

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



**PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL PROGRAMA DE APOYO AL
DIABÉTICO, LA PARTICIPACIÓN DE LOS ASEGURADOS DIABÉTICOS DE LA CAJA
DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Trabajo dirigido para obtener el título de licenciatura

POSTULANTE: LILIANA QUISPE QUISPE

TUTOR ACADÉMICO: LIC. JORGE OPORTO ORDOÑEZ

La Paz – Bolivia

2019

DEDICATORIA

El presente documento está dedicado a mis padres, hermanos, docente, quienes fueron la fortaleza para concluir con esta etapa de mi vida, gracias por todo el apoyo que me brindaron en el desarrollo de mis actividades cotidianas, que sin ellos no hubiese sido posible este logro.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios y a la Virgencita por haberme guiado y acompañado siempre, seguidamente a mis padres, hermanos, docente, docentes de la institución que fueron el pilar fundamental para este logro.

Sin ellos no hubiese sido posible esto, debido a que fueron quienes me guiaron, me inculcaron una educación con humildad y responsabilidad, gracias

RESUMEN EJECUTIVO

El presente es el documento de la ejecución del proyecto denominado: **“Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, La participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada”**, ha sido ejecutado por la estudiante Liliana Quispe Quispe, bajo la supervisión y tutoría del Lic. Jorge Oporto, docente de la carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Mayor de San Andrés, y está dirigido a todos los asegurados diagnosticados con la enfermedad de la diabetes, tanto titulares como beneficiarios de la C.S.B.P.

El proyecto tiene como base o línea de acción, los resultados del estudio investigación diagnóstica de carácter descriptivo - explicativo. Descriptivo pues nos permitió explicar las causas de la limitada participación de los asegurados diabéticos al programa de apoyo al diabético. Explicativo porque nos permitió responder sobre las causas del problema.

En primera instancia, se establece la estrategia metodológica que guía la investigación, aplicando los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación, en una situación o ámbito de la realidad.

El planteamiento del problema dio respuesta a las siguientes interrogantes: ¿En el programa de apoyo al diabético, por qué existe la limitada participación de los asegurados a las actividades que se desarrollan? ¿El programa de apoyo al diabético conoce las exigencias que demanda la población asegurada diabética? ¿La población diabética se siente preparada para afrontar los cambios físicos, psicológicos y sociales al ser diagnosticados con esta enfermedad? ¿El programa de apoyo al diabético estará difundido de manera asertiva?

Para dar respuesta a estas interrogantes se realizó la formulación de los objetivos, el enfoque de la investigación, el método, las unidades de análisis, el establecimiento de la muestra y el alcance de la investigación.

Los resultados cuantitativos son descritos y explicados en el capítulo IV, y de acuerdo a la matriz de priorización se identificó como problemática la limitada participación de los asegurados diabéticos al Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P., en este entendido el desarrollo del proyecto nos permita dar respuesta a ello.

La fase de implementación del proyecto tiene como objetivo el fortalecimiento participativo de los asegurados diabéticos al programa.

Metodológicamente el proyecto se desarrolló en cinco fases: motivación, organización, planificación, ejecución y evaluación que fueron directrices que guiaron el desarrollo del proyecto. Las sesiones educativas estuvieron centradas en la construcción de conocimientos.

ÍNDICE	
RESUMEN EJECUTIVO	
INTRODUCCIÓN	
JUSTIFICACIÓN	
CAPÍTULO I	1
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Formulación del problema	1
1.2 Unidad de análisis	2
1.3 Objetivos	3
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	3
<i>1.3.2 Objetivo específicos</i>	3
1.4 Estrategia metodológica	3
<i>1.4.1 Enfoque de la investigación</i>	3
<i>1.4.2 Método de la investigación</i>	4
<i>1.4.2.1 Método deductivo</i>	4
<i>1.4.3 Alcance de la investigación</i>	4
<i>1.4.3.1 Descriptiva</i>	4
<i>1.4.3.2 Explicativa</i>	4
1.5 Fuentes de información	5
<i>1.5.1 Delimitación espacial y temporal</i>	5
<i>1.5.2 Universo</i>	5
<i>1.5.3 Muestra</i>	5

1.6 Unidad de observación	6
1.7 Técnicas de recolección de información	7
1.7.1 <i>Observación científica</i>	7
1.7.2 <i>Entrevista</i>	7
1.7.3 <i>Encuesta</i>	7
1.8 Instrumentos	7
1.9 Momentos metodológicos, a ser desarrollados	8
1.9.1 Primer momento metodológico: Inserción a la institución	8
1.9.2 Segundo momento metodológico: Recolección de información	8
1.9.3 Tercer momento metodológico: Procesamiento de la información	9
1.9.4 Cuarto momento metodológico: Construcción del diagnóstico temático	9
1.9.5 Quinto momento metodológico: Elaboración del perfil del proyecto o propuesta de acción	10
1.10 Dificultades en el desarrollo de la investigación diagnóstica	10
CAPÍTULO II	11
MARCO CONTEXTUAL	11
2.1 Contexto actual de la salud en Bolivia	11
2.2 Contexto Institucional	12
2.2.1 <i>Reseña histórica</i>	12
2.2.1.1 <i>Nombre de la institución</i>	12
2.2.1.2 <i>Cobertura de acción</i>	13
2.2.1.3 <i>Misión</i>	13

2.2.1.4 <i>Visión</i>	13
2.2.5.5 <i>Población Asegurada</i>	13
2.3 <i>Dinámica interna de la institución</i>	14
2.3.1 <i>Programas que se ejecutan en la Caja de Salud de la Banca Privada</i>	14
2.3.2 <i>Estructura de los programa de la Caja de Salud de la Banca Privada</i>	15
2.3.3 <i>Diseño de los Programas de la Caja de Salud de la Banca Privada</i>	16
2.3.4 <i>Intervención de Trabajo Social en el Programa de Apoyo al Diabético</i>	16
2.3.5 <i>Programa de Apoyo al Diabético de la Caja de Salud la Banca Privada</i>	17
2.3.5.1 <i>Antecedentes</i>	17
2.3.5.2 <i>Objetivos del Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.</i>	18
2.3.5.3 <i>Objetivos Específicos del Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.</i>	18
2.4. <i>Marco Normativo en Bolivia</i>	19
2.4.1 <i>El Plan de Desarrollo Sectorial (PDS) 2010-20200</i>	19
2.4.2 <i>El Plan Nacional de Salud</i>	20
2.4.2.1 <i>Salud Familiar Comunitaria SAFCI</i>	20
2.4.2.2 <i>Principales políticas públicas en salud</i>	21
2.4.3 <i>Ley N° 475 del 30 de diciembre de 2013</i>	22
2.4.4 <i>Código de Seguridad Social</i>	23
2.4.5 <i>Seguro Social a Corto Plazo</i>	23
2.4.6 <i>Constitución Política del Estado</i>	24
CAPÍTULO III	26

MARCO CONCEPTUAL	26
3.1 Conceptualización de Salud	26
3.2 Definición de Salud Pública	26
<i>3.2.1 La diabetes como problema de Salud Pública</i>	27
3.3 Salud como derecho	27
3.4 Enfoques de determinantes sociales de salud	29
<i>3.4.1 Enfoque Biopsicosocial</i>	29
3.5 Información en salud	30
3.6 Educación en salud	30
3.7 Definición de la diabetes	30
3.8 Tipos de diabetes	30
3.9 Complicaciones de la enfermedad	31
3.10 Manejo de la enfermedad	31
3.11 Problemas sociales en el paciente diabético	32
3.12 Problemas psicológicos en el paciente diabético	32
3.13 Enfermedades crónicas	33
3.14 La familia	33
3.15 Apoyo familiar	34
3.16 Funciones de la familia	35
3.17 Impacto de la enfermedad en la familia	36
3.18 Definición de grupo de autocuidado	36
CAPÍTULO IV	37

RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	37
4.1 Descripción del problema	47
4.2 Identificación del problema	49
<i>4.2.1 Matriz de priorización del tema</i>	50
4.3 Prognosis del problema	51
4.4 Identificación de líneas de intervención	51
CAPÍTULO V	53
PROYECTO DE INTERVENCIÓN	53
5.1 Denominación del proyecto	53
5.2 Descripción del proyecto	53
5.3 Justificación	54
5.4 Objetivos	55
<i>5.4.1 Objetivo General</i>	55
<i>5.4.2 Objetivos Específicos</i>	55
5.5 Beneficiarios directos	56
5.6 Beneficiarios indirectos	56
5.7 Responsable del proyecto	56
5.8 Ubicación geográfica	56
5.9 Duración del proyecto	56
<i>5.9.1 Producto</i>	57
5.10 Metodología estratégica de trabajo	58

5.10.1. <i>Enfoques que sustentan el proyecto</i>	58
5.10.1.2 <i>Enfoque biopsicosocial</i>	58
5.10.1.3 <i>Enfoque participativo</i>	58
5.10.2 <i>Estrategia metodológica</i>	59
5.10.2.2 <i>Técnicas</i>	59
5.10.3 Fases metodológicas desarrolladas	60
5.10.3.1 <i>Primera fase: motivación</i>	60
5.10.3.2 <i>Segunda fase: organización</i>	60
5.10.3.3. <i>Tercera fase: planificación</i>	60
5.10.3.4 <i>Cuarta fase: ejecución</i>	61
CAPÍTULO VI	72
EVALUACIÓN	72
6.1 Proceso de Medición	72
6.2 Logro de objetivos y metas	73
6.3 Evaluación final del proyecto	80
6.3.1 <i>Pertinencia</i>	81
6.3.2 <i>Eficiencia</i>	82
6.3.3 <i>Eficacia</i>	83
6.3.4 <i>Sostenibilidad</i>	90
6.4 Marco lógico	92
6.5 Presupuesto	95
6.6 Cronograma	96

CAPITULO VII	97
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	97
BIBLIOGRAFÍA	101
ANEXOS	

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CAPITULO I DIAGNOSTICO SOCIAL	
Cuadro Nro. 1: Casos registrados en Bolivia de diabetes gestión 2015 – 2017	11
Cuadro Nro. 2: Población de Pacientes en general que atiende la Caja de Salud de la Banca Privada Gestión 2014	37
Cuadro Nro. 3: Tipo de asegurados diabéticos y parentesco	38
Cuadro Nro. 4: Nuevos casos registrados de diabetes	38
Cuadro Nro. 5: Diagnosticados según sexo	39
Cuadro Nro. 6: Escenario de la Situación	51
CAPITULO V PROYECTO DE INTERVENCIÓN	
Cuadro Nro. 7: Perspectiva del proyecto	81
Cuadro Nro. 8: Costo total del Proyecto	82
Cuadro Nro. 9: Cumplimiento del programa del Proyecto	82
Cuadro Nro. 10: Campaña informativa mediante dípticos	83
Cuadro Nro. 11: Charla informativa de los servicios del programa	84
Cuadro Nro. 12: Sesión educativa sobre calidad de vida, bienestar y prácticas de buen trato en la familia	85
Cuadro Nro. 13: “Sesión educativa la diabetes y la familia”	85
Cuadro Nro. 14: Sesión “visitas domiciliarias de seguimiento”	86
Cuadro Nro. 15: Festejo del “día del mundial del diabético”	87

Cuadro Nro. 16: Sesión educativa preparando alimentos saludables	88
Cuadro Nro. 17: Sesión educativa actividad física	89
Cuadro Nro. 18: Equipo multidisciplinario exclusivo para el proyecto	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
CAPITULO II DIAGNOSTICO SOCIAL	
Gráfico Nro. 1: Sexo	39
Gráfico Nro. 2: Edad	40
Gráfico Nro. 3: Estado civil	41
Gráfico Nro. 4: Grado de instrucción	42
Gráfico Nro. 5: Tipo de asegurado	42
Gráfico Nro. 6: Tipo de diabetes	43
Gráfico Nro. 7: Problema principal que afecto en el programa de Apoyo al Diabético	44
Gráfico Nro. 8: Actividades que deben incorporarse	46
Gráfico Nro. 9: Conocen el programa	47

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto fue realizado bajo el requerimiento de la C.S.B.P., donde se presentaron los resultados de la investigación diagnóstico realizado por la autora del presente trabajo dirigido, para el cual se requirió un proceso de intervención, investigación concreta frente a la necesidad de identificar el problema.

Fue ejecutado en la gestión 2016, en el cual se planificó una serie de actividades con el fin de alcanzar los objetivos y resultados esperados, en función de resolver el problema que afronta el programa de apoyo al diabético: “La limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa de apoyo al diabético de la C. S. B. P.

La diabetes es una enfermedad crónica en la que el paciente debe adquirir comprensión para conseguir un adecuado control metabólico. La educación, tratamiento en la diabetes es un proceso interactivo y objetivo que facilita los conocimientos y las habilidades imprescindibles para el auto cuidado del paciente, mediante el apoyo a la persona y su familia con el objeto de promover modos de vida saludable y lograr los mejores resultados posibles.

Su atención se centra tanto en la prevención como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico. A si mismo esta enfermedad crónica, puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, nacional, regional, con aumento del costo personal como social, no solo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil.

La C. S. B. P., como ente gestor de la Seguridad Social a Corto Plazo, tiene cobertura nacional otorgando prestaciones de salud en especie a los trabajadores. Su misión consiste en brindar servicios médicos integrales y personalizados con calidad, calidez, eficacia, y eficiencia, oportuna en beneficio de la población protegida para mejorar la calidad de vida y contribuir al bienestar de sus asegurados, cumpliendo de esta manera con la sociedad y los principios de Seguridad Social.

En este contexto y en el marco de los programas de prevención y promoción de la salud, en la C.S.B.P. se realizan acciones preventivas, informativas y educativas que buscan cambiar los paradigmas de la concepción de salud.

En tal sentido, el objetivo general de la presente investigación diagnóstica es: “Explicar los factores que causan la limitada participación de los asegurados diabéticos en el Programa de Apoyo al Diabético de la C. S. B. P.

En este entendido, se realizaron una serie de actividades como: La aplicación del instrumento, llamadas telefónicas, elaboración de invitaciones, elaboración de trípticos y otros, dando cumplimiento a los objetivos planteados.

Con esta investigación diagnóstica y acción planificada se aportó en la parte teórica, práctica y metodológica, que un Trabajador Social debe realizar en su quehacer profesional.

En la parte teórica se pretende enriquecer el perfil profesional del Trabajador Social en el área de salud a través de la intervención, es así que el proyecto denominado: “Proyecto de Intervención Social en el Programa de Apoyo al Diabético, La participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada”, responde a la exigencia de esta modalidad de trabajo.

En cuanto al aspecto práctico del diagnóstico, fue la base fundamental para conocer las demandas de la población diabética, para así plantear el proyecto que beneficia a toda esta población.

En el aspecto metodológico a través del enfoque participativo y las estrategias de información y educación, se logró llegar a la población y fortalecer los conocimientos desde el área interdisciplinaria, que componen la trabajadora social, enfermeras, médicos y otros. Encanto a los contenidos de los diferentes momentos describimos los siguientes: La evaluación desarrollada fue posterior al proceso, valoración que se hizo después de cada actividad para conocer los resultados obtenidos, al término de cada taller o sesión.

La estructura, del documento se encuentra organizado en siete capítulos que serán expuestos a continuación:

Capítulo I: Se presenta la metodología de investigación que permitió el logro del objetivo planteado en esta investigación diagnóstica.

Capítulo II: Está constituido por el marco contextual y normativo, que permitió determinar la situación actual de la diabetes, la normativa que respalda la misma y finalmente el marco institucional de la C.S.B.P.

Capítulo III: Constituido por el marco conceptual, que permitió definir los conceptos o definiciones del tema abordado.

Capítulo IV: Se presentó los resultados cuantitativos de la investigación diagnóstica.

Capítulo V: Se presentó el proyecto denominado “Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, La participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada”

Capítulo VI: Establecido por la presentación de resultados de la evaluación del proyecto en base a la consecución de los objetivos

Capítulo VII: Conclusiones y recomendaciones para la institución, profesionales, el programa y los asegurados diabéticos.

JUSTIFICACIÓN

La C. S. B. P., Regional La Paz, en el área de medicina preventiva, a través de sus programas de enfermedades crónicas como la diabetes, tuberculosis, obesidad, artrosis, y artritis, realiza charlas teórico prácticas, las cuales deben llevar al paciente a adquirir conocimientos y habilidades que logren un cambio en el comportamiento y estilo de vida.

En este entendido, el área de Trabajo Social solicitó de manera directa la realización de la investigación diagnóstico en el Programa de Apoyo al Diabético, para identificar las principales características de *“La limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa”*.

Este programa en el marco de lo que persigue la C.S.B.P., brinda la oportunidad a los asegurados diagnosticados con esta enfermedad, una mejor información, orientación, prevención, y control de la salud a través del diagnóstico realizado, como fase inicial de la intervención de trabajo social, fue necesario partir del conocimiento o estudio del problema, que nos permitió conocer las necesidades y demandas de esta población, para ello se aplicó el instrumento de la encuesta en base a preguntas cerradas, el cual nos permitió identificar las causas y por ende las consecuencias del problema central que provoco la limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa, la herramienta utilizada fue el árbol de problemas.

De ahí que la priorización de problemas se selecciona en base a criterios como, magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, viabilidad y factibilidad, se aborda la problemática anteriormente mencionado.

El proyecto denominado *“Proyecto de Intervención Social en el Programa de Apoyo al Diabético, La participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada”*, nace con la finalidad de atender una necesidad originada por los propios asegurados, tanto titulares como beneficiarios que padecen esta enfermedad, con el propósito

de fortalecer la participación de los asegurados, que genere cambios positivos tanto en los asegurados diabéticos, como en el programa.

Es importante mencionar que el programa de apoyo al diabético, considera que la diabetes es una enfermedad crónica que puede ser controlada y tratada para evitar complicaciones que deriva en el deterioro de la salud de las personas afectadas. Parte fundamental del control de la enfermedad es el cuidado que debe ejercer el paciente, las medidas preventivas que debe conocer, en este sentido la educación sobre la patología es primordial, de ahí se ve la necesidad de fortalecer la participación de los asegurados diabéticos, que les permita discutir y analizar problemas de su enfermedad, las mismas que son reforzadas mediante sesiones educativas brindadas por los diferentes especialistas.

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, tuvo como escenario de desarrollo la C.S.B.P., el cual se apoya en el análisis del programa de apoyo al diabético y de los asegurados diagnosticados con esta enfermedad.

“El alcance empleado en el proceso de investigación fue descriptiva - explicativa, puesto que es importante tomar en cuenta y responder a las causas de los eventos físicos y sociales del problema. Se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da en este, o porqué dos o más variables están relacionadas” (Hernández, 2005, p. 92).

De esta manera, podremos describir y explicar las causas de “La limitada participación de los asegurados diabéticos en el Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.”

1.1 Formulación del problema

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas, la *diabetes mellitus* ha alcanzado proporciones inusitadas, al grado de ser calificada como un problema de Salud Pública por ser un fenómeno de gran magnitud como una pandemia progresiva que crece a nivel mundial, nacional, departamental y local. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), la magnitud de una enfermedad, como problema de salud pública, generalmente lo determina el número de personas que la padecen, mueren o quedan inválidas a causa de ella. (Gómez, 2017).

En el caso de la *diabetes mellitus* el problema se acentúa debido a su carácter crónico de incurabilidad, que requiere atención médica permanente y la adherencia del paciente al control de la misma, así como de la participación de su familia para lograr un estado de salud adecuado y prevenir complicaciones en el recorrido de su vida. (Zerda, 2018).

En Bolivia, aproximadamente 662.000 personas que viven con esta patología, es decir que el 6.6 % de los bolivianos padecen actualmente la enfermedad, en sus distintos tipos y son los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, donde se registran más casos, según datos del Ministerio de Salud el año 2016. (Zerda, 2018)

En relación a la C. S. B.P., a diciembre del 2015, la población asegurada asciende a 87.693 de asegurados a nivel nacional entre titulares y beneficiarios, presentándose un crecimiento de 6.1% a nivel nacional, respecto a la gestión 2014, cuantitativamente la población crece en 5.012 asegurados. En el caso de la regional La Paz el número de asegurados para la gestión 2015 está representado por 33.728 asegurados, de los cuales 2065 asegurados padecen la enfermedad crónica para la gestión 2016. C.S.B.P. Memoria Institucional. (2014, p. 48)

En este contexto y en el marco del programa de prevención y promoción de la salud de la C.S.B.P., a través del cual se realizan acciones preventivas, informativas y educativas donde buscan cambiar los paradigmas de la concepción de salud asistencialista a la concepción de la prevención en sus diferentes niveles. El programa de apoyo al diabético busca cumplir con todas las expectativas de su población, para lograr esto es necesario un trabajo integral donde asegurados y profesionales se sientan comprometidos con su participación en el desarrollo de todas sus actividades.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente es importante tomar en cuenta la siguiente interrogante: ¿Cuáles fueron los factores que causaron la limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa de apoyo al diabético de la C. S. B. P.

