

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y
HUMANIDADES
PROGRAMA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**“LOS NIVELES DE VIDA DE LAS SOCIAS DE COMEDORES
POPULARES LIMITAN SU PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS
DE SALUD PROMOVIDOS POR EL CENTRO DE SALUD MICRO
RED 15 DE AGOSTO DE PAUCARPATA-AREQUIPA, 2013”**

Tesis Presentada por la Bachiller:
ALDA GONZALES RAMOS
SATURNINA CALDERÓN DÁVILA
Para optar el Título Profesional
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

AREQUIPA – PERÚ

2013

A DIOS CELESTIAL,
*por darme aliento
de vida y guiar mi camino
con la luz de la fe y la esperanza.*

A mis padres;
ANGEL y YOLANDA,
*quienes supieron guiarme siempre,
dándome su incondicional apoyo y aliento,
que hicieron posible la culminación de mi
profesión.*

A mi hija:
VANESA,
*razón de mi vida y
la alegría de vivir.*

A mis hermanos:
YOLANDA, SANDRA y ERIC,
*por su constante apoyo
en el logro de mi profesión.*

A todos;
MIS FAMILIARES Y AMIGOS,
*que de una ú otra manera, estuvieron pendientes
a lo largo de este proceso,
brindándome su apoyo incondicional.
en especial a ROY COLMENARES.*

ALDA

A DIOS, NUESTRO SEÑOR:

Quien me guió e iluminó

En todo momento, para salir adelante

Y culminar mi carrera.

A MIS PADRES:

*Que ambos partieron a la presencia del
Altísimo.*

*Quienes permanentemente me apoyaron
espiritualmente contribuyendo, al logro de mis
metas y objetivos propuestos.*

A MI HERMANA DORA:

*Por ser el ejemplo de una hermana
mayor y de la cual aprendí aciertos y
momentos difíciles.*

A MIS SOBRINOS Y SOBRINAS:

*Por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero
mucho*

SATURNINA



AGRADECIMIENTO

A todo el Personal Docente del Programa Profesional de Trabajo Social, quienes durante estos años de formación, inculcaron en mi persona, conocimientos y ética profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	14

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.	16
1. TEMA O PROBLEMA.....	16
1.1 Enunciado.....	16
1.2 Campo y Área.	16
1.3 Tipo de Investigación.....	16
1.4 Análisis de la Variable.	17
1.5 Indicadores.....	17
1.6 Interrogantes Básicas.....	18
1.7 Justificación.....	18
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	19
4. MARCO TEÓRICO.....	19
4.1 CRISIS ECONÓMICA	19
4.2 LA CRISIS EN LOS SECTORES POPULARES.....	20
4.2.1 DESEMPLEO	20
4.2.2 SUBEMPLEO.....	20
5. POBREZA.....	21
5.1 CAUSAS.....	21
5.2 CONSECUENCIAS.....	21
6. BIENESTAR SOCIAL.....	22
6.1 POLÍTICA SOCIAL Y BIENESTAR SOCIAL.....	22
6.2 CALIDAD DE VIDA.....	23
6.3 CONCEPTO DE NIVELES DE VIDA.....	23
6.4 NIVEL RECREATIVO, CULTURAL Y DEPORTIVO.....	25

6.5	LIBERTAD IGUALDAD Y PARTICIPACIÓN.....	26
6.6	SEGURIDAD.....	26
7.	MINISTERIO DE SALUD.....	26
7.1	LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL.....	26
7.2	SALUD.....	26
7.2.1	FUNCIONES DE LA SALUD COLECTIVA.....	27
7.2.2	LA PREVENCIÓN.....	27
7.2.3	NIVELES DE PREVENCIÓN.....	27
8.	CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO.....	28
8.1	CARÁCTER DE LA INSTITUCIÓN.....	28
8.2	ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	28
8.3	OBJETIVOS.....	29
8.4	POLÍTICA GENERAL DE LA INSTITUCIÓN.....	30
8.5	LA MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO DE SALUD.....	30
9.	CONCEPTO DE COMUNIDAD.....	31
9.1	ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD.....	31
9.2	DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.....	31
9.3	OBJETIVOS DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.....	32
10.	COMEDORES POPULARES.....	32
11.	ORGANIZACIÓN.....	33
11.1	ORGANIZACIÓN SOCIAL.....	33
11.2	ORGANIZACIÓN DE LA MUJER.....	33
11.3	ORGANIZACIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL.....	34
12.	PARTICIPACIÓN.....	34
12.1	FORMAS DE LA PARTICIPACIÓN.....	34
12.2	PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	35
12.3	PROMOCIÓN SOCIAL.....	35
13.	EL TRABAJO SOCIAL EN LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN.....	36
14.	CAPACITACIÓN.....	37
14.1	CONCEPTOS.....	37
14.2	FORMAS.....	37
14.3	LA CAPACITACIÓN COMO PROCESO DE TRABAJO SOCIAL.....	38
15.	EL TRABAJO SOCIAL EN COMUNIDAD.....	38

15.1	OBJETIVOS	38
15.2	FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL	39
15.3	IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN COMUNIDAD.....	40
16.	HIPÓTESIS.....	41
II.	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	42
1.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	42
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	42
2.1	ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	42
2.2	UNIDAD DE ESTUDIO.....	42
2.3	UNIVERSO Y/O MUESTRA.....	42
2.4	TEMPORALIDAD.....	43
2.5	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
2.6	RECURSOS.....	43
2.6.1	Humanos.....	43
2.6.2	Materiales.....	43
2.6.3	Institucionales.....	44
2.6.4	Financieros.....	44
2.7	CRONOGRAMA.....	44

CAPITULO II

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1.	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	45
1.1	PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
	Despistajes.....	68
	Inmunizaciones	68
	Capacitación.....	68
	Ninguna.....	68
2.	DIAGNOSTICO.....	73
2.1	UBICACIÓN.....	73
2.2	LIMITES.....	73
2.3	ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	73
2.4	CLIMA.....	74
2.5	OBJETIVOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN.....	74
2.6	MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO DE SALUD.....	75

2.7	PROGRAMAS QUE REALIZA EL CENTRO DE SALUD.	76
2.8	IDENTIFICACIÓN.....	76
3.	DESCRIPCIÓN.....	77
4.	PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.	80
5.	PRONÓSTICO.....	81
6.	POTENCIALIDADES.	81
7.	LIMITACIONES.	82
8.	PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN.	82

CAPITULO III

ALTERNATIVA DE ACCIÓN

	PLAN GENERAL DE TRABAJO.	83
1.	PROGRAMA.....	84
1.1	IDENTIFICACIÓN.....	84
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	84
1.3	OBJETIVOS.	84
1.4	METAS.....	84
1.5	TÉCNICAS.	85
1.6	POBLACIÓN BENEFICIARIA.	85
1.7	ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.	85
1.8	RECURSOS.....	85
1.9	FINANCIAMIENTO.	86
1.10	CRONOGRAMA.....	86
2.	PROYECTO N° 1.....	86
2.1	IDENTIFICACIÓN.....	86
2.2	JUSTIFICACIÓN.....	86
2.3	OBJETIVO.....	87
2.4	ACTIVIDADES.....	87
2.5	TÉCNICAS.	88
2.6	RECURSOS.....	88
3.	PROYECTO N° 2.....	89
4.	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PROYECTOS.	92
	CONCLUSIONES.....	93

SUGERENCIAS	95
BIBLIOGRAFÍA.....	96
ANEXO N° 1	98
ANEXO N° 2	102



INTRODUCCIÓN

La presente tesis titulada, “LOS NIVELES DE VIDA DE LAS SOCIAS DE LOS COMEDORES POPULARES LIMITAN LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD PROMOVIDOS POR EL CENTRO DE SALUD DE LA MICRO RED 15 DE AGOSTO DE PAUCARPATA, AREQUIPA-2013; las Prácticas Profesionales realizadas en dicho Centro, nos permite precisar que en la coyuntura actual, la población de estas zonas, viven en condiciones muy precarias, como consecuencia de la crisis que margina a los sectores sociales más vulnerables.

La investigación, nos permitió, conocer las precarias condiciones de vida de esta población, siendo sus niveles muy bajos, considerándose necesario que el Centro de Salud tenga resultados de dicha investigación, ya que en base a ello, implementará proyectos que vayan dirigidos a mejorar sus condiciones de vida de las socias. y por ende, mejorarán su participación

En el presente contexto, el problema de sobrevivencia empieza a convertirse en la principal preocupación de las familias de estos sectores y las respuestas frente a esta preocupación empieza a trascender el mundo básicamente familiar, es por este motivo, que se da la necesidad de organizarse llevando a cabo propuestas colectivas para poder de alguna forma contrarrestar los diferentes problemas que las aquejan, tanto individual como grupal, siendo la participación en esta actividad muy buena; no pudiéndose decir lo mismo, de su participación en Programas de Salud, en este sentido, la nueva concepción de salud tiene como finalidad realizar actividades preventivo, promocionales y recuperativas, contando para ello necesariamente con la participación de las socias, la que es muy limitada y esto se debe, en la mayoría de los casos, a sus condiciones socio-económicas, ya que tienen que trabajar fuera de sus hogares no disponiendo así de tiempo; también el bajo nivel educativo y cultural, es determinante ya que las socias no son conscientes de la importancia de la prevención y promoción de la salud.

El proceso de organización y participación para el Trabajo Social, es sumamente importante para la capacitación social, como un medio que permite la preparación a las socias para el desarrollo de sus potencialidades.

El trabajo se encuentra estructurado de la siguiente forma: En el primer capítulo, se presenta el Planteamiento Teórico y Operacional de la investigación que realizamos sobre la problemática de los niveles de vida de las socias de los Comedores Populares del Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto-Paucarpata, se presenta el marco teórico relacionado al tema, que nos permitió una mejor interpretación de esta realidad.

En el segundo capítulo, se presentan los resultados de la ejecución de la investigación, mediante Cuadros Estadísticos, que contienen la descripción e interpretación necesaria. También contienen, el diagnóstico social y su jerarquización, logrando precisar el Problemas Objeto de Intervención.

Y en el tercer capítulo, planteamos una alternativa de intervención a través de un programa de Promoción de la Salud y dos proyectos: Capacitación Social y Prevención de la Salud, que podrían contribuir a la solución de estos problemas.

Finalmente, se adjunta las conclusiones, sugerencias, que señalan los resultados de nuestra investigación, así como también se presenta la bibliografía y anexos respectivos.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado, “LOS NIVELES DE VIDA DE LAS SOCIAS DE LOS COMEDORES POPULARES LIMITAN SU PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD PROMOVIDOS POR EL CENTRO DE SALUD MICRO RED 15 DE AGOSTO DE PAUCARPATA, 2013”, va a contribuir a analizar la problemática que presentan los Comedores Populares de la Micro Red, para posteriormente, el Trabajo Social realice una acción capacitadora para la prevención de la salud con miras a coadyuvar en el bienestar de las familias y de la comunidad.

Si tenemos en cuenta la estructura social, el sistema socio-económico contribuye a que exista pobreza, el discriminatorio desarrollo, la injusta distribución de los recursos e ingresos, los que atentan contra el bienestar y desarrollo armónico de la comunidad.

Y esto se agudiza con la limitada participación de las socias en los programas que implementa el Centro de Salud, sin asumir su derecho como gestora y protagonista de su desarrollo, entregando una propuesta concreta al reto frente a su problemática siendo esto un paso de “objeto” a “sujeto” que supone el sentirse realmente protagonista.

El Sector Salud se ha convertido en un amplio campo, no sólo para el aspecto de salud, sino también para el aspecto social, ya que hay un gran número de profesionales considerados en este sector para quienes la acción se centra en lo referente a la participación social.

En base a su organización y participación, es que los movimientos sociales, han ayudado a que la población femenina salga del espacio doméstico.

Es por esto, que el Centro de Salud implementa una serie de Programas para prevenir enfermedades, pero los niveles de participación son muy bajos.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la situación económica afecta las condiciones de vida de los sectores populares y que la mujer asume un rol importante, es probable que los niveles de vida de las integrantes de los Comedores Populares, condicionan su participación en los Programas de Salud que promueve el Centro de Salud Micro Red, 15 de Agosto de Paucarpata-Arequipa, 2013.

Luego de la investigación realizada, se determinó un diagnóstico social en donde se establecen las características, resaltando la elevada carga familiar, en lo que respecta a su estado civil un gran porcentaje son convivientes, tienen viviendas propias en su mayoría no estando concluidas y en muchos de los casos son provisionales, sus niveles de instrucción son bajos, existe hacinamiento en sus viviendas, todo esto las obliga a buscar medios de sobrevivencia para resolver su principal problema que es la alimentación, lo que les permite contar con sus propias potencialidades

Todos estos aspectos, condicionan la participación haciendo que esta sea pasiva o de indiferencia, y si participan en el comedor, es porque lo consideran un beneficio no tomando conciencia que los programas que implementa el Centro de Salud, los beneficia; es ahí, donde la labor del Trabajador Social se ve comprometida para mejorar sus niveles de participación y el cambio de actitud frente a dicha problemática

El Diagnóstico nos permite precisar como problema de intervención, los bajos niveles de participación en Programas de Salud de las socias de los Comedores Populares dependientes del Centro de Salud.

Esto nos permite presentar como alternativa de intervención: un programa de Promoción de la Salud y dos Proyectos: Capacitación Social y Prevención de la Salud, que podrían de alguna forma generar un cambio de actitud frente a la prevención de su salud, de la familia y de la comunidad.

Concluimos, con las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos.

ABSTRACT

The present research paper entitled, "the standards of living of the members of the dining rooms popular limited their participation in health programs promoted by the health center Micro network August 15 of Paucarpata, 2013", will help analyze the problems presenting the popular dining rooms of Micro network, then, Social work do a trainer for the prevention of health with a view to contribute to the well-being of the families and of the community.

If we take into account the social structure, the socio-economic system contributes to that there is poverty, discriminatory development, the unfair distribution of resources and income, which threaten the well-being and harmonious development of the community.

This intensifies with the limited participation of the members in the programs that implements the health center, without assuming its right as an administrative assistant and protagonist of his development, delivering a proposal concrete to the challenge facing his problems this being a step away from "object" to "subject" which supposed to really feel protagonist.

The Health Sector has become a wide field, not only for the aspect of health, but also for the social aspect, since there are a large number of professionals in this sector for whom action is focused in relation to social participation.

Based on its organization and participation, it is that social movements, have helped to bring the female population of the domestic space.

Therefore, that the Health Centre implements a series of programs to prevent diseases, but participation levels are very low.

Well, taking into account that the economic situation affects the living conditions of the popular sectors and that the woman assumes an important role, it is now likely that levels of life of the members of the soup kitchens, conditions their participation in health programs that promote health Micro network centre, 15 of August of Paucarpata-Arequipa 2013.

After the investigation, it was determined a social diagnosis where set forth the characteristics, highlighting the heavy family burden, in regards to his marital status a large percentage are cohabitants, have own mostly not being completed homes and in many cases they are provisional, their levels of educational attainment are lower, there is overcrowding in their homes all this forces them to look for means of survival to resolve their main problem which is the power, allowing them to have their own potential

All these aspects, condition the participation making it may be passive or indifferent, and if they participate in the dining room, because they consider it a benefit not aware that programs which implements Health Center, benefits; It is there, where the work of the Social worker is compromised to improve their levels of participation and the change of attitude to this problem

The diagnosis allows us to specify as a speech problem, low levels of participation in health programmes of the members of the soup kitchens dependent of the health center.

This enables us to present as an alternative to intervention: a programme for the promotion of health, and two projects: health prevention, and Social training that could somehow generate a change of attitude towards the prevention of their health, the family and the community

We conclude with the conclusions, suggestions, bibliography and annexes.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. TEMA O PROBLEMA.

1.1 Enunciado

“Los Niveles de Vida de las socias de los Comedores Populares limitan su participación en Programas de Salud, promovidos por el Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto de Paucarpata-Arequipa, 2013”.

1.2 Campo y Área.

Este proyecto de investigación, está enfocado en el campo de las Ciencias Sociales, en el área de Trabajo Social y en la línea de Comedores Populares.

1.3 Tipo de Investigación.

El tipo de investigación es explicativa, porque trata de conocer los niveles de vida que presentan las socias de los Comedores Populares y que influyen en su participación en Programas de Salud

Por su ámbito, es de campo.

1.4 Análisis de la Variable.

Para la presente investigación se trabajará con:

Variable Independiente:

- Niveles de vida de las socias de los Comedores Populares del Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto Paucarpata-Arequipa.

1.5 Indicadores.

Variable Independiente.

- a. Grado de Instrucción.
- b. Estado Civil.
- c. Migración.
- d. Estructura Familiar.
- e. Alimentación.
- f. Salud.
- g. Vivienda.
- h. Económicos.
- i. Familia.
- j. Participación
- K. Transporte
- l. Seguridad.

Variable Dependiente:

- Programas de Salud.
- Formas de Participación.
- Niveles de Participación.

1.6 Interrogantes Básicas.

- Cuáles son los niveles de vida de las integrantes de los Comedores Populares que dependen del Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto Paucarpata?.
- Cómo repercuten sus niveles de vida en la participación de las integrantes de los Comedores Populares en los Programas de Salud, promovidos por el Centro de Salud?
- ¿Qué alternativas plantea el Trabajo Social?

1.7 Justificación.

La presente investigación será de utilidad para el Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto-Paucarpata, que podrá implementar acciones de promoción con las integrantes de los Comedores Populares contribuyendo a prevenir la salud personal, familiar y comunal, y por ende, superar su actual situación.

En nuestro país, se nota claramente la presencia de una crisis, la cual afecta de manera preponderante a los sectores populares, los que afrontan situaciones de incapacidad de atender sus necesidades elementales.

Podemos concluir esta fundamentación, afirmando que la única manera de lograr una óptima actuación profesional en las socias, es la de establecer, junto con ellas, alternativas de acción que permitan la solución y/o superación de los problemas que los aquejan, impulsando la participación plena y consciente para buscar mejor calidad de vida.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- Cuáles son los niveles de vida de las integrantes de los Comedores Populares promovidos por el Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto de Paucarpata-Arequipa.

- Cómo repercuten los niveles de vida de las integrantes de los Comedores en su participación en Programas de Salud.
- Formular una alternativa de intervención para dicha problemática.

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

Con respecto a Nivel de Vida de los Comedores Populares y su participación en Programas de Salud en el Centro de Salud 15 de Agosto de Paucarpata-Arequipa, no existen trabajos de investigación desarrollados.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 CRISIS ECONÓMICA

Definimos la crisis como:

“Anormalidades producidas por la tensión o agudización de un proceso económico que, partiendo de un proceso de prosperidad o abundancia pasa por una fase de receso, otra de depresión, otra de recobramiento y vuelve nuevamente a la prosperidad, es decir, son fenómenos cíclicos. Las crisis económicas, son trastornos en la vida económica, ocurre más o menos cada doce años y se manifiesta por el malestar general, encarecimiento de la vida, fracaso en empresas, desocupación, hambre, miseria, etc.”¹

El problema económico conlleva también problemas políticos, sociales, culturales, educativos, etc., la cual se manifiesta en forma generalizada, porque está afectando a todos los niveles sociales, teniendo como campo principal los sectores más vulnerables.

La pobreza que se da en las grandes mayorías y que son las más marginadas, las que a su vez no pueden satisfacer sus necesidades básicas, esto se refleja en el intenso proceso migratorio hacia las grandes ciudades quienes vienen en busca de mejores condiciones de trabajo y de vida, aunque no son absorbidos

¹ Rubio, Fataccioli: “Problemática del Perú. Crisis Económica”. Ed. CIUP. Lima-Perú.2000

productivamente en las ciudades lo que no se traduce en mejores niveles de vida sino agrandar los cinturones de miseria.

4.2 LA CRISIS EN LOS SECTORES POPULARES.

La crisis actualmente, golpeando severamente a los sectores mayoristas de la población los que constituyen los menos favorecidos económicamente, cuya mano de obra se ha visto relegada paulatinamente al desempleo y subempleo.

Asimismo, el nivel de ingresos de estos trabajadores se ve mermada por las nuevas políticas implementadas por el gobierno, lo que se refleja en una inadecuada política de salarios, significa que las remuneraciones de los trabajadores resultan siendo bajas, incluso a menudo no se logran cubrir las necesidades más elementales como es la alimentación de cada uno de ellos trayendo como consecuencia serias situaciones conflictivas dentro de la familia.

4.2.1 DESEMPLEO

Llamada también desocupación. “Es la población económicamente activa (PEA) que busca trabajo y que no encuentra”².

En esta condición se encuentran las personas cuyo contrato de trabajo ha terminado estar suspendido temporalmente o definitivamente sin goce de haber, y aquellos que nunca han trabajado pero desean trabajar. Se considera como normal en un país cuando el desempleo no sube.

4.2.2 SUBEMPLEO.

“Es la situación de la PEA que busca trabajo y sólo logra conseguirlo inadecuadamente.

Esta inadecuación puede prevenir de tres factores que se dan por separado:

- Reducción de la Jornada normal.

² Prado Pantigoso, Alfredo: “Vocabulario de Ciencias Sociales”. Arequipa. Perú. 1995

- Desempleo de una labor que quiere una separación anterior.
- Reducción de una remuneración inferior al mínimo vital³.

5. POBREZA.

La situación de pobreza se relaciona con las deficiencias de alimentación, educación, salud y la carencia de servicios básicos de la población. Es hablar del deterioro de la calidad de vida⁴.

La eliminación de la pobreza es un paso indispensable para promover el bienestar individual y social.

5.1 CAUSAS.

Las causas de la pobreza son:

- a. La política en el país destinada a implementar la industrialización, tanto en el desaprovechamiento mínimo de los recursos regionales para atender las necesidades del mercado interno, como también en el aprovechamiento del potencial producto exportador con el que cuenta el país.
- b. Disminución de ingresos altamente desiguales.
- c. Insuficiente creación de puestos de trabajo.
- d. Baja calificación de la mano de obra.

5.2 CONSECUENCIAS.

Como consecuencias de la pobreza tenemos:

- La pobreza inmoviliza a la gente
- Es un obstáculo para mejorar la salud, la educación, etc.

³ IDEM.

⁴ IDEM.

- Los individuos, los hogares y las comunidades tienen que enfrentar las privaciones que limitan sus vidas y aprovechan cualquier oportunidad para salir de la pobreza.

6. BIENESTAR SOCIAL.

Según Ezequiel Ander Egg, “Es el estado que experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades de un modo compatible con la dignidad humana”⁵.

Edmund Arthur Smith, lo define como “... un sistema relacionado de instituciones sociales en cualquier sociedad, un sistema unificado por valores, objetivos y principios operativos comunes, los aspectos institucionales de la vida social que expresan la preocupación colectiva de la sociedad por el bienestar de sus miembros en cuanto a individuos y en los grupos familiares y comunitarios”⁶.

6.1 POLÍTICA SOCIAL Y BIENESTAR SOCIAL.

La finalidad del desarrollo debe ser el Bienestar. La Política Social se encamina al logro del bienestar social, al hablar de éstas más se habla sobre Políticas de Bienestar Social y Trabajo Social que tienen como objetivo la búsqueda del Bienestar Social.

El Bienestar Social, tiene como meta la satisfacción de necesidades sociales, entonces el desarrollo social, la política social y el bienestar social, más aún el Trabajo Social, se remite de una forma directa a los problemas de necesidades del hombre.

Las Políticas Sociales, que se han dado en llamar el Bienestar Social, que incluyen salud, nutrición, recreación, educación, etc., pueden funcionar como un elemento de elevación de la productividad del trabajo, sin que esto niegue su aspecto negativo y positivo como la de constituir un beneficio real para la clase trabajadora.

⁵ Ander Egg, Ezequiel: “Diccionario de Trabajo Social”. Ed. ECRO.Bs.As. 1988.

⁶ Casado, Demetrio, Edmund: “Teoría del Bienestar Social”. Ed. Humanitas. Bs.As. 2000.

6.2 CALIDAD DE VIDA.

“La calidad de vida se puede definir como una manera de vivir, una manera de estar, de relacionarse con la sociedad y el medio ambiente”⁷.

Algunas de las necesidades esenciales del ser humano, aquellas que tienen que ser con su subsistencia son físicas y biológicas. Pero muchas otras de diverso tipo y significación, constituyen un solo conjunto, una expresión única e integrada de actos físicos y morales, acciones dirigidas a la satisfacción de necesidades y realización de valores que va a dar como resultado una calidad de vida personal.

6.3 CONCEPTO DE NIVELES DE VIDA.

“Todo individuo tiene una serie de necesidades básicas, cuya satisfacción constituyen un derecho y éstas se refiere a la alimentación, salud, educación, trabajo, vivienda, recreación. Libertad etc. Y su cobertura en mayor o menor grado determina la calidad o nivel de vida de éste”⁸.

Analizaremos cada uno de los aspectos que constituyen los niveles de vida.

A. Alimentación.

La alimentación es una necesidad primaria, cuya satisfacción tiene que ser garantizada para toda la población, ya que alimentarse constituye un requisito esencial para sobrevivir. Sin embargo el acto de alimentarse no se reduce a la supervivencia o al alivio de la sensación de hambre sino que en ocasiones constituye un placer es por esto que la alimentación es también un hábito.

Los horarios de trabajo, el tiempo y el costo de transporte, así como también el tiempo y los costos de preparación de alimentos, determinan en buena parte, los hábitos de compra y consumo de alimentos.

⁷ Amat y León, C.: “Niveles de Vida y Grupos Sociales en el Perú”. Ed. Pacífico. Lima-Perú. 2000.

⁸ IDEM

B. Vivienda.

Desde el punto de vista social, la satisfacción óptima de la necesidad de vivienda, implica proporcionar a las familias un espacio físico que reúna características como las siguientes:

El medio ambiente debe de ser independiente no solo con el exterior sino entre los miembros de una familia medio ambiente, protección del ambiente físico y social, seguridad, tranquilidad, intimidad y acceso fácil a los servicios comunales.

Las condiciones precarias de vivienda en que viven, cerca de la mitad de peruanos, muestra el escaso avance realizado en este sector durante los últimos años. Los servicios con que cuenta, son muy limitado así también tenemos que la mayoría están construidas de adobe, piso de tierra y poseen un techo de calamina.

C. Vestido.

La indumentaria proporciona a la población una protección o vestuario adecuado para las diversas actividades que desempeñan las personas en su vida social, según la edad, sexo, ocupación, clima y regiones del país.

