILIACION DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 62
CUADRO N° 8	
CONOCIMIENTO SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 64
CUADRO N° 9	
CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTE SOBRE MEDIOS DE PREVENCION DEL CACU	Pág. 67
CUADRO N° 10	
CONOCIMIENTO DE LAS PARTICIPANTES SOBRE EL CANCER MÁS FRECUENTE	Pág. 68
CUADRO N° 11	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 70
CUADRO N° 12	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Pág. 72
CUADRO N° 13	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE RESPECTO AL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 74
CUADRO N° 14	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN RELACIÓN AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Pág. 76
CUADRO N° 15	
MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1	
EDAD DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág.53
GRAFICO N° 2	
ESTADO CIVIL DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 54
GRAFICO N° 3	
NUMERO DE HIJOS SEGÚN LA AFILIACION DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES	Pág. 56
GRAFICO N° 4	
IDIOMA DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 58
GRAFICO N° 5	
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 59
GRAFICO N° 6	
TENENCIA DE VIVIENDA DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 61
GRAFICO N° 7	
TIPO DE AFILIACION DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 62
GRAFICO N° 8	
CONOCIMIENTO SOBRE EL CACU DE LA POBLACION PARTICIPANTE	Pág. 65
GRAFICO N° 9	
CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES SOBRE MEDIOS DE PREVENCION DEL CACU	Pág. 67
GRAFICO N° 10	
EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE RESPECTO AL CANCER MÁS FRECUENTE	Pág. 69
GRAFICO N° 11	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN RELACION A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 71
GRAFICO N° 12	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Pág. 73
GRAFICO N° 13	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE RESPECTO AL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Pág. 74
GRAFICO N° 14	
CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN RELACIÓN AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Pág. 77

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1 PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Pág. 30
FIGURA N° 2 ÁRBOL DE PROBLEMAS	Pág. 87

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cérvico Uterino (CACU) en el presente constituye uno de los problemas de salud – enfermedad de mayor preocupación para el país: En Bolivia existen 2.031.379 mujeres en riesgo, es el país con mayor incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en América después de Haití. En Bolivia es el cáncer más frecuente y primera causa de muerte de mujeres de 35-59 años (Romero y Rojas, 2012, Pp. 3). Para la ciudad de La Paz, los datos no son más alentadores, pues se reporta que:

En el registro sobre morbilidad de la ciudad de La Paz, se determinó la magnitud del problema de cáncer de cuello uterino con una tasa global de 58,31 casos por cada 100.000 mujeres. Se estima 151,38 casos por cada 100.000 mujeres entre 35 y 64 años de edad, colocándose de esta manera entre los países con registro de más alta incidencia en el mundo. (Chirinos, 2018, Pág. 1).

En el contexto de esas alarmantes cifras, la Caja de Salud de la Banca Privada solicitó a la Carrera de Trabajo Social una pasantía que comprendiera la realización de un diagnóstico social sobre percepciones de las pacientes cuyos exámenes de Papanicolaou denotaron presencia de CACU, estudio que permitiera plantear una propuesta de intervención de Trabajo Social. Dicha pasantía fue ejecutada por la Universitaria Mavy D. Ledezma Linares, a partir de entrevistas a pacientes seleccionadas con la Unidad de Trabajo Social del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada.

El diagnóstico evidenció insuficiencias de información acerca de la patología de CACU, así como respecto de la prueba de Papanicolaou, resultados que derivaron en el planteamiento de un perfil de proyecto denominado *“Promoción, educación y seguimiento social para prevenir el CACU”* con dos componentes;

uno de Información, Comunicación, Educación y otro de Atención Individualizada y Familiar.

El documento comprende el siguiente contenido:

El primer capítulo corresponde al marco metodológico donde se visualizan los objetivos y el proceso desarrollado para la construcción del diagnóstico.

El segundo capítulo presenta el contexto de la intervención y comprende la contextualización del problema abordado, el ámbito espacial, así como la estructura institucional y programática de la Caja de Salud de la Banca Privada.

El tercer capítulo abarca el marco teórico destacando conceptualizaciones referidas a salud, derechos sexuales y reproductivos, género, empoderamiento y otros referidos a salud sexual y reproductiva.

El cuarto capítulo contiene los resultados del diagnóstico social.

El quinto capítulo se refiere al proyecto de acción y el último incluye las conclusiones.

El sexto capítulo aborda las conclusiones que está enmarcado en la descripción de las características de la Caja de Salud de la Banca Privada, como espacio de intervención de la pasante de Trabajo Social.

CAPÍTULO I

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INTERVENCION

1.1. ANTECEDENTES

El presente documento de diagnóstico, tiene sus antecedentes en requerimientos planteados por la Unidad de Trabajo Social del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada de la ciudad de La Paz, en concordancia con las competencias definidas en la modalidad de Trabajo Dirigido, como modalidad de titulación de la Carrera de Trabajo Social.

Así mismo es importante establecer que existen experiencias de ejecución de pasantías y trabajos dirigidos, desarrollados por estudiantes en gestiones pasadas, cuyo trabajo se implementa bajo la responsabilidad de las profesionales de Trabajo Social quienes asumen la tarea de seguimiento y evaluación permanente durante la pasantía, de las mismas al interior de la Caja de Salud de la Banca Privada regional La Paz.

La exigencia institucional está basada en el cumplimiento del perfil profesional en el ámbito de la salud, donde las estudiantes deben demostrar su capacidad de manejo de metodologías de intervención individual y familiar, como también las habilidades de comunicación y empatía con la población asegurada, promoviendo el vínculo de responsabilidad integral en el ámbito de la práctica laboral, apoyando de forma eficiente la gestión institucional enmarcada en las prioridades programáticas definidas por el equipo responsable.

En este marco de prioridades programáticas, la institución sustentó la necesidad de contar con información actualizada, sobre la problemática del CACU en la población asegurada. Asignando esta responsabilidad a la suscrita pasante de Trabajo Dirigido de Trabajo Social.

Considerando que la problemática del CACU no significa tan solo conocer el número de casos, sino más por el contrario es importante recuperar las percepciones que poseen las mujeres sobre esta situación, es que se planteó,

la necesidad de desarrollar un proceso de Investigación Diagnóstica que contemple componentes cuantitativos como también de tipo cualitativo, para cuya finalidad se estableció como grupo meta a las pacientes del servicio de ginecología que asistieron a consulta en el segundo semestre de la gestión 2019, puntualizando que los resultados a ser obtenidos constituirán la base para la formulación de un Proyecto Operativo , cuya ejecución estaría a cargo de la Unidad de Trabajo Social de la caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz.

1.2. OBJETIVO DE LA INTERVENCION

1.2.1. Objetivo General

Identificar a las pacientes que asistieron al servicio de Ginecología de la Caja de Salud de la Banca Privada en la gestión 2019, cuyo resultados de sus exámenes de PAP denotaron la presencia de Cáncer Cérvico Uterino a fin de contar con una información verídica y confiable que permita diseñar una propuesta de Intervención de Trabajo Social.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Construir el perfil sociodemográfico de las pacientes del servicio de Ginecología de la Caja de Salud de la Banca Privada que se realizaron la prueba del Papanicolaou durante el segundo semestre de la gestión 2019.
- Conocer las percepciones que poseen las pacientes del servicio de Ginecología de la Caja de Salud de la Banca Privada que se realizaron la prueba del Papanicolaou durante el segundo semestre de la gestión 2019, cuyo resultado evidenció la presencia de células cancerígenas.
- Determinar las necesidades de información/educación de las pacientes atendidas por el servicio de Ginecología de la Caja de Salud de la Banca Privada acerca de la patología del Cáncer Cérvico Uterino CACU.

1.3. METODOLÓGIA

1.3.1. Tipo de Investigación Diagnóstica

El estudio desarrollado fue de carácter mixto porque contemplo información cuantitativa y cualitativa.

La Información cuantitativa estuvo centrada en la reconstrucción del Perfil Sociodemográfico de la población participante de la investigación diagnóstica.

En lo que respecta a la información cualitativa, es preciso puntualizar que la misma fue recuperada de las percepciones que poseía la población participante respecto a la problemática del CACU

1.3.2. Nivel de la Investigación Diagnóstica

El estudio fue de carácter descriptivo, porque se llegó a describir las características de la población participante de la investigación diagnóstica situación actual de las titulares y beneficiarias

Asimismo, fue de carácter analítico ya que se incorporaron reflexiones acerca de las expresiones vertidas en los testimonios de las personas entrevistadas.

1.3.3. Población Participante

La población participante de la investigación diagnóstica estuvo representada por las pacientes que asistieron al servicio de ginecología de la de la Caja de Salud de la Banca Privada en el segundo semestre de la gestión 2019 cuyo resultado del examen de Papanicolau dio cuenta de la presencia de CACU, alcanzando a un total de 42 personas.

Las fuentes que se examinaron para la obtención de información del problema abordado fueron: Población asegurada y beneficiaria del que asistieron al servicio de Ginecología de la Banca Privada de la ciudad de La Paz cuya prueba de PAP dio como resultado la presencia de CACU, asimismo se consultaron la historias clínicas de las pacientes con la

finalidad de obtener información complementaria, como también se consultaron documentos estadísticos del INE, de la CSBP, como los informes mensuales, informes anuales.

1.3.4. Técnicas e Instrumentos Utilizados

Las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

- Análisis de contenido
- Entrevista semiestructurada.
- Visitas Domiciliarias

Los Instrumentos que fueron aplicados durante el desarrollo de la investigación diagnóstica, fueron los siguientes;

- Planilla de registro de textos consultados
- Guía de observación
- Cuestionario
- Guía de entrevista

1.4.PROCESO DE LA IMPLEMENTACION DE LA INVESTIGACION DIAGNOSTICA

La elaboración del diagnóstico comprendió momentos metodológicos que se presentan en la siguiente tabla:

TABLA N° 1

MOMENTOS METODOLÓGICOS IMPLEMENTADOS

MOMENTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICAS	RESULTADO
Revisión documental	Rescatar la base teórica que sustentó el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los siguientes documentos: • Constitución Política del Estado Plurinacional. • Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. • Código de Seguridad Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de contenido 	Información acerca del problema abordado

		<ul style="list-style-type: none"> • Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020 Ministerio de Salud. • Reglamento de prestaciones CSBP. • Revisión de datos estadísticos CSBP. 		
Selección de técnicas y elaboración de instrumentos	Diseñar instrumentos y técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener datos que permita la construcción del diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de la guía de observación enfocada a los asegurados titulares y beneficiarios de la CSBP. • Elaboración de la prueba piloto del instrumento para realizar ajustes o modificaciones con carácter previo a su aplicación. • Construcción de la guía de entrevista semiestructurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de contenido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborada la guía de entrevista semi estructurada.
Recolección de datos	Recopilar información sobre la situación de salud que enfrenta la población asistente al policonsultorio, para la caracterización del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de la muestra poblacional • Aplicación de las entrevistas semiestructuradas con los asegurados titulares y beneficiarios de la CSBP 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba piloto aplicada. • Entrevista semiestructurada aplicada a la población seleccionada para el diagnóstico. • Encuestas aplicadas a población determinada.
Procesamiento de la información	Organizar la información obtenida para un análisis e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de la información obtenida. • Codificación de los datos. • Estructuración de la base de datos. • Elaboración de indicadores. • Tabulación de datos. • Elaboración de cuadros estadísticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de contenido, según los datos adquiridos 	<ul style="list-style-type: none"> • Base de datos de asegurados titulares y beneficiarios de la CSBP. • Tablas de frecuencia elaboradas. • Gráficos de datos estadísticos elaborados. • Tablas de información de tipo cualitativo elaboradas.

		<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de gráficos estadísticos. • Análisis e interpretación de los datos. • Tratamiento estadístico de los datos. • Organización y estructuración de información cualitativa. 		
Identificación de problemas	Conocer los problemas que enfrentan las aseguradas titulares y beneficiarias del Policonsultorio CSBP respecto del ejercicio de sus derechos y en particular sobre prevención del CACU.	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de problemas según el carácter social. • Categorización de los resultados. • Identificación de los problemas según la codificación asignada 	• Análisis de contenido en relación a los problemas sociales, económicos, culturales y políticos	• Problemas clasificados
Priorización del problema	Establecer los criterios de análisis para la priorización del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de los criterios para la priorización del problema. • Asignación de valor al problema según: la magnitud, la trascendencia, la viabilidad y la factibilidad • Establecimiento de valores a cada problema • Identificación del problema con mayor valor 	• Análisis de contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz elaborada con los problemas priorizados • Identificado el problema de mayor importancia, magnitud, factibilidad y pertinencia para establecer líneas de acción
Explicación del problema	Delimitar las causas y consecuencias del problema a priorizar	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de una red explicativa del problema identificando las causas y efectos del mismo • Razonar el problema en base a las categorías teóricas 	• Análisis de contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Problema presentado con causas y efectos • Análisis del problema priorizado

Prognosis de la situación	Analizar las consecuencias de la falta de intervención social	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis del levantamiento de información 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de contenido 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimaciones acerca de sucesos previsibles como consecuencia del problema
----------------------------------	---	---	---	---

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

1.5. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

TABLA N° 2

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES UTILIZADOS

Item	Descripción	Fuente de financiamiento
1. Personal	1 docente supervisor académico 2 Trabajadoras Sociales supervisoras institucionales 1 pasante de Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> • UMSA • CSBP • UMSA
2. Equipos	1 computadora 1 cámara fotográfica 1 grabadora reportera Equipo de display (data show)	<ul style="list-style-type: none"> • Pasante de Trabajo Social
3. Material de escritorio	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond tamaño carta • Papel bond tamaño pliego • Lápices, bolígrafos, marcadores, resaltadores, señaladores. • Textos de consulta: Libros, revistas, publicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasante de Trabajo Social. • CSBP
4. Servicios técnicos	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Fotocopias de textos, material educativo (trípticos, bípticos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasante de Trabajo social Social. • CSBP (POA)

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

1.6. LIMITACIONES ENFRENTADAS

El desarrollo de la Investigación Diagnóstica no fue nada sencillo porque el tema abordado constituye un tema inherente a la vida privada de las mujeres en edad fértil pacientes de la Caja de Salud de la Banca Privada Regional La paz, sin embargo la postulante logró generar una empatía con las mismas, situación que permitió la obtención de datos y sobre todo el conocer con mayor profundidad la situación de las mismas.

Otra dificultad superada fue la relacionada con la accesibilidad a la entrevista que en principio no aceptaban por encontrarse con tiempo limitado.

CAPÍTULO II

CONTEXTO DEL DIAGNÓSTICO

2.1. CONTEXTO ESPACIAL: LA CIUDAD DE LA PAZ DISTRITO CENTRO DEL MUNICIPIO DE LA PAZ

El diagnóstico fue realizado en la ciudad de La Paz perteneciente al Distrito Centro y que conforma el macro Distrito Centro, del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, en razón de que la Caja de salud de la banca Privada regional de la Paz se encuentra en este municipio y por ende la población participante de la investigación diagnóstica habita en las diferentes zonas de la ciudad.

2.1.1. Aspectos Fisiográficos de la Ciudad de La Paz

La ciudad de La Paz se encuentra a 3.625 m.s.n.m. Está conformada por un valle a orillas del Río Choqueyapu, rodeada por montañas y cerros que la circundan, ubicación que caracteriza su accidentada topografía. Está expuesta a riesgos como inundaciones, granizadas y deslizamientos.

Su clima es templado de alta montaña con un promedio anual de temperatura de 11,5⁰ centígrados, el mes más frío es julio y el más cálido es noviembre. La estación de primavera en La Paz registra una temperatura máxima promedio de 22 °C y una temperatura mínima promedio de 5°C. En primavera el clima es húmedo y templado, en verano el clima es templado a caliente, por la noche y el amanecer se presenta lluvias. (GAMLP, 2017).

2.1.2. División política del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

Es importante señalar que para fines de tipo administrativos, el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz se encuentra dividido en nueve macro distritos, de los cuales siete son urbanos y dos son rurales, Hampaturi y Zongo

TABLA N° 3

MACRODISTRITO Y DISTRITOS DEL MUNICIPIO DE LA PAZ

MACRODISTRITO Y DISTRITO	BARRIOS CARACTERÍSTICOS
1. Macrodistrito Cotahuma	
Distrito 3	Sopocachi, Cristo Rey, Kantutani
Distrito 4	Pasankeri, Bajo Llojeta, Tembladerani
Distrito 5	Tacagua, Faro Murillo, Nuevo Potosí
Distrito 6	San Pedro Alto y Bajo, Vivienda Obrera
2. Macrodistrito Max Paredes	
Distrito 7	Gran Poder, Los Andes, Chamoco Chico
Distrito 8	El Tejar, Villa Victoria
Distrito 9	Munaypata, La Portada, Bartolina Sisa
Distrito 10	Ciudadela Ferroviara, Pura Pura
3. Macrodistrito Periférica	
Distrito 11	Achachicala, Villa Pabón, Vino Tinto
Distrito 12	Cupilupaca, Alto Miraflores
Distrito 13	Barrios gráfico, Barrio Petrolero, Villa Fátima
4. Macrodistrito San Antonio	
Distrito 14	Valle Hermoso, 24 de Junio, Jachakollo
Distrito 15	Cervecería, Forno, San Antonio
Distrito 16	Pampahasi, Los gráficos, San Juan
Distrito 17	Kupini, San Isidro, Villa Armonía
5. Macrodistrito Sur	
Distrito 18	Achumani, Bolgnia, Meseta, Irpavi (1 y 2), Koani
Distrito 19	Calacoto, Chasquipampa, Ovejuyo, Pedregal, Los Pinos
Distrito 21	Obrajes, Alto y Bajo Seguencoma, Alto Obrajes,
6. Macrodistrito Mallasa	Mallasa
7. Macrodistrito Centro	Centro, San Jorge, San Sebastián, Miraflores
8. Macrodistrito Hampaturi	Rural
Distrito 22	
9. Macrodistrito Zongo	Rural
Distrito 23	Zongo Valle.

Fuente: Elaboración Basada en Datos del Municipio de La Paz 2019

2.1.3. Aspectos Poblacionales

La Paz es la tercera ciudad más poblada después de Santa Cruz y El Alto. Según información proporcionada por la Dirección de Investigación e Información Municipal para el año 2016 la población estimada era de 923.376 habitantes, de los cuales 443.984 eran hombres y 481. 392 mujeres.

La esperanza de vida al nacer era de 69, 2 años; 67 años para los hombres y 71,3 para las mujeres, con una tasa de masculinidad de 95%. Las personas con algún tipo de dificultad permanente alcanzaban al 3%.

(GAMLP, 2017). En el Municipio 63.760 son mujeres jefas de hogar, los hogares con jefas de hogar alcanzan al 25,8%, mientras que los hogares pobres con jefas de hogar llegan al 20%. (Ibid.)

2.1.4. Aspectos Socioculturales

La información actualizada disponible en el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz registra datos socioculturales acerca del municipio. Se la considera en este acápite como una referencia en tanto la ciudad de La Paz constituye el centro urbano más poblado del municipio.

Respecto al idioma, el 98% considera como su idioma materno el castellano, mientras que el aimara es para el 21% y para el 8% otros idiomas; los años de escolaridad de mujeres mayores de 19 años alcanza al promedio de 11 años; la tasa de analfabetismo en mujeres mayores a 19 años fue de 4%. (GAMLP, 2017).

La población pobre según las necesidades básicas insatisfechas alcanzaba al 19% y quienes se consideran pobres llegaba al 30%.

2.2. CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA

Considerando que la problemática abordada no sólo tiene presencia o se manifiesta en nuestra ciudad, fue necesario el abordaje, tanto a nivel nacional y local.

2.2.1. A Nivel Nacional

El cáncer más frecuente en el sexo femenino es el CACU, ocupando el primer lugar entre los cánceres que causan mortalidad y que en los últimos años ataca a las mujeres más jóvenes.

Según el Ministerios de Salud y deportes, el virus del papiloma humano es el que ocasiona el cáncer de cuello uterino el mismo que se transmite durante el contacto sexual, por lo que agregó, que otra forma de prevenir es el uso de métodos de protección como los preservativos.

De acuerdo con datos estadísticos de esta fuente, se puede afirmar que en Bolivia el grupo más propenso a padecer algún tipo de cáncer corresponde al sexo femenino con un 65%. Mientras que un 35% afecta al sexo masculino. Del total de las pacientes diagnosticadas con algún tipo de cáncer en el país, el 24% padece de cérvix, 17% de mama; en el caso de los hombres, el 17% sufre de próstata y el 8% de estómago.

En menor número, también se presentan casos de cáncer en vesícula, ovario, pulmón y finalmente, linfomas.

Por otro lado, el Gobierno nacional aprobó una disposición que concede un día de asueto a las trabajadoras de los sectores público y privado para que se efectúen exámenes de papanicolau y de mamografía con el fin de prevenir el cáncer.

Según el Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009-2015 “*esta enfermedad es la primera causa de muerte de las mujeres adultas en el país con graves consecuencias para las familias y comunidades.* (MSD 2009). Los datos oficiales muestran que en Bolivia las mujeres de entre 25 y 46 años registran las más altas tasas de incidencia (151,4 por 100 mil) y según la OMS el país registra una de las tasas de mortalidad más alarmantes con 4,56 por día. (MSD, 2009, Pág. 19).

Previamente se incluye una referencia acerca de su presencia a nivel global y dos elementos importantes de la patología del CACU: el peligro de su letalidad y la ventajosa propiedad de la posibilidad de prevenirla.

El cáncer de cuello uterino (CACU) es un problema de salud pública mundial, que provoca la defunción de aproximadamente 260 mil personas y afecta a más de 500 mil nuevas mujeres cada año en el mundo (OMS,2007). Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los cánceres, el CACU puede prevenirse mediante programas de tamizaje de fácil acceso y económicos, diseñados para identificar y tratar las lesiones precancerosas. (MSD, 2009, Pág. 15).

Uno de los motivos de su alta incidencia en Bolivia es el limitado acceso a servicios eficaces de prevención y según se admite en el diagnóstico de la situación "la lucha contra esta enfermedad desde hace más de treinta años ha tenido resultados poco satisfactorios".

La distribución del CACU es diferenciada en el país. Los departamentos de Potosí y Oruro son los más afectados por esta patología, con tasas de incidencia de 93,5 y 60,9 por cada 100 mil mujeres respectivamente. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) sobre muestras citológicas de las ciudades de La Paz y El Alto advierte que la enfermedad es cada vez más frecuente en mujeres jóvenes de entre 25 y 40 años. Según la investigación, "la edad media de lesiones de bajo grado era de 25 años, 28 años para las lesiones de alto grado y 38 años para los carcinomas in situ. El estudio concluye que la incidencia del CACU es cada vez más frecuente en personas jóvenes y de menor edad. . (MSD, 2009, Pág. 19).

Respecto a evidencias acerca de su manifestación en el país, *Bolivia tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo. Según estimaciones de la OMS, entre 4 y 5 mujeres mueren al día por Cáncer de Cuello Uterino. (Ibid.).*

A nivel de la región y en comparación a los demás países:

Bolivia tiene la tasa de mortalidad por CACU más alta de América (26,3 por cada 100 mil mujeres) y la segunda tasa de incidencia (56,55 por cada 100 mil mujeres). El CACU es la enfermedad más frecuente en las mujeres de 25 a 64 años de edad en el país, con una tasa de incidencia de 151,4 por cada 100 mil mujeres en este grupo de edad. (Ibid., Pág. 17).

2.2.2. A Nivel Local

El cáncer de cuello uterino en la ciudad de La Paz, es un problema álgido por los altos índices de casos que se presentan en mujeres de diferentes estratos sociales y por la falta de medios de tratamiento para la población infectada de por el virus VPH es la ITS más frecuente, estudios transversales identifican a más de un 51% de mujeres y varones en

actividad sexual como portadores asintomáticos del VPH. El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) estima que al menos la mitad de todas las personas sexualmente activas adquieren el VPH en algún momento de sus vidas, mientras que al menos el 80% de las mujeres adquieren una infección por VPH a los 50 años. (Neoplasticas, 2019).

El cáncer cervical es la segunda causa de muerte por cáncer femenino en el departamento La Paz es la primera causa de muerte en mujeres jóvenes (35 a 50 años) mayoría madres de 2 o más hijos menores de edad, con las consecuencias sociales que eso implica y tenemos la mayor incidencia, este cáncer ha sido demostrado de ser el más prevenible y tratable en etapa inicial siempre y cuando se sigan el tratamiento respectivo.

TABLA N° 4

LA DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION FEMENINA EN LA CIUDAD DE LA PAZ ES:

Distribución Porcentual en la Ciudad de La Paz		
Resultado	N°	%
VPH positivo	69	12.92
VPH negativo	438	82.02
No detectable	27	5.06
Total	534	100

Fuente: Elaboración Basada en Datos del Centro de Enfermedades Neoplasticas Onco Vida La Paz 2019

TABLA N° 5

LA PREVALENCIA DE INFECCION POR VPH A NIVEL MUNDIAL, LATINOAMERICA Y LA CIUDAD DE LA PAZ ES

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VPH		
Lugar	VPH +	VPH %
Mundial	0.13	3.2
Latinoamérica	0.16	3.56
La Paz	0.1292	3

Fuente: Elaboración Basada en Datos del Centro de Enfermedades Neoplasticas Onco Vida La Paz 2019

La tabla 5 muestra los datos los cuales son comparados con porcentajes epidemiológicos tanto a nivel mundial, a nivel latinoamericano y en la Ciudad de La Paz. Esto nos ayuda a identificar en mujeres la infección

persistente por virus de VPH y así determinar una condición de riesgo con la tendencia a desarrollar pre cáncer de cuello uterino.

Para la Ciudad de La Paz la prevención del cáncer de cuello uterino es asociada con el Papanicolaou, como una estrategia para una mejor atención a pacientes y el consiguiente mejoramiento de la calidad de atención en cuanto a los servicios prestados por la especialidad de Ginecología.

2.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.3.1. Antecedentes Históricos

La Caja de Salud de la Banca Privada, ente Gestor de Prestaciones de Salud en el Sistema de Seguridad Social Boliviano, tiene sus orígenes en los Fondos para Empleados Bancarios, que fueron creados por Ley del 7 de diciembre de 1926, otorgándoseles institucionalidad mediante el Decreto Supremo No. 09543 de enero de 1971, que administraban los Seguros a Largo y Corto Plazo. (CSBP, Memoria Institucional 2018, Pág. 10).

El Decreto Supremo No. 21637 de junio de 1987, crea la Caja Bancaria de Salud, que dio origen a la Caja Bancaria Estatal y a la Caja de Salud de la Banca Privada, esta última para brindar atención en salud a los trabajadores del sector bancario y financiero privado.

En enero de 1988, se inicia la atención médica en la ciudad de La Paz y en las capitales de cada departamento excepto Pando, mediante la modalidad de compra de servicios médicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, instaurando una novedosa forma de administración, que le dio mayor eficiencia y eficacia a la atención de los asegurados.

La Caja de Salud de la Banca Privada, al inicio de sus actividades, contaba con una población afiliada de 10.200 asegurados en todo el país, con un presupuesto de Bs. 148.259,00 de los cuales el 1% se destinaban al IBSS (Instituto Boliviano de Seguridad Social), el 10% a gastos de administración y una suma de Bs. 131.951,00 para los servicios de salud.

Conforme al D.S. 21637, el Directorio de la CSBP estuvo constituido por la representación laboral, patronal y estatal. Ante hechos reñidos con las normas, de parte de algunos representantes estatales que pusieron en peligro la CSBP, la Confederación Sindical de Trabajadores Bancarios y Ramas Afines (CONSTBRA), la Federación Nacional de Trabajadores Jubilados de la Banca Privada (FNJBP) y a la Asociación de Bancos Privados de Bolivia (ASOBAN) con la participación del IBSS y el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, conforman una Comisión Interinstitucional, que logra la emisión de la Resolución del IBSS N° 03-028/93 de Agosto de 1993, que modifica la composición del Directorio, excluyendo a la Representación Estatal, disponiendo que el Directorio de la CSBP esté conformado por cuatro Representantes Laborales (dos activos y dos pasivos) y cuatro Representantes de la Asociación de Bancos Privados de Bolivia (ASOBAN), otorgando de esta manera, representación a quienes realmente tienen interés y directa responsabilidad por ser aportantes y usuarios del servicio.

La mencionada Resolución establece también que la Presidencia del Directorio de la CSBP sea rotativa cada dos años, entre la representación laboral y patronal. Esta Resolución fue homologada por Resolución Ministerial N° 735 de fecha 5 de agosto de 1993 del Ministerio de Previsión Social, Salud y Deportes. (CSBP, Memoria Institucional 2018, Pág. 10).

En cumplimiento a la mencionada Resolución, el Sr. Pedro Rodríguez Peñaranda, fue elegido presidente de Directorio, siendo el primer Representante Laboral del país, nombrado presidente de un Ente Gestor de Salud del Sistema de Seguridad Social. Este Directorio, con los legítimos representantes del Sector Patronal y Laboral, institucionalizó y consolidó el funcionamiento y organización de CSBP, velando por que los recursos económicos aportados por las empresas afiliadas sean administrados de la manera más transparente en la prestación de servicios de salud.

A través de una dirección y administración profesional se ha consolidado una base patrimonial estable, que ahora es capaz de proyectar a futuro la

excelencia en prestaciones de salud de Seguridad Social a Corto Plazo, para beneficio del trabajador del sistema financiero. Estos logros se alcanzaron sin intervención estatal. Su gestión estuvo bajo la fiscalización del IBSS y posteriormente INASES, ahora ASUSS.

La institución cuenta con más de 32 años de vida y experiencia, está compuesta por ocho oficinas regionales distribuidas en nueve Departamentos del país. En las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, se encuentran las Administraciones Regionales y en las ciudades de Oruro, Potosí, Sucre, Tarija y Trinidad, las Agencias Regionales; la ciudad de Cobija actualmente cuenta con una Coordinación Administrativa y Médica.

La Caja de Salud de la Banca Privada es una institución sólida que atiende a Diciembre de 2018 atiende a una población asegurada y beneficiaria de 104.241 afiliados a nivel nacional, de los cuales 39.528 son del área urbana y 945 de área rural, representando a 40.473 afiliados que pertenecen a la regional La Paz. (CSBP, rendición de cuentas 2018, Pág. 24).

2.3.2. Tipo de institución

La Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) es una institución privada, ya que responde al sector bancario, financiero privado y ramas afines, misma que se rige a la Seguridad Social Boliviana en cuanto a las prestaciones médicas.

2.3.3. Misión

“Ser una institución de excelencia en la prestación de servicios integrales de salud” (Privada, Plan Estrategico Institucional, 2016).

La excelencia en el área de salud está dada por la satisfacción de nuestros asegurados con todos los servicios, sobre todo en las áreas de prevención, curación y rehabilitación de la salud, por esa razón se hace mención a los servicios integrales de salud.

2.3.4. Visión

“Proteger la salud de nuestra población asegurada, con calidad humana, profesional y tecnológica, contribuyendo a mejorar su bienestar”. (Privada, Plan Estrategico Institucional, 2016).

Para proteger la salud de la población asegurada, apuntamos a que nuestros recursos humanos (médicos, paramédicos y administrativos), ofrezcan un servicio con alta calidad humana y profesional, con un trato cálido, que provoque en el asegurado, no sólo la sensación, sino la vivencia real de haber recibido una atención profesional y oportuna, traducida en capacidad resolutive que deberá estar acompañada del apoyo y uso adecuado de la más avanzada tecnología.

2.3.5. Valores

Según el Plan Estratégico Institucional los valores que guían su accionar son los siguientes: (Privada, Plan Estrategico Institucional, 2016)

- Honestidad, por la que se actúa con rectitud y probidad en todo momento
- Ética, por la que nuestra conducta se ciñe a principios éticos, la misma que se debe intachable
- Respeto, por el que se brinda y se exige un trato digno, considerando y amable a todas las personas
- Empatía, por la que nos ponemos en el lugar de la otra persona en todo momento
- Solidaridad, por la que en la CSBP nos colaboramos mutuamente, trabajando por igual y fraternalmente
- Lealtad, por la que se observa fidelidad al trabajo, a la organización y a los compañeros de trabajo en el marco de la legalidad

2.3.6. Principios de la Institución

Según el Plan Estratégico Institucional los principios que guían su accionar son los siguientes: (Privada, Plan Estrategico Institucional, 2016).

- Profesionalismo, porque tenemos que generar capacidad efectiva de cumplir con las tareas al más alto nivel profesional.

- Oportunidad, porque nuestra atención debe responder en tiempo y espacio a las necesidades de los afiliados.
- Legalidad, porque trabajamos en cumplimiento de las leyes vigentes.
- Calidad del Servicio, porque brindamos servicios acordes a la necesidad de los afiliados, con profesionalidad, seguridad, racionalidad, oportunidad y calidez, ya que debemos tener presente en todo momento que tratamos con seres humanos.
- Sostenibilidad, porque aseguramos el equilibrio entre la calidad de la atención y el costo del servicio, propiciando así la estabilidad institucional en el tiempo.
- Equidad, porque otorgamos el servicio sin ningún tipo de discriminación y en igualdad de condiciones.
- Vocación de Servicio, porque comprendemos la principal actividad que realiza la institución, y por ello se tiene una actitud de entrega y dedicación en el trabajo.
- Transparencia, porque damos cumplimiento permanente a la aplicación de las políticas institucionales, de la normativa en vigencia y de los valores adoptados.
- Integralidad, porque trabajamos en todo momento con la misma responsabilidad, rectitud y apego al deber y a los valores asumidos.

2.3.7. Marco Normativo de la institución CSBP

La institución se rige por la siguiente normativa:

- Reglamento de prestaciones de Salud, Caja de Salud de la Banca Privada

Artículo 1° Objeto

El objeto del presente reglamento es normar las prestaciones médicas y odontológicas en especie y en dinero otorgadas por la Caja de Salud de la Banca Privada CSBP, a sus asegurados y beneficiarios.

Artículo 2° Campo de Aplicación

Están sujetos al campo de aplicación del presente reglamento, todos los trabajadores(as), que tienen relación obrero patronal, excepto los que

ejecutan trabajos ocasionales extraños a la actividad ordinaria del empleador, siempre que su duración no exceda los quince días.

- Reglamento de administraciones de bienes, obras y servicios (RABOS)
- Norma Técnica para el manejo del Expediente Clínico
- Modelo de atención
- Manual de introducción SAMI
- Guía de recepción de la Caja de Salud de la Banca Privada
- Guía de embalaje institucional
- Buenas prácticas de almacenamiento

2.3.8. Programas de la Institución CSBP

La Caja de Salud de la Banca Privada CSBP en el marco del cumplimiento de su Plan Estratégico Institucional 2017 - 2020, brinda un servicio de calidad y calidez en salud al conglomerado de sus asegurados de la presente gestión, para ello teniendo como estrategia mejorar la calidad de los servicios que ofrece a sus asegurados como también mejorar la salud de la población. Esto se promueve por medio de la implementación de la medicina preventiva teniendo como prioridad en contribuir a mejorar las condiciones y calidad, evitando daños ante la presencia de enfermedades, se brinda los siguientes programas:

- Programa Niño Sano
- Programa Salud de la Mujer
- Programa Salud del Trabajador
- Programa Salud del Adulto Mayor

a) Programa Niño Sano

El programa niño sano tiene como prioridad brindar atención integral al menor de cinco años ya que representa a un grupo vulnerable, donde se exige la oportuna detección de enfermedades, y así promover la adecuada nutrición de los niños y niñas como también realizando el respectivo seguimiento en las vacunas, en el desarrollo psicomotor y afectivo de cada uno de ellos.

Haciendo énfasis en las siguientes enfermedades:

- Hipotiroidismo Neonatal Congénito (HNC)
- Displasia de Desarrollo de Cadera (DDC)
- Enfermedades prevenibles por la Vacunación
- Enfermedad renal crónica
- Estado Nutricional
- Salud Oral – control odontológico

b) Programa Salud de la Mujer

El Programa salud de la mujer, prioriza la prevención de las enfermedades, motivo por el cual se desarrollan actividades preventivas de carácter primario y secundario, teniendo como resultado la promoción de nuevos estilos de vida saludables y así mismos controles médicos periódicos a fin de evitar la progresión de la enfermedad.

Haciendo énfasis en actividades preventivas en los subprogramas de mujer gestante y subprograma de mujer no gestante. Cabe aclarar que el subprograma de mujer gestante se enfoca en:

- Control prenatal
- Estado nutricional
- Detección de VIH/SIDA
- Control odontológico

Como también el subprograma de mujer no gestante hace énfasis en la detección de:

- Cáncer de Cuello Uterino CACU
- Cáncer de Mama

c) Programa Salud del Trabajador

El programa salud del trabajador, hace énfasis en la prevención y promoción de enfermedades con el propósito de identificar factores de riesgo, la detección temprana de patologías crónicas para así disminuir la prevalencia de enfermedades.

Las actividades preventivas se enfocan en:

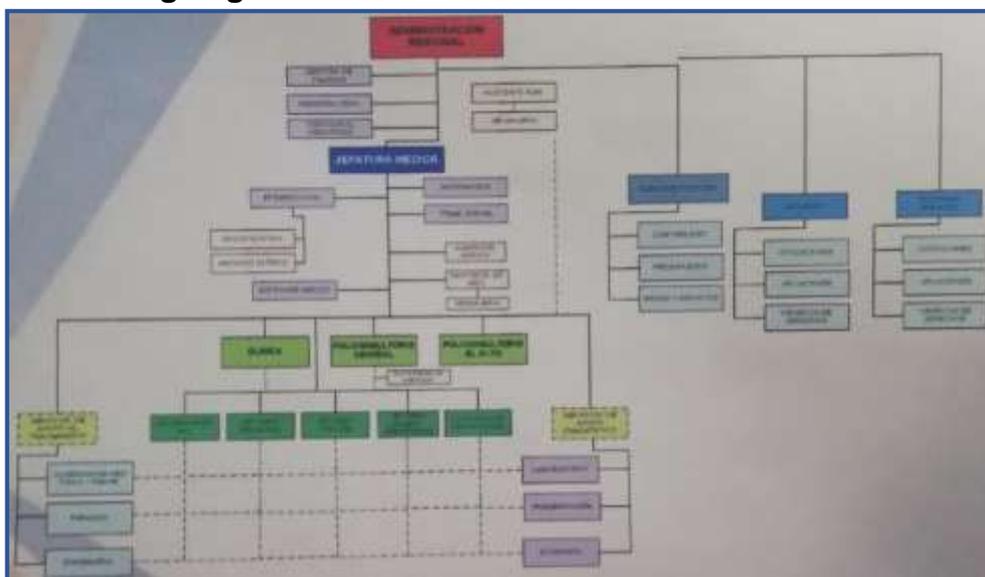
- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de próstata
- Enfermedad renal crónica
- Estado nutricional

d) Programa Salud del Adulto Mayor

El programa del adulto mayor tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de la población Adulta Mayor a través de la vigilancia permanente de su salud, mediante la oferta de prestaciones orientadas a prevenir, detectar, controlar y tratar oportunamente enfermedades prevalentes de la edad. En este sentido se realiza controles preventivos en:

- Cáncer de Mama
- Cáncer de Cuello Uterino
- Cáncer de Próstata
- Enfermedad Renal Crónico
- Estado Nutricional

2.3.9. Organigrama



Fuente: Elaboración Basada en Datos del Centro de Enfermedades Neoplásticas Onco Vida La Paz 2019

2.4. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

2.4.1. Objetivo

Prestar servicios de asesoramiento, orientación e información con eficiencia y eficacia de manera oportuna a los asegurados y beneficiarios

de la Caja de Salud de la Banca Privada en el marco de las políticas institucionales y normatividad vigente en materia de Seguridad Social, coadyuvando en la atención integral para la recuperación de su estado de salud.

2.4.2. Funciones de la unidad de Trabajo Social

TABLA N° 6

FUNCIONES INSTITUCIONALES EN RELACION CON FUNCIONES DEL PERFIL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Funciones Profesionales de Trabajo Social	Funciones Institucionales de Trabajo Social
Asistencia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar y precautelar la confidencialidad en la coordinación e intervención social • Implementar la ficha social y otros registros para el desempeño profesional • Cumplir otras funciones inherentes al cargo que le sean asignadas
Investigación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar y realizar valoración socio económica en trámites que deben ser considerados en la Comisión Nacional de Prestaciones y la Comisión Regional de Prestaciones. • Entrevistar a los asegurados, beneficiarios y familiares, buscando alternativas de solución para las dificultades que deriven de la enfermedad, de las causas o efectos que ocasionan en el ámbito familiar y social. • Efectuar el seguimiento de caso en el área administrativa y de salud. • Programar visitas a los pacientes con el objetivo de brindar apoyo y orientación social conociendo sus necesidades e inquietudes de estos. • Supervisar la calidad y oportunidad de la prestación médica otorgada al paciente e informar al Jefe Médico Regional, Supervisor de Hospitalización y otras áreas intervinientes. • Realizar seguimiento a los asegurados y o beneficiarios que tienen mayor demanda de consultas en coordinación con Jefatura Médica, y proponer alternativas de solución.
Gestión Social	<ul style="list-style-type: none"> • Planificar, organizar, dirigir y controlar actividades de Trabajo Social con relación a políticas y objetivos institucionales en el ámbito de la Administración Regional. • Coordinar con las empresas afiliadas, a través de un Trabajo Social dirigido a la búsqueda de

	<p>alternativas de solución de problemas que se originan o repercuten en el ámbito laboral, afectando la situación o estado de salud del asegurado, intervención que debe realizarse con consentimiento del asegurado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar informes de índole social y otros documentos propios de la especialidad. • Proponer alternativas para el mejoramiento de procedimientos de la unidad de Trabajo Social. • Formar parte de los equipos de trabajo institucional, donde la participación del Trabajador Social sea requerida y contribuya al logro de objetivos trazados. • Participar en el equipo médico responsable del tratamiento del paciente y de su seguimiento en los casos que así se establezca. • Coordinar intra y extra institucionalmente en casos de pago de renta jubilatoria en hospitalización.
Educación Social	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al asegurado, titular y a los beneficiarios respecto al contenido del Código de Seguridad Social, Reglamento de Procedimiento de Cotizaciones, Afiliación y Prestaciones sobre sus derechos y obligaciones, especialmente de aquellos aspectos que son de su competencia profesional. • Explicar al paciente y a la familia los efectos sociales del diagnóstico y pronóstico médico en coordinación con el médico tratante.
Promoción Social	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y orientar a los asegurados y/o familiares en caso de transferencia de una regional a otra.
Organización Social	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir y hacer cumplir el Código de Seguridad Social, Estatuto Orgánico, Reglamento Interno, Reglamento específico de procedimientos, Cotizaciones, Afiliaciones y de Prestaciones y otras disposiciones internas. • Asegurar el cumplimiento de los métodos de trabajo diseñados por la oficina Nacional. • Coordinar con las diferentes áreas administrativas y de atención médica intra y extra institucionalmente para la atención oportuna de asegurados y/o beneficiarios en trámites y requerimientos específicos.

Fuente: Manual de Cargos Unidad de Trabajo Social – Aportes "Trabajo Social una Construcción Social"

2.4.3. Normas o Disposiciones legales que tiene que cumplir

- Código de Seguridad Social, su Reglamento y Disposiciones conexas
- Reglamento Específico de Procedimientos de Cotización, Afiliación y Prestaciones de la C.S.B.P.

- Reglamento de Administración de Bienes, Obras y Servicios
- Ley General del Trabajo
- Código de Ética Institucional
- Reglamento Interno del Personal

2.4.4. Responsabilidad por recursos

- Controlar y cuidar debidamente el uso de los activos asignados
- Uso apropiado del monto asignado por concepto de movilidad en los casos de investigación de campo
- Cumplir con las normas vigentes de la organización
- Uso apropiado del material de escritorio
- Resguardo de toda la documentación de la sección

2.4.5. Niveles de Coordinación

El nivel de coordinación es con todas las áreas, ya que es referencia de todo el poli consultorio de la CSBP

2.4.6. Competencias generales

El área de Trabajo Social realiza seguimientos de los beneficiarios titulares y beneficiarios.

2.4.7. Actividades

- Controlar y cuidar debidamente el uso de los activos asignados.
- Uso apropiado del monto asignado por concepto de movilidad en los casos de investigación de campo.
- Cumplir con las normas vigentes de la organización.
- Uso apropiado del material de escritorio
- Resguardo de toda la documentación de la sección

2.5. CONTEXTO JURIDICO

2.5.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

Artículo 18:

Todas las personas tienen derecho a la salud.

El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

SECCIÓN II - Derecho a la salud y a la Seguridad Social

Artículo 35

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos.
- II. El sistema de salud es
- III. único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36

- I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37

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 priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38

- I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
- II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39

- I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo

de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

- II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41

El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.

El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42

Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

- I. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- II. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43

La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44

- I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

- II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Artículo 45

- I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a la seguridad social con carácter gratuito.
- II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.
- III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.
- IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.
- V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.

2.5.2. Reglamento del Código de Seguridad Social

Artículo 1°

La Seguridad Social tiene por objeto proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de 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.

Artículo 2°

La aplicación de las normas de Seguridad Social se efectuará de acuerdo al Código y a este Reglamento que estatuyen los regímenes del Seguro Social Obligatorio, de las Asignaciones Familiares y de la Vivienda Popular,

que tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en su campo de aplicación.

Artículo 3°

El Seguro Social Obligatorio tiene por objeto proteger a los asegurados. Provee prestaciones en especie a los trabajadores y sus familiares en casos de enfermedad, maternidad o accidentes no profesionales:

- Prestaciones en especie solamente a los trabajadores en casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional
- Prestaciones en dinero solamente a los trabajadores en casos de enfermedad, maternidad, accidentes no profesionales, riesgos profesionales, invalidez y vejez
- Prestaciones en dinero a los derecho - habientes de los trabajadores fallecidos por cualquier causa
- Prestaciones para funerales en caso de muerte por cualquier causa de un trabajador y de su cónyuge o conviviente.

Artículo 4°

Las Asignaciones Familiares comprenden:

- El subsidio prefamiliar
- El subsidio matrimonial
- Los gastos de celebración del matrimonio civil
- El subsidio de natalidad
- El subsidio de lactancia
- El subsidio familiar
- El subsidio de sepelio

2.5.3. Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020 Ministerio de Salud

El Vivir Bien es un concepto milenario sustentado por las cosmovisiones de los pueblos indígenas originarios, fuertemente vinculado al respeto de la naturaleza y a un modo de realización humana desde una vivencia holística y comunitaria.

La filosofía ancestral del Vivir Bien ha sido retomada en las políticas nacionales de desarrollo principalmente a partir del año 2006, y constituye

el fundamento del Plan General de Desarrollo Económico y Social 2016 - 2020. En él, se define el Vivir Bien como el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos”. En la que se analiza la contribución del Ministerio de Salud a las dimensiones del Vivir Bien establecidas por el Ministerio de Planificación del Desarrollo.

Para el Ministerio de Salud en el marco del Plan de Desarrollo Económico Social, es una prioridad el derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los Servicios de Salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural.

2.5.4. Plan Nacional de Prevención Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009 – 2015

En este sentido, la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI se constituye en la estrategia para lograr el derecho a vivir bien de las personas, las familias y las comunidades de nuestro país; bajo la premisa de “Movilizados por el derecho a la salud y la vida para vivir bien” se plantea el fortalecimiento del componente estratégico de cáncer de cuello uterino, con el objetivo fundamental de contribuir a reducir la morbi-mortalidad de la mujer boliviana por esta patología.

El Ministerio de Salud y Deportes MSD, presenta el Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009 – 2015, como un instrumento marco de orientación para las decisiones operativas de todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con las organizaciones sociales, comunitarias que comparten la necesidad y las aspiraciones de reducir la mortalidad y morbilidad por esta patología.

FIGURA N° 1



Fuente: Plan Nacional de Desarrollo Sectorial 2006 – 2010

2.5.5. Decreto Supremo N° 1496

En fecha 20 de febrero de 2013, con la finalidad de disminuir la morbi - mortalidad en mujeres, protegiendo la salud de servidoras públicas y trabajadoras.

Artículo 1°

El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la aplicación de la Ley N° 252, de 3 de julio de 2012, que establece la tolerancia de un (1) día hábil al año para las servidoras públicas y trabajadoras que se sometan al examen médico de Papanicolaou y/o mamografía.

Artículo 2°

El día de tolerancia será coordinado entre la servidora pública o trabajadora y el empleador, siendo fraccionado en dos (2) medias jornadas de la siguiente forma:

- Media jornada laboral para la realización de la prueba de Papanicolaou y si corresponde la obtención de orden del examen de Mamografía.
- Media jornada para conocer los resultados médicos de la prueba de Papanicolaou, en conformidad a normas y protocolos de atención vigente.

2.5.6. Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud y Deportes

Publicado en fecha 06 de marzo del 2017 que establece principios generales que reglamente los servicios médicos en los establecimientos de Salud.

Artículo 1°

El presente Reglamento tiene como objeto regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL; así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud, en adelante SIS, en atención a las necesidades de salud de la población.

Artículo 2°

Los Hospitales Públicos son instituciones de salud adscritas al MINSAL; proporcionan servicios de salud de forma gratuita, tanto de emergencia, urgencia, ambulatorios y hospitalización; los hospitales de segundo nivel, dependen jerárquicamente de la Dirección Nacional de Hospitales de segundo nivel de atención, mientras que los hospitales de tercer nivel o de referencia nacional directamente del Viceministerio de Servicios de salud, a través de la Coordinación de Redes Complejas.

Para la ejecución presupuestaria, se coordinarán con la Unidad Financiera Institucional del Nivel Superior.

Artículo 3°

Los Hospitales forman parte a nivel territorial de las Redes Integrales e Integradas de Salud, en adelante RIIS. Brindan atención médica especializada, con la más alta calidad y el empleo racional de los recursos, funcionando dentro de las RIIS bajo la Estrategia de Atención Primaria en Salud Integral, en adelante APSI, integrando en su atención la promoción de la salud, lo preventivo, curativo y la rehabilitación de forma ininterrumpida a usuarios internados y ambulatorios provenientes del área de responsabilidad del que se coordina con las respectivas RIIS, y con otras instituciones del SIS, en la protección de la salud de su población.

2.5.7. Ley N° 475 Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia

En fecha 30 de diciembre de 2013, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población.

Artículo 1° Objeto

La presente Ley tiene por objeto:

- Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
- Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

Artículo 2° Principios

Los principios que rigen la presente Ley son los siguientes:

- Integralidad
- Intraculturalidad
- Interculturalidad
- Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad.
- Oportunidad

Artículo 3° Definiciones

En el ámbito de aplicación de la presente Ley, se entiende por:

- Protección Financiera en Salud
- Gasto de Bolsillo en Salud
- Gasto Catastrófico en Salud
- Atención Integral de Salud
- Tecnología Sanitaria
- Equipo Móvil de Salud
- Atenciones de Salud Sexual y Reproductiva

Artículo 4° Ámbito de Aplicación

La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y los subsectores de salud público, de

la seguridad social de corto plazo y privado bajo convenio y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

Este capítulo está destinado a presentar elementos teóricos y conceptuales que contribuirán a fortalecer los argumentos en los que se basan los planteamientos que comprenden tanto los antecedentes como la propuesta conductora del que hacer para el Trabajo Social.

El contenido comprende: un primer acápite referido a la noción de género y sus derivaciones: conceptos de género, enfoque de género, perspectiva de género, igualdad de género. Su inserción se justifica, en tanto la patología a la que refiere la trama del diagnóstico y su propuesta de acción tiene que ver con pacientes del sexo femenino.

Se seleccionaron definiciones y conceptos de organismos internacionales dependientes de Naciones Unidas, de empleo habitual en instituciones públicas y privadas, de cuyas formulaciones y acuerdos Bolivia es signataria. En este mismo acápite se introducen estos y otros conceptos relativos a la problemática de la mujer y cuya autoría pertenecen a Marcela Lagarde, etnóloga que desde hace 40 años ha producido numerosos textos sobre la temática.

Un segundo acápite se refiere a los conceptos que rigen en el campo de la medicina como es el cáncer cérvico uterino (CACU), objeto de la centralidad de problemas de salud – enfermedad.

Finalmente, en el tercer acápite se aclaran definiciones sobre el Trabajo Social, funciones y espacios de intervención, dentro de las cuales se incluyen elementos instrumentales de información/educación/capacitación.

3.1. ACERCA DE LA NOCIÓN DE ENFOQUE DE GÉNERO

Con carácter previo a la exposición de los conceptos, será importante distinguir la diferencia entre *sexo* y *género* y la que existe entre *enfoque* y *perspectiva*.

3.1.1. Diferencia entre sexo y género

Con carácter previo a la exposición de los conceptos, será importante distinguir la diferencia entre *sexo* y *género*. *El sexo se refiere a las características biológicas que, entre otras, son comunes a todas las sociedades y culturas.* (FAO, 1998, s/p). Mientras que *género* es conceptualizado en los términos siguientes:

Debe aceptarse que género es una categoría relacional que identifica roles socialmente construidos y relaciones entre hombres y mujeres. Ser hombre y mujer son procesos de aprendizaje surgidos de patrones socialmente establecidos, y fortalecidos a través de normas, pero también a través de coerción. Los roles de género se modifican en el tiempo reflejando cambios en las estructuras de poder y en la normativa de los sistemas sociales. (Bueno y Valle, 2006, Pág. 7).

Marcela Lagarde señala que:

El género es una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo. Se trata de características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales. El género implica:

- *Las actividades y las creaciones del sujeto, el hacer del sujeto en el mundo.*
- *La intelectualidad y la afectividad, los lenguajes, las concepciones, los valores, el imaginario y las fantasías, el deseo del sujeto, la subjetividad del sujeto.*
- *La identidad del sujeto o autoidentidad en tanto ser de género: percepción de sí, de su corporalidad, de sus acciones, sentido del Yo, sentido de pertenencia, de semejanza, de diferencia, de unicidad, estado de la existencia en el mundo.*

- *Los bienes del sujeto: materiales y simbólicos, recursos vitales, espacio y lugar en el mundo.*
- *El poder del sujeto (capacidad para vivir, relación con otros, posición jerárquica: prestigio y estatus), condición política, estado de las relaciones de poder del sujeto, oportunidades.*
- *El sentido de la vida y los límites del sujeto. (Lagarde M., 1996, Pp. 13 – 38).*

3.1.2. Precisiones acerca de enfoque y perspectiva

En tanto la bibliografía se refiere unas veces a *enfoque* y otras a *perspectiva* se introduce esta diferenciación: *Ahora bien, el concepto perspectiva remite a un cierto modo de mirar desde la distancia, por lo tanto, la diferencia entre enfoque y perspectiva es de grado, es decir, el enfoque es particular y la perspectiva es global.* (Luna, 2010, Pág. 59).

3.1.3. Conceptualizaciones acerca de enfoque de género

Una fuente importante de referencia teórica se considera que es la Organización de Naciones Unidas, que en el momento acoge a 192 países proponiéndose *tomar medidas sobre los problemas que enfrenta la humanidad en el siglo XXI* a partir de sus propósitos entre los que se encuentra el *estimular el respeto a los derechos humanos*; así como ejercer funciones de promoción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el 5ºto de los cuales se refiere a alcanzar la igualdad de género. (UNHCR ACNUR, 2017, Pp. 1 -4). Fines que cumple a través de sus agencias especializadas en salud, infancia, trabajo, población, entre otras. En este marco se han recuperado los siguientes conceptos:

El enfoque de género es una forma de mirar la realidad identificando los roles y las tareas que realizan las mujeres y los hombres en una sociedad, así como las asimetrías, relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellas y ellos. Permite conocer y explicar las causas que las producen y con ello, formular medidas (políticas, mecanismos, acciones

afirmativas, normas, etc.) que contribuyan a superar las brechas sociales producidas por la desigualdad de género. (FAO; 2019, Pág.23).

Para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo:

El enfoque de género es una herramienta analítica y metodológica que posee una dimensión política, en tanto busca la construcción de relaciones de género equitativas y justas y reconoce la existencia de otras discriminaciones y desigualdades derivadas del origen étnico, social, orientación sexual, identidad de género, edad, entre otros. Desde una perspectiva de cambio, el enfoque de género incide en la formulación de políticas públicas y en la gestión de las mismas, ya que incorpora las necesidades específicas de mujeres y hombres en todo el ciclo de las políticas, favoreciendo una gestión pública eficiente y eficaz orientada a la igualdad social y de género. (PNUD, 2012, Pág. 4)

Entre las definiciones de los organismos internacionales se incluye la de UNICEF que se refiere a la perspectiva de género conceptualizándola en los términos que se mencionan a continuación:

La perspectiva o visión de género es una categoría analítica que toma los estudios que surgen desde las diferentes vertientes académicas de los feminismos para, desde esa plataforma teórica, cuestionar los estereotipos y elaborar nuevos contenidos que permitan incidir en el imaginario colectivo de una sociedad al servicio de la igualdad y la equidad. La perspectiva de género es una opción política para develar la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres en relación a los varones. Pero también es una perspectiva que permite ver y denunciar los modos de construir y pensar las identidades sexuales desde una concepción de heterosexualidad normativa y obligatoria que excluye". (UNICEF, 2017, Pág. 14)

UNICEF también la define como opción política para develar la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres en relación a los varones,

permitiendo también ver y denunciar los modos de construir y pensar las identidades sexuales desde una concepción de heterosexualidad normativa y obligatoria que excluye. Menciona, asimismo que el enfoque de género permite reconocer que históricamente, las mujeres han tenido oportunidades desiguales en el acceso a la educación, la justicia y la salud, y aún hoy con mejores condiciones, según la región en la que habiten, sus posibilidades de desarrollo siguen siendo desparejas e inequitativas. (Ibid.).

La bibliografía recoge, en este documento, otras nociones relativas a la categoría género, entre las que se incluyen igualdad de género y equidad de género. Desde la Organización Mundial de la Salud se hace referencia a la *igualdad de género*:

La Igualdad de Género es la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios, mientras la Equidad de Género: refiere a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres mujeres. El concepto reconoce que hombre y mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir los desequilibrios entre los sexos. (OMS, 2014, Pág. 11)

La CEPAL Comisión Económica para América Latina y El Caribe se refiere a estas categorías en los siguientes términos:

Equidad de Género está asociada a la consideración de la diversidad de experiencias de las mujeres y de los distintos grupos sociales, en términos de inserción en la estructura social, pertenencia étnica, diferencias etarias y condiciones de vida. Es prioritario el vínculo indisoluble entre a la equidad social y de género con el respeto y ejercicio de los derechos humanos de mujeres y hombres. Avanzar hacia la Igualdad de Género requiere de la redistribución de la riqueza, el poder y el tiempo. (CEPAL, 2004, s. p.).

Finalmente, se incorpora el concepto de enfoque de salud pública basado en el género, cuya autoría corresponde a la OMS (Organización Mundial de la Salud):

El enfoque de salud pública basado en el género parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. (...) sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia. (OMS, 2007, Pp. 2).

Diferentes elaboraciones, referidas a género, además de la que corresponde a UNICEF, aluden a las condiciones de inequidad en lo que respecta a educación, trabajo, salud, etc., de las mujeres frente a los hombres, por lo que recomiendan incidir en la equidad y la igualdad según se trate del tema o de las políticas públicas e institucionales.

Una de las producciones conceptuales más conocidas y debatidas acerca de feminismo y perspectiva de género es la que corresponde a Marcela Lagarde¹.

Para esta autora el feminismo se define:

Como un movimiento transformador que pone en el centro los derechos humanos, que quiere construir un tipo de sociedad en la que hacer vivible la vida, edificar unas relaciones de convivencia de mujeres y hombres sin supremacía ni opresión. Dicho de otro modo, se trata de una revolución radical, porque pretende trastocar el orden del mundo patriarcal, derribar sus estructuras, dismantelar sus relaciones jerárquicas y construir un nicho

¹ María Marcela Lagarde y de los Ríos, nacida en México, académica, antropóloga e investigadora, representante del feminismo latinoamericano. Promovió la inclusión del delito de Femicidio en el Código Penal Federal y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, ley vigente en México desde el 2 de febrero de 2007. colaboradora de grupos y redes feministas de centros e institutos de la mujer en México, América Latina y España. En la ONU ha asesorado en los análisis de género.

social que acoja a todos los sujetos en condiciones de equiparación. (...) Todas las personas nacen libres e iguales entre sí, es el primero de los derechos humanos. Desde la perspectiva de cualquier desigualdad, no solo de género. Las feministas tenemos una visión integral del mundo. Nos interesa todo aquello que configure ese nuevo modelo. (Lagarde M., 2016, Pp. 9 - 11).

En esta cita se advierte la adhesión de Lagarde al concepto de los derechos humanos y su visión holística del mundo.

Marcela Lagarde se refiere a la perspectiva de género expresando: que está basada en la teoría de género y se inscribe en el paradigma cultura del feminismo. Afirma que: *Perspectiva de género es sinónimo de enfoque de género, visión de género, mirada de género y contiene también el análisis de género. (Ibid.).*

Asevera que:

La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones. (Ibid. Pág. 2).

Enfatiza, asimismo, en el papel metodológico de la perspectiva de género:

En la construcción de la democracia genérica, una manera de concebir la Perspectiva de Género es comprenderla como una herramienta científica, política, ideológica y cultural, que puede permitir la superación de la intolerancia a la diversidad humana, de todas las manifestaciones del sexismo, del dominio, la opresión y la explotación en que se cultiva la desigualdad social. La Perspectiva de Género es la respuesta más fina y democrática que hoy se perfecciona para llevar la opresión patriarcal a su

final histórico” (Lagarde, M., 1996, pág. 83. Citado por Calvo M. 2014, Pág. 2).

Asimismo, ubica la perspectiva de género en su función ética y política para la sociedad, manifestando:

La perspectiva de género implica una mirada ética del desarrollo y la democracia como contenidos de vida para enfrentar la inequidad, la desigualdad y los oprobios de género prevalecientes. Es decir, la perspectiva de género es una toma de posición política frente a la opresión de género: es una denuncia de sus daños y su destrucción y es, a la vez, un conjunto de acciones y alternativas para erradicarlas. La perspectiva de género es una de las concreciones de la cultura feminista y, como tal, incluye el conjunto de acciones prácticas que se realizan en todo el mundo para enfrentar la opresión de género. (Lagarde, 1996, pág. 20).

Marcela Lagarde realiza concreciones acerca de los términos: *Sororidad, feminicidio y empoderamiento.*

Respecto del vocablo *sororidad* que proviene del latín *sor* que significa *hermana*, la autora, define una relación paritaria y de hermandad entre iguales:

Supone crear alianzas entre mujeres sin pretender un acuerdo único, sin exigir un pensamiento único, reconociendo y asumiendo las diferencias desde el respeto. Es experiencial, la vamos construyendo poco a poco, reconociendo la autoridad de otras mujeres, sin sentir por ello demérito propio. El sentido de la sororidad es el de propiciar mejores condiciones de vida para las mujeres, a través de la solidaridad entre ellas. ”.(Lagarde, 2016, Pp.19).

A propósito del término *feminicidio*, —que tiene como referencia el vocablo *feminicide* habiendo sido utilizado por primera vez por Diana Russell en 1976 ante el Tribunal Internacional sobre los Crímenes contra la Mujer en Bruselas,— Marcela Lagarde lo castellanizó y añadió al feminicidio un

significado político, aludiendo a la falta de responsabilidad de los Estados para atajarlo, lo que favorecía la impunidad. Afirma que *El Estado tiene que velar por la protección de las mujeres ante la violencia de género y debe garantizar su libertad y su vida. La ausencia de castigo a los asesinos, lo coloca como “cómplice”*. Alimentado por la desigualdad, Lagarde asocia el feminicidio a la cosificación del cuerpo de las mujeres, que las vacía de sus derechos como “humanas”.(Ibid.).

Con referencia al vocablo empoderamiento, Marcela Lagarde manifiesta:

El empoderamiento implica autonomía, transformación de las relaciones de género y libertad. Es un proceso subjetivo y colectivo a la vez que permite a cada mujer, o colectivo de mujeres, enfrentar formas de opresión presentes en sus vidas. Desde esta perspectiva, conlleva un componente de acción política. (Lagarde, 2016, Pp. 20).

Tomando en cuenta que el término *empoderamiento* constituye una de las categorías de inclusión permanente en los documentos relativos a la salud de la mujer, se incluye la siguiente definición:

“Empoderamiento” es un concepto ampliamente utilizado y con un gran impacto en la asistencia sanitaria, con múltiples intentos de diseñar estrategias de empoderamiento dentro de los programas de educación, así como de operacionalizar el concepto y de desarrollar instrumentos que permitan medir el concepto en todas sus dimensiones. (...) en el contexto del paciente crónico, es un concepto individual, que se considera a la vez un proceso y un resultado. El proceso se caracteriza por la capacitación y habilitación, a través de la transferencia de conocimientos y recursos, que realizan los profesionales junto con los pacientes en una relación colaborativa y cuyo resultado es un paciente con más capacidad de control y de gestión de la enfermedad, y de tomar decisiones informadas. (Cerezo, Juvé-Udina y Delgado-Hito, 2016, Pág. 671).

El empoderamiento femenino tiene antecedentes en la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing de 1995, que se constituyó en un programa en favor del empoderamiento de la mujer y en su elaboración se tuvo en cuenta el documento clave de política mundial sobre igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing establece una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en 12 esferas cruciales. Entre ellas, para el tema de esta elaboración se destacan: La mujer y la salud; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; y los derechos de la mujer. (ONU Mujeres, 2020, Pp. 10).

3.2. SALUD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO

3.2.1. Salud y su conceptualización

La salud, según la definición que la OMS hace del término, *es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* (OMS/OPS, 2020, Pp. 8).

Esta definición no obstante, sus críticas, es calificada como una superación del paradigma biologicista, pues:

(...) se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social. La salud se considera, así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí. (Alcántara, 2008, Pág. 100).

3.2.2. Derecho a la Salud

La OMS considera que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Esto incluye el acceso a servicios de salud de calidad, y por eso, se debe

promover una cobertura sanitaria universal. El derecho a la salud conlleva tanto libertades como derechos:

- La libertad de que cada persona puede controlar su salud y su cuerpo sin injerencias.
- El derecho a que todas las personas tengan la misma oportunidad de poder alcanzar el grado máximo de salud.

La promoción de la salud según la OMS como organismo mundial, realiza campañas, conferencias y programas dirigidos a promocionar la salud mediante la educación, la información y la prevención. Es esencial conocer qué hábitos cotidianos son nocivos para la salud y cuáles pueden ayudarnos a reducir o eliminar el riesgo de sufrir ciertas enfermedades.

3.2.3. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos incluyen:

- Todos y todas tenemos derecho a conocer nuestro cuerpo, cómo funciona y las formas de cuidarlo evitando riesgos y enfermedades.
- Contar con información adecuada para poder tomar decisiones libres y responsables.
- Derecho a la educación y la información.
- Todos y todas podemos decidir libre y voluntariamente si queremos o no tener relaciones sexuales, con quién y en qué momento. Nadie puede ser forzado/a por otra persona (ni siquiera por su pareja) a tener relaciones sexuales.
- Todos y todas tenemos derecho a tener relaciones sexuales seguras que no pongan en riesgo nuestra salud.
- Todos y todas tenemos derecho a tener relaciones sexuales seguras sin temor a tener o causar un embarazo no deseado.

- Todos y todas tenemos derecho a explorar nuestra sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias ni nada que impida la libre expresión de nuestros deseos.
- Todos y todas tenemos derecho a sentir placer, a expresar nuestra preferencia sexual y a elegir nuestras parejas.
- Nadie tiene derecho a agredirnos ni física ni verbalmente, ni nuestra pareja ni ninguna otra persona.
- La decisión de ser mamá o papá es personal y nadie puede obligarnos a tener hijos si no queremos.
- Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto contra su voluntad.
- Toda persona, hombre o mujer, debe tener a su alcance información completa y servicios que ofrezcan métodos seguros y eficaces para evitar el embarazo, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Todos y todas tenemos derecho a recibir atención oportuna, de calidad, en lenguaje que podamos comprender y que ofrezca:
 - Atención segura del embarazo y el parto.
 - Información actualizada y clara sobre los métodos anticonceptivos.
 - Acceso gratuito a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.
 - Información sobre los beneficios y riesgos de los medicamentos, estudios y procedimientos médicos.
 - Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, VIH/sida y del cáncer.

Gozar del derecho a la salud no sólo significa recibir atención médica oportuna y tratamientos adecuados. También significa recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo, información en lenguaje sencillo y claro, un trato cordial y respeto por nuestro cuerpo, nuestra privacidad, nuestro tiempo y nuestras decisiones. En los servicios de salud tenemos derecho a:

- Recibir trato cordial y respetuoso por parte de todas las personas que nos atienden.
- Ser atendidos/as en lugares apropiados y cómodos que permitan privacidad.
- Recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo (edad, estado civil, raza, nacionalidad/origen, orientación sexual, etc.).
- Que nos escuchen con atención y tiempo suficiente.
- Que nos respondan nuestras dudas.
- Que nos expliquen en forma clara y tantas veces como sea necesario el diagnóstico, el tratamiento o los estudios que debemos hacer incluyendo los beneficios y posibles complicaciones.
- Que cuando sea posible podamos elegir el tratamiento y el momento para realizarlo.
- Que se respete nuestro cuerpo, nuestra intimidad, historia personal, tiempo y decisiones.
- Todos y todas tenemos derecho a que se respete nuestra intimidad.
- La información sobre nuestra salud y nuestra vida sexual y reproductiva que confiamos al personal de salud, debe mantenerse en reserva y ser considerada confidencial y amparada por el secreto médico. Ninguna persona requiere autorización de su pareja ni de ninguna otra persona para usar un método anticonceptivo (incluyendo la ligadura de trompas o la vasectomía).

3.2.4. Salud Sexual y Reproductiva

La Salud Sexual y Reproductiva es la capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir

si tener o no relaciones sexuales. Es también poder decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos.

Incluye el derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual como el VIH/sida, y a acceder a servicios de salud adecuados. La salud sexual y reproductiva es un concepto muy amplio que abarca desde la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual hasta los cuidados durante el embarazo y el parto, la prevención y el tratamiento del cáncer ginecomamario y el tratamiento de la infertilidad entre otras cosas (Cedes, 2007).

Aunque el concepto de salud reproductiva se refiere a mujeres y hombres, tiene un impacto mucho mayor en las mujeres ya que ellas “ponen el cuerpo” en el embarazo y el parto, y por lo tanto requieren una mayor atención particularmente para reducir los riesgos que sólo ellas enfrentan, “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de planificación de la familia de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables, económicamente asequibles y que no estén legalmente prohibidos; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Cedes, 2007).

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

3.2.5. Métodos Anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia (Alacon & Bermudez, 2005-2006).

Los métodos anticonceptivos deben ser promovidos desde la escuela para que los adolescentes sepan utilizarlos responsablemente, y a su debido momento cuando ya se sientan preparados para tener relaciones sexuales sanas, se debe de promover las clases de educación en salud, para que no se desconozca los métodos anticonceptivos, y así prevenir cuando ya sean mayores enfermedades de transmisión sexual.

3.2.6. Enfermedades de Transmisión Sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades que pueden transmitirse debido al contacto corporal durante el sexo. Son producidas por virus, bacterias y parásitos. También se las conoce como infecciones de transmisión sexual (ITS) o por su nombre antiguo: enfermedades venéreas (EV). Hay al menos 25 diferentes enfermedades

de transmisión sexual, todas tienen en común que se propagan con el contacto sexual, lo cual incluye el sexo vaginal, anal y oral.

En la actualidad son muy latentes sino se tiene conocimiento de cada una de las enfermedades que se contrae al no utilizar un condón al momento de sostener relaciones sexuales con varias personas o promiscuas (Alacon & Bermudez, 2005-2006).

3.2.7. Virus del Papiloma Humano VPH

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más prevalente en el mundo. Cualquier persona que haya sido activa sexualmente alguna vez puede contraer el VPH. El VPH se pasa fácilmente entre parejas por contacto sexual.

Las infecciones por VPH son más probables en quienes tienen muchas parejas sexuales o tienen contacto sexual con alguien que tiene muchas parejas ya que la infección es tan común, la mayoría de la gente contrae infecciones por VPH poco tiempo después de hacerse activa sexualmente la primera vez (13,14). La persona que ha tenido solo una pareja puede infectarse por VPH.

Los tipos de VPH que se transmiten sexualmente corresponden a dos categorías:

- Los VPH de bajo riesgo, los cuales no causan cáncer, pero pueden causar verrugas en la piel (conocidas técnicamente como condylomatacuminata) en o alrededor de los genitales y del ano.
- Los VPH de alto riesgo, los cuales pueden causar cáncer. Se han identificado cerca de una docena de tipos de VPH de alto riesgo. Dos de estos, los tipos 16 y 18 de VPH, son responsables de la mayoría de los cánceres causados por VPH.

En muchos casos, el cáncer de cuello uterino se puede prevenir, las mejores maneras de hacer esto es evitar contraer el VPH y realizarse pruebas de Papanicolaou con regularidad.

3.2.8. Papanicolaou PAP

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el Cáncer Cérvico Uterino.

El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces.

El cáncer Cervico Uterino es una enfermedad 90 % prevenible, si la prueba de Papanicolaou se realiza regularmente. Esta prueba debe realizársela todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual una vez al año durante dos o tres años consecutivos, y si los resultados son negativos se repetirá cada tres a cinco años en caso de no haber factores de riesgo y hasta los 65 años. Si existen factores de riesgo para cáncer de cuello de útero (inicio a temprana edad de relaciones sexuales, infección por virus del papiloma humano, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, multiparidad, inmunodepresión o toma de anticonceptivos orales) el seguimiento tendrá que ser anual.

3.2.9. Teoría del Cáncer

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). La metástasis es la

propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no tienen este freno. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no como la leucemia (Alacon & Bermudez, 2005-2006).

3.3. TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social, como toda profesión, tiene su razón de ser en la existencia de una demanda social que plantea como necesaria la intervención de una práctica especializada en determinado tipo de problemas: en este caso Trabajo Social se constituye en profesión para intervenir en el efecto que tienen las condiciones estructurales de la sociedad, en las condiciones de vida de las clases subalternas. Y la especificidad de esta intervención consiste en la intermediación a través de la cual, Trabajo Social establece el vínculo entre los recursos y satisfactores y las necesidades y carencias, involucrados en cada intervención (Susana, 1991).

El Trabajo Social como profesión dotada de un conjunto organizado de elementos teóricos y prácticos, en función de modificar determinados aspectos de la realidad, el TS ha sido la pionera en atender lo social, desde la perspectiva de contribuir a visibilizar lo social y viabilizar el ser humano, es decir, intervenir en todo aquello que constituía un obstáculo al “ser” humano.

En toda su dimensión, desde sus orígenes, privilegio humano. La dimensión humana fue a centralidad no solo de su atención profesional sino de su constitución como profesión (García, 2010). Los valores y fines inherentes a TS han constituido sobre este principio, así podemos referir:

- El respeto a la persona humana

- La humanización de la persona
- La realización del ser humano
- El desarrollo de las potencialidades humanas
- La sensibilidad social
- El compromiso social

3.3.1. Funciones de Trabajo Social

El trabajador social y la trabajadora social tiene el rol fundamental a la hora de diseñar, organizar, ejecutar y evaluar acciones preventivas – promocionales para fortalecer la salud de las personas, sus familias y la comunidad. Así, su rol de planificador social se combina con el de educador para impulsar conjuntamente con la comunidad, nuevas condiciones de vida de las personas con las cuales se vincula en un determinado territorio. El planteamiento de la Carrera de Trabajo Social de la UMSA describe las siguientes funciones, que pueden ser utilizadas en las diferentes áreas de intervención:

a) Asistencia Social

La Asistencia Social, siendo la función original, constitutiva del TS., ha sido representada socialmente en su concepción relativa a la beneficencia pública y privada, difundiéndose como esencia la “ayuda” a las personas, grupos y comunidades necesitadas, desde la perspectiva “asistencialista”, concepción que ha derivado en la prestación de servicios sociales a personas y grupos sociales afectados por problemas sociales específicos. La “prestación de servicios sociales”, es parte de un proceso mayor que engloba y abarca la asistencia social institucionalizada y de carácter profesional. La asistencia social es parte esencial de la respuesta social organizada, que, en una nueva concepción, es la del proceso y mecanismo social.

b) Investigación Social

La investigación en Trabajo Social es esencialmente una investigación aplicada. Es una función asumida en tanto proceso que permite el acceso y

producción de conocimientos relativos al objeto disciplinario. La búsqueda, acceso y producción de conocimiento a través de la investigación social, encuentra su sentido disciplinario en los fines de conformar un recurso cognoscitivo y cognitivo para sustentar la intervención social profesional.

c) Educación Social

Es el proceso de enseñar y aprender en el que participan personas, grupos, familias, comunidades, organizaciones y otros, bajo modalidades activo participativos que, partiendo de sus propias necesidades, expectativas, experiencias y realidades, promueven procesos educativos que tienen incidencia directa en la conciencia y en el comportamiento de las personas con relación a asuntos y fines de interés social y fines colectivos.

La educación social tiene una perspectiva integradora que permite que la acción educativa relacione, bajo sistemas no formales, apropiados, innovadores, creativos y adecuados a las realidades particulares de los sujetos de la educación. Los contenidos educativos son construidos de acuerdo a las necesidades, expectativas y proyecciones de desarrollo.

d) Promoción Social

Es el proceso mediante el cual se intenta movilizar y tensionar las fuerzas sociales existentes en función de intereses y fines sociales específicos de beneficio para un conjunto social determinado a fin de lograr su participación en procesos sociales concretos. Es un vehículo movilizador de fundamental importancia y requiere no sólo de conocimientos teóricos y técnicos específicos, sino de métodos y procedimientos técnicos especializados que permitan el acceso a los fines sociales.

e) Organización Social

Constituye el conjunto de procedimientos que permite nuclear y potenciar las acciones colectivas en función de intereses y fines sociales colectivos.

La organización permite la estructuración de la trama de relaciones internas para la consecución de determinados fines sociales colectivos, el potenciamiento de la responsabilidad social compartida, las bases cooperantes y solidarias que permite actuar al conjunto social en forma unitaria.

La organización social apoya en la estructuración y consolidación de un cuerpo social sistematizado que garantice una participación social.

f) Gestión Social

Es comprendida, bajo la concepción predominantemente de la Administración, como una función que involucra todo el proceso administrativo: planificación, organización, dirección y control.

Los ámbitos de incidencia tienen que ver con:

- La administración de los servicios sociales
- La gestión de las políticas sociales
- La gestión social de procesos específicos por parte de organizaciones, comunidades y/o municipios.

3.3.2. Trabajo Social en Salud

En el campo de la salud, el trabajo social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad (Ituarte, 1992), Es así que el conocimiento de la realidad de cada paciente es fundamental, por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión).

Debido a estos aspectos (Arroyo, Ramos, García, Sánchez, & Velásquez, 2012, pág. 27) afirman que el objetivo del trabajo social en la salud es

identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población, derecho habiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades; por lo que una de las fortalezas que aporta al cumplimiento de este propósito es que las competencias del trabajador social le permita manejar metodologías propias de la profesión a través de la investigación y el diseño de planes de intervención que propicie la autonomía y empoderamiento del usuario en la necesidad de mejorar sus condiciones de salud, pasando de su perspectiva de víctima a mirarse como un sujeto de derechos.

En este sentido, la intervención de los trabajadores sociales sanitarios se centra específicamente en la enfermedad y sus efectos psicosociales, mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas. Para la elaboración del diagnóstico social sanitario, el trabajador social realiza un ejercicio de integración del diagnóstico médico y, en la mayoría de los casos, del pronóstico de la enfermedad. (Colom, 2008); por lo tanto, la intervención del trabajador social es aportar con 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. (Baudino, Bonanno, Bomijan, Echevoyen, & Martinez, 1986).

En concordancia con los referidos autores el quehacer profesional del trabajador social en salud, está orientado a conocer las problemáticas de salud de la población a través de la investigación, buscando el cumplimiento efectivo de las políticas sociales, coordinando acciones con el equipo interdisciplinario, así como las redes familiares y organizacionales, proponiendo y desarrollando acciones tendientes a mejorar la calidad de vida del individuo, familia, comunidad y sociedad en general.

3.4. PRESTACIONES MÉDICAS CSBP

Las prestaciones médicas corresponden a la ejecución de acciones de salud que persiguen como resultado final confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento de un determinado problema de salud, según la frecuencia de uso las cuales están distribuidas por sexo, edad de acuerdo a las distintas modalidades de atención (ambulatoria u hospitalaria), y el tipo de prestador que las otorga (público o privado).

Prestaciones, son los beneficios otorgados en dinero o en especie (sanitarios, alimenticios y otros), por cuyo medio la Seguridad Social realiza la protección del trabajador y su familia.

- Seguro de enfermedad
- Seguro de maternidad
- Asignaciones familiares
- Subsidio prenatal
- Subsidio de lactancia
- Subsidio de natalidad
- Subsidio de sepelio
- Riesgos profesionales
- Accidente de trabajo
- Enfermedad profesional
- Riesgos extraordinarios
- Prestaciones en dinero
- Prestaciones en especie

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL

El contenido de este capítulo se refiere a los resultados de la aplicación de instrumentos de investigación y la sistematización de los mismos que permiten precisar el problema y conducir a la formulación de una propuesta de acción.

4.1. ACTORES PARTICIPANTES DEL DIAGNOSTICO

La información que se consigna a continuación corresponde a las aseguradas titulares y beneficiarias de la Caja de Salud de la Banca Privada entrevistadas con fines de diagnóstico.

4.1.1. Perfil Sociodemográfico de la Población Participante

En este punto se procederá a manifestar las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas para como ser edad, sexo, estado civil, procedencia, ocupación, grado de instrucción e idioma, de la población usuaria de la CSBP, quienes participaron en la construcción del diagnóstico situacional.

4.1.1.1. Edad de la Población Participante

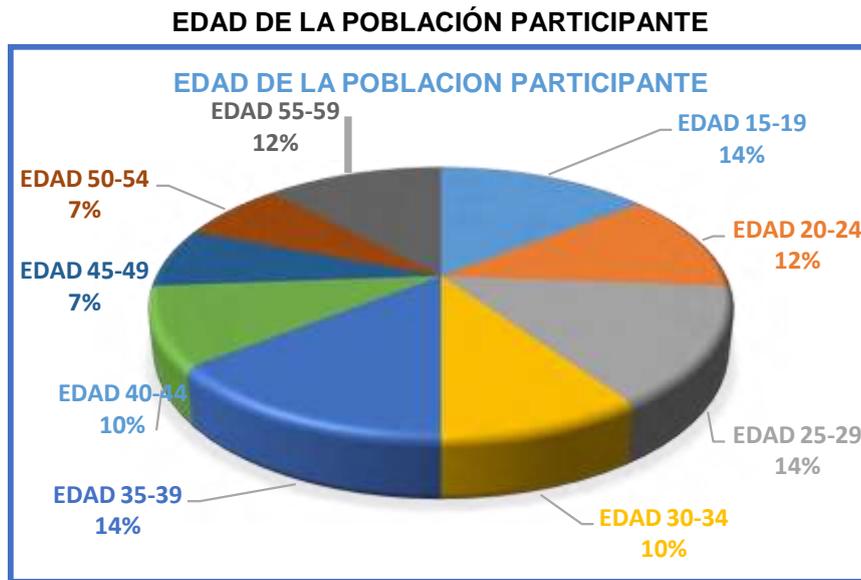
CUADRO N°1

EDAD DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

Rangos de Edad	N°	%
15-19	6	14
20-24	5	12
25-29	6	14
30-34	4	10
35-39	6	14
40-44	4	10
45-49	3	7
50-54	3	7
55-59	5	1
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 1



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

La información obtenida, mediante las entrevistas realizadas a la población femenina en el Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada, permite verificar que el 81% de las entrevistadas corresponde a mujeres en edad fértil, pues ellas se encuentran entre los 15 y los 49 años.

Según la Organización Mundial de la Salud, la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 a los 49 años de edad (Herrera – Cuenca, 2017, Pág. 3). En ese periodo etario la mujer debe hacer frente a múltiples motivos de consulta, no solo durante la edad fértil donde se producen gestaciones, sino también porque las consultas suelen referirse a la prevención de embarazos y uso de anticonceptivos. Muchas mujeres jóvenes casadas o con pareja estable prefieren postergar embarazos mientras se concluyen estudios superiores que permiten asegurar un ingreso o bien desean encontrarse en situaciones de dejar de trabajar después de haber asegurado alguna forma y evitar el pago de alquileres cuando se inicia una vida de pareja.

El 19% que abarca mujeres mayores de 50 años acuden a la consulta para tratar enfermedades o molestias que constituyen repercusiones de la edad en determinados órganos, sistemas o aparatos y que deben ser atendidos.

Estas patologías son frecuentes y requieren consulta médica en las personas mayores de 50 años mismas que son las denominadas Enfermedades No Transmisibles.

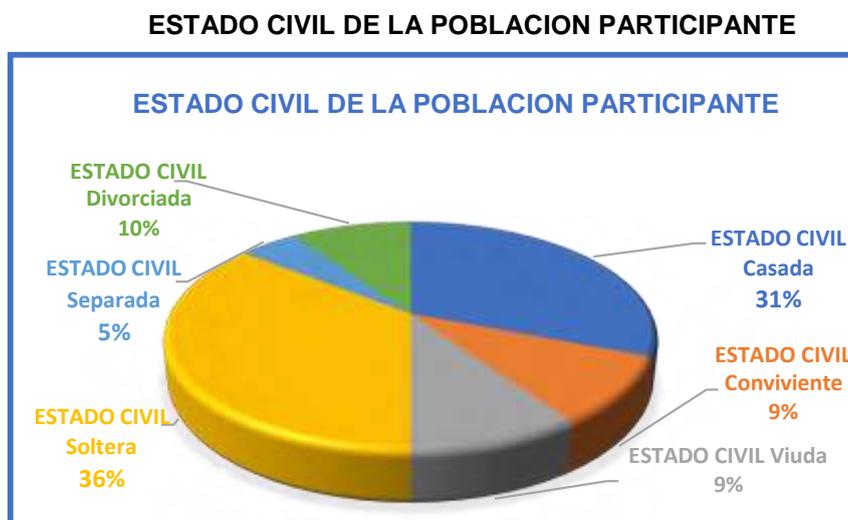
4.1.1.2. Estado Civil de la Población Participante

CUADRO N° 2

ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE		
Estado Civil	N°	%
Soltera	15	36
Casada	13	31
Conviviente	4	9
Viuda	4	9
Separada	2	5
Divorciada	4	10
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsejorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 2



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsejorio de la CSBP regional La Paz 2019

De acuerdo a los datos, el 36% es soltera, mientras que el 40% mantiene una unión conyugal estable ya sea como casadas (31%) o como convivientes (9%). El 24% ha pasado de una relación con cónyuge a la de celibato, por viudez (9%), por separación (5%) y por divorcio (10%).

Como se puede observar, existe un porcentaje mayor de mujeres solteras este hecho tiene que ver no solamente con las empleadas de sexo

femenino de las diferentes entidades bancarias, sino también con familiares de los y las aseguradas titulares, es decir hijas de empleados y empleadas de dichas instituciones. Por otra parte, algunas jóvenes prefieren esperar a optar por una profesión antes de casarse y truncar estudios con obligaciones de hogar y maternidad.

El 40% corresponde a mujeres casadas y unidas por concubinato, lo que demuestra que muchas mujeres conforman un hogar estable, representando a una familia nuclear en la mayoría de los casos, ya que ésta se compone de parientes consanguíneos, padres e hijos de dos o más generaciones.

Cabe mencionar que la relación de concubinato está reconocida legalmente en el Código Civil, estableciendo derechos y obligaciones para la pareja y las/os hijas/os que integren dicha unión libre, misma que en ocasión del Seminario Internacional sobre Reflexiones del Derecho Familiar Contemporáneo de (La Paz, Bolivia, 2013) fue calificada como la más moderna de América Latina y que debe ser un ejemplo para el resto de los países. (Álvarez, 2013).

El 24% integrado por personas en condición de viudas, divorciadas y separadas, que ya sea por causas involuntarias, (fallecimiento del cónyuge) o decisiones de ex cónyuges, permanecer en condición de celibato. Existen algunas mujeres viudas, separadas o divorciadas que han asumido la condición de jefas de hogar, responsabilizándose de las obligaciones que conlleva el mantenimiento de la familia (en caso de existir) y la suya propia. Sirve de referencia que, en el Municipio de La Paz, para 2013, el 25% eran familias con jefas de hogar. (Gobierno Autónomo Municipal de La Paz G.A.M.L.P., 2014, s/p.).

4.1.1.3. Número de hijos según la afiliación de las personas participantes

La fecundidad es la capacidad que tiene una mujer para dar a luz, entre los 15 y 49 años de edad, tomando en consideración que después de los 35 años disminuye su potencial de ser madres. Esto debido a que la

fecundidad depende en gran medida de la cantidad y calidad de los óvulos, la fertilidad se reduce después de los 35 años debido a la cantidad de óvulos que disminuye con el paso de los años.

CUADRO N° 3

NUMERO DE HIJOS SEGÚN LA AFILIACION DE LAS PERSONAS PARTICIPANTE

Número de Hijos	Tipo de Afiliación											
	Titular		Esposa		Concubina		Hija		Madre		Voluntario	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	6	14	2	5			7	14				
1 Hijo/a	4	10	2	5	2	5	2	5	2	5	1	2
2 Hijo/a	5	13	4	10	1	2			3	8		
3 o más Hijos/as									1	2		
Total	15	37	8	20	3	7	9	19	6	15	1	2
	N° 42											% 100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 3

NUMERO DE HIJOS SEGÚN LA AFILIACION DE LAS PERSONAS PARTICIPANTE



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

De acuerdo a los datos las mujeres entrevistadas con hijos son el 67 %, de los cual el 23% son aseguradas titulares, el 15% pertenece a las aseguradas beneficiarias esposas al igual que las beneficiarias madres ambas haciendo un total del 30%, el 7% pertenece a aseguradas beneficiarias concubinas, el 5% pertenece a beneficiarias hijas y el 2% corresponde a las aseguradas voluntarias.

Así mismo es importante denotar que el 33% de las entrevistadas no cuentan con hijos entre las cuales son aseguradas titulares y beneficiarias esposas e hijas.

Esto denota que el tamaño de la familia deseada se puede reflejar en planificar una nueva vida o no, lo cual conlleva a una planificación familiar, como se denota claramente en la tabla denota la tasa de fecundidad y el número de hijos deseados.

4.1.1.4. Idioma de las Personas Participantes del Diagnóstico

El idioma se refiere a la lengua en la que se comunican las personas en su cotidianidad. En Bolivia existen 37 lenguas oficiales a escala nacional de las cuales el 36 de las lenguas oficiales habladas en Bolivia pertenecen a los pueblos indígenas, a las que se deben sumar el castellano, lengua oficial hablada por la mayor parte de la población.

De un total de poco más de 10 millones de habitantes, el 28% de los bolivianos habla el quechua, sobre todo en la zona del altiplano, en el centro y sur del país.

Con respecto a la lengua aymara, que es hablada por un 18%, y es una de las más antiguas de todo el continente americano, hablada sobre todo en la zona de Oruro y La Paz, en el oeste y sur del país.

CUADRO N° 4

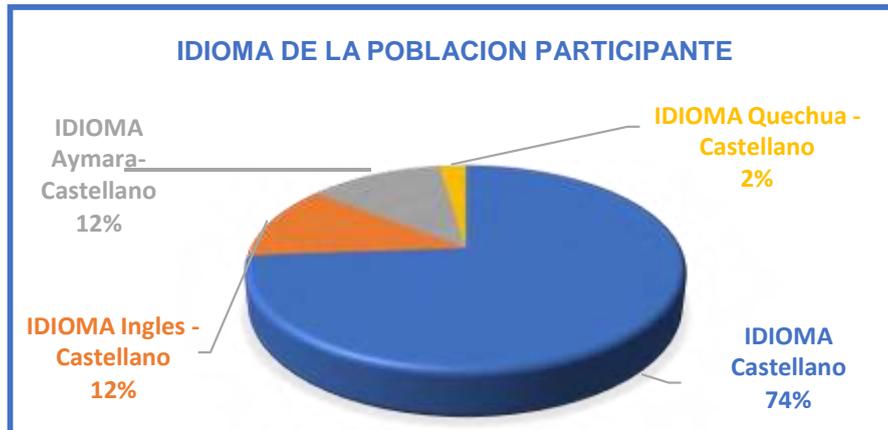
IDIOMA DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE DEL DIAGNÓSTICO

Estado Civil	N°	%
Castellano	31	74
Inglés - Castellano	5	12
Aymara - Castellano	5	12
Quechua - Castellano	1	2
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 4

IDIOMA DE LA POBLACION PARTICIPANTE



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsortorio de la CSBP regional La Paz 2019

Del total de la población que participó del diagnóstico, el 74% habla solo el castellano; el 12% puede comunicarse en castellano y aymara; otro 12% habla castellano e inglés y el 2% habla castellano y quechua.

Se puede inferir que aquellas personas, que declaran estar en condiciones de comunicarse en el idioma castellano y aymara, así como aquellas que pueden hacerlo en castellano y quechua, son descendientes de progenitores de origen rural o que entre los integrantes de la familia se encuentran personas nativas de alguno de los departamentos de origen aymara o quechua.

Congruente con ello se advierte que quienes hablan aymara superan en número a las personas que hablan quechua, pues en el departamento de La Paz, mayoritariamente tienen ese origen.

El 12% que habla castellano e inglés se trata de personas que deliberadamente han estudiado esta última lengua, debido al deseo de ampliar oportunidades de trabajo y/o de viaje fuera del país.

Respecto al bilingüismo, se debe también mencionar que desde el Estado se ha impartido una disposición de que todo funcionario público debe hablar una lengua nativa, razón por la que muchas personas realizaron cursos rápidos del idioma aymara, motivando la apertura de clases de idioma nativo en instituciones privadas.

4.1.1.5. Grado de Instrucción de la Población Participante

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados hasta el momento de la investigación o en curso.

CUADRO N° 5

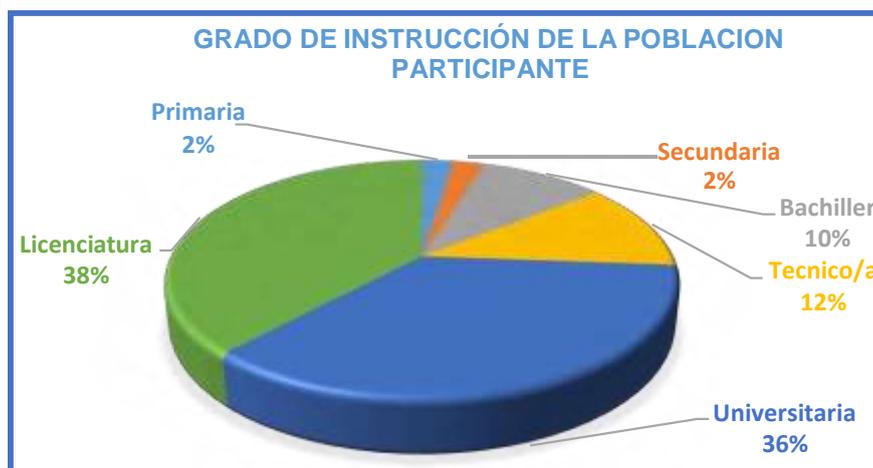
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

Grado de Instrucción	N°	%
Primaria	1	2
Secundaria	1	2
Bachiller	4	10
Nivel técnico	5	12
Universitaria	15	36
Licenciatura	16	38
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 5

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACION PARTICIPANTE



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Según la información obtenida, del total de las personas participantes en diagnóstico, el 38% logró concluir sus estudios a nivel Licenciatura, el 36% estudia una carrera universitaria, el 12% alcanzó un grado técnico, el 10% culminó el bachillerato y el 4% está constituido por personas que no concluyeron sus estudios de nivel primario (2%) y secundario (2%).

Se observa un importante porcentaje de mujeres que han logrado un grado universitario o que se encuentran en camino de lograrlo. Ello se explica por

el hecho de que las instituciones bancarias exigen título profesional para la mayoría de los cargos, debido a la responsabilidad que implica trabajar en el área de las finanzas y relacionando información sobre montos de dinero que no es de propiedad de la funcionaria.

Por otra parte, se está considerando familiares de funcionarios y funcionarias que independientemente de la institución bancaria, han llegado a la instrucción superior o se encuentran en camino de arribar a ella.

La entidad bancaria también requiere de otro tipo de técnicos, razón por la cual se observa que existe un 12% de personas que estudiaron una rama del mencionado grado de técnicos.

Entre los miembros de la familia de las personas que respondieron a la encuesta se encuentran profesores/as, mecánicos u otro tipo de técnicos.

Tanto entre las funcionarias como entre las beneficiarias se encuentran personas que no han superado la instrucción secundaria y la básica, lo que significa que, por diversas razones de tipo socioeconómico, quedaron rezagadas del logro de concluir estudios secundarios, este es un mínimo porcentaje del 4% en total.

4.1.1.6. Tenencia de la Vivienda de las Personas Participantes

Para las personas y las familias la tenencia de la vivienda adquiere una importancia esencial, pues en la cotidianidad de las personas, no es solo un ambiente físico, sino que también es un concepto cognitivo, afectivo y social.

En este punto se presenta la información inherente a su situación social, cultural y económica de la población participante del diagnóstico.

La vivienda tiene un significado psicológico profundo más allá del puramente instrumental de cobijo y lugar donde se desempeñan las conductas domésticas. A través de la vivienda tiene lugar la satisfacción de numerosas aspiraciones, motivaciones y valores personales. (Pasca, 2014, Pág. 2).

CUADRO N° 6

TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LAS PARTICIPANTES EN EL DIAGNÓSTICO

Condición de la Tenencia de la Vivienda	N°	%
Propia	23	55
Alquiler	12	28
Anticrético	5	12
Cedida	2	5
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 6

TENENCIA DE VIVIENDA DE POBLACION PARTICIPANTE



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

De acuerdo a la información procesada, el 55% es propietario de su vivienda; el 28% vive en un régimen de alquiler; el 12% se encuentra en contrato anticrético; y el 5% mora en vivienda cedida.

Desde la perspectiva de la estabilidad de la condición de tenencia de la vivienda de las participantes del diagnóstico, el 60% cuenta con vivienda estable, pues el 55% señala tener vivienda propia, y el restante 5% menciona residir en una vivienda cedida por los padres.

El 40% de las personas que participaron del diagnóstico, están sujetas a convenios temporales de ocupación, ya sea por la entrega de dinero al propietario en garantía, –como es el contrato de anticrético, – o por la cancelación de un monto mensual como el contrato de alquiler. Este porcentaje de personas se encuentra en desventaja, pues están sometidas a la finalización de la negociación de ocupación de vivienda.

4.1.1.7. Población Participante según su Condición de Asegurado

La afiliación hace referencia a las prestaciones médicas y odontológicas, estas pueden ser en especie o en dinero según el respectivo ente gestor de Salud del Sistema de Seguridad Social a corto plazo. Además de los/as funcionarios/as que se constituyen en titulares, los beneficiarios dependientes que pueden ser; esposa e hijos, hermanos, padres, convivientes, hijastros. Como también la afiliación que se da a través del seguro voluntario.

CUADRO N° 7

TIPO DE AFILIACION DE LA POBLACION PARTICIPANTE

Tipo de Afiliación	N°	%
Titular	15	36
Beneficiaria Esposa	8	19
Beneficiaria Conviviente	3	7
Beneficiaria Hija	9	22
Beneficiaria Madre	6	14
Seguro Voluntario	1	2
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 7

TIPO DE AFILIACION DE LA POBLACION PARTICIPANTE



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Según los datos obtenidos el 36% son aseguradas titulares, el 22% son beneficiarias hijas, el 19% corresponde a beneficiarias esposas, el 14% constituyen beneficiarias madres, el 7% atañe a beneficiarias convivientes y finalmente el 2% concierne a afiliadas del seguro voluntario.

Estos datos manifiestan que el 62% de aseguradas son dependientes, a diferencia del 2% que pertenece al seguro de tipo voluntario.

Es importante aclarar que las prestaciones que perciben son denominadas en especie (seguro de enfermedad, periodo de cesantía, seguro por maternidad, seguro por maternidad beneficiaria hija y riesgo profesional), en dinero (baja médica, enfermedad común, por maternidad, riesgos profesionales, baja médica por enfermedades crónicas, pacientes transferidos, bajas retroactivas).

4.2. CONOCIMIENTO QUE POSEE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA RESPECTO AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

En este acápite se conocerá el conocimiento que poseen las personas entrevistadas de la problemática del Cáncer de Cuello Uterino

4.2.1. Conocimiento de la Población Participante sobre la Enfermedad del Cáncer

TABLA N° 7

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE SOBRE LA ENFERMEDAD DEL CANCER

Pregunta	Respuesta	Categoría
¿Según usted que es el cáncer?	<i>“Es una enfermedad que todas las mujeres tienen ya que es una célula pero no se reactiva en todas de la misma manera” Ent.2</i>	Enfermedad
	<i>“Señorita el cáncer me asusta ya que pocas veces las personas se pueden curar solo de imaginar cómo estarán con los síntomas las personas que padecen de ese mal” Ent.5</i>	Susto
	<i>“A mi parecer es una de las peores enfermedades que puede haber existido por que más sufren las mujeres y no tanto los hombres” Ent.11</i>	Sufren las Mujeres
	<i>“Es una enfermedad mortal que día que pasa todo va siendo más difícil estar bien porque es muerte segura” Ent.17</i>	Enfermedad mortal

	<i>“Es una enfermedad terminal hace un par de años atrás una vecina falleció por cáncer y hasta donde me entere ni las operaciones ni los medicamentos la ayudo” Ent.21</i>	Enfermedad Terminal
	<i>“Que es una enfermedad muy terrible, ya que se presenta cualquier momento en momentos hasta sin síntomas notorios como ser una fiebre o un malestar de estómago” Ent.38</i>	Enfermedad
	<i>“La verdad mi cuerpo se estremece y me da mucho miedo y preocupación por que es muerte segura y lo peor es que genera dependencia de otras personas” Ent.40</i>	Muerte Segura

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

De las manifestaciones vertidas por la población entrevistada, se puede denotar que la palabra cáncer les genera miedo y preocupación si esta enfermedad les llegaría a afectar, ya que no solo baja la autoestima a la persona sino a su entorno familiar y hasta social.

A pesar de que el cáncer dentro del ámbito de la medicina está considerado como una enfermedad de tipo crónico, se sabe que es una de las más asociadas a la muerte y por tanto se llega a desencadenar en diversos signos de alarma.

La enfermedad oncológica es considerada como una enfermedad grave y por ello existe una serie de temores, mitos, conceptos erróneos, llegando a aislar el apoyo afectivo familiares generando una inestabilidad de la persona para afrontar dicha enfermedad.

4.2.2. Conocimiento que Poseen las Mujeres Participantes sobre el Cáncer de Cuello Uterino

CUADRO N° 8

CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE LA POBLACION PARTICIPANTE

Conocimiento Sobre el Cáncer de Cuello Uterino	N°	%
Si Conoce	13	21
No Conoce	22	79
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRAFICO N° 8

CONOCIMIENTO SOBRE EL CACU DE LA POBLACION PARTICIPANTE



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

TABLA N° 8

CONOCIMIENTO SOBRE EL CACU DE LA POBLACION PARTICIPANTE

Según los datos obtenidos, del total de la población el 79% manifiesto no tener conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino, las personas señalaron que no tenían conocimiento sobre la patología:

Pregunta	Respuesta	Categoría
¿Usted tiene conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino?	<i>“No sabría explicarle sobre cáncer uterino yo sé que el cáncer es una enfermedad mortal y la verdad da miedo” Ent.5</i>	Enfermedad
	<i>“según mi médico dice que todos tenemos cáncer pero hay un tiempo que se despierta y que todas las personas tenemos cáncer pero el cáncer está dormido o de por sí se despierta así con la edad o con el tiempo” Ent.11</i>	Cáncer Dormido
	<i>“Dicen que todos tenemos cosas adentro y que en algunos se despierta y en otras no algunas personas son más expuestas o más débiles por ejemplo si estás anémica o mal alimentada, o si tomas mucho bebidas alcohólicas” Ent.17</i>	Cosas Dentro
	<i>“No debe ser como que la mujer se estuviera pudriendo por dentro, la persona se debe sentir con mal olor” Ent. 8</i>	Pudriendo

	<i>“El médico me dijo que es por tener relaciones sexuales a temprana edad o por tener relaciones sexuales con varias personas” Ent.15</i>	Relaciones Sexuales
	<i>“Es una enfermedad que va afectando y va tomando las telas, los tejidos de la parte uterina como puede ser cualquier parte del órgano donde se encuentra la enfermedad” Ent.19</i>	Enfermedad
	<i>“Si yo por que vi con mi hermana ella era una mujer muy activa, ella nunca sintió nada, ella sólo empezó a sentir dolores fuertes de vientre, empezó a tener pequeñas hemorragias porque ya estaba en la edad de la menopausia y allí ella empezó a sentirse decaída.” Ent.31</i>	Dolores Fuertes

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Las expresiones dan cuenta de un nivel de conocimiento que poseen las personas a las que se les realizó la pregunta respectiva.

Es importante aclarar que el 21% restante de la población entrevistada dio a conocer que cuentan con información pues respondieron con expresiones como las que se denoto en la tabla.

El Cáncer no es contagioso, es una enfermedad crónica no transmisible que demora varios años en manifestarse, es silenciosa, sus síntomas o molestias aparecen generalmente, cuando la enfermedad está avanzada; habitualmente los cánceres no producen sensaciones de dolor, sin embargo, pueden presentarse dolores los cuales deben considerarse sinónimos de alerta.

En las mujeres cuyo diagnóstico o atención especializada del Cáncer ha sido tardío, es decir en una etapa avanzada, con el tratamiento correcto se pueden aliviar los síntomas y así mejorar su calidad de vida.

En otros casos existen medidas necesarias para detectarlos oportunamente, es decir cuando la enfermedad está en etapa inicial y así realizar el tratamiento de forma oportuna y adecuada y así lograr curar el cáncer en una etapa precoz.

4.2.3. Conocimiento de la Población Participante sobre medios de prevención del Cáncer Cérvico Uterino

CUADRO N° 9

CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES SOBRE MEDIOS DE PREVENCIÓN DEL CACU

Conocimiento Sobre Prevención del CACU	N°	%
Si Conoce	12	29
No Conoce	30	71
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRÁFICO N° 9

CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES SOBRE MEDIOS DE PREVENCIÓN DEL CACU



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

TABLA N° 9

CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES SOBRE MEDIOS DE PREVENCIÓN DEL CACU

Pregunta	Respuesta	Categoría
¿Conoce algún medio para prevenir el cáncer de	“Si bien el cáncer es una enfermedad pero no conozco de algún tratamiento que ayude a las mujeres y así salvar sus vidas” Ent.8	No conozco
El Cáncer de	“El cáncer de cuello uterino se puede llegar a prevenir la verdad no sabría decirle no soy médico se supone que ellos deberán dar una respuesta” Ent.40	No soy Medico

Cuello Uterino	<i>"No se puede prevenir ya que es una enfermedad incurable y de muy alto costo y uno en estos tiempos no puede conseguir tanto dinero para tratarse" Ent.15</i>	Incurable
	<i>"No Por qué el cáncer es silencioso y es difícil el acceso a un control oportuno ya que el seguro está colapsado y vamos de mal en peor" Ent.16</i>	Cáncer Silencioso
	<i>"Porque con el cáncer hay pocas posibilidades de seguir viviendo, en mi caso di me dijera eso el medico no me haría tocar nada para no sufrir con mis hijos" Ent.39</i>	No Sufrir
	<i>"Si considero que deberían los jóvenes de mi edad deben ser más conscientes respecto al cuidado de una misma o de su cuerpo y no basarse en dicho de amigos/as y mejor es escuchar a un especialista" Enc.42</i>	Cuidado

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Según los datos obtenidos de las mujeres participantes el 71% en las respuestas obtenidas reflejo que no conocen respecto al Cáncer de Cuello Uterino, de las mismas se obtuvieron.

Los datos logrados de las personas entrevistadas reflejaron que el 29% afirmó que el Cáncer de Cuello Uterino se puede prevenir.

Estas últimas respuestas, así como algunas de las que le antecedieron, expresan desazón, intranquilidad que el abordaje del tema radica en la insuficiente información que poseen sobre el tema del Cáncer Cérvico Uterino.

4.2.4. Conocimiento de la Población Participante sobre el Cáncer más Frecuente

CUADRO N° 10

CONOCIMIENTO DE LAS PARTICIPANTES SOBRE EL CÁNCER MÁS FRECUENTE

Conocimiento Sobre el Cáncer más Frecuente	N°	%
Cáncer de Cuello Uterino	26	62
Cáncer de Ovario	6	14
Cáncer de Útero	10	24
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRAFICO N° 10

EL CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE RESPECTOA AL CANCER MÁS FRECUENTE



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Según los datos obtenidos por medio de la entrevista, acerca de la recurrencia del tipo de cáncer fueron las siguientes: el 62% de las mujeres manifestaron que el Cáncer de Cuello Uterino es el más frecuente, el 24% manifestaron que es el Cáncer de Útero y el restante de la población con el 14% señala que es el Cáncer de Ovarios.

A continuación, y con fines de complementación se incluye información acerca de los tipos de cáncer:

➤ **Cáncer de Cuello Uterino**

La incidencia del cáncer de cuello uterino ha ido descendiendo. Ello debido sobre todo al uso de los preservativos, a la citología cérvico vaginal y a los test de detección para el virus del papiloma humano (VPH).

➤ **Cáncer de Ovarios**

El cáncer de ovarios aparece sobre todo en mujeres de entre 50 y 70 años, tampoco se puede descuidar en poblaciones más jóvenes, puesto que este tipo de enfermedad oncológica tiene una incidencia bastante elevada.

El cáncer de ovario por lo general produce pocos síntomas hasta que evoluciona a una fase más avanzada, es por esa razón la importancia de la realización de los controles ginecológicos.

➤ **Cáncer de Vulva**

Cabe decir que este tipo de cáncer no es muy frecuente y afecta sobre todo en la zona de los labios vaginales mayores, tiene una evolución lenta, los aspectos que pueden llamar la atención son los siguientes:

- ✓ Tener una infección causada por el virus del papiloma humano (VPH).
- ✓ Tener antecedentes de pruebas de Papanicolaou (también conocido como pruebas o frotis de PAP) anormales.
- ✓ Bultos en la vulva o pequeñas masas extrañas como verrugas.

4.2.5. Conocimiento que posee la Población Participante sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos

El conocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos y el ejercicio de los mismos tienen una relación estrecha con la actitud que detentan las mujeres con su salud y principalmente con la prevención de CACU y otras patologías del sistema reproductivo.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron objeto de intensa gestión sobre todo por parte de organizaciones que defienden los derechos de la mujer, habiendo sido objeto de mucha controversia.

CUADRO N° 11

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Conocimiento de Derechos Sexuales y Reproductivos	N°	%
Si Conoce	7	17
No Conoce	35	83
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRAFICO N° 11

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE EN RELACION A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

TABLA N° 10

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN RELACION A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Pregunta	Respuesta	Categoría
¿Usted sabe cuáles son los derechos sexuales y derechos reproductivos?	"La verdad no tengo idea" Ent. 14	No Tiene Idea
	"No escuche esos derechos no existen" Ent. 16	No Existe
	"No conozco nada al respecto" Ent. 19	No Conoce
	"No se" Ent.21	No
	"No se esas cosas señorita" Ent.22	No Se
	"Decidir cuándo tener un hijo, usar un método anticonceptivo y decidir cuándo tener una pareja" Enc. 1	Usar un Método
	"Derecho a decidir como cuando tener bebés, tengo tres hijos y mi y se ligar" Enc.9	Derecho
	"Decidir si quiero tener relaciones sexuales o no mucho depende de la autoestima de la mujer y el respeto que el hombre llegue a tener por la misma" Enc.20	Conocimiento

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Según los datos obtenidos, del total de la población entrevistada el 83% admite no conocer cuáles son los derechos sexuales y derechos reproductivos. El restante 17% de las mujeres manifestaron conocer la

existencia de los derechos sexuales y reproductivos, mismas expresiones se registraron en la tabla.

Es importante resaltar que, si bien el 83% de la población manifiesta no conocer sus derechos, aún existen prejuicios en cuanto al manejo de términos respecto a la sexualidad.

Cuando se habla de derechos sexuales y reproductivos mujeres y hombres se expresan de distinta manera y cada persona la vive de diferente forma de acuerdo a su contexto e historia, sin embargo, es inherente a todas y todos, independientemente de su edad o condición de salud.

Muchas personas pensaban que la sexualidad tenía que ver únicamente con una relación coital que se daba entre adultos, es decir entre el hombre y mujer, esto ocultaba las otras realidades como la dimensión de la sexualidad que va más allá de lo biológico, la forma en la que se vive en la infancia, adolescencia, juventud y tercera edad, y por personas homosexuales, etc. Incluso se llegaba a ocultar la sexualidad de las personas con discapacidades que eran consideradas como seres asexuados.

4.2.6. Conocimiento que posee la Población Participante Respecto a los Métodos Anticonceptivos

El contenido de conocimientos acerca del efecto de los métodos anticonceptivos tiene muchas precisiones que se relacionan con las precauciones que se deben considerar en el momento de su elección.

CUADRO N° 12

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTRICIPANTE RESPECTO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Conocimiento Respecto a Métodos Anticonceptivos	N°	%
Si Conoce	35	83
No Conoce	7	17
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRAFICO N° 12

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE RESPECTO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Los datos de las entrevistas permiten evidenciar que un 83% de las mujeres conoce los métodos anticonceptivos, y el restante 17% desconoce su existencia. Las respuestas surgieron de la pregunta sobre si se conocía o no los métodos, quienes expresaron lo siguiente:

TABLA N°11

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE RESPECTO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Pregunta	Respuesta	Categoría
¿Usted conoce algún método anticonceptivo?	“Si Conozco varios métodos anticonceptivos como ser el condón masculino , el condón femenino las pastillas, la T de cobre, ligadura de trompas” Ent.4	Varios métodos
	“Cuenta como método anticonceptivo la vasectomía, también conozco y utilizo el calendario y/o el condón me parece más fácil el acceso y son económicos ” Ent.14	Utilizo el calendario
	“Conozco el condón varios métodos masculino y femenino, el implante sub dérmico, escuché algo respecto al parche quisiera saber más de ello porque me parecería mucho mejor y sin tanto dolor a diferencia de la T de Cobre que requiere bastantes cuidados” Ent.20	Varios métodos

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Las diversas afirmaciones de la población participante en relación a los métodos anticonceptivos conocimientos acerca del efecto de los métodos anticonceptivos se relacionan con las precauciones, vale decir lo positivo y lo negativo que se deben considerar en el momento de su elección.

4.2.7. Conocimiento respecto al Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Participante

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son Derechos Humanos con la finalidad de garantizar que todas las personas puedan vivir libres de violencia, discriminación, amenazas, coerciones y responsabilidad todo ello se enmarca el reconocer y aceptar las consecuencias.

CUADRO N° 13

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO AL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Conocimiento de Derechos Sexuales y Reproductivos	N°	%
Si Ejerce	10	24
No Ejerce	32	76
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsumatorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRAFICO N° 13

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO AL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsumatorio de la CSBP regional La Paz 2019

Respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se debe considerar que la diferencia entre conocer y ejercerlos, así mismo es importante denotar que existen debates que tienen que ver incluso con posiciones de tipo religioso.

Respecto de la pregunta planteada a la población participante en relación al “conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos”, las repuestas mostraron que, del total de la población entrevistada el 76% no ejercen sus derechos sexuales y reproductivos dato que se explica la falta de información y el restante 24% de las mujeres manifestaron que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, mismo resultados se puede evidenciar en la tabla respectiva:

TABLA N° 12

CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE RESPECTO AL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Pregunta	Respuesta	Categoría
¿Usted tiene conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en relación al ejercicio?	<i>“A mi pareja actual no le gusta usar ningún método de protección, ya que según él le estaría siendo infiel en la intimidad” Ent.6</i>	Ningún método
	<i>“Nunca charle con mi esposo cuando tengo relaciones no hablamos de cosas personales es un momento inesperado, la verdad él se volvió frío” Ent. 18</i>	No habla
	<i>“Como le dije conozco el condón y las patillas pero no uso ninguno ya que con mi pareja tenemos una hija y no creemos que sea necesario cuidarnos ya que tenemos una nena” Ent.25</i>	No es necesario
	<i>“Conociendo todos los métodos anticonceptivos y cuál es el beneficio o su desventaja, ejemplo a mí me hace daño la inyección ya que me hizo subir en menos de un mes más de 6 kilos, también me hizo bastante daño las pastillas ya que tuve el mismo efecto pero la T de cobre no me genero los mismos problemas hormonales” Ent. 36</i>	Métodos anticonceptivos

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

En Bolivia respecto a la jurisprudencia existieron cambios graduales debido a la necesidad de precisar Derechos Humanos más específicos como ser para las mujeres, para niños y niñas, para indígenas, refugiados/as, personas con discapacidad, personas LBGTB para diversos grupos, ahora con las nuevas generaciones de Derechos las cuales llegan a responder a las necesidades y los cambios sociales, coyunturales que fueron dando en el transcurso del tiempo.

Es importante reconocer que los Derechos Sexuales y Reproductivos son relativamente nuevos o modernos, así mismo estos derechos están vinculados con los derechos de la primera, segunda y tercera generación.

4.2.8. Conocimiento de la Población Participante en Relación al Uso de Métodos Anticonceptivos

Los anticonceptivos es cualquier método como ser orales, implantes, inyecciones, dispositivos y/o etc., que se usa para prevenir temporalmente un embarazo.

Las mujeres y hombres pueden elegir el tipo de anticonceptivo que desee usar, algunos funcionan mejor que otros para prevenir embarazos o infecciones de transmisión sexual, la mejor manera de prevenir cualquier riesgo es la doble protección un ejemplo sería que el varón use condón y la mujer la inyección u otro método. No existe un método anticonceptivo que sea mejor que otro, cada persona y / o pareja debe escoger con la ayuda del médico el método que más le convenga de acuerdo a su salud, edad y necesidades particulares.

CUADRO N° 14

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE EN RELACION AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Uso de Métodos Anticonceptivos	N°	%
Si usa métodos	7	17
No usa métodos	35	83
Total	42	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

GRAFICO N° 14

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE EN RELACION AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Elaboración propia en base a entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

De acuerdo a los datos recabados de la población participante, se refleja con un 17% conoce uno o varios métodos de anticoncepción, las mismas mencionan que usan algún método como medida de prevención y el restante 83% afirma que no usan ningún método ya que cuentan con una pareja, las mismas se expresaron:

TABLA N° 13

CONOCIMIENTO DE LA POBLACION PARTICIPANTE EN RELACION AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Pregunta	Respuesta	Categoría
¿Usted usa algún método anticonceptivo?	<i>“La verdad le mentiría no tengo conocimiento y lo peor ni conozco eschuche y me dio miedo y preferí mantenerme al margen” Enc.11</i>	Ni conozco
	<i>“En mis tiempos era delito hablar de la intimidad imagínese ahora que yo a esta edad este usando algún método anticonceptivo, como se dice yo a la antigua tuve a mis hijos mi mami me miraba y decía que estaba enferma” Enc.33</i>	Era delito

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Se considera un anticonceptivo a un método que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales.

Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. Así mismo es importante resaltar que la ligadura de trompas y la vasectomía son anticonceptivos definitivos como también se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad.

4.3. PERCEPCIONES QUE POSEE LA POBLACION ENTREVISTADA SOBRE EL CANCER DE CUELLO UTERINO

Es preciso de notar la apreciación respecto al concepto de percepción, según Vargas:

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción⁵ como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (Vargas Melgarejo, 1994)

4.3.1. Percepción que Poseen las Mujeres Entrevistadas en relación a la Prueba del Papanicolaou

“Señorita cuando asisto a mi control anual con el Dr. de Ginecología para que me haga el PAP me pongo nerviosa pasa que las enfermeras no esperan que me pueda alistar todo quieren rápido, como a ellas no les duele y luego el Dr. me dice que debo volver a sacar cita médica y eso es un calvario ya que no logro obtener una ficha aparte vivo lejos y con las labores de la casa una no puede ni salir.

También le comento que hay un un Dr. de Ginecología que es muy paciente y amable”. Test. 12

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

“No me realizo la prueba hace más de un año, la verdad no le encuentro tan importante ya que antes cada año me realizaba y me decían que estoy bien y que debo hacerme lavados vaginales por el flujo vaginal que tenía, esto a mi parecer solo se me presentaba cuando salía de esa prueba esto le digo porque sentía que me raspaban pero luego se estar tranquilizar”. Test. 18”

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

“Considero que la prueba ayuda a identificar alguna enfermedad como ser infección o en mi caso por los flujos vaginales, lo único malo es que al momento de tomar la prueba es molesto la parte baja pero aun que no me guste me realizó dos veces al año, ya que eso me indico el doctor en mi caso ya que tengo antecedentes familiares que tuvieron Cáncer de Cuello Uterino y eso tiene una tendencia a ser hereditario es una forma de control y prevención para luego no dar sustos a mis familiares”. Test. 40

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Según los testimonios respecto a la toma de prueba del Papanicolaou las mujeres consideran a solicitud del especialista en Ginecología. Los motivos señalados por las participantes respecto al Papanicolaou es un estudio que deberían hacerse las mujeres no solo como rutina sino como una forma de control.

Esta información muestra que las mujeres tienen confusiones respecto al Papanicolaou sin saber realmente en que consiste esta prueba y que enfermedades detecta.

El Papanicolaou es una prueba citológica inherente a la salud cuyo objetivo es detectar células normales o anormales (virus de papiloma humano, cérvix, cáncer uterino, verrugas genitales o VIH) en las mujeres, lo que implica que el conocimiento acerca de sus beneficios debe ser un tema de información persistente por todo el sistema de salud.

4.3.2. Percepción acerca de la Edad de Realización de la Prueba del Papanicolaou

“Desde mi punto de vista la prueba deberían realizarse desde su primer ciclo menstrual ya que es el inicio del cambio como se dice de niña a mujer, también se da un cambio hormonal, pero también deberían ir acompañadas ya que es complicado desvestirse ante extraños esto sin importar la edad yo aún recuerdo mi primer PAP fue muy incómodo hasta llegue a sentirme mal con migo misma a esto súmele el carácter del especialista”. Test. 9

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

“La valor está en el auto cuidado que debemos tener como mujeres y no creo que tenga mucha importancia la edad pero como control todas las mujeres deberían realizarse esta prueba del PAP minimo una vez al año, ya que toda enfermedad detectada se puede llegar a controlar sino será muy tarde ya que los médicos tampoco son magos para solucionar todo”. Test. 28

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

“En mi caso yo empecé a realizarme esta prueba desde los 17 años ya que tuve relaciones sexuales muy joven, y esto me recomendó el especialista ya que mi regla era variado por dos a tres días pero con los tratamientos que tuve más de medio año puedo decir ahora que se normalizo pero esto ahora me trajo otro problema que no puedo tener hijos yo recomendaría que toda mujer se cuide y asita a sus controles sin importar la edad”. Test. 36

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Los testimonios realizados a las pacientes permiten conocer su percepción acerca de la prueba de Papanicolaou.

Es importante mencionar que la muestra de Papanicolaou es para todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, sin importar la edad. Un artículo refiere que:

“Las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o mayores de 18 años, deben hacerse pruebas de Papanicolaou y exámenes físicos con regularidad. Sería bueno que las mujeres consulten a su médico acerca de la frecuencia con que deben hacerse estos exámenes”. (Siete, 2018).

Haciendo referencia que quienes deben realizarse la prueba o examen de Papanicolaou son todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual, frente a otras mujeres que tienen una idea incompleta las cuales deben realizarse la prueba de Papanicolaou son todas las mujeres que tienen 20 o más años.

Las mujeres mayores deben seguir haciéndose exámenes físicos con regularidad, entre ellos el examen pélvico y la prueba de Papanicolaou, las mujeres que han tenido resultados consistentemente normales en la prueba podrían preguntarle al médico con qué frecuencia deben hacerse la prueba y las mujeres que han tenido una histerectomía (cirugía en la que se extrae el útero, incluyendo el cuello del útero) deben consultar con su médico acerca de si tienen que seguir haciéndose el Papanicolaou con regularidad.

El interés por controlar permanentemente el estado de la salud de las mujeres debería ser una constante en la vida diaria, sin embargo, las mujeres muchas veces priorizan la salud y bienestar de todos los miembros de la familia postergando el propio. Suele observarse que se acude a la consulta cuando la persona presenta malestares que muchas veces son síntomas de patologías de cuidado, como el cáncer.

La importancia del Papanicolaou es importante para detectar los diversos tipos de cáncer Ginecológico, pero cabe recalcar que el término de enfermedad está mal definido y de la misma manera mal entendido, ya que la enfermedad se podría definir como un estado en el cual hay una alteración.

Es decir que la información está siendo mal interpretada por las mujeres entrevistadas refieren que la prueba del Papanicolaou no es importante ya

que se puede mencionar que las infecciones son producidas por microorganismos, (ya sean virus, bacterias hongos, o parásitos). Y en este caso existen distintos tipos de infecciones de transmisión sexual como ser:

- El chancro que es una enfermedad bacteriana que causa llagas o úlceras (piel abierta o lesiones) genitales (pene o vagina). El chancro se pasa de una persona a otra a través del contacto sexual de piel a piel que tiene lesiones o úlceras.
- La clamidia es una enfermedad transmitida sexualmente muy común, que es causada por una bacteria. Se estima que cada año hay más de 2.5 millones de nuevos casos de infecciones con clamidia, y ocurre con más frecuencia en la gente joven. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), se calcula que 1 de cada 15 mujeres sexualmente activas de 14 a 19 años tiene clamidia.
- La gonorrea es una infección curable causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Se transmite durante las relaciones sexuales vaginales, anales y orales (realizando o recibiendo).
- La hepatitis es un virus serio que puede atacar el hígado. El hígado es el motor del cuerpo. sin él, se fallecería. Los tipos de virus más comunes son la hepatitis A, hepatitis B y hepatitis C. La hepatitis D y E son menos comunes. Cada virus es diferente.
- El herpes lo causa un virus: **el virus del herpes simple (HSV, por sus siglas en inglés)**. El HSV forma parte de la familia de los virus llamados herpes virus. Esta familia incluye el virus Epstein Barr, que causa la mononucleosis y el virus de la varicela zoster que causa la varicela. Aunque existen muchos virus en la familia del herpes virus, cada uno de ellos son virus separados y distintos uno del otro.
- Las ladillas o los piojos púbicos (o “crabs” en inglés) son bichitos pequeños que chupan sangre y viven en el pelo púbico (pelo del área del pene o la vagina). Las ladillas tienen tres etapas de vida:

huevo, liendre y piojo. Las liendres nacen dentro de cinco y 10 días después de incubadas. Estos causan mucha picazón.

➤ La sarna es una infestación de la capa superior de la piel causada por un parásito. El parásito hembra penetra debajo de la piel y comienza a poner huevos a las pocas horas de la infección y continúa, ponen de 2 a 3 huevos diariamente. Se tarda unos 10 días para que los huevos eclosionen y se convierten en bichitos adultos. En este punto, el ciclo comenzará de nuevo.

➤ La sífilis es una infección curable, causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*. La bacteria ingresa al cuerpo a través de las membranas mucosas o piel erosionada (roto o cortado). Una vez dentro del cuerpo, la sífilis entra en el torrente sanguíneo y se adhiere a las células, generando órganos dañinos a lo largo del tiempo.

➤ La enfermedad transmitida sexualmente más peligrosa es causada por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano). El VIH ataca las mismas defensas del cuerpo (sistema inmunológico) que ayudan a combatir enfermedades, por lo tanto, este sistema llega a no funcionar bien por causa del VIH. Si no se toman las medicinas para tratar el VIH, el VIH puede llegar al SIDA y hasta puede terminar en muerte.

➤ El virus del papiloma humano (VPH) es el nombre de un grupo de virus común. Hay más de 100 tipos diferentes del VPH. Ciertos tipos de HPV causan verrugas en las manos, los pies o los genitales (pene o vagina), y se llaman “bajo riesgo”. Los tipos del VPH que causan verrugas que se pueden ver en los genitales (vulva, vagina, pene o los testículos) o en el ano (trasero) son diferentes a los que causan verrugas en las manos y los pies. Hay otros tipos, que se llaman “alto riesgo.” que pueden crear células anormales (que cambian y no son saludables) en el cérvix o en el ano, y en algunos

casos, pueden desarrollar cáncer después de muchos años sin tratamiento.

Como se puede observar realizarse la prueba de Papanicolaou es de gran importancia para prevenir muchas enfermedades que pueden tratarse. Asimismo, es una medida para la prevención del Cáncer Cérvico Uterino.

4.3.3. Percepciones de las Mujeres Entrevistadas sobre la importancia de la Colposcopia

“Perdón que es la colposcopia yo no escuche nada al respecto y perdone pero debe ser más doloroso que el PAP solo de escuchar el nombre me asuste tendría que informarme para opinar”. Test. 24

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

“Ni idea la verdad, imagino que debe ser un tratamiento similar a la quimioterapia o tal vez es un estudio como la tomografía que de hecho debe ser carito”. Test. 31

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

“No sé qué será, ni cual el fin de la colpos eso me pregunto verdad ni como inventar una respuesta discúlpeme es esta pregunta me aplice”. Test. 6

Fuente: Elaboración propia en base a la entrevista, de las pacientes del Policonsultorio de la CSBP regional La Paz 2019

Es importante mencionar que la Colposcopia es una prueba diagnóstica para verificar la presencia y/o tipo de pre-cáncer o cáncer con el objetivo de guiar la biopsia en cualquier área que aparezca anormal. Es un examen visual del cuello del útero durante un examen ginecológico por medio de un instrumento llamado colposcopio. Las lesiones de alto grado son pre-cáncer moderado o severo y deben ser tratadas. La colposcopia no causa más molestias que cualquier otro examen con espéculo ni causa efectos secundarios.

Es importante realizar seguimiento a la biopsia ya que es la única manera de determinar si un área anormal es cáncer y consiste en extraer un pequeño fragmento de tejido del área que parece anormal para examinar las células o tejidos del cuello del útero bajo el microscopio. Los resultados

de la biopsia con alteraciones deben ser evaluados por el especialista y referidos inmediatamente para su tratamiento.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

Luego de realizar el diagnóstico, a través de las encuestas realizadas a mujeres en edad fértil se identificaron los siguientes problemas:

1. Escasa información acerca de la toma de muestra del Papanicolaou y el Cáncer Cérvico Uterino.
2. Insuficiente información de las pacientes del Policonsultorio CSBP respecto a la patología del CACU y sus consecuencias
3. Insuficiente apoyo de la familia para el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva.
4. Disminuida información de las pacientes respecto al examen de colposcopia.
5. Apatía de las mujeres frente a la realización de la prueba de Papanicolaou / examen de colposcopia.
6. Omisión de acciones de sensibilización por parte del personal acerca de la temática abordada no solo a las mujeres sino también a sus parejas.
7. Falta de programas de seguimiento a pacientes con CACU.

4.5. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Identificados los problemas y con el propósito de realizar la priorización del problema a ser intervenido se recurre a la tabla de Hanlon. Los criterios para clasificar los problemas se basaron en su nivel de incidencia, vale decir que existen problemas que podrían ser controlables y otros que conllevaría diversas condiciones para ser controlados. Los criterios utilizados en la matriz de Hanlon son:

- Magnitud: este criterio permite determinar el tamaño del problema incluyendo la frecuencia del problema.

- Viabilidad: se refiere a la probabilidad que existe en aquello que se pretende o planea para efectivizarlo
- Factibilidad: se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo dichos objetivos o metas
- Trascendencia: permite valorar las repercusiones o consecuencias psicosociales, socioeconómicas en el daño del individuo, familia o sociedad.
- Vulnerabilidad: es un indicador que mide cuanto afecta el bienestar de los individuos es decir la presencia de riesgo y resistencia a los efectos de un problema.

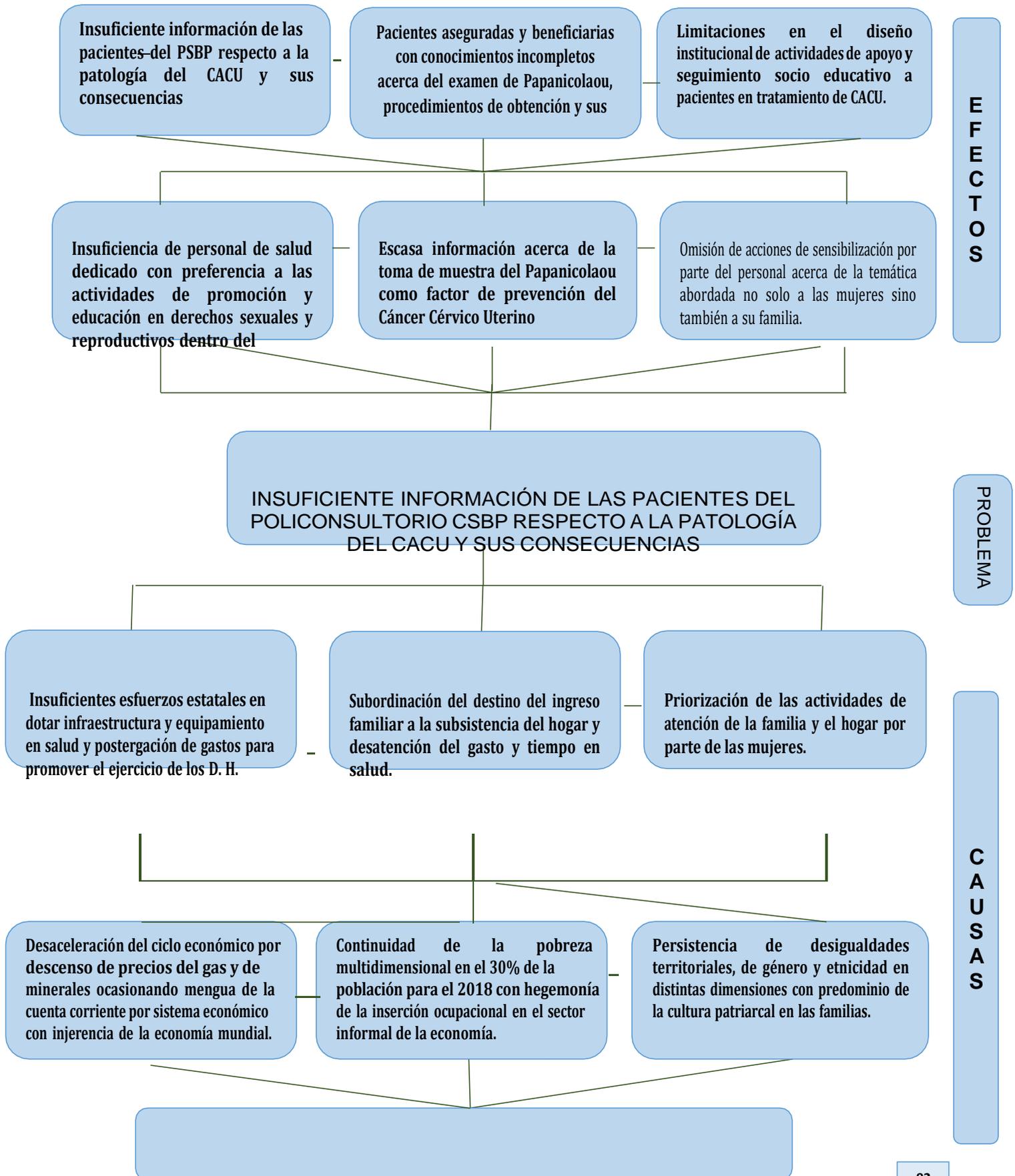
CUADRO N° 15

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

N°	Problemas Identificados	Magnitud	Viabilidad	Factibilidad	Trascendencia	Vulnerabilidad	Total
1.	Escasa información acerca de la toma de muestra del Papanicolaou y el Cáncer Cérvico Uterino	4	3	3	3	4	17
2.	Insuficiente información de las pacientes del Policonsultorio CSBP respecto a la patología del CACU y sus consecuencias	5	5	5	5	5	25
3.	Disminuida información de las pacientes respecto al examen de colposcopia	4	3	3	3	4	17
4.	Apatía de las mujeres frente a la realización de la prueba de Papanicolaou / examen de colposcopia	5	3	5	5	3	21
5.	Omisión de acciones de sensibilización por parte del personal acerca de la temática abordada no solo a las mujeres sino también a sus parejas	4	4	4	4	4	20
6.	Falta de programas de seguimiento a pacientes con CACU	4	4	4	3	3	18

FIGURA N° 2

ÁRBOL DE PROBLEMAS



ESTRUCTURA ECONÓMICA, SOCIAL Y CULTURAL DE BOLIVIA

4.6. EXPLICACIÓN DEL PROBLEMA

Toda situación socioeconómica que atraviesan las personas y familias tiene su explicación en las condiciones que presentan las estructuras socioeconómicas y culturales del país. En ese sentido, si se trata de explicar la actitud de las personas aseguradas y beneficiarias que asisten al Policlínico de la Caja de Seguro de la Banca Privada, es importante referirse a elementos que tienen que ver con elementos atinentes a los aspectos de producción, de empleo y de conductas respecto de la actitud frente a la prevención y atención de la patología del Cáncer Cérvico Uterino.

Una característica estructural se extrae de la aseveración de Fernando Jiménez (2021): *“La economía boliviana está fuertemente vinculada al contexto externo. Lo que pasa en el mercado internacional, especialmente en cuanto a materias primas, impacta fuertemente en el ambiente y en el clima de negocios de los países de la región”*.

Abordando los componentes de la estructura económica, social y cultural del país se apela a la siguiente afirmación:

Al inicio del siglo XXI Bolivia presentó mejoras en los indicadores de pobreza y desigualdad monetaria siguiendo la tendencia de América Latina. Sin embargo, todavía persisten diferencias significativas por área geográfica -urbana y rural-. Se observa una diferencia de pobreza moderada urbana rural de 26.91 puntos porcentuales y una diferencia de pobreza extrema urbana rural de 25.31 puntos porcentuales en 2017. (Wanderley, 2018, Pág. 1).

Respecto de la pobreza, Velásquez y Torres, evaluando la economía y desarrollo en Bolivia, identifica tres periodos: Ex Ante a la Bonanza¹ 1996 a 2005; Periodo de Bonanza: 2006 a 2013 y Periodo Ex Post a la Bonanza: 2013 a 2018. Aclaran que no se debe considerar la falta de dinero como único indicador de pobreza, pues las personas que están por debajo de la línea de la pobreza consideran que su experiencia de pobreza es mucho más amplia que la carencia de ingresos. . (Velásquez y Torres, 2019, Pág.135).

¹ La información que utiliza el documento de INESAD se basa en las encuestas de hogares que publica el INE. Las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH), las Encuestas Integradas de Hogares (EIH), las Encuestas Nacionales de Empleo (ENE) y las Encuestas de Medición de las Condiciones de Vida (MECOVI).

Por tanto, la pobreza es un fenómeno multidimensional que comprende aspectos relacionados con las condiciones de vida que vulneran la dignidad de las personas, limitan sus derechos y libertades fundamentales, impiden la satisfacción de sus necesidades básicas e imposibilitan su plena integración social. (ibid.).

En el documento se menciona que:

En el periodo Ex Ante a la Bonanza más del 50 por ciento de la población se encontraba en el umbral de la pobreza multidimensional en el 2000 el 65 por ciento la cifra más alta de este periodo, quizás dos factores influyeron predominantemente nos encontrábamos en una fase del ciclo recesiva entre 1999 y el 2002, la desaceleración por efecto de factores externos influyó negativamente en la distribución del ingreso y también en indicadores del bienestar (salud, educación, pobreza y equidad entre otros). (Velásquez y Torres, 2019, Pág. 135).

Wanderley en el documento ya citado se refiere a este aspecto:

Al inicio del siglo XXI Bolivia presentó mejoras en los indicadores de pobreza y desigualdad monetaria siguiendo la tendencia de América Latina. Sin embargo, todavía persisten diferencias significativas por área geográfica -urbana y rural-. Se observa una diferencia de pobreza moderada urbana rural de 26.91 puntos porcentuales y una diferencia de pobreza extrema urbana rural de 25.31 puntos porcentuales en 2017. (...) es necesario complementar el análisis con indicadores de acceso a bienes y servicios básicos. El análisis de la evolución del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas² también muestra una tendencia positiva. Sin embargo, la desigualdad urbana/rural por NBI es aún mayor que los indicadores monetarios, de alrededor de 52 puntos porcentuales según el Censo de Población de 2012. (Wanderley, 2018, Pág. 4).

Velásquez y Torres, (2019, Pág. 135), afirman que en el *periodo de Bonanza* se verificaron avances en los indicadores de bienestar, debido al efecto distributivo de los ingresos del gas y los minerales que se encontraban en un contexto de precios internacionales elevados que incidían en la acumulación y distribución de la renta, asimismo las remesas influyeron para que las familias, muchas de

² El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) mide el acceso de la población a educación, salud, vivienda y servicios de agua y alcantarillado.

ellas pobres, mejoren su ingreso e inviertan en estructuras residenciales, los bonos y/o transferencias condicionadas a los vulnerables (niños, mujeres embarazadas y ancianos) que junto con las mejoras salariales determinaron avances sustanciales, pero no suficientes en materia de pobreza y desigualdad. En este periodo de bonanza (2006-2013) la pobreza multidimensional se reduce en 18 puntos porcentuales con respecto al 2006 llegando a representar en el 2013 que el 32 por ciento de la población se encuentra en el umbral de la multidimensionalidad de la pobreza. (Ibid.).

Con relación al periodo *Ex -post de la Bonanza*, que abarca de 2014 a 2018, el documento expresa que:

Es caracterizado por una desaceleración del ciclo económico boliviano debido a que los precios del gas y de los minerales descendieron, consecuentemente la renta nacional disminuyó y la economía se enfrentó a déficits comerciales tanto en cuenta corriente como en cuenta capital de la balanza de pagos, por lo que la pobreza multidimensional se mantuvo como indicador constante y estática, en el 2014 alcanzó al 31 por ciento de la población y el 2018 representó el 30 por ciento de la población, alrededor de 3.456.300 bolivianos se encuentran en el umbral de la pobreza multidimensional. Ante la desaceleración del ciclo económico la disminución de la renta por exportación de materias primas se prevé una restricción presupuestaria que limitaría y perjudicaría avances en reducción de pobreza multidimensional por lo que en el mediano plazo la situación es incierta en lo que respecta a este indicador. (Ibid. 136).

Respecto a elementos de ocupación se recupera esta información: manifiesta lo siguiente:

Respecto a la población ocupada según sector de actividad, el sector familiar siguió ocupando más de la mitad de la población ocupada total (55,31%) mientras que el sector semi- empresarial ocupó 12,9% y el empresarial 19,8% en 2017. La ocupación masculina y femenina incrementó en el sector estatal mientras decreció la ocupación femenina en el sector doméstico en este periodo. Esta misma tendencia se observa en la ocupación por tamaño de establecimiento. (...) En 2005 el 61,5% de la población ocupada tenía trabajo en establecimientos de menos de cuatro trabajadores, proporción que subió en 2017 a 65,92%. (Wanderley, 2018, Pág.14).

A nivel latinoamericano, Bolivia ha sido uno de los países con mayor desigualdad en la región, sin embargo, la desigualdad vertical se ha reducido de manera significativa en los últimos años en especial en el periodo de bonanza entre el 2006 y el 2013. (Ibid.)

En términos de la desigualdad de género, la inserción ocupacional de las mujeres siguió caracterizada por trabajos independientes, en el sector familiar y en establecimientos de menos de cuatro trabajadores. Las brechas de ingreso disminuyeron tanto por nivel de calificación, relación laboral y rama de actividad. Sin embargo, las diferencias de remuneración de las mujeres en relación a los varones todavía persisten (Wanderley, 2018, Ibid.)

Con referencia a la salud, el diagnóstico de referencia, *indaga sobre la situación de los que se sienten excluidos de la atención médica.*

A través de las opiniones expresadas en la última Encuesta de Demografía y Salud en Bolivia (ENDSA 2016), se investiga la población afectada por la exclusión en salud y las razones subyacentes que les inducen a reprimir su demanda de salud cuando se sienten enfermos. La hipótesis principal que se desprende del marco empírico disponible es que la exclusión es un fenómeno medible y caracterizarle; motivado, en Bolivia, principalmente por razones económicas, como la falta de dinero. (Ibid.: 196).

La decisión de no acudir a un centro médico en 2016 tuvo como causa principal, en un 62,5% de los casos, las deficiencias percibidas en el sistema de salud. El estudio enfatiza:

Hoy día ser mujer ya no es una desventaja para acudir a servicios médicos; pero es un condicionante negativo el tener muy pocos estudios escolares, vivir en el área rural, en los valles y ser de habla aimara (Ibid.: 219). (...) si bien no se encuentra una relación significativa entre ser mujer y las situaciones de exclusión en salud, algunos ejercicios adicionales apuntan a analizar más a fondo las desventajas que podrían enfrentar las mujeres jefes de hogar y las niñas que son hijastras. Entre los hombres se ha notado cierta desventaja por razones económicas (respecto a las

mujeres) entre los varones maduros (alrededor de los 55 años). (Ibid., 220).

Uno de los elementos importantes en lo que atinge al acceso de la población a los servicios se relaciona con la actitud de la población para optar el tipo de respuesta de las personas que se sienten con alguna patología o síntoma de malestar.

No obstante, la afirmación de que: *Una buena noticia es que hoy solo un 10,2% de los enfermos recurren a alternativas de salud no institucionales, mientras que hace casi 20 años, lo hacían un 37% (Ibid.),* no implica que el 78% restante que acude a los centros de prestación de servicios sanitarios, adopte las recomendaciones y/o tratamientos que son asignados a usuarios y usuarias.

Muchas/os de estos/as pacientes ya no vuelven al establecimiento de salud o no cumplen con las prescripciones médicas por dos posibles razones. La primera, relacionada directamente con la atención que se brinda en los servicios de salud, es el trato que reciben en los establecimientos. La investigación: *Patrones entre las interacciones entre personal de salud y usuaria y usuarios* (Castro, et. al. 2016, Pág. 17) concluye con aseveraciones acerca del tema mencionando, entre otros los siguientes:

Acerca de la atención se mencionan la importancia de una atención oportuna y la disponibilidad de horarios; las respuestas a las necesidades de la consulta, disposición de equipamiento, medicamentos gratuitos, así como el empleo de habilidades de la escucha activa y el uso y conocimiento del idioma de los usuarios. (Ibid.).

Los aspectos mencionados tienen relación con las condiciones de ejecución de la política sanitaria boliviana. El sistema de salud nacional es calificado como fragmentado. A continuación, se mencionan algunos desafíos:

El principal reto que enfrenta el sistema de salud boliviano es disminuir la exclusión actual de la gran mayoría de la población del sistema de salud. El subsistema de seguridad social, que concentra la mayor parte de los recursos, afilia a un reducido porcentaje de la población, que es el sector español-parlante y perteneciente al quintil más alto de ingresos, mientras que el subsector público

ofrece cobertura a 42% de la población, en su mayoría de los pueblos indígenas, y sólo cuenta con 21% de los recursos públicos. Esta inequidad de acceso se ve reflejada en las enormes brechas en los valores de los principales indicadores de salud. Otros desafíos constituyen: la debilidad de la rectoría del MSD, que se expresa en su incapacidad para regular aspectos sanitarios, administrativos y financieros en cada uno de los subsistemas; la gestión de los recursos humanos pues más de la mitad de los establecimientos de salud del área rural son responsabilidad de auxiliares de enfermería y promotores de la salud; y la diversidad cultural es una de las variables que más influyen en el acceso y que debe atenderse en los programas de formación de recursos humanos y establecimientos de unidades de salud. (Ledo y Soria, 2010, Pp. 83 - 86).

La decisión de asistir al establecimiento de salud para recibir atención corresponde a las representaciones sociales³ que cada persona alberga acerca de las molestias que siente, de las posibles causas que las estén originando, de la potencial alternativa aconsejable que deba asumir, las expectativas que cobija acerca de su restablecimiento, etc., que se relaciona con el nivel de instrucción, el entorno geográfico, las costumbres, el tipo de ocupación entre otros factores.

La segunda tiene que ver con aspectos de tipo cultural. Cada una de las pacientes que asisten al Policonsultorio son portadoras del imaginario que albergan contenidos de salud y curación de enfermedades que le son transmitidos a través de la familia y del entorno inmediato de su cotidianidad.

Uno de los contenidos del imaginario⁴ de las personas tiene relación con la salud y la enfermedad y, consiguientemente con las prácticas de curación y/o formas de aliviar malestares. En tanto este bagaje simbólico es transmitido de generación a generación y tiende a persistir o permanecer en el ámbito subjetivo de las personas, su pervivencia puede manifestarse a través de

³ La representación social corresponde a un aspecto más cercano del conocimiento humano. Se centra en sintetizar y concretar ideas e información, para convertirse en conocimientos de sentido común. Esto es, significados, clasificaciones, aprendizajes e información que se convierten en familiares para los miembros que lo comparten. En este sentido, la representación social adquirirá cierta función social que le asignarán los sujetos para actuar y conocer el mundo. (Moreno, 2015, Pág. 100).

⁴ En términos generales y explicativos, los imaginarios son más autónomos con respecto a las estructuras, pues, su característica principal, es la imaginación de una visión del mundo distinta a lo que se nos presenta como lo "normal", "establecido" o "natural". Esto es, que implica un conjunto de supuestos e ideales que, si son compartidos e interiorizados por los miembros de un grupo o nación, prescribirá, articulará y normará las posteriores e inmediatas acciones. Estructurará representaciones y discursos, que se manifiestan en las narraciones sociales gestadas en las interacciones y relaciones socialmente establecidas.

representaciones sociales⁵, comprobándose el sincretismo en diferentes estamentos de la población boliviana y de La Paz. Así se puede observar que la población usuaria de los servicios, con niveles de instrucción superior, cree en y practica ciertas costumbres relativas a la salud que tienen una explicación de origen sobrenatural y científica (sincretismo); prácticas más frecuentes en población migrante del área rural de segunda generación. Es importante recordar que, los/as profesionales universitarios (usuarios de los servicios) suelen experimentar la influencia de los progenitores para llevar a la acción, simultáneamente con prescripciones médicas, prácticas que no pertenecen precisamente a las recomendaciones de facultativos que practican la medicina biologicista u occidental⁶ de forma ortodoxa.

Son manifestaciones subjetivas de las mujeres a las que no llegó la acción estatal de promover la aplicación de la nutrida normativa referida a la promoción del ejercicio de los derechos a la salud, porque el Estado además de emitir leyes no se preocupó suficientemente como para que dicho contenido sea apropiado por la población objetivo. La promulgación de leyes tiene que ir aparejada de estrategias, programas, y/o proyectos que proveyendo los fondos suficientes vigilen el cumplimiento de esas decisiones.

A las insuficiencias programáticas del Estado se añaden las circunstancias individuales y familiares de muchas mujeres que deben atravesar condiciones de sobrecarga de obligaciones laborales y domésticas (predominio de la cultura patriarcal), en la familia cuyos miembros se encuentran dispersados por obligaciones estudiantiles y laborales sin la dedicación suficiente para asignarle tiempo a las mujeres del núcleo familiar con dolencias y cooperar con la atención de la salud. Entre las situaciones personales y de familia mencionadas, debe agregarse la apatía de las mujeres frente a medidas preventivas contra el CACU (la prueba de Papanicolaou), pues relegar esta medida anticipada puede expresar también un insuficiente conocimiento del riesgo o bien considerar que está protegida únicamente por fuerzas sobrenaturales. Al respecto, según el

⁵ En este documento se utiliza indistintamente las nociones de imaginario y representaciones sociales. "Las nociones de representaciones e imaginarios pueden articularse de manera complementaria (debido a la naturaleza simbólica de ambas nociones), las cuales pueden ser visibilizadas en la prensa escrita, permitiendo profundizar los análisis y proponer una interpretación basada en la articulación de elementos discursivos sociales y políticos. Segovia, Basulto y Zambrano(2018, Pág. 100).

⁶ Como se suele denominar a quienes ejercen aquella ciencia que se imparte en las universidades

Ministerio de Salud, *Bolivia tiene los más bajos indicadores de cobertura del Papanicolaou a nivel regional cuyas causas probablemente sean factores culturales y de accesibilidad en el servicio de salud.* (Terrazas, 2019, Pp. 9).

Por el lado del servicio de salud, también se presentan limitaciones que conspiran contra la optimización de la aplicación de la atención de salud del establecimiento hacia las pacientes con CACU, pues existe desinterés por controlar eficientemente la observancia de las prescripciones médicas, así como para efectuar un seguimiento escrupuloso a pacientes de CACU, se advierte indiferencia a la importancia de informar adecuadamente a toda paciente mujer acerca de la toma de muestra del Papanicolaou, y finalmente no se considera el núcleo familiar como población objetivo de las mujeres con diagnóstico de CACU.

En el marco del diagnóstico efectuado con aseguradas y beneficiarias del PSBP, se puede evidenciar que, sobre un total de 736.296 consultas a nivel nacional únicamente el 12% corresponden al consultorio externo del servicio de ginecología; dato que permite inferir que no existe una gran demanda de consultas dentro de las que se pueden consignar las necesidades de control de PAP. Respecto al conocimiento y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos se estableció que, no obstante que el 83% conoce los derechos sexuales y reproductivos, no mencionan todos ellos y sobre éstos únicamente el 76% los ejerce; se puede constatar asimismo que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos alcanza al 95%, aunque sólo son utilizados por el 79%. Estos datos pueden ser alentadores, sin embargo, las percepciones acerca del Cáncer ocasionan preocupación, pues a la pregunta “Según usted, ¿qué es el cáncer?” responden: *enfermedad mortal, muy terrible, una de las peores enfermedades, me da miedo, me asusta.* El miedo, si bien se afirma que implica una reacción adaptativa que prepara a la persona para actuar ante un posible peligro, también se asevera que, ante el miedo, el cuerpo reacciona produciendo una secuencia de efectos, tanto físicos como psicológicos. (Nicuesa, 2018, Pp. 1). Por otra parte, se verifica imprecisión en el conocimiento acerca del examen de PAP. Estos datos tienen que ver con las condiciones en las que se desenvuelven las familias y las personas. Condiciones que el servicio de salud tiene que asumir y

cumplir con la demanda implícita de difundir información acerca de esta patología y su prevención; asimismo tiene que coadyuvar a fortalecer la corresponsabilidad de las mujeres apoyando su involucramiento en la fidelidad del cuidado de la salud de las aseguradas y beneficiarias. No es suficiente saber que el cáncer es prevenible, se tiene que conocer que uno de los medios que conducen a la prevención es precisamente la prueba de Papanicolaou, información que no es parte del dominio de las participantes del diagnóstico.

El impacto del componente de conocimientos y actitudes atraviesa muchas de las manifestaciones que identificó la explicación del problema. No es suficiente sentir miedo y pensar en cuidarse de una amenaza, sino más bien en ampliar conocimientos y asumir acciones para enfrentar situaciones de riesgo. *Ninguna mujer debería morir por cáncer cervicouterino, ya que es una enfermedad que se puede prevenir.* (OMS/OPS, 2020. Pp. 7).

4.7. PROGNOSIS

Una población informada, acerca de las condiciones elementales que debe regir su comportamiento cotidiano con proyecciones de conservar la salud y prevenir enfermedades, constituye la base para construir una ciudadanía caracterizada por una vida saludable.

Por el contrario, si se resigna esta conducta proactiva en la vida cotidiana y se la deriva únicamente al conjunto de obligaciones relativas a la subsistencia prescindiendo de la preocupación por la salud, se continuará lamentando condiciones de pérdida de la salud y de la vida de la población y de las mujeres en particular.

En ese sentido, teniendo como un importante capital la base institucional y funcional de la Caja de Salud de la Banca Privada, se considera importante y necesario desarrollar acciones encaminadas a revertir los problemas identificados. Se ha demostrado que las estadísticas sobre la salud de la mujer son alarmantes y muestran la envergadura del problema, ya que tres de cada cinco mujeres llegan a la muerte por causa del Cáncer Cérvico Uterino, por no haberse sometido al examen, el cual le hubiera evitado no solo la muerte, sino

incluso la enfermedad en sí. Y si no se interviene en esta situación estas estadísticas podrían incrementarse en poco tiempo, es por eso que es sumamente importante intervenir en esta situación que cada día preocupamuchos más.

4.8. LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS

Líneas de Acción	Actividades
Educación Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación, organización, ejecución, seguimiento y evaluación de procesos educativos/ informativos sobre el tema de derechos en Salud Sexual y Reproductiva, con el empleo de metodologías a nivel individual y grupal. Se considerarán participantes adultas y adolescentes.
Organización Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseño e implementación de procesos de organización y participación social. ➤ Conformación de equipos. ➤ Apoyo en la organización y reorganización de grupos. ➤ Facilitación de procesos de participación social con las y los asegurados.
Promoción Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se diseñarán y desarrollarán procesos de información y comunicación sobre el tema de Salud Sexual y Reproductiva. ➤ Se diseñarán materiales referentes al tema de Derechos en Salud Sexual y Reproductiva.
Asistencia Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo al proceso de recuperación de la mujer afectada por la patología.

CAPÍTULO V

PROYECTO DE ACCION

PERFIL DE PROYECTO

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

5.1.1. Nombre del Proyecto:

“PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO SOCIAL PARA PREVENIR EL CACU”

5.1.2. Ubicación Geográfica:

El proyecto se desarrollará en el macro distrito centro, distrito I de la Ciudad de La Paz.

5.1.3. Beneficiarias/os:

a) Directas:

160 aseguradas y beneficiarias de 19 a 59 años de edad que asisten al servicio de ginecología del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada Regional La Paz.

b) Indirectos:

Familiares de 160 aseguradas y beneficiarias participantes del proyecto.

5.1.4. Institución Responsable:

El equipo responsable de la ejecución del proyecto, estará integrado por las Trabajadoras Sociales del Policonsultorio de la CSBP del Macrodistrito centro, distrito I de la ciudad de La Paz.

5.1.5. Periodo de Tiempo de Ejecución:

La implementación y ejecución del proyecto tendrá una duración de 11 meses.

5.1.6. Costo del Proyecto:

El costo del proyecto alcanzará a Bs.103.133.- (Ciento tres mil ciento treinta y tres bolivianos). Será financiado por el CSBP.

5.2. ANTECEDENTES

La implementación del proyecto surge del resultado del diagnóstico temático sobre conocimientos de la población femenina asegurada y beneficiaria acerca de la patología del CACU y acerca de sus actitudes respecto a las medidas de prevención que ofertan los servicios del Poli consultorio de la CSBP Regional La Paz. Dicho diagnóstico constituyó un componente de la pasantía, –efectuado en dicha institución por la universitaria Mavy Dabeida Ledezma Linares (2019), – que se propuso promover el incremento de aseguradas y beneficiarias con realización de pruebas de Papanicolaou, a fin de prevenir los riesgos de ser afectadas por el CACU así como fortalecer los procesos de atención a las pacientes de dicha patología.

Con dicha finalidad se emprendió la realización de un diagnóstico que identificara los aspectos inherentes a las particularidades de la situación presentada, –en el Policonsultorio de la CSBP, –en sentido del insuficiente número de pruebas de Papanicolaou observada en los reportes institucionales.

La información obtenida, a través de la aplicación de instrumentos cuali-cuantitativos a las mujeres que solicitan atención en el Policonsultorio de la CSBP, identificó percepciones incompletas e insuficientes acerca de la patología del CACU, sobre la toma de muestra de Papanicolaou y otras precisiones, que indujeron a plantear la realización de un diagnóstico que ilustrara una estrategia encaminada a revertir tal situación, diagnóstico que identificó causas y efectos a través de la técnica del árbol de problemas. El diagnóstico culminó con la formulación del problema principal: *Insuficiente información de las pacientes del Policonsultorio CSBP respecto a la patología del CACU y sus consecuencias* priorizado a través del método de Hanlon. Los elementos causales y condicionantes que se analizaron con la contribución teórica correspondiente condujeron a la formulación del proyecto, cuyo perfil se presenta a continuación.

5.3. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se fundamenta en la trascendencia de la temática que aborda. Se trata de coadyuvar a la disminución de riesgos que enfrentan las mujeres frente a la amenaza de desarrollar una patología grave como es el Cáncer Cérvico Uterino. Su importancia está expresada en las estadísticas de su incidencia:

En 2018, más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de Cáncer Cérvico Uterino y casi 34.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2020, Pp. 1-2).

Otra estadística del mismo organismo refiere:

El cáncer Cérvico Uterino es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en Belice, Bolivia, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela. Es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres en Brasil, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Jamaica, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tobago. (Organización Panamericana de la Salud, 2018, Pág. 1)

Tal como afirma la jefatura de la Unidad de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud, es inamisible que las mujeres mueran hoy por una enfermedad que en gran medida se puede prevenir, aseveración que conduce a tomar en cuenta las formas de prevenir que se encuentren al alcance de las mujeres del país, en este caso de Bolivia.

El cáncer Cérvico Uterino es prevenible a través de la vacunación contra el VPH. Desde hace más de una década, existen vacunas que protegen contra los tipos comunes de virus del papiloma humano (VPH) que causan cáncer. La OPS recomienda aplicar esta vacuna a las niñas de 9 a 14 años. Además de la vacunación, el tamizaje¹ y el tratamiento de las lesiones precancerosas pueden evitar casos nuevos y muertes, y tienen el potencial de, con el tiempo, eliminar

¹ La Organización Mundial de la Salud ha definido tamizaje como: *El uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas. Podemos señalar que las pruebas de tamizaje: No diagnostican; más bien seleccionan a las mujeres que requieren otra valoración adicional en el caso del cáncer de cuello uterino por ejemplo la colposcopia y eventualmente biopsia.* (Ministerio de Salud y Deportes, 2013, Pág. 26).

el cáncer Cervico Uterino como problema de salud pública. (...) existen brechas de acceso a los servicios de tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas, y la cobertura de tamizaje no llega a la meta de 70% de las mujeres de entre 30 y 49 años. Se estima que al menos 32 millones de mujeres necesitan realizarse la prueba de detección del cáncer Cervico Uterino en la región. (Organización Panamericana de la Salud Bolivia, 2018, Pp. 5-6).

En lo que concierne a Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes informó que:

De forma diaria tres mujeres mueren por cáncer de cuello uterino, en ese marco, hizo el lanzamiento oficial de la campaña de detección precoz de la enfermedad a través de los exámenes de Papanicolaou. (Ministerio de Salud y Deportes, 2019, Pp. 1).

Como se puede deducir, la gravedad de la patología y la necesidad de intervención a partir de la infraestructura institucional, así como la probabilidad de su aplicación son elementos que fundamentan el proyecto.

Un segundo factor que justifica este proyecto es la posibilidad de demostrar que la metodología, que se plantea para su ejecución, puede constituirse en un proceso a ser emulado en otros establecimientos sanitarios de similares características, sin la necesidad de adicionar construcciones ni equipamiento sino con la utilización del que poseen los centros de salud de primer nivel de atención.

El tercer elemento de fundamentación se refiere a la profesión del Trabajo Social, que estará en condiciones de extrapolar la metodología específica para incorporarla a su estatuto teórico y de procedimientos metódicos propios.

5.4. PROBLEMA QUE ENCARARA EL PROYECTO

El problema que encarará el proyecto está relacionado con las insuficiencias de conocimiento acerca del CACU y las consecuencias que origina en las mujeres incrementando los riesgos de desarrollar la patología.

El contenido de los conocimientos de las personas sobre los tópicos de salud tiene múltiples causas y/o condicionantes y el desarrollo de la ciencia ha definido estrategias para su abordaje. Una de ellas está relacionada con aspectos

inherentes a la educación en sus múltiples teorías, modelos y estrategias, que en esta propuesta asume una elección.

Por otra parte, la disciplina de Trabajo Social en su perfil profesional contempla funciones y competencias que se aplican en la atención a las personas, familias y comunidades, integrando acciones que articulan la necesidad de reflexionar acerca de las representaciones sociales de las aseguradas y beneficiarias del CSBP acerca del CACU particularmente y coadyuvar en los procesos de tratamiento de las mujeres que requieran fortalecer sus capacidades para asumir procedimientos necesarios según prescripción médica.

En ese sentido, el proyecto contempla dos componentes: uno educativo y otro de atención por el Trabajo Social a través de sus planteamientos profesionales. El proyecto postula una articulación de los componentes cognitivos y de comportamientos, enlazando elementos del imaginario y práctica cotidiana de las personas acerca de la salud – enfermedad.

5.5. OBJETIVOS Y METAS DEL PROYECTO

5.5.1. Objetivo General

Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las aseguradas y beneficiarias del Policonsultorio de la CSBP, fortaleciendo las actividades de prevención y atención, con el fin de disminuir la tasa de morbi-mortalidad del CACU.

5.5.2. Objetivos Específico

- a) Desarrollar un programa de información, educación y comunicación a través de actividades presenciales, semipresenciales con aseguradas y beneficiarias que concurren al consultorio de Ginecología del CSBP para prevenir el CACU.
- b) Implementar un programa de atención individualizada y familiar con aseguradas y beneficiarias que concurren al consultorio de Ginecología del CSBP referidas a Trabajo Social por confrontar situaciones familiares a causa del diagnóstico CACU confirmado.

5.5.3. Metas por Objetivos

Meta para el Objetivo a)

- 2 ciclos de eventos presenciales/ semipresenciales sobre SSR y CACU para aseguradas y beneficiarias del CSBP con informe final ejecutados en el primer semestre de desarrollo del proyecto.

Metas para el Objetivo b)

- 100% de los casos referidos a Trabajo Social para atención individualizada y familiar registrados con informes favorables de la encuesta de satisfacción concerniente a la atención prestada por las Trabajadoras Sociales del CSBP, hasta la finalización del proyecto.

5.6. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto integra dos componentes: uno educativo (Objetivo específico1) y otro de intervención individualizada y familiar (Objetivo específico2) y será ejecutado en fases metodológicas.

El proyecto “*PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO SOCIAL PARA PREVENIR EL CACU*”, constituye una propuesta de intervención social que plantea la pasante de Trabajo Social, con el fin de que sea aplicado en el marco institucional del Policonsultorio de la Caja de Salud Banca Privada.

Comprende dos componentes: uno de Información y Educación y otro de Atención Individualizada y Familiar que en el marco lógico se presentan como Resultado/ componente 1 y Resultado / componente 2 respectivamente, a desarrollarse con pacientes del Policonsultorio de la Caja de la Banca Privada.

5.6.1. Componente Información y Educación para Aseguradas y Beneficiarias del Policonsultorio de la Caja de la Banca Privada Regional La Paz

Este componente se propone generar, en las aseguradas y beneficiarias del Policonsultorio CSBP, una reflexión acerca de la importancia del

ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que se traduzcan en la conservación de la salud y la prevención de patologías, principalmente aquellas relacionadas con el CACU.

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos interpretados desde la sexualidad y la reproducción. Nos ofrecen la posibilidad a mujeres y hombres de tomar decisiones libres sobre nuestro propio cuerpo y vida. Son parte inseparable del derecho a la salud y de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y de la reproducción. (Tenorio, 2013. Pág. 5).

Naciones Unidas recomienda que las políticas públicas, asuman un enfoque de Derechos Humanos que se sustenta en dos pilares fundamentales: el Estado como garante de los derechos y sujeto responsable de su promoción, defensa y protección; y las personas y grupos sociales como sujetos titulares de derechos con la capacidad y el derecho de reclamar y participar. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2019, Pág. Pp. 44).

El enfoque de derechos surge como una perspectiva novedosa que facilita el proceso de operacionalización de los derechos en forma de políticas públicas a partir de obligaciones estatales que ponen énfasis en las personas y sus relaciones, no como individuos sino como sujetos sociales vinculados al mismo tiempo a los planos personal, familiar y social. En tal contexto, se concibe la sociedad como un tejido formado por multiplicidad de redes generadoras de lazos de pertenencia que delimitan la integración social. (Giménez y Valente, 2010, Pág. 69).

Los derechos sexuales y reproductivos requieren de su difusión en toda instancia posible, de tal manera que, en casos particulares como este, su divulgación logre como resultado su pleno ejercicio. Se espera que impulse una auténtica preocupación por su salud que se exprese en consultas sobre salud de la mujer en general y la toma de previsiones para el control de la amenaza del CACU.

Se postula como estrategia de implementación de este componente la Información, Educación y Comunicación en salud IEC. Se introducen

conceptos utilizados por diferentes países de Latinoamericanos sobre esta estrategia:

La IEC es una estrategia fundamental para la información y comunicación de conocimientos, que promueven la sensibilización y movilización de los individuos hacia el cambio de comportamientos y entornos saludables. (República de El Salvador, 2018, s/Pág.). A través de las estrategias de información, educación y comunicación en salud, se busca promover en las personas la capacidad de obtener, procesar y entender la información básica de salud y los servicios necesarios para tomar decisiones apropiadas. (Gobierno de Colombia, Min Salud, 2018, Pág. 2) IEC (Información, Educación, Comunicación) es la metodología para proporcionar información necesaria para usuarios (as) de los servicios de salud. IEC se enfoca al desarrollo de actividades de personal de salud quien ofrece el servicio, poniendo la mira en cambio de comportamiento de los y las usuarios (as) haciendo profundizar su entendimiento. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2010, Pág. 1). El Plan de Información, Educación y Comunicación es una herramienta, utilizada en comunicación para la salud, que desarrolla el proceso de IEC/CC con el propósito de promover los cambios de comportamiento desde sub- estrategias de comunicación por la necesidad de muchos casos donde es importante cambiar conocimientos, actitudes y prácticas, en forma sistematizada y según el contexto, necesidades e intereses de la audiencia. (Lobos, 2012, Pág. 10).

Se considera congruente la inclusión conceptual de los elementos que integran esta estrategia:

La información pública y la educación para la salud se concentran esencialmente en mediar para convencer a los grupos políticos, administrativos y profesionales de que la inversión en materia de salud tiene sentido económico, es un elemento de éxito político que atrae la atención popular y un imperativo social. (...) La comunicación debe ser incluida como un componente más en los programas diseñados para promover la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2001, Pág. 1).

La comunicación para la salud es el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve

estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar. (...) La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades. (Choque, 2005, Pág. 7)

La educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo. (Ibid. 11). La pedagogía problematizadora pone énfasis en el proceso educativo. Esta pedagogía no se preocupa tanto en la materia a ser comunicada, ni en los efectos en términos de comportamiento. El objetivo principal es más bien que el educando piense por sí mismo y que a partir de ese pensar parta la acción transformadora de su realidad. (Ibid, Pág. 14). (...) “La educación problematizadora, ya no puede ser el acto de depositar, de narrar, de transferir o de transmitir conocimientos y valores a los educandos, meros pacientes, como lo hace la educación bancaria, sino ser un acto cognoscente” (Freire, 1970, Pág. 14).

El desarrollo del proyecto utilizará cada uno de estos elementos de la IEC, de acuerdo a las metas, a la población objetivo y a la naturaleza de los contenidos. La metodología seleccionada se funda en el hecho de que a través de medios audiovisuales utilizará mensajes y de convocatoria a determinados eventos (consultas, exámenes de colposcopia, etc.) que emplea solo una vía en el proceso de comunicación. Por otra parte, también utilizará la educación para la salud en eventos presenciales y semipresenciales, donde será posible la retroalimentación y el debate acerca de los temas a tratarse. La apertura de un grupo de WhatsApp, al que se invitará personalmente y también por comunicación virtual se basa en la conjetura de que contribuirá a un acercamiento entre paciente e institución.

5.6.2. Propuesta de Estructuración de la Actividad Educativa Presencial- Semipresencial

La actividad educativa presencial – semipresencial asumirá el método de la Exposición Dialogada, en tanto no será posible adoptar la metodología clásica del taller, debido a que su procedimiento requiere de la participación comprometida y permanente de las mismas participantes, se conforman grupos de trabajo donde éstas construyen sus conocimientos en un continuum del proceso. Situación que no es posible garantizar, pues las sesiones tendrán que adecuarse a las condiciones materiales de ambiente y espacio y número de participantes.

Los contenidos que se plantean a continuación serán susceptibles de modificación, según criterio del equipo de salud y de las Trabajadoras Sociales de la Caja de Salud de la Banca Privada.

La actividad educativa presencial – semipresencial asumirá el método de la Exposición Dialogada, en tanto no será posible adoptar la metodología clásica del taller, debido a que su procedimiento requiere de la participación comprometida y permanente de las mismas participantes, se conforman grupos de trabajo donde éstas construyen sus conocimientos en un continuum del proceso.

Situación que no es posible garantizar, pues las sesiones tendrán que adecuarse a las condiciones materiales de ambiente y espacio y número de participantes. De acuerdo a las condiciones de salud general de la ciudad, es decir la situación de la pandemia, se podrán combinar sesiones presenciales y semipresenciales, con la utilización de medios virtuales.

Los contenidos que se plantean a continuación serán susceptibles de modificación, según criterio del equipo de salud y de las Trabajadoras Sociales de la Caja de Salud de la Banca Privada.

TABLA N° 14

GUIA PEDAGÓGICA N° 1

CONOCIENDO MIS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Evaluación					
Objetivo	Contenido	Técnicas	Recursos	Indicadores	Medio verificación
Promocionar los DSDR, para concientizar a la población participante	<ul style="list-style-type: none"> Derechos sexuales y reproductivos según la CPE y PN Ejercicio de derechos sexuales y reproductivos Deberes de los establecimientos de salud Los métodos anticonceptivos Infecciones de transmisión sexual ITS/VIH SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición participativa Observación participante Dinámica participativa. Hoja de chequeo sobre valoración del evento y sobre contenidos emitidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Afiches Rotafolio Bípticos Impresiones Marcadores. Imágenes 	<ul style="list-style-type: none"> % de participantes que califican favorablemente la sesión. % de participantes que muestran adhesión al ejercicio de los derechos SSR. 	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de la ponderación de los test de entrada y de salida. Número de participantes Numero de respuestas de participantes Fotografías Respuestas escritas de participantes

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 15

GUIA PEDAGÓGICA N° 2

CONVERSEMOS SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Evaluación					
Objetivo	Contenido	Técnicas	Recursos	Indicadores	Medio verificación
Incentivar en las mujeres interés por el conocimiento de los DSDR, para la igualdad y equidad	Conocimiento de los DSDR, para la igualdad y equidad de género.	<ul style="list-style-type: none"> Observación participante Sesión de deliberación 	<ul style="list-style-type: none"> Data show Rotafolio Bípticos Imágenes 	<ul style="list-style-type: none"> % de participantes que califican favorablemente la sesión. % de participantes que mencionan la importancia del ejercicio de 	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de la ponderación de los test de entrada y de salida Número de participantes Numero de preguntas de los participantes

de género.		<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica participativa • Hoja de chequeo sobre valoración del evento y sobre contenidos emitidos 		derechos SSR bajo el enfoque de equidad de género.	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografías • Audio de la actividad
------------	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 16

GUIA PEDAGÓGICA N° 3

HABLEMOS DEL PAP

Objetivo	Contenido	Técnica	Recursos	Evaluación	
				Indicadores	Medio verificación
Sensibilizar a la población para promover la prueba del PAP	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de PAP, importancia; personas y frecuencia con la que debes realizarse. • Personas con mayor riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino • Consecuencias de una tardía detección del CACU. • Ámbito social, personal, laboral y ámbito físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición participativa • Observación participante 	<ul style="list-style-type: none"> • Data show • Rotafolio • Bípticos • Imágenes 	<ul style="list-style-type: none"> % de participantes que califican favorablement e la sesión % de participantes que mencionan la importancia y efectos del PAP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de la ponderación de los test de entrada y de salida • Número de participantes • Numero de preguntas de los participantes • Fotografías • Audio de la actividad

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 17

GUIA PEDAGÓGICA N° 4

EFFECTOS DEL PAP Y CONSECUENCIAS SOCIO-FAMILIARES DEL CACU

Objetivo	Contenido	Técnica	Recursos	Evaluación	
				Indicadores	Medio verificación

Informar sobre las consecuencias de la detección tardía del CACU, para la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de cuello uterino • Consecuencias Sociales del CACU 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición participativa. • Observación participante • Dinámica participativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Afiches • Rotafolio • Bótipicos • Impresiones • Marcadores • Imágenes • Video 	<p>% de participantes que califican favorablemente la sesión</p> <p>% de participantes que mencionan consecuencias de la detección tardía del CACU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de la ponderación de test de entrada y de salida N° de participantes • Numero de respuestas de los participantes • Reporte fotográfico
--	---	---	---	---	---

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 18

GUIA PEDAGÓGICA N° 5

OBSERVANDO LOS EFECTOS DEL PAP Y CONSECUENCIAS DEL CACU VIDEO DEBATE

Objetivo	Contenido	Técnica	Recursos	Evaluación	
				Indicadores	Medio verificación
Sensibilizar sobre la importancia de la prueba del PAP y de la colposcopia y las consecuencias socio-familiares y médicas del CACU	<ul style="list-style-type: none"> • La familia y su dinámica • Asignación de roles en la familia • Cáncer de cuello uterino • Papanicolaou y colposcopia • Resiliencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de animación y presentación • Técnica de análisis y reflexión • Video análisis • Lluvia de ideas 	<ul style="list-style-type: none"> • Data show • Hoja resma • Material didáctico • Material de escritorio 	<p>% de participantes que califican favorablemente la sesión</p> <p>% de participantes que mencionan importancia del PAP y colposcopia y las consecuencias socio-familiares y médicas del CACU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de la ponderación de los test de entrada y de salida • Número de participantes • Numero de preguntas y respuestas de participantes • Fotografías • Audio de la actividad

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

El desarrollo de los contenidos planteados en las tablas que anteceden demanda la participación de un equipo interdisciplinario, pues existen contenidos que requieren estricto apego a la información más actualizada y basada en la evidencia, de tal manera que las participantes se beneficien de un conocimiento actualizado y veraz. Por otra parte, las preguntas que planteen las participantes acerca de los contenidos deben ser absueltas

con la idoneidad requerida. Un equipo interdisciplinario que satisfaga expectativas implica una preparación previa de las sesiones educativas.

5.6.3. Componente de Atención Individualizada y Familiar para Aseguradas y Beneficiarias del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada Regional La Paz

Este componente proyecta desarrollar acciones relativas a los objetivos de Trabajo Social y que en su función de Asistencia Social la define como:

Un medio para crear las condiciones necesarias para el acceso y uso de bienes y servicios como parte de derechos sociales elementales. (...) uno de los vehículos institucionalizados que posibilita el uso de recursos sociales, no solo para paliar los problemas emergentes con carácter de urgencia, sino que incluye la dimensión de la asistencia social como derecho que restituye la dignidad social como factor fundamental para apoyar los procesos de ruptura o reencuentro personal o social. (UMSA, Carrera de T. Social, 2005, Pág. 53).

Asimismo, se adhiere a la competencia de la disciplina que en el acápite de Asistencia Social expresa: *Identifica y evalúa necesidades y demandas sociales de nivel individual y colectivo. (Ibid. Pág. 57).*

Basa su formulación en el hecho de que las personas aseguradas y beneficiarias del PSBP pueden requerir orientación, consejería, y otras actividades correspondientes a los requerimientos específicos de las personas y que sean congruentes con las funciones de Trabajo Social.

Su aplicación requiere la coordinación de Trabajo Social con los/as integrantes del equipo de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, equipo administrativo, y otros), de tal manera que funcione una red de atención de calidad, lo que implica satisfacer las expectativas de las demandantes de atención a su salud – enfermedad. Los requerimientos pueden ser de diversa índole atinentes a las condiciones específicas de consulta y tratamiento y basadas en el historial de actividades y tareas que Trabajo Social ha venido desarrollando. Todo tipo de intervención individualizada y/o familiar será registrada en una ficha de evolución de la

situación de cada persona atendida. El proyecto permitirá, además, la ampliación de coberturas de la atención individualizada y familiar que hasta el momento ha realizado la institución y permitirá visualizar un modelo de intervención basado en la experiencia. Con las pacientes que siguen tratamiento de CACU la referencia será una atribución del equipo de salud tratante, en consideración a los reparos que puedan tener las pacientes.

El componente de Atención Individualizada y Familiar será implementado con las aseguradas y beneficiarias del PSBP referidas por las Trabajadoras Sociales del PSBP y que abarcarán preferentemente a las personas y sus familias que hayan sido diagnosticadas con CACU, aplicando la metodología que plantea la disciplina de Trabajo Social. La intervención considerará elementos importantes como por ejemplo las reacciones que pueden ser múltiples, guardando relación con aspectos culturales, es decir con el significado que los integrantes del núcleo le asignan a la enfermedad, así como las concepciones sobre las causas, la evolución y el tratamiento a efectuarse. Si bien cada familia afronta las situaciones complejas y las crisis de manera particular, también están relacionadas con factores externos. Será importante considerar que:

El enfoque multidimensional pretende obtener una visión global de los casos y una dimensión holística de la atención que se quiere dar, aunque es posible fragmentar los procesos de la intervención.(...) la metodología de trabajo se aborda desde tres premisas importantes: la resolutive, la preventiva y la educativa.(Novellas, 2004, Pág. 5).

Respecto al **modelo que asumirá la atención individualizada y familiar**, se apelará al de Consejería aplicado a la Salud Sexual y Reproductiva.

La consejería en Salud Sexual y Reproductiva se entiende como un modelo de atención en salud que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación a su función reproductiva. Es un modelo como un modo de hacer de los profesionales de salud.(Chera y Meneghetti, 2014, Pág. 10).

La aplicación del modelo recomienda que con antelación al proceso de consejería la consejera deberá identificar la situación emocional de la usuaria y ayudar a manejar temores y angustias que pueda presentar la entrevistada. (Ministerio de Salud, 2006, Pág. 24). Se plantea seguir los siguientes pasos:

- *Primer Paso: Establecer una Relación Cordial*
- *Segundo Paso: Identificar Necesidades de la Usuaria*
- *Tercer Paso: Responder a las Necesidades de la Usuaria*
- *Cuarto Paso: Verificar la Comprensión de la Usuaria*
- *Quinto Paso: Mantener la Relación Cordial (Ibid.)*

A propósito del monitoreo o seguimiento del proyecto, las actividades de ambos componentes serán objeto de este proceso. El monitoreo es un proceso permanente que consiste en revisar el cumplimiento de las actividades programadas y si con esas actividades se están logrando obtener los resultados propuestos, es decir *si lo que se planeó y organizó se está cumpliendo de acuerdo a lo previsto*. (Rojas, 2002, Pág. 9). Con respecto al proyecto este monitoreo se efectuará permanentemente y se registrará en informes mensuales que irán dando cuenta del comportamiento de los indicadores de cada actividad para efectuar ajustes si fuera necesario, los cuales serán entregados a la Unidad de Trabajo Social del CSBP. Este monitoreo proporcionará insumos para la evaluación.

5.6.4. Propuesta de Plan de Evaluación

La evaluación comprenderá las siguientes actividades:

1. Revisión de los informes mensuales de actividades elaboradas para la unidad de Trabajo Social del CSBP para estructurar contenidos de pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto. Cada informe mensual contendrá el resultado de los indicadores formulados para cada actividad.

2. Tomando como referencia cada actividad de cada componente se contrastarán los resultados mensuales de las cifras de los indicadores para sistematizarlos en cada componente y en el desarrollo total del proyecto.
3. Estructurados estos rangos de resultados de los indicadores, ellos serán objeto de cotejo con los elementos que generaron viabilidad y/o dificultades, para proceder a continuación a una contrastación con los objetivos del proyecto considerando los elementos teóricos que lo sustentaron.
4. Se culminará con la formulación de recomendaciones específicas para aminorar o anular efectos desventajosos para futuras acciones de Trabajo Social o para réplicas del proyecto.

Cabe mencionar que instrumentos importantes para nutrir la evaluación del componente educativo serán los resultados de los test de entrada y de salida de los eventos presenciales / semipresenciales; mientras que para el componente de atención individualizada y familiar serán las respuestas obtenidas del instrumento de satisfacción o insatisfacción del servicio prestado a las pacientes por parte de Trabajo Social.

La implementación del proyecto comprenderá las siguientes fases:

TABLA N° 19

**ACTIVIDADES, TÉCNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN
DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN**

Fase de Planificación:				
Institucionalización de la pasantía en el espacio institucional, mediante la elaboración del perfil del proyecto estableciendo los alcances de las metas, actividades y resultados a lograr por la pasantía.				
Objetivo:				
Establecer la incorporación de la pasante al espacio institucional de ejecución del trabajo, estableciendo la importancia del aporte técnico y el impacto a obtener de la misma.				
Actividad	Técnicas	Participantes	Indicador	Fuente de verificación

<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación del objetivo general. • Planteamiento de resultados a ser obtenidos por Trabajo Social en los dos componentes Educativo y Atención Individualizada y Familiar. • Elaboración de cronograma a ser desarrollado. • Establecimiento de procesos y procedimientos de comunicación. • Establecimiento de actividades y tareas a desarrollar por Trabajo Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental. • Redacción documental • Entrevistas. • Reuniones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadoras Sociales del CSBP. • Pasante de Trabajo Social 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de resultados obtenidos del proyecto /N° de resultados planificados para el proyecto. • N° de metas alcanzadas /N° de metas programadas. • N° de actividades desarrolladas /N° de actividades programadas. • Cronograma ejecutado/ Cronograma programado • N° de procesos y procedimientos ejecutados/ N° de procesos y procedimientos formulados para el proyecto. N° de actividades y tareas a ser desarrolladas por Trabajo Social /N° de actividades y tareas planteadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de perfil de proyecto presentado a la representación del CSBP y UMSA. • Documento de acuerdo sobre actividades a ser desarrolladas aprobadas por Trabajo Social.
--	--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 20

**ACTIVIDADES, TÉCNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN
DE LA FASE DE ORGANIZACIÓN**

Fase de Organización:				
Posicionamiento de los componentes requeridos: actores institucionales; documentos; medios de comunicación y otros requeridos para iniciar las actividades del proyecto				
Objetivo:				
Estructuración de relacionamientos interpersonales con unidades operativas del CSBP, así como el acondicionamiento de documentos y de canales comunicacionales, que permitan la puesta en marcha del proyecto.				
Actividad	Técnicas	Participantes	Indicador	Fuente de verificación
• Establecimiento de compromisos y resultados para la	• Revisión documental.	• Trabajadoras Sociales del CSBP	• N° de compromisos y resultados	• Documento de perfil del proyecto

<p>Trabajo Social y las personas y/o unidades operativas con las que coordinará actividades e interactuará dentro la institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de responsabilidades por Trabajo Social y las personas y/o unidades operativas con las que coordinará actividades e interactuará dentro la institución. • Establecimiento de funciones por Trabajo Social y las personas y/o unidades operativas con las que coordinará e interactuará dentro la institución • Establecimiento de procesos y procedimientos en los que participa la unidad de Trabajo Social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redacción documental • Entrevistas. • Reuniones. 		<p>obtenidos por Trabajo Social dentro del plan de acción /N° de compromisos y resultados dentro del plan de acción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° compromisos y resultados cumplidos por Trabajo Social y las personas y/o unidades operativas con las que coordina/Total de compromisos y resultados programados por Trabajo Social y las personas y/o unidades operativas con las que coordina • N° total de funciones cumplidas por Trabajo Social/ N° total de funciones programadas para el cumplimiento del programa • N° de procesos y procedimientos utilizados por Trabajo Social. 	<p>presentado ala representación del CSBP y UMSA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de reunión de presentación por Trabajo Social a la CSBP y de acuerdos de ambas. • Documento de Proyecto con firma de aprobación por directivos y Unidad de Trabajo Social para su implementación. • Informes parciales de avance de ejecución del proyecto.
---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 21

**ACTIVIDADES, TÉCNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN
DE LA FASE DE EJECUCIÓN DEL COMPONENTE EDUCATIVO**

Fase de Ejecución:				
Implementación de actividades del proyecto				
Objetivo:				
Desarrollo de planes, acciones, metas y resultados, de los componentes de información y educación y de atención individualizada y familiar del proyecto				
Actividad	Técnicas	Participantes	Indicador	Fuente de verificación

<ul style="list-style-type: none"> • Invitación para la conformación de un grupo de WhatsApp de aseguradas y beneficiarias del CSBP. • Diseño de contenidos educativos aprobados por Trabajo Social de la CSBP. sobre Derechos en SSR a ser enviados a integrantes del grupo de WhatsApp, • Diseño de contenidos aprobados para los mensajes sobre horarios y tipos de atención en SSR y CACU, dirigidas a las aseguradas y beneficiarias inscritas en el grupo de WhatsApp. • Remisión de mensajes educativos sobre Derechos en SSR e información acerca de 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Redacción documental • Interacción mediante Redes Sociales. • Análisis de contenido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadoras Sociales de la CSBP. • . • Aseguradas y beneficiarias asistentes al consultorio de Ginecología del CSBP. 	<ul style="list-style-type: none"> • %° de Aseguradas y beneficiarias asistentes al consultorio de Ginecología del CSBP inscritas en el grupo de WhatsApp / %° de aseguradas y beneficiarias asistentes al consultorio de Ginecología del CSBP durante los dos primeros meses de iniciodel proyecto. • N° de contenidos educativos sobre Derechos en SSR elaborados y aprobados por TS del CSBP enviados a integrantes del grupo de WhatsApp / N° de textos educativos sobre Derechos en SSR elaborados y aprobados por Trabajo Social responsable de educación de la CSBP. • N° de diseño de contenidos elegidos por la Unidad de Trabajo Social a ser abordados por los mensajes sobre horarios y tipos de atención en SSR y CACU / N° de Total de Contenidos identificados para ser abordados por los mensajes. • N° total de usuarias que participan activamente en los grupos de WhatsApp / 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de aseguradas y beneficiarias asistentes al consultorio de Ginecología del PSBP durante los dos primeros meses de ejecución del proyecto. • Registro de Aseguradas y beneficiarias asistentes al consultorio de Ginecología del PSBP grupo de WhatsApp. • Proyecto elaborado por Trabajo Social • Plan de Trabajo elaborado por Trabajo Social • Informes realizados Trabajo Social • Propuesta de trabajo con Mensajes para redes sociales formulados por Trabajo Social. • Registro de mensajes de WhatsApp.
--	---	---	--	---

<p>horarios y tipos de atención en SSR y CACU a aseguradas y beneficiarias inscritas en el grupo de WhatsApp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes a los mensajes • 2 ciclos de eventos presenciales /semi presenciales sobre SSR y CACU para aseguradas y beneficiarias del CSBP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Redacción documental. • Sesiones educativas en modalidad taller presencial / semipresencial 		<ul style="list-style-type: none"> • N° total de usuarias incorporadas en los grupos de WhatsApp. • N° de mensajes educativos e informativos / N° total de mensajes programados para el envío durante la gestión. • N° de mensajes elegidos por la Unidad de Trabajo Social a ser difundidos/ N° total de mensajes diseñados y propuestos por la pasante de Trabajo Social • N° de mensajes elegidos para ser utilizados por Unidad Trabajo Social de la para el Proyecto • N° total de asistentes a los eventos presenciales y semipresenciales/ N° total de miembros pertenecientes al grupo de WhatsApp. • N° total de conocimientos nuevos aceptados por las participantes a los eventos / N° total de conocimientos nuevos impartidos en las sesiones educativas. • N° total de usuarias que participan 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro diario de participantes a cada ciclo de eventos. • Resultado de los test de entrada y salida aplicada en cada sesión a las participantes de sesiones de ambos ciclos.
--	---	--	---	---

			<p>activamente en los grupos de WhatsApp/ N° total de usuarias incorporadas en los grupos de WhatsApp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de participantes a los talleres presenciales /semi presenciales sobre SSR y CACU para aseguradas y beneficiarias del CSBP / N° total de usuarias que participan activamente en los grupos de WhatsApp/ • N° de problemas identificados para abordar en el proyecto/Total de problemas identificados dentro de la unidad de Trabajo Social • N° de factores relacionados con los comportamientos de las usuarias del servicio de Trabajo Social a ser abordados/ Total de factores relacionados con los comportamientos de las usuarias del servicio de Trabajo Social • N° de mensajes elegidos por la Unidad de Trabajo Social a ser difundidos • N° de mensajes elegidos para ser utilizados por Unidad Trabajo Social de la institución para el Proyecto 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • N° total de usuarias que han recibido los mensajes/ N° total de usuarias incorporadas por Trabajo Social • N° de ajustes a los mensajes realizados por la pasante y la Unidad de Trabajo Social/ Total de inadecuaciones identificadas durante la emisión de mensajes. 	
--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 22

**ACTIVIDADES, TÉCNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN
DE LA FASE DE EJECUCIÓN DEL COMPONENTE DE ATENCIÓN
INDIVIDUALIZADA Y FAMILIAR**

Actividad	Técnicas	Participantes	Indicador	Fuente de verificación
Formulación de resultados a ser alcanzados por el componente de intervención individualizada y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Redacción documental. • Análisis de contenido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadoras Sociales del CSBP. 	<p>N° de resultados programados a ser alcanzados por Trabajo Social de la CSBP.</p> <p>N° de casos a ser atendidos por la pasante / según N° de casos identificados por Trabajo Social del CSBP para la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de gestión de la Unidad de Trabajo Social de la CSBP.
Selección de casos a ser atendidos por Trabajo Social para recibir atención individualizada y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas 		<p>N° de personas contactadas que aceptaron recibir la intervención /</p> <p>Número total de usuarias contactadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de casos atendidos por Trabajo Social • Informes mensuales de avance de trabajo.
Toma de contacto con usuarias de Trabajo Social que recibirán intervención individual y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental 		<p>Nómina de personas que aceptaron la intervención/ N°</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro diario de casos atendidos • Informe mensual de actividades

<p>Registro de la información de usuarias que aceptaron la intervención</p> <p>Elección y Elaboración de instrumentos para la intervención individual y familiar</p>			<p>total de personas contactadas.</p> <p>N° de instrumentos elegidos por la Unidad de Trabajo del CSBP para el proceso de intervención social/ Total de instrumentos planteados por Trabajo Social</p> <p>N° de instrumentos de intervención individual y familiar utilizados por Trabajo Social</p> <p>N° de instrumentos de intervención individual y familiar aprobados por la unidad de Trabajo Social</p> <p>N° de casos seleccionados para recibir Atención Individualizada y Familiar/ Total de casos identificados para recibir intervención individual y familiar</p> <p>N° de casos contactados para recibir Atención Individualizada y Familiar /N° total de casos seleccionados para recibir Atención Individualizada y Familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas sociales de las personas que aceptaron la intervención por Trabajo Social. • Documentos de Trabajo Social utilizados por el CSBP y la Carrera de Trabajo Social.
<p>Ejecución del proceso de intervención individual y familiar.</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas a Usuaris de la Unidad Trabajo Social • Entrevistas a Usuaris de la Unidad Trabajo Social • Diario de Campo de Trabajo Social • Cuaderno de notas de Trabajo Social • Registro de entrevistas

<p>Entrevista de valoración sobre el nivel satisfacción de la usuaria acerca de la atención recibida y/o en proceso.</p>	<p>Entrevista personal y/ o mediante redes sociales.</p>		<p>N° de usuarias registradas/N° de usuarias contactadas. N° de personas entrevistadas /sobre el total de personas que recibieron la intervención.</p> <p>N° de usuarias atendidas por Trabajo Social que respondieron con una calificación favorable a la atención recibida</p> <p>N° de factores identificados que facilitan el desarrollo del proyecto/ N° de factores identificados que dificultan el desarrollo del proyecto</p> <p>N° de casos programados para su intervención/ N° total de casos identificados</p> <p>N° de intervenciones individuales realizadas/N° de intervenciones individuales programadas</p> <p>N° de intervenciones familiares realizadas/N° de intervenciones familiares programadas</p> <p>N° de Informes sociales elaborados</p> <p>N° de casos atendidos.</p>	<p>personales y/o virtuales.</p>
--	--	--	--	----------------------------------

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 23

**ACTIVIDADES, TÉCNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN
DE LA FASE DE EVALUACIÓN. COMPONENTE EDUCATIVO**

Fase de Evaluación:				
Valoración del proceso de implementación del proyecto				
Objetivo:				
Apreciación sistemática y objetiva de los propósitos, actividades y resultados del proyecto que permitan toma de decisiones acerca de los fines que persigue el proyecto				
Actividad	Técnicas	Participantes	Indicador	Fuente de verificación
Cuantificación del número de usuarias de los servicios de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Redacción documental • Análisis de contenido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridad competente del CSBP. • Trabajadoras Sociales de la CSBP • Equipo de salud del Policonsultorio. 	N° de usuarias que recibieron atención ginecológica al finalizar el periodo del proyecto/ N° de usuarias que recibieron atención Ginecológica durante el año anterior a la ejecución del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Estadísticas del servicio • Informes de avance de la actividad por Trabajo Social
Cuantificación de participantes y/o usuarias del proyecto que serán sujetos de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de resultados del pretest y post test de cada sesión y de cada participante, así como de opiniones respecto a la metodología de las sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadoras Sociales del Policonsultorio. • Equipo de salud que apoyó la actividad educativa • Pacientes y familiares participantes a las sesiones educativas 	<ul style="list-style-type: none"> N° de participantes en el proyecto registradas en el grupo Watsp N° total de usuarias con consulta Ginecológica registradas por el Trabajo Social del CSBP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes diarios de trabajo por Trabajo Social
Identificación de variables a ser evaluadas	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de contenido. • Test de entrada y salida aplicados. • Revisión documental 		<ul style="list-style-type: none"> N° de variables utilizadas para evaluar el proyecto por la Unidad de Trabajo Social N° total de variables planteadas por Trabajo Social N° de personas beneficiadas con la educación/Total de personas 	

<p>Elaboración de la encuesta de evaluación a ser enviada vía WhatsApp</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de contenido. • Revisión documental • Interacción con las usuarias vía WhatsApp 	<p>convocadas a participar en la difusión de mensajes</p> <p>Resultados de participantes que aprobaron los test de entrada y salida de las sesiones educativas.</p> <p>Porcentaje de integrantes del grupo de WhatsApp que participaron efectivamente.</p> <p>Número de preguntas contempladas en la encuesta a ser desarrollada vía WhatsApp.</p>	<p>• Registros del grupo de WhatsApp</p>
<p>Aplicación de la encuesta de evaluación vía WhatsApp</p>		<p>Número total de usuarias que respondieron a la encuesta</p>	
<p>Procesamiento de la información</p>		<p>N° total de personas a las que se les envió la encuesta vía WhatsApp.</p>	
<p>Entrega del informe</p>		<p>N° de resultados alcanzados por el proyecto</p>	
<p>Difusión de los Resultados del Proyecto</p>		<p>N° total de resultados programados por el proyecto.</p>	
		<p>N° de personas beneficiada con la información / total de personas contempladas por el proyecto</p>	

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

TABLA N° 24

**ACTIVIDADES, TÉCNICAS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN
DE LA FASE DE EVALUACIÓN. COMPONENTE DE ATENCIÓN
INDIVIDUALIZADA Y FAMILIAR INDIVIDUALIZADA Y FAMILIAR**

Actividad	Técnicas	Participantes	Indicador	Fuente de verificación
Cuantificación de casos a intervenir a través de la atención individualizada y familiar	Análisis documental Informes	<ul style="list-style-type: none"> Trabajadoras Sociales del CSBP Equipo de salud del Policonsultorio Usuaris que han recibido Atención Individualizada y Familiar del Servicio de Trabajo Social 	N° de casos atendido con intervención individualizada y familiar/ N° total de casos registrados para recibir atención individualizada y familiar.	<ul style="list-style-type: none"> Informes realizados por la Unidad de Trabajo Social Encuestas realizadas a las usuarias que han recibido el servicio de Atención Individualizada y Familiar.
Cuantificación de casos que han aceptado la Atención Individualizada y Familiar realizada por Trabajo Social			N° de casos que atendidos que aprueban favorablemente la Atención Individualizada y Familiar de la pasante/ N° total de casos que han recibido Atención Individualizada y Familiar	
Cuantificación de casos que han aprobado favorablemente y las que no han aprobado la Atención Individualizada y Familiar realizada por Trabajo Social.			N° de casos que han recibido la intervención individual y familiar que no aprueban el servicio/ N° total de casos que han recibido Atención Individualizada y Familiar	
Identificación de factores que han dificultado la realización de la Atención Individualizada y Familiar.			N° de factores que han dificultado la realización de la intervención individualizada y familiar que han sido controlados y/o solucionados por Trabajo Social / total de factores que han dificultado la realización de la Atención	

Formulación de recomendaciones para mejorar el servicio Atención Individualizada y Familiar.			Individualizada y Familiar. N° de recomendaciones implementadas de manera inmediata para optimizar la Atención Individualizada y Familiar de Trabajo Social / N° total de recomendaciones manifestadas por las usuarias.
--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

5.7. MARCO LÓGICO DEL PROYECTO

TABLA N° 25

MARCO LÓGICO DEL PROYECTO

Elementos básicos del proyecto	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Supuestos
OBJETIVO GENERAL Contribuir a promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las aseguradas y beneficiarias del Policonsultorio de la CSBP, fortaleciendo las actividades de prevención y atención, con el fin de disminuir la tasa de morbi-mortalidad del CACU.	% de Incremento de aseguradas y beneficiarias que consultan sobre aspectos de salud sexual y reproductiva, /Total de aseguradas y beneficiarias que consultan sobre aspectos de salud	Registros de consultas del servicio de ginecología del Policonsultorio de la CSBP.	Decisiones de los niveles directivos y operativos del Policonsultorio CSBP. favorables a la implementación del proyecto.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS a) Desarrollar un programa de información, educación y comunicación a través de actividades presenciales, semipresenciales y virtuales con aseguradas y beneficiarias que concurren al consultorio de ginecología del PSBP.	N° de usuarias que se han realizado la prueba PAP del servicio de ginecología/ N° total de usuarias del servicio de ginecología del policonsultorio de la CSBP	Informe de proyecto ejecutado y evaluado con el cumplimiento de objetivos y resultados previstos.	Planteamientos del Proyecto congruentes con las atribuciones y funciones de Trabajo Social del Policonsultorio de la CSBP.
b) Implementar un programa de atención individualizada y	% de usuarias del Servicio de Ginecología derivadas		

<p>familiar con aseguradas y beneficiarias que concurren al consultorio de ginecología del PSBP referidas a Trabajo Social por confrontar situaciones familiares y de salud a resolverse.</p>	<p>a Trabajo Social que han recibido información y educación en Derechos Sexuales y Reproductivos/ N° total de usuarias del Servicio de Ginecología del policonsultorio de la CSBP.</p> <p>% de incremento en la cobertura de casos de atención individualizada y familiar por la Unidad de Trabajo Social/N° de casos de atención individualizada y familiar identificados que precisan atención por la del policonsultorio de la CSBP</p> <p>N° de personas y/o familias que han recibido atención individualizada y familiar por el consultorio de la CSBP/ N° de casos de atención individualizada y familiar identificados que precisan atención por la del policonsultorio de la CSBP.</p>		
<p>RESULTADOS/ COMPONENTES</p> <p>RESULTADO1:</p> <p>Implementado el componente educativo del proyecto.</p>	<p>N° de material educativo diseñado a ser utilizados/ N° total de necesidades en educación identificadas</p> <p>N° de aseguradas y beneficiarias que participarán en el componente de educación/N° total de personas que necesitan educación en prevención y atención de CACU.</p> <p>N° de mensajes que son enviados por la Unidad de Trabajo</p>	<p>Informe del componente educativo del proyecto.</p> <p>Fichas de monitoreo del proyecto.</p> <p>Registro de actividades de Trabajo Social del Policonsultorio de la CSBP.</p>	<p>Aceptabilidad de las aseguradas y beneficiarias del Policonsultorio de la CSBP a las actividades informativas y educativas sobre salud reproductiva en general y prevención del CACU en particular.</p>

	<p>Social del policonultorio de la CSPB vía WhatsApp / mes</p> <p>N° de aseguradas y beneficiarias participantes en el proyecto de educación del Servicio de Trabajo Social de la CSPB que han revisado mensajes enviados/ Día.</p> <p>N° de consultas realizadas por aseguradas y beneficiarias que reciben educación y/o información por WhatsApp/ N° total de participantes en el proyecto de educación.</p> <p>N° de aseguradas y beneficiarias que dejaron de participar en el proyecto de educación/N° total de usuarias que empezaron el proyecto.</p> <p>% de los mensajes que tuvieron mayor aceptación por las receptoras participantes en el proyecto / Total de los mensajes enviados a las usuarias participantes en el proyecto</p> <p>N° de evaluaciones realizadas por Trabajo Social en el Proyecto / N° total de participantes en el proyecto.</p>		
<p>RESULTADO 2:</p> <p>Programada y efectuada la Atención Individualizada Y Familiar a pacientes que reciben tratamiento por CACU en el Policonultorio de la CSBP.</p>	<p>N° de Pacientes diagnosticadas con CACU con requerimientos de atención de Trabajo Social del Policonultorio de la CSBP / Total de pacientes usuarias registradas como pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Policonultorio de la CSBP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de fichas sociales de casos atendidos por Trabajo Social, correspondientes a pacientes en tratamiento de CACU. • Informes de gestión de la unidad de Trabajo Social. • Registros y archivos de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observaciones realizadas ▪ Planes de Visitas 	<p>Beneficiarias y aseguradas de la CSBP aceptan participar en el proyecto.</p>

	<p>N° Total de pacientes atendidas con Intervención individualizada y familiar / total de casos de PAP positivo con registro y seguimiento por Trabajo Social del Policonsortorio de la CSB.</p> <p>N° de Visitas Domiciliarias realizadas/100% de Visitas domiciliarias programadas</p> <p>N° de Reuniones clínica - técnicas ejecutadas por la unidad de Trabajo Social/ N° de Reuniones clínica - técnicas programadas por la unidad de Trabajo Social</p> <p>Total de Registros de las intervenciones individualizada y familiar realizadas/ Total de las intervenciones en atención individualizada y familiar programadas.</p> <p>N° de Entrevistas realizadas/Total de entrevistas programadas</p> <p>N° de visitas domiciliarias realizadas/Total de visitas domiciliarias programadas.</p> <p>Total de Genogramas realizados/ Total de Genogramas programados.</p> <p>N° de Ecomapas realizados/ N° de Ecomapas programados. N° de sesiones de terapias personales y familiares realizadas / N° de sesiones de terapias personales y familiares programadas.</p> <p>N° Reuniones Técnicas entre el</p>	<p>Domiciliarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas individuales y familiares. ▪ Visitas domiciliarias. ▪ Gestiones externas. ▪ Documentación complementaria de casos ▪ Informes sociales ▪ Sistema informático. ▪ Hoja de interconsulta. ▪ Historia Social ▪ Genogramas. ▪ Ecomapas ▪ Protocolos de intervención 	
--	---	---	--

	<p>personal de salud realizadas/ N° Reuniones Técnicas entre el personal de salud programadas.</p> <p>100% de las intervenciones individual y familiar registradas en un sistema informático.</p> <p>% de aseguradas y beneficiarias atendidas por Trabajo Social con valoración satisfactoria por la atención individualizada y familiar / total de aseguradas y beneficiarias atendidas por Trabajo Social con intervención individualizada y familiar.</p>		
ACTIVIDADES			
<p>Componente educación</p> <p>C1.1 Formulación del plan de educación</p> <p>C1.2 Elaboración de mensajes a enviar vía WhatsApp</p> <p>C1.3 Envío de los mensajes educativos a las participantes en el grupo de WhatsApp</p> <p>C1.4 Ajustes a los mensajes enviados por WhatsApp</p> <p>C1.5 Evaluación a los conocimientos obtenidos durante el proyecto por las miembros del grupo de WhatsApp.</p> <p>Componente Atención Individualizada y familiar</p> <p>C2.1 Elaboración de inventario de casos a ser intervenidos</p> <p>C2.2 Ejecución de las intervenciones individuales y familiares</p>	<p>Presupuesto Total 129.133 Bs.</p>	<p>Registros Contables</p>	<p>Aceptación y permanencia de las usuarias en el proyecto</p>

C2.3 Realización de acuerdos familiares			
C2.4 Realización de Intervenciones individuales y familiares			
C2.5 Ejecución de Evaluaciones y cierres			

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

5.8. RECURSOS A SER UTILIZADOS

5.8.1. Recursos Humanos

- Trabajadoras Sociales del CSBP
- Personal de salud del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada regional La Paz.

5.8.2. Recursos Materiales

- Hojas bond
- Hojas de color
- Folletos
- Paleógrafos
- Marcadores
- Bolígrafos
- Rotafolios
- Trípticos
- Bípticos

5.8.3. Recursos Institucionales

- Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada
- Instituciones afiliadas al ente gestor de la Caja de Salud de la Banca Privada regional La Paz.

5.8.4. Recursos Tecnológicos

- Computadora
- Impresora
- Data show

5.9. PRESUPUESTO² (EN BOLIVIANOS)

ITEM	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PERSONAL	1	Profesional de Trabajo Social por 12 meses	Salario mensual	7.000.-	84.000.-
INSTALACIONES	1	Alquiler de salón de conferencias con capacidad para 100 personas X 5 días / mes X 3 meses	Alquiler por día	500.-	7.500.-
EQUIPO	1	Alquiler de equipo data show X 5 días /mes X 3 meses.	Alquiler por día	400.-	6.000.-
		Alquiler de cámara fotográfica X 5 días x 1 vez al mes X 3 meses.	Alquiler por día	50.-	750.-
		Alquiler de laptop X 5 días x 1 vez al mes X 3 meses.	Alquiler por día	100.-	1.500.-
		Alquiler de laptop para uso de implementación del proyecto: 40 horas semanales X 40 semanas	Alquiler por semana	500.-	1.600.-
MATERIAL DE ESCRITORIO	500	Hojas de papel bond tamaño carta	Paquete de 500 hojas	45.-	45.-
	600	Lápices negros con goma	Estuche de cartón de una docena	10.-	500.-
	100	Bolígrafos color azul	Estuche de cartón de 1doc.	10.-	100.-
	30	Hojas de papel sábana tamaño pliego (papelógrafo)	Hoja tamaño papelógrafo	2.-	60.-
	12	Marcadores de tinta disoluble de color rojo, azul y negro	Marcador de tinta disoluble	5.-	60.-
	12	Marcadores de tinta permanente de color rojo, azul y negro	Marcador de tinta permanente	4.-	48.-
	10	Hojas de cartulina tamaño pliego	Hoja tamaño pliego	3.-	30.-
REFRIGERIOS	600	Refrescos envasados en empaque de plástico personal	Envases personales	1.-	600.-
	5	Caramelos con envoltura	Bolsa de 1. Kilo.	15.-	75.-
DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN	1	Pendón o Banner a colores con soporte	Banner con soporte	100.-	100.-
	1	Ganchos imperdibles pequeños	Empaque de plástico	15.-	15.-
	300	Volante impreso en papel bond	Volante impreso	0,50	150.-
TOTAL					103.133.-

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

5.10. CRONOGRAMA

TABLA N° 27

FASES	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11
PRELIMINAR	X										
PLANIFICACIÓN		X									

² Sujeto a oscilaciones de precios en el mercado en el momento de ejecución del proyecto y a modificaciones de las actividades sugeridas por autoridad competente UMSA / Caja de Salud de la Banca Privada.

ORGANIZACIÓN		X	X								
EJECUCIÓN			X	X	X	X	X	X	X	X	X
EVALUACIÓN		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TIEMPO QUE ABARCARÁ EL PROYECTO

Fuente: Elaboración propia, Trabajo Dirigido 2019

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Este documento DIAGNÓSTICO SOCIAL SOBRE EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EN LA POBLACIÓN DE ASEGURADAS Y BENEFICIARIAS DE LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA fue elaborado por la universitaria Mavy Dabeida Ledezma Linares en el marco del trabajo dirigido desarrollado en la Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP), como requisito para la obtención del título en Licenciatura en Trabajo Social.

La coordinación establecida entre la unidad académica mencionada y la unidad de Trabajo Social del CSBP definió la importancia de trabajar en el marco de la prevención del Cáncer Cérvico Uterino (CACU) en el contexto del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En concordancia con las atribuciones de la Unidad de Trabajo Social del Policlínico del Seguro de la Banca Privada y las competencias de la pasante de Trabajo Social, las representaciones de las dos instituciones concertaron iniciar la actividad centrándose en el Cáncer Cérvico Uterino (CACU), responsable de la muerte de mujeres bolivianas en una magnitud que lo ubica en uno de los países con mayores índices de mortalidad.

Las reuniones de coordinación establecieron la ejecución de un diagnóstico situacional que permitiera visualizar el punto nodal que posibilite sustentar una actividad futura para incidir en el problema del CACU. *La realización de un diagnóstico social es un requisito de eficacia para cualquier intervención social planificada que quiera interpretar exitosamente las necesidades sociales, sus componentes y las relaciones entre los factores personales y sociales que configuran esa necesidad social.* (Díaz, 2013, Pág. 37).

Con ese propósito, y cumpliendo los procedimientos académicos e institucionales se elaboró el diseño del diagnóstico y su correspondiente

implementación, utilizando instrumentos como el cuestionario y entrevistas que permitieron definir como problema principal: *Insuficiente información de las pacientes del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada respecto a la patología del CACU y sus consecuencias.*

El siguiente paso consistió en la elaboración de un perfil de proyecto que abarcara tanto acciones de tipo educativo como de atención individualizada y familiar, dirigida a las aseguradas titulares y beneficiarias inscritas en el Policonsultorio regional La Paz.

Las acciones de tipo educativo e informativo se adscribieron a la metodología de la IEC Información, Educación, Comunicación, modelo que se adecúa al tipo de actividad que se plantea. La atención individualizada y familiar plantea la aplicación de métodos y técnicas propias del Trabajo Social incidiendo en procesos de intervención que utiliza la entrevista, la visita domiciliaria, la encuesta de satisfacción de la usuaria y otros procedimientos que las características del trabajo lo exijan.

BIBLIOGRAFÍA

Alcántara Moreno Gustavo (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad . Venezuela: Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107 Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela.

Álvarez, Osvaldo (2013) Seminario Internacional sobre Reflexiones sobre el Derecho Familiar Contemporáneo de (La Paz, Bolivia, 2013). Bolivia.

BID Banco Interamericano de Desarrollo (2010) Análisis del sector salud de Bolivia. Bolivia: División de la Protección Social y Salud.

Bolivia (2004), Plan Nacional de Control de Cáncer de Cuello Uterino 2004 – 2008: Ministerio de Salud y Deportes.

Bueno Sánchez Eramis y Valle Rodríguez Gloria M. (2006) Las Políticas Públicas desde una perspectiva de género. México.

Castro María Dolores, Melgar Raquel, Crespo Elba y Condori Benjamín (2016) Patrones entre las interacciones entre personal de salud y usuaria y usuarios. Bolivia: Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud. Publicación 39, serie Documentos de Investigación.

Díazherráiz Eduardo y Fernández de Castro Patricia (2013) Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. España.

Estado Plurinacional de Bolivia (2009) Plan Nacional de Prevención Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino (2009 – 2015). La Paz, Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes.

FAO (1998) Censos Agropecuarios y Género – Conceptos y Metodología. Ginebra.

FAO (2019) El enfoque de género. Ginebra.

Gaceta Sanitaria. (2010) Imaginarios: teorías. España: Gaceta Sanitaria, vol.24 no.5 Barcelona sep. 2010.

Gamero Aliaga Marcelo (2007) La contemplación del mundo en la sociedad contemporánea en base a la construcción de imaginarios sociales. Chile: Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile.

Giménez Mercado Claudia y Valente Adarme Xavier (2010). Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.

Gobierno Autónomo Municipal de La Paz GAMLP, (2014) Información estadística con datos INE. La Paz, Bolivia

Herrera – Cuenca Marianela (2017) Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. Venezuela.

Jiménez Fernando (2021) Oportunidades de negocios para Bolivia. La Paz, Bolivia: European Business School.

Ledo Carmen y Soria René (2011) Sistema de salud de Bolivia. México: Salud Pública de México. Artículo publicado por la revista Salud pública Méx. Vol. 53 supl. 2 Cuernavaca ene. 2011

Lobos Carrera Elba Alicia (2012) “Plan de Información, Educación y Comunicación (IEC)para el control y disminución de los desechos sólidos en la cabecera departamental del Departamento de Chiquimula”. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades.

Luna Feo Juan Carlos (2010) Aproximación y autorreflexión en relación con algunas perspectivas en investigación en educación en Colombia, especialmente la etnográfica, desde el enfoque cualitativo. COLOMBIA

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2004),Plan Nacional de Control de Cáncer de Cuello Uterino2004 - 2008. Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes (2013) Guía de tamizaje de cáncer de cuello uterino y mama. La Paz, Bolivia: Guía de tamizaje de cáncer de cuello uterino y mama, publicación N°335.

Ministerio de Salud y Deportes (2019) Al día mueren por cáncer de cuello uterino, Salud lanza campaña para detectar la enfermedad. La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud de Colombia (2018) Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia. Colombia

Ministerio de Salud de Nicaragua (2010) Conocimiento y técnica básica de IEC para actividades de educación a la comunidad, Managua, Nicaragua.

Moreno Zúñiga Luis Emmanuel (2015) Imaginarios y representaciones sociales en la investigación sociológica: Diferencias y similitudes. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Organización Mundial de la Salud (2007), Control integral del cáncer cérvico uterino - Guía de prácticas esenciales.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2020) Cáncer Cérvico Uterino. Oficina Regional para América Latina.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2018) Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030. Washington, D.C., EUA: 70^a. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 56^o Consejo Directivo 70a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018.

Organización Panamericana de la Salud Bolivia (2019) El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir. Bolivia.

OMS (2007) ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?: Organización Mundial de la Salud.

OMS/OPS Argentina (2020) ¿Cuál es la definición de SALUD según la OMS? Argentina.

Pasca García Laura (2014) La concepción de la vivienda y sus objetos. España: Universidad Complutense de Madrid

Segovia Lacoste Pablo, Basulto Gallegos Oscar y Zambrano Uribe Pablo (2018) Imaginarios sociales y representaciones: su aplicación a análisis discursivos en tres ámbitos diferentes. Chile: Universidad de Concepción-Chile. EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. No 41 septiembre-diciembre, 2018, pp. 79-102.

SERTA (2019) 5 diferencias entre la investigación cualitativa y cuantitativa. México.

Tenorio Bellanger Ligia (2013) Derechos sexuales y reproductivos. Un enfoque para adolescentes y jóvenes. Managua, Nicaragua: Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.

UNHCR ACNUR (2017) ¿Qué es la ONU? . España: Comité español de ACNUR.

Velásquez-Castellanos Iván Omar y Torres Carrasco (2019) Avances, retrocesos y perspectivas KAS- Análisis- 2019. La Paz, Bolivia: Capítulo Séptimo Evaluación de la economía y del desarrollo en Bolivia: CAPÍTULO SÉPTIMO Avances Pobreza, Desigualdad y movilidad social (1996 – 2018)

Wanderley Fernanda (2018) Análisis No. 20. Los avances sociales y laborales en el periodo del boom económico. Bolivia: Fundación Milenio.