1.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformado por todos los asegurados diabéticos, registrados en la C. S. B. P.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Explicar los factores que causan la limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa de apoyo al diabético de la C. S. B. P.

1.3.2 Objetivo específicos

- Identificar las demandas y necesidades específicas de los asegurados diabéticos sobre el Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.

- Identificar conceptos, métodos e instrumentos para la elaboración del diagnóstico social del Programa de Apoyo al Diabético de la C. S. B. P.

- Identificar las debilidades del Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.

1.4 Estrategia metodológica

1.4.1 Enfoque de la investigación

La investigación está fundamentada en el enfoque cuantitativo, como indica Hernández (2014), “el cual nos ayuda a hacer un mayor acercamiento al tema de investigación basada en la interacción social. En este entendido lo primero que se realizo fue la recolección de datos en base a una medición numérica y análisis estadístico, de los datos recolectados mediante la encuesta”. (p. 10).

Realizado el diagnóstico social del problema de carácter cuantitativo, se sistematizaron los datos de información sobre la situación del problema, procedimiento que permitió establecer una jerarquía de las problemáticas en cuanto a la limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa de apoyo al diabético de C.S.B.P.

1.4.2 Método de la investigación

1.4.2.1 Método deductivo

“Es un procedimiento que se apoya en aseveraciones generalizadoras, a partir de las cuales

se realizan demostraciones o inferencias particulares. Es decir que en esta investigación se partió de la generalidad teórica que nos facilitó a la comprensión de todo el problema abordado” (García, 2008, p. 49)

1.4.3 Alcance de la investigación

La investigación se caracterizó básicamente como descriptiva y explicativa

1.4.3.1 Descriptiva

“Estos estudios van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder las causas de los eventos físicos o sociales del problema. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas”. (Pereira, 2003, p. 211)

En esta situación se seleccionaron una serie de características, de la situación y el contexto en el programa de apoyo al diabético y de los asegurados diagnosticados con esta enfermedad recolectando información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investigara.

1.4.3.2 Explicativa

“La explicación se deduce de un conjunto de premisas compuesto por leyes, generalizaciones y otros enunciados que expresan regularidades que tienen que acontecer. En este sentido, la explicación es siempre una deducción de una teoría que contiene afirmaciones que explican hechos particulares”. (Ander – Egg, 2011, p. 33)

La explicación se lo realizó en todo el proceso de la investigación que fue más allá de lo exploratorio y descriptivo, está dirigido a responder los orígenes, las causas de los eventos del problema en el programa de apoyo al diabético.

1.5 Fuentes de información

En el proceso de la investigación se utiliza dos fuentes que son:

Primaria, se utilizó como fuente los datos y resultados de la encuesta, bajo los siguientes criterios, población asegurada diabética del servicio de endocrinología que padecen esta enfermedad.

Secundaria, las fuentes que se utilizaron fueron textos, documentos propios de la institución, revisión del sistema SAMI, reglamento de la C. S. B. P., manual de funciones, libros y textos específicos sobre el tema de investigación.

1.5.1 Delimitación espacial y temporal

Espacial: El proceso investigativo se realizó en las instalaciones de la Caja de Salud de la Banca Privada - Regional La Paz, ubicado en la calle Capitán Ravelo Esq. Montevideo, zona central de la ciudad de La Paz.

Temporal: El Estudio diagnóstico se realizó a partir del mes de abril a octubre de la gestión 2016 en la C.S.B.P.

1.5.2 Universo

El universo está compuesto por 2065 asegurados diabéticos entre titulares y beneficiarios que acuden al servicio de endocrinología de la C.S.B.P.

1.5.3 Muestra

El tipo de muestra que se utilizó para el estudio de nuestra investigación fue el muestreo probabilístico.

“El cual indica que es evidente que no todas las personas tienen la misma probabilidad de estar en el momento y el lugar donde se selecciona a los sujetos” (Moya, 2004, p. 12).

Usando la fórmula de proporción seleccionamos a 150 asegurados que tienen la enfermedad de la diabetes, entre los que se tomó en cuenta a todos los recién diagnosticados y a los que continúan su tratamiento. Solamente se tuvo en cuenta el criterio de los asegurados diabéticos para la aplicación de la encuesta.

En este sentido se realizamos el cálculo del tamaño de la muestra, en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times N \times P \times Q}{E^2(N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 2065 \times 0.50 \times (1-0.50)}{52(2065-1) + 1.96^2 \times 0.50 \times (1-0.50)} = 92$$

Dónde: n= es el tamaño de la muestra que se quiere calcular

N= tamaño del universo (2065 asegurados diabéticos)

Z= nivel de confianza 95% -1.96

P= proporción 0.50

Q= proporción de fracaso (1-0.50)

1.6 Unidad de observación

La unidad de observación se obtuvo en función al objeto de estudio, en este sentido se contempló a todos los asegurados que padecen la enfermedad de la diabetes entre titulares y beneficiarios de la C.S.B.P.

1.7 Técnicas de recolección de información

1.7.1 Observación científica

Significa observar un objetivo claro, definido y preciso. El investigador sabe qué es lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación.

1.7.2 Entrevista

La entrevista es una técnica de recopilación de información mediante una conversación profesional, con la que además de adquirir información acerca de lo que se investiga. Tiene importancia desde el punto de vista educativo ya que los resultados dependen en gran medida del nivel de comunicación entre el investigador y los participantes en la misma.

1.7.3 Encuesta

La encuesta es una técnica de adquisición de información, de interés sociológico, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado.

1.8 Instrumentos

Los instrumentos usados en este proceso fueron acordes a las técnicas:

- Cuaderno de notas
- Cuestionarios
- Listado de asegurados diabéticos

1.9 Momentos metodológicos, a ser desarrollados

Una vez identificado el problema a investigar fue necesario describir y explicar el mismo, por lo consiguiente fue necesario tomar en cuenta los siguientes momentos:

1.9.1 Primer momento metodológico: Inserción en la institución

Objetivo: Conocer las características del escenario donde se desarrolla la intervención.

Actividades	Objetivo	Técnicas	Resultado esperado	Tiempo
Recolección de la información a través de la revisión documental, bibliográfica sobre la institución y el espacio geográfico donde se realizó la intervención	Determinar los componentes institucionales y el espacio geográfico de la institución	Análisis de contenido	Datos institucionales	1 semana
Exploración del ámbito institucional donde se desarrolla el trabajo dirigido	Identificar el espacio profesional en el que se desarrollara el trabajo dirigido	Observación	Identificación del espacio profesional	1 semana
Contacto con la población asegurada de la institución	Establecer relación con actores sociales e institucionales	Reuniones de equipo	Contacto establecido	1 Día

1.9.2 Segundo momento metodológico: Recolección de información

Objetivo: Obtener datos de carácter primario respecto a la situación actual del problema a ser abordado.

Actividades	Objetivo	Técnicas	Resultado esperado	Tiempo
Elaboración de Instrumentos de recolección de información.	Contar con medios técnicos que permitan obtener y registrar información	Análisis de contenido	Encuesta elaborada Guía de observación	1 semana
Elaboración de encuesta con preguntas cerradas selección abiertas y de sección múltiple	Desarrollar la guía de entrevista para los asegurados del programa del diabético	Entrevista estructurada y semi estructurada	Información seleccionada sobre el objeto de estudio	1 semana
Aplicación de instrumentos a la población seleccionada	Determinar el tiempo de la aplicación de instrumento	Entrevista observación	Datos cuantitativos sobre el objeto de estudio	1 semana

1.9.3 Tercer momento metodológico: Procesamiento de la información

Objetivo: Seleccionar, clasificar y priorizar la información obtenida

Actividades	Objetivo	Técnicas	Resultado esperado	Tiempo
Codificación de la información	Contar con información sistematizada en correspondencia con los objetivos de la investigación.	Estadísticas	Base de datos procesada y clasificada	1 día
Tabulación de datos obtenidos	Contar con información tabulada	Estadísticas	Información tabulada	1 día
Elaboración de gráficos	Elaborar gráficos de información recolectada	Estadísticas	Información presentada en gráficos	1 día

1.9.4 Cuarto momento metodológico: Construcción del diagnóstico temático

Objetivo: Determinar el eje temático objeto de la intervención para la selección de las estrategias de acción.

Actividades	Objetivo	Técnicas	Resultado Esperado	Tiempo
Revisión bibliográfica sobre marco teórico temático	Conocer teorías a desarrollar en el diagnóstico	Análisis de contenido	Temáticas Identificadas	6 días
Identificación de temáticas	Construir los componentes objetivos y subjetivos del tema a ser abordado	Análisis de contenido	Temáticas identificadas	1 día
Clasificación y priorización de temáticas	Identificar la problemática a abordar	Análisis de contenido	Temáticas clasificadas y priorizadas	1 día
Construcción de la red explicativa	Explicar la temática a ser abordada	Análisis de contenido	Conformación de la red explicativa	1 día

1.9.5 Quinto momento metodológico: Elaboración del perfil del proyecto o propuesta de acción

Objetivo: Determinar estrategias de acción dirigidas a la intervención con relación a la temática priorizada.

Actividades	Objetivo	Técnicas	Resultado	Tiempo
-------------	----------	----------	-----------	--------

			esperado	
Elaboración del perfil del proyecto a favor del programa de apoyo al diabético	Delimitar la significación de la intervención profesional a ser desarrollada.	Análisis de contenido	Proyecto de tipo social	1 semana
Presentación y aprobación del perfil del proyecto	Lograr la aprobación del proyecto de intervención	Análisis de contenido	Proyecto	5 día
Corrección sobre observaciones del perfil del proyecto	Identificar las observaciones del perfil del proyecto	Análisis de contenido	Proyecto	3 día
Proponer estrategias de intervención, con relación a las actividades	Desarrollar estrategias de intervención adecuados a la población	Lluvia de ideas	Proyecto	6 días

1.10 Dificultades en el desarrollo de la investigación diagnóstica

En el transcurso de la investigación existieron varias dificultades las cuales serán mencionadas a continuación.

- Limitado acceso a la información en el proceso de recolección de datos
- Limitado tiempo en la aplicación de instrumentos, el momento para la aplicación de encuestas es un tiempo regularmente establecido para 20 minutos sin embargo existieron ocasiones en las que la encuesta duro más de 35 minutos por las distintas interrogantes que tuvo la población entrevistada a las cuales se debió brindar información.
- Limitado acceso al total de la población diabética, debido al tiempo de elaboración del diagnóstico fue corto.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL

2.1 Contexto actual de la salud en Bolivia

El Instituto Nacional de Estadística (INE) informó que, a nivel nacional, en el período 2016 se presentaron 138.124 casos de personas con diabetes, respecto al período 2015, cuando se observaron 98.100 casos y registros disponibles hasta agosto de 2017 señalan 73.517 casos, la más común es la de Tipo 2. Santa Cruz es el departamento con mayor cantidad de casos de diabetes, registrándose 39.296 casos en 2015, 61.689 casos en 2016 y hasta agosto de 2017, 33.917 casos. (Flores, 2016).

Cuadro N° 1

CASOS REGISTRADOS EN BOLIVIA DE DIABETES GESTIÓN 2015 – 2017			
Tipo de diabetes	Gestión 2015	Gestión 2016	Agosto del 2017
Diabetes gestacional	670	1.016	272
Diabetes tipo 1	16.541	18.351	8.638
Diabetes tipo 2	80.889	118.757	64.607
Total	98.100	138.124	73.517

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Ministerio de Salud, 2016

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cerca de 660.000 bolivianos (6,6% de la población) tiene diabetes, pero el Ministerio de Salud registró a 500.000 hasta 2016. Por ello, se estima que hay 160.000 diabéticos que desconocen su diagnóstico. (Flores, 2016)

En 2015, la cifra de nuevos casos de diabetes en el país llegó a 98.115, en 2016 subió a 138.000 y se prevé que para diciembre de 2017 existan 145.000 nuevos pacientes. De acuerdo con los registros del Ministerio de Salud, en Bolivia hay 500.000 personas diagnosticadas con la enfermedad. La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por la deficiente producción de insulina a nivel del páncreas y esto hace que se tenga un consumo reducido de la glucosa, que provoca exceso de azúcar en la sangre. Puede causar complicaciones graves, como la ceguera, una insuficiencia renal grave (vivir con diálisis) o las amputaciones de miembros, explicó. En Bolivia hay tres tipos de diabetes más recurrentes: Tipo 1, que afecta a jóvenes menores de 20 años y tiene un origen genético hereditario; Tipo 2, que se desarrolla

a cualquier edad, sobre todo en la etapa adulta, a causa de los malos hábitos alimenticios, sedentarismo y otros. (Flores, 2017)

2.2 Contexto Institucional

2.2.1 Reseña histórica

La C.S.B.P., ente gestor de prestaciones de salud en el sistema de seguridad social boliviano, tiene sus orígenes en el fondo para empleados bancarios, que fue creado por la ley del 7 de diciembre de 1926, otorgando institucionalidad mediante el D.S. 09543 de enero de 1971 que administraban los seguros a largo y corto plazo. El D.S. 21637 de junio de 1987, crea la Caja Bancaria de Salud, que dio origen a la C.S.B.P., esta última para brindar atención en salud a los trabajadores del sector bancario y financiero privado. C.S.B.P. Memoria Institucional. (2014, p. 9)

Con la finalidad de implementar la atención en salud, la C.S.B.P., planifica y ejecuta acciones en el campo de la prevención, promoción, curación y rehabilitación en salud, otorgando a los asegurados atenciones integrales, buscando mejorar su salud y calidad de vida. Para este fin, la C.S.B.P., cuenta con poli consultorios propios en todas las oficinas regionales, de la misma manera, se incrementó el equipamiento para el diagnóstico médico en las administraciones y agencias regionales, con el propósito de estandarizar y elevar la calidad de atención médica a los asegurados. C. S. B. P. Memoria Institucional. (2014, p. 9)

2.2.2 Características de la institución

2.2.2.1 Nombre de la institución:

Caja de Salud de la Banca Privada (C.S.B.P.)

2.2.2.2 Cobertura de acción:

Su cobertura de acción va dirigida a aquellas personas que gozan con Seguro Social a Corto Plazo.

2.2.2.3 Misión:

“Proteger la salud de nuestra población asegurada con calidad humana, profesional y tecnológica, contribuyendo a mejorar su bienestar”.

Para proteger la salud de la población asegurada, se apunta a que los 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. C. S. B. P. Memoria Institucional. (2014, p. 15)

2.2.2.4 Visión

“Ser una institución de excelencia en la prestación de servicios integrales de salud”.

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. C.S.B.P. Memoria Institucional. (2014, p. 15)

2.2.2.5 Valores

Compromiso, Ética y Eficacia

2.2.2.6 Población Asegurada

A diciembre de 2015, la población asegurada de la C.S.B.P., asciende a 87.693 asegurados, entre titulares y beneficiarios, presentándose un crecimiento de 6.1% respecto a la gestión 2014. Cuantitativamente nuestra población crece en 5.012 asegurados, sin embargo, porcentualmente presenta un decrecimiento del 5.1%. Esta tasa de crecimiento es la más baja de los últimos diez años. C.S.B.P. Memoria Institucional. (2014, p. 48)

2.3 Dinámica interna de la institución

Programas de prevención y promoción:

- Atenciones médicas y estudios de apoyo diagnóstico
- Consulta médica externa
- Consulta médica de emergencia
- Consulta odontológica
- Hospitalización
- Medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

2.3.1 Programas que se ejecutan en la Caja de Salud de la Banca Privada

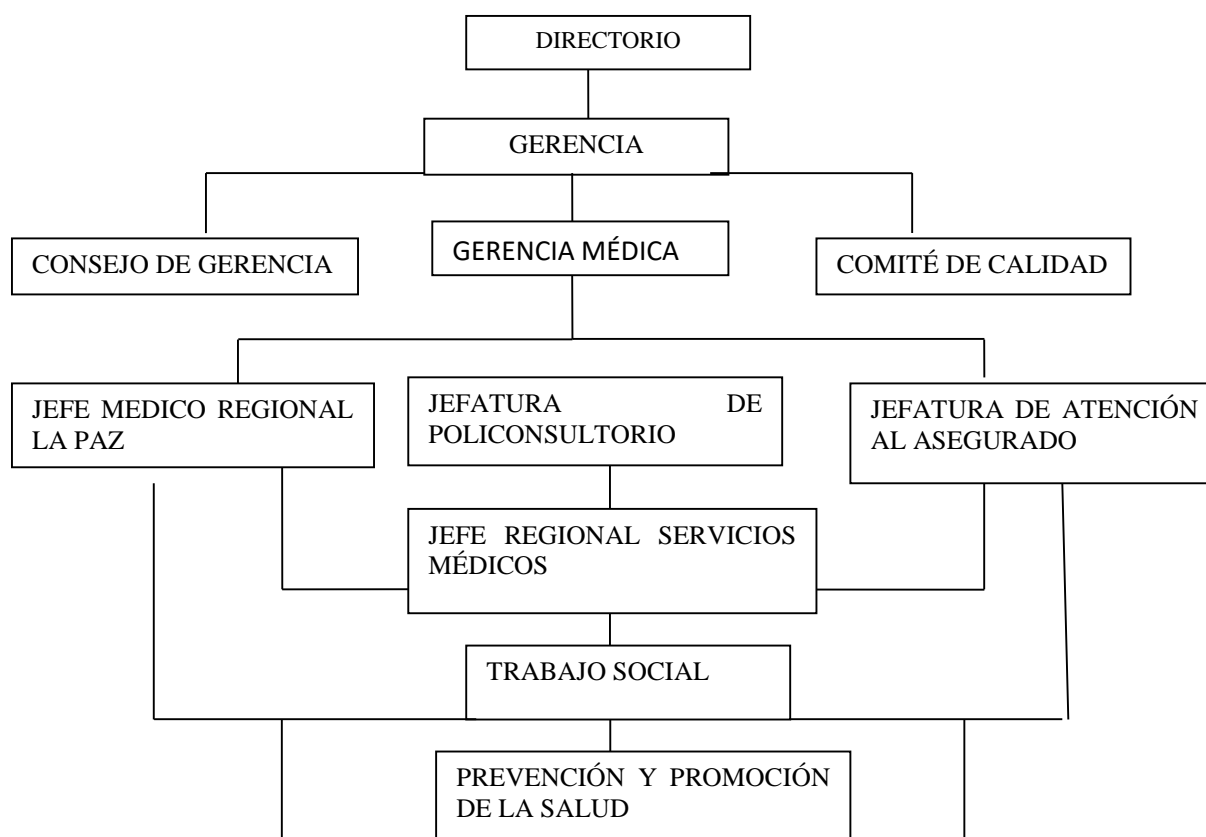
La C.S.B.P., en el marco de su plan estratégico institucional y en cumplimiento de su visión, misión y objetivos institucionales, durante la gestión 2013, intensificó las acciones de promoción y prevención de la salud. Con estrategias que le permitan, por una parte, mejorar la calidad de los servicios que ofrece a sus asegurados y por otra para mejorar la salud de la población protegida, con especial énfasis en la población de asegurados titulares que, en su condición de trabajadores, están expuesta a mayores riesgos. Es así como, parte de la política institucional de la C.S.B.P., priorizó la implementación de la estrategia de medicina preventiva, destinada a mejorar la calidad de vida y evitar daño por la presencia de enfermedades. En este contexto, y en el marco del programa de prevención y promoción de la salud de la C.S.B.P., se realizaron acciones preventivas, informativas y educativas que buscan cambiar los paradigmas de la concepción de salud asistencialista a la concepción de la prevención en sus diferentes niveles, de tal modo, se implementaron los siguientes programas:

- Programa 1. Niño Sano
- Programa 2. Mujer Gestante
- Programa 3. de Enfermedades Crónicas

- Programa 4. Salud Oral
- Programa 5. Bioseguridad

En este sentido, se ha establecido una estructura técnica y administrativa, tanto a nivel nacional como regional, para llevar adelante estos programas, con la finalidad de detectar y modificar los factores de riesgo, así como detectar en forma precoz la presencia de enfermedades crónicas. C.S.B.P. Memoria Institucional. (2014, p. 57)

2.3.2 Estructura de los Programas de la Caja de Salud de la Banca Privada



2.3.3 Diseño de los Programas de la Caja de Salud de la Banca Privada

Los programas de la C.S.B.P., fueron diseñados por un equipo interdisciplinario representado por los siguientes profesionales: Jefe Médico, Jefatura de Policonsultorio, Jefatura de Atención al Asegurado, Jefatura de Servicios Médicos y Trabajo Social. Programas que se encuentran a cargo de una Trabajadora Social Lic. Sandra Ochoa Pantoja quien coordina con todo el equipo interdisciplinario para el desarrollo de sus actividades en el transcurso de toda la gestión.

2.3.4 Intervención de Trabajo Social en el Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.

La Trabajadora Social dentro su perfil ocupacional se desenvuelve a través de sus metodologías, técnicas, e instrumentos propios de la profesión de acuerdo a sus principales funciones; asistencia social, gestión social, educación social, organización social, investigación social.

Función Asistencial; comprenden de la atención a los asegurados que como consecuencia de su enfermedad acuden al servicio y presentan una demanda de atención social o psicosocial y el asesoramiento a los miembros del equipo de salud que precisan completar el diagnóstico clínico con el diagnóstico social, para aplicar mejor el tratamiento. Así como la atención protocolizada a través de los diferentes programas de salud.

Función de Promoción; Promueve el trabajo de equipo multidisciplinario

Función Educativa; tiene como objetivo dotar de los conocimientos necesarios sobre los procesos de la enfermedad, con el fin de lograr una mayor comprensión de la misma.

Preventiva; primaria a través de mecanismos de difusión en los asegurados sobre los beneficios en llevar un estilo de vida saludable, equilibrado, con acciones que estimulen estos cambios evitando nuevos casos de diabetes. Esto realizando la captación de los asegurados familiares de pacientes diabéticos, con o sin factores de riesgo.

Secundaria; realizando diagnóstico precoz de los nuevos casos de diabetes, además del manejo adecuado que retrase la aparición de las posibles complicaciones agudas y crónicas, esto cumpliendo las normas internacionales de buen control metabólico.

Seguimiento social de caso; el seguimiento social consiste en evaluación periódica del caso para conocer si los procedimientos médicos concretos estén dando los resultados en la superación del conflicto. En este proceso se efectuará el acompañamiento permanente.

2.3.5 Programa de Apoyo al Diabético de la Caja de Salud la Banca Privada

2.3.5.1 Antecedentes

El Programa de Apoyo al Diabético (P.A.D.) de la C.S.B.P., entra en funcionamiento a partir de la gestión 1990, con la intervención de un equipo interdisciplinario. Sus actividades se desarrollan de manera promocional y preventiva para el cuidado de la salud de los asegurados. C.S.B.P. Guía de Programas Área Trabajo Social (2015, p. 4)

La identificación de la falta de acceso a servicios desde la prevención, un adecuado diagnóstico y el posterior seguimiento incentiva a diseñar este programa que se dirige a la población que acude al seguro de la C. S. B. P., debido a sus características fenotípicas e idiosincrásicas se presentan una tendencia mayor a enfermedades metabólicas, como la diabetes, esto coadyuvado con la occidentalización y estilo de vida inadecuados, que predisponen al sedentarismo, mala alimentación y a enfermedades crónicas. C.S.B.P. Guía de Programas Área Trabajo Social. (2015, p.5)

El programa se dirige a esta problemática, apoyados en la infraestructura del seguro de la C.S.B.P., el nivel de preparación de los profesionales que cuenta el mismo, para la búsqueda de acciones adecuadas en las soluciones de este problema de salud.

Tomando como meta integrar un grupo de profesionales comprometidos con los pacientes que aquejan esta enfermedad, está conformado por todos aquellos asegurados diagnosticados diabéticos, pre diabéticos o con factores de riesgo. Estando conformado por una mesa

directiva que representa y analiza las dificultades del programa desde un punto de vista del paciente, con derechos y deberes que estimulan y organizan las actividades de dicho programa. Se realizan charlas teórico - prácticas las cuales llevan al paciente a adquirir conocimientos y habilidades que logren hacia un cambio en el comportamiento y estilo de vida.

La educación es continua y evaluativa y debe involucrar al paciente y a su familia, así mismo se efectúan actividades físicas fuera de la institución. La medicación y la educación diabetológica es uno de los pilares sobre el que sustenta el tratamiento, así se mejora el control glicémico, disminuye el riesgo de las enfermedades cardiovasculares y se tienen efectos psicológicos positivos puesto que aumenta la autoestima y se produce una sensación de bienestar psicofísica. C.S.B.P. Guía de Programas Área Trabajo Social. (2015, p. 7)

2.3.5.2 Objetivos del Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.

- El programa plantea una atención multidisciplinaria e integral, con todos los recursos necesarios, tanto humanos laboratoriales e imagenológicos que permitan al personal médico realizar mecanismos de prevención y diagnóstico precoz.

- Consolidar un programa de educación continua en la problemática de la diabetes.

- Brindar información y educación a los asegurados titulares y beneficiarios que asisten al programa, para que adquieran conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento y medidas preventivas, a fin de lograr un manejo adecuado de su enfermedad.

2.3.5.3 Objetivos Específicos del Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.

- Establecer el programa como punto de referencia interdisciplinario en el manejo de la diabetes y enfermedades metabólicas.

- Conformar el grupo de profesionales de la C.S.B.P. responsable de la elaboración del programa de atención al diabético que permita la atención de la enfermedad a través de un equipo multidisciplinario.

- Instaurar un sistema eficaz, actualizado, dinámico y organizado de atención médica a los pacientes diabéticos.

- Promoción y educación en salud dirigidas a la comunidad y a los grupos de riesgo

2.4. Marco Normativo en Bolivia

2.4.1 El Plan de Desarrollo Sectorial (PDS)

En el Plan Sectorial de Desarrollo “hacia la Salud Universal”, tiene como objetivo principal el mejorar el estado de salud de todos los bolivianos y bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, contiene las bases para que todos los sectores ordenen sus políticas a través de planificación para lograr un modelo común social, económico y estatal en base a cuatro grandes estrategias: Loreto, P. (2010, p.55).

- Bolivia digna: Estrategia socio-comunitaria que comprende a los sectores distribuidores de factores y medios de producción y servicios sociales.
- Bolivia soberana: Estrategia de relacionamiento internacional que comprende las relaciones económicas, políticas y culturales con la comunidad internacional e incluye a los sectores de comercio internacional.
- Bolivia productiva: Estrategia económica que comprende a los sectores que conforman la matriz productiva.
- Bolivia democrática: Estrategia del poder social que comprende a los sectores que promoverán el poder social en los diferentes territorios.

El sector salud se desenvuelve principalmente en la estrategia de Bolivia digna o la estrategia socio-comunitaria. Los objetivos de esta estrategia son: 1) erradicar la pobreza; 2) erradicar la exclusión social; y 3) eliminar la discriminación, marginación y la explotación

de la población. Para lograr estos objetivos se plantea fortalecer las capacidades de las familias y las comunidades a través de la provisión de servicios básicos como servicios de salud. Loreto, P. (2010, p. 55).

2.4.2 El Plan Nacional de Salud

Se crea con la finalidad de eliminar la exclusión social en salud bajo las siguientes políticas:

2.4.2.1 Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

El modelo SAFCI fue establecido mediante el Decreto Supremo No. 29601 del 2008, el cual determina que el nuevo modelo se operacionaliza mediante un modelo de atención y un modelo de gestión participativa y control social en salud, se fundamenta en un enfoque que incorpora las diferencias culturales de la población en múltiples aspectos. Uno de ellos, es generar una relación más horizontal entre culturas, reconociendo la importancia de los médicos tradicionales, se basa en cuatro principios: Loreto, P. (2010, p. 58)

Participación comunitaria. Es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización de sus problemas de salud y determinantes; del diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de promoción y prevención con desarrollo integral y comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional con intereses colectivos. Loreto, P. (2010, p. 59).

Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre la población, el equipo de salud y representantes de los diferentes sectores (educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación, justicia, defensa y otros), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas. Loreto, P. (2010, p. 59).

Interculturalidad. Entendida como el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena, originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud de la población. Loreto, P. (2010, p. 59)

Integralidad. Entendida como la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación armónica con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación, rehabilitación y recuperación de la salud de manera oportuna, eficiente y eficaz. Loreto, P. (2010, p. 59)

Y como estrategias la promoción social la educación para la vida la reorientación de los servicios de salud, la movilización social y alianzas estratégicas, este último en razón a que las determinantes en salud son multifacéticas y entonces para atacar los problemas de salud se tendrá que trabajar con las determinantes que tienen que ver con educación, saneamiento, vivienda, medioambiente, etc. y las alianzas estratégicas se hacen necesarias, asociadas a un seguro universal en salud con prestaciones gratuitas en los tres niveles de atención y una atención gradual que se está iniciando.

2.4.2.2 Principales políticas públicas en salud

- Programa desnutrición cero
- Bono madre niño-niña “Juana Azurduy” (Bono Juana Azurduy)
- Programa extenso
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)
- Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)

2.4.3 Ley N° 475 del 30 de diciembre de 2013 de Prestaciones de Servicios de Salud

Esta ley tiene por objeto establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria que no se encuentre cubierta por el Seguro Social obligatorio de corto plazo y establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud. Siendo necesario tomar en cuenta los principios de integralidad, interculturalidad, intraculturalidad, calidad en salud centrada en la persona y la comunidad, oportunidad, ya que cada uno de los principios aporta a poder brindar una mejor atención médica con calidad a población en general. Bolivia. Gaceta Oficial. (2013, p. 1)

- Integralidad: articula los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad.
- Intraculturalidad: Recupera, fortalece y revitaliza la identidad cultural de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afrobolivianos, en el proceso salud – enfermedad de la persona, familia y comunidad.
- Interculturalidad: Reconoce, acepta y respeta los sentires, saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, a través de acciones y servicios que asumen recíprocamente las lógicas culturales en salud, con la articulación de las medicinas tradicionales y académicas.
- Calidad en salud: centrada en la persona y la comunidad: Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.
- Oportunidad: Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños.

La protección financiera en salud es la garantía que otorga el Estado Plurinacional de Bolivia a las y los beneficiarios y beneficiarias para que puedan tener acceso a los servicios de salud de primer nivel, que sean referidos al segundo y tercer nivel, y a aquellos considerados de emergencia que reciban gratuitamente las prestaciones. Bolivia. Gaceta

Oficial. (2013, p. 2)

2.4.4 Código de Seguridad Social

El Código de Seguridad Social fue promulgado el 14 de diciembre de 1956, fundado en los principios de solidaridad económica y social, universalidad del campo de aplicación de contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión. Dicho código constituye un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de las medidas 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. Bolivia. Código de Seguridad Social. (1956, p. 4).

Este se constituye en un instrumento técnico legal del Seguro Social de Corto Plazo, que otorga una protección de la salud a través de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, mediante el reconocimiento de las prestaciones en especie y en dinero al asegurado cotizante y su grupo familiar, esposa o conviviente, hijos menores de 19 años, padres y hermanos en condiciones de dependencia. Bolivia. Código de Seguridad Social. (1956, p. 4)

2.4.5 Seguro Social a Corto Plazo

- a) Seguro de Enfermedad: en caso de enfermedad reconocida por los servicios médicos de las cajas, el/la asegurado/a y sus beneficiarios tienen derecho a las siguientes prestaciones, asistencia médica general, asistencia médica especializada, asistencia hospitalaria, intervenciones quirúrgicas, dotación de prótesis, suministro de medicamentos.
- b) Seguro de Maternidad: la asegurada esposa o conviviente tiene derecho en los periodos de gestación parto y puerperio, a la asistencia médica quirúrgica, hospitalaria y al suministro de medicamentos que requiera el estado de la paciente

- c) Asignaciones Familiares: subsidio prenatal, subsidio de lactancia, subsidio de natalidad y el subsidio de sepelio
- d) Seguro de Riesgos Profesionales
 - Enfermedades Profesionales
 - Accidentes de trabajo
- e) Seguro de Riesgos Extraordinarios
 - Asaltos, riñas y peleas
 - Exposición al riesgo en estado de ebriedad
 - Accidente de transito
 - Violencia intrafamiliar
 - Deportes extremos
 - Abortos sin prescripción médica

2.4.6 Constitución Política del Estado

Artículo 37 señala: 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 prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Artículo 45 señala: I. Todas las bolivianas y bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

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. Bolivia. Constitución Política del Estado. (2010, p. 25)

CAPÍTULO III

MARCO CONCEPTUAL

3.1 Conceptualización de Salud

Según la definición de la O.M. S. (1946): “La salud es el estado de completo bienestar

físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad, es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar”. (p.11)

Según la definición de la OMS (1986): “En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable, y un uso sostenible de los recursos. La estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. (p. 1)

3.2 Definición de Salud Pública

Salud Pública es la disciplina dedicada al estudio de la salud y la enfermedad en las poblaciones. La meta es proteger la salud de la población, promover estilos de vida saludables y mejorar el estado de salud y bienestar de la población a través de programas de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades. Además, se provee información, adiestramiento y las destrezas necesarias para mejorar la efectividad y la prestación de servicios médicos. La Salud Pública contribuye al conocimiento a través de la investigación y la aplicación de las ciencias poblacionales y sociales a los problemas de salud de individuos y poblaciones. El propósito fundamental es alcanzar los más altos niveles de bienestar físico, mental y social, de acuerdo a los conocimientos y recursos existentes. (Navarro, V. 2012, p 15).

3.2.1 La diabetes es un Problema de Salud Pública

La diabetes es una enfermedad grave, común, creciente y costosa, un diabético con un inadecuado control de su enfermedad es más susceptible a diferentes tipos de infecciones que pueden llevar a la incapacidad parcial o total del individuo desencadenando costos elevados para el paciente, su familia, el sistema de salud y la sociedad en general, por sus efectos

negativos y su acelerado crecimiento, debe ser considerado un problema de Salud Pública y por ello es imperativo adoptar medidas para desafiar esta pandemia y evitar sus efectos mortales en la población boliviana. Bolivia. Gaceta Oficial. (2016-2017, P9).

Prevención Primaria. - Es la implementación de Políticas Públicas y Sociales, dirigidas para evitar factores de riesgo e incrementar la disponibilidad y el acceso a una alimentación saludable y a la actividad física.

Prevención secundaria.- Se refiere a las Políticas Públicas que incrementan el acceso al diagnóstico, la atención médica y a medicamentos accesibles, está enfocado para las personas que ya tienen diabetes, mantener un control adecuado del nivel de glucosa en la sangre es importante para prevenir o retrasar complicaciones crónicas de la diabetes, como la ceguera, neuropatía, insuficiencia renal o insuficiencia vascular periférica, problemas en la circulación que pueden llevar a la amputación de miembros inferiores, entre otras.

Asimismo, es deber del Estado a través de sus instituciones, velar por la protección, atención integral y prevención de las enfermedades de viabilizar su diagnóstico y promover su tratamiento, establecer las condiciones básicas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y la vida, que es un derecho constitucional, establecido en igualdad para todos los bolivianos y bolivianas. Bolivia. Gaceta Oficial. (2016-2017: 9).

3.3 Salud como derecho

De acuerdo con la Constitución Política del Estado, la salud es un derecho básico, por lo tanto, recae en la responsabilidad de protegerla y promoverla.

La salud tiene dos dimensiones:

- Es un bien colectivo y como tal se constituye en fundamento del desarrollo sostenible.
- Es un bien individual, puesto que su ausencia hace imposible que una persona asuma obligaciones y compromisos, al mismo tiempo que la priva de una vida plena.

Atención primaria en salud implica: alimentación y nutrientes adecuados; agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil y planificación familiar. Pero fundamentalmente significa situar la salud en un campo de acción mucho más amplio que su concepto asistencialista.

Se han planteado nueve determinantes de la salud y el bienestar: Ingreso y estatus social, Red de apoyo social, Educación, Condiciones laborales, Medioambiente físico, Biología y genética, Prácticas saludables, Desarrollo de salud infantil, Servicios de salud. M.S.D. Plan Sectorial de Desarrollo. (2010, P. 22).

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen de sobremanera en su estado de salud mental y física. En efecto circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen en estas familias.

La cultura también es un constructo social, y por lo tanto también influye en los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas. Los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado.

La educación para la salud es fundamental en las sociedades para:

- Modificar conductas no saludables.
- Promocionar conductas saludables.
- Provocar procesos de cambio social.

3.4 Enfoques de Determinantes Sociales de Salud

3.4.1 Enfoque Biopsicosocial

Este enfoque concibe al ser humano en general (ambos sexos) como un ser vivo con un organismo complejo y con una mentalidad muy compleja basada en muchos aspectos (valores, conciencia, ética, motivaciones, deseos, personalidad, etc.), los cuales le permiten estar en una organización social (familia, amistades, comunidad, municipio, nación, grupos sociales, etc.) y comportarse de acuerdo con sus intereses psicológicos, y las limitaciones que presenten su cuerpo y su aprendizaje.

La concepción del hombre como ser bio-psico-social comprende todos los planos que están en constante interacción. Su delimitación es difícil, no se puede separar lo que es producto del pensamiento, creencias, sentimientos, de su biología y su entorno social. Por último, es importante señalar que en este individuo todos estos procesos son dinámicos y cambian a través de las distintas edades.

El hombre debe ser considerado como un ente bio-psico-social, pero para hacer esto, primero, se debe definir cada uno de los términos que se encuentran en esta afirmación.

- Ente: Se refiere a lo que existe o puede existir.
- Bio: Significa vida.
- Psico: Significa alma, mente o actividad mental.
- Social: Relativo a la compañía o sociedad entre compañeros, aliados o confederados.

El enfoque bio-psico-social es un modelo participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad. O.P.S. Implementación del Modelo Bio Psicosocial. (2011, p. 8)

3.5 Información en salud

La información es un recurso que se utilizó en el proyecto a partir de los datos que se

brindarán a los asegurados de la C.S.B.P. Guía Trabajo Social. I.E.C. (1995, p. 4)

3.6 Educación en salud

Está en caminata a orientar a la población beneficiaria con siete sesiones informativas, para promocionar conocimientos sobre los cuidados de la diabetes y fomentar comportamientos, modificar conductas individuales y fomentar cambios de actitudes. Guía Trabajo Social. I.E.C. (1995, p. 4)

3.7 Definición de la diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que se produce por una alteración en el aprovechamiento de los azúcares, debida a una carencia de insulina o a que esta no cumple su función de la manera adecuada. La insulina es una hormona producida por el páncreas, que permite que los azúcares sean asimilados por las células para utilizarlos como fuente de energía. Cuando no hay cantidad suficiente de insulina, o cuando esta no puede cumplir correctamente sus funciones, los azúcares se acumulan en la sangre y provocan lo que se denomina hiperglucemia (niveles de azúcar –glucosa– superiores a lo normal en la sangre). El aumento persistente de los valores de glucosa en la sangre causa numerosas complicaciones en el organismo. (García, 2010, p. 5)

3.8 Tipos de diabetes

La diabetes es la más común de las enfermedades metabólicas graves, la cual se cataloga en dos tipos de diabetes: la diabetes Tipo I y la diabetes Tipo II y diabetes Gestacional.

Tipo I: También llamada diabetes juvenil o diabetes – dependiente. Tiene tendencia a presentarse en las personas jóvenes o niños, pero puede también afectar a cualquier edad. Se cree que la causa de esta diabetes está asociada al antecedente de una enfermedad viral que pudiera haber modificado las células productoras de insulina del páncreas haciéndolas susceptibles a un rechazo y destrucción por el sistema inmunológico. Estos pacientes no producen insulina y requieren insulina para poder vivir. (García 2010, p. 6).

Tipo II: Es un mecanismo fisiológico complejo. El cuerpo sí produce insulina, pero no suficiente, o no puede aprovechar la que produce y la glucosa no está bien distribuida en el organismo (resistencia a la insulina). Esto quiere decir que los receptores de insulina de las células, que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula, están dañados. Esta forma es más común en personas mayores de 40 años, aunque cada vez es más frecuente que aparezca en sujetos más jóvenes. Se relaciona con la obesidad, anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad. Puede estar presente con muy pocos síntomas durante mucho tiempo. (García, 2010, p. 6)

3.9 Complicaciones de la enfermedad

Los pacientes diabéticos, además de sus problemas de diabetes, tienden a enfrentarse a otras complicaciones como: infartos del corazón, embolias, problemas visuales, que pueden llevarlos a la ceguera, enfermedades de los riñones, una pierna o un pie amputado por medio de cirugía, infecciones frecuentes y problemas sexuales. El conocer estos problemas puede ayudar a los pacientes diabéticos a actuar en forma positiva, descubrir los problemas a tiempo, cómo tratarlos y ayudarse a enfrentar sus temores. (Gálvez, 2003, p. 20).

Las complicaciones de diabetes se deben a: Daños a los pequeños vasos de sangre, daño a los vasos de sangre grandes, daño a los nervios, deterioro.

3.10 Manejo de la enfermedad

El mejor manejo de la enfermedad es aprendiendo sobre la diabetes y su tratamiento, consumiendo los alimentos debidos, manteniéndose físicamente activo, poniéndose inyecciones de insulina o tomando pastillas para la diabetes si la necesita. También es muy importante que el paciente escriba lo que va a hacer para controlar su diabetes, para lo cual debe utilizar un cuaderno y llevar un registro de todo lo relacionado a los cuidados relacionados con su diabetes, tomando en cuenta lo siguiente. (Lerman, 1994. P. 12)

- La dosis y la hora de su medicina para la diabetes.

- Las horas y los resultados de sus pruebas de azúcar en la sangre y de cetonas en la orina.
- Los alimentos que ingiere y las horas en que los come.
- Las horas en que hace ejercicio y por cuánto tiempo lo hace.
- Cualquier cosa fuera de lo usual, tensión en casa, una discusión en el trabajo, el dejar de hacer la comida o actividad adicional, anotar la fecha al empezar un nuevo frasco de insulina, una comida en un restaurante y así sucesivamente.

3.11 Problemas sociales en el paciente diabético

Específicamente, en lo referente a la dimensión social, las personas con diabetes podrían tener una mayor probabilidad de enfrentar problemas de índole social, en relación a individuos que no experimentan la existencia de un padecimiento crónico, toda vez que la diabetes exige, de quienes la padecen, readecuaciones en sus estilos de vida. (Lerman, 1994, p. 14)

3.12 Problemas psicológicos en el paciente diabético

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos en pacientes diabéticos son frecuentes, porque la diabetes como enfermedad los produce. La diabetes es un problema de salud que merma la calidad de vida de las personas que la padecen y, en muchos casos, acorta su esperanza de vida. Los trastornos psicológicos y psiquiátricos de un paciente con diabetes muchas veces se encuentran enmascarados entre los síntomas que presenta esta enfermedad: la depresión está entre los síntomas físicos y pasa desapercibida para el médico especialista y el enfermo. (Medrano, 2011, p. 22)

- La diabetes parece asociarse con un mayor riesgo de sufrir este trastorno mental. A su vez, este trastorno mental aumentaría la probabilidad de sufrir diabetes.

- Casi una de cada cinco personas que desarrollan diabetes sufre a la vez depresión, por el hecho de sentirse enfermas. Las complicaciones vasculares de la diabetes pueden alterar los vasos cerebrales que podrían favorecer la depresión.
- Las personas deprimidas también tienen más riesgo de sufrir diabetes, porque la depresión lleva consigo un abandono del cuidado de la salud.
- El médico especialista en psiquiatría y los psicólogos clínicos, son los especialistas sanitarios que mejor pueden diagnosticar y tratar estos problemas en los pacientes diabéticos y deprimidos, mediante antidepresivos o con psicoterapia.

3.13 Enfermedades crónicas

Según la OMS, (2005-2009):

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran de sexo femenino y el 26 % eran menores de 60 años. (p. 20)

3.14 La familia

Según Hernández, Á. (1997):

La familia es un sistema en la medida de que está constituida por una red de relaciones, es natural porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana y tiene características propias porque no existe ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla”. (p. 20)

La familia siempre ha sido, y es el principal pilar de la sociedad, es el lugar donde los miembros nacen, aprenden, se educan y desarrollan. Debe ser refugio, orgullo y alegría de

todos sus miembros. Cuando un miembro de la familia tiene problemas, alegrías o tristezas internas, repercuten en todos los familiares, debido a su total interrelación.

- Procreación de los futuros ciudadanos
- Crianza, educación e integración social de las próximas generaciones
- Permite un equilibrio entre las generaciones
- Prevención de salud personal y social
- Permite que se cuiden la 1ra y 3ra generación

Uno de los deberes más importantes de la familia, por lo tanto, es el de introducir a los hijos en los ámbitos más valiosos de la vida, como son los de:

- Ayudar a los hijos a descubrir los bienes trascendentes.
- Iniciarlos en el sentido del dolor y del sufrimiento.
- Iniciarlos en el sentido del trabajo.
- Iniciarlos en el sentido del amor y la solidaridad.

3.15 Apoyo familiar

En las últimas dos décadas se ha hecho más evidente la manera como los contactos y el apoyo familiar repercuten en la enfermedad y su desenlace. Por lo que se considera que el apoyo familiar es algo similar a un amortiguador del estrés originado por la enfermedad crónica y que además influye en el desarrollo de las conductas de salud o de auto cuidado, así como en la observancia del tratamiento médico.

Las limitaciones que sufre un enfermo con diabetes requieren en cierta medida del apoyo de la familia, para que lo auxilien en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de las acciones adecuadas para superar una serie de barreras que se dan en su tratamiento. (Robles, 1995, p. 12).

La identificación de los recursos con que cuenta la familia para promover y servir al proceso de solución exitosa de problemas inesperados y de la vida diaria, sirven para nutrir

física y/o emocionalmente a los miembros del grupo familiar, y éstos pueden ser: afectivos, emocionales, adaptativos o instrumentales.

Dicho apoyo puede provenir de muy diversas fuentes, como son los contactos más íntimos de la familia, los parientes, amigos y las fuentes formales, tales como el equipo de salud e instituciones (Robles, 1989, p. 13)

El apoyo que el paciente obtiene de su familia gravita como elemento de gran importancia para que éste continúe con su régimen terapéutico. Por otro lado, aunque es importante dar apoyo y comprensión es de igual importancia no excederse. En otros términos, la familia no debe tratar de volverse responsable de la diabetes, para evitar sobreprotección y dependencia, generalmente la familia tiene la sensación de que debe suministrar más ayuda o quizá encuentre más fácil hacer las cosas que dejar que el paciente las realice. (Zorrilla, 1994, p. 20)

Por otro lado, un aspecto importante es la comunicación, para el logro de una relación familiar exitosa es importante que el paciente pueda discutir sus ideas y sentimientos con el miembro de la familia que más le apoye y juntos busquen soluciones. Esta ayuda mutua no solo ayudará al control de la diabetes, sino que puede lograr un acercamiento y contribuir a obtener una relación familiar más sana. (Gutiérrez, 1994, p. 12).

3.16 Funciones de la familia

La familia desempeña una tarea de vital importancia. “formar a sus miembros” es labor de ambos padres, o uno de ellos; quienes desempeñan esta misión a partir de los modelos recibidos de sus progenitores cumpliendo las funciones de transmisión y acomodación.

Función de protección psicosocial, mediante la cual se brinda protección biológica, psicológica y social a los miembros de la familia. A través del sentido de pertenencia, permite el desarrollo de la identidad que favorece el sentido de separación e individualización. (García, 2010, p. 99)

Función de transmisión y acomodación a la cultura, tiene como fin que sus miembros se acomoden a la cultura, garantizando así la continuidad a través de la transmisión de valores propios de la sociedad a la que pertenece. (García, 2010, p. 99)

3.17 Impacto de la enfermedad en la familia

La enfermedad no empeora por algún factor de riesgo familiar, pero es un evento estresante que altera la dinámica de la familia y que juntamente con otros factores estresantes, pueden poner en situación de máxima vulnerabilidad. La reacción de la familia puede ser variada, desde ignorar la enfermedad y el dolor que siente el enfermo/a, por lo que este no recibe apoyo emocional y a veces tampoco la ayuda física que necesita, hasta la excesiva preocupación por él / ella proporcionando un tipo de ayuda no funcional fomentando la dependencia de la persona. (García, 2010, p. 99)

3.18 Definición de grupo de autocuidado

Según la O.P.S. (2014): “Se entiende como grupo de auto ayuda, a la reunión constante de varios individuos que afrontan una situación en común, la ventaja que presenta dicho grupo es que los integrantes, al convivir con personas afectadas por la misma problemática, se alientan unas con otras encontrando así soluciones o alternativas para superar su estado depresivo”. (p. 12)

Se les da suficiente información para conocer su padecimiento, identificar su gravedad y prevenir riesgos a futuro en su persona o en el núcleo familiar. Una de las características de estos grupos es que al paso del tiempo de recibir información sobre su enfermedad el individuo y su familiar, estarán capacitados para auto controlarse y prevenirse, y así disminuir el riesgo de mortalidad en la población en edad de riesgo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En este capítulo se presenta los resultados del diagnóstico cuantitativo de la identificación del problema “La limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa de apoyo al diabético”.

Cuadro Nro. 2

Población de pacientes en general que atiende la C. S.B. P. Gestión 2015		
Regional	Población Total	%
La Paz	33.728	38 %
Santa Cruz	26.063	30 %
Cochabamba	14.610	17 %
Oruro	2.591	3%
Sucre	2.726	3 %
Tarija	3.562	4 %
Trinidad	2.547	3%
Potosí	1.866	2 %
TOTAL	87.693	100 %

Fuente: 2016 Elaboración Propia en base a los datos del Servicio de Bio Estadística de la C.S.B.P.

En relación al Cuadro N° 2, se puede apreciar el total de la población asegurada tanto titular como beneficiaria de la C.S.B.P., a nivel nacional, para la gestión 2015 está representada por 87.693 asegurados.

Constituido por ocho regionales, donde los departamentos de La Paz con 33. 728 representa el 38% del total de asegurados, seguidamente Santa Cruz con 26.063, constituye el 30%, Cochabamba ocupando el tercer lugar con 14.610 con un 17%.Siendo que estas regionales representan el mayor porcentaje de asegurados afiliados a la C. S.B.P., con el Seguro a Corto Plazo.

Cuadro Nro. 3

Fuente: 2016 Elaboración Propia en base a los datos del Servicio de Bio Estadística de la C.S.B.P.

Tipo de asegurados diabéticos y parentesco							
Tipo Asegurado	Conviviente	Esposo/a	Hijo/a	Madre	Padre	Titular	Total General
Cotizante	0	0	0	0	0	1092	1092
Dependiente	6	513	54	239	1	4	877
Derecho Habiente Viudedad	0	0	0	0	0	74	74
Invalidez	0	0	0 0	0	0	15	15
Mayor 19 años	0	0	7	0	0	0	7
Total,General	6	513	61	239	1	1185	2065

El Cuadro N° 3, da a conocer el total de asegurados que fueron diagnosticados con diabetes para la gestión 2016, es de 2065 tanto titulares como beneficiarios en la Regional La Paz, según la base de datos del Servicio de Bio Estadística de la C.S.B.P., están representados de la siguiente manera: 1092 son asegurados titulares cotizantes que trabajan en las diferentes instituciones, 877 está conformado por asegurados dependientes, de los cuales 6 son beneficiarios convivientes, 513 son esposos, 54 hijos, 239 madres, 1 padre, 74 beneficiarios por viudedad, 15 son diagnosticados por tramites de invalidez, 7 son mayores de 19 años.

Cuadro Nro.4

Nuevos	Repetida	Total, General
467	1598	2065

Fuente: 2016 Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Servicio de Bio Estadística de la C.S.B.P.

En relación al cuadro anterior, los pacientes diagnosticados con diabetes son 2065 para la gestión 2016 en la regional La Paz de la C.S.B.P., de los cuales se registraron 467 nuevos

casos en relación a la gestión pasada, que estuvo representada por 1598, lo que demuestra que esta enfermedad va en ascenso cada año y que son más personas que la padecen.

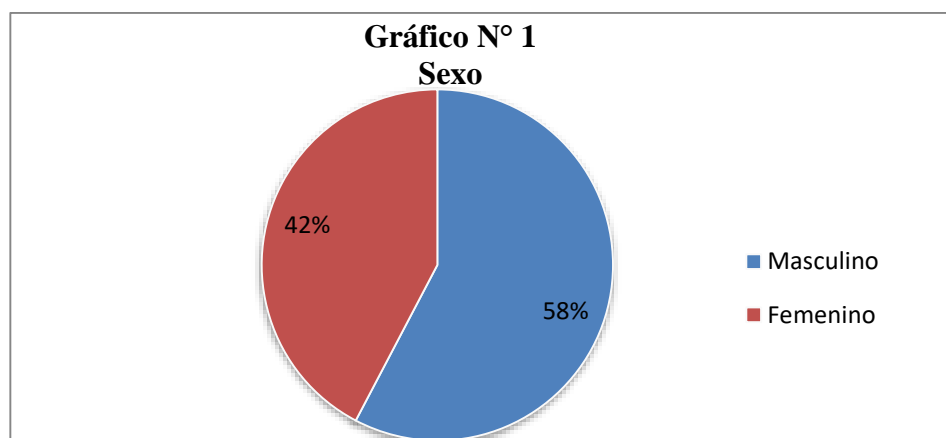
Cuadro Nro.5

Diagnosticados según sexo			
Diagnostico	Femenino	Masculino	Total General
	1014	1051	
Total, general			2065

Fuente: 2016 Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Servicio de Bio Estadística de la C.S.B.P.

En relación al Cuadro N° 5, el total de asegurados diagnosticados con esta enfermedad en la Regional La Paz es de 2065, según los datos obtenidos la población se concentra preferentemente en el sexo masculino ya que representa el 51% de la población total. En tanto la población femenina diagnosticada con la enfermedad representa el 49%.

Los gráficos que a continuación se desarrollaran nos permitieron una mejor aproximación a la identificación del problema que afecto al funcionamiento en el programa y a los asegurados diagnosticados con la enfermedad dela diabetes, para posteriormente proponer alternativas de intervención.

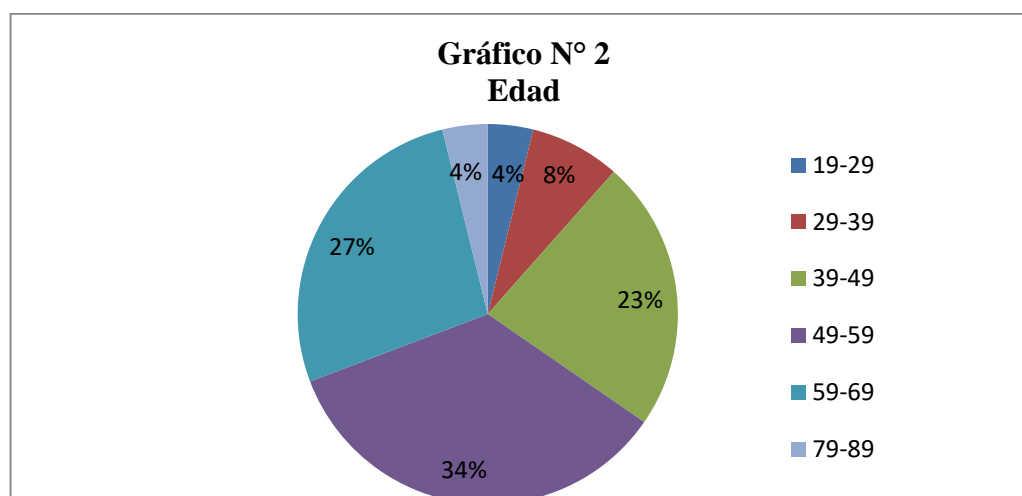


Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta en la C.S.B.P.

La representación Gráfica N° 1, indica en números porcentuales que del total de los participantes que colaboraron con el llenado de la encuesta, el 58% corresponde al sexo

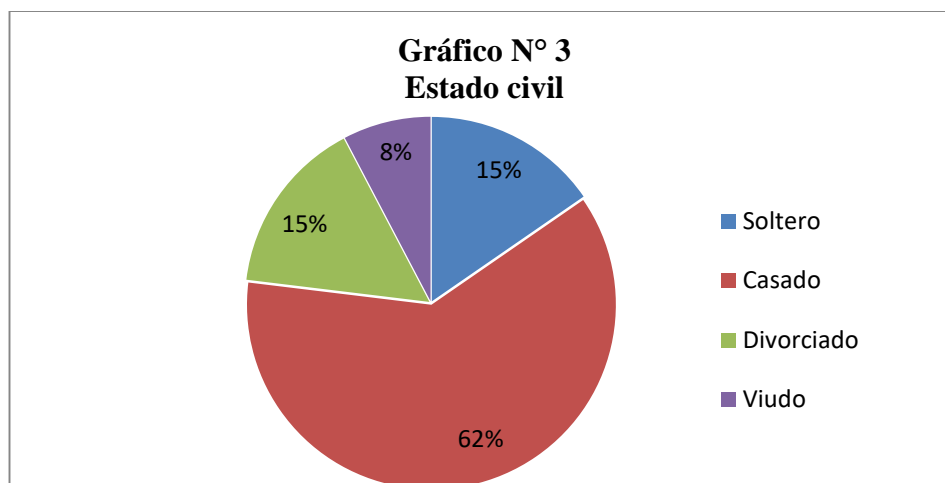
femenino, dato que permite afirmar que son las mujeres quienes acuden con mayor frecuencia a sus controles médicos. En tanto que la población masculina solo representa el 42% de asegurados que asiste a sus controles de salud, siendo que esta población acude con menor frecuencia

Según el Cuadro Nro. 5, mencionado con anterioridad la población con mayor porcentaje con el diagnóstico de la enfermedad, pertenece al sexo masculino, por lo tanto realizando un análisis ambos datos obtenidos se puede mencionar que esta población no está realizando un control adecuado de su salud, siendo que estos deberían ser los que más medidas preventivas asuman.



Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta en la C.S.B.P.

En relación al Gráfico N° 2, se analizó lo siguiente, el intervalo de edad de los asegurados que participaron en el llenado de la encuesta corresponde a las edades de 19-29 años, representado por el 4%, de 29-39 años, representa el 8%, de 39-49 años, representan el 23%, de 49-59 años, representan el 34%, de 59-69 años, representan el 27%, estos datos determinan que se trabajara con mayor porcentaje con asegurados que se encuentran en las edades de 49-59 años, para quienes se debe determinar estrategias de participación, motivación, para la resolución del problema que afecta al programa del diabético.

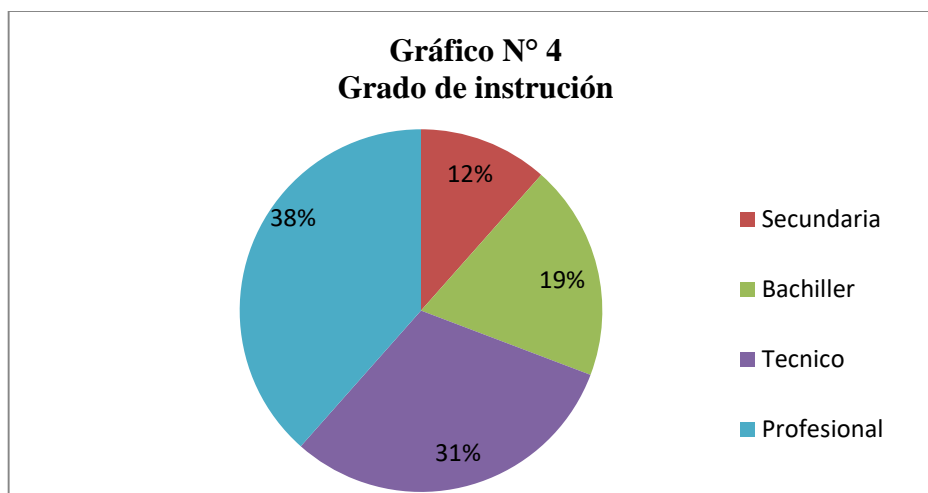


Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta en la C.S.B.P.

En relación al Gráfico N° 3, los datos obtenidos del vaciado de la encuesta el estado civil de los asegurados, el mayor porcentaje de pacientes que padecen la enfermedad de diabetes se concentra en asegurados casados, con un 62%, lo que refleja que la familia asume la responsabilidad del cuidado del paciente a partir de su diagnóstico, seguidamente de divorciados, con un 15%, solteros con el otro 15% y finalmente viudos, con el 8%.

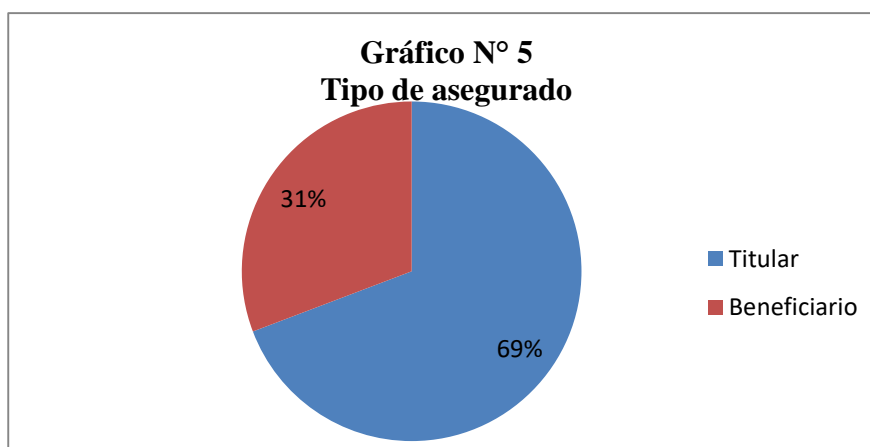
Este dato facilitó trabajar no solo con asegurados diagnosticados con esta enfermedad, sino también permitió motivar la participación de su grupo familiar, para que por medio de ellos se realice un mejor control de la enfermedad, así mismo es necesario que los miembros de la familia sepan y se interesen, sobre el tratamiento que el paciente debe seguir a partir de su diagnóstico. En este entendido el entorno familiar para una persona que atraviesa por esta experiencia es muy importante porque permite sentirse acompañado, querido y protegido, debido a los cambios que genera.

Vivir con una enfermedad crónica no es fácil para nadie, es normal sentirse incómodo, triste, culpable o enojado. Sin embargo, contar con información básica y orientación concreta al respecto representa una responsabilidad que debe ser asumida por el paciente y por su familia, para comprender la importancia que conlleva la enfermedad en sus diferentes etapas.



Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta en la C.S.B.P.

En relación al Gráfico N° 4, grado de instrucción, el 38% accedió al nivel licenciatura, el 31% accedió al grado técnico superior, seguidamente del 19% que obtuvo el grado de bachiller y finalmente el 12% solo curso sus estudios hasta la secundaria. Otro aspecto de suma importancia de los datos obtenidos, nos confirma que el mayor porcentaje de ellos trabajan en las diferentes instituciones, información que fue útil para la propuesta. En este entendido y por medio de esta vía de comunicación se puede llegar a más personas, que padecen de la misma enfermedad y se pueda invitar a formar parte de las actividades que se desarrollan en el programa, para lograr una mayor participación.

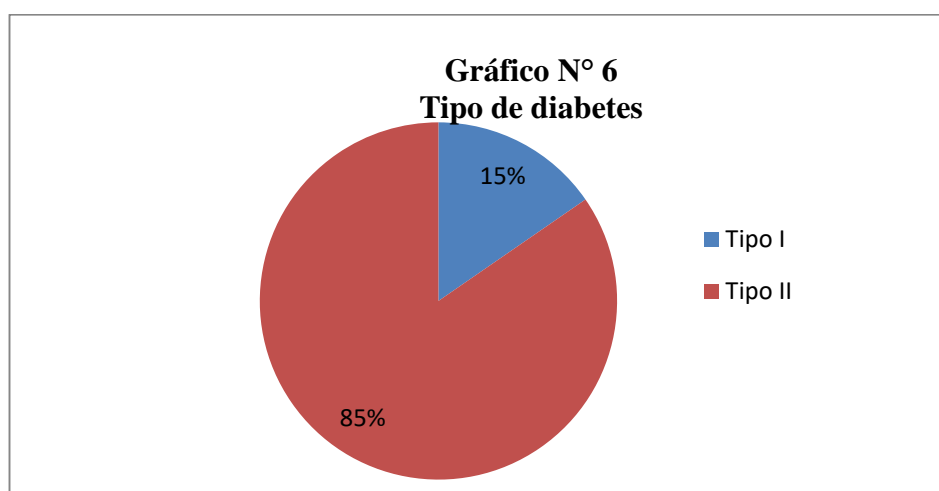


Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta en la C.S.B.P.

En relación al Gráfico N° 5, tipo de asegurados, el 69% pertenece al sector de asegurados cotizantes titulares y el otro 31% a los beneficiarios/as que dependen del seguro por medio de sus esposos/as, padres, madres o hijos/as.

Los datos obtenidos en base a esta pregunta, permite confirmar que una de las causas del problema que atraviesa el programa es, evidente que el mayor porcentaje de los participantes trabajan, circunstancia que no les permite formar parte del mismo.

Es necesario saber si las personas cuentan con tiempo libre, que les permita dedicar a realizar actividades que no son propias del ámbito laboral o educativo o aquellas tareas básicas y fundamentales de la vida diaria, sino actividades de educación preventiva que les sirva, el cómo evitar factores de riesgo en toda la etapa de su enfermedad.



Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta en la C.S.B.P.

En relación al gráfico N° 6, el tipo de diabetes que padecen los asegurados, el mayor porcentaje se concentra con un 85%, fueron diagnosticados con diabetes de tipo II, y el otro 15% el de tipo I.

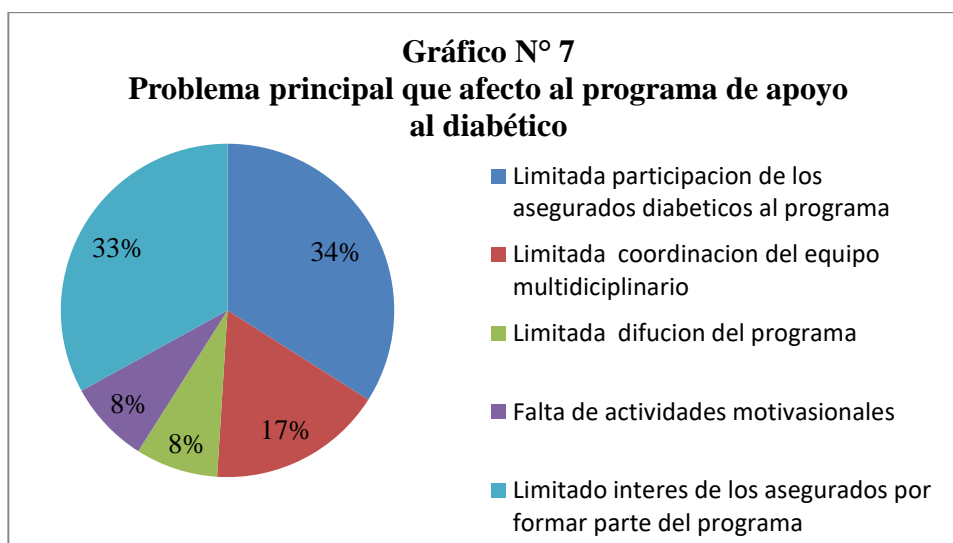
Esto refleja que un gran porcentaje de personas que acuden a sus controles médicos en la C.S.B.P., fueron diagnosticadas con diabetes de Tipo II. Motivo por el vimos necesario brindar la siguiente información: Al presentarse la enfermedad el páncreas de las personas

con diabetes Tipo II sigue produciendo insulina, pero el cuerpo no la utiliza bien, a la mayoría la enfermedad se les presenta después de los 30 años de edad, existen factores de riesgo que pueden causar, como antecedentes en la familia, ser mayor de 30 años de edad, falta de ejercicio y exceso de peso.

En personas con diabetes Tipo I el páncreas no produce su propia insulina, normalmente la enfermedad se les presenta en la infancia o adolescencia, necesitan inyecciones de insulina para poder vivir, se puede controlar manteniendo un equilibrio entre la comida, la actividad física y el uso apropiado de las inyecciones de insulina.

Los dos tipos de diabetes (Tipo I y Tipo II) pueden causar graves daños al cuerpo cuando el nivel de azúcar en la sangre está constantemente elevado, los problemas más comunes son del corazón, los riñones, la vista, el sistema nervioso y los pies. Estudios recientes sobre diabetes indican que se pueden controlar estos problemas si el azúcar en la sangre se mantiene en un nivel lo más normal posible, se pierde peso y se hace ejercicio.

A razón de ello la C.S.B.P., desarrolla programas preventivos de salud integral donde se propone reducir complicaciones a causa de la enfermedad.



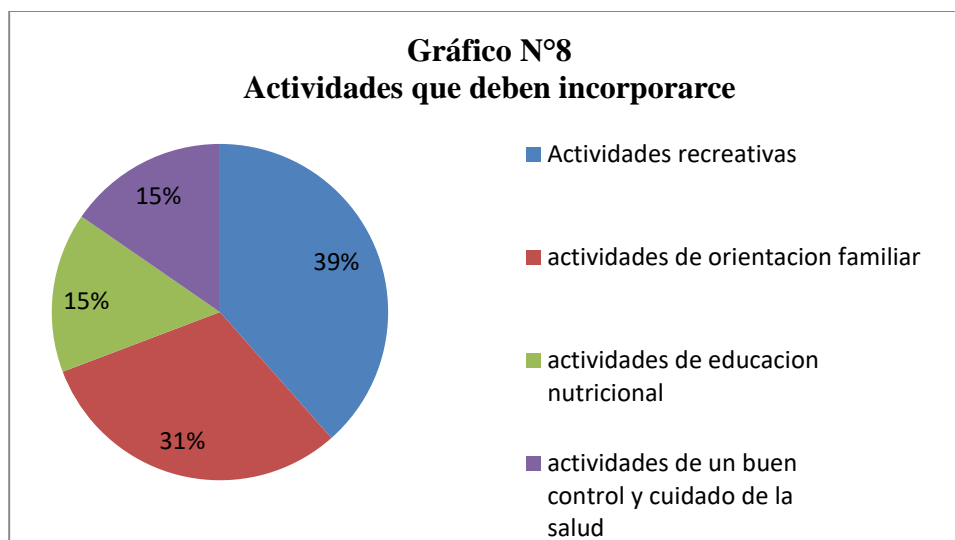
Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta

En relación al gráfico N° 7, problema que afectó al funcionamiento del Programa de apoyo al diabético, las respuestas obtenidas fueron las siguientes: el 34% de los encuestados opina no participar de las actividades que se desarrollan, seguidamente del 33%, al no mostrar interés de formar parte del programa, el 17% indica que los profesionales encargados del programa no coordinan de manera adecuada las actividades que se desarrollan, el 8% representado por la limitada difusión del programa y manifiestan no conocer el programa de apoyo al diabético, finalmente 8% menciona la falta de actividades motivacionales.

Estos fueron los problemas que afectaron al funcionamiento del Programa, por lo que se vio necesaria la propuesta del proyecto de intervención social, que nos permitió buscar alternativas de solución y así poder reducir factores de riesgo.

Por consecuente es necesario darles a conocer que el programa de apoyo, es una estrategia que les permite hablar con otras personas que comparten problemas similares a los de uno mismo, lo mejor que pueden hacer es considerarla posibilidad de asistir a él, donde las personas que recién descubrieron que tienen diabetes pueden aprender de otras personas que han tenido la enfermedad por más tiempo.

Las personas que pertenecen al programa de apoyo pueden conversar y comparar experiencias y sentimientos sobre la diabetes, también pueden compartir ideas sobre las formas de cuidado, preparar las comidas, qué es una dieta adecuada y aumentar la actividad física.

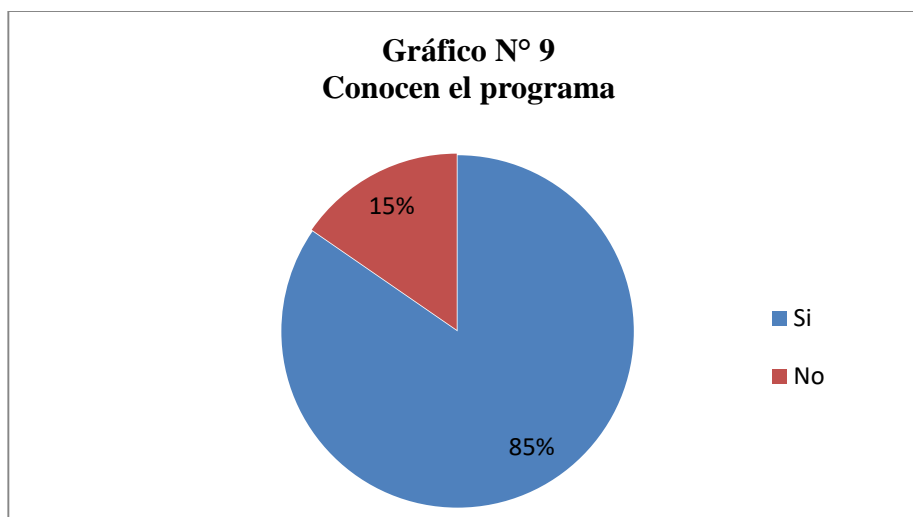


Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta

En relación a las actividades que debieran implementarse al programa, el 39% apoya las actividades recreativas o físicas, el 31% a las actividades de orientación familiar, seguidamente del 15% de actividades de educación nutricional y finalmente el 15 % opina incorporar actividades de un buen control y cuidado de la salud.

Respuesta que va relacionada con las anteriores sugerencias. Para mejorar esta situación, es necesario considerar la opinión de todas las personas que participaron del llenado de la encuesta e implementar nuevas actividades que satisfagan las necesidades de este sector, que sugieren iniciativas de motivación, participación y recreación.

Para lograr esto se debe trabajar con todo el equipo interdisciplinario de la institución, profesionales que se sientan comprometidos con estos asegurados, el programa, para establecer estrategias de intervención, planificación, organización y coordinación que permita una mayor afluencia participativa.



Fuente: 2016, Elaboración propia según el vaciado de datos de la encuesta

En relación a la pregunta N° 9, si los asegurados diabéticos encuestados conocían el programa de apoyo al diabético, el 85% afirma sí conocer el programa y el 15% que no conocerlo. La respuesta obtenida en base a la pregunta realizada es positiva porque nos permitió reflexionar acerca de ello, si bien el mayor porcentaje tiene conocimiento que la C.S.B.P., cuenta con este programa, y porque muchos de ellos no participan, la respuesta a ello es el trabajo, otros se dedican al cuidado de algún familiar, seguidamente no sentirse motivados por las actividades que se desarrollan en están, son las razones expuestas por los encuestados.

4.1 Descripción del problema

Causas del problema

La causa del problema: “La limitada participación de los asegurados diabéticos al programa de apoyo al diabético de la C.S.B.P., se explica a partir del árbol de problemas, una técnica participativa de análisis y profundización, mediante el cual explicamos el problema, relacionado las causas y efectos.

Una de las causas es la limitada difusión del programa, pese a que existe el programa

muchos de los asegurados manifestaron no conocerlo, ni de las actividades o beneficios que pueden adquirir al formar parte del mismo, esta causa está ligada a la limitada coordinación del equipo de trabajo para el desarrollo y planificación de sus actividades.

De igual manera, otra de las causas se encuentra relacionada con la limitada información, orientación que se proporciona en el poli-consultorio, esto debido a que no existe un espacio de interacción directa y que la población es mínima en el momento que el servidor brinda información acerca del programa, y se ve que los asegurados al ser diagnosticada con esta enfermedad, solo acuden a sus controles médicos, sin preguntar si existe algún programa que los apoye en proceso de su enfermedad. Esto va acompañado con la falta de actividades motivacionales que los motive a participar del programa, que les permita procesos de educación donde se pueda transmitir conocimientos, experiencias y reflexiones.

Así mismo otra de las causas se encuentra en la familia y el trabajo, debido a que muchos de los asegurados se encuentran al cuidado de uno de sus familiares, (nietos, hermanos, papá o mamá) o por las diversas labores que realizan en el hogar no se dan un espacio o tiempo para acudir al programa, ligado a su condición laboral.

Efectos del problema

Los efectos del problema de la limitada participación de los asegurados diabéticos al programa, está relacionado con el mismo programa que tiene como objetivo la prevención y protección de su población asegurada y al existir este tipo de falencias puede ocasionar que la dirección general tome la decisión de cerrarlo, ya que no cumple con las exigencias y expectativas de los asegurados

El limitado compromiso por parte del equipo encargado del programa y de los propios asegurados, que puede generar este tipo de medidas que afecta a toda la población diabética de la C.S.B.P.

Otro efecto que genera este problema, es la vulneración de derechos en cuanto a salud se refiere, debido a que la diabetes es considerada una enfermedad crónica, con devastadoras complicaciones y que el paciente que la padece debe estar en constante información sobre los cambios que este provoca, además tomar las mejores medidas de prevención. Una mala práctica del cuidado de la salud puede generar factores de riesgo en la persona que evita ser controlada o educada por el tipo de tratamiento que debe seguir en el transcurso de su vida. (Árbol de problemas anexo 1)

El programa de apoyo al diabético es un medio para prevenir todas estas complicaciones.

4.2 Identificación del problema

La identificación del problema se realizó en base a la Matriz de Priorización, siendo esta una herramienta que permite evaluar criterios, asignándoles un valor cuantitativo o cualitativo sobre la base de la ponderación, se relaciona los criterios y las opciones, se suman el valor de cada opción con el que cada criterio se y finalmente se elige la opción que mejor puntuación tenga.

Esta se constituye en:

- Criterio o problemática
- Magnitud
- Trascendencia
- Vulnerabilidad
- Viabilidad,
- Factibilidad

4.2.1 Matriz de priorización del tema

Problemática	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Viabilidad	Factibilidad	Total
Limitada participación de los asegurados diabéticos al programa de apoyo al diabético	+++ 34% de los asegurados diabéticos no participan de las actividades que promueve el programa de apoyo al diabético de la C.S.B.P.	++ el problema afecta al cuidado de su salud ya que no pueden adquirir un conocimiento adecuado de prevención	+++ el problema se puede atacar a través del fortalecimiento participativo	+ es viable con la participación de los asegurados diabéticos, es preciso en un trabajo integral	+++ se propone el trabajo en equipo interdisciplinario con la finalidad que asegurados que padecen la enfermedad reciban información y orientación adecuada	12
Limitado interés de participar de las actividades que se desarrollan	++ 33% de los asegurados no se sienten motivados para asistir al programa, en relación a las actividades que se realizan.	+++ el problema afecta al funcionamiento del programa ya que podría ser cerrado	++ el problema se puede atacar con el desarrollo de nuevas actividades motivadoras y participativas	+++ es viable porque se cuenta con un equipo de trabajo comprometido a generar cambios en el programa	+ es factible por cuenta con recursos propios de la institución	11
Desconocimiento de la existencia de los programas de la C.S.B.P.	++ 15% de la población diagnóstica con diabetes desconoce la existencia del programa	+++ el problema afecta al programa por la poca afluencia a los asegurados diabéticos, y a estos les afecta el no conocer los beneficios	++ el problema se puede atacar con espacios de orientación, información y reflexión	++ es viable a través de una buena organización con el equipo de trabajo	++ es factible por que cuenta con personal capacitado	11
limitada coordinación con el equipo multidisciplinario	++ 17% de los asegurados diabéticos opina que el equipo de trabajo esta poco comprometido con el programa	++ el problema afecta al funcionamiento del programa	++ el problema se puede atacar asumiendo una responsabilidad comprometida con el desarrollo del programa	++ es viable porque se planificaría mejores estrategias de acción	++ es factible por que cuenta con espacios propios para el desarrollo de reuniones	10
Limitada difusión del programa	++ asegurados que no cuenta con información sobre el programa	++ el problema afecta a las actividades que se desarrollan en el programa	++ el problema se puede atacar a través de campañas, folletos, dípticos, invitaciones, llamadas telefónicas	+ es viable porque se generará una mejor difusión del programa	++ es factible porque se cuenta con recursos materiales, equipamiento, económicos propios de la institución	9

4.3 Prognosis del problema

Cuadro Nro. 6

Escenario de la Situación

Situación Real	Situación Positiva	Situación Negativa
Programa de apoyo al diabético donde existe la limitada participación de los asegurados diabéticos.	Al contribuir a mejorar la problemática los cambios visibles serian.	Al no dar solución a esta necesidad traerá con sigo las siguiente consecuencias:
	Positivos	Negativa
	<p>La implementación de una estrategia adecuada para el programa que permita el fortalecer laparticipación de los asegurados.</p> <p>Asegurados comprometidos a participar de las sesiones educativas del programa a través de la implementación de nuevas actividades.</p> <p>Familiares comprometidos a contribuir con el cuidado de la salud de paciente diabético</p> <p>Socialización de los beneficios que obtienen en cuanto a de la adquisición conocimiento del trato a la enfermedad de la diabetes.</p>	<p>Posible cierre del Programa</p> <p>Asegurados desinteresados a participar de las sesiones educativas del programa</p> <p>Familiares que generar situaciones de riesgo y conflicto del paciente con diabetes</p> <p>Asegurados con ilimitados conocimientos de prevención en cuanto al cuidado de su salud.</p>

4.4 Identificación de líneas de intervención

En cuanto a las líneas de intervención desde el área de trabajo social está la función

educación social donde se desarrollarán procesos educativos informales para beneficiar a la población objetivo de esta investigación.

Por lo tanto, la línea de acción que ejecutaremos en la institución y dando tratamiento al problema identificado será de participación, socialización, información y sensibilización de los participantes del programa de apoyo al diabético donde se involucrara a los familiares más cercanos, para de esta manera se pueda lograr el fortalecimiento participativo de los asegurados y establecer acciones adecuadas que permitan el desarrollo normal del programa.

En consecuencia, la intervención se realizará a través de tres líneas de acción, la atención directa, atención indirecta y promoción del programa de apoyo al diabético.

Desde Trabajo Social las acciones e intervenciones propias estarán en función al método participativo.

- Hacer conocer sus derechos, obligaciones y responsabilidades.
- Difundir el programa de apoyo al diabético de la C.S.B.P.
- El fortalecimiento participativo de los asegurados
- Orientación socio educativa.
- Detectar nuevos asegurados que padecen la enfermedad mediante revisión documental de sistema SAMI de la Caja de Salud de la Banca Privada.
- Integración de los asegurados diabéticos y familiares al Programa Socio Educativo.
- Realizar visitas domiciliarias de seguimiento, para difundir el programa para una comunicación directa con los asegurados y su familiares y así saber la condición de salud en que se encuentra

CAPÍTULO V

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

5.1. Denominación del proyecto

“Proyecto de intervención social en el programa de apoyo al diabético, la participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada”

5.2 Descripción del proyecto

Este proyecto nace como una respuesta a la investigación diagnóstico expuesto en las anteriores páginas, dicha intervención consistió en la educación, participación, capacitación, orientación de los asegurados que padece la enfermedad de la diabetes.

El desarrollo del proyecto se realizó a partir de la difusión del programa mediante los diferentes materiales educativos, visitas domiciliarias realizadas a los diferentes domicilios, así como también la conmemoración del día mundial del diabético, el desarrollo de sesiones educativas tanto teóricas como prácticas.

Todo este desarrollo se logró con la participación del equipo multidisciplinario conformado por los diferentes profesionales de las siguientes áreas; social, psicológica, médica, enfermería. En la parte práctica se desarrolló ejercicios de actividad física con el objetivo de fortalecer conocimientos, capacidades y habilidades de los participantes para el fortalecimiento participativo que genere, buenas prácticas de la prevención y cuidado de salud. Por otro lado, de acuerdo con la revisión del sistema SAMI, se pudo verificar los datos personales de los pacientes que padecen la enfermedad, esta revisión nos facilitó la programación de las visitas domiciliarias.

El proyecto se desarrolló bajo las siguientes líneas de acción; información, educación, participación y comunicación tanto directa como indirectamente, lo que implica un conjunto de intervención planificada desde el área de trabajo social.

5.3. Justificación

Una vez identificado el problema: “La limitada participación de los asegurados diabéticos

en el programa de apoyo al diabético”, fue necesario trabajar con ello, así se determinó las causas de este problema y las consecuencias de no atenderlo.

Lograr que los asegurados participen de las actividades que se desarrollan en el programa, les permitió afrontar los cambios físicos, psicológicos y sociales que manifiestan al ser diagnosticados con esta enfermedad, de manera responsable y no lo hagan de manera individual sino integral, recibiendo el apoyo del equipo interdisciplinario de las distintas áreas de, así como de sus familiares.

Por otro lado, se pudo observar la necesidad de mencionar los factores que reafirman la viabilidad y factibilidad del proyecto. El proyecto fue viable, ya que existió la motivación del grupo meta, asegurados diabéticos de realizar las capacitaciones y también del equipo integral conformado por trabajadora social, médicos endocrinólogos, enfermeras y nutricionistas, que brindaron orientación e información para la prevención y cuidado de su salud.

Fue factible porque se creó un espacio de información orientación, reflexión con el apoyo de todo el equipo interdisciplinario y el material educativo que se preparó para resolver esta problemática. Se planteó sesiones educativas y actividades de confraternización para poder llegar a toda la población mediante la difusión del programa y sus actividades.

De esta manera, con la ejecución del proyecto, se planteó la solución del problema de “La limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa de apoyo al diabético de la C.S.B.P.

Por otro lado, se trabajó con el equipo multidisciplinario de la C.S.B.P., con la finalidad de brindar apoyo integral desde la perspectiva de los derechos y en beneficios de la población que recurre al servicio de endocrinología.

La implementación de programas de apoyo para personas con enfermedades crónicas como la diabetes, obesidad artrosis, artritis y otras, en las instituciones de salud tienen una vital importancia debido a las oportunidades que brinda para el autocuidado de los que

padecen determinada enfermedad crónica. El apoyo integral que reciben les ayuda a tomar una actitud positiva frente a la vida lo que contribuye a mantener la estabilidad de su salud.

Las enfermedades crónicas, representan una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, en Bolivia y también al interior de la C.S.B.P. Se denominan también, Enfermedades No Transmisibles (E.N.T.), pues no se transmiten de persona a persona, la mayoría de ellas son adquiridas y tienen una larga evolución. Se desencadenan por varios factores, entre ellos podemos citar: la naturaleza propia de la enfermedad, es decir puede deberse a factores hereditarios, psicológicos, inmunológicos, etc.

También la alimentación inadecuada, consumo excesivo de grasas, tabaco, alcohol, drogas, falta de actividad física, estrés y otros son hábitos de riesgo. Incluso influye el medio ambiente, como ser la exposición al frío, la humedad contacto con productos químicos, etc.

Desde esta perspectiva de salud y aplicando el enfoque biopsicosocial y el enfoque participativo, desde el área de medicina preventiva de la C. S. B. P., el proyecto fortaleció la participación de los asegurados registrados en el P. A. D. de la C.S.B.P., para que puedan comprender la importancia de integrar un grupo social, con personas en situación similar, a través de la experiencia grupal e intercambiando experiencias.

5.4. Objetivos

5.4.1 Objetivo General

Fortalecer la participación de los asegurados diabéticos en el Programa de Apoyo del Diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Elaborar material educativo que permita brindar información acerca de la enfermedad y de los beneficios de integrar el P. A. D. de la C.S.B.P.

- Aplicar talleres de información, capacitación y educación acerca de la enfermedad a través del programa.

- Motivar a la participación de los miembros de la familia al programa para contribuir al cuidado de salud del paciente

- Promover a la participación del equipo interdisciplinario de la C.S.B.P.

5.5 Beneficiarios directos

Los beneficiarios del presente proyecto están representados por la siguiente población:

- Asegurados registrados en el Programa de Apoyo al Diabético.
- Programa de Apoyo al Diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada.
- Familiares inmediatos del asegurado.

5.6 Beneficiarios indirectos

Los beneficiarios indirectos del proyecto están representados por toda la población.

5.7 responsable del proyecto

La responsabilidad directa estuvo a cargo de la universitaria: Liliana Quispe Quispe.

5.8 Ubicación geográfica

El lugar de ejecución del proyecto fue la sede de la Caja de Salud de la Banca Privada ubicada en la zona Central, ubicado en la calle Capitán Ravelo esquina Montevideo.

5.9 Duración del proyecto

El proyecto tuvo una duración de 3 meses de septiembre a noviembre de la gestión 2016.

5.9.1 Producto

- Se estableció una relación directa con los asegurados diabéticos sin exclusión alguna. Se reforzó sus conocimientos en cuanto al cuidado de salud, mediante la información, educación preventiva y orientación sobre los cambios al ser diagnosticados con esta enfermedad degenerativa.

- Desde el enfoque bio psicosocial, se considera el desempeño del individuo desde estas tres dimensiones, orientamos sobre los beneficios que aportan la integración participativa al Programa de Apoyo al Diabético: el intercambio de experiencias, la actualización de información referida a su enfermedad, el involucrarse en actividades formativas y recreativas producen efectos que determinan su actitud hacia la vida cotidiana.
- El Enfoque Participativo permitió motivarlos a una participación voluntaria haciéndoles sentir y reflexionar que estar involucrado significa que las personas adquieran un mayor compromiso y por ende sean parte en la búsqueda de soluciones a sus problemas.
- Se creó un ambiente de confraternización a través de la conformación de la mesa redonda, donde cada uno de los partícipes del proyecto comentaron cuál fue su experiencia al ser diagnosticados con esta enfermedad, los cambios que esto le produjo en su vida tanto psicológicamente, social y económicamente. Este intercambio de opiniones les sirvió para reforzar sus conocimientos en cuanto al cuidado de su salud se refiere.
- Se integró a todo el equipo multidisciplinario, quienes asumieron la responsabilidad de continuar difundiendo el programa para que más asegurados sean partícipes de las actividades que se desarrollan en el mismo.
- Se estableció una relación directa con los familiares de los asegurados diabéticos a través de las visitas domiciliarias realizadas.
- Los asegurados registrados se involucraron activamente en el Programa de Apoyo al Diabético.

5.10 Metodología estratégica de trabajo

5.10.1. Enfoques que sustentan el proyecto

5.10.1.2 Enfoque Biopsicosocial

Este enfoque concibe al ser humano, en general, (ambos sexos) como un ser vivo con un organismo complejo y con una mentalidad muy compleja basada en varios aspectos (valores, conciencia, ética, motivaciones, deseos, personalidad, etc.); los cuales le permiten estar en una organización social (familia, amistades, comunidad, municipio, nación, grupos sociales, etc.) y comportarse de acuerdo con sus intereses psicológicos y a los límites de su cuerpo y su aprendizaje.

El enfoque bio-psico-social es un modelo participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana, en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

5.10.1.3 Enfoque Participativo

Participación significa tomar parte de algo, una actividad donde el trabajador social procura que la población con la que trabaja participe, para lo cual se requiere de:

- a) Condiciones afectivas: El sentimiento de estar involucrado significa que las personas se sientan o adquieran un mayor compromiso y por ende sean parte en la búsqueda de soluciones a sus problemas.
- b) Condiciones del sistema social institucional: Un factor que influye en la participación de los actores sociales es el sistema social e institucional dentro del cual se debe considerar.

Sociedad civil organizada: se debe tomar en cuenta las características de la sociedad, su interrelación sus prácticas sociales de participación. El trabajador social busca mejorar la participación por extensión de derechos, por creación de nuevos derechos para ampliar los escenarios de participación. (Merett, 2012 p. 7).

5.10.2 Estrategia metodológica

El proyecto tendrá como base la metodología participativa, para el conocimiento de las actividades del programa y su involucramiento. Será un proceso de aprendizaje, información – educación, orientación y apropiación de conocimientos teóricos que servirán de motivación de los asistentes del programa. Comunicación que se constituye en un conjunto de intervenciones planificadas para el logro de objetivos.

5.10.2.2 Técnicas

Las técnicas que se aplicaron para la ejecución del proyecto fueron participativas.

Tipo de Técnica	Nombre de la Técnica	Propósito	Interpretación o Descripción
Técnica de organización	Los números	Ver los niveles de Organización	Que los participantes interactuar entre si
Técnica de animación	Merequetengue		Los participantes entran en un clima de confianza y ánimo brindando espacios donde puedan pararse, moverse, bailar y distraerse; esto para que puedan interactuar entre ellos
Técnica de evaluación del taller		Evaluar el contenido, organización y técnica.	Contribuye a que la organizadora para la mejoría de las actividades.
Técnica de participación	Lluvia de ideas.	Participación y cuanto conocen del tema.	Los participantes intercambian conocimientos vividos y adquiridos.
Técnica de organización	Mesas de trabajo.	Elaborar la matriz de priorización de problemas causas y soluciones. Evaluar la organización, técnica y contenido	Socializar los puntos más importantes
Técnica de animación técnica	(DANZA)	Participación en la actividad física	Los participantes entran en un clima de confianza y ánimo brindando espacios donde puedan pararse, moverse, bailar y distraerse; esto para que puedan interactuar entre ellos

Técnica de evaluación	Árbol de la abundancia	Evaluar la organización, técnica y contenido	La evaluación se realizó con la representación del árbol de la abundancia donde la fruta marcaba un puntaje muy alto, en cuanto a las flores bueno y las hojas malas.
-----------------------	------------------------	--	---

5.10.3 Fases metodológicas desarrolladas

Las fases implementadas fueron cinco: 1. motivación, 2. organización, 3. planificación, 4. ejecución 5. Evaluación.

5.10.3.1 Primera fase: motivación

Es la parte elemental y activa la conciencia del ser humano que responde a una fuerza psíquica y en la persona conduce a la acción.

Corresponde a factores externos donde sus aspiraciones son caracterizadas con relación a los factores internos que intervienen en la elaboración de una intención, por lo tanto, la motivación corresponde a una necesidad individual y voluntaria.

Objetivo: establecer contacto directo con los asegurados diabéticos

Actividad: como fase inicial se realizó la presentación del proyecto, posterior a ello se coordinó con el equipo de trabajo para la ejecución del proyecto, entrega de invitaciones a los asegurados diabéticos, profesionales, y familiares.

Tarea: se explicó mediante el material sobre el desarrollo del proyecto

5.10.3.2 Segunda fase: organización

Es la parte de la estructuración, procedimientos y recursos necesarios y apropiados para llevar a cabo el proceso de acción, función del logro de determinados objetivos.

Objetivo: Seleccionar los temas que se desarrollarán para los talleres o sesiones según ejes temáticos.

Actividad: Se estructuro contenidos temáticos, se elaboró material de apoyo, se diseñó instrumentos de evaluación.

Tarea: se organizó el cronograma de actividades, se confirma fechas de exposición de los diferentes profesionales

5.10.3.3. Tercera fase: planificación

Objetivo: coordinar todas las actividades que se desarrollaran en la ejecución del proyecto con todo el equipo de trabajo para lograr una mejor organización.

Actividad: Se formalizo las invitaciones para todos los participantes del proyecto.

Tarea: Se entrego el rol de trabajo, se realizó llamadas telefónicas dando a conocer el inicio del proyecto, se confirmó la asistencia.

5.10.3.4 Tercera fase: ejecución

Está vinculado a la manera de hacer algo, “Proceso en el cual se ejecuta lo establecido en la planificación partiendo de los resultados obtenidos en la investigación, se pretende alcanzar los objetivos propuestos” (Ander-Egg, 2003, p. 147).

La ejecución del proyecto se da en base a la realización *sesiones educativas*; realizando en un primer momento el I, II y el III encuentros de seguimiento y vistas domiciliarias. En un segundo momento el IV, V y el VI encuentros fueron de aplicación; contienen técnicas grupales y técnicas de animación sociocultural entre otros. Para la ejecución de actividades se siguen los siguientes pasos:

- Elaboración de las guías pedagógicas - revisión de las guías pedagógicas
- Ejecución de las guías pedagógicas
- Cumplimiento de las actividades programadas

PRIMERA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO: “campaña informativa mediante afiches y folletos” GUÍA PEDAGÓGICA DE ACTIVIDADES

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada”.

PARTICIPANTE: Asegurados diabéticos sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: 26 de septiembre al 30 de septiembre del 2016

TIEMPO: 1 Semana

Objetivo General	Actividad	Objetivo del Encuentro	Contenido	Metodología	Recursos	Indicador de Logro	Facilitadora
Generar Procesos de información acerca de la enfermedad y del funcionamiento Programa de Apoyo al Diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada	Sesión informativa	Brindar Información y educación acerca del cuidado de la salud y el funcionamiento del Programa de Apoyo al Diabético.	Qué es Programa de Apoyo al Diabético. Objetivos del programa. Compromiso del programa. Actividades que se desarrollan en el programa.	Metodología participativa	Recursos materiales: Afiches Folletos Trípticos Panel informativo Recursos humanos: Expositorafacilitador a	80% de asegurados diabéticos informados sobre sesiones, objetivos, Actividades del Programa de Apoyo al Diabético	Liliana Quispe Quispe

SEGUNDA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO: “Charla Informativa sobre los servicios del programa”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada”.

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: 12 octubre del 2016

Objetivo General	Actividad	Objetivo del Encuentro	Contenido	Metodología	Recursos	Indicador de Logro	Indicador de Verificación	Facilitador
Generar espacios de información acerca de los servicios que brinda el Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.	Sesión informativa de los servicios en salud del programa	Motivar la participación de los asegurados al Programa de Apoyo al Diabético	Gestión participativa de los asistentes al Programa de Apoyo al Diabético. Información de actividades educativas en salud.	Metodología participativa	Recursos materiales: Hojas de registro Marbetes Marcadores Hojas resma Recursos humanos: Expositora	80% de asegurados informados sobre los servicios del programa y la importancia de su participación.	Planillas de asistencia Paleógrafos de evaluación llenados	Liliana Quispe Quispe

TERCERA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO: “Sesión educativa sobre calidad de vida, bienestar y prácticas de buen trato en la familia”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada”.

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social.

Tiempo: 2 Horas

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: 22 octubre del 2016

	Taller/Temas	Contenido
Calidad de Vida	Qué es calidad de vida	El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades” Palomba(2002, p. 2).
Bienestar	Bienestar y salud	Tradicionalmente se había considerado a la salud como ausencia de enfermedad. En 1947, la OMS la definió como “un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades”. Envejecimiento es el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.
Prácticas de buen trato		El buen trato lo podemos practicar cada día con acciones simples de la vida diaria, que para las personas mayores constituyan reconocimiento y valoración social.
Familia	Valores dentro de la familia	El presente eje temático muestra la importancia de poner en práctica los valores como ser: Respeto, Solidaridad, Amor, Confianza Ver la importancia de la comunicación dentro de la familia.

CUARTA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO: “Sesión educativa la diabetes y la familia”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada”.

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social.

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada **FECHA:** 19 octubre del 2016 **TIEMPO:** 2 Horas

Eje Temático	Taller/Temas	Contenido	Metodología	Ind. / Verificación	Facilitadora
La diabetes y la familia.	Diabetes La familia	La diabetes es una afección crónica que surge cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar la insulina que produce de manera eficaz. (García, Pinto y Valdez. 2014 p. 24). Uno de los retos para disminuir sus complicaciones es lograr un óptimo control metabólico en cada persona enferma y la familia, como una red de apoyo importante, debe saber manejar de manera integral la enfermedad y estar al tanto de los problemas que podrían surgir cuando el control metabólico no se realiza de forma exitosa. (García, Pinto y Valdez. 2014 p. 99)	Metodología participativa	Planillas de asistencia	Liliana Quispe Quispe
Diabetes en el embarazo	Embarazo	El embarazo es una condición especial de la mujer en la que el organismo se adapta para alimentar al feto y permitir su crecimiento y desarrollo. Puede ser que la embarazada ya tuviera diabetes, pero sin habérsela diagnosticado, o que la desarrolle durante el período del embarazo.(García, Pinto y Valdez. 2014 p. 75-78)	Metodología participativa	Planillas de asistencia	Liliana Quispe Quispe
	Complicacion es en el embarazo	Complicaciones en el parto. Riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 materna. Muerte perinatal.Un crecimiento muy grande del bebé, lo que propicia realizar cesárea. (García, Pinto y Valdez. 2014 p. 7)	Metodología participativa	Planillas de asistencia	Liliana Quispe Quispe

CUARTA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO: “Sesión educativa la diabetes y la familia”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social.

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: 19 octubre del 2016 **TIEMPO:** 2 Horas

Eje Temático	Contenido	Metodología	Ind./ Verificación
La Familia como apoyo a la persona con diabetes	La aparición de la diabetes en el seno familiar crea una situación nueva e inesperada, ya que conlleva la carga emocional de la enfermedad que “no se cura” y que requiere tratamiento para el resto de la vida, además de que muchas medidas terapéuticas para su control exigen cambios en el estilo de vida: alimentación y ejercicio, principalmente. Por esta razón se considera una enfermedad que afecta no solo a quien la padece, sino también a la familia, pues ésta deberá involucrarse en el manejo y vigilancia de su familiar	Metodología Participativa	Planillas de asistencia
Como puedo apoyar a mi familia que vive con diabetes	<p>Cuando la persona que tiene diabetes comparte con su familia los cambios de hábitos no se siente sola, y su autoestima mejora y favorece que tome sus medicamentos, lo que a la larga evitará o retardará la presencia de complicaciones que afectan su salud física y mental, y la de todos los integrantes de la familia.</p> <p>Comer en familia y consumir los mismos alimentos que su pariente enfermo. Nada es más frustrante para un diabético que comer alimentos diferentes, evite comprar y tener en casa alimentos que su pariente no debe de comer. Seguir una dieta saludable con alimentos bajos en grasas, consumir frutas y verduras frescas, carnes magras (sin grasa ni piel o pellejo) y mucho pescado. Anime y acompañe a su pariente a hacer ejercicio de 20 a 30 minutos todos los días, ya sea caminar o alguna otra actividad que autorice su médico, o bien que siga las rutinas sugeridas en las páginas anteriores.</p>	Metodología Participativa	Planillas de asistencia

QUINTA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO: Sesión “Visitas domiciliarias de seguimiento”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la Preprofesional de la carrera de Trabajo Social

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: Septiembre y octubre del 2016 **TIEMPO:** 1 Mes

Objetivo	Tema	Actividad	Tarea	Tiempo	Resultado	Responsable
Elaborar fichas sociales para extraer los datos más importantes que me permitan elaborar historias de vida de pacientes diabéticos	Visitas Domiciliares programadas desde el área de Trabajo Social de la C.S.B.P., los diferentes domicilios	Visita domiciliaria a 150 familias: Nolasco, Rodas, Loayza, Calderón, Godoy, Gonzales, Targuí, Loza, Pérez, Mamani, Gutiérrez, Espinoza, Camacho, Morales, Agramot, Aramayo, Baldiviezo, Beltran, Calderón, Borda, Caballero, Callizaya, Castillo Andrade, Antezana, Apaza, Armijo Poma Loayza, Daza, López, Herrera, Jimenez, Hinojosa, Gutiérrez, Choque, Hervas, Hurtado, Jordan, Osina, Navarro, Quino, Prudencio, Pereira Pereza Poma Monje, Pacheco, Patzi, Valdivia Rodríguez, Rocha,Reye,s, etc.	Llenado de ficha social	30 minutos por visita domiciliaria	Visita domiciliaria realizada	Liliana Quispe Quispe

SEXTA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO FESTEJO DEL “DÍA DEL MUNDIAL DEL DIABÉTICO”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: 16 de noviembre 2016 **TIEMPO:** 3 Horas

Objetivo General	Actividad	Objetivo	Contenido	Metodología	Recursos	Indicadores de Logro	Indicadores de Verificación	Facilitadora
Informar, educar y entretener a los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada.	Presentación del desarrollo de las actividades programadas, Misa en homenaje al Día Mundial del Diabético, palabras alusivas a la fecha a cargo de la Lic. Sandra Ochoa. Preparando una comida saludable. Actividad física Aerodanza.	Encuentro de integración con los asegurados diabéticos	Gestión participativa . Homenaje y reflexión al Día del Diabético.	Metodología participativa	Recursos materiales: papel resma, marcadores, productos alimenticios. Recursos humanos	80% de asegurados asistentes e involucrados en el festejo.	Planillas de asistencia.	Liliana Quispe Quispe

SÉPTIMA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO “PREPARANDO ALIMENTOS SALUDABLES”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: 21 de noviembre 2016 **TIEMPO:** 3 Horas

Objetivo General	Actividad	Objetivo	Metodología	Recursos	Indicadores De Logro	Indicadores de Verificación	Facilitadora
Explicar un plan de nutrición a los asegurados diabéticos de la Caja de Salud la Banca Privada.	Presentación del desarrollo de las actividades programadas, Elaborar un Plan de Dieta, desayuno, merienda, almuerzo, te, cena cargo de la Lic. Elizabeth Iraola (Nutrióloga de C.S.B.P)	Encuentro de integración con los asegurados diabéticos	Metodología participativa	Recursos materiales: papel resma, marcadores, productos alimenticios.	80% de asegurados asistentes informados e involucrados en la preparación de alimentos	Planillas de asistencia.	Liliana Quispe Quispe

OCTAVA SESIÓN EDUCATIVA EN EL PROGRAMA DE APOYO AL DIABÉTICO “ACTIVIDAD FÍSICA”

Proyecto de intervención social en el Programa de Apoyo al Diabético, la *participación de los asegurados diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada*

PARTICIPANTES: Asegurados diabéticos, sus familiares inmediatos y la preprofesional de la carrera de Trabajo Social

LUGAR: Caja de Salud de la Banca Privada

FECHA: 23 de noviembre 2016 **TIEMPO:** 2 Horas

Objetivo	Actividad	Contenido	Metodología	Técnica	Indicador de Verificación	Facilitadoras
Fortalecer las actividades físicas	El ejercicio físico para los asegurados diabéticos	<p>Estilo de vida saludable, comprende todo lo que usted acostumbra a hacer diariamente, como el ejercicio físico.</p> <p>Cuáles son los beneficios del ejercicio físico:</p> <p>Ayuda a que la insulina funcione mejor para reducir las cifras de glucosa en la sangre ya que al hacer ejercicio los músculos consumen más glucosa con la ayuda de la insulina.</p> <p>Disminuye los niveles de triglicéridos y colesterol.</p> <p>Disminuye la presión de la sangre, y esto es importante sobre todo para las personas que padecen de presión arterial alta.</p> <p>Es bueno para la salud del corazón y de los pulmones.</p> <p>La persona que hace ejercicio tiene la sensación de salud y bienestar.</p>	Metodología Participativa	Dinámica de Animación. Aerodanza	Planillas de Asistencia	Liliana Quispe Quispe Invitado Prof. De Aerodanza: Sr. Luis Maldonado

CAPÍTULO VI

EVALUACIÓN

El presente capítulo revive el proceso de ejecución del proyecto, en la cual se analiza y reflexiona sobre el desempeño de las actividades ejecutadas. También se da a conocer los resultados obtenidos con el desarrollo de las diferentes sesiones, enfatizando las temáticas para el diseño de plan de acciones que nos lleve a mejorar, momento por momento, la ejecución del proyecto.

Además, se evidencia el grado del cumplimiento de los objetivos y metas en base a los logros alcanzados en los participantes en el transcurso del proyecto. Una vez realizada la intervención de Trabajo Social, en el Programa de Apoyo al Diabético, se efectivizó el cumplimiento de los objetivos trazados en el presente proyecto fortaleciendo la participación de la población asegurada diabética de la Caja de Salud de la Banca Privada.

6.1 Proceso de Medición

Los resultados alcanzados se analizaron a partir del proceso de medición utilizado en el proyecto que se implementó, para medir en base a indicadores el grado alcance de los objetivos y metas.

De acuerdo con el autor Mario Espinoza Vergara (2004), en su texto: “Evaluación de proyectos sociales”, se define el concepto de indicador como la unidad que sirve para medir el grado de obtención de una meta y una o varias metas son definidas para alcanzar un objetivo. (p. 20)

Para la medición se plantea los siguientes pasos:

Primer paso: Consiste en identificar los indicadores que servirán para poder medir el cumplimiento de cada meta.

Segundo paso: Determinar la escala de valores o categorías que se aplicaran de acuerdo

con su comportamiento.

Tercer paso: Poner en aplicación el sistema de medición de cada uno de los indicadores.

Cuarto paso: Aplicar puntajes obtenidos por los distintos indicadores o la medición de la meta, dando puntajes máximos posibles de alcanzar por cada indicador o los puntajes reales que fueron realmente alcanzados. Con el mismo cuadro se identifica el puntaje máximo para cada meta y el puntaje real.

Quinto paso: consiste en utilizar la información que se alcanzó sobre las metas para llegar a determinar el porcentaje de logro de objetivos. El procedimiento consiste en establecer puntajes máximos y reales de las metas para cada objetivo.

De la comparación de ambos puntajes se determina el porcentaje de cumplimientos de objetivos.

6.2 Logro de objetivos y metas

Los objetivos y metas del proyecto se especifican para su logro en el tiempo de tres meses; tomando en cuenta esto se establecen los indicadores para medir dicho logro, habiéndose alcanzado los siguientes resultados:

Objetivo 1

Elaborar material educativo que permita brindar información acerca de la enfermedad y de los beneficios de integrar el P. A. D. de la C.S.B.P.

Meta 1

Lograr que 1000 asegurados que padecen de la enfermedad de la diabetes reciban información acerca de la enfermedad y los beneficios al ser partícipes de las actividades que se desarrollan en la misma.

Puntaje del indicador 1

Indicadores	Constante	A veces	Muy Poco	Nunca
Indicador 1 Se estableció dialogo directo con los asegurados diabéticos en el momento de su consulta médica, los días miércoles, jueves, en el servicio de endocrinología.	3			
Indicador 2 Se distribuyó previa orientación los 1000 dípticos a los asegurados que padecen la enfermedad de la diabetes.	3			

Puntaje de la meta 1

Indicador	Puntaje máximo	Puntaje real
Indicador 1. Se estableció dialogo directo con los asegurados que padecen la enfermedad de la diabetes los miércoles, jueves en el servicio de endocrinología.	6	3
Indicador 2. Se distribuyó previa orientación los 1000 dípticos a los asegurados que	6	3

padecen la enfermedad de la diabetes.		
Meta 1.	12	6

El dialogo directo se lo realizó en la consulta externa del servicio de endocrinología los días miércoles, jueves y viernes. Este proceso fue constante e involucró a 1000 asegurados que padecen la enfermedad de la diabetes que se encontraban esperando su control médico, mediante la difusión de dípticos previa aplicación.

El puntaje máximo, el cual se debería alcanzar, fue 12; sin embargo, para el cálculo de la meta se toma en cuenta el puntaje real de la suma de indicadores para el logro de la meta 1, que es de 6 puntos.

Objetivo 2

Aplicar talleres de información, capacitación y educación acerca de la enfermedad a través del programa

Meta 2

Motivar la participación de los asegurados que padecen la enfermedad de la diabetes a través de sesiones o talleres de capacitación, respecto a la enfermedad y su tratamiento al ser diagnosticados con esta enfermedad, para garantizar un mejor cuidado a través del programa.

Puntaje del indicador 2

Indicadores	Constante	A veces	Muy poco	Nunca
Indicador 1: Se motivó a participar a los asegurados que están diagnosticados con diabetes en el proyecto.	3			
Indicador 2: Se brindó orientación a los asegurados diagnosticados con diabetes	3			

mediante la difusión de los dípticos, videos, diapositivas, visitas domiciliarias durante las 7 sesiones.				
Indicador 3: Se estableció el número o de participantes por grupos.	2			
Indicador 4: Se orientó e informó mediante el uso de la tecnología: whatsapp, llamadas telefónicas.	2			

Puntaje de la meta 2

Indicador	Puntaje máximo	Puntaje real
Indicador 1: Motivar a participar a los asegurados diagnosticados con diabetes del proyecto.	6	3
Indicador 2: Orientación e información a los asegurados diagnosticados con diabetes mediante dípticos.	6	3
Indicador 3: Se estableció número de participantes por grupos.	4	2
Indicador: 4 Se orientó e informó mediante el uso de la tecnología.	4	2
Total	20	10

Para el desarrollo del proyecto, la articulación de un equipo multidisciplinario fue de vital importancia, para desarrollar procesos de participación desde diferentes perspectivas.

Las sesiones educativas fueron multidisciplinarias, cada profesional aportó desde su profesión y su especialidad respecto a las temáticas desarrolladas, permitiendo a los participantes aclarar sus dudas respecto a distintas interrogantes.

Objetivo 3

Motivar a la participación de los miembros de la familia al programa para contribuir al cuidado de salud del paciente

Meta 3

Lograr que los familiares de los pacientes diabéticos participen en el programa, para generar conocimientos acerca del cuidado de paciente y contribuir con el cuidado de la salud de su familiar

Puntaje de indicadores 3

Indicadores	Constante	A veces	Muy poco	Nunca
Indicador 1: Se motivó a participar a los familiares de los pacientes con diabetes al programa y de esta forma contribuir con su cuidado.	3			
Indicador 2: Se brindó orientación a los miembros de la familia, mediante la difusión de los dípticos, videos, diapositivas, sesiones educativas y visitas domiciliarias durante las 7 sesiones.	3			
Indicador 3: Se estableció dialogo directo con los miembros de la familia en las visitas domiciliarias.	2			

Puntaje de la meta 3

Indicador	Puntaje máximo	Puntaje real
Indicador 1: Motivar a los miembros de la familia a participar del programa los días de visita domiciliaria	6	3
Indicador 2: se distribuyó material educativo previa orientación a todos los familiares de los pacientes diabéticos	6	3
Indicador: 3Se estableció dialogo directo con los familiares de los pacientes los días de programación de las visitas domiciliarias.	4	2
Total	18	8

Para el desarrollo del proyecto, la articulación de los familiares fue de vital importancia, para desarrollar procesos de participación desde diferentes perspectivas.

Objetivo 4

Promover a la participación del equipo interdisciplinario de la C.S.B.P.

Meta 4

Lograr que los profesionales en salud de la C.S.B.P. participen en el desarrollo del proyecto para generar conocimientos acerca del cuidado de paciente y contribuir con el cuidado de su salud.

Puntaje del indicador 4

Indicadores	Constante	A veces	Muy poco	Nunca
-------------	-----------	---------	----------	-------

Indicador 1: Se entregaron a los diferentes profesionales el programa del proyecto.	3			
Indicador 2: Se entregaron cartas de Solicitud de su participación, por conducto regular.	3			
Indicador 3: Se estableció dialogo directo con todos los profesionales	2			

Puntaje de la meta 4

Indicador	Puntaje máximo	Puntaje real
Indicador 1: 6 profesionales recibieron el programa del desarrollo del proyecto	6	3
Indicador 2: se realizaron 12 cartas de solicitud administrador regional de la C.S.B.P.	6	3
Indicador: 3Se estableció dialogo directo para coordinar los temas o actividades del proyecto.	4	2
Total	18	8

Para el desarrollo del proyecto, fue necesario trabajar con todo el equipo interdisciplinario de la C.S.B.P. para el logro de objetivos esperados.

Logro de objetivos a partir de las metas

	Puntaje máximo	Puntaje real
Meta 1: Lograr que los 2065 asegurados diagnosticados con diabetes reciban información sobre la enfermedad y del programa.	12	6
Meta 2: Promover la conformación de 5 grupos de 30 integrantes de pacientes diabéticos y capacitarlos respecto a la prevención de la enfermedad para garantizar factores de riesgo en el periodo de su enfermedad.	14	10
Meta 3: lograr que 150 familiares participen en este proceso de capacitación	16	4
Meta 4: lograr que 6 profesionales se involucren en las actividades del desarrollo del proyecto	10	
Objetivos	52	26

En los anteriores cuadros se pueden verificar la obtención de resultados mediante los indicadores que ayudaron a lograr la meta propuesta y con ello a alcanzar los objetivos que se establecieron, de un 52 de puntaje máximo que representa un 100% y el 26 el puntaje real que representa un 50% cumpliendo con el logro de objetivos en cuanto a la cobertura se llegó a 150 asegurados diagnosticados con diabetes que representa el 23%.

6.3 Evaluación Final del Proyecto

El análisis de los resultados permitió valorar el desempeño global del proyecto. Este proceso se realizó mediante la aplicación del cuestionario de evaluación en cual se tomó en

cuenta los criterios de pertenencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad.

6.3.1 Pertinencia

“Para medir este indicador en los tés evaluativos se recurrió a la escala de Likert que permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad”. (Vergara, 1980, p 204)

- Sí, mucho
- Bastante
- Medianamente
- Algo
- Nada

Cuadro Nro. 7 Perspectiva del proyecto

Items De Escala	Cantidad	Porcentaje
Sí,mucho	77	90%
bastante	5	6%
Medianamente	1	3%
Algo	0	
Nada	0	
Total	83	99%

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

El “*Proyecto de intervención social en el programa de apoyo al diabético, la participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada*”, siendo un espacio de interacción información y orientación a través de las sesiones educativas, el 90% dio respuestas a interrogantes de los participantes, les brindó información y fortaleció conocimientos creando espacios donde no solo se impartió sesiones magistrales, esto se pudo evidenciar a partir de los testimonios.

6.3.2 Eficiencia

Según Chiavenato (2004), se define, “Eficiencia como la óptima utilización de los recursos disponibles para la obtención de resultados deseados” (p.52)

El *proyecto de intervención social en el programa de apoyo al diabético, la participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada*, fue eficiente, debido a que se logró un buen manejo de recursos financieros propios, para elaborar los materiales utilizados en las diferentes sesiones educativas, así mismo se cubrieron las necesidades que el proyecto demanda como el refrigerio, material de apoyo y material educativo.

Cuadro Nro. 8 Costo total del Proyecto

Primer Momento	Bs. 400
Segundo Momento	Bs. 575
Total	Bs. 975 (son novecientos setenta cinco bolivianos es el costo total del proyecto)

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Los recursos humanos con los que se contó, fueron la estudiante de trabajo dirigido, como parte del área de Trabajo Social junto a la Lic. Sandra Ochoa y la Psicóloga Lic. Pamela Ferreira, la parte médica estuvo a cargo del Dr. Rodrigo Espinoza, endocrinólogo, y la participación del Dr. Juan Carlos Pacheco y el personal de enfermería. La participación más importante fue de los asegurados diagnosticados con diabetes, población que se benefició con el proyecto.

Cuadro Nro. 9 Cumplimiento del programa del Proyecto

Ítems Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	60	72%
- Bastante	23	27%
- Medianamente		

- Algo		
- Nada		
Total	83	100%

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Inicialmente se entregó, a los participantes el programa, todas las temáticas que se desarrollaron en las distintas sesiones. Esto fue socializado con los participantes, quienes en un 72% indican que sí se cumplió con el cronograma propuesto en cuanto a fechas y tema a desarrollar.

6.3.3 Eficacia

Para Reinaldo O. Da Silva, la eficiencia está relacionada con el logro de los objetivos, resultados propuestos, es decir con la realización de actividades que permitan alcanzar las metas establecidas. La eficiencia es la medida en que se alcanzaron los objetivos o resultados.

El proyecto fue eficaz porque se cumplió con todas las actividades planteadas de acuerdo al cronograma y también se alcanzó metas propuestas.

Cuadro Nro. 10 Campaña Informativa mediante dípticos y folletos

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	60	60%
- Bastante	30	30%
- Medianamente	10	10%
- Nada		
total	10	100%

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Interpretación; La campaña informativa, fue la primera actividad de la ejecución del proyecto, donde se distribuyó 1000 dípticos. Estos fueron distribuidos en las instalaciones

de la C.S.B.P., a los asegurados que padecen de esta enfermedad y a toda la población asegurada, con esta distribución brindamos información, orientación sobre la enfermedad y del funcionamiento del programa, a la vez se trató de llegar a toda la población asegurada y que estos se mantengan informados.

En el desarrollo de la campaña se pide la opinión de los participantes a quienes se otorgó los dípticos, donde 65% de los asegurados opinan que el material distribuido es la mejor manera de brindar información sobre esta enfermedad y del programa. Así de esta manera damos inicio a la ejecución del proyecto socio educativo que nos permitió un mejor funcionamiento del Programa de Apoyo al Diabético.

Cuadro Nro. 11 Charla Informativa de los servicios del programa

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	84	84%
- Bastante	10	10%
- Medianamente	6	6%
- Nada		
total		

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Interpretación: Una vez finalizada la charla de los servicios y beneficios del programa, los participantes en un 84% manifestaron estar satisfechos con la información y orientación sobre como formar parte del programa ya que muchos de ellos desconocían del lugar donde se desarrolla el mismo. El 10% opina que les gusto bastante la charla y que lo difundirán con sus demás familiares para que estos los apoyen y les permitan participar del programa, el 6% opina que estuvo medianamente bueno debido a que llegaron tarde y no escucharon desde un principio toda la información, sin embargo, se aproximaran al área de Trabajo Social para una mayor información, orientación.

Cuadro Nro. 12 Sesión Educativa sobre Calidad de Vida, Bienestar y Prácticas de buen trato en la familia”

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	80	80%
- Bastante	20	20%
- Medianamente		
- Nada		
total	100	100%

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Interpretación; Una vez concluida la actividad se pide la opinión de los participantes donde el 80% de los asistentes lo califican como un taller excelente, debido a que la mayoría de los participantes menciona que si bien tienen conocimiento de los término, pero no saben con precisión su definición, y esta actividad les sirvió para despejar todas sus dudas en cuanto a la temática que se desarrolló. Por lo que se considera que este tipo de talleres de orientación e información beneficia a la población asegurada. La percepción que se tuvo como expositora es mantener motivada a la población asegurada que padece esta enfermedad a seguir participando en el programa de apoyo, mismo que les permite confraternizar con más asegurados que padecen de la misma enfermedad y entre estos propongan sus necesidades para sobre llevar este nuevo cambio en su estilo de vida.

Cuadro N° 13“Sesión Educativa La Diabetes Y La Familia”

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	70	70%
- Bastante	20	20%
- Medianamente	10	10%
- Nada		
total	100	100%

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Interpretación; El 80% de los encuestados opina, fue un excelente taller porque se tomaron en cuenta a los familiares de los pacientes que padecen de esta enfermedad y en qué medida estos familiares pueden contribuir con una mejor prevención de su enfermedad.

El acompañamiento de la familia al saber que uno de sus familiares padece de la enfermedad, es vital importancia, ellos deben saber de los alimentos que estos deben consumir, los medicamentos que deben tomar y la actividad física que se debe realizar para un mejor control.

Este taller sirvió para orientar e informar a los pacientes y familiares a una mejor prevención de la enfermedad, el acompañamiento que cada familia debe brindar al paciente, y no dejarlos solos en esta nueva etapa para su vida.

Cuadro Nro. 14 Sesión “Visitas domiciliarias de Seguimiento

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	80	80%
- Bastante	20	20%
- Medianamente		
- Nada		
total	100	100%

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Interpretación; el 80% de los asegurados diabéticos y sus familiares opina que la visita domiciliaria, es una estrategia que permite una mirada más de cerca de las condiciones de habitabilidad, si son buenas o precarias, el conocer su historia de vida a partir del diagnóstico médico, los cambios que esto les produjo no solo a ellos sino a todo el grupo familiar, mencionan que se tuvo que modificar hábitos alimenticios, horarios de medicamentos, controles médicos permanentes, el realizar actividad física.

Las visitas domiciliarias realizadas en las diferentes zonas y viviendas nos permitieron conocer más de cerca a los asegurados y su grupo familiar,

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta es la difusión del programa, puesto que nos permitió invitarlos a que formen parte de él, ya que es un beneficio para uno mismo, donde les permitirá despejar muchas dudas acerca del tratamiento, complicaciones y a la vez compartirán con mas personas con la misma condición de salud e intercambiaran opiniones.

Cuadro Nro. 15 Festejo del “Día del Mundial del Diabético”

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	89	89%
- Bastante	11	11%
- Medianamente		
- Nada		
total	100	100%

Fuente: 2016 Elaboración propia en base a la evaluación de resultados

Interpretación; El 89% de los encuestados opina que el festejo del día mundial del diabético fue excelente, porque la dinámica del programa fue organizada de una manera asertiva, ya que se incluyó diferentes actividades como ser la misa, la actividad física que se realizó mediante el baile de los diferentes asegurados, el preparar una comida saludable en grupo es una manera de confraternizar con los asegurados y los participantes del evento, los ingredientes que se debe utilizar, la forma en la que se debe preparar comidas saludables.

La participación de cada asegurado fue muy importante debido a que cada uno de ellos brindo su opinión y de esta manera se prepararon alimentos y bebidas nutritivas, esta práctica que se realizó este día será una práctica que se ejercerá en su hogar y a lo largo de su vida.

El día mundial de la diabetes es una campaña integral de información sobre la enfermedad. Su propósito es dar a conocer a toda la población asegurada las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones asociadas a la enfermedad.

Cuadro Nro. 16 Sesión Educativa Preparando Alimentos saludables

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	75	75%
- Bastante	15	15%
- Medianamente	10	10%
- Nada		
total	100	100%

Fuente: 2016 Elaboración propia en base a la evaluación de resultados

Interpretación; El 75% de los participantes del taller opina que fue una sesión muy productiva y satisfactoria debido a que se intercambiaron ideas, opiniones y conocimientos acerca de la preparación de diferentes platos altamente nutritivos.

Sin embargo nos dieron a conocer, que ellos saben de los alimentos que deben consumir para una mejor prevención de su salud, pero como muchos de ellos viven con sus hijos (as), no siempre pueden consumir alimentos saludables, ya que muchos de ellos preparan los alimentos para todo el grupo familiar y deben consumir lo que los demás consumen, generalmente no son alimentos nutritivos, este es otro factor que se identificó en el desarrollo del taller, que por más que los pacientes saben que productos alimenticios consumir muchos de ellos no lo hacen porque estos dependen de que comida desean consumir su grupo familiar.

Otra opinión que dieron a conocer que no saben que alimentos deben consumir para una mejor prevención de la salud, debido a que fueron diagnosticados recientemente con la enfermedad y la sesión les agrado bastante.

Las opiniones que se dieron a conocer en el desarrollo de la actividad, está orientado a estos pacientes, que uno de los principales controles que deben realizar, para una mejor prevención de su salud, es saber que alimentación deben consumir, para mejorar su condición de salud, y estos comprendieron lo importante que es la alimentación a para un mejor cuidado.

Cuadro Nro.17 Sesión Educativa Actividad Física

Items Escala	Cantidad	Porcentaje
- Si mucho	75	75%
- Bastante	25	25%
- Medianamente		
- Nada		
Total	100	100%

Fuente: 2016 Elaboración Propia en base a la evaluación de resultados

Interpretación; al inicio de la actividad programada se realiza la evaluación donde, el 48% de los participantes opina que si realiza actividad física para mantenerse sanos y controlar la enfermedad y el 52 % opina que generalmente no realizan ninguna actividad física, por que la mayor parte de su tiempo se encuentran en su domicilio realizando actividades domésticas o están al cuidado de sus nietos o en su trabajo y que no tienen tiempo para realizar ninguna actividad física.

Asimismo, todos los participantes opinan que solo cuando asisten al programa de apoyo al diabético realizan actividad física que les permite:

- Mantenerse sanos saludables
- Es una actividad recreativa que les permite olvidar sus contratiempos
- Es una actividad a la que no pueden dejar de asistir por los mantiene motivados

- Es una actividad que les permite confraternizar con las demás personas que padecen de la misma enfermedad.

La sesión educativa cumplió con las expectativas esperadas por los asegurados y lo califican como muy bueno en un 75% y que esto se debe realizar con más frecuencia

6.3.4 Sostenibilidad

Demostrar el grado de sostenibilidad que puede alcanzar el proyecto social es poder presentar con claridad que aspectos del proyecto pueden generar en la población, el suficiente grado de interés como para involucrarla en contribuir directamente a su mantenimiento. Para una aproximación para su medición se aplicó preguntas de la evaluación y se valoró a través de las respuestas de los participantes.

Cuadro Nro. 18 Equipo multidisciplinario exclusivo para el proyecto

Ítems Escala	Cantidad	Porcentaje
- Sí, mucho	70	84%
- Bastante	10	12%
- Medianamente	3	4%
- Nada		
Total	83	100%

Fuente: 2016 elaboración propia en la fase de la evaluación de los resultados

Interpretación; El 84% de asegurados diagnosticados con diabetes consideran que el proyecto debe contar con un equipo multidisciplinario exclusivo, para que de esta manera se pueda apoyar íntegramente a todos los asegurados diagnosticados con diabetes, a través de la educación preventiva, información, orientación, visitas domiciliarias de seguimiento para su beneficio.

El otro 12% considera que la necesidad que un equipo multidisciplinario es bastante importante para poder tener un conocimiento más amplio respecto al cuidado de su salud al

ser diagnosticados con esta enfermedad.

Si bien se contó con el personal que apoya el proyecto de forma paralela al desarrollo de sus funciones, estos no siempre están con la disponibilidad debido a la cantidad de pacientes que acuden a su consulta médica al servicio de endocrinología de la C.S.B.P.

6.4 Marco lógico

	Resumen Normativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Objetivo General	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento participativo de los asegurados diabéticos al Programa de Apoyo de la Caja de Salud de la Banca Privada. 	Contar con el Proyecto Programa de Apoyo al Diabético “Participando activamente con los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada	<p>Testimonios vertidos por los participantes</p> <p>Ejecución del proyecto</p>	<p>Ascensores no disponibles</p> <p>Movilizaciones por inmediaciones de la C.S.B.P.</p>
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar material educativo que permita orientar acerca de su salud y los beneficios de integrar el programa de apoyo al diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada. Aplicar talleres de información, capacitación y educación acerca de la importancia del cuidado de la salud y funcionamiento del programa de apoyo al diabético. Motivar a la participación de los miembros de la familia al programa para contribuir al cuidado de salud del paciente Promover la participación del equipo interdisciplinario de la C.S.B.P. 	<p>1000 asegurados diabéticos informados</p> <p>150 asegurados diabéticos informados, capacitados y educados a cerca del cuidado de su salud.</p> <p>150 familias fueron partícipes del proyecto a través de las visitas domiciliaria</p> <p>6 profesionales participaron en el desarrollo del proyecto</p>	<p>dípticos, folletos, invitaciones, paneles informativos difundidos, y distribuidos</p> <p>Lista de participantes</p> <p>Fotografías</p> <p>Material educativo distribuido</p> <p>Llenado de 100 fichas sociales a las diferentes familias</p> <p>Descargo del gasto de movilidad</p> <p>Notificaciones</p>	<p>Poca disponibilidad de los asegurados para asistir al desarrollo de las sesiones</p> <p>Corte de energía eléctrica</p> <p>dificultad para localizar los domicilios, cambio de domicilios</p>

			Cartas de invitación	
Resultados	<p>R. 1. Asegurados reciben información acerca del cuidado de su enfermedad</p> <p>R. 2. Asegurados informados sobre las actividades que se desarrollan en el Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.</p> <p>R. 3. Lograr que los asegurados diabéticos participen de las actividades que se desarrollan en el proyecto.</p> <p>R. 4. Las sesiones se desarrollan en un ambiente agradable y de confianza.</p> <p>R. 6. 80% de los asegurados diabéticos participan de actividad física</p> <p>R. 7. Se realizó visitas domiciliarias en las diferentes zonas y viviendas</p> <p>R. 8. Se motiva la participación de los profesionales</p>	<p>1000 asegurados reciben información acerca del cuidado de su enfermedad.</p> <p>R. 2. 1000 asegurados informados sobre las actividades que se desarrollan en el Programa de Apoyo al Diabético de la C.S.B.P.</p> <p>R. 3. Lograr que al menos el 75% de los asegurados diabéticos participen de las actividades que se desarrollan en el proyecto.</p> <p>R. 4. Las sesiones se desarrollan en un ambiente agradable y de confianza.</p> <p>R. 7. Se realizó 150 visitas domiciliarias en las diferentes zonas</p> <p>R. 8. Se motiva la participación de los profesionales</p>	<p>dípticos, folletos, invitaciones, paneles informativos difundidos, y distribuidos</p> <p>Lista de participantes</p> <p>Fotografías</p> <p>Material educativo distribuido</p> <p>Llenado de 100 fichas sociales a las diferentes familias</p> <p>Descargo del gasto de movilidad</p> <p>Notificaciones</p> <p>Cartas de invitación</p>	<p>Poca disponibilidad de los asegurados para asistir al desarrollo de las sesiones</p> <p>Corte de energía eléctrica</p> <p>dificultad para localizar los domicilios, cambio de domicilios</p>
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Compra de materiales educativos - Elaborar material educativo - Reuniones de coordinación 	<p>R. hojas, bolígrafos papelógrafos</p> <p>R. 1000 dípticos elaborados</p> <p>R. Se programo 6 reuniones de organización y planificación</p>	<p>Presupuesto</p> <p>Fotografías</p> <p>cartas de coordinación</p>	<p>dificultad para el desarrollo de reuniones debido al trabajo que desarrollan en la C.S.B.P.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Sesión de presentación y reflexión del proyecto a los (las) asegurados diabéticos (as) de laC.S.B.P. - realizar llamadas telefónicas - programar visitas domiciliarias - preparación del gasto de movilidad 	<p>R. Asegurados informados sobre el desarrollo del proyecto</p> <p>Listado de asegurados diabéticos</p> <p>Ubicación de domicilios</p>	<p>Listas de participación</p> <p>Listado de asegurados a quienes se comunico para el descargo de llamadas telefónicas</p> <p>Descargo de gastos de movilidad</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Programación dela sesión educativa - desarrollo de las sesiones educativas en sus diferentes temáticas 	<p>8 profesionales participaron en la planificación y organización del proyecto</p> <p>150 asegurados participaron del desarrollo de las sesiones educativas</p>	<p>Desarrollo del eje temático</p> <p>Listas de asistencia</p>	<p>poca disponibilidad en su asistencia al proyecto</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar el instrumento de evaluación de actividades 	<p>Se elaboró 150 ITEMS de evaluación</p>	<p>instrumento elaborado</p>	<p>asegurados que no entendieron los ejes temáticos</p>

6.5 Presupuesto

RUBRO	ITEM MATERIAL DE	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL	FINANCIAMIENTO
ESCRITORIO					
Hojas papel bond		Bs.27	2 paquetes	Bs. 54	Recursos Propio
Lápices		Ctvs. 0.50	12 docenas	Bs. 60	Recursos Propios
Bolígrafos		Bs. 1	12 docenas	Bs. 12	Recursos Propios
Impresión de dípticos		Ctvs. 0.50	1000 unidades	Bs. 300	Recursos Propios
Hojas de Color		Ctvs. 0.20	50 hojas	Bs. 10	Recursos Propios
Fotocopias de Fichas sociales		Ctvs. 0.10	150 unidades	Bs. 15	Recursos Propios
Cartulina		Bs. 2	2 hojas	Bs. 4	Recursos Propios
Refrigerio por las seis sesiones				Bs. 520	Recursos Propios
Costo Total				Bs. 975	

6.6 Cronograma

ACTIVIDADES	MESES / TIEMPO							
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión Documental 								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de instrumentos de recolección de datos de los asegurados y del diagnostico 								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de instrumentos encuesta y elaboración del diagnostico 								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración del Proyecto 								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defensa del Perfil del Proyecto 								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejecución de actividades del Proyecto 								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración del Informe Final del Proyecto 								

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

Tras realizar el estudio de investigación diagnóstico del Programa de Apoyo al Diabético de la Caja de Salud de la Banca Privada, donde se identificó la problemática “limitada participación de los asegurados diabéticos en el programa de apoyo al diabético”, para lo cual se determinó explicar cuáles son los factores que causan este problema, que no solo llega a afectar a esta población sino también al programa, ya que en este se desarrollan actividades educativas de prevención, información, orientación y control a la salud.

Para dar solución a este problema se propone el proyecto de intervención denominado “Proyecto de intervención social en el programa de apoyo al diabético, la participación de los asegurados diabéticos de la Caja de Salud de la Banca Privada”, para lograr esta propuesta de intervención se planteó el siguiente objetivo el “Fortalecer la participación de los asegurados diabéticos de la C.S.B.P.”, el cual estuvo conformada por las siguientes actividades; talleres y sesiones educativas participativas, visitas domiciliarias en los diferentes domicilios, elaboración de material educativo, respecto a la enfermedad y el programa, festejo del día mundial de la diabetes, todo esto se logró con el compromiso de los profesionales y los asegurados que formaron parte del proyecto.

Como inicio de ello se desarrolló la campaña informativa acerca del cuidado de la salud y de las actividades del programa, se difundieron dípticos informativos y de orientación, invitaciones, para hacerlos partícipes del proyecto y promoción del programa.

Esta sesión sirvió para conocer la opinión de los asegurados, donde muchos de ellos manifestaron no conocer el programa ni de las actividades que se desarrollaban, pero con esta campaña informativa se generó nuevas expectativas y expresaron que serán partícipes del programa que es un beneficio para el cuidado de su salud.

En una segunda instancia se desarrollaron las sesiones de educación preventiva para la salud de las personas diabéticas, ya que es fundamental para evitar factores de riesgo.

Es evidente que la educación para la salud de los asegurados resulto ser bueno, los mismos sirvieron para, generar nuevos cambios y aumentar los conocimientos de un buen manejo de la enfermedad y la capacidad de actuar en situaciones de crisis. Además, facilito la comunicación interpersonal, trabajando la motivación entre participantes, generando así compromisos positivos respecto al autocuidado y reforzando el cambio de comportamiento y la disposición para mejorar. La educación en autocuidados es un pilar necesario para mejorar la calidad de vida de los asegurados diabéticos, ésta debe ser continua y reforzada mes con mes.

Mediante el proceso de evaluación se tuvo conocimiento que las sesiones educativas participativas, fueron desarrolladas con éxito logrando los objetivos y metas esperadas, así quedó demostrado, en las respuestas de los participantes el fortalecer la participación, la motivación y sensibilidad que despertó el curso para centrarse en el paciente y reconocer sus miedos y temores, su experiencia, su capacidad de aprender y enseñar, la importancia de ser ejemplo para los demás pacientes, su deseo de continuar el proceso de actualización, así estén bien informados y posean una sólida educación en los varios aspectos de su enfermedad y tratamiento, un buen plan de dieta, un buen plan de ejercicios, medicamentos que deben tomar, controles médicos mensuales y un buen equipo profesional de soporte.

En última instancia se desarrolló las visitas domiciliarias de seguimiento, los mismos se realizaron en la modalidad de entrevista, resulto un instrumento muy valioso: se logró ampliar la información acerca las condiciones de habitabilidad, la composición del grupo familiar, otros aspectos del cuidado de su salud, a cada asegurado visitado la información obtenida fue diferente en cada uno de ellos, así mismo se promovió la interacción e intercomunicación de los participantes, se convirtieron en una prolongación del proceso de enseñanza aprendizaje, al conocer y compartir experiencias personales con cada uno de ellos.

Respecto a beneficios logrados a través de esta sesión, manifestaron sentirse motivados de compartir esta experiencia a cerca de su enfermedad, que por primera vez se llevó a cabo para muchos de ellos, como una muestra del interés del programa y de los profesionales, se despertó la conciencia de que el problema de la diabetes es un problema serio, los esfuerzos y apoyos de las autoridades, y de los profesionales.

Así se cumplieron los objetivos propuestos en la intervención educativa, se puede concluir que se ha aportado con información motivacional entre asegurados diabéticos, familiares y profesionales de la Caja de Salud e la Banca Privada, para la participación en el Programa de Apoyo al Diabético.

7.2 Recomendaciones

Para la C. S. B. P.:

- Revisar la estructura de los cursos para los asegurados, para considerar la posibilidad de ampliar tiempos que permitan mayor comprensión de ciertos temas (complicaciones agudas, plan de acción, alimentación).
- Revisar los procesos administrativo y logístico para garantizar el desarrollo adecuado del programa y la entrega y el uso de materiales con toda oportunidad.
- Extender los beneficios del programa a un mayor número de asegurados de la Caja de Salud de la Banca Privada.
- Se recomienda que el personal médico de la clínica de la consulta externa al diagnosticar pacientes nuevos con diabetes, de una vez los refieran al Programa de Apoyo al Diabético, así como a los pacientes que ya se encuentran en control.

Para la Unidad de Trabajo Social:

- Que la unidad de vele por los espacios ganados, en este caso el del Programa de Apoyo al Diabético, por lo tanto no se debe permitir que otros profesionales

incursionen en este campo, porque cada disciplina tiene sus propias funciones y quehacer profesional.

- Que mediante visitas domiciliarias involucre a los familiares de los pacientes que participan en el Programa de Apoyo al Diabético, para concientizarlos del apoyo que deben brindarles.
- Se recomienda asumir la responsabilidad de darle seguimiento, así como mejorar las acciones que se realizan a manera de lograr que el Programa de Apoyo al Diabético.
- Tomando en cuenta que la diabetes es una enfermedad que puede presentarse a cualquier edad, se recomienda que por parte de Trabajo Social se promocióne su prevención y cuidados, como parte de sus funciones de educación y capacitación.

Para el Programa de Apoyo al Diabético

- Se recomienda mantener la motivación generada en los asegurados diabéticos fomentando su participación consolidando las actividades sugeridas por los mismos a través del equipo interdisciplinario en coordinación con el área de trabajo social, manteniendo el enfoque bio psicosocial en todas las actividades que se realicen con el Programa de Apoyo al Diabético y fortalecer de esta manera los vínculos sociales en el marco institucional de la C.S.B.P.
- Lograr mayor participación de profesionales
- Extender los beneficios del programa a un mayor número de asegurados de la Caja de Salud de la Banca Privada.

Para los Asegurados que padecen de la Enfermedad de la Diabetes:

- Participen en el Programa de Apoyo al Diabético para una mejor prevención de su salud.
- Sugieran nuevas actividades que los mantengan motivados y lograr el fortalecimiento participativo de más asegurados
- Difundan el programa de apoyo al diabético, cual el beneficio de participar en él, para que de esta manera se capte nuevos participantes.

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg Ezequiel (1996). *Como elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Argentina: LumenHumanitas.

Ander-Egg, Ezequiel (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Argentina: Lumen

Ander-Egg, Ezequiel (2011). *Metodología del Trabajo Social*. Barcelona: El Ateneo S.A.

Ander-Egg, Ezequiel (1976). *Introducción a las técnicas de investigación social*. Argentina: Humanitas.

CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (2014) Memoria Institucional.

Campero R. (1997). Diabetes, la cenicienta. *Opinión*, pág. 256.

CARTA de OTAWA. (1987). *Suscribe un nuevo concepto "La promoción de la salud"*, washiton, DC. Vol, N° 1 P. 76

CENTRO CLÍNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (2011). *Trastornos psicológicos y psiquiátricos en la diabetes*. Madrid - España:

CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (2010). *Guía para el cuidado de su salud. 3ra edición Atlanta, P 5-6*

CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL (1956). La Paz – Bolivia

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. (2010). La Paz – Bolivia

CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA. (1994)

Espinoza, M. (1983). *Evaluación de Proyectos Sociales* 3ra edición Buenos Aires: Editorial Humanitas

Flores, Luis. (2017). Se estima que en Bolivia hay unos 160.000 diabéticos sin diagnóstico. *La Razón*

Gálvez Díaz de Pacheco, J. V. (2003). *Participación del trabajador social en la casa del diabético*. Trabajo de grado, en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

García C. M. y García G. R. *Problemas económicos en el paciente diabético*.

García D., J.E. (2003); *La investigación científica su metodología*.

García G, Pinto D Y Valdez N (2014). *La Diabetes, Mi Familia y Yo*. Mérida Yucatán

Gaceta Oficial. (2013) Decreto Supremo N° 1984 que reglamenta la Ley N° 475 Ley de Prestaciones de Servicio en Salud

Gaceta Oficial. (2016), Ley de Prevención, Protección y Atención para las Bolivianas y Bolivianos que Padecen Diabetes Tipo I y II p. 9

Gómez, M. (2016) *El 2016 se registró 138.124 casos de diabetes* La Razón

Gutiérrez Imelda Y Cois (1994). *Aspectos psicosociales en la Diabetes Mellitus*. México

Guía de Programas Preventivos (2016). Área de Trabajo Social de la C.S.B.P.

Hernández, R. H.; y otros (2005) *Metodología de la investigación*. México DF: Mc GrawHill

Langer Ana. (1988). *El Apoyo Psicosocial durante el periodo prenatal*, México P. 81

Lerman Israel (1994). *Introducción en atención integral del paciente diabético* México Edición Interamericana

Loreto, P., Camilo C. (2010). *Análisis de sector salud de Bolivia, división de la protección social y salud*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Los Tiempos (2018) *5.260 personas mueren por diabetes al año en Bolivia*

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES de Bolivia (2010). *Plan Sectorial de Desarrollo, La Paz-Bolivia*

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES de Bolivia (2002). *Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz-Bolivia*

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES de Bolivia (2005-2019). *Prevención y control de enfermedades no transmisibles en atención primaria de salud, Plan Nacional*

Molina, M., Romero, S. B. (2004) *Modelos de intervención asistencial, socioeducativa y terapéutica en Trabajo Social*.

Moya C. Rufino (1991) *Estadística Descriptiva Conceptos y Aplicaciones Lima Perú*

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1946). *Sistema de Salud basado en la atención primaria en salud P 11*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2011). *Implementación del Modelo Bio Psicosocial P4*

Palomba, R. (2002). *Calidad de Vida: Conceptos y medidas Santiago Chile*

Pinto, C. R.(2004). *Manual de diabetes em Bolívia*.

Robles, Leticia y Cois. (1995) *Família y enfermedades crônicas: Um análise de los tipos de apoyo a los individuos com diabetes. México AMEP P. 88-98*

Zerda, N. (2018). *5.26 personas mueren por diabetes al año em Bolivia. Los Tiempos*

Zorrilla, Eduardo (1994), *Aspectos Psicosociales en la en la Diabetes Mellitus en Atención Integral del paciente diabético*. México Ed. Interamericana