El clima y el tipo de trabajo a realizar, son, sin duda, consideraciones básicas para elegir las vestimentas convencionales, sociales, costumbres, requerimientos religiosos, moda, etc. grado de ubicación de clase social, prestigio social, status.

D. Salud.

La población debe estar en capacidad física y mental para desarrollar su personalidad y realizar sus actividades a plenitud. Es necesario tener en cuenta como criterio inicial que la organización y el funcionamiento de la sociedad afecta, la salud mental y física de los individuos.

El ambiente físico también influye mediante el tipo de vivienda, lugar de trabajo, existencia o ausencia de centros de esparcimiento, congestión, ruidos y hacinamiento en la ciudad, higiene pública, transporte, agua, desagüe y electricidad.

E. Trabajo.

El trabajo es definido como:” Una actividad consciente y lícita realizada con el fin de obtener bienes para la satisfacción de las necesidades”⁹.

La necesidad de trabajo consiste en que las personas deberían tener la oportunidad de contar con una ocupación en la actividad económica que les permita ejercer sus capacidades personales y obtener los ingresos necesarios para financiar el bienestar de sus familias.

F. Educación.

La educación debe ser por tanto el cultivo de la capacidad del individuo para entender y comprender el mundo en que vive y su aptitud para relacionarse solidariamente con su medio social, desarrollando su facultad de transformar su mundo físico y social en función de su propio bienestar y el de su comunidad.

6.4 NIVEL RECREATIVO, CULTURAL Y DEPORTIVO.

El esparcimiento no puede ni deben ser actos aislados en determinadas horas del día o de la semana, ni tampoco deben limitarse tan sólo a los períodos vacacionales. El descanso, distracción, recreación y deporte no deberían ser concebidos como actividades que pueden ser separadas y diferenciadas de la vida diaria.

⁹ IDEM

6.5 LIBERTAD IGUALDAD Y PARTICIPACIÓN.

El espacio de libertad de un individuo dependerá de la amplitud y diversidad de opciones de vida que le ofrezca el sistema social, la capacidad para escoger y obtener lo que considere necesario.

6.6 SEGURIDAD.

La seguridad se refleja al final de cuentas en la tranquilidad al caminar por la calle, en la certeza de que la ley es respetada y obliga a todos por igual en la constatación de que el delito es juzgado y sancionado, en la credibilidad en los gobernantes y en la esperanza de un futuro mejor.

7. MINISTERIO DE SALUD.

7.1 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL.

- Garantiza el acceso universal de los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables.
- Prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud.
- Promover condiciones y estilos de vida saludables.

En la Constitución Política del Perú, se precisa en el artículo 72: Se promueve la protección de la salud en su dimensión individual, familiar y comunitaria con acciones conjuntas entre los profesionales de la salud y los miembros de la comunidad a fin, de preservar una vida sana, libre y protegida de toda aquello que la pueda dañar, tales como epidemias y otros.

7.2 SALUD.

La Organización Mundial de la Salud la define como:

“Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁰.

Entendemos entonces que la salud siempre es un medio, ya sea para lograr la supervivencia individual o colectiva y como componente del desarrollo y bienestar social, en la medida que la sociedad concreta, crea las condiciones favorables o desfavorables para el desarrollo integral del hombre.

7.2.1 FUNCIONES DE LA SALUD COLECTIVA.

“La acción sanitaria, como conjunto de medidas que tienden a asegurar un nivel óptimo de salud de la población, se dirige a cumplir cinco funciones básicas: Promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reubicación social de los enfermos. En cualquiera de ellos, existe el intento de prevenir”.

7.2.2 LA PREVENCIÓN.

Se define como: “conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos.

Implica que ésta dirigida a la población para evitar que esta corra riesgo de enfermar.

7.2.3 NIVELES DE PREVENCIÓN.

A. PREVENCIÓN PRIMARIA.

Mediante la educación sanitaria cuando esta promueve la salud a fin de que el usuario asuma responsabilidad como agente de su propia salud y protege evitando la ocurrencia de la enfermedad mediante actividades y medidas como: inmunizaciones, exámenes de salud, higiene personal y ambiental, etc.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Folleto. Lima-Perú. 2008.2008.

B. LA PREVENCIÓN SECUNDARIA.

Está dirigida a detectar y diagnosticar precozmente la enfermedad, asegurando el tratamiento inmediato y previniendo la difusión de transmisibles, complicaciones, secuelas y muertes.

Estos niveles preventivos no se dan por separado sino que configuran una unidad en salud.

8. CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO.

El Centro de Salud 15 de Agosto se encuentra ubicado en la Av. Salaverry 703 en el Distrito de Paucarpata al sureste de la ciudad de Arequipa.

Limita:

Por el Sur, con la Av. Argentina.

Por el Este, con la Av. Junín.

Por el Oeste, con la Av. El Triunfo.

Por el Norte, con los Incas.

8.1 CARÁCTER DE LA INSTITUCIÓN.

El Centro de Salud es un establecimiento que brinda servicios de salud, su atención prioritaria en función de sus necesidades básicas de la población así como la promoción y prevención de estilos de vida adecuados, el Centro de Salud es de carácter público.

8.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Siendo Presidente de la República el Arq. Fernando Belaúnde Terry y Ministro de Salud el Dr. Uriel García y por el incesante crecimiento poblacional en la zona de Alto Porongoché, la Dirección de Salud Sur Occidental, crea la Posta Médica de 15 de Agosto, el 13 de Enero de 1970, cuyo local provisional estuvo ubicado al costado del local comunal, después de seis meses de arduo trabajo se logró construir el local propio del Puesto de Salud, cuya ceremonia de inauguración fue el 29 de Julio de 1970.

8.3 OBJETIVOS.

- Disminuir la morbi-mortalidad materno-neonatal, con énfasis en la población de menores recursos.
- Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.
- Disminuir las enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles, promoviendo estilos de vida y entorno saludables mejorando la vigilancia, control y atención integral en la población, con énfasis en las poblaciones vulnerables, con enfoques de derechos equidad de género e interculturalidad.
- Reducir la morbi-mortalidad de las enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas y aquellas originadas por factores externos.
- Brindar mejores servicios de salud a la población ampliando y mejorando su oferta con énfasis en la mejora continua de la calidad.
- Contribuir a la mejora del sistema de salud optimizando la gestión, el desarrollo y las competencias de los recursos humanos en salud.
- Mejorar el acceso y disponibilidad de la población a productos farmacéuticos y afines seguros, eficaces y de calidad, con énfasis en la de menores recursos.
- Contribuir a mejorar el desempeño institucional optimizando la gestión de recursos económicos, materiales y financieros.
- Contribuir a la descentralización, fortaleciendo el rol de rectoría y conducción sectorial del Ministerio de Salud.

8.4 POLÍTICA GENERAL DE LA INSTITUCIÓN.

- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención pública y atención individual priorizando los sectores más pobres y vulnerables.
- Incorporar al sector a la revolución científica, tecnológica y renovar los enfoques de salud.
- Propiciar y desarrollar la participación comunitaria en la gestión de los servicios de salud.
- Perfeccionar los mecanismos de descentralización de los servicios de salud.
- Coadyuvar o modernizar la presentación de servicios aplicando el nuevo modelo de gestión.

8.5 LA MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO DE SALUD.

MISIÓN.

Es contribuir a elevar el nivel de salud de los pobladores de nuestra jurisdicción en el distrito de Puacarpata, con la participación activa y coordinada de todos los actores sociales, con adecuada toma de decisiones para brindar salud, promoviendo estilos de vida saludables, buscando la equidad y solidaridad, priorizando a la población de mayor riesgo, revalorando al mismo tiempo al usuario interno y externo.

VISIÓN.

Lograr una comunidad saludable y comprometida que contribuya a su propio desarrollo, con una red de servicios de salud funcional, con infraestructura moderna, con equipos de tecnología de punta y un recurso humano capacitado y comprometido, garantizando la satisfacción plena del usuario, brindando una atención con calidad, calidez, equidad y con acceso universal.

9. CONCEPTO DE COMUNIDAD.

“La comunidad es una unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto”¹¹.

9.1 ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD.

- Los proyectos se deben iniciar partiendo del deseo de la población.
- El desarrollo total y equilibrado requiere una acción concreta y la elaboración de programas con fines múltiples.
- Desde el punto de vista del desarrollo de la comunidad, cuando la población empieza a reconocer justificadamente que la vida mejora sobre todo gracias a su propio esfuerzo.
- El desarrollo de la comunidad tiene por objeto lograr una mayor y mejor participación de la población en los asuntos locales.
- La identificación, el estímulo y la formación de dirigentes locales deben constituir un objetivo esencial.
- La mayor participación de las mujeres y los jóvenes en los proyectos de la comunidad robustece los programas de desarrollo les da una base más amplia y asegura un progreso duradero.

9.2 DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.

“Es el proceso por el cual el propio pueblo participa en la planificación y en la realización de programas que se destinan a elevar sus niveles de vida”¹². Eso

¹¹ Ander Egg, Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social”. Editorial Humanitas. Buenos Aires-Argentina. 1990

¹² IDEM

implica la colaboración indispensable entre los gobiernos y el pueblo, para hacer eficaces esquemas de desarrollo viables y equilibrados.

9.3 OBJETIVOS DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.

- Lograr el mejoramiento de las condiciones de vida, realizando un trabajo desde la base.
- Procurar modificar las actitudes y prácticas que actúan como freno o escollos al desarrollo social para que resuelvan sus propios problemas.
- Conseguir la mejor utilización de los recursos naturales, creados y producido en la comunidad.
- Lograr la promoción económica de la familia y de la comunidad, mediante el aumento de la producción industrial, comercial y otras actividades de tipo económico.

10.COMEDORES POPULARES.

“La situación actual de las familias está condicionada por la satisfacción de necesidades, es decir por el grado de ingreso generado por otras fuentes y los recursos con los que cuenta la unidad doméstica. El nivel de ingreso familiar determina mayor o menor participación de la mujer en la estructura ocupacional ya sea en la condición de asalariado como alternativas de sobrevivencia frente al proceso económico”¹³.

Estos comedores son un espacio muy importante en la vida de las madres y de la comunidad, porque se constituyen en una oportunidad de la mujer de salir de la rutina de la casa, caracterizándose por las actividades que realizan:

- Ayudar a las familias más carentes de ingresos económicos.
- Luchar en las reivindicaciones del pueblo (servicios básicos, asfalto educación y otros).

¹³ IDEM

- Participar en las luchas del barrio.
- Participar en los problemas del grupo.
- Confección de productos para su consumo o comercialización a fin de ayudar a su mejoramiento del ingreso familiar.

Asimismo, se realizan tareas al interior del grupo, tales como:

- Discusión y debates sobre el quehacer de la mujer.
- Cursos de alfabetización y post-alfabetización valoración humana de los integrantes de la familia.
- Practicar la democracia interna y externa.

11.ORGANIZACIÓN.

Según Mayutz, propone la siguiente definición: “Agrupaciones sociales, articuladas como totalidad, con un círculo precisamente de miembros, una diferenciación interna de funciones y configuradas racionalmente, al menos en sus intenciones, con vistas a obtener un resultado determinado de acuerdo a sus fines y objetivos”¹⁴.

11.1 ORGANIZACIÓN SOCIAL.

Esta expresión denota la idea de la sociedad, en cuanto articulación de las partes, con funciones diferenciadas y división social del trabajo, cuya configuración permite alcanzar los fines específicos de la vida en sociedad, habida cuenta que la mayor parte de la satisfacción de las necesidades humanas no se logra por la acción individual directa.

11.2 ORGANIZACIÓN DE LA MUJER.

La organización basada en los alimentos donados que actúan como un agente aglutinante dentro de las estrategias de supervivencia, puede quebrarse ante la posibilidad de acceder a un ingreso monetario, el trabajo es una necesidad

¹⁴ Bolaños, César: “Organización y Administración Social”. DESCO. Lima-Perú. 2000

sentida por las mujeres que participan en estos programas de ayuda alimentaria, el mismo que de obtenerlo absorbe su tiempo diariamente y probablemente la obligaría a dejar la organización”.

11.3 ORGANIZACIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL.

Es un proceso que supone una previa capacitación en orden de motivos que nos orientan a la consecución de un objeto propio (el motivo u objetivo están en estrecha relación). La organización supone un objetivo y el Trabajo Social organiza programas que responden a las necesidades producto del diagnóstico. La organización supone: objetivos, metas actividades quien la realiza, quienes y cuando (es el tiempo) como lo realizan (son los medios) donde los realizan (el lugar).

12. PARTICIPACIÓN.

Por participación se precisa a “que los menos privilegiados tengan mayor control de recursos y mayor autoridad para tomar decisiones. Se trata de compartir el poder en forma democrática de tal manera que se logre la democratización de la organización”¹⁵.

Esta participación en las diferentes organizaciones, ofrece una respuesta concreta al reto del hombre al desempleo, a la falta de vivienda y a la salud. La participación es pasar de ser “objeto” a “sujeto”, lo que supone, sentirse realmente protagonista.

12.1 FORMAS DE LA PARTICIPACIÓN.

A continuación señalaremos algunas formas de participación:

a. Participación Directa.

Es la respuesta ante una necesidad de la población, moviliza recursos propios, gesta formas organizativas para lograr objetivos propuestos.

¹⁵ Meister, Albert. “Participación Social y Cambio Social”. Editorial MONTE AVILA. Caracas-Venezuela. 2002.

b. Participación Indirecta.

Con orígenes diversos, desarrolladas en marcos normativos y organizativos definidos, siendo más restrictiva.

c. Participación Activa.

Se refiere al esfuerzo práctico, al trabajo ejecutor con la finalidad de lograr las metas propuestas.

d. Participación Pasiva.

Recepción de beneficios producto de un esfuerzo social, tiene un carácter conformista y receptivo, respecto a un conjunto de ideas y actividades.

“Entendemos por niveles de participación, a las diferentes formas de expresión que adoptan los hombres y/o grupos que tienen una ubicación en el proceso de producción a través de las diferentes organizaciones a las cuales tiene acceso, dentro de determinados lineamientos”¹⁶.

12.2 PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Son manifestaciones de solidaridad, de carácter colectivo, semejanza de situaciones, metas comunes, generalmente metas de cambio, como el modificar las situaciones de dependencia socio-económica y cultural en que se enmarcan, en oposición contra los sectores que traten de mantener el estatus social de privilegios¹⁷.

12.3 PROMOCIÓN SOCIAL.

Entendida como el proceso de elevación de los niveles de vida de las personas, grupos y comunidades socialmente deprimidas, que conlleva a un mejoramiento social orientado a la transformación social¹⁸.

¹⁶ REFKINS y Otros. “Criterios de los Planificadores sobre la Participación de la Comunidad”. Editorial CELATS. Lima-Perú. 1999.

¹⁷ IDEM

¹⁸ IDEM

13.EL TRABAJO SOCIAL EN LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN.

Se habla constantemente que la acción profesional debe estar orientada por la identificación con los sectores populares, debiendo partir de sus inquietudes, intereses, necesidades y de buscar estratégicamente la forma de rebasar la orientación, márgenes de la Institución para contribuir con ellos concretamente con la organización sería de que sus integrantes superen la individualidad, aprenda a desenvolverse en grupo el mismo que debe tener un movimiento ascendente de proyección que signifique vinculación para con su barrio y la comunidad.

El Trabajador Social debe:

- a. Colaborar con investigaciones que den cuenta del contexto histórico coyuntural en que se desenvuelven estos movimientos de sus particularidades cotidianas, como también de sus alcances y límites.
- b. Proporcionar elementos de planificación y evaluación que permitan integrar en los movimientos sociales en el manejo de situaciones complejas.
- c. Aportar en la sistematización de las experiencias que desarrollan las organizaciones, a fin de recoger una reflexión adecuada de los procesos que viven y a una mayor comprensión teórica de las potencialidades de estas prácticas sociales.
- d. Corresponde al Trabajo Social promover los procesos democráticos educativos que se gestan en las organizaciones de base, a fin de que estos puedan organizarse y la movilización popular sean una escuela de lo que a su nivel más general se plantea como proyecto de sociedades alternativas y para que esta utopía este acompañada de experiencias reales y cotidianas.

14. CAPACITACIÓN.

14.1 CONCEPTOS.

Es un proceso de educación orientado hacia las soluciones de problemas de la población de base.

La capacitación es el medio que permite la preparación del hombre, con el fin de conducirlo al desarrollo de sus aptitudes y habilidades. La capacitación implica en situarse por parte de las personas en su realidad. Este situarse lo llevará no sólo a que identifique sus situaciones problemas, sino también las causas y medios de superación.

La capacitación constituye un elemento importante al interior de las organizaciones.

“La capacitación es un proceso de educación, orientado hacia la solución de los problemas de las poblaciones de base...”¹⁹

La capacitación social se define como “un proceso en virtud del cual los hombres se habilitan para actuar mejor en su realidad, permite la preparación del hombre, con el fin de conducirlo al desarrollo de sus aptitudes y habilidades situándose en su realidad que lo lleve a la identificación de sus situaciones problemas y las causas y medios de superarlas”²⁰.

14.2 FORMAS.

a. CAPACITACIÓN FORMAL.

Es un proceso sistemático y planificado, que se rige por una temporalidad lineal y secuencial y sus contenidos son enseñados en un orden preestablecido.

¹⁹ Taipe C., Néstor: “La Capacitación en el Desarrollo Rural”. Editorial Horizonte. Lima-Perú. 2000.

²⁰ IDEM

b. CAPACITACIÓN INFORMAL.

Acontece al margen de la calendarización de espacio y tiempo.

La Capacitación Informal predomina, porque está presente a lo largo de nuestra existencia formando parte de ella. Unas veces las acciones de capacitación son orientadas hacia el mejor aprovechamiento de los recursos para lo que es necesario la orientación que revalore e impulse el conjunto de objetivos propuestos.

En una capacitación, muchos de los programas a implementar se van a encontrar con dificultades, por no haber reconocido previamente las formas culturales que, en unos casos son serios obstáculos y pueden hacer que la población se oponga a los programas, pero hay otros factores culturales y sociales y psicológicos que se comportan como estímulos para el cambio.

14.3 LA CAPACITACIÓN COMO PROCESO DE TRABAJO SOCIAL.

El Trabajo Social debe de poner la capacitación como un elemento indispensable para su acción tendiente a lograr su promoción social para ello, la capacitación es un proceso permanente, constante.

La transformación de la realidad socio- económica, no se da en una acción individual sino a través de la población organizada, por lo tanto la organización y la capacitación son indisolubles.

15.EL TRABAJO SOCIAL EN COMUNIDAD.

15.1 OBJETIVOS.

- a. Estudiar e interpretar las situaciones sociales objeto de la acción profesional que le permita no solo la fundamentación de su intervención, sino contribuir en los equipos interdisciplinarios de los diferentes niveles de la planificación y las políticas sociales de modo que estas respondan a las necesidades de la población.

- b. Contribuir en la Promoción social y desarrollo de capacidades y potencialidades del hombre, a través de la educación social y de capacitación para que asuma un rol activo en la transformación de su medio y su vida.
- c. Estimular la organización de grupos que posibilite su participación solidaria en procesos sociales de la realidad.
- d. Sistematizar la acción a fin de evaluar resultados, introducir reajustes y realimentar la acción.

15.2 FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL.

a. Educación Social:

Elevación del nivel de conciencia, que el hombre comprenda la situación en la que se encuentra. También se dirige a lograr la capacitación social y técnica para el desarrollo de aptitudes que le lleven a hacerse responsable de tareas.

b. Investigación Social.

Investigar la realidad, instituciones de bienestar social y campo de acción profesional que permitan realizar diagnósticos sociales.

c. Planificación Social.

Contribuye a diseñar políticas de bienestar formulando objetivos, fijando metas y favoreciendo la participación social.

d. Asistencial:

Presentación de Servicios directos, tendientes a solucionar los problemas inmediatos.

15.3 IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN COMUNIDAD.

El proceso de urbanización, es uno de los grandes desafíos al sistema de planificación; los grandes problemas de las comunidades, son el resultado de un mecanismo complejo que comienza con el éxodo rural y continúa en la ciudad con fuertes presiones económicas, políticas y sociales. Debido a ello, su solución no puede prevenir únicamente el esfuerzo de los planes y programas oficiales, sino que es imprescindible la participación de la comunidad, o sea, un proceso de desarrollo integral. Para cualquier país en vías de desarrollo, el esfuerzo que se requiere para satisfacer las necesidades en términos de recursos, gastos públicos en servicios, es de tal magnitud, que sería imposible pensar que sin un esfuerzo de las propias comunidades interesadas y afectadas, pueda lograrse a mediano plazo.

Por lo que se reconoce, el trabajo de comunidad como una metodología capaz de lograr esa participación, es decir, que podemos considerar tal procedimiento, como una técnica social de promoción humana a través de la cual se puede lograr la participación consciente y organizada de la población para lograr su propio desarrollo.

- Organizar como tal, impulsando a los miembros, sentir y actuar con conciencia de grupo. Para su integración.
- Determinar con precisión sus objetivos y organizar un programa encontrando los medios para que los miembros actúen. Estableciendo relaciones positivas.
- Comprender sus propias capacidades y limitaciones, para que pueda tomar decisiones de acuerdo a su nivel de desarrollo.
- Integrarse al programa de la institución y proyectar su acción a la comunidad. Y establece una evaluación permanente.

Una buena labor profesional, será precisamente la de hacer comprender que por encima de los intereses individuales de un grupo determinado, están los intereses y necesidades de la comunidad.

16.HIPÓTESIS.

Teniendo en cuenta que la situación económica afecta las condiciones de vida de los sectores populares y que la mujer asume un rol importante, es probable “que los niveles de vida de las socias de los Comedores Populares condicionan su participación en los Programas de Salud que promueve el Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto de Paucarpata-Arequipa 2013”.



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Técnicas:

- Análisis Documental.
- Entrevistas Estructuradas.
- Observación.

Instrumentos:

- Encuesta.
- Investigación Documental.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1 ÁMBITO GEOGRÁFICO.

La presente investigación se ejecutó en el Distrito de Paucarpata, específicamente en el Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto de Paucarpata-Arequipa 2013.

2.2 UNIDAD DE ESTUDIO.

La presente investigación se realizó con las integrantes de los Comedores Populares que dependen del Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto de Paucarpata-Arequipa, 2013.

2.3 UNIVERSO Y/O MUESTRA.

Se tuvo en cuenta el total de un universo de 240 integrantes, siendo los Comedores Populares los siguientes:

- Jesús Nazareno 30
- La Merced 40
- La Unión 50

- Santa Teresita 50
- Virgen de Chapi 40
- Señor de los Milagros 30

2.4 TEMPORALIDAD.

La presente investigación se realizó de Febrero a Junio del 2013.

2.5 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Contar con la aprobación y apoyo de las autoridades del Centro de Salud, de tal forma, que brinden las facilidades del caso.
- Como segundo aspecto, se considera la aplicación y recojo de datos que estuvo a cargo de las graduandas.

Se aplicó, los días sábados y domingos a partir de las 12 del día, es decir, cuando comenzaba a repartirse el almuerzo.

2.6 RECURSOS.

2.6.1 Humanos

- Personal del Centro de Salud.
- Trabajadora Social.
- Socias de los Comedores que dependen del Centro de Salud.
- Coordinadoras de los Comedores.
- Graduandas.

2.6.2 Materiales.

- Materiales de Estudio.
- Computadoras.
- Otros.

2.6.3 Institucionales.

- Centro de Salud Micro Red 15 de Agosto de Distrito de Paucarpata.
- Universidad Católica Santa María.

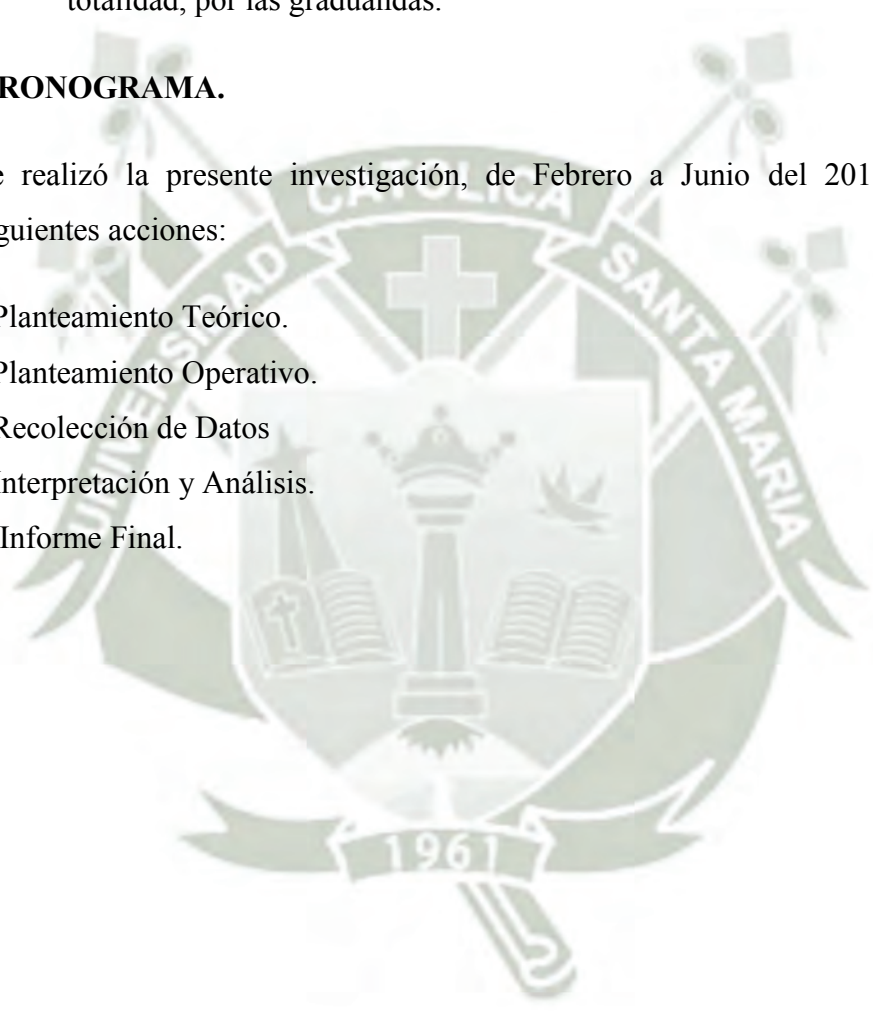
2.6.4 Financieros.

Los gastos que ocasionó la presente investigación, fueron asumidos en su totalidad, por las graduandas.

2.7 CRONOGRAMA.

Se realizó la presente investigación, de Febrero a Junio del 2013, con las siguientes acciones:

- Planteamiento Teórico.
- Planteamiento Operativo.
- Recolección de Datos
- Interpretación y Análisis.
- Informe Final.



CAPITULO II

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. PROCESAMIENTO DE DATOS.

El procesamiento de datos se realizó a través del vaciado de los mismos a una matriz, medio que facilitó el trabajo estadístico, para seguidamente estructurar sistemáticamente los resultados en cuadros estadísticos y gráficas con sus respectivas interpretaciones, teniendo como base los elementos teóricos desarrollados en el primer capítulo

1.1 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación, presentamos los Cuadros Estadísticos que han sido ordenados según la secuencia del instrumento de investigación, situación que facilitó enormemente la organización estadística en cuadros y gráficas, los que a su vez fueron analizadas e interpretadas a la luz del marco teórico consignado para luego elaborar el diagnóstico de la selección del POI.

CUADRO N° 1**EDAD DE LOS MADRES**

EDAD	F	%
20 a 24 Años	35	15
25 a 29 Años	80	33
30 a 34 Años	70	29
35 a 40 Años	45	19
41 a más	10	4
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta aplicada en los Comedores del C. Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

En este cuadro, se puede apreciar: un 33% de madres se encuentran entre los 25 y 29 años; con un 29%, tenemos a madres de 30 a 34 años; con el 19%, madres que sus edades oscilan entre 35 a 40 años; el 15%, corresponde a madres que tienen de 20 a 24 años de edad; y con un 4%, madres con más de 41 años.

Esto nos demuestra que las socias de los Comedores, están en la plenitud para la reproducción y la actividad económica, teniendo un potencial para el trabajo, por su vitalidad y perspectivas que tienen para el futuro, lo que significa que el comedor constituye una estrategia de sobrevivencia frente a la situación de pobreza y que afecta, sobre todo, en zonas populares como es el caso de los Comedores que dependen del Centro de Salud 15 de Agosto de Paucarpata.

CUADRO N° 2**PROCEDENCIA**

Procedencia	F	%
Puno	130	54
Cusco	60	25
Arequipa	10	4
Prov. de Arequipa	40	17
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta aplicada en los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto 2013

INTERPRETACIÓN:

Se observa en el Cuadro N° 2, sobre el lugar de procedencia de las integrantes de los Comedores Populares que se encuentran dentro de la jurisdicción del Centro de Salud, tenemos que el 54%, proceden de Puno; el 25%, del Cusco; el 17%, vienen de las distintas provincias de Arequipa; y el 4%, son de Arequipa capital. Siendo el proceso migratorio uno de los factores determinantes en la búsqueda de mejores condiciones de vida y oportunidades de trabajo, lo que les ha permitido conformar hogares y establecerse en esta ciudad.

El proceso de transculturación, donde influyen patrones culturales propios del lugar de procedencia, lo que limita la organización y participación de la comunidad en actividades que les beneficiarán para lograr mejor calidad de vida.

CUADRO N° 3**ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	F	%
Convivientes	125	52
Casadas	45	19
Separadas	32	13
Madres Solteras	28	12
Divorciada	10	4
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Referente al Estado civil de las socias de los Comedores Populares que forman parte del Centro de Salud, tenemos que el 52%, conviven y no han legalizado su situación marital; con un 19%, son casadas, teniendo así una familia legalmente constituida; con un 13%, socias separadas; madres solteras, alcanzan un 12%, teniendo que asumir la responsabilidad total en la conducción del hogar; finalmente, con un 4%, tenemos a las socias divorciadas, convirtiéndose en una de las limitaciones en donde ellas solas tienen que afrontar toda la responsabilidad de conducir el hogar.

Con relación al elevado porcentaje de convivencia, se puede indicar en gran parte, al carácter migratorio de esta población correspondiendo a patrones culturales del ámbito rural.

Si consideramos el total de madres solteras, separadas y divorciadas, es un 29% considerable, siendo esta también una de las razones por la que las socias se unen para conformar los Comedores Populares, y en alguna medida, enfrentar en forma común a las necesidades alimentarias de su familia.

CUADRO N° 4

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

INSTRUCCIÓN	F	%
Sin Instrucción	10	4
Primaria Incompleta	20	8
Primaria Completa	60	25
Secundaria Incompleta	80	33
Secundaria Completa	70	30
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Podemos apreciar en el presente cuadro estadístico, que la mayor parte de las socias tienen secundaria incompleta, con un 33%; seguido con un 30% muy significativo, las que tienen secundaria completa; con un 25%, en un tercer lugar tenemos la primaria completa; luego con 8%, tienen primaria incompleta; y con un 4%, socias que no tienen instrucción.

Esta situación repercute negativamente en sus condiciones económicas y de vida, las mismas que son muy precarias. En este contexto y bajo estas circunstancias, todo lo anterior constituye una limitante en sus posibilidades de participación activa y efectiva, asimismo estas madres, tienen grandes limitaciones para encontrar trabajo estable.

CUADRO N° 5**NUMERO DE HIJOS**

HIJOS	F	%
1 - 2	93	39
3 - 4	97	40
5 a más	50	21
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, podemos observar que el 40% de socias, tienen de 3 a 4 hijos; con un 39%, tenemos a madres que tienen de 1 a 2 hijos; y finalmente con un menor porcentaje, esto es, 21%, están las socias que tienen de 5 hijos a más.

Situación preocupante porque siendo tan jóvenes y encontrándose en edad reproductiva, es muy necesario su participación en programas de planificación familiar que implementa el Centro de Salud, esto también, se ve limitado por sus creencias y sus características culturales; si ellas se insertan en estos programas, les permitirá tener menos problemas sociales y económicos por el posible incremento de hijos.

CUADRO N° 6

OCUPACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN	Masculino		Femenino	
	M	%	F	%
Pequeños comerciantes	70	42	40	17
Obreros	50	29		
Independientes	50	29	70	29
Trabajo en el Campo			30	12
Ambulantes			60	25
Su casa			40	17
TOTAL	170	100	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN.

El cuadro en mención, nos muestra la ocupación laboral que desarrollan ambos cónyuges, y podemos precisar que con un porcentaje de 59%, los esposos se dedican a pequeños comerciantes; entre los varones, son obreros el 29%; ahora bien entre ambos con un 58%, son independientes. En lo que concierne específicamente a las esposas, vemos que el 25%, son ambulantes; el 12%, se dedican a trabajo en el campo; y finalmente, tenemos con un 17%, quienes se dedican enteramente a su hogar.

Los trabajos de los esposos están referidos mayormente de albañiles y pequeños comerciantes y también de vigilantes, obteniendo un ingreso que oscila entre un sueldo mínimo vital y ligeramente de éste, lo cual es insuficiente desde todo punto de vista considerando que el promedio de miembros por familia es de 4 a 5 miembros y teniendo en cuenta, que el monto de la canasta familiar con servicios sobre pasa los mil nuevos soles.

Es por esto, que el mayor porcentaje de socias del Comedor, realizan algún tipo de trabajo para ayudar económicamente al hogar

Esto también se debe a la falta de una preparación, capacitación y a sus bajos niveles educativos, donde incluso la mayoría de estas personas no pueden aspirar a otro tipo de actividad, por lo cual sus ingresos tenderán a ser irregulares e inseguros, que no les permite asegurar el mantenimiento de su familia. Esta situación también influye en la actitud que demuestran las socias que es una actitud pasiva y conformista. Esta situación, también influye en la actitud que muestran las socias, que es pasiva y conformista.



CUADRO N° 7

INGRESO DE LOS ESPOSOS

Promedio	F	%
Más de sueldo mínimo	125	74
Menos del sueldo mínimo	45	26
TOTAL	170	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a los ingresos familiares, vemos en el siguiente cuadro, que un 74%, los esposos trabajan y perciben más de un sueldo mínimo; y el 26%, perciben menos del sueldo mínimo, porque son eventuales, ambulantes o peones.

Es por esto, que las esposas realizan alguna actividad, para poder contribuir en la economía del hogar; esto nos indica, que los ingresos familiares son sumamente bajos, los cuales tan sólo cubren la cuarta parte de la canasta familiar,

CUADRO N° 8**TENENCIA DE LA VIVIENDA**

TENENCIA	F	%
Propia	190	79
Alojada	40	17
Cedida	10	4
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, se aprecia que el 79% de las socias del Comedor, cuentan con vivienda propia; el 17%, es alojada; y el 4%, cedida.

Caracterizándose la mayoría, de ser propietarios y contar con el título de propiedad que garantiza su posesión legal del terreno y vivienda. Igualmente, existen socias que viven en viviendas alojadas en casa de sus padres, para que habiten temporalmente hasta que la familia logre los recursos necesarios para conseguir un terreno y construir su vivienda propia, siendo esto una forma de ayuda a los hijos hasta que logren una mayor estabilidad económica.

En lo que respecta a viviendas cedida por algún familiar, esto pone en evidencia la difícil condición económica, la baja capacidad de ahorro que han tenido y que no les permitió acceder a una vivienda propia, debiendo destinar su presupuesto mensual para cubrir los gastos de otras necesidades básicas

CUADRO N° 9**ESTADO DE LA VIVIENDA**

ESTADO	F	%
Construida	90	38
Semi-construida	130	54
Provisional	20	8
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN

Al analizar los datos obtenidos en este cuadro, podemos observar que el 38% de viviendas de las socias, está construida; el 54%, su vivienda es semi-construida; y el 8%, es provisional.

Si bien es cierto que las viviendas están construidas o semi-construidas, éstas constan de 2 ó 3 habitaciones, lo que no les permite comodidad, indispensable para vivir decorosamente, más aún si se trata de niños lo cual está desfavoreciendo su bienestar y la calidad de vida; asimismo en cuanto a los servicios, cuentan con luz, agua, y desagüe. Podemos agregar, que la elevada carga familiar, hace aún más crítica la situación de la vivienda, repercutiendo directamente en las condiciones de vida de la familia.

CUADRO N° 10**NUMERO DE HABITACIONES**

HABITACIONES	F	%
1 - 2	150	62
3 - 4	90	38
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto 2013

INTERPRETACIÓN.

En lo que se refiere al número de ambientes por familia, se puede decir, que el 62%, tienen de 1 a 2 ambientes, cantidad que resulta insuficiente en las familias numerosas originando hacinamiento; con 38%, tienen de 3 a 4 habitaciones; lo cual trae consigo, por las condiciones socio-económicas, les resulta imposible poder construir nuevos ambientes que les permita tener algún tipo de comodidad y posibilidad de mayor desplazamiento y confort.

El hacinamiento es, por lo tanto, consecuencia de la precariedad económica familiar, ya que en una o dos habitaciones le dan múltiples usos, como por ejemplo, hace de dormitorio, cocina, comedor, almacén, etc.

CUADRO N° 11**LUGAR DE ATENCIÓN DE SALUD**

LUGAR	F	%
Centro de Salud	130	54
ESSALUD	50	21
Medicina Natural	60	25
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN.

Al indicar sobre las instituciones que atienden la salud de la familia, se tiene que la mayoría de estas familias con un 54%, recurren al Centro de Salud ubicado en la zona donde residen, es decir, más de la mitad, esto se da por el bajo costo que cobran en dicho lugar; con un 21%, son atendidos en ESSALUD, y esto debido a que los esposos, están asegurados por su institución donde laboran; y con un 25%, muy representativo, recurren a la medicina tradicional, esto en muchos casos, por sus costumbres que traen al migrar a nuestra ciudad.

Se precisa que las condiciones económicas de las socias del comedor y sus familias, no les permite contar con los recursos suficientes para acceder a los servicios particulares de salud, por lo que recurren a instituciones estatales, pese a las limitaciones presupuestales cuantitativas y cualitativas de este sector, para prestar sus servicios en condiciones óptimas.

CUADRO N° 12

ENFERMEDADES FRECUENTES

ENFERMEDADES	F	%
Bronco Pulmonares	110	46
Gastrointestinales	90	38
Desnutrición	18	7
Infecciones	12	5
Ninguna	10	4
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

En la gran mayoría, sufren de alguna enfermedad, tal como podemos ver en el presente cuadro, con un 46%, bronco pulmonares; el 38%, con enfermedades gastrointestinales; el 7%, padecen de desnutrición; el 5%, sufren de infecciones; y con un mínimo 4%, no sufren ninguna enfermedad, ahora bien, todas las socias que recurren al Centro de Salud, tienen que comprarse las medicinas indicadas para el tratamiento, siendo este el problema, porque la falta de recursos económicos no les alcanza para adquirir medicinas, por lo que generalmente, recurren a tratamientos caseros. Se trata de enfermedades comunes y lo más importante, es que no se da la presencia de enfermedades de alto riesgo.

CUADRO N° 13**RELACIONES FAMILIARES**

OPINIÓN	F	%
Buenas	40	17
Regulares	110	46
Malas	90	37
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Con respecto a las relaciones familiares, estas fueron valoradas como regulares en un 46%; en tanto que el 37%, valoró las relaciones como malas, esto tal vez, por el trato poco amable que reciben del esposo; en cambio el 17%, la valoran como buenas. Muchas refirieron ser agredidas físicamente casi siempre sin razón justificada, pues sus cónyuges llegan ebrios.

La actitud que asume la esposa, es evitar comunicarse con él para que no continúe sus agresiones, ya sea a ella o a sus hijos.

CUADRO N° 14

PROBLEMAS FAMILIARES

PROBLEMAS	F	%
Si	200	83
No	40	17
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud de 15 de Agosto-2013

CUADRO N° 15

RAZONES DE LOS PROBLEMAS

RAZONES	F	%
Económicos	80	40
Falta de comunicación	30	15
Irresponsabilidad	42	21
Infidelidad	10	5
Alcoholismo	38	19
TOTAL	200	100

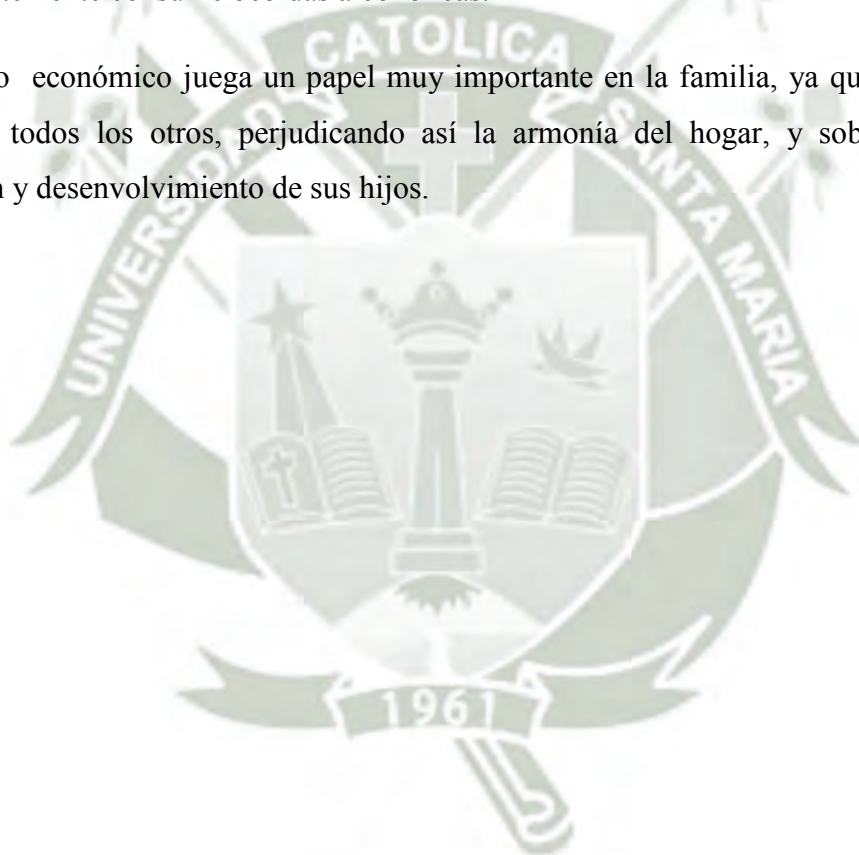
Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto -2013

INTERPRETACIÓN.

En el Cuadro de la referencia, podemos notar que el 83% de las socias manifiestan que si tienen problemas y sólo el 17% manifiesta lo contrario.

Con respecto a las razones por las cuales se dan los problemas familiares, tenemos que el 40%, se encuentra en el aspecto económico, el que les trae constantes conflictos con su pareja; un 15%, lo ocupa la falta de comunicación; con un 21%, la irresponsabilidad; con un 5%, la infidelidad; y con el 19%, el alcoholismo, debido a que el esposo permanentemente consume bebidas alcohólicas.

El aspecto económico juega un papel muy importante en la familia, ya que éste es el inicio de todos los otros, perjudicando así la armonía del hogar, y sobre todo, la educación y desenvolvimiento de sus hijos.



CUADRO N° 16

POR QUE MOTIVO PARTICIPA EN EL COMEDOR

MOTIVOS	F	%
Menú económico	110	46
Alimentación Balanceada y a bajo costo	40	17
Tiempo disponible para realizar otras actividades	90	37
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Podemos decir que los motivos de participación en los Comedores tienen un trasfondo económico, ya que alimentan a la familia con un menor costo; en efecto, en este cuadro sobre los motivos de participación, contamos que el 46%, corresponde a que el menú es económico para la familia; seguido con un 37%, ya que les posibilita disponer de tiempo para realizar otras actividades; y con un 17%, a que en el Comedor se da una alimentación balanceada, o sea, que el motivo de participación es el bajo costo y que les permite realizar otras actividades

Podemos decir que los limitados ingresos económicos de la familia, conducen a la búsqueda de medios de subsistencia, es decir, estrategias de sobrevivencias, como los Comedores Populares.

CUADRO N° 17

FORMA DE VENTA DE LOS MENÚS

PAGO	F	%
Pago diario	210	88
Semanal	30	12
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Podemos observar en el presente cuadro que el 88%, pagan diariamente el consumo de su menú; y el 12%, lo hacen semanalmente.

Es necesario hacer referencia, que dichos comedores brindan sus servicios a través de preparación de menús para la hora del almuerzo, asimismo brindan este servicio de lunes a sábado y el valor es de S/1.50 en algunos casos como socias adultas mayores, pero en la mayoría pagan 2.00 Nuevos Soles.

En necesario también hacer hincapié, que se exonera del pago a las personas que les toca hacerlo en la semana; también a los huérfanos a los ancianos, pero también hay comedores que no existe motivo alguno para exoneración.

De esta manera se resuelve en forma paliativa la desnutrición y deficiencia alimentaria de las familias del sector popular

La alimentación es una necesidad primaria cuya satisfacción tiene que ser garantizada para toda la población, ya que alimentarse constituye un requisito esencial para sobrevivir en este caso se da a través de la autogestión.



CUADRO N° 18**COMEDORES QUE DEPENDEN DEL CENTRO DE SALUD**

COMEDORES	F	%
Comedor “Jesús Nazareno”	30	12
Comedor “La Merced”	40	17
Comedor “La Unión”	50	21
Comedor “Santa Teresita”	50	21
Comedor “Virgen de Chapi”	40	17
Comedor “Señor de los Milagros”	30	12
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto 2013

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, podemos observar que seis Comedores Populares dependen del Centro de Salud, teniendo un total de 55 comedores en todo su ámbito, pero éstos están agrupados por zonas y dependen de las Postas de Salud distribuidas por toda la zona y donde tienen como tarea principal, la capacitación y prevención de la salud y el trabajo directo con dichos comedores para buscar que mejoren su calidad de vida, y por ende, contribuir al logro de su bienestar, tanto de la familia como de la comunidad.

CUADRO N° 19**EXISTE RELACIÓN CON LAS ORGANIZACIONES DEL PUEBLO JOVEN**

RELACIÓN	F	%
Si	60	25
No	180	75
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

El presente cuadro referente a la relación con organizaciones del Pueblo Joven, muestra los siguientes resultados: el 75%, manifiestan que no se relacionan con otras organizaciones; mientras que el 25%, dice que sí, considerando la relación que tienen con el Centro de Salud.

El no expresado, nos demuestra una total descoordinación y división entre éstas organizaciones populares que actúan y trabajan en un mismo pueblo, están encerradas en su dinámica interna y no se relacionan con el resto de organizaciones similares o distintas que existen, ello nos conlleva a referir, que los Comedores tienen una organización limitada ya que no se proyectan y se pierde esta coyuntura favorable a la organización popular.

CUADRO N° 20**NIVEL DE ASISTENCIA A PROGRAMAS DE SALUD**

NIVEL	F	%
Siempre	40	17
Algunas veces	80	33
Nunca	120	50
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los C. Populares del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, tenemos que el 50% está en que nunca asisten las socias; algunas veces con 33%; y un 17%, siempre acuden.

Inferimos que pese a estar integradas a los comedores promovidos por el Centro de Salud, y por ende, están informados y motivados sobre cada una de las actividades y programas a realizarse, no participan; esto demuestra que la participación de las socias está condicionada necesariamente a factores socio-familiares, ya que en algunos casos la ocupación laboral y el recargado trabajo doméstico, ocupan gran parte de su tiempo, pues están más por cubrir sus necesidades materiales que por la convicción real de participación.

CUADRO N° 21**TIPO DE PROGRAMA DE SALUD EN QUE PARTICIPA**

TIPO	F	%
Despistajes	52	22
Inmunizaciones	48	20
Capacitación	30	13
Ninguna	110	45
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Al especificar el tipo de programa de salud en los que participan las socias, tenemos que con el 45%, no participan; el 22%, participan en despistaje; el 20%, en inmunizaciones; y el 13%, en capacitación.

En líneas globales, los programas educativos se constituyen en los que captan los menores niveles de participación y con un poco más las campañas de despistaje y inmunización; sin embargo en términos de participación, no alcanzan resultados óptimos, ya que la mayoría no participa en ninguno de los programas de salud, pese a la importancia que tienen para la salud de la mujer del sector popular con poco acceso a los servicios de salud.

CUADRO N° 22

RAZÓN POR LA QUE NO PARTICIPAN

RAZÓN	F	%
Actividad ocupacional	30	28
Problemas conyugales	20	18
Tareas Domésticas	10	9
Falta de tiempo	50	45
TOTAL	110	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Como se puede apreciar, en el presente cuadro estadístico, entre las razones manifestadas por las socias, se tiene: con un 28%, por actividades ocupacionales; con el 18%, tenemos a problemas conyugales; tareas domésticas con 9%, y con un 45%, por falta de tiempo

Como podemos observar la participación de las socias se encuentran limitada, por razones familiares y los permanentes conflictos por la concepción machista tan arraigada en nuestro medio; así también este problema de la no participación, se debe a la ocupación que tienen más de la mitad de las socias de los comedores Populares.

CUADRO N° 23

PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD

PARTICIPACIÓN	F	%
Frecuentemente	50	42
Esporádicamente	70	58
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto 2013

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, podemos observar que el 42%, participa frecuentemente; y el 58%, esporádicamente; tenemos que su forma de participación es de recepción de la orientación que se les imparte, correspondiendo a un tipo de participación receptiva por parte de las socias incluso indiferencia de las mismas.

Sin embargo en términos generales, no se observa una participación total, sino que al contrario, un importante porcentaje no participa en todas las actividades desarrolladas en el Centro de Salud.

CUADRO N° 24

CONOCE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL CENTRO DE SALUD

CONOCE	F	%
Si	220	92
No	20	8
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del C. de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

En cuanto al presente cuadro se ha constatado, que el 8% de socias, no conocen los servicios que brinda el Centro de Salud; y el 92%, si conoce , o sea, que esto nos demuestra que el mayor porcentaje de socias hacen uso de los servicios que brinda el Centro de Salud, ya sea siempre o esporádicamente,

Pero en lo que se refiere a programas, no les dan su debida importancia; teniendo en cuenta que dichos programas, son para la prevención de futuras enfermedades.

CUADRO N° 25**QUE TIPO DE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA QUE IMPLEMENTE EL
CENTRO DE SALUD**

TIPO	F	%
Promocional	80	33
Capacitación	90	38
Recreación	70	29
TOTAL	240	100

Fuente: Encuesta a los Comedores del Centro de Salud 15 de Agosto-2013

INTERPRETACIÓN:

Al indicarles que las socias de los Comedores especifiquen el tipo de actividad en que participarían, se tuvo como resultados que predomina las actividades de promoción de cursos de costura, repostería, tejido, etc. con un 33%.

En las actividades de capacitación, con un 38%, piden charlas en donde se trate diferentes temas; y con un 29%, representativo solicitan actividades de recreación; generalmente las socias piden esto, porque sus hijos son pequeños y no hay lugares adecuados para que puedan realizarlo.

2. DIAGNOSTICO.

2.1 UBICACIÓN.

EL Centro de Salud 15 de Agosto el cual se encuentra ubicado en la Av. Salaverry 703 Urbanización 15 de Agosto en el Distrito de Paucarpata. Al sureste de la ciudad de Arequipa

2.2 LIMITES.

El Centro de Salud 15 de Agosto limita de la siguiente forma:

Por el Norte : Con los Incas.
Por el Este : Con la Av. Junín
Por el Sur : Con el Av. Argentina
Por el Oeste : Con la Av. Triunfo.

2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Siendo Presidente de la República, el Arq., Fernando Belaúnde Terry y Ministro de Salud el Dr. Uriel García, y por incesante crecimiento poblacional en la zona de Alto Porongoché, la Dirección de Salud Sur Occidental crea la Posta médica de 15 de Agosto el 13 de Enero de 1970 cuyo local provisional estuvo ubicado al costado del local comunal, después de seis meses de arduo trabajo se logró construir el local propio del Puesto de Salud, cuya ceremonia de inauguración fue el 29 de Julio de 1970.

Con un local adecuado, personal técnico calificado y el apoyo decidido de la comunidad el Puesto de Salud fue elevado a la categoría de Centro de Salud siendo su primer médico Jefe la Dra. Mery Fuente.

En 1994, a través de un convenio con FONCODES, se logró construir la segunda planta ampliándose aún sus instalaciones. Este mismo año se crea a nivel Nacional el Programa de Administración Compartida en Salud, a través de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), creándose el CLAS Centro de Salud 15 de Agosto el 9 de Diciembre de 1994 siendo inscrita en

Registros Públicos el 05 de Enero de 1995, con personería jurídica. Con este modelo de gestión, se ha trabajado hasta el 11 de Setiembre del año 2002, bajo la conducción del Dr. Ruperto Dueñas Carpio, Médico Jefe y Gerente del CLAS Centro de Salud 15 de Agosto.

Mediante Resolución Ministerial N° 1491 – 2002 SA/DM del 11 de Setiembre del 2002 se transforma en la Asociación CLAS Paucarpata Norte, con nueva personería jurídica, integrándose a la misma el Centro de Salud 15 de Agosto, el Puesto de Salud Miguel Grau A, el Puesto de Salud Miguel Grau B y el Puesto de Salud Miguel Grau Módulo CD Durante el Año 2002, se produce el redimensionamiento de las Redes de Salud en la Región de Salud Arequipa conformando 6 Redes de Salud, y estando incluidos nuestros establecimientos de salud en la Red de Salud N° 4 Arequipa -Este, hoy Red de Salud Arequipa Caylloma, integrados en la Micro Red 15 de Agosto.

Actualmente, se encuentra conducido la Micro-Red 15 de Agosto como Director el Dr. Walter Vera Delgado; en el C.S. Miguel Grau B, la Dra. Gladys Llerena Salas; P.S Miguel Grau Modulo A, la Enf. Elizabeth Sana Apaza; y el P.S. Miguel Grau Modulo CD, la Obst. Patricia Rosas, Lic. Cinthia Rodríguez, Lic. Carmen Salas.

2.4 CLIMA.

La localidad de Arequipa se caracteriza por presentar temperaturas muy variables durante el año, pero en general el clima es aceptable claro está que con temperatura de frío algo elevadas.

2.5 OBJETIVOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN.

- Disminuir la morbi-mortalidad materno-neonatal, con énfasis en la población de menores recursos con enfoque de derechos.
- Contribuir en la disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años basadas en el enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad priorizando las poblaciones de pobreza y extrema pobreza.

- Disminuir las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, promoviendo estilos de vida y entorno saludables mejorando la vigilancia, control y atención integral de la población, con énfasis en las poblaciones vulnerables con enfoques de derechos, equidad de género e interculturalidad.
- Reducir la Morbi-mortalidad de las enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas y aquellas originadas por factores externos.
- Brindar mejores servicios de salud a la población ampliando y mejorando su oferta con énfasis en la mejora continua de la calidad.
- Contribuir a la mejora del sistema de salud optimizando la gestión, el desarrollo y las competencias de los recursos humanos en salud.
- Contribuir a mejorar el desempeño institucional optimizando la gestión de recursos económicos, materiales y financieros.
- Contribuir a la descentralización fortaleciendo el rol de rectoría y conducción sectorial del Ministerio de Salud.

2.6 MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO DE SALUD.

MISIÓN.

“Contribuir a elevar el nivel de salud de los pobladores de nuestra jurisdicción en el distrito de Paucarpata, con la participación activa y coordinada de todos los actores sociales, con adecuada toma de decisiones para brindar salud, promoviendo estilos de vida saludables buscando la equidad y solidaridad, priorizando a la población de mayor riesgo, revalorando al mismo tiempo al usuario interno y externo”.

VISIÓN.

“Lograr una comunidad saludable y comprometida que contribuya a su propio desarrollo, con una red de servicios de salud funcional, con infraestructura

moderna, con equipos de tecnología de punta, y un recurso humano capacitado y comprometido garantizando la satisfacción plena del usuario, brindando una atención con calidad, calidez, equidad y con acceso universal”.

2.7 PROGRAMAS QUE REALIZA EL CENTRO DE SALUD.

- Programa de Familia y Vivienda Saludable.
- Programa de Promoción de la Salud de Instituciones Educativas.
- Programa de Municipio y Comunidad Saludable.
- Programa de Promoción de Centros Laborales Saludables.
- Programa de Atención Integral del Niño.
- Programa de Atención Integral del Adolescente.
- Programa de Atención Integral del Adulto y Adulto Mayor.
- Programa de Atención a la Madre Adolescente.
- Programas y actividades Educativas y de prevención a la comunidad.
- Programa de Salud Ocupacional.
- Programa de Saneamiento Ambiental: Control de Chagas.
- Programa de Bienestar Social..

2.8 IDENTIFICACIÓN.

- Insuficiente infraestructura.
- Insuficiente personal técnico y administrativo.
- Limitado presupuesto para Programas de Promoción.
- Stock insuficiente de medicinas.

- Equipamiento obsoleto sin tecnología moderna.
- Capacitación limitada del personal.
- Bajos recursos económicos en las familias.
- Niveles educativos bajos.
- Presencia de enfermedades bronquiales e infecto contagiosas.
- Conflictos, desintegración y violencia familiar.
- Condiciones inadecuadas de la vivienda con deficientes condiciones sanitarias.
- Actitud pasiva y conformista.
- Elevado número de hijos.
- Alcoholismo.
- Indiferencia y poca participación de los Programas que implementa el Centro de Salud.
- Multiplicidad de labores que realiza el Trabajador Social

3. DESCRIPCIÓN.

- **Bajo nivel de ingresos.**

Los ingresos que tienen no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas ya que por lo general sus trabajos son independientes.

- **Nivel educativo por lo general son bajos.**

La mayoría tienen primaria y otros han concluido la secundaria y, siendo en algunos casos analfabetos y esto les limita mucho en su desarrollo personal, así como también en su hogar.



- **Viviendas inadecuadas.**

Generalmente las viviendas son de material noble, sólo tienen una o dos habitaciones; en algunos casos, no cuentan con los servicios básicos, el número de habitaciones no está en relación al número de personas que viven en ella, denotando hacinamiento y promiscuidad. Inadecuados hábitos de higiene, tanto personal como de consumo de alimentos, como también en la acumulación de basura.

- **Presencia de enfermedades bronquiales e infecto contagiosas.**

Es elevado el número de socias del comedor que presentan enfermedades infectocontagiosas, bronquiales y estomacales, EDA, IRA, TBC, las que proliferan rápidamente por la falta de medidas preventivas que tiene la población.

- **Limitado presupuesto para programas de promoción.**

Los recursos del Centro de Salud son limitados, pero a pesar de ello, el Centro de Salud se preocupa por la prevención; el Trabajador Social, también lleva a cabo una efectiva capacitación social para contribuir a la educación de la población.

- **Escasos niveles de participación y organización.**

La participación es muy limitada, no toman conciencia de su importancia y esto está en relación a la falta de tiempo de las socias, porque lo que les interesa es trabajar para tener un ingreso sin darse cuenta que lo primero que tienen que hacer es prevenir posibles enfermedades que las podrían limitar totalmente en sus actividades diarias.

- **Conflictos familiares y violencia desintegración familiar.**

Altos índices de violencia familiar, denotándose la presencia de conflictos conyugales muchas veces se derivan en maltrato físico, psicológico o moral

existiendo bajos niveles de comunicación y comprensión familiar, llegándose a la desintegración familiar, situación que afecta el desarrollo integral de los hijos.

- **Actitud Pasiva y Conformista.**

Las socias no son personas que les gusta participar y analizar sus problemas, ellos se sienten conformes y tranquilos, aceptando su situación tal como se les presenta, no pensando en mejorar para tener un futuro mejor.

- **Insuficiente personal técnico y administrativo**

Los recursos humanos son limitados a pesar que el centro tiene mucha demanda, pero esto también se encuentra limitado por equipos obsoletos y el stock insuficiente de medicinas.

A esto también le agregamos la falta de capacitación que se da al personal que labora en dicho Centro.

- **Alcoholismo.**

Inclinación a ingerir bebidas alcohólicas como un escape e impotencia frente a la problemática que atraviesan influidos por su bajo nivel cultural.

- **Labores del Trabajador Social.**

El Trabajador realiza multiplicidad de labores, no dejando percibir el verdadero rol profesional que debe cumplir en el Sector Salud.

4. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.

Problema Esencial.

Presencia de pobreza en la zona y, por ende, afecta a las socias integrantes de los comedores populares que pertenecen al Centro de Salud y se expresa en su limitada participación en programas de prevención y promoción, lo cual origina todo una problemática social, repercutiendo en sus condiciones de vida familiar y comunal.

Problemas Fundamentales.

- Los Bajos recursos económicos.
- Actitud pasiva y conformista por parte de los socios.
- Bajos niveles de participación de las socias del comedor en la prevención y promoción de la salud.

Problemas Incidentales.

- Conflictos y abandono familiar
- Enfermedades infecto-contagiosas.
- Problemas de alcoholismo.
- Equipamiento obsoleto sin tecnología moderna.
- Condiciones inadecuadas de la vivienda.
- Insuficiente personal técnico y administrativo.
- Fuentes de infección presentes en la comunidad por patrones culturales inadecuados.
- Falta de capacitación del personal.
- Elevado número de hijos.
- Stock insuficiente de medicinas.
- Deficiente alimentación y desnutrición.
- Multiplicidad de labores que realiza el Trabajador Social.

5. PRONÓSTICO.

De continuar esta participación condicionada, pasiva y receptiva, y lo que es más, el no participar de las socias de los Comedores Populares que dependen del Centro de Salud de 15 de Agosto en Programas de Salud para la prevención, es probable que los problemas de salud se agudicen y afecten sus niveles de vida.

6. POTENCIALIDADES.

- Los Comedores Populares que se unen para afrontar colectivamente el problema de alimentación que les aqueja.

- Apoyo del Centro de Salud 15 de Agosto de Paucarpata.
- Edad de la población.
- Existencia de canales de comunicación.
- Las Graduandos.

7. LIMITACIONES.

- Limitado presupuesto para campañas de prevención y promoción.
- Precaria economía de las familias.
- Horario de trabajo.
- Bajo nivel de instrucción
- Mínimo tiempo que disponen las madres para asistir a reuniones y a participar en programas de salud.
- Escaso e inadecuado equipamientos.

8. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCIÓN.

Limitada participación en Programas de Prevención y Promoción de la Salud de las socias de los Comedores Populares que pertenecen al Centro de Salud 15 de Agosto.

CAPITULO III

ALTERNATIVA DE ACCIÓN

PLAN GENERAL DE TRABAJO.

La intervención profesional del Trabajador Social, debe ser orientada a promover una integración entre los tres agentes sociales: institución, usuarios y Trabajo Social, y de esta manera, elevar el nivel de capacitación y prevención de la salud, eso permitirá afrontar esta problemática y de esta forma contribuir al desarrollo de esta Comunidad.

Es así, que el Trabajo Social, es una profesión de las Ciencias Sociales con carácter esencialmente humanista, que basa su acción en el reconocimiento de la dignidad humana, teniendo como fin el de contribuir al desarrollo integral del hombre ubicado en su contexto social.

El presente Plan de Trabajo, ha sido elaborado como producto de la investigación realizada y como respuesta a dos aspectos importantes:

A los problemas de poca o nula participación de las socias y a los problemas de salud que presentan.

1. PROGRAMA.

1.1 IDENTIFICACIÓN

“PROMOCIÓN DE LA SALUD”

1.2 JUSTIFICACIÓN.

El presente Plan de Trabajo, es respuesta al problema de la poca participación de las socias de los Comedores Populares en los diferentes Programas de Salud, que implementa el Centro de Salud 15 de Agosto, es por esto, que se plantea esta alternativa para enfrentar dicha problemática, por ello, que considera muy necesario la ejecución de un Programa de prevención social, para poder afrontar los problemas que presentan.

Por tanto, se ha visto por conveniente ejecutar el presente programa, con la finalidad de crear mejores condiciones de vida a las familias y a asumir sus responsabilidades en relación a la prevención de su salud y que participen en las diferentes acciones de prevención que realiza el Centro de Salud.

1.3 OBJETIVOS.

Objetivo General.

- Promover mejores niveles de vida de las integrantes de los Comedores con una permanente capacitación.
- Propiciar la participación de las integrantes de los Comedores Populares, dependientes del Centro de Salud, para la prevención de la salud a fin de que las familias y la comunidad tengan un desenvolvimiento óptimo físico y mental en su vida diaria

1.4 METAS

- Lograr el cumplimiento del proyecto en un 80%.
- Lograr capacitar a las socias en la prevención de la salud en un 80%-

1.5 TÉCNICAS.

De Motivación. Afiches, láminas, reuniones grupales, entrevistas, lluvia de ideas, etc.

De Capacitación. Folletos, diálogo simultáneo, papelógrafos, codificación y descodificación

1.6 POBLACIÓN BENEFICIARIA.

Con este Programa se beneficiaran más de 200 socias.

1.7 ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO.

El Programa estará a cargo de las dos graduandos.

Para este Programa se implementará dos proyectos de:

- Capacitación Social. para mejorar sus niveles de vida
- Prevención de la Salud. .

1.8 RECURSOS.

Humanos.

- Ministerio de Salud.
- Centro de Salud 15 de Agosto Paucarpata´.
- Asistente Social del Centro de Salud
- Equipo interdisciplinario.
- Juntas Directivas.
- Socias de los Comedores Populares.
- Las Graduandos.
- Responsable de Saneamiento y Promoción Social.

Materiales.

- Papelógrafos.

- Plumeros gruesos.
- Afiches-gigantografías.
- Megáfono.
- Útiles de Escritorio

Institucionales.

- Centro de Salud 15 de Agosto-Paucarpata.
- Universidad Católica Santa María.

1.9 FINANCIAMIENTO.

El Financiamiento del proyecto estaría a cargo de las Graduandas.

1.10 CRONOGRAMA.

Tendrá una duración de tres meses.

2. PROYECTO N° 1.

“CAPACITACIÓN SOCIAL”

2.1 IDENTIFICACIÓN

Capacitar a las socias para lograr mejorar sus niveles de vida y así poder evitar problemas de salud

2.2 JUSTIFICACIÓN.

El problema estructural de la salud poblacional es complejo en nuestro país y se refleja en el nivel social y está condicionado por su situación económica que les afecta sus condiciones de vida

Se tiene que la salud es forma generativa es eminentemente recuperativa, realizándose grandes inversiones en ésta; quedando a un segundo plano, las acciones de prevención y lo que es más, las que se dan no tienen los resultados necesarios porque la población no participa.

2.3 OBJETIVO.

Promover la capacitación social para mejorar sus condiciones de vida y esto va a mejorar su salud.

Promover nuevos espacios de participación de la mujer en el Centro de Salud 15 de Agosto-Paucarpata.

2.4 ACTIVIDADES.

A. COORDINACIÓN.

- Con la Jefatura del Centro de Salud.
- Equipo multidisciplinario del Centro de Salud.
- Junta Directiva de los Comedores.
- Trabajadora Social del Centro de Salud para que brinde su apoyo.

B. MOTIVACIÓN.

- Visita Domiciliarias para propiciar la participación de las socias.
- Charlas de sensibilización en organizaciones de base.
- Reunión grupal para planificar actividades.
- Colocar afiches motivadores en lugares estratégicos para despertar el interés de los socias
- Elaboración y distribución de invitaciones.
- A través de afiches y volantes motivar la participación grupal en actividades de desarrollo.
- Motivar a las socias con técnicas de animación, creando un ambiente de compañerismo é integración grupal.

C. CAPACITACIÓN.

- Capacitación en cuanto a organización, administración y funcionamiento del comedor.
- Analizar los elementos básicos del trabajo colectivo, la participación comunicación y el aporte personal y grupal.
- Capacitar sobre alimentación sana.

- Capacitación en cuanto a roles y funcionamiento de la Junta Directiva y de las socias al interior del comedor.
- Charlas sobre:
 - Como mejorar sus niveles de vida.
 - Analizar los aspectos que forman parte de nuestra calidad de vida.
 - La importancia de la organización grupal.
 - El papel solidario e integrador que debe haber en los comedores.
 - La importancia del liderazgo distribuido.
 - El Saneamiento Ambiental y su importancia.

2.5 TÉCNICAS.

- Observación.
- Entrevistas.
- Técnicas de Animación.
- Técnicas de motivación.
- Diálogo simultáneo.

2.6 RECURSOS.

A. HUMANOS.

- Centro de Salud 15 de Agosto-Paucarpata.
- Equipo Interdisciplinario.
- Asistente Social Jefe.
- Socias de los Comedores.
- Graduandas

B. MATERIALES

- Útiles de escritorio.
- Local de Reunión.
- Afiches.
- Volantes.

C. INSTITUCIONALES.

- Centro de Salud 15 de Agosto-Paucarpata.
- Universidad Católica Santa María.
- Financieros.
- Colaboración del Centro de Salud y de la Graduandas.
- Duración
- Tendrá una duración de 3 meses.

3. PROYECTO N° 2.

3.1 IDENTIFICACIÓN

“PREVENCIÓN DE LA SALUD”

3.2 JUSTIFICACIÓN.

Bien sabemos, que la base para que exista una buena participación al interior del grupo debe existir conciencia de sus integrantes y de parte de la Junta Directiva así mismo se les debe dar un buen plan de Trabajo sobre las actividades que benefician a todos sus miembros de su grupo, teniendo en cuenta que no solo se debe considerar como fin la alimentación sino también como poder conservar su salud y como hacer uso de los servicios que les brinda el estado.

Es así que la limitada participación en programas de salud que implementa el Centro de Salud es el principal problema de estos comedores para los cual las graduandos consideran de mucha importancia el presente Proyecto para poder lograr la participación de las socias en las diferentes actividades programas para la prevención de su salud.

La participación es imprescindible para alcanzar la meta de salud

3.3 OBJETIVOS.

- Incentivar la participación de las socias de los comedores populares en las actividades de prevención que realiza el Centro de Salud.
- *Capacitar a líderes como promotores de salud para lograr la prevención de la salud.

3.4 ACTIVIDADES.

A. COORDINACIÓN.

- Con la Jefatura del Centro de Salud.
- Equipo Multidisciplinario del Centro de Salud.
- Juntas Directivas.
- Trabajadora Social del Centro de Salud.
- Coordinar la distribución de las campañas.

B. MOTIVACIÓN.

- Visita a los Comedores Populares para propiciar su participación.
- Reunión para planificar actividades.
- Sensibilización en los Comedores Populares.
- Afiches motivadores.

C. CAPACITACIÓN.

- Importancia de la participación para conservar nuestra salud.
- Campaña de Desfocalización Dental.
- Campaña de detección de Cáncer Uterino y Mamario.
- Realización de campañas de detección de enfermedades gastrointestinales.
- Planificación Familiar.
- Educación Sanitaria.
- Campaña de Salubridad.
- Prevención, control y tratamiento de TBC.

- Primeros Auxilios.
- Botiquín Vecinal.

3.5 TÉCNICAS.

- Observación.
- Entrevistas.
- Técnicas de Animación.
- Técnicas de Motivación.

3.6 RECURSOS

A. Humanos.

- Equipo Interdisciplinario del Centro de Salud.
- Asistente Social del Centro de Salud.
- Graduandas.
- Socias de los diferentes Comedores Populares.

B. Materiales

- Útiles de escritorio.
- Local de reunión.
- Material para la motivación.

C. Institucionales.

- Centro de Salud 15 de Agosto.
- Universidad Católica Santa María.

D. Financiamiento

Presupuesto será asumido por las Graduandos.

E. Duración

Este Proyecto tendría una duración de 4 meses.

4. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PROYECTOS.

A. Objetivos.

- Diseño y aplicación de la alternativa.
- Análisis de los instrumentos de Planificación.
- Relación entre lo planificado y lo ejecutado.
- Participación de los Agentes Sociales.
- Formas de participación.
- Tipo de participación.
- Niveles de participación.

B. Medición de los efectos y Principales Factores de Éxito o fracaso.

- Logros: En forma cualitativa y cuantitativa.
- Eficiencia: Productividad en los resultados.
- Calidad: Estimación de los resultados a través de entrevistas, visitas domiciliarias.
- Persistencia: Uso de tiempo Planeado, Uso de tiempo Ejecutado.
- Impacto: Comparación de los resultados con la magnitud del POI.

CONCLUSIONES

PRIMERA.

La situación de pobreza afecta a la población, pero con mayor fuerza a los sectores populares de donde provienen las integrantes de los Comedores Populares que dependen del Centro de Salud 15 de Agosto-Paucarpata, presentándose problemas de alimentación, desnutrición, bajos ingresos económicos, precariedad habitacional, alto índice de analfabetismo, problemas de salud, bajo nivel cultural, elevada carga familiar, traducida en insatisfacción de múltiples necesidades.

SEGUNDA.

Existe un potencial en la comunidad, como grupos organizados, mujeres líderes que tienen mínima participación en las acciones de salud y que son un recurso enorme para construir la capacidad de toma de decisiones que lleven al cambio y al desarrollo, pero lamentablemente no les dan el valor necesario a las acciones de prevención, mostrando mucha pasividad e indiferencia lo que limita mejorar sus niveles de vida.

TERCERA.

La población, es homogénea, en cuanto a edad, educación, ocupación, lo que puede permitir al Trabajador Social un mejor logro en acciones de educación y capacitación, propiciando la participación como valioso recurso, siendo los programas de capacitación las que nos brindan grandes satisfacciones en el quehacer profesional.

CUARTA.

La demanda que determina su priorización en los establecimientos de salud, desplaza las actividades preventivo-promocionales, siendo la intervención del Trabajador Social en el Centro de Salud, dirigida por la política de la misma, siendo su rol principal la participación social, así como la Capacitación y Educación Social de la población usuaria interviniendo el componente social de la salud.

QUINTA.

La salud de las familias viene siendo amenazada por múltiples enfermedades que se les presenta frecuentemente y esto se agudiza por el escaso conocimiento para mejorar sus niveles de vida y la escasa participación en programas de prevención que implementa el Centro de Salud.

SEXTA.

Las integrantes de los Comedores Populares con participación frecuente en las diferentes acciones de salud forman un grupo reducido, mientras que la mayoría con participación esporádica, o en el peor de los casos, se muestran indiferentes.

SÉPTIMA.

Los Comedores Populares son organizaciones que agrupan a un número significativo de madres de familia, que proporcionan un espacio grupal y de participación democrática, en la que afirma la identidad individual con la identidad colectiva con la finalidad de brindar su mejor servicio alimentario a la familia.

OCTAVA.

Los Comedores Populares se centran en su dinámica interna, sin mantener un eficiente nivel de coordinación y relación con las Juntas Directivas de los Pueblos Jóvenes y con otras organizaciones internas, limitando así su participación, y por ende, su proyección como estrategia de organización popular.

SUGERENCIAS

PRIMERA.

Es importante dinamizar en forma permanente la participación de las socias integrantes de los Comedores Populares articulando la participación a los programas de salud en beneficio de la familia y de su comunidad.

SEGUNDA.

Propender a la integración de las actividades preventivo- promocionales de todos los Programas de Salud para una efectiva construcción de la tan anhelada cultura sanitaria, donde el Trabajador Social es pieza clave.

TERCERA.

Es conveniente que los comedores populares reorienten sus actividades para comportarse como organizaciones que asuman las expectativas de sus integrantes y busquen el desarrollo individual, grupal y comunal. Para contribuir a elevar los niveles de vida, mediante la organización y participación.

CUARTA.

Esclarecer el rol profesional del Trabajo Social en los Centros de Salud y para el logro de sus objetivos hacer uso de la metodología profesional los recursos institucionales y considerándose parte del equipo interdisciplinario.

QUINTA.

Propiciar el desarrollo de actividades utilizando técnicas que permitan conocer y difundir el verdadero quehacer del Trabajo Social en las instituciones periféricas de salud, como medio de fortalecer y revalorar la imagen profesional y la asignación competente de funciones por parte de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

ANDER EGG, Ezequiel “Métodos y Técnicas de Investigación Social”. Editorial Humanistas. Buenos Aires. 1998.

ANDER EGG, EZEQUIEL “Diccionario de Trabajo Social”. Editorial humanistas. Buenos Aires-Argentina. 1990.

AMAT Y LEON, CARLOS “Niveles de Vida, Grupos Sociales en el Perú”. Centro de Investigación Universidad del Pacífico. Lima-Perú. 1999.

AUTORES VARIOS “Promoción y Organización Popular”. Editorial DESCO. Lima-Perú. 1999.

AUTORES VARIOS “Estrategias de Supervivencia y Trabajo Social”. Revista Acción Crítica N° 20. Editorial Celats. Lima-Perú.

HOPENHAYN, Martín “La Participación y sus Motivos”. Revista Acción Crítica N° 24. Editorial Celats. 1999.

KISNERMAN, Natalio “Servicio Social de Grupo”. Editorial humanistas. Buenos Aires. 2000.

LA FOSSE, Violeta “Comedores Populares”. Editorial IMUSA. Lima-Perú. 2000.

MEISTER, Albert “Participación Social y Cambio Social” Editorial Monte Ávila. Caracas-Venezuela. 2000.

ROTTIER, Norma “Protagonismo Popular en Promoción Social y Educación Popular”. Módulo N° 3. Celats. Lima-Perú. 2001.

RUBIO, FATACCIOLI “Problemática del Perú-Crisis Económica”. Editorial Nuevo Mundo. Lima-Perú. 2002.

REVISTA ACTUALIDAD ECONOMICA “Una Mirada al Empleo”. N° 18. Lima-Perú. 2005.

REFKINS y Otros “Criterios de los Planificadores sobre la Participación de la Comunidad”. Editorial Celats. Lima-Perú. 1999.

TAIPE, Néstor “La Capacitación en el Desarrollo Rural”. Editorial Horizonte. Lima-Perú. 2000.



ANEXO N° 1

ENCUESTA

1.- ASPECTO SOCIAL.

1.1 Edad..... Años.

1.2 Lugar de Nacimiento:

Tacna ()

Puno ()

Arequipa ()

1.3 Estado Civil:

Convivientes ()

Casadas ()

Separadas ()

Madres Solteras ()

Viudas ()

1.4 Nivel de Instrucción:

Analfabetos ()

Primaria Incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria Incompleta ()

Secundaria Completa ()

1.5 Carga Familiar:

1 – 2 () 3 – 4 ()

5 - 6 () 7 a Más ()

2.- ASPECTO ECONOMICO.

2.1 Ocupación Laboral:

Pequeños Comerciantes ()

Independientes ()

Trabajo en el Campo ()

Su casa ()

2.2 Promedio de Ingresos de los Esposos:

Más del sueldo mínimo ()

Menos del sueldo mínimo ()

3.- ASPECTO VIVIENDA.

3.1 Tenencia de la Vivienda:

Propia ()

Alojada ()

Cuidante ()

3.2 Estado de la Vivienda:

Construida ()

Semi-construida ()

Provisional ()

3.3 Número de Habitaciones por Vivienda:

1 – 2 ()

4.- ASPECTO SALUD.

4.1 Lugar de Atención:

Centro de Salud ()

ESSALUD ()

Medicina Natural ()

4.2 Enfermedades Frecuentes:

Bronco Pulmