

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



**PLAN EXCEPCIONAL DE TITULACIÓN PARA ANTIGUOS
ESTUDIANTES NO GRADUADOS
MEMORIA LABORAL
“PRÁCTICAS DE BUEN TRATO A PERSONAS ADULTO MAYORES A
TRAVÉS DE LA SOCIALIZACIÓN DE SUS DERECHOS EN EL CENTRO
DE SALUD 18 DE MAYO”**

Trabajo dirigido para obtener el grado de licenciatura en trabajo social

ELABORADO POR: JUANA ROXANA QUISPE RENGEL

TUTORA: LIC. JUANA LILY MAMANI DAZA

La Paz – Bolivia

2024

DEDICATORIA

A Dios ser supremo de mi existencia gracias por la vida y las metas que me permites alcanzar.

A MI HERMANO Oscar Rodrigo Quisbert. Gracias por ser mi hermanito porque eres muy noble y me has brindado tu apoyo como un amigo verdadero. Has estado conmigo en los momentos más difíciles de mi vida. Gracias por ser mi fortaleza.

A MI HIJA Ruth Fabiola Rengel que este éxito sea una inspiración para ella y le impulse a seguir adelante y cumpla todos los sueños y proyectos que tenga para con la vida, te amo.

A MI SEÑORA MADRE Julia Rengel por apoyarme con sus oraciones por creer en mí.

A MI HERMANA Claudia de Torrez por su apoyo incondicional te estaré agradecida eternamente.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Mayor de San Andrés por abrirme las puertas al conocimiento darme la oportunidad de ser una profesional al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título.

A la Carrera de Trabajo Social por haberme brindado el espacio de sus aulas para llenarme de conocimientos teóricos y metodológicos y agradecida con mis docentes por transmitirme sus saberes.

A mi tutora Lic. Juana Lily Mamani Daza quien me apoyo en la realización de este trabajo a través de su supervisión y guía académica, además de brindarme su apoyo moral que me permitió culminar con esta meta.

Al Centro de salud 18 de Mayo por permitirme realizar el presente trabajo para así poder desarrollar las actividades en favor de la población que solicitan sus diferentes servicios.

Al personal del de la red 3 centro de salud 18 de Mayo donde realice mi servicio social quienes me permitieron relacionarme con la población que asiste a sus servicios además de brindarme su experiencia para una mejor atención.

A las Personas Adultas Mayores que fueron los sujetos sociales de intervención del presente trabajo ellas me permitieron intervenir bajo un compromiso social en su atención.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe se centra en describir el proceso de intervención realizado en el Centro de Salud 18 de Mayo, el mismo se realizó tomando como sujetos sociales a las Personas Adultas Mayores las cuales son atendidas en la institución, este trabajo tuvo el objetivo de mejorar el conocimiento de los derechos de este grupo etario, además de fomentar una cultura del buen trato que permita el reconocimiento de sus derechos.

Para la realización de este proceso se trabajó en dos fases, la primera fue el diagnóstico que tuvo como finalidad la identificación del perfil socio demográfico de la población Adulta Mayor y la identificación del problema social para lo cual se aplicó una encuesta que permitió el levantamiento de la información y su posterior análisis.

La segunda fase fue el proyecto social el cual se centró en la generación de acciones concretas que permitan la incidencia social en el problema identificado el cual es: “el desconocimiento de sus derechos en la atención en salud de las Personas Adultas Mayores”, por lo mismo se diseñó una estrategia de intervención centrada en la generación de conocimientos educativos que además permitan su uso en la cotidianidad en base a la metodología SANEBA.

Palabras claves: Persona Adulta Mayor, buen trato, enfoque SANEBA, Trabajo Social.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA..... | 2 |
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| RESUMEN EJECUTIVO..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| PARTE I. DEMANDA INSTITUCIONAL Y EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO. | 11 |
| 1.1 Nombre de la institución | 11 |
| 1.2 Antecedentes. | 11 |
| 1.3 Misión..... | 12 |
| 1.4 Visión | 12 |
| 1.5 Objetivos Institucionales | 13 |
| 1.6 Localización del Centro de Salud 18 de Mayo | 13 |
| 1.7 Servicios que presta el Centro de Salud 18 de Mayo..... | 14 |
| MARCO TEÓRICO..... | 18 |
| 2.1 Enfoques en salud..... | 18 |
| 2.1.1 El modelo ecológico | 19 |
| 2.1.1.1 Atención primaria en el modelo ecológico..... | 20 |
| 2.1.1.2 Niveles de atención en salud en el modelo ecológico | 22 |
| 2.1.1.2.1 El primer nivel..... | 22 |
| 2.1.1.2.2 El segundo nivel de atención..... | 22 |
| 2.1.1.2.3 El tercer nivel..... | 22 |
| 2.2 La Persona Adulto Mayor | 23 |
| 2.2.1 Enfoques sobre el envejecimiento | 24 |
| 2.2.1.1 Estereotipos negativos asociados al envejecimiento | 25 |
| 2.2.1.2 Vulnerabilidad del Adulto Mayor..... | 26 |
| 2.3 Trabajo Social | 27 |
| 2.3.1 Perfil profesional..... | 27 |
| 2.3.2 Funciones profesionales..... | 28 |
| 2.3.2.1 La asistencia social | 28 |
| 2.3.2.2 La educación social | 29 |
| 2.3.2.3 La gestión social | 29 |
| 2.3.2.4 La investigación social | 30 |
| 2.3.2.5 La promoción social | 30 |
| 2.3.2.6 La organización social | 31 |

| | |
|---|----|
| MARCO NORMATIVO..... | 32 |
| PROCESO METODOLÓGICO DEL DIAGNOSTICO. | 34 |
| 4.1 Estrategia metodológica del diagnostico..... | 34 |
| 4.1.1 Planteamiento del problema..... | 34 |
| 4.1.2 Objetivo general..... | 36 |
| 4.1.2.1 Objetivos específicos..... | 36 |
| 4.2 Momentos Metodológico del Diagnóstico..... | 36 |
| 4.2.1 Técnicas e instrumentos..... | 40 |
| RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO. | 41 |
| 5.1 Perfil socio demográfico de las personas adultas mayores..... | 41 |
| 5.1.1 Edad..... | 41 |
| 5.1.2 Sexo..... | 42 |
| 5.1.3 Estado civil..... | 43 |
| 5.1.4 Convivencia familiar..... | 44 |
| 5.1.5 Ultimo trabajo..... | 45 |
| 5.1.6 Trabajo de mayor experiencia..... | 46 |
| 5.1.7 Actividades realizadas actualmente..... | 47 |
| 5.1.8 Actividades que desean realizar..... | 48 |
| 5.1.9 Apoyo familiar..... | 49 |
| 5.2 Servicios que brinda en Centro de Salud 18 de mayo a las Personas Adulto Mayores . | 50 |
| 5.2.1 Conocimiento de los servicios que brinda el centro de salud..... | 50 |
| 5.2.1 Conocimiento de la política social en salud..... | 51 |
| 5.2.2 Recojo del beneficio..... | 52 |
| 5.2.3 Orientación recibida en el Centro de Salud..... | 53 |
| 5.2.4 Trato recibido..... | 54 |
| 5.3 Conocimiento de las Personas Adultas Mayores sobre leyes y políticas..... | 55 |
| 5.3.3 Conocimiento de la renta dignidad..... | 57 |
| 5.4 Jerarquización de problemas..... | 58 |
| 5.5 Explicación del problema..... | 61 |
| 5.6 Prognosis..... | 62 |
| 5.7 Propuesta de intervención..... | 62 |
| PARTE II. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN..... | 63 |
| 1.1. Título del proyecto..... | 63 |
| 1.2. Descripción del proyecto..... | 63 |

| | | |
|----------|---|----|
| 1.3. | Justificación..... | 63 |
| 1.4. | Objetivos | 64 |
| 1.4.1. | Objetivo general..... | 64 |
| 1.4.1.1. | Objetivos específicos..... | 65 |
| 1.5. | Localización | 65 |
| 1.6. | Población participante del proyecto | 65 |
| 1.6.1. | Grupo meta..... | 65 |
| 1.6.2. | Población indirecta..... | 65 |
| 1.7. | Metodología | 66 |
| 1.7.1. | Enfoque educativo SANEBA | 66 |
| 1.7.2. | Momentos metodológicos..... | 67 |
| 1.7.2.1. | Identificación de necesidades humanas..... | 67 |
| 1.7.2.2. | Identificación de desempeños competencias dominios y capacidades..... | 71 |
| 1.7.2.3. | Determinación de necesidades básicas de aprendizaje (NEBAS)..... | 72 |
| 1.7.2.4. | Situación de aprendizaje | 73 |
| 1.7.2.5. | Grados de satisfacción de NEBAS | 74 |
| 1.7.2.6. | Adquisición de desempeños competencias dominios capacidades | 74 |
| 1.7.3. | Matrices de programación operativa..... | 75 |
| 1.8. | Marco lógico | 79 |
| 1.8.1. | Resultados claves e indicadores..... | 83 |
| 1.9. | Recursos | 84 |
| 1.9.1. | Humanos..... | 84 |
| 1.9.2. | Recursos Físicos..... | 85 |
| 1.9.3. | Recursos materiales..... | 85 |
| 1.10. | Presupuesto..... | 85 |
| 1.11. | Cronograma | 86 |
| 1.12. | Conclusiones | 88 |
| 1.13. | Recomendaciones..... | 90 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 91 |
| | ANEXOS..... | 93 |

INDICÉ DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Servicios prestados en el Centro de Salud 18 de Mayo..... | 14 |
| Tabla 2. Matriz de recolección de información. | 37 |
| Tabla 3. Matriz de selección de la técnica de recolección de datos..... | 37 |
| Tabla 4. Matriz de procesamiento de datos. | 37 |
| Tabla 5. Matriz de identificación de los problemas sociales. | 38 |
| Tabla 6. Matriz clasificación de los problemas. | 38 |
| Tabla 7. Matriz de priorización del problema..... | 39 |
| Tabla 8. Matriz de explicación del problema..... | 39 |
| Tabla 9. Matriz del octavo momento. | 39 |
| Tabla 10. Matriz de priorización de problemas. | 59 |
| Tabla 11. Árbol de problemas..... | 60 |
| Tabla 12. Momentos metodológicos del enfoque y su relación con Trabajo Social. | 67 |
| Tabla 13. Tabla de necesidades de Max Neef..... | 68 |
| Tabla 14. Identificación de desempeños competencias dominios y capacidades. | 71 |
| Tabla 15. Determinación de necesidades básicas de aprendizaje (NEBAS). | 72 |
| Tabla 16. Plantificación de los talleres. | 73 |
| Tabla 17. Sesiones con el personal de salud. | 75 |
| Tabla 18. Sesiones con las Personas Adultas Mayores..... | 77 |
| Tabla 19. Matriz del marco lógico del proyecto. | 79 |
| Tabla 20. Matriz de resultados e indicadores..... | 83 |
| Tabla 21. Matriz de recursos humanos. | 84 |

INDICÉ DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Vista satelital del centro de salud 18 de Mayo..... | 13 |
| Figura 2. Organigrama del Centro de Salud 18 de Mayo. | 15 |
| Figura 3. Población adulta Mayor con vulnerabilidad alta, media y baja por Macro distrito. | 17 |
| Figura 4. Edad de la población. | 41 |
| Figura 5. Sexo de las personas adulta mayores..... | 42 |
| Figura 6. Estado civil de las Personas Adultas Mayores. | 43 |
| Figura 7. Persona con la que convive y depende las Personas Adultas Mayores. | 44 |
| Figura 8. Lugar del último trabajo. | 45 |
| Figura 9. Oficio o profesión de Mayor experiencia. | 46 |
| Figura 11. Actividades que realiza en su tiempo libre..... | 47 |
| Figura 11. Actividades que desean realizar las personas adultas mayores. | 48 |
| Figura 12. Acompañamiento familiar. | 49 |
| Figura 13. Atención recibida en el centro de salud..... | 50 |
| Figura 14. Conoce los beneficios sociales del centro de salud. | 51 |
| Figura 15. Recibe el suplemento alimenticio Carmelo. | 52 |
| Figura 15. Orientación recibida en el centro de salud por las Personas Adultas Mayores. | 53 |
| Figura 16. Trato recibido del personal de salud..... | 54 |
| Figura 18. Conocimiento de derechos y deberes. | 55 |
| Figura 19. Conocimiento de normas que protege al adulto mayor. | 56 |
| Figura 20. Conocimiento de la Renta Dignidad..... | 57 |

INTRODUCCIÓN

El presente documento es producto del requerimiento de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés bajo la modalidad del Plan Excepcional de Titulación para Antiguos Estudiantes No Graduados en base al Trabajo Dirigido, el cual demanda como objetivo regular la obtención del título de licenciatura a través de la elaboración de un diagnóstico social y una propuesta de proyecto de acuerdo a reglamentación del programa.

La incorporación de la universitaria el 22 de agosto de la gestión 2022 al Centro de Salud 18 de Mayo, permitió el trabajo durante los 4 meses de septiembre a diciembre donde se desempeñaría funciones de promoción, prevención y atención de casos permitiendo de esta manera el primer contacto con las Personas Adulto Mayor e iniciando el proceso de reconocimiento, cobertura, e investigación diagnóstica y posteriormente a plantear una propuesta de intervención en forma de proyecto social.

Con las consideraciones anteriormente mencionadas, el documento se divide en tres partes, el primero refiere al proceso de demanda institucional y al diagnóstico guiado por los objetivos presentados, para tal caso se inicia describiendo y puntualizando los antecedentes de la problemática y describiendo las características de la institución, además se presenta el perfil socio demográfico de las Personas Adulto Mayores, que acuden al Centro de Salud en busca de servicios.

La segunda parte despliega la propuesta de intervención que se realizó, la misma presenta la metodología educativa SANEBA a fin de afrontar el problema a través de la satisfacción de necesidades educativas y finalmente se presentan las conclusiones mostrando las características del problema identificado y como se mejora la situación a través de la intervención de la postulante.

PARTE I. DEMANDA INSTITUCIONAL Y EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO.

1.1 Nombre de la institución

Centro de Salud 18 De Mayo.

1.2 Antecedentes.

El Centro de Salud 18 de Mayo se encuentra ubicado en la zona de Vino Tinto en la Villa 18 de Mayo, este centro fue creado en el año 1960, primeramente, funcionaba en una de las viviendas de la zona con médicos que mandaba la Caja Nacional de Salud, después se construyó una estructura con lo que en ese entonces se llamaba el plan de padrinos que funcionó hasta hacia aproximadamente 1966 después fue abandonado y funcionaba como vivienda de la portera de la sede social de la zona, (Ortega, 2013).

El año 2002 el centro de salud fue reabierto en la gestión del Dr. Víctor Jiménez como coordinador de la Red Norte Central 3, este centro funcionaba en unos ambientes no adecuados para la atención, contaba con un consultorio médico muy pequeño, y su con consultorio odontológico, una enfermería donde estaba el vacuna torio, farmacia y depósito de los medicamentos, el año 2014 se remodelo el centro de salud y pese a la falta de infraestructura, tiene una cobertura para 7 zonas, (Ortega, 2013).

Actualmente se constituye como centro de primer nivel y conforme a la normativa en vigencia se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, teniendo como misión principal la de mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de la salud física, mental, social, económico, espiritual, cultural y ambiental, con implementación de procesos de educación en salud, promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales de tipo ambulatorio, (Ortega, 2013).

Conforme la imagen se tiene que el Centro de Salud 18 de Mayo se encuentra en el Macro Distrito Periférica de la ciudad de La Paz y presta el servicio a otras zonas importantes como ser: Achachicala, Vino tinto, Limanipata, 27 de Mayo, Zona 5 Dedos, Santiago de Lacaya, Rosasani, La Merced y Chuquiaguillo, (Ortega, 2013).

Una característica principal del macro distrito Periférica es que alberga a industrias de la ciudad, alberga a industrias (como ser la Fabrica Silingo, La Forno, la Fabrica Estatex, La Fanase que existieron en los años 30 se mantuvo hasta los años 80 trabajaban varones y mujeres ingresaban en tres turnos. Para producir frazadas telas para damas, paño villar frazada gris mantillas de viajes tejidos telar sopetex tenían tintorería ordinbre no existía el contrabando en cada Fabrica trabajaban más de 2000 obreros.

Hoy en día la Ex fábrica Soligno ocupa 24 mil metros cuadrados desde la avenida Chacaltaya hasta la avenida Periférica. Actualmente este espacio ya es una ciudadela hay nuevas edificaciones de ladrillo comienzan a cambiar la fisonomía de esta construcción muchos espacios son utilizados como talleres y estacionamiento de autos.

El macro distrito periférica limita al Sur con el macro distrito centro y San Antonio al este con el macro distrito rural de Hampa Turi y al oeste con Max Paredes (cuenta con 3 distritos 11,12 y 13) con una superficie de 17,3 km. La densidad poblacional fue de 10.647 habitantes por km para el año 2016. De acuerdo a proyecciones del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, para el 2016, la población del macro distrito Periférica fue aproximadamente 184 mil personas, concentrando 19,9% de los habitantes del municipio de La Paz; de los cuales 51,8% fueron mujeres y 48,2% hombres, (Ortega, 2013, p. 15).

1.3 Misión

El Centro de Salud 18 de Mayo es un establecimiento de primer nivel de atención que brinda servicios asistenciales con calidad y calidez a toda la población beneficiaria en el marco de la política de salud SAFCI con enfoque en la promoción y prevención, respetando los principios éticos, sociales, los derechos, y deberes, los usos y costumbres de los usuarios, (Ortega, 2013, p. 15).

1.4 Visión

Ser un establecimiento de salud fortalecido con talento humano calificado y equipamiento adecuado, con la finalidad de contribuir al pleno y sano desarrollo de los miembros de la sociedad, brindando una atención de calidad ampliada de acuerdo a las necesidades de la población, (Ortega, 2013, p. 15).

1.5 Objetivos Institucionales

1. Priorizar la prevención de la enfermedad y la promoción actuando sobre las determinantes sociales.
2. Participación de una población con hábitos saludables comprometido con la actividad física y deportiva, organizada y movilizadora por el ejercicio pleno derecho a la salud que vive bien.
3. Incrementar la eficiencia y efectividad del acceso a la población a servicios de salud, (Ortega, 2013, p. 15).

1.6 Localización del Centro de Salud 18 de Mayo

Figura 1. Vista satelital del centro de salud 18 de Mayo.



Fuente: Foto captura de Google Mapas de la ubicación en vista satelital.

1.7 Servicios que presta el Centro de Salud 18 de Mayo

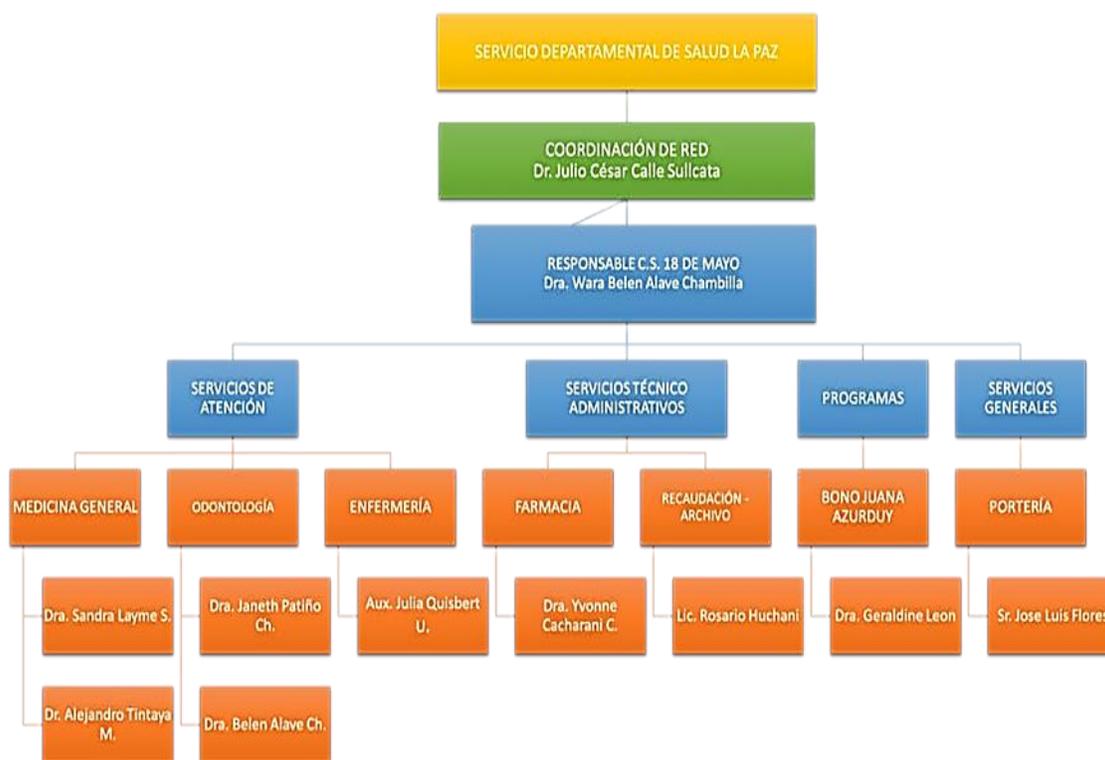
Tabla 1. Servicios prestados en el Centro de Salud 18 de Mayo.

| ESPECIALIDAD | PERSONAL PROFESIONAL | FUENTE DE FINANCIAMIENTO | TOTAL, CASOS ATENDIDOS 2021-2022 |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|
| Directora | | Lic. Wara Belen Alabe Chambilla | |
| Medicina general | Sandra Layme Sumo | SEDES | Menor a un año: 317 Niños de 1 a 4 años: 250 |
| | Franz Alejandro Tintaya M. | SEDES | Niños de 5 a 9 años: 54 Personas de 10 a 14 años: 39 Personas de 15 a 19 años: 78 Personas de 20 a 39 años: 448 |
| | Geraldine León Navarro | Ministerio de Salud | Personas de 50 a 59 años: 246 Personas Adulto Mayores: 756 |
| Enfermería | Julia Blanca Quisbert Ugarte | SEDES | Vacunación a menores de 1 año: 30 Vacunaciones de 13 a 23 meses: 22 Vacunación de 24 a 36 meses: 15 Vacunación a niños Mayores a 3 años: 26 Promedio de vacunas DT: 201 Vacunas por influenza: 160 Vacunas VPH: 23 Vacuna Antiamiríllica; 13 Vacuna COVID: 235 |
| Odontología | Elvi Janet Patiño Choquetupa | SEDES | Personas nuevas 150 Consulta repetida: 130 |

| | | | |
|-----------------|------------------------|-------|--|
| Farmacia | Yhovana Gerónimo Rojas | SEDES | Entrega de micronutrientes: Hierro a mujeres embarazadas: 60 Hierro post parto: 30 Hierro para niños/as menores de 5 años: 50 Vitamina A para niños/as: 28 Complemento nutricional: 403 |
|-----------------|------------------------|-------|--|

Fuente: elaboracion propia, gestion 2023.

Figura 2. Organigrama del Centro de Salud 18 de Mayo.



Fuente: elaboracion propia, gestion 2023.

La Red de Salud Norte Central de la Ciudad de la Paz que tiene como uno de sus ejes de intervención el trabajo con mujeres, Adultos Mayores, niños, niñas adolescentes, personas con discapacidad, lo que requiere de la incorporación de Trabajo Social para efectivizar tareas referentes a la población con la que trabaja, (Ortega, 2013).

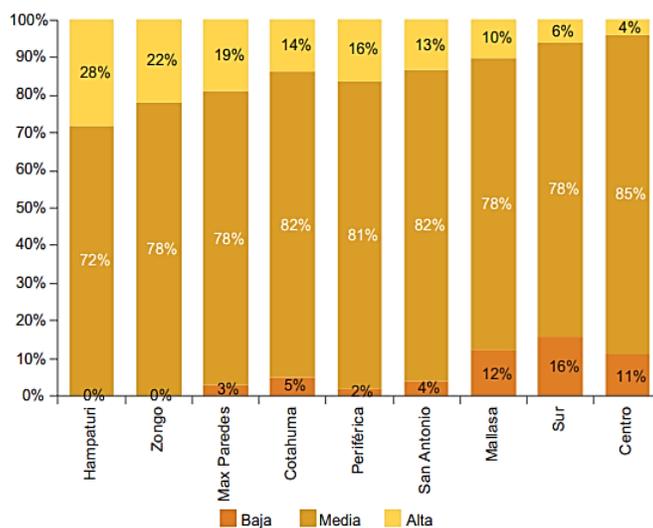
Por otra parte, la Carrera de Trabajo Social, en el marco de sus fines y principios orientados a formar profesionales comprometidos con la realidad social del país, asumiendo su intervención de interacción social, tiene previsto en su plan curricular la modalidad de graduación por medio del PETAENG en su módulo de Trabajo Dirigido, mismo que contempla la elaboración de un diagnóstico social y la propuesta de un proyecto de acuerdo a términos de referencia firmados entre la institución y la estudiante del PETAENG de la Carrera de Trabajo Social los cuales delimitan el trabajo con la Población Adulto Mayor.

El interés del trabajo con esta población tiene que ver con el hecho de que, en Bolivia, los adultos Mayores de 60 años o más alcanzan aproximadamente a 1.064.400 personas, lo que representan el 9,3 % de la población total, de acuerdo a la proyección poblacional a 2019, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, (I.N.E., 2018)

Según el estudio del Gobierno Autonomo Municipal de La Paz en la gestión 2020 “Condiciones de Vida del Adulto Mayor en el Municipio de La Paz” define la vulnerabilidad del Adulto Mayor como “la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos” (p.31).

En base a esta definición ha realizado un índice de vulnerabilidad de esta población, considerando: datos demográficos, de acceso a la salud, nivel educativo, la vivencia, los servicios básicos, la pobreza, y los aspectos económicos “el índice promedio de los macro distritos urbanos refleja que se mantienen en un nivel de vulnerabilidad media, sin embargo, macro distritos como Max Paredes (0,58) y Periférica (0,57) se mantienen más vulnerables frente a macro distritos como Centro y Sur (0,50), (G.A.M.L.P., 2020).

Figura 3. Población adulta Mayor con vulnerabilidad alta, media y baja por Macro distrito.



Fuente: Imagen tomada del informe “Condiciones de Vida del Adulto Mayor en el Municipio de La Paz” realizado por el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, 2020.

La figura indica que, en el macro distrito Periférica, se encuentra entre los más vulnerables del área central del municipio, considerando este aspecto, el segundo factor que delimita la demanda institucional, es que según datos proporcionados por el Centro de Salud tiene una cobertura 41 Personas Adultas Mayores, empero pese a tener problemas de salud que manifiestan seguimiento solo uno logra realizar un re consulta.

Dado este contexto se considera que además de las exigencias institucionales, es necesaria la intervención de Trabajo Social y por tanto se han delimitado acciones de acuerdo a términos de referencia que se realizaron de septiembre a diciembre de la gestión 2022, como ser:

1. Atención de casos y seguimiento a pacientes diferidos. que asisten al centro de salud 18 de Mayo.
2. Capacitaciones sobre prevención de temas de enfermedades prevalentes en el Centro de Salud 18 de Mayo.
3. Apoyo en el programa “Casa del Adulto Mayor” en charlas y talleres en coordinación con la Fundación Caritas.
4. Elaboración de diagnóstico temático y propuesta de intervención desde el Trabajo Social.

MARCO TEÓRICO.

2.1 Enfoques en salud

Al analizar la evolución histórica de la noción salud, se observa el énfasis puesto en la identificación de los "factores" que inciden en ella, no así en las consecuencias. Si bien se han experimentado cambios en diferentes momentos históricos, no logran desligarse de una concepción individualista uní o multicausal focalizada en la enfermedad, (Salas, 2010).

A través de la historia se han identificado una serie de modelos epidemiológicos que han permitido la interpretación científica del proceso salud-enfermedad que se agrupan en los modelos unicausal, multicausal y triada ecológica.

El primer modelo unicausal parte de la causa única y fundamental con la producción de la enfermedad, y se ubica fuera del organismo. Como concepción dominante estuvo presente desde los inicios de la humanidad. En relación a este modelo que la unicausalidad externa e históricamente ha tenido diferentes expresiones, como formas de castigo, agresiones externas o en su forma más sofisticada mediante agentes patológicos, noxas y microorganismos.

La salud se plantea como una meta y ésta como ausencia de enfermedad; desde el punto de vista político se postula la sociedad perfecta y desde lo biológico la desaparición de la enfermedad, desde la perspectiva de este modelo la atención en salud se concentra en acciones de curación y reparación. (Salas, 2010, p. 13).

El segundo modelo es el multicausal que plantea que la causa de las enfermedades no es única, admite que coexisten otras causas. Esta concepción se consolida en la década de los sesenta y continúa manteniendo vigencia en los modelos explicativos basados en la idea de azar y particularmente en el concepto de accidente, esta noción adquiere una visión encubridora de las causas que muchas veces no permite predecir y prevenir eventos, considerar que la enfermedad es algo impredecible no permite el desarrollo de acciones preventivas, (Salas, 2010, p. 13).

Por último, el modelo ecológico constituye una variación más dinámica del modelo anterior. Sostiene que las causas de la enfermedad se clasifican en tres categorías: agente, huésped y ambiente. Estas se relacionan entre sí integrando un constante equilibrio, que al romperse produce la enfermedad. Clasifican la atención en salud en diferentes niveles, a saber: preventivo, clínico y de recuperación. En este modelo, el ambiente se introduce de manera contextual y externa, manteniendo como eje central de la explicación la relación entre el huésped y el agente, éste identificado como algo único y externo al organismo, (Salas, 2010, p. 13).

Tras la búsqueda de mejores abordajes conceptuales, se llega al planteamiento de nuevas nociones de salud que se caracterizan por ser más integradoras, Es de esta forma como el concepto de salud ha evolucionado en gran medida desde una mayor vinculación con las enfermedades y la muerte, hasta concepciones relacionadas con las posibilidades de realización personal y colectiva de grupos y comunidades.

Cada persona, familia, comunidad, grupo poblacional, en cada momento de su existencia tiene necesidades y riesgos que le son característicos, sea por su edad, sexo, nivel educativo, ubicación geográfica y ecológica. De esta manera cada grupo social tiene su propio perfil de necesidades y problemas de salud vinculado a las condiciones de vida en que están inmersos y traduce su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura social, requiriendo así acciones de salud y bienestar específicas, (Salas, 2010, p. 15).

Para el caso de la atención en salud del centro 18 de Mayo se tomó como referente teórico el modelo ecológico el cual se centra en poder entender la enfermedad como una consecuencia de diversos factores en donde no solo se encuentra el malestar corporal o psicológico si no que se toman consideraciones como el entorno social, ambiental y económico los cuales son parte de un proceso de recuperación o de deterioro de allí que este modelo se aplique en el sistema de salud a través de la intervención de diferentes profesionales.

2.1.1 El modelo ecológico

En concordancia con este modelo las políticas sanitarias generan cambios en el modelo de atención en salud, orientados al fortalecimiento del primer nivel de atención, a la consolidación de los Equipos Básicos de Atención en Salud, Equipos de Apoyo, al

fortalecimiento de la participación social como eje fundamental en los procesos de identificación e intervención en los problemas que afectan la salud de las personas, a partir de la concepción de salud como construcción social, (Salas, 2010, p. 17).

Con el término producción de salud, se recurre a la participación de todos los actores en el desarrollo del país y en procesos que permiten la interacción de todos los involucrados hacia objetivos comunes, el modelo propuesto busca devolver a la población una buena dosis de responsabilidad, especialmente en lo referente a la modificación de estilos de vida y el uso adecuado de los servicios públicos de salud, (Salas, 2010).

El carácter social del proceso salud enfermedad demanda la responsabilidad de la salud a una efectiva y oportuna labor de equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios en las unidades de trabajo, al involucramiento de diferentes sectores y a la comunidad misma, para garantizar la sostenibilidad de las acciones comunitarias que se desarrollan, se promueve el fortalecimiento de organizaciones locales permanentes y un modelo de cogestión en la administración estratégica local, a partir de una auténtica participación social con pleno acceso a la información para todos los actores sociales, (Salas, 2010).

Con el replanteamiento del modelo de atención en salud, y con la estrategia de la participación social se pretende que la salud trascienda de ser un problema eminentemente individual a una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos el mantenerla, preservarla y mejorarla, es bajo esta lógica que el sistema único de salud busco la integración del control social para poder fiscalizar la ejecución de la política en salud.

2.1.1.1 Atención primaria en el modelo ecológico

Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población, (Castañeda , Cazorla, & Cuevas , 2018).

La APS fue definida como:

“La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Castañeda , Cazorla, & Cuevas , 2018, p. 7).

Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, (Castañeda , Cazorla, & Cuevas , 2018).

El objetivo es desarrollar y diferenciar conceptualmente la Atención Primaria de la Salud (APS), de los Niveles de Atención, de Complejidad, de los Niveles de Prevención y precisar claramente la Promoción de la Salud de la Prevención de Enfermedades, en el caso del centro de salud 18 de mayo este es de primer nivel y por lo mismo se centra en generar una atención en salud que atienda los casos esenciales de esta área como se mencionó anteriormente, (Castañeda , Cazorla, & Cuevas , 2018).

Para Castañeda , Cazorla, & Cuevas , (2018):

Los niveles de atención son una forma organizada de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma, (p. 2).

La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa en 1986, donde se la define como: el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un Mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla, (p. 4).

2.1.1.2 Niveles de atención en salud en el modelo ecológico

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de restablecer la salud del paciente, (Chura, 2002, p. 10).

Dentro de los servicios prestados para el restablecimiento de los pacientes están:

2.1.1.2.1 El primer nivel

Es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud, (Chura, 2002, p. 10).

Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz, (Chura, 2002, p. 14).

2.1.1.2.2 El segundo nivel de atención

Son los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población, (Chura, 2002, p. 14).

2.1.1.2.3 El tercer nivel

Este nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen, (Chura, 2002, p. 15).

2.2 La Persona Adulto Mayor

Existen varias definiciones sobre el término adulto Mayor, esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo. También un sector de la población asocia al adulto Mayor, así no lo sea, como una Persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte, Todos los términos que pueden vincularse a la tercera edad (viejo, vejez y envejecimiento), en principio hacen referencia a una condición temporal y concretamente a una forma de tener en cuenta el tiempo y sus consecuencias en el individuo, es decir, a la edad. (Boyaro, 2014, p. 10).

La situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles, creen que son una carga para sus familias, la sociedad por la edad que tienen, esta situación es más dificultosa para los hombres, en cambio para las mujeres es más factible adaptarse en el hogar y en la sociedad, (Boyaro, 2014).

La Ley del Adulto Mayor Nro. 369, en su artículo 2 menciona que son: “Son titulares de derechos las personas adultas Mayores de sesenta (60) o más años de edad, en el territorio boliviano”, (Ley Nro. 369, 2013, p. 2).

Durante la tercera edad se distinguen diferentes etapas, ya que con el aumento de esperanza de vida, no se considera igual tener 70 años que 90 años. Estos cambios de etapas, coinciden a su vez, con cambios físicos y psíquicos. Dependiendo de la fuente, las edades con las que se considera una etapa u otra, pueden variar, (Boyaro, 2014).

Las diferentes denominaciones: senectud, ancianidad, vejez, Mayores, segunda juventud, tercera edad, estas tienen el propósito de esquivar los prejuicios y la discriminación ,algunos de ellos sí lo logran, y en gran medida; otros, por el contrario, generan nuevas máscaras, (Boyaro, 2014).

También los estudios sociológicos han asignado prioridades al tema y que varían en las distintas sociedades y épocas a la par de la alimentación, vivienda, salud y transportes, también hay abuso de las personas adultas mayores como discriminación por edad en los

ambientes laborales, hay una consideración también respecto al "estar activo" y a las aficiones pensadas con un diseño universal, que sustituyen a los trabajos y que también pueden ser proyectadas desde muchos años antes, por ejemplo: la lectura como recurso y como afición, que si no ha sido ya utilizada en la juventud y edad adulta, difícilmente será utilizada mucho después, (Boyaro, 2014, p. 21).

2.2.1 Enfoques sobre el envejecimiento

La vejez es una etapa que todo ser humano experimenta y experimentará, es importante tener en cuenta conceptos que nos lleven a una reflexión y toma de conciencia con los adultos Mayores. Como toda etapa de vida, Esta combina elementos positivos, como la sabiduría acumulada a lo largo de la vida y el tiempo libre ganado, los elementos negativos contienen el problema de salud y el riesgo de no generar suficientes ingresos y depender económicamente de otro, (Iturregui, 2019, p. 35).

La vulnerabilidad de esta población debe ser tomada en cuenta por los gobiernos para garantizar una vejez digna, enfrentar el envejecimiento poblacional con éxito es necesario desarrollar políticas públicas que incorporen los aspectos positivos y oportunidades asociadas al cambio.

Existen enfoques teóricos para abordar el envejecimiento, pero al menos tres de ellos han tenido influencia en las políticas públicas de los últimos años.

1. El primer enfoque es conocido como el enfoque saludable, corresponde a una de las perspectivas utilizadas para abordar el envejecimiento durante los '90. El énfasis está puesto en mantener el Mayor tiempo posible sus condiciones de salud e independencia funcional, para que así puedan participar en la sociedad, incluso a edades avanzadas.
2. El segundo enfoque es conocido como envejecimiento activo, surge a fines de los 90 cuando la OMS propuso adoptar un enfoque más amplio, considerando otros factores adicionales a la salud que determinan cómo los individuos y poblaciones envejecen. El concepto de envejecimiento activo se aplica tanto a individuos como a grupos poblacionales y su logro práctico permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida y que participen de forma continua en la sociedad.

3. El tercer enfoque es el envejecimiento positivo, entrega una mirada y que para alcanzarlo es fundamental prevenir y atender el maltrato, considerando el impacto subjetivo que puede tener el maltrato, en conjunto con sus consecuencias físicas y sociales, (Iturregui, 2019, p. 40).

El envejecimiento positivo busca incrementar los aspectos positivos y disminuir los aspectos negativos de la experiencia de envejecer y llegar a ser una persona Mayor. Disminuir la prevalencia del maltrato, atender cuando sucede y promover el buen trato son pasos fundamentales en esta dirección el envejecimiento activo es definido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen esto implica el mantenimiento óptimo de aspectos psicológicos y sociales, y no solamente la capacidad de estar físicamente activos, (Iturregui, 2019).

Referido a participación continua permanente en cuestiones sociales intelectuales o recreativas, voluntarias culturales, educativas espirituales, el objetivo de envejecimiento activo es aumentar la expectativa de vida la persona como individuo puede hacer mucho ser agente de su propio envejecimiento activo y exitoso la sociedad puede aumentar a orientar promover he influir en las formas de envejecer, la personalidad y el carácter como el optimismo, pensamiento y sentimiento positivo, cuyos aspectos prolongan la vida en mejores condiciones, como meta fundamental la autonomía personal y la independencia física proceso que ocurre en el contexto que incluye otras personas como ser amigos vecinos familia compañeros de trabajo distintas generaciones en la importancia de las relaciones sociales, (Iturregui, 2019).

2.2.1.1 Estereotipos negativos asociados al envejecimiento

En nuestra sociedad la juventud es considerada como un valor o meta que generalmente se asocia a elementos positivos (belleza, energía, gracia, fortaleza moral y optimismo), mientras la vejez se asocia a elementos negativos (declive, fracaso moral, fatiga, fealdad). Por lo tanto, el envejecimiento se ha asociado a deterioro físico, psicológico y social, esto se refleja, tal y como se ha señalado anteriormente, en que los estereotipos negativos relacionados con el envejecimiento hacen referencia tanto a características físicas, como psicológicas, de personalidad y/o sociales, (Suarez Torrez, Rodríguez Lafuente, Pérez Diaz, Casal Sosa, & Fernández, 2015, p. 25).

La presencia de estos estereotipos negativos tiene consecuencias en la visión del envejecimiento por la sociedad (devaluación de las personas Mayores, considerarlos ciudadanos de segunda o tercera, rechazo hacia el envejecimiento, discriminación basada en la edad, etc.) y en la propia persona Mayor, (dificultad para envejecer bien, autoimagen y auto concepto negativo, baja autoestimas, (Suarez Torrez, Rodriguez Lafuente, & Perez Diaz , 2015, p. 30).

2.2.1.2 Vulnerabilidad del Adulto Mayor

Es una situación definida por circunstancias específicas que pueden ser sociales, económicas, culturales, genéticas, de género, y por supuesto de edad. Es por ello que considerar el conjunto de situaciones de riesgo y de condiciones de riesgo, por un lado, así como de capacidades de los sujetos para hacerles frente, por otro lado, daría lugar a que la política de asistencia social contara con más elementos para lograr efectivamente modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden a los individuos su desarrollo integral. Las diferentes circunstancias en las que a los Mayores se les trata de, manera no adecuada, etapa vulnerable del ser humano dentro del proceso de desarrollo humano, lamentablemente encontramos estas situaciones, (Suarez Torrez, Rodriguez Lafuente, & Perez Diaz , 2015, p. 40).

La vulnerabilidad es un proceso dinámico que refleja el resultado de la exposición previa al estrés y cambios significativos en la capacidad adaptativa de los sujetos; por lo que se puede decir que si existen niveles altos de vulnerabilidad al estrés, habrá menos capacidad de adaptación a situaciones de estrés plantea que entre los problemas que son frecuentes y afectan a los adultos Mayores están las reacciones de adaptación a los cambios y situaciones frecuentes en esta etapa, (Suarez Torrez, Rodriguez Lafuente, & Perez Diaz , 2015, p. 45).

En la propia familia existen actitudes y hábitos que por su frecuencia y cotidianeidad no se reconocen como tratos adecuados, por ejemplo; cuando no se les hace partícipes en la toma de decisiones importantes que van a afectarles también a ellos; cuando se les oculta información pensando que son frágiles y les puede hacer daño conocer cosas que afectan a

la familia; cuando se abusa de su generosidad y lo que se inicia como ayuda termina siendo obligación, (Iturregui, 2019, p. 45).

Si bien la Mayor parte de los adultos Mayores, son independientes y no precisan atención especial, no podemos obviar que, a Mayor edad, Mayor posibilidad de que aparezcan problemas físicos, mentales o financieros que van a producir dependencia y con ello un aumento de la necesidad de cuidados.

Desde una concepción interdependiente de lo humano, el buen trato se despliega en una doble dirección: acoger y atender su fragilidad por un lado y, por otro, promover y respetar su autonomía moral. En ambas direcciones se concreta en relaciones de simetría moral que, partiendo de la igualdad, posibilite el ejercicio de los derechos tanto en el ámbito de la ciudadanía activa como pasiva, (Iturregui, 2019, p. 48).

El buen trato está relacionado con la interacción que la familia, las personas, que están en el entorno del adulto Mayor, que promuevan un sentimiento mutuo de respeto y reconocimiento, generando satisfacción y bienestar entre quienes interactúan, (Iturregui, 2019).

2.3 Trabajo Social

El Trabajo Social es una profesión que promociona los principios de los derechos humanos y la justicia social, por medio de la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales. Específicamente, se interesa en la resolución de problemas sociales, relaciones humanas, el cambio social, y en la autonomía de las personas. Todo ello en la interacción con su contexto, en el ejercicio de sus derechos, en su participación como persona sujeta del desarrollo y en la mejora de la sociedad respecto a la calidad de vida en el plano bio psicosocial, cultural, político, económico y espiritual, (Ander Egg, 2015, p. 250).

2.3.1 Perfil profesional

La disciplina, y por ende el perfil profesional, se construye sobre la base del encargo social fundamental, el mismo que es complementado por la dinámica del mercado de trabajo profesional que se configura a partir de demanda institucional y social. Contiene aquello en la dimensión de la situación presente, pero lo trasciende por su misma contextualización social y su dimensión esencial de historicidad (Sánchez, 2013, pág. 30).

2.3.2 Funciones profesionales

Normalmente el perfil profesional es comprendido y asumido como un conjunto de competencias y actividades que un profesional debe cumplir con arreglo a un sistema disciplinario que comprende un cuerpo de conocimientos, de procedimientos, de instrumentos, de destrezas, habilidades y de un código ético, conforme al cual se generan capacidades de desempeño profesional y expectativas sociales respecto a su cumplimiento (Sánchez, 2013).

2.3.2.1 La asistencia social

La función original, constitutiva del TS., ha sido representada socialmente en su concepción relativa a la beneficencia pública y privada, difundándose como esencia la “ayuda” a las personas, grupos y comunidades necesitadas. Esto, desde la perspectiva “asistencialista”, concepción que ha derivado en la prestación de servicios sociales a personas y grupos sociales afectados por problemas sociales específicos. No obstante, al sesgo asistencialista, predominante hasta la actualidad, y a las posiciones discursivas que la niegan, se torna importante redefinir y reconceptualizar la asistencia social como una de las funciones básicas y permanentes en TS.

La “prestación de servicios sociales” es parte de un proceso Mayor que engloba y abarca la asistencia social institucionalizada y de carácter profesional. La asistencia social es parte esencial de la respuesta social organizada que, en una nueva concepción, es la del proceso y mecanismo social a través del cual se posibilita: i) El servicio social organizado para la atención a situaciones conflictivas emergentes que afectan psicológica, familiar, social, grupal, organizacional, comunalmente, etc.

Retoma procesos importantes como: el tratamiento y la rehabilitación social; la distribución, con la finalidad de introducir mecanismos de racionalidad y la equidad de la riqueza social. Generada a sectores excluidos, es decir, los que tienen un acceso restringido o no lo tienen por las condiciones inequitativas de la distribución desigual (Sánchez, 2013, pág. 32).

2.3.2.2 La educación social

Es el proceso de enseñanza y aprendizaje en el que participan personas, grupos, familias, comunidades, organizaciones y otros, bajo modalidades activo participativos que, partiendo de sus propias necesidades, expectativas, experiencias y realidades, promueven procesos educativos que tienen incidencia directa en la conciencia y en el comportamiento de las personas con relación a asuntos y fines de interés social y fines colectivos. La educación social tiene una perspectiva integradora que permite que la acción educativa relacione, bajo sistemas no formales, apropiados, innovadores, creativos y adecuados a las realidades particulares de los sujetos de la educación. Los contenidos educativos son construidos de acuerdo a las necesidades, expectativas y proyecciones de desarrollo.

Es una función que implica procesos múltiples que se refieren al acceso, socialización y apropiación del conocimiento desarrollado en determinados ámbitos, por parte de los sujetos sociales. Supone procesos y funciones diversas entre las que se pueden destacar:

La educación social es siempre interactiva, involucra al Trabajo Social y a sujetos sociales concretos, supone bases teóricas y metodológicas de proceso, y sólo encuentra su razón como educación social en el proceso de restitución y/o acceso al derecho de desarrollar la capacidad de ser social. La educación social, en Trabajo Social, viabiliza la apropiación del conocimiento, la capacidad de producción de conocimiento, de decisión, de participación y transformación social por parte de los propios sujetos sociales. La educación social se alimenta y nutre procesos de constitución y ejercicio de poder e influencia en entornos específicos en función de objetivos sociales determinados por organizaciones y comunidades específicas (Sánchez, 2013, pág. 35).

2.3.2.3 La gestión social

La gestión social es comprendida, bajo la concepción predominantemente de la administración, como una función que involucra todo el proceso administrativo: planificación, organización, dirección y control.

Los ámbitos de incidencia tienen que ver con: i) la administración de los servicios sociales; ii) la gestión de las políticas sociales y iii) la gestión social de procesos específicos por parte de organizaciones, comunidades y/o municipios. En los dos primeros casos se exige el pleno

dominio para su intervención profesional; en el tercer caso, supone un proceso de transferencia y habilitación a los sectores sociales con los que interactúa para viabilizar una gestión social por parte de los mismos sujetos sociales en procesos de sus entornos específicos: gestión organizativa, gestión comunitaria, gestión social comunitaria, etc. Es importante relevar que la gestión social se alimenta de la ciencia administrativa en el Trabajo Social (Sánchez, 2013, pág. 35).

2.3.2.4 La investigación social

La investigación en Trabajo Social es esencialmente una investigación aplicada. Es una función asumida en tanto proceso que permite el acceso y producción de conocimientos relativos al objeto disciplinario.

La búsqueda, acceso y producción de conocimiento a través de la investigación social encuentra su sentido disciplinario en los fines de conformar un recurso cognoscitivo y cognitivo para sustentar la intervención social profesional. Es decir, la investigación social en Trabajo Social no busca exclusivamente conocimientos parciales, empíricos y de orden práctico para dar paso a acciones concretas profesionales. Es definitivamente más que aquello.

La investigación es la función que permite el conocer de lo diverso y el conocer posible de lo trascendente, por ello puede tener fines teóricos metodológicos, políticos y prácticos. En todos estos campos, el conocimiento se asume como proceso en construcción para lograr la función básica de la investigación social y del conocimiento que es la explicación científica del problema social. Por tanto, es parte primaria y fundamento de todo el quehacer del Trabajo Social (Sánchez, 2013, pág. 36).

2.3.2.5 La promoción social

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

Por otro lado, permite ingresar a una esfera sustantiva de los procesos sociales que es la construcción de las responsabilidades sociales y de consolidación consecuente de la participación que rompe los esquemas paternalistas y de dependencia. Entendida de esta manera, esta concepción es contraria a la persuasión para la “compra de un servicio”, “la aceptación de un proyecto externo”, o la “aceptación acrítica a prácticas diversas” definidas e impuestas porque se privilegia la ejecución de programas y proyectos con fines en sí mismos antes que los de la población (Sánchez, 2013, pág. 36).

2.3.2.6 La organización social

Constituye el conjunto de procedimientos que permite nuclear y potenciar las acciones colectivas en función de intereses y fines sociales colectivos. Contempla distintas modalidades de fortalecimiento organizacional de núcleos de base, que se orienta a una óptima construcción de las relaciones intergrupales, comunales y/o institucionales que busca optimizar sus capacidades, no sólo de presencia sino de acción social y colectiva.

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

La organización social apoya en la estructuración y consolidación de un cuerpo social sistematizado que garantice una participación social organizada en función de la consecución de los fines sociales compartidos. Supone el desarrollo de niveles de cohesión social que permita el despliegue de la participación con compromiso y sentido de pertenencia, es decir con un sentido de construcción colectiva en beneficio de ese conjunto social.

Esta función ha sido enfocada como el reclutamiento de personas y la distribución de responsabilidades para el funcionamiento de una actividad o proyecto afín. Este cercenamiento de sus posibilidades ha sido negador de la visión política que le es inherente. Desde esta dimensión la organización social tiene una vertiente política que trasciende el manejo instrumental de “grupos”, para impulsar el desarrollo organizacional que fortalezca la acción colectiva (Sánchez, 2013, pág. 37).

MARCO NORMATIVO.

La constitución como la normativa nacional de Mayor jerarquía es la que guía los derechos de todos los bolivianos y bolivianas en el país, por lo mismo para el caso del trabajo se tomaran las leyes que cubren a las personas adultas mayores quienes son los sujetos sociales con los cuales se intervino.

Si bien la carta magna establece derechos para los adultos mayores estos no llegan a aplicarse de forma precisa debido a que se tiene una perspectiva de discriminación con esta población en específico al considerarla “vieja”, desconociendo todos los aportes que hicieron en su juventud, a esto se suma que en el sector de la salud esta problemática se agudiza debido a que al necesitar una mayor atención deben solicitar este servicio lo que demanda una mayor carga de trabajo para el personal del sistema que no desean atender a esta población.

Para el caso de la población adulta mayor la cual fue parte de la intervención realizada el servicio en atención en salud no llega a cumplir con el trato preferente debido a que en primera instancia no cuentan con servicios especializados para atender a esta población no solo en sus diversas patologías que poseían, la segunda instancia es la ausencia de personal específico para poder generar la promoción social de los servicios que presta debido a que no se cuenta con el personal en el área social.

Por su parte el trato preferencial el cual deberían gozar las personas adultas mayores en el centro de salud no recibió esta cualidad, debido a la saturación del servicio en donde diferentes grupos etarios acuden para ser atendidos, lo que genera que el personal en salud no pueda llegar a responder a todas las demandas debido a que no cuentan el tiempo necesario a esto se suma que no cuentan con formación en gerontología lo que dificulta que puedan tener una relación de buen trato.

En el caso específico del acceso a la salud se cuenta con la Ley Nro. 475 la cual normativiza al sistema en salud si bien este establece que las personas adultas mayores puedan gozar de una atención especializada y de forma preferencial, esto no se cumple debido a que no se cuenta con el personal especializado para esta atención, a esto se suma que no se cuentan con la infraestructura del centro de salud no es el adecuado debido a que no cuenta con servicios ni los espacios para cubrir a toda la población que demanda el servicio.

Por otro lado, no se cuenta con los recursos necesarios para poder responder a las demandas de los usuarios debido a que no se le asigna la importancia por parte de los operadores de las políticas destinadas a esta área esto provoca que se tenga una saturación del servicio llegando a que se sume la carga laboral del personal que atiende en los centros de salud.

En el caso de las personas adultas mayores que al necesitar de mayor atención debido al aumento de las patologías físicas y psicológicas debido a llegada de la tercera edad, el sistema en salud no es capaz de responder a sus demandas al no contar con el personal, los insumos, la infraestructura, los servicios en todos los niveles de atención, a esto se suma la perspectiva social de que la vejez es una carga para la sociedad y por lo mismo estos ya deberían ser parte de los servicios sí que todo lo contrario deberían ser retirados de estos para dar mayor énfasis a las generaciones jóvenes.

PROCESO METODOLÓGICO DEL DIAGNOSTICO.

4.1 Estrategia metodológica del diagnostico

4.1.1 Planteamiento del problema

El acceso a la seguridad social y sobre todo a la salud es un problema para una gran parte de la población boliviana debido a las condiciones económicas que presenta el país, es decir al contar con una economía del tercer mundo o en proceso de desarrollo, muchos de los servicios sociales no llegan a cubrir las necesidades sociales, humanas de la sociedad, esto debido a que el Estado no logra responder de forma precisa a esta problemática, también porque la salud privada es costosa y se aleja de los ingresos promedio de la población, (Chura Cazorla, 2002).

Si bien en país ha generado alternativas para poder atacar el problema del acceso a la salud durante bastante tiempo, este estuvo enmarcado en visiones políticas de los gobiernos de turno, quienes usaron estos servicio ahora reconocido como un derecho para poder simpatizar con la población civil, entre las políticas sociales en salud tenemos las siguientes: el seguro materno infantil, el seguro para el adulto mayor, el seguro para los trabajadores o (cajas nacionales), los cuales segregaron a la sociedad en bloques que dependiendo de ciertas características pueden acceder a la salud, (Chura Cazorla, 2002).

Sera en los últimos años que en la gestión del ex presidente Evo Morales se implantaría el seguro universal de salud (S.U.S.), el remplazo a los otros seguros mencionados, con el fin de lograr que toda la población en su conjunto pudiera acceder a una atención de calidad y calidez humana sin distinciones de ningún tipo, (Chura Cazorla, 2002), este el primer paso para poder crear un sistema de salud que llegar a toda la población y permitiera que el grueso de los habitantes del país contaran con este derecho, (Castañeda , Cazorla, & Cuevas , 2018).

A la llegada del S.U.S, uno de los retos como ha sido siempre en el sistema nacional de salud del país es la atención de la población adulta mayor, no solo porque este sujeto social en específico requiere de mayores cuidados y una atención especializada a esto se suma que el costo en su atención es más elevado, por lo mismo es nuevo sistema no logro poder incluirlos de forma eficiente, tratándolos de la misma manera que la población común, (F.I.A.P.A.M., 2018).

La población adulta mayor presenta diferencias debido a la llegada del envejecimiento o la tercera edad la cual trae consigo la manifestación de problemas a nivel corporal, psicológico y social, por lo mismo el poder contar con el acceso a la salud es de primera necesidad para responder a sus necesidades humanas, a esto se debe sumar que los cuidados que necesita como sujeto se vuelven más exigentes, debido a que su propio cuerpo no se encuentra en condiciones óptimas además que se ira deteriorándose con el paso del tiempo, (Boyaro, 2014).

Esta situación requiere que los sistemas sociales que brindan atención a esta población cuenten con servicios, personal e infraestructura adecuada, esto obviamente no es del alcance de todos los países, en especial de aquellos en vías de desarrollo como lo es Bolivia, por lo mismo centrarse en mejorar algunas cualidades puede permitir que la atención en especial en salud se convierta en espacio que garantice y permita una calidad mejor de vida, desde un perspectiva holística e integral, (Salas, 2010).

Es en este sentido que una de los principales problemas que se generan en los centros de salud y demás servicios en la atención de esta población es el trato, el cual no es más que la interacción que se genera entre dos sujetos en igualdad de condiciones sin ningún tipo de discriminación, por lo mismo que el personal involucrado en la atención en salud pueda tener un buen trato es indispensable para aportar a mejorar la calidad de vida del paciente, (Iturregui, 2019).

En el caso específico del municipio de La Paz, según datos presentados por la investigación realizada por esta institución, el 65% de los adultos mayores son usuarios del S.U.S. ya que no cuentan con un seguro de otro tipo o pueden acceder al servicio privado, (G.A.M.L.P., 2020), por lo mismo estos sujetos sociales requieren de la atención en los servicios públicos que brinda el municipio debido a que no cuentan con otra alternativa además de estar cubiertos por la Ley Nro. 475.

Uno de estos centros en salud es el Centro de salud 18 de mayo, el cual es de primer nivel y atiende a usuarios del Macro distrito de la Periférica, para la gestión 2020 el 45% de su población era considerada como vulnerable y el 35% era mayor de 60 años, (G.A.M.L.P., 2020), por lo mismo este espacio cuanta con una particularidad de requerir los servicios públicos que ofrece el municipio.

En el caso de la población adulta mayor una de las principales problemáticas abordadas es la falta de conocimiento sobre los derechos que cuentan y que son garantizados por diferentes Leyes que los acreditan como sujetos de derecho, por lo mismo esto es de interés para el diagnóstico, debido a que estos sujetos sociales necesitan de apoyo y de ayuda, también de procesos de educación que les permitan acceder a los beneficios garantizados por el Estado situación que requiere que los servicios públicos estén obligados a cumplir con estas normas, que por lo general no se aplican por la falta de conocimiento de la población beneficiaria.

Ante esta situación la pregunta que guiara al diagnóstico el cual permita la identificación del principal problema social es: **¿Cuál es el conocimiento de las personas adultas mayores que asisten al centro de salud 18 de mayo sobre sus beneficios y derechos en la atención en salud?**

4.1.2 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento que poseen las personas adultas mayores que asisten centro de salud 18 de Mayo sobre sus derechos en la atención en salud.

4.1.2.1 Objetivos específicos

1. Describir el perfil socio demográfico de las personas adultas mayores que asiste al Centro de Salud 18 de Mayo.
2. Identificar el nivel de conocimiento que posee las personas adultas mayores sobre las políticas sociales en salud que ofrece el centro de salud 18 de Mayo.
3. Establecer el nivel de conocimiento que posee las personas adultas mayores sobre los beneficios sociales en la atención en salud en el centro 18 de Mayo.

4.2 Momentos Metodológico del Diagnóstico

El proceso metodológico es la operativización de las actividades planificadas en la metodología del diagnóstico y tiene como finalidad la presentación de las acciones y sus resultados que permiten identificar con una mayor precisión cada momento de este, (Ander Egg, 2009), para el caso de la presente se buscara presentar lo que se hizo como parte de las actividades de la postulante en el centro de salud.

Tabla 2. Matriz de recolección de información.

| Momento | Objetivo | Actividades | Técnica | Resultado |
|-----------------------|--|---|----------------------|---|
| Primer momento | Recolección de la información bibliográfica. | Revisión bibliográfica. Revisión de documentos institucionales y académicos. | Ficha bibliográfica. | Se cuenta con las referencias bibliográficas. |

Tabla 3. Matriz de selección de la técnica de recolección de datos.

| Momento | Objetivo | Actividades | Técnica | Resultado |
|------------------------|---|---|--------------------------------------|---|
| Segundo momento | Selección de la técnica para la recolección de datos. | Selección de la técnica. Elaboración del instrumento. Aplicación del instrumento. | Revisión bibliográfica. Encuesta. | Se cuenta con la elaboración y aplicación de la técnica y el instrumento. |

Tabla 4. Matriz de procesamiento de datos.

| Momento | Objetivo | Actividades | Técnicas | Resultados |
|-----------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|
| Tercer momento | Procesar los datos obtenidos. | Ordenamiento de los datos. | Matriz de ordenamiento de datos. | Se cuenta con los datos cuantitativos de |

| | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|
| Clasificación de la información. | Elaboración de | las personas adultas mayores. |
| Procesamiento de los datos. | las figuras estadísticas porcentuales. | |

Tabla 5. Matriz de identificación de los problemas sociales.

| Momento | Objetivo | Actividades | Técnica | Resultado |
|------------------------|---|---|--|---|
| Cuarto momento. | Identificación de las problemáticas sociales. | Reconocimiento de los problemas sociales. | Clasificación de los problemas sociales. | Se identificaron los problemas sociales que afectan a las personas adultas mayores. |

Tabla 6. Matriz clasificación de los problemas.

| Momento | Objetivo | Actividades | Técnica | Resultado |
|------------------------|--|---|---|--|
| Quinto momento. | Clasificación de los problemas sociales. | Jerarquización de los problemas sociales. | Matriz de jerarquización de problemas sociales. | Se tiene jerarquizado los problemas sociales que afectan a las personas adultas mayores. |

Tabla 7. Matriz de priorización del problema.

| Momento | Objetivo | Actividades | Técnicas | Resultado |
|-----------------------|-----------------------------------|---|---|---|
| Sexto momento. | Priorización del problema social. | Elaboración de la matriz de priorización de problemas. Elaboración del árbol de problemas. | Matriz de priorización de problemas. Árbol de problemas. | Se priorizo el problema central en cual se intervino. |

Tabla 8. Matriz de explicación del problema

| Momento | Objetivo | Actividades | Técnica | Resultado |
|-------------------------|--|---|---|--|
| Séptimo momento. | Explicar las causas y efectos del problema social. | Teorización de la problemática social abordada. Explicación del problema social. Elaboración de la prognosis. | Explicación de la problemática social. Presentación de la prognosis. | Se presenta la explicación del problema social a intervenir y sus consecuencias a futuro de no ser atendido. |

Tabla 9. Matriz del octavo momento.

| Momento | Objetivo | Actividad | Técnica | Resultado |
|------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------|---|
| Octavo momento. | Diseñar la propuesta de intervención. | Planificación de la propuesta de intervención. | Diseño del proyecto social. | Planificación del proyecto socio educativo. |

4.2.1 Técnicas e instrumentos

“Las técnicas son un conjunto de acciones (actos técnicos) realizados conforme a reglas empíricas que se utilizan para hacer algo o para obtener un resultado determinado”. (Ander Egg, 2009, p. 120).

La técnica utilizada fue: la encuesta.

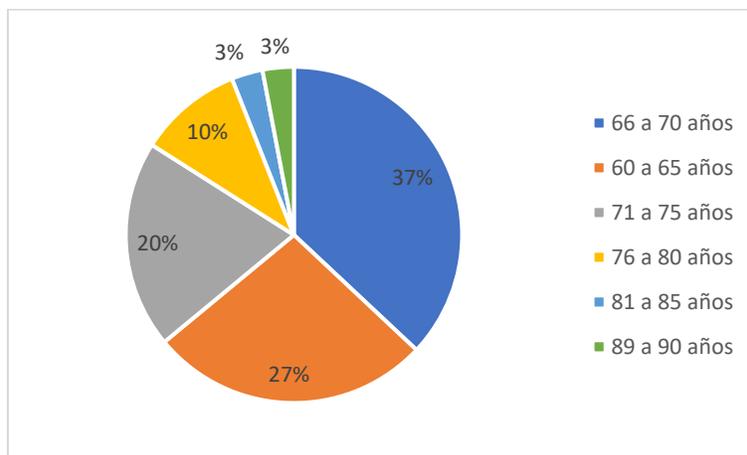
La encuesta tendrá un conjunto de preguntas dirigidas a la población adulta mayor en el centro de salud y tuvo por objetivo obtener información estadística indefinida y para obtener los datos que se necesitan para realizar un buen análisis, (Ander Egg, 2009), el instrumento fue el cuestionario que sirvió para identificar los datos de la población y del problema, el instrumento fue el cuestionario el cual permitió la recolección de información cuantitativa de las personas adultas mayores.

RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO.

5.1 Perfil socio demográfico de las personas adultas mayores

5.1.1 Edad

Figura 4. Edad de la población.



Fuente: elaboración propia, 2023.

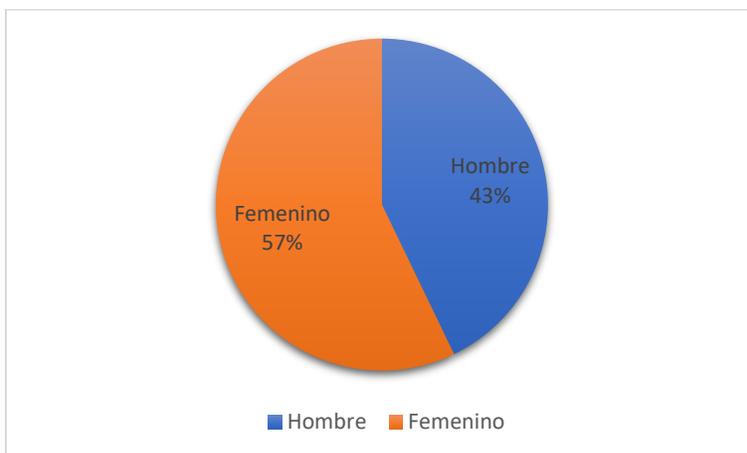
Se suele decir que a partir de los 65 años ya empieza la tercera edad este punto de inflexión para un individuo suele ser caótico. La persona puede haber dejado de trabajar y se enfrenta a una serie de cambios físicos, psíquicos, personales y económicos a los que no sabe hacer frente, o no dispone de las herramientas suficientes, (Boyaro, 2014).

La figura 4, señala que las personas adultas mayores no es un grupo homogéneo. Cada persona en función de las experiencias vitales desarrolla procesos cognitivos, destrezas o sensibilidades específicas. Por tanto, no todos los individuos envejecen de la misma manera. Además, la etapa de la vejez supone actualmente una tercera parte de la vida una persona, por tanto, es lógico que sus necesidades vayan cambiando constantemente, (Iturregui, 2019).

Es evidente que en esta edad los cambios son más radicales, y muchas Personas Adultas Mayores no saben cómo enfrentar la vejez, y conjunto con el estado de salud que llega a deteriorarse a partir de los 65 años la dependencia hacia los hijos es más demandante, tanto que en algunos casos llegan al abandono, (F.I.A.P.A.M., 2018).

5.1.2 Sexo

Figura 5. Sexo de las personas adulta mayores.



Fuente: elaboración propia, 2023.

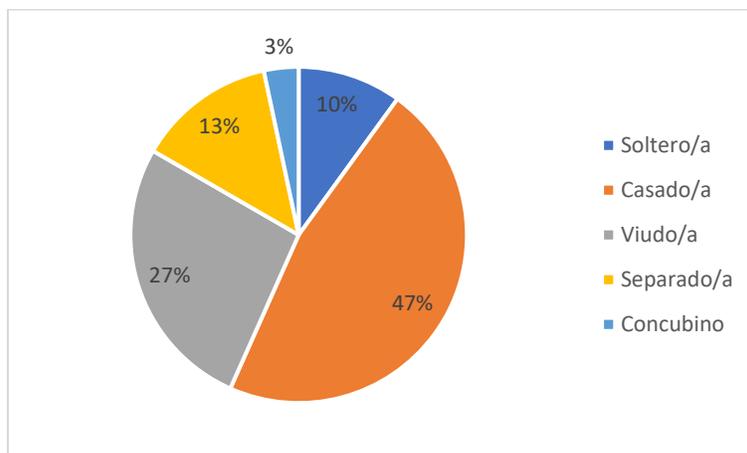
El sexo es la diferencia genérica y sexual que existe en las especies, en el caso de los seres humanos esta está definida por las características, biológicas, sociales, culturales que permiten identificar quienes pertenecen a un cada uno, (Ander Egg, 2015), en el caso de la población que es parte del diagnóstico la mayoría es mujer 57% y el restante 43% es hombre.

La figura 5, indica esta diferencia permite entender que las mujeres son quienes demandan con mayor frecuencia los servicios en salud debido a un sentido de cuidado elevado de su propia persona y del entorno cercano, lo que deriva de la relación genéricas que establecieron en su vida, en donde esta generación en específico tenía arraigada una identidad de género asociada a su condición de mujeres, pero lo mismo que a un a su edad continúan con estas acciones, (Boyaro, 2014).

En caso de los hombres en especial aquellos que pertenecen a las generaciones más tradicionales, se tiene una percepción de soporte del dolor y el deseo de no asistir al centro de salud a no ser de una condición medica de gravedad, esto debido a una perspectiva patriarcal en donde el adulto mayor en especial en hombre debe ser fuerte y soportar malestares como parte de esa imagen de fortaleza física y metal lo cual fue inculcado, (F.I.A.P.A.M., 2018).

5.1.3 Estado civil

Figura 6. Estado civil de las Personas Adultas Mayores.



Fuente: elaboración propia, 2023.

La figura 6, indica que tomando en cuenta que la población entrevistada es preciso señalar que el Mayor porcentaje corresponde a las Personas Adultas Mayores que cuentan con pareja.

En la vejez el papel de la pareja puede señalarse como central, ya que se reconoce al conyugue como la principal red de apoyo tanto los hombres como las mujeres consideraron mayoritariamente que sus parejas les aportaban apoyo de tipo emocional, mostrando que este vínculo posee características de mucha cercanía y confidencialidad, (Montoya Pasaca & Katuska Ivanova, 2013).

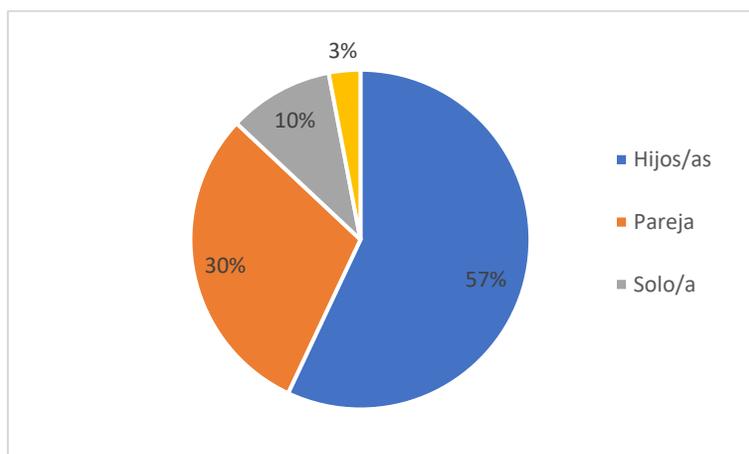
La valoración de esta relación como de extremadamente íntima o muy íntima, en la totalidad de los casos y sus características de elevada reciprocidad en la gran Mayoría de ellos, apoya lo anteriormente expuesto. Por último, la elevada frecuencia de contacto con la pareja, posibilita que los variados apoyos que brinda esta relación estén disponibles y puedan ser efectivos cotidianamente, (Montoya Pasaca & Katuska Ivanova, 2013).

Tan solo el 10% de las personas adultas mayores menciona estar soltera es decir que no tiene una pareja por lo mismo es grupo puede estas en situación de vulnerabilidad en el sentido de que no cuenta con quien pueda ejercer acciones de cuidado en el entorno cercano, a esto se suma

que ante posibles situaciones llegue desarrollar soledad y apatía que culmine deteriorado su salud, no solo física si no también mental, (Suarez Torrez, Rodriguez Lafuente, & Perez Diaz , 2015).

5.1.4 Convivencia familiar

Figura 7. Persona con la que convive y depende las Personas Adultas Mayores.



Fuente: elaboración propia, 2023.

La figura 7, menciona que en el caso de las personas adultas mayores muestran que con quienes residen es en su Mayoría sus hijos e hijas, esta situación puede mostrar que al no encontrarse en soledad puede que tengan a quien se encargue de su cuidado.

Respecto a la relación padres e hijos se puede decir que esta se torna conflictiva, en ocasiones ya que se genera una brecha generacional:

Es común encontrar que los adultos mayores traten de transmitir experiencias y conocimientos de forma clara y directa, pero según perciben, la recepción por parte de las otras generaciones no es la mejor lo que conduce a discusiones en el seno familiar. veces los hijos y nietos expresan opiniones y criterios diferentes al del adulto Mayor que estos no comprenden, lo que supone existe una barrera generacional que limita la comunicación, (Boyaro, 2014, p. 10).

A veces se encuentra una actitud de entrega y sacrificio hacia los miembros de la familia que se evidencia cuando los adultos Mayores tienen problemas de salud el tiempo para dedicarse a la

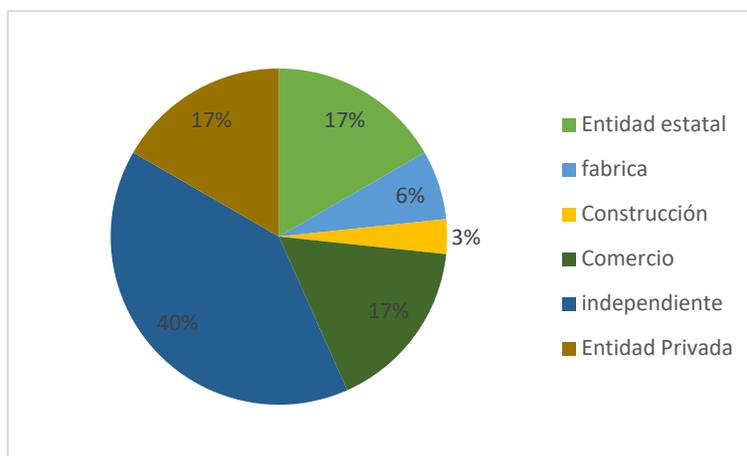
familia es poco pues al decir de nuestros adultos Mayores los más jóvenes tienen una vida muy agitada que no les da tiempo para atenderlos.

Pese a que las Personas Adultas Mayores mencionan que viven con sus hijos éste no puede garantizar sus cuidados, como lo mencionaron las autoras, esto depende de la dinámica familiar en la que el Adulto Mayor se encuentre, ya que los cambios que sufren no son los mismos (ya sea por alimentación, forma de vida, número de hijos, entre otros) por tanto las demandas son distintas, (Suarez Torrez, Rodriguez Lafuente, & Perez Diaz , 2015).

Las dificultades en el contexto boliviano, van más allá de las dinámicas familiares, refieren también al abandono por parte de los hijos e hijas además a este punto se puede mencionar que la convivencia actual con un hijo y/o hija no son una significan del cuidado de las personas adultas Mayores, (F.I.A.P.A.M., 2018).

5.1.5 Ultimo trabajo

Figura 8. Lugar del último trabajo.



Fuente: elaboración propia, 2023.

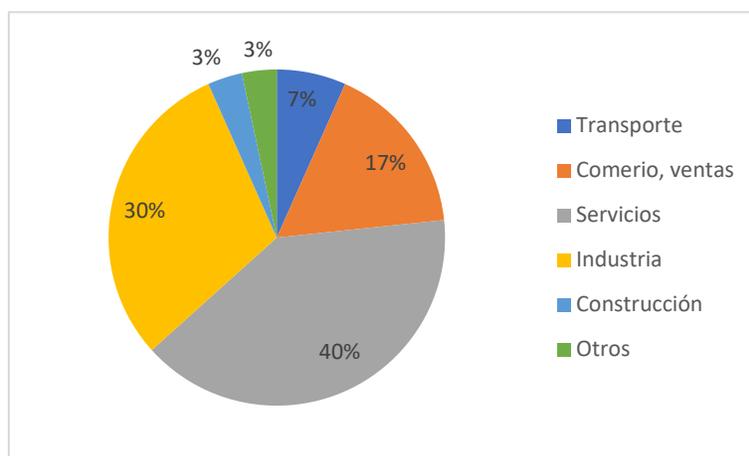
Como indica la figura 8, al menos un 40% se encontró realizando actividades informales, que no han permitido lograr seguridad social y acceder a jubilaciones o seguros de salud que no sean estatales, es más la asistencia al servicio público y los resultados posteriores permiten deducir que las Persona Adulta Mayor que asisten a este centro de salud solo tienen el ingreso de la Renta

dignidad y su salud solo depende de la política estatal, producto de la informalidad laboral a la que se han visto forzado pese a trabajar en dependencias estatales, (F.I.A.P.A.M., 2018).

Las personas adultas Mayores en las tres ciudades más importantes del país trabajan 5 días a la semana y no gozan de ningún tipo de prestación social, reciben salarios más bajos que los trabajadores más jóvenes a pesar de trabajar 47 horas a la semana, esto deja ver que la permanencia de los hijos con la Persona Adulta Mayor puede solo referirse a una necesidad de tener hogar y no por responsabilidad de cuidado o afectiva, es decir se mantienen con los padres por la necesidad, en sentido, se ha preguntado cual fue el oficio o profesión en el que se desarrollaron con Mayor experiencia, (G.A.M.L.P., 2020).

5.1.6 Trabajo de mayor experiencia

Figura 9. Oficio o profesión de Mayor experiencia.



Fuente: elaboración propia, 2023.

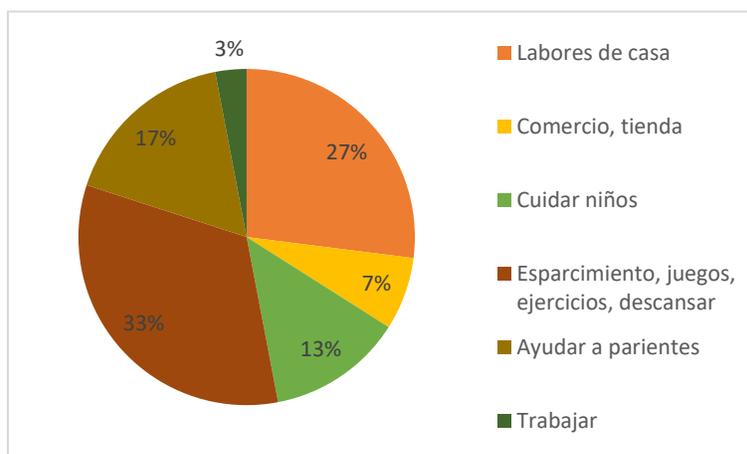
La figura 9, deja ver que una gran parte de las personas encuestadas tiene experiencia en el área de servicios (actividades dependientes), el 30% tiene experiencia en el área de la industria, el 17% de los encuestados tiene experiencia en el área comercial y ventas, en 7% tiene experiencia en el área de transporte, el 3% cuenta con experiencia en el área de la construcción y el 3% tiene experiencia en otras áreas o no tiene experiencia.

Cabe señalar que la opción de servicios se ha considerado en relación a que las Personas Adultas Mayores manifiestan que han tenido una relación laboral con dependencia de un jefe en

rubros distintos que no han permitido especialización laboral, y no ha sido un único rubro en el cual se hayan desarrollado laboralmente, (F.I.A.P.A.M., 2018).

5.1.7 Actividades realizadas actualmente

Figura 10. Actividades que realiza en su tiempo libre.



Fuente: elaboración propia, 2023.

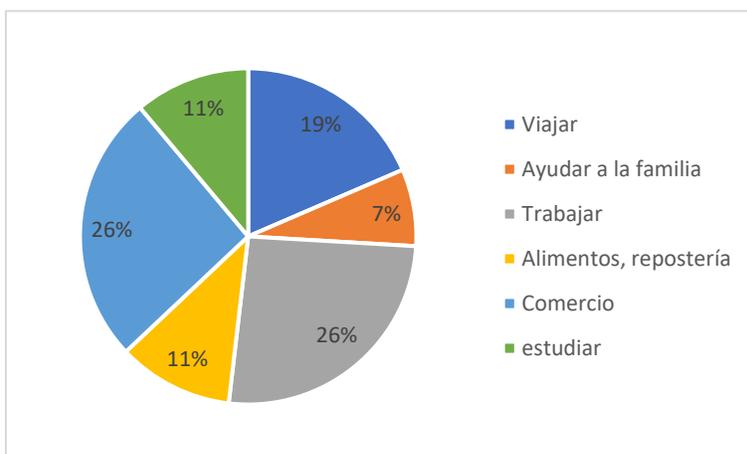
La figura 10, señala que el 33% de las Personas Adultas Mayores en su tiempo libre, se pone a realizar ejercicios físicos, descansar, juegos y otras actividades de esparcimiento, el 27% se dedica a las labores de casa, el 17% de los encuestados ayudan a los parientes, el 13% cuidan niños a sus nietos generalmente, el 7% se dedica al comercio o a las ventas y el 3% de los adultos Mayores encuestados se dedican al trabajo en su tiempo libre, (Salas, 2010).

Si bien la mayoría menciona tener tiempo libre para sus actividades, existe un porcentaje acumulado que refiere a su situación en el hogar “Sin embargo también se consultó cuáles serían sus expectativas, ya que sus actuales actividades refieren a colaboración a parientes o estadía en el hogar”, (Iturregui, 2019).

Como se vio en figuras anteriores, la persona adulta mayor en especial las mujeres quienes son el grupo mayoritario realizan actividades destinadas al cuidado de las personas de su entorno o de sus parejas, esto demuestra que se mantienen a unas relaciones tradicionales de género, también se cuenta con una población que se mantiene activa con el 10%, es decir que deben generar ingreso para su manutención.

5.1.8 Actividades que desean realizar

Figura 11. Actividades que desean realizar las personas adultas mayores.



Fuente: elaboración propia, 2023.

En la figura 11 se observa que una parte prefiere trabajar y dedicarse al comercio representado el 26% quienes prefieren trabajar, el 26 % le gustaría dedicarse al comercio, el 19 % de los adultos Mayores prefiere viajar, 11% de los encuestados quiere estudiar, 11% quiere dedicarse al área alimentaria haciendo masitas 7% de los encuestados quiere ayudar a la familia

Para sintetizar los dos últimos puntos, se puede mencionar que, en el aspecto laboral referente a los principios emitidos por la ONU en el trato a las Personas Adultas Mayores, para el caso de las personas que asisten al centro de salud, existen complicaciones que permiten evidenciar la dependencia económica, (O.N.U., 1986).

Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de obtener ingresos” ya que al momento ninguno cuenta con ingresos independientes. Además, no hay una decisión libre de saber en qué momento se detiene la actividad laboral ya que son actividades informales las cuales han sostenido su vida, (Suarez Torrez, Rodriguez Lafuente, & Perez Diaz , 2015, p. 45).

Según el estudio, en las ciudades del eje troncal hubo un ascenso en la participación de las personas Mayores en la actividad económica, de un 38,4 % en el 2001 a un 44 % el 2010. Algo que destaca el estudio es que los hombres al estar vinculados en su juventud a trabajos asalariados, cuando cruzan los 60 años sus oportunidades de trabajo bajan drásticamente; en tanto que la

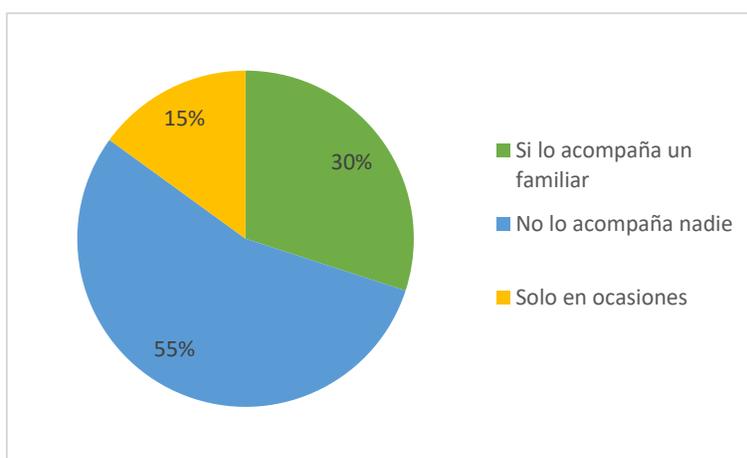
realidad laboral de las mujeres adultas Mayores presenta Mayores desventajas, dado que acceden a empleos temporales, con salarios aún más bajos el de los varones y sin posibilidad de ahorro, (F.I.A.P.A.M., 2018).

Esto explica que las motivaciones no solo refieren a ocupar el tiempo libre, sino más bien a una idea de subsistencia, que pone en Mayor vulnerabilidad a la población estudiada, ya que todos se encuentran sin jubilación y percibiendo Renta Dignidad y requieren de ingresos para poder subsistir, (Boyaro, 2014).

Los datos sociodemográficos que se establecieron al momento dan cuenta de que la población requiere de Mayor atención por parte de la familia, ya que no existe una relación que permita el acompañamiento para la salud, asimismo el estado pese a dar protección a través de una renta, esta no es suficiente, por tanto, mencionan la necesidad de trabajar.

5.1.9 Apoyo familiar

Figura 12. Acompañamiento familiar.



Fuente: elaboración propia, 2023.

En la figura 12 se puede evidenciar que las personas que asisten al Centro de Salud 18 de Mayo, no han seguido tratamientos y solo asisten por consultas externas, es decir que no han requerido de la presencia de un familiar de forma constante, esta es la razón de la falta de acompañamiento a citas médicas.

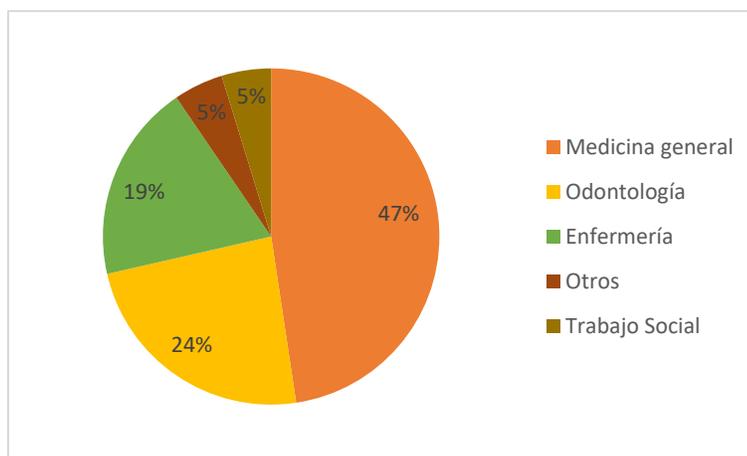
Esto también significa que la falta de seguimiento a la consulta agrave el estado de salud de la Persona Adulto Mayor, es muy importante la prevención de enfermedades prevalentes para que no pierdan su calidad de vida y no ser una persona dependiente, se debe considerar que cada quien envejece según su genética hábito o estilo de vida, (Montoya Pasaca & Katiuska Ivanova, 2013).

La familia debe ser un apoyo fundamental para la Persona Adulta Mayor evitar que pueda sufrir una caída en el trayecto que se tome sus medicinas y evitar enfermedades crónicas mantenerse funcionalmente trabajando; el acompañamiento de un familiar es importante para que los médicos puedan dar todas las indicaciones necesarias para el cuidado y tratar las enfermedades a tiempo, (F.I.A.P.A.M., 2018). En el Centro de Salud 18 de Mayo en los datos se evidencia que no existe tal acompañamiento de los hijos y por tal razón no existe continuidad en el tratamiento.

5.2 Servicios que brinda en Centro de Salud 18 de mayo a las Personas Adulto Mayores

5.2.1 Conocimiento de los servicios que brinda el centro de salud

Figura 13. Atención recibida en el centro de salud.



Fuente: elaboración propia, 2023.

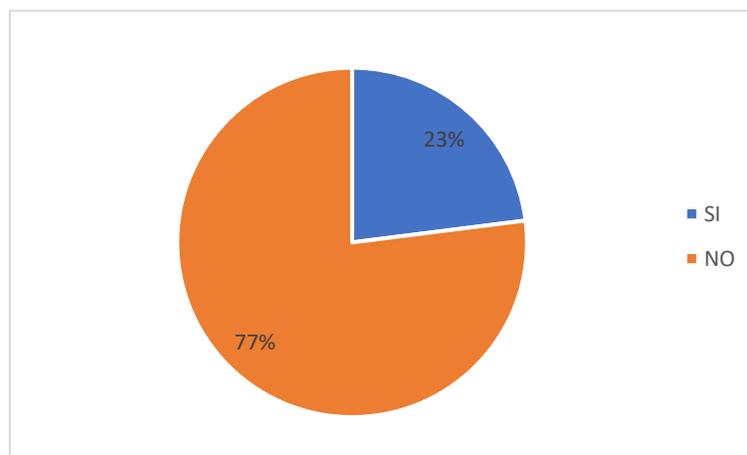
En La figura 13 se puede ver que el 47% de las personas encuestado recibió atención de medicina general en el Centro de Salud 18 de Mayo, el 24% recibió atención de odontología, el 19% recibió atención de enfermería, el 5% recibió atención de trabajo social del Centro de Salud 18 de Mayo, en el centro de salud 18 de Mayo brinda los siguientes servicios medicina general, odontología, enfermería, trabajo social y otros, por lo cual es un establecimiento de primer nivel

También se pudo ver que en el centro de salud 18 de Mayo no cuenta con varias especialidades para las Personas Adultas Mayores como geriatría, nutricionista, traumatología, y tampoco cuenta con el equipamiento adecuado en medicamentos y tecnología para poder atender de manera adecuada a las Personas Adultas Mayores por esa razón el médico general del centro de salud hace una consulta específica para poder hacer un diagnóstico general y así poder designar a un hospital de segundo o tercer nivel dependiendo a las necesidades o patologías que tenga, (Ley Nro. 475, 2016).

La Personas Adultas Mayores y pueda ser atendido con una mejor calidad y un mejor diagnóstico, solo va al establecimiento de salud de primer nivel para hacerse un chequeo general y también para poder hacer sus controles que se le designo en el hospital de segundo o tercer nivel que se le fue referido por el médico general, la población lamentablemente no cuentan con un seguro o la economía suficiente para poder pagar un hospital particular por lo cual tienen que acudir obligatoriamente a un hospital del estado soportando así injusticias y mala atención de los hospitales.

5.2.1 Conocimiento de la política social en salud

Figura 14. Conoce los beneficios sociales del centro de salud.



Fuente: elaboración propia, 2023.

La figura 14, indica que el 77% de la población beneficiaria no conoce sobre los beneficios que les otorga la legislación nacional en el derecho a la salud, esto se debe a que no se realizan

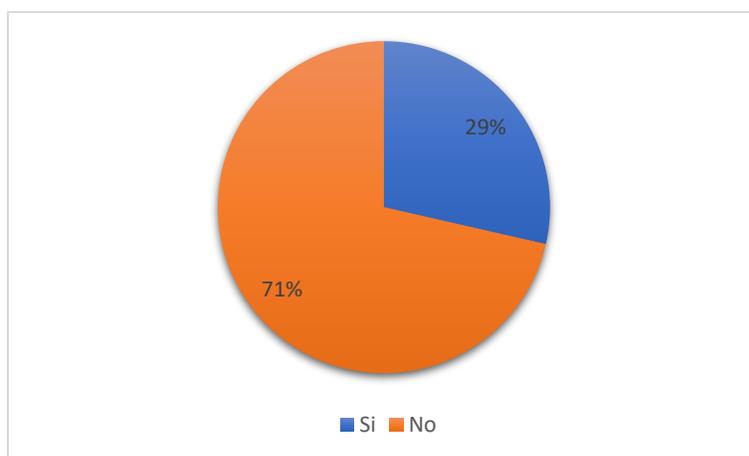
campañas de socialización con la población en especial con los adultos mayores debido a que no se cuenta con una política de promoción en salud que permita sensibilizar estas temáticas.

En el centro de salud tampoco se cuenta con acciones de promoción en salud para la población adulta mayor, si bien se tuvieron acciones educativas como las campañas de vacunación esta estuvo enmarcada en los niños, otra acción educativa se centró en temáticas destinadas a la mujer como la campaña de prevención del cáncer cérvico uterino.

En el caso de la atención en salud uno de los beneficios que otorga el estado es la alimentación complementaria la cual está establecida por la Ley Nro. 475, para los adultos mayores se destinó la entrega de suplemento alimenticio Carmelo el cual esta elaborado para la reducción de la desnutrición y el fortalecimiento de la persona por la propiedad que tiene, pero el mismo no ha llegado a ser demandado por la población objetivo.

5.2.2 Recojo del beneficio

Figura 15. Recibe el suplemento alimenticio Carmelo.



Fuente: elaboración propia, 2023.

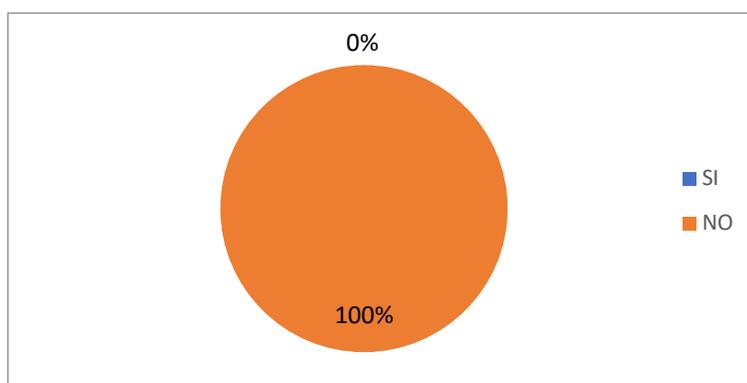
La figura 15 indica que la minoría de las personas adultas mayores con el 29% recibe el suplemento en consideración a mejorar la calidad de vida de los mismos, sin embargo, sin un seguimiento sobre la salud de las Personas Adultas Mayores es difícil afirmar la mejoría, en el caso del Centro de Salud 18 de Mayo, este se entrega en farmacia bajo fecha, y no requiere de verificación sobre los controles médicos.

Las y los adultos Mayores constituyen un grupo vulnerable, con una alta probabilidad de malnutrición que se relaciona a la disminuida capacidad funcional de los distintos órganos, reducción del metabolismo basal y menor absorción de nutrientes propios de la tercera edad, siendo necesario mantener un estado de salud y nutrición adecuado para aumentar su longevidad y calidad de vida, (F.I.A.P.A.M., 2018).

En este sentido, formuló el complemento nutricional denominado CARMELO, a través de la Resolución Ministerial N° 1028 y Decreto Supremo N° 1984 incorporan el complemento en el marco de las prestaciones la Ley N° 475. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. (Chura Cazorla, 2002).

5.2.3 Orientación recibida en el Centro de Salud

Figura 16. Orientación recibida en el centro de salud por las Personas Adultas Mayores.



Fuente: elaboración propia, 2023.

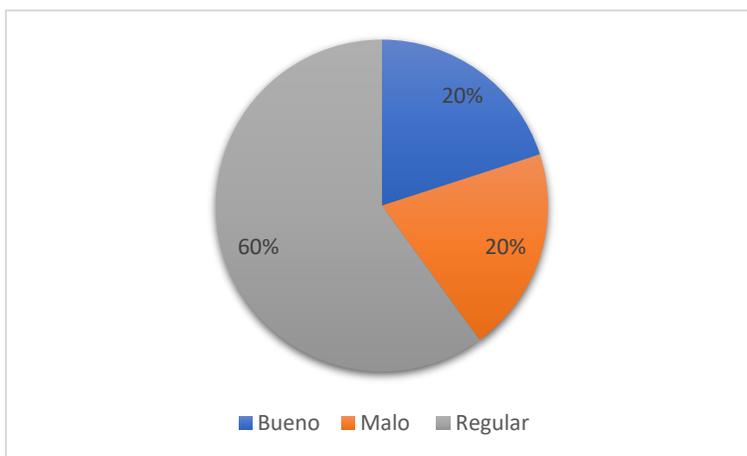
La figura 16 indica que se puede apreciar que el 100% de los encuestados no recibió orientación en el centro de salud 18 de Mayo respecto a los beneficios que tiene como Adulto Mayor. Esto quiere decir que desconoce los servicios a los que puede acceder, y tampoco ha recibido orientación por parte del Centro de Salud.

En el siguiente gráfico se denota la tendencia de trato percibidos por Persona Adulto Mayor ni buena ni mala, sin embargo, existe una tendencia positiva, pero es muy baja. En el caso de médicos, 2 de cada 10 adultos Mayores refieren a que el trato es malo. Quienes refieren a un mejor trato son las enfermeras, refiriéndose así a la necesidad de que exista un conocimiento de ambas

partes que muestren la realidad de la atención. En este punto se verifica que no hubo la información compartida, (Chura Cazorla, 2002).

5.2.4 Trato recibido

Figura 17. Trato recibido del personal de salud.



Fuente: elaboración propia, 2023.

La figura 17 evidencia el trato de los médicos es percibido como bueno por parte de un 20 % la misma cantidad refiere a que el trato es malo y el 60 % refiere a que el trato no es ni bueno ni malo. En el caso de las enfermeras el 25% refiere que le trato es bueno 65 % manifiesta que el trato no es ni bueno ni malo.

Estudiando la calidez puede entenderse como empatía, y en este caso refiere también a la identificación de una persona con otra, cuyas relaciones se fundan en el respeto, la amabilidad y la confidencialidad. La empatía tiene su origen en una comunicación asertiva entre quien brinda el servicio y quien lo recibe, (Castañeda , Cazorla, & Cuevas , 2018).

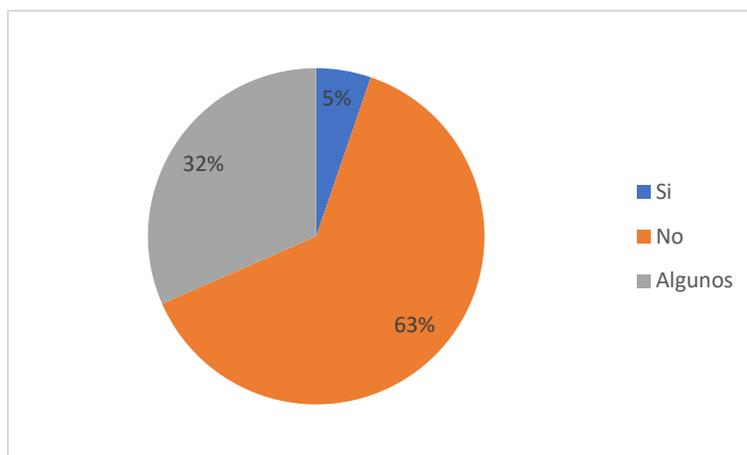
En el caso de la población objetivo el trato es una variable de suma importancia en la atención en salud debido a que se está tratando con adultos mayores, quienes necesitan de un cordialidad y amabilidad además de recibir órdenes precisas y sencillas que les permitan poder realizar sus actividades de la forma precisa y rápida, en especial en salud debido a que deben seguir una serie de procesos para recibir la atención médica, (Salas, 2010).

5.3 Conocimiento de las Personas Adultas Mayores sobre leyes y políticas

Se ha considerado este punto de forma disgregada ya que este beneficio si bien es parte de la CPE, refiere a uno de los principales beneficios con los que cuenta la población.

5.3.1 Conocimiento de derechos y deberes de las Personas Adulto Mayores

Figura 18. Conocimiento de derechos y deberes.



Fuente: elaboración propia, 2023.

La figura 18, refiere que la población de Personas Adulto Mayores se encuentran en vulnerabilidad no en todos los casos se conoce de la importancia de que debe de conocer sus derechos a fin de que no se les vulnere.

En la investigación y encuesta que se hizo en el centro de salud 18 de Mayo y la zona periférica al adulto Mayor nos dio el dato de que el 63% desconoce de la ley 369 y de sus derechos y deberes por la cual investigamos que unas de las causas y problemas son:

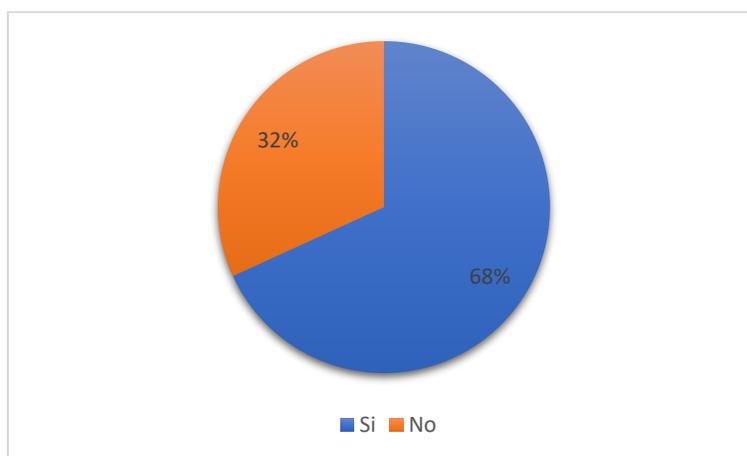
1. La falta de educación por la consecuencia de no haber terminado el ciclo educativo.
2. Porque tienen problemas familiares, salud, discapacidades físicas etc.
3. Por la falta de información y socialización de sus derechos y deberes

Por lo cual se puede decir que la Mayoría de las Personas Adulto Mayores no saben a donde o a que instituciones deben o pueden acudir por la falta de información de conocimiento y apoyo

familiar. Y también de alguna manera los centros de salud no cuentan con el servicio necesario de una profesional que oriente como corresponde, (Iturregui, 2019).

5.3.2 Conocimiento de los beneficios sociales

Figura 19. Conocimiento de normas que protege al adulto mayor.



Fuente: elaboración propia, 2023.

La figura 19, según la investigación que se hizo el 68% de las Personas Adultas Mayores conocen realmente cuáles son sus derechos y deberes.

El ingreso de las personas Mayores como sujeto de derechos implica el reconocimiento de ciertos aspectos específicos como grupo de población, y ubica un proceso de emancipación y lucha política por las formas de comprender a las personas viejas. el modo en que el enfoque de derechos humanos se introduce en el desarrollo de las políticas públicas de envejecimiento y vejez contribuyendo en la construcción de las personas Mayores como sujetos de derechos humanos, (Montoya Pasaca & Katiuska Ivanova, 2013).

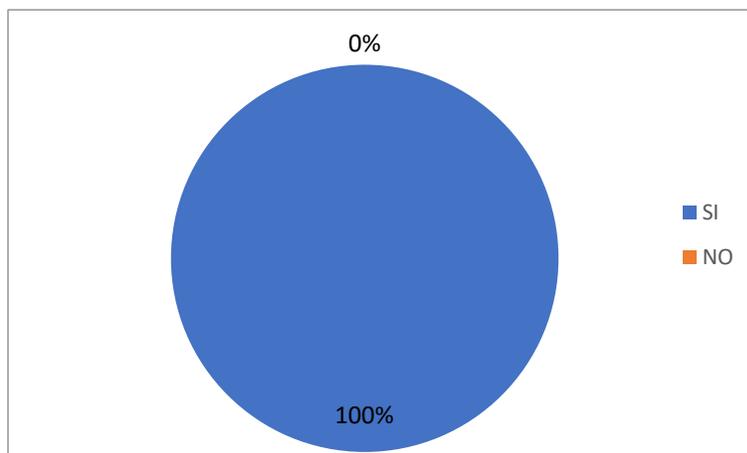
Para F.I.A.P.A.M., (2018) los beneficios sociales y leyes nacionales en relación con las Personas Adultas Mayores debe:

1. Mejorar el acceso de los adultos Mayores a una mejor calidad de vida.
2. Reducir las brechas sociales entre adultos Mayores del área urbana y rural.
3. Permitir el acceso de los adultos Mayores a procesos de educación alternativa.

Mejorar las condiciones de nutrición de los adultos Mayores, (F.I.A.P.A.M., 2018, p. 20).

5.3.3 Conocimiento de la renta dignidad

Figura 20. Conocimiento de la Renta Dignidad.



Fuente: elaboración propia, 2023.

La figura 20, se puede apreciar que el 100% de las Personas Adultas Mayores son beneficiarios de la Renta Dignidad es un pago mensual, universal y vitalicio que provee el Estado Plurinacional de Bolivia a las personas de 60 años o más, residentes en el país, con el objeto de permitir a nuestros Adultos Mayores una vejez digna, con calidad y calidez humana, (Ley Nro. 3791, 2013) la cual establece:

- a) A todos los bolivianos residentes en el país Mayores de 60 (sesenta años, que no perciban una renta del Sistema de Seguridad Social de Largo Plazo o una remuneración contemplada en el Presupuesto General de la Nación.
- b) A los bolivianos que perciban una renta del Sistema de Seguridad Social de Largo Plazo percibirán únicamente el 75% del monto de la Renta Universal de Vejez.
- c) A los titulares y los derechos habientes a los Gastos Funerales.

5.4 Jerarquización de problemas

Para Iturregui (2019) trabaja el concepto el envejecimiento positivo:

Que refiere a ser saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas Mayores como sujetos de derechos, añadiendo una preocupación por el bienestar subjetivo. Esto quiere decir que el hecho de que se desconozca los derechos y deberes, pone en alerta a las instituciones porque no existen enfoques que coadyuven el ejercicio de derechos de la población, (p. 40).

Los datos mostrados al momento confirman los presentados por el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, que refiere al alto grado de situación de vulnerabilidad, que coincide con los resultados del presente diagnóstico. Siguiendo un enfoque de envejecimiento positivo se denota la importancia a lo subjetivo y en un inicio se analiza el hecho de que no se tiene conocimiento sobre derechos y deberes.

De acuerdo al levantamiento de datos se han identificado los siguientes problemas que afectan a las Personas Adultas Mayores que asisten al Centro de Salud 18 de Mayo son:

1. Relaciones de dependencia económica del adulto mayor.
2. Realización de actividades económicas a una edad avanzada.
3. Desconocimiento de las personas adultas mayores sobre sus derechos en la atención en salud.
4. Falta de socialización de servicios por parte del Centro de Salud.
5. Ausencia de personal oriente y apoyo en la orientación para el acceso a sus beneficios y Derechos a las Personas Adultas Mayores.
6. Baja calidad en los servicios otorgados (no hay especialidades y existe alta demanda).

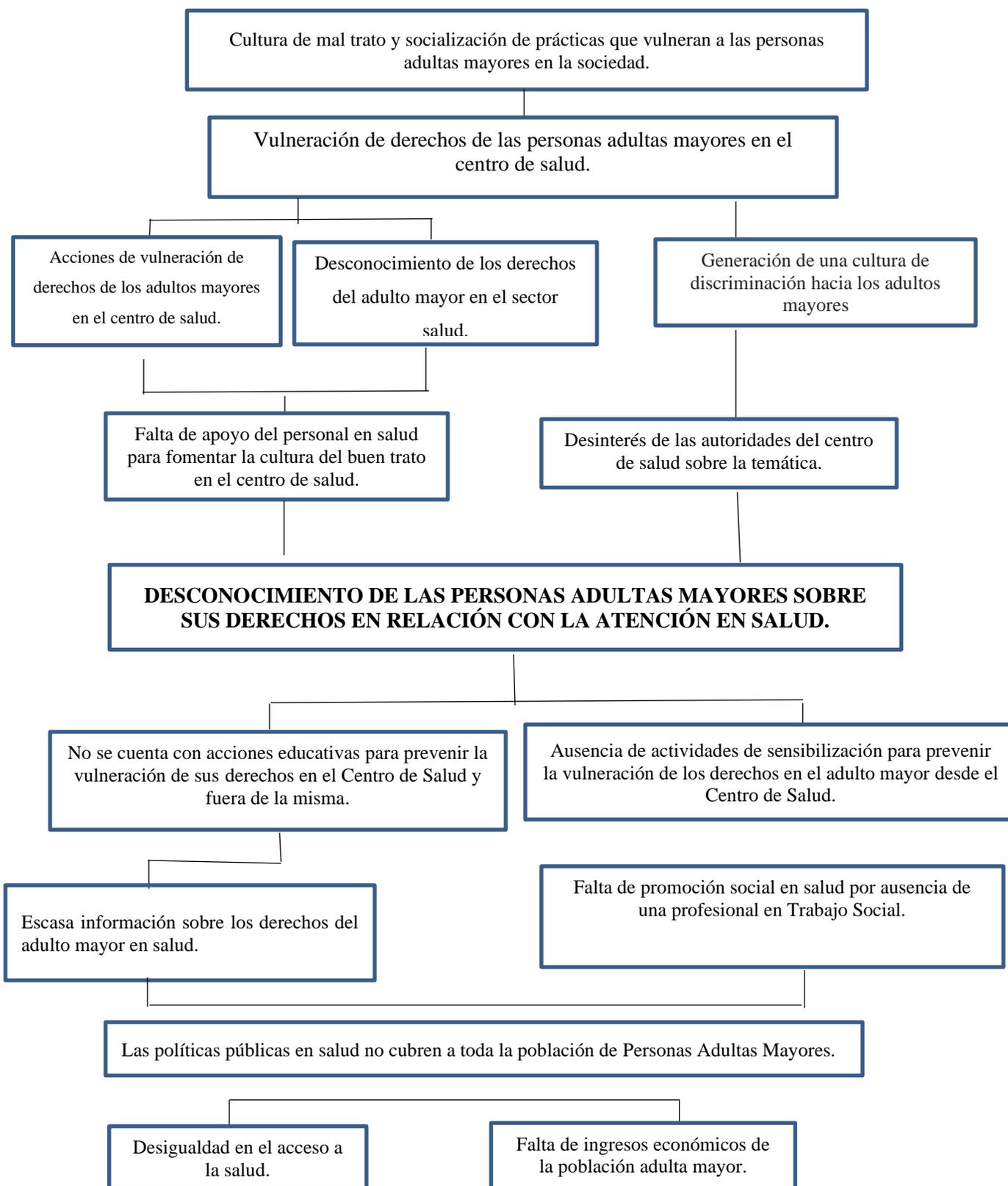
En consideración a los problemas identificados se realizará una matriz de priorización para lograr priorizar el problema con Mayor incidencia y con factibilidad de tratar a través de acciones de Trabajo Social:

Tabla 10. Matriz de priorización de problemas.

| PROBLEMAS IDENTIFICADOS | IMPORTANCIA | MAGNITUD | FACTIBILIDAD | BENEFICIO | TOTAL |
|---|--------------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
| Relaciones de dependencia económica del adulto mayor. | 5 | 4 | 2 | 4 | 15 |
| Realización de actividades económicas a una edad avanzada. | 4 | 4 | 1 | 4 | 13 |
| Desconocimiento de las personas adultas mayores sobre sus derechos en la atención en salud. | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| Falta de socialización de servicios por parte del centro de salud. | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 |
| Ausencia de personal oriente y apoya en la orientación para el acceso a sus beneficios y derechos a las personas adultas mayores. | 2 | 2 | 2 | 4 | 10 |
| Baja calidad en los servicios otorgados (no hay especialidades y existe alta demanda). | 5 | 2 | 2 | 3 | 12 |

Fuente: Elaboración propia, en base a la matriz de Halón 2022.

Tabla 11. Árbol de problemas



5.5 Explicación del problema

La vulneración de los derechos es una de las problemáticas sociales que se están generalizando en los servicios sociales en especial con las personas adultas mayores quienes debido a sus condiciones de vida y al proceso de envejecimiento que están atravesando deben requerir con mayor frecuencia de las prestaciones que ofrecen los Estados en especial en países en vías de desarrollo como lo es Bolivia.

A esto se debe sumar que la mayoría de la población adulta mayor del país no cuenta con una jubilación y esto no les permite contar con un seguro de salud, lo que les demanda la generación de egresos económicos para acceder a este servicio el cual les es más requerido en especial en aquellas personas que se encuentran con una edad más avanzada y por lo mismo requieren de cuidados especiales.

Si bien el seguro universal de salud (S.U.S), busco poder reducir las brechas en salud con la aplicación de este servicio, es necesario mencionar que el mismo no ha logrado romper con ciertas conductas y comportamientos que están presentes en la sociedad nacional, como lo es la vulneración de los derechos en especial con la personas de la tercera edad, debido a que se entiende que la atención en salud pública es gratuita y por lo mismo es un regalo y no es un derecho y quienes la ejercen no están obligados a brindar un trato de calidad y calidez.

Lo mencionado tiene una relación con la discriminación que sufren las personas adultas mayores en la sociedad nacional al considerálas de segunda o tercera categoría, es decir que ya no son parte productiva por lo mismo representan un gasto social que no se debería cubrir con los recursos del Estado, esto genera que se lo estigmatice y se lo relegue, en especial cuando estos no cuentan con recursos económicos lo que se agudiza en el sector salud por la saturación de servicio.

Ante esta situación y con los resultados del diagnóstico es necesario poder generar un proceso de sociabilización y sensibilización sobre los derechos de las personas adultas mayores y la cultura del buen trato, en especial porque el centro de salud no cuenta con personal social que pueda cumplir con este objetivo, lo que dificulta que se pueda generar la promoción social de derechos con esta población agudizando la situación mencionada.

5.6 Prognosis

Ante la situación planteada y con el problema social identificada se puede llegar a determinar ciertas situaciones que afectaran a la población adulta mayor los cuales se convierten en diferentes problemáticas sociales que se irán generalizando y convirtiendo en prácticas sociales cotidianas las cuales serán más difíciles de combatir o de erradicar por lo mismo es necesario realizar un proceso de intervención desde la perspectiva social que permita cambiar esta situación por una mejor.

Ante problema del **desconocimiento de las personas adultas mayores sobre sus derechos en relación con la atención en salud** generara las siguientes consecuencias:

1. Naturalización de una cultura de vulneración de los derechos de las personas adultas mayores en el centro de salud.
2. Formación de una cultura del mal trato ante esta población en el centro de salud por parte de personal y de los usuarios del servicio.
3. Fortalecimiento de conductas discriminatorias hacia la población adulta mayor en el centro de salud y la familia.
4. Incapacidad de las personas adultas mayores para poder solicitar los beneficios y derechos que poseen en la atención en salud.
5. Aceptación de la situación actual por las personas adultas mayores en donde su vulnera sus derechos.

5.7 Propuesta de intervención

La Intervención propia de la Profesión del Trabajo Social se pretende inicialmente socializar las Leyes para conocimientos con las Personas Adulto Mayores, por tanto, la propuesta alimenta el conocimiento de generando procesos de sensibilización y socialización de sus derechos y beneficios con el fin de motivar y sensibilizar el buen trato en los servicios de salud con la intervención de la Trabajadora social en el Centro de salud 18 de Mayo.

Abarca no ser identificada a través de actividades como la participación de eventos que permitan mejorar el buen trato a Personas Adultas Mayores para fortalecer sus conocimientos y hagan respetar sus derechos normados y reconocidos.

PARTE II. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1.1. Título del proyecto

“PRÁCTICAS DE BUEN TRATO A PERSONAS ADULTO MAYORES A TRAVÉS DE LA SOCIALIZACIÓN DE SUS DERECHOS EN EL CENTRO DE SALUD 18 DE MAYO”

1.2. Descripción del proyecto

El presente proyecto responde al problema identificado “Desconocimiento de leyes referidos a sus derechos y beneficios como Personas Adulto Mayores que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo” producto de un diagnóstico realizado con las Personas Adulto Mayores, identificando problemas, la inexistencia de un trato preferencial que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo.

En esta segunda parte del documento, se desarrolla los resultados de la investigación diagnóstica fueron la base para el diseño de la propuesta de intervención con acciones desarrollado en el centro de salud referidas a los servicios de salud para las Personas Adulto Mayores.

Sin embargo, se ha visto que es necesario y conveniente implementar un tipo de proyecto de sensibilización y vigentes a nivel nacional, se pretende lograr que se conozcan los derechos y beneficios para las Personas Adulto Mayores permitiendo mejorar el buen trato a través de la atención con calidad y un trato preferencial.

La población con la que se trabajará son Personas Adulto Mayores que asisten al Centro de Salud donde el personal que atiende a pacientes de las zonas que forman parte de la cobertura del centro, ya que es necesario que se mejoren las condiciones de trato y preferencia.

1.3. Justificación

Prácticas de Buen Trato a Personas Adulto Mayores a través de la sensibilización de sus Derechos en el Centro de Salud 18 de Mayo, es una propuesta que permite enfrentar el problema sobre la falta de conocimiento de las Personas Adulto Mayores y sus derechos en el centro de salud mencionado.

El diagnóstico social implementado ha mostrado que esta población no cuenta con ingresos propios, dependen de sus familias, pero no forman parte de sus cuidados y acompañamiento a servicios de salud, además que por lo datos recolectados en el diagnóstico.

El problema que se enfrenta se manifiesta en dos aspectos, por una parte la poca consideración a la población de acuerdo a las características descritas se evidencia la falta de un especialista para las Personas Adulto Mayores y las consultas de esta población no se repiten, es decir asisten a la re consulta, es más su CAI menciona que existe “Baja cobertura en consultas repetidas por ausencia de pacientes” que enfrenta a 756 Personas Adultas Mayores que han asistido las últimas gestiones con promedio de 35 meses, lo que implica que no hay una socialización y motivación de la patología, mucho menos un seguimiento para los tratamientos, pero existe asistencia como es a través de la entrega de micronutrientes para que la población que asiste al Centro de Salud.

Otro aspecto en el que se manifiesta el problema es que las personas Adultas Mayores mencionan que el trato es ni bueno ni malo el trato es generalizado como cualquier paciente, además que en ningún momento se ha socializado los beneficios y derechos que tienen y que debido a la falta de personal como ser trabajo social reconocen a la Renta Dignidad como un derecho, pero no hay más con conocimiento de otros derechos y beneficios que pueden gozar.

Con la institución de trabajo social se pretende involucrar a familia, comunidad y personal del Centro de Salud 18 de Mayo, para sensibilizar y socializar las leyes que otorgan derechos y beneficios a las Personas Adulto Mayores y mejorar su calidad de vida a través de las prácticas del buen trato y referencialidad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Optimizar el conocimiento generando procesos de sensibilización y socialización de sus derechos y beneficios de las Personas Adulto Mayores para promover prácticas de buen trato en el Centro de Salud 18 de Mayo y la población que acude al Centro de Salud.

1.4.1.1.Objetivos específicos

1. Sensibilizar al personal del Centro de Salud 18 de Mayo para alentar el buen trato hacia las personas adulto Mayor en la atención de salud con calidad y calidez.
2. Socializar a las Personas Adulto Mayores que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo de las normativas vigentes para tengan conocimiento de sus derechos y beneficios.
3. Organizar eventos conjuntamente con el Centro de Salud 18 de Mayo para promover el buen trato a las Personas Adulto Mayores.

1.5.Localización

El proyecto se realizará en el Macro distrito Periférica, y tendrá como objetivo a las zonas que forman parte de la cobertura del Centro de Salud 18 de Mayo: Acha Chicalá, Vino tinto, Limanipata, 27 de Mayo, Zona 5 Dedos, Santiago de Lacaya, Rosasani, La Merced y Chuquiaguillo

1.6.Población participante del proyecto

1.6.1. Grupo meta

1. El 70 % del personal del Centro de Salud 18 de Mayo es sensibilizado para apoyar para el buen trato hacia las Personas Adulto Mayores en la atención de salud con calidad y calidez. (Para el personal de salud, se consideran a 10 tomando en cuenta a quienes prestan servicios médicos como también a quienes prestan servicios administrativos.)
2. El 70 % de las familias de las Personas Adulto Mayor asisten y participan de los encuentros programados para la interrelación y socialización de los derechos y deberes.
3. El 80 % de las Personas Adulto Mayores que asisten al centro de salud conocen sus derechos y deberes

1.6.2. Población indirecta

Esta referida a las familias de las Persona Adulto Mayores y población en general que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo en la atención para servicios de salud.

1.7. Metodología

La metodología que se pretende utilizar es el Satisfacción de Necesidades Básicas de Aprendizaje (SANEBA) el mismo permitirá desarrollar conocimientos y competencias específicas.

1.7.1. Enfoque educativo SANEBA

Rodriguez, (2012):

El enfoque SANEBA, se caracteriza por propiciar que las acciones educativas respondan a demandas, evaluando los resultados y la posibilidad de satisfacción de las necesidades vitales, y los requerimientos del desarrollo del país. Asimismo, atiende a la educación "básica" como coadyuvante del desarrollo individual y social, acompañando la vida de las personas, desde su nacimiento y durante toda su vida.

Valora y reconoce los aprendizajes obtenidos en los espacios de la vida la familia, medios de comunicación social, lugares de trabajo, barrio, organizaciones sindicales, sociales y religiosos, etc. También, hace énfasis en la creación de climas de aprendizaje, considerando a los sujetos integralmente, en sus dimensiones afectivas y racionales, (p. 10).

La función del Trabajo Social en el área de Educación, no solo debería centrar sus acciones en actividades educativas, más bien dedicarse a la capacitación social dada las grandes demandas sociales y necesidades de aprendizaje que tiene la población en todo sentido cuya capacitación social pueda llegar a la población más vulnerable, porque es necesario que las personas adquieran competencias para vivir, SANEBA se elaboró especialmente para adquirir capacidades para reducir las desventajas o disparidades sociales, (Rodriguez, 2012, p. 10).

Con la utilización de la metodología del enfoque SANEBA mediante la socialización de aprendizajes, se beneficiará a la población en general de manera directa.

1.7.2. Momentos metodológicos

Los momentos metodológicos según este enfoque son:

Tabla 12. Momentos metodológicos del enfoque y su relación con Trabajo Social.

| PROCESO DE ENFOQUE SANEBA TRABAJO SOCIAL | |
|---|--|
| Estudio | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de las necesidades humanas. 2. Identificación de desempeños, competencias, dominio y capacidades. |
| Diagnóstico | <ol style="list-style-type: none"> 3. Determinación de necesidades de aprendizaje. |
| Planificación | <ol style="list-style-type: none"> 4. Situación de aprendizaje. |
| Ejecución | |
| Evaluación | <ol style="list-style-type: none"> 5. Grado de satisfacción de NEBAS. 6. Adquisición de competencias perfil de desempeños dominios capacidades. |

Fuente: Rodríguez, (2012).

1.7.2.1. Identificación de necesidades humanas

Se refiere a los requerimientos sociales para el mejoramiento de la calidad de vida. Una necesidad humana se pone de manifiesto en el sujeto en relación consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente, para tal caso se utiliza la tabla de necesidades basada en la teoría de Max Neef:

Tabla 13. Tabla de necesidades de Max Neef.

| | Ser | Tener | Hacer | Estar |
|----------------------|---|--|--|--|
| SUBSISTENCIA | Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad. | Alimentación, abrigo, trabajo | Alimentar, procrear, descansar, trabajar | Entorno vital, entorno social |
| PROTECCIÓN | Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad | Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo. | Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender | Contorno vital, contorno social, morada |
| AFECTO | Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor | Amistades, parejas, animales domésticos, plantas, jardines. | Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar. | Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro. |
| ENTENDIMIENTO | Conciencia crítica, | Literatura, maestros, | Investigar, estudiar, | Ámbitos de interacción |

| | | | | |
|----------------------|--|---|---|---|
| | receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, Intuición, racionalidad. | método, políticas educacionales, políticas comunicacionale s | experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar | formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia |
| PARTICIPACIÓN | Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor | Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo. | Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acortar, opinar | Ámbitos de interacción participativa, cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia |
| OCIO | Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación , humor, tranquilidad, sensualidad | Juegos, espectáculos, fiestas, calma | Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar | Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes |
| CREACIÓN | Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, | Habilidades, destrezas, método, trabajo | Trabajar, inventar, construir, idear, componer, | Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, |

| | | | | |
|------------------|---|--|---|--|
| | racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad | | diseñar, interpretar | agrupaciones, audiencia, espacios de ex- presión, libertad temporal |
| IDENTIDAD | Pertenencia, coherencia, diferencia, autoestima, asertividad | Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo | Comprometers e, integrar- se, confundirse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer | Socio-ritmos, entornos de la cotidianeidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas |
| LIBERTAD | Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia | Igualdad de derechos | Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar | Plasticidad espacio- temporal |

Fuente: Tabla de necesidades de Max Neef, en Capacitación Social basada en competencias de Rodriguez, (2012).

En consideración al diagnóstico, se identificó que en el problema sobre poco conocimiento de normativas referidas a las Personas Adultas Mayores existen necesidades en la población objetivo

del proyecto, se pudo identificar que existen necesidades axiológicas (según Neef) como ser: Subsistencia y protección, específicamente en la categoría existencial del estar y el tener respectivamente que afectan directamente en aspectos de salud y cuidado; en cuanto a la necesidad axiológica de participación y libertad, y en la categoría existencial de tener referente al ejercicio igualitario y conocimiento de derechos.

De los cuales se priorizarán algunos por la factibilidad, mismo que se desarrolla en la siguiente fase.

1.7.2.2. Identificación de desempeños competencias dominios y capacidades

Son los requerimientos sociales e individuales determinados por las necesidades humanas. Se trata de capacidades para la resolución de determinadas situaciones donde el sujeto se relaciona consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente. Priorizando se tiene que:

Tabla 14. Identificación de desempeños competencias dominios y capacidades.

| NECESIDADES | PROBLEMAS | COMPETENCIAS |
|------------------------------|--|--|
| Subsistencia (estar) | Entorno social vulnerable | Población del Macro Distrito Periférica reconoce acciones que fomentan la vejez digna. |
| Protección (tener) | Sistemas de salud con calidad que no responden a la demanda de la población. | Personal de salud conoce y realiza prácticas de buen trato en el centro de salud. |
| Participación (tener) | Derechos y deberes en desconocimiento | Las Personas Adultas Mayores reconoce y exige el cumplimiento de sus derechos. |
| Libertad (tener) | Ejercicio de derechos limitados. | Las Personas Adultas Mayores reconoce y exige el |

cumplimiento de sus derechos.

Fuente: elaboración propia basada en Rodríguez, (2012).

1.7.2.3. Determinación de necesidades básicas de aprendizaje (NEBAS)

Son las demandas de aprendizaje. La identificación de una necesidad humana y las competencias requeridas para satisfacerla, permite determinar las necesidades básicas de aprendizaje. Además de ello, en este paso se determina los conocimientos, habilidades y actitudes.

Tabla 15. Determinación de necesidades básicas de aprendizaje (NEBAS).

| COMPETENCIA | CONOCIMIENTO | HABILIDAD | ACTITUD |
|--|--|---|--|
| Población del Macro Distrito Periférica se sensibiliza para el buen trato de Las Personas Adultas Mayores. | Población conoce los derechos de las Personas Adultas Mayores. | Se compromete a tener un buen trato y preferencial | <ul style="list-style-type: none"> • Interés. • Responsabilidad • Sensibilidad |
| Población del Macro Distrito Periférica se sensibiliza para el buen trato de Las Personas Adultas Mayores. | Personal de salud reconoce los derechos de las Personas Adultas Mayores. | Realizan prácticas que mejoran la atención con (buen trato) a las Personas Adultas Mayores. | <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso. • Trato preferencial • Responsabilidad • Sensibilidad |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Personal de salud conoce y realiza prácticas de buen trato en el centro de salud | Conoce derechos y beneficios que protegen a las Personas Adultas Mayores. | Pone en práctica el buen trato y preferencial | <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso • Responsabilidad • Motivación • Participación |
| Las Personas Adultas Mayores reconocen y ponen en práctica el cumplimiento de sus derechos y beneficios. | Conoce derechos y beneficios que protegen a las Personas Adultas Mayores. | Denuncia espacios de vulneración de derechos. | <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso • Responsabilidad • Motivación • Participación |

Fuente: elaboración propia basada en Rodríguez, (2012).

1.7.2.4. Situación de aprendizaje

Se debe considerar que en esta etapa se realizan un constante diálogo de saberes, que enriquece el proceso de aprendizaje y hace posible la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje demandadas. En ese sentido, se consideró los siguientes ejes temáticos de acuerdo a los objetivos trazados:

Tabla 16. Plantificación de los talleres.

| ACTIVIDAD | TEMAS |
|--|---|
| Talleres con personal de salud. (2 sesiones). | <ul style="list-style-type: none"> • Trato preferencial al Adulto Mayor • Buen trato a las Personas Adultas Mayores. |
| Talleres con las Personas Adultas Mayores. (3 sesiones) | <ul style="list-style-type: none"> • Derechos y deberes de las Personas Adultas Mayores. • Normas y leyes que los protegen para una |

| | | |
|--|------------|--|
| | vida digna | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Espacios de denuncia ante la vulneración de derechos ¿Dónde acudir? |
| Eventos y/o Ferias de socialización y sensibilización (2 eventos y/o ferias) | | <ul style="list-style-type: none"> • Derechos de las Personas Adultas Mayores. • ¿Cómo denunciar casos de violencia a las Personas Adultas Mayores?? • Difusión de material |

1.7.2.5. Grados de satisfacción de NEBAS

Las formas de evaluación son múltiples y diversas, y en este punto se dirige a evaluar conocimientos, por tanto, se deben implementar técnicas de evaluación en cada espacio de socialización temática.

1.7.2.6. Adquisición de desempeños competencias dominios capacidades

Esta evaluación está referida a determinar los grados de adquisición de actitudes y habilidades, por tanto, se plantea realizar evaluaciones a largo plazo considerando, mejora en el trato al Adulto Mayor, mejora en la oferta de servicios, y trato preferencial; también debe considerarse si han existido denuncias sobre la vulneración de derechos.

1.7.3. Matrices de programación operativa

Tabla 17. Sesiones con el personal de salud.

Objetivo. Desarrollar talleres de capacitación para el personal del Centro de Salud referente al buen trato a las Personas Adultas Mayores.

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | CONTENIDOS | TÉCNICAS | PARTICIPANTES | TIEMPO | RECURSOS | RESPONSABLES | FUENTES DE VERIFICACIÓN |
|-----------------------------------|--|---|--|-----------------------------|---|-------------------------------------|-----------------|--|
| Sesión: TRATO PREFERENCIAL | Dar a conocer al personal de salud y administrativo la importancia sobre el trato preferencial | Normativa que protege a las Personas Adultas Mayores. Espacios que reconocen el trato preferencial a las Personas Adultas Mayores. | Técnica de presentación Técnica de exposición Técnica de reflexión y compromiso Técnica de evaluación | de Personal de Centro salud | de 15 minutos 15 minutos 30 minutos 15 minutos | Materiales, trípticos, papelógrafos | Trabajo Social. | Listas de asistencia Trípticos Guía pedagógica |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------------|-----------------|----------------------|
| Sesión: BUEN TRATO | Sensibilizar y socializar personal de salud y administrativo | ¿Qué es buen trato? | Técnica de presentación | de Personal Centro salud | de 15 minutos | Materiales, trípticos, papelógrafos | Trabajo Social. | Listas de asistencia |
| | Sobre el buen trato a las Personas Adultas Mayores aplicación en el Centro de Salud | Decálogo del buen trato en salud | Técnica de exposición | de | 15 minutos | | | Trípticos |
| | | | Técnica drama | socio | 30 minutos | | | Guía pedagógica |
| | | | Técnica evaluación | de | 15 minutos | | | |
| Actividad de planificación de ferias. | Organizar ferias de socialización Y sensibilización para el buen trato de las Personas Adultas Mayores. | Replicados | Análisis y planificación | y Personal Centro salud | de 1 hora | | Trabajo Social. | Listas de asistencia |

Tabla 18. Sesiones con las Personas Adultas Mayores.

Objetivo. Desarrollar talleres de capacitación en derechos y beneficios de las Personas Adultas Mayores. para el buen trato

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | CONTENIDO | TÉCNICAS | PARTICIPANTES | TIEMPO | RECURSOS | RESPONSABLES | FUENTES DE VERIFICACIÓN |
|---|--|---|--|-------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------|--|
| SESIÓN 1: DERECHOS Y BENEFICIOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. | Generar conocimientos sobre derechos y beneficios de las Personas Adultas Mayores para que pongan en práctica sus derechos | Derechos de las Personas Adultas Mayores como exigirlos Beneficios como salud. Orientación al buen trato. | Técnica de presentación. Técnica de exposición. Técnica de evaluación. | las Personas Adultas Mayores. | 5 minutos 20 minutos 10 minutos | Materiales, trípticos, papelógrafos | Trabajo Social. | Listas de asistencia Trípticos Guía pedagógica |
| SESIÓN 2: NORMAS QUE PROTEGEN A LAS PERSONAS | Dar a conocer a las Personas Adultas Mayores las normas que lo | Normas que protegen. | Técnica de presentación. | Usuarios del Centro de salud. | 5 minutos | Materiales, trípticos, papelógrafos | Trabajo Social. | Listas de asistencia |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|--|------------------------------|--|--------------------|---|-------------------------------------|
| ADULTAS MAYORES. | protegen y amparan de sus derechos y beneficios | Reconocer el Buen trato y el Mal trato. | Técnica de sociodrama. Técnica de evaluación. | de de | 20 minutos 10 minutos | | | | Trípticos Guía pedagógica |
| SESIÓN 3: ESPACIOS DE DENUNCIA. | Motivar a la denuncia en casos de vulneración de sus derechos | Espacios de denuncia en El Centro de Salud. Fichas para llevar la denuncia | Técnica de análisis. Técnica de evaluación | de las Personas Adultas Mayores. de | 30 minutos 15Minutos. | Materiales, trípticos, papelógrafos. | Trabajo Social. | Listas de asistencia. Guía pedagógica. Boletas de denuncias. | |

1.8. Marco lógico

Tabla 19. Matriz del marco lógico del proyecto.

| RESUMEN DEL PROYECTO | INDICADORES VERIFICABLES | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | DE SUPUESTOS |
|---|--|---|---|
| Finalidad del proyecto: Contribuir al ejercicio de derechos de las Personas Adultas Mayores del Macro distrito Periférica de la ciudad de La Paz a través del conocimiento de derechos y prácticas del buen trato | Reducción de índices de desconocimiento de derechos | Informe de implementación de la propuesta evaluativo final | El centro de salud 18 de Mayo apoya para la implementación del proyecto sostenibilidad |
| Objetivo del proyecto: Optimizar el conocimiento generando procesos de sensibilización y socialización de sus derechos y beneficios de las las Personas Adultas Mayores para promover prácticas de buen trato en los servicios de salud y la población que acude al Centro de Salud 18 de Mayo. | 75% de las Personas Adultas Mayores mejora su percepción sobre la calidad de servicios en un tiempo de 6 meses. Se incrementan 5 espacios de socialización de servicios del centro de salud al año. | Informe evaluativo posterior a seis meses. Espacios de socialización de implementados. | Autoridades del centro de salud gestionan la contratación del profesional del Trabajo Social. |
| | 80% de las Personas Adultas Mayores que asiste al centro de salud conoce sus derechos y beneficios. | Informe evaluativo posterior a seis meses. | |

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| Productos del proyecto: | Personal de salud | Informe de talleres | Socialización de |
| 1. Sensibilizar al Personal del Centro de Salud 18 de mayo practica el buen trato y preferencial hacia las Personas Adultas Mayores en la atención de salud con calidad y calidez. | conoce sobre los derechos de las Personas Adultas Mayores | con el personal de salud | actividades y en la evaluación con éxito |
| | 70% del personal de salud está comprometida a dar trato preferencial a las Personas Adultas Mayores en base al buen trato. | | |
| 2. Socializar a las Personas Adultas Mayores que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo de las normativas vigentes para tengan conocimiento de sus derechos y beneficios. | Se socializa a 30 Personas Adultas Mayores sobre sus derechos y deberes | Informe de los talleres realizados. | |
| | El 80% reconoce sus derechos y deberes y donde denunciar en casos de vulneración. | | |
| | 50% personas del Macro distrito son socializadas sobre derechos espacios de denuncia en caso de vulneración. | Informe de eventos realizados | |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <p>3. Sensibilizar al personal del Centro de Salud 18 de mayo para alentar el buen trato hacia las Personas Adultas Mayores en la atención de salud con calidad y calidez.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de las sesiones educativas. • Invitación al personal de salud. • Sesión de socialización de conocimientos sobre derechos de las Personas Adultas Mayores. • Sesión de socialización del buen trato. | <p>Informe de eventos realizados</p> | |
| <p>4. Sensibilizar al personal del Centro de Salud 18 de mayo para alentar el buen trato hacia las Personas Adultas Mayores en la atención de salud con calidad y calidez.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de las sesiones educativas. • Material educativo a ser socializado. • Invitaciones al personal de salud. • Número de asistentes • Evaluación de entrada y salida | <ul style="list-style-type: none"> • Material educativo. • 3 guías pedagógicas. • 10 invitaciones entregadas. • 3 guías pedagógicas. • Registro de participantes. • Vaciado de datos de la evaluación. | <p>Buena recepción del personal</p> |
| <p>5. Socializar a las Personas Adultas Mayores que</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Planificación con el centro de | <ul style="list-style-type: none"> • Material educativo. | <p>Baja participación de</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>acuden al Centro de Salud 18 de Mayo de las normativas vigentes para tengan conocimiento de sus derechos y beneficios.</p> | <p>salud para la elaboración de invitación a la población para socializar de la implementación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación de talleres. • Convocar las Personas Adultas Mayores. • Elaboración de material pedagógico participativo • Ejecución de tres talleres | <ul style="list-style-type: none"> • 3 guías pedagógicas. • 10 invitaciones entregadas. • 3 guías pedagógicas • Registro de participantes. • Vaciado de datos de la evaluación. <p>las Personas Adultas Mayores.</p> |
| <p>6. Organizar eventos conjuntamente con el centro de salud 18 de mayo para promover el buen trato a las Personas Adultas Mayores.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Planificación con director del Centro de Salud. • Planificación temática y de material. • Socialización de eventos • Ejecución de eventos. | <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Alta asistencia asistentes. de la población a las ferias • Acta de reuniones • Guías pedagógicas • Afiche trípticos, socializados y difundidos en colegios y juntas vecinales |

-
- Test de entrada de salida
-

1.8.1. Resultados claves e indicadores

Tabla 20. Matriz de resultados e indicadores.

| OBJETIVO | RESULTADO | INDICADOR |
|---|--|--|
| Sensibilizar al personal del Centro de Salud 18 de Mayo para alentar el buen trato hacia las Personas Adultas Mayores en la atención de salud con calidad y calidez | El 70 % del personal del Centro de Salud 18 de Mayo es sensibilizado para apoyar para el buen trato hacia las Personas Adulto Mayores en la atención de salud con calidad y calidez. | <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud conoce sobre los derechos y beneficios de las Personas Adultas Mayores. • Cambio de percepción sobre la calidad de atención y servicios. • 90% del personal de salud está comprometida a dar el buen trato y preferencial de las Personas Adultas Mayores. |
| Socializar a las Personas Adulto Mayor que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo de las normativas vigentes para tengan conocimiento de sus derechos y obligaciones | El 85% de las Personas Adultas Mayores que asisten al Centro de Salud 18 de Mayo conocen sus derechos y deberes, reconocen la vulneración de los mismos y saben dónde denunciar. | <ul style="list-style-type: none"> • Se socializa a 30 Personas Adultas Mayores.derechos y deberes • El 80% de las Personas Adultas Mayores.reconoce sus derechos y beneficios para el buen tarto |
| Organizar eventos conjuntamente con el | Socialización de derechos y beneficios de las | <ul style="list-style-type: none"> • 100 personas del Macro distrito son socializadas sobre derechos |

Centro de Salud 18 de Mayo para promover el buen trato a las Personas Adultas Mayores

Personas Adultas Mayores espacios de denuncia a la población que sufra vulneración de sus derechos

y espacios de denuncia en caso de vulneración.

1.9. Recursos

1.9.1. Humanos.

Personal de salud y administrativo del Centro de Salud 18 de mayo como se detalla a continuación:

Tabla 21. Matriz de recursos humanos.

| NOMBRES Y APELLIDOS | PROFESIÓN | FUENTE DE FINANCIAMIENTO |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Wara Belén Alave Chambilla | Odontóloga directora del Centro | SEDES. |
| Sandra Layme Sumo | Médico General | SEDES. |
| Elvi Janet Patiño Choquetupa | Odontóloga | SEDES. |
| Julia Blanca Quisbert Ugarte | Aux. de enfermería | SEDES. |
| Franz Alejandro Tintaya M. | Médico General | Ministerio de Salud. |
| Claudia Loza | Licenciada | SEDES. |
| Patricia Frida Bueno Choque | Portera | G.A.M.L.P. |
| | Trabajo Social. | POR CONTRATAR. |

1.9.2. Recursos Físicos

Se considera como principal recurso al Centro de Salud 18 de mayo del Macro distrito Periférica.

1.9.3. Recursos materiales.

- Data Show.
- Hojas Cartulina.
- Cartulinas.
- Marcadores.
- Hojas de Color.
- Cartón.
- Alcohol en gel.
- Insumos de bioseguridad
- Bolígrafos.
- Impresiones.

1.10. Presupuesto

| ITEM | CANTIDAD | COSTO UNIDAD | COSTO TOTAL |
|-------------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| Hojas bond tamaño carta | 300 hojas | 100 hojas 8bs | 24bs |
| Impresiones | 200 hojas | 20 ctvo. | 40 bs |
| Cartulinas | 50 hojas grandes | 3.5 bs | 175 bs |
| Marcadores gruesos | 6 unidades | 4bs | 24bs |
| Colores | 1 unidad | 16 bs | 16 bs |
| Fotocopias | 400 hojas | 10 ctvo. | 40 bs |

| | | | |
|--------------|----------|-----------------|-----------------|
| Data show | 10 horas | 45 bs cada hora | 450 bs |
| Honorarios | 6 meses | 2.800Bs | 16.800 |
| TOTAL | | | 10849 bs |

1.11. Cronograma

| OBJETIVO | TIEMPO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO |
|---|--|---------|-------|-------|------|-------|-------|
| | ACTIVIDAD | | | | | | |
| Sensibilizar al personal del Centro de Salud 18 de Mayo para alentar el buen trato hacia las Personas Adultas Mayores en la atención de salud con calidad y calidez | Planificación de las sesiones educativas. | | | | | | |
| | Invitación al personal de salud. | | | | | | |
| | Sesión de socialización de conocimientos sobre derechos de las Personas Adultas Mayores. | | | | | | |
| | Sesión de socialización del buen trato. | | | | | | |
| Socializar a las Personas Adultas Mayores que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo de las normativas vigentes para tengan conocimiento de sus | Planificación con el centro de salud para la elaboración de invitación a la población | | | | | | |
| | Planificación de talleres | | | | | | |
| | Convocar a las Personas Adultas Mayores. | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| derechos y obligaciones. | Elaboración de material pedagógico participativo | | | | | | |
| | Ejecución de tres talleres | | | | | | |
| Organizar eventos conjuntamente con el Centro de Salud 18 de Mayo para promover el trato digno a las Personas Adultas Mayores. | Planificación con director del Centro de Salud | | | | | | |
| | Planificación con el personal del Centro de Salud | | | | | | |
| | Planificación temática y de material | | | | | | |
| | Socialización de las ferias | | | | | | |
| | Ejecución de las ferias | | | | | | |

PARTE III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.12. Conclusiones

De acuerdo a lo desarrollado en este documento se ha vivido un proceso de todo lógico realizado actividades en el Centro de Salud, lo cual demandó tiempo y esfuerzo, simultáneamente se ha realizado el trabajo de investigación diagnóstica con las Personas Adultas Mayores.

El primer objetivo que se desarrolló, fue el de “*Analizar las características sociodemográficas de las Personas Adultas Mayores que asiste al Centro de Salud*”, respecto a ello, se puede decir que en su mayoría la población refiere a personas de 22 y 70 años, con pareja y que viven con las y los hijos, sin embargo, no forma parte de las actividades de cuidado, en cuanto a lo laboral su mayoría, ha trabajado en espacio independientes y bajo servicios en el marco del empleo informal puesto que su protección social se centra en los beneficios brindados por el Estado a quienes no cuentan con seguros de largo ni de corto plazo.

Se puede decir que, en congruencia a los datos establecidos por el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, es una población vulnerable, sin protección y sin cuidado, ni por parte de las familias ni por parte del Estado salvo lo que percibe como Renta.

En cuanto al objetivo de “*Describir la calidad y beneficios que tienen las Personas Adultas Mayores respecto al acceso a la Salud a través de la atención a servicios de salud*”, se ha consultado dos aspectos puntuales, el primero su percepción sobre el trato brindado, en su mayoría la duda es la que predomina, eso quiere decir que existe duda sobre el trato brindado, asimismo de acuerdo a datos del Centro de Salud, existe poca reiteración sobre las consultas, pese a que todos reciben su complemento nutricional. Es decir, existe un condicionamiento para la asistencia.

Se puede identificar que, de acuerdo a los conceptos de calidad y calidez, de acuerdo a la percepción de las Personas Adultas Mayores ambos parámetros no logran sus parámetros de manera efectiva, evidentemente existen problemas estructurales como los de infraestructura, empero no debiesen existir tendencias negativas entorno a la calidez del trato otorgado por el Centro de Salud.

El último objetivo, tiene que ver con “*Conocer el nivel de conocimiento de normas y políticas que protegen al adulto mayor*” para que accedan a los beneficios.

Para este caso se realizaron preguntas sencillas que comprobaron que no hay conocimiento claro sobre derechos, deberes y beneficios otorgados por el Estado. Un ejemplo de ello es la Renta Dignidad, pese a que todos lo reciben, no lo perciben como un derecho establecido en la Constitución Política del Estado, además de ello desconocen de otras normativas o políticas.

Bajo el enfoque del envejecimiento positivo propuesto por la Organización de las Naciones Unidas, los aspectos subjetivos se encuentran en mayor énfasis, por tanto, el hecho del desconocimiento de normas, leyes y espacios de denuncia toma relevancia, empero también se denota la inconformidad sobre el trato recibido.

Bajo estos resultados, se delimito trabajar con el poco conocimiento de derechos y leyes que protegen a las Personas Adultas Mayores, en ese sentido se ha proporcionado una alternativa de solución mediante un proyecto educativo que contempla el trabajo no solo con la población sino con el personal de salud a fin de socializar derechos, deberes y el trato preferencial a esta población.

Este proyecto tiene la intervención de Trabajo Social, dado que corresponde con la función de capacitar, organizar gestión, sensibilizar que busca la responsabilidad de una profesional en Trabajo Social para la implementación de procesos de sensibilización, capacitación y posterior movilización corresponden al perfil profesional.

El enfoque que se pretende desarrollar es el constructivista por medio del enfoque SANEBA, eso quiere decir que permite desarrollar competencias y conocimientos en personas adultos mayores que les permita conocer y demandar mayores beneficios de sus derechos.

Se considera que, si este problema persista, los índices de vulnerabilidad continuaran, con la implementación del proyecto, se sensibilizará a la población directa e indirecta identificada para desarrollar acciones de buen trato a las Personas Adultas Mayores que acuden al Centro de Salud 18 de Mayo.

1.13. Recomendaciones

1. A los directivos del Centro de Salud.

Es importante gestionar con otras instituciones del gobierno municipal, universidades u otras organizaciones de la sociedad civil el desarrollo de cursos de capacitación, talleres, seminarios para favorecer a las Personas Adultas Mayores sobre el conocimiento y ejercicio de sus derechos.

Contar con un personal específico de Trabajo Social el cual sea capaz de asumir las funciones y competencias que demanda la atención de este grupo etario, esto también para poder generar la asimilación de demandas de otros sectores de la población para así favorecer al cumplimiento de los derechos y contribuir a una cultura del buen trato.

2. Al personal en Salud.

Continuar con las actividades que permitan una relación de cordialidad y respeto mutuo entre los pacientes y el personal para así contribuir a la formación de una cultura del buen trato, a su vez mantener el respeto percibido por la postulante en la atención otorgada a la población Adulta Mayor.

3. A las Personas Adultas Mayores.

Continuar con el aprendizaje de sus derechos en el sector salud y también demandan una atención basada en el buen trato para que de esta manera se logre una comunidad más amigable con este sector manteniendo un relación armónica y cordial de todos los involucrados.

4. A la carrera de Trabajo Social.

Mantener la relación inter institucional con el Centro de Salud 18 de Mayo para de esta manera permitir que se incorporen más estudiantes en sus diferentes modalidad de graduación para conocer e intervenir en la mejora en la atención con un enfoque de derechos y una cultura del buen trato en especial con las Personas Adultas Mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg, E. (2015). *Diccionario del Trabajo Social*. Buenos Aires-Argentina: Humanitas.
- Boyaro, F. (9 de septiembre de 2014). *La tercera edad, la ultima linea de la sociedad*. Recuperado el 12 de junio de 2021, de Revista Universitaria de la Sociologia.: www.researchgate.net.
- Asamblea Plurinacional de Bolivia. (2013). *Constitucion Politica del Estado Plurinacional de Bolivia*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Obtenido de http://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Bolivia.pdf
- Asamblea Plurinacional de Bolivia.. (2013). *Ley Nro. 369. Ley General De Las Personas Adultas Mayores*. La Paz: Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Asamblea Plurinacional de Bolivia. (2013). *Ley Nro. 3791, Ley De La Renta Universal De Vejez Renta Dignidad*. La Paz-Bolivia: Gaceta oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Asamblea Plurinacional de Bolivia. (2016). *Ley 475, Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia*. La Paz-Bolivia: Asamblea Plurinacional de Bolivia.
- Castañeda , P., Cazorla, K., & Cuevas , K. (2018). A 40 años de la declaración de Alma Ata. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(2), 8. Obtenido de file:///C:/Users/PCx/Downloads/krivas,+Gestor_a+de+la+revista,+RCHSP18_2_TA-1.pdf
- Chura Cazorla, R. (Productor), & Chura, R. (Dirección). (2002). *Seguro Universal de Salud* [Película]. Bolivia . Obtenido de <https://youtu.be/KQYjizaVRzM>
- F.I.A.P.A.M. (2018). *Panorama de los adultos mayores en Bolivia*. La Paz: Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores.
- Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. (2020). *La Paz Condiciones Vida Adulto Mayor 2019*. La Paz.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.-Mexico.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.

- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Encuesta nacional a hogares*. La Paz-Bolivia: Instituto Nacional de Estadística.
- Iturregui, M. (2019). *Buen Trato y envejecimiento*. Buenos Aires-Argentina, Alemania : Humanitas . Obtenido de http://www.eusko-ikaskuntza.eus/PDFAnlt/riev/64/RIEV_64_078-115.pdf
- Montoya Pasaca, I., & Katiuska Ivanova, S. (2013). *Calidad de atención por parte del personal médico a pacientes geriátricos del hospital Isido Ayora de Loja*. Loja, Ecuador . Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17889/1/CALIDAD%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20PACIENTES%20GERIATRICOS.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción en salud*. Ottawa-Canada.
- Ortega, M. (2013). Factores para la atención de calidad en el Centro de Salud 18 de Mayo. Tesis para la obtención de Maestría. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/28997>.
- Rodriguez, C. (2012). *Capacitación Social basada en competencias*. La Paz: Bolivianita.
- Salas, L. (2010). *hacia el cambio en el paradigma en medicina: en reto en salud*. Habana-cuba: Revista de Trabajo Social.
- Sánchez, M. (2013). *Aportes Trabajo Social Una Nueva Construcción Social*. La Paz-Bolivia.: Universidad Mayor de San Andrés, Trabajo de Año Sabático.
- Suarez Torrez, M., Rodriguez Lafuente, M., & Perez Diaz , M. E. (2015, Junio 3). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". *31*. Habana, Cuba. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252015000200005&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO 1.

Operacionalización de los objetivos del diagnóstico.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | CATEGORIAS | VARIABLES | INDICADORES | TECNICAS E INSTRUMENTOS | |
|---|--|----------------------------|--------------|-------------------------------|--|
| Analizar las características sociodemográficas de las Personas Adultas Mayores que asiste al Centro de Salud. | Adulto Mayor. <hr/> Características socio demográficas. | Edad | 60-65 años | Encuesta | |
| | | | 66-70 años | Guía de encuesta | |
| | | | 71-75 años | | |
| | | | 76-80 años | | |
| | | | | | |
| | | | Sexo | Masculino | |
| | | | | Femenino | |
| | | | Estado civil | Casado | |
| | | | | Soltero | |
| | | | | Divorciado | |
| | Persona con la que convive | Hijo | | | |
| | | Pareja | | | |
| | | Otro | | | |
| | Situación laboral | Experiencia laboral previa | | | |
| | | Espacio laboral actual | | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|------------|
| Describir la calidad y beneficios que tienen las Personas Adultas Mayores respecto al acceso a la Salud a través de la atención médica primaria. | Beneficios de la asistencia al Centro de Salud | Socialización de beneficios | Si |
| | | | No |
| | | Entrega de micronutrientes | Si |
| | | | No |
| | Servicios brindados | Medicina General | Si |
| | | Especialidad | No |
| | | Odontología | |
| | | Farmacia | |
| | Percepción sobre la calidad de servicios | Buena | |
| | | Ni buena ni mala | |
| | Regular | | |
| Conocer el nivel de conocimiento de normas y políticas que protegen a las Personas Adultas Mayores. | Política de protección social | Renta Dignidad | Percibe |
| | | | No percibe |
| | Leyes que establecen derechos de las Personas Adultas Mayores. | CPE | Conoce |
| | | | No conoce |
| | | Ley 369 | Conoce |
| | | | No conoce |
| | | Otras normativas | Conoce |
| | | | No conoce |

ANEXO 2.

Encuesta a las Personas Adultas Mayores del centro de salud 18 de mayo.

Edad: Sexo: Femenino Masculino

Estado Civil: Soltero(a) Casado (a) Concubino(a) Viudo(a)

1. ¿Dónde y con quienes vive?

.....

2. ¿En su juventud donde trabajaba?

.....

¿En qué oficio tiene Experiencia?

.....

3. ¿Qué hace en su tiempo libre?

.....

4. ¿Qué le gustaría hacer Actualmente?

.....

5. ¿Sabía que, en la CPE, está establecido la Renta Dignidad?

SI NO

6. ¿Usted goza de la Renta Dignidad?

SI NO

7. ¿Conoce la Ley N° 369 del Adulto Mayor?

SI NO

8. ¿Puede mencionar 3 de sus derechos como las Personas Adultas Mayores?

.....

9. ¿En el Centro de Salud 18 de mayo que atención recibió?

Medicina General Odontología Enfermería Trabajo Social Otros

¿Cómo calificaría su atención? (Buena, regular, mala)

Medicina General Odontología Farmacia

10. ¿En el Centro de Salud 18 de Mayo recibes la leche del Carmelo?

SI NO

11. ¿Recibió orientación en el Centro de Salud 18 de Mayo, respecto a los beneficios que tiene como Adulto Mayor?

SI NO

Labores de casa más está en su trabajo

2 ¿Recibe alguna remuneración por el trabajo que realiza?

SI NO

Pero si recibe jubilación y bono dignidad

3 ¿qué hace en su tiempo libre?

Labores de la casa limpiar cuidar a los nietos, lavar el auto

ANEXO 3.

Programa de capacitaciones en el Centro De Salud 18 de Mayo y Unidades Educativas.

| TEMAS | OBJETIVO | FECHA | RESPONSABLE | MATERIALES |
|--------------------------------------|---|--------------|----------------|---|
| Capacitación preventiva Papanicolau. | Importancia del examen del Papanicolau (para las mujeres). | 03-08 - 2022 | Trabajo Social | -Papel resma -Marceadores -Scochs |
| Tuberculosis (TBB). | Educar a los pacientes acerca de la higiene respiratoria | 20-08-2022 | T.S. | -Papel resma -Marcadores -Scoh -Cuadros de TBB |
| Lactancia materna. | Importancia de la lactancia materna exclusiva Hasta que los bebes tienen 6 meces de edad. | 10-10-2022 | T.S. | -Papel resma -Cuadros sobre el tema lactancia -Marcadores -Scochs |
| Formas de violencia. | Concientización sobre una educación en valores éticos morales para evitar la violencia. | 03-10-2022 | T.S. | -Papelógrafos -marcadores -cuadros sobre tipos de violencia Scochs |
| Equidad de género. | Desempeño de roles en la familia y la sociedad. | 24-10-2022 | T.S. | -papel resma -marcadores -trípticos -scochs |
| Comunicación intrafamiliar. | Concientizar sobre una comunicación fluida abierta | 07-11-2022 | T.S. | -papel resma -marcadores |

| | | | | | |
|---|---|------------|------|--|--|
| | entre progenitores e hijos | | | | -scochs |
| Capacitación de prevención en unidades educativas. Consumo drogas. | Evitar que se convierta en un problema para la persona y su entorno social. | 10-11-2002 | T.S. | | -marcadores -folletos proporcionados por la institución narcóticos -papel resma -scosh -refrigerio |
| ley integral contra trata tráfico de personas. | Dialoga comúnicate genera confianza en tus hijos | 17-11-2022 | T.S. | | -cuadros de ilustración referente al tema -Marcadores -papel resma -scochs -refrigerio |
| Salud sexual y reproductiva. | socialización para evitar embarazos no deseados | 06-08-2022 | T.S. | | -marcadores -cuadros de salud sexual y reproductiva -papel resma -scochs -refrigerio |

Capacitación de prevención a las Personas Adultas Mayores.

| TEMAS | OBETIVOS | FECHA | RESPONS ABLE | MEDIOS MATERIAL ES |
|-------------------------------------|--|------------|-----------------|--|
| Resiliencia | Desarrollar la resiliencia en adultos mayores para tener habilidades y destrezas para enfrentar sus problemas | 04-10-2022 | T.S. | -papelógrafo -marcadores -scochs -refrigerio |
| Proyecto de vida en el adulto mayor | La construcción de un proyecto de vida en los adultos mayores a través de sus talentos se sienta plenos y darle un sentido a su vida | 01-11-2022 | T.S. | -Papelógrafo -Marcadores -scochs -refrigerio |
| Nutrición para el adulto mayor | Prevención de enfermedades y medidas adecuadas en el adulto mayor -prevención primaria -prevención secundaria -prevención terciaria en la salud la persona Adulto Mayor | 11-10-2022 | T.S. | -Papelógrafo -marcadores -Scochs -Gráficos de alimentación -refrigerio saludable |
| Solidaridad intergeneracional | Fomentar la relación entre adultos mayores y población joven | 25-11-2022 | T.S. | -papelógrafo -Marcadores -refrigerio -scochs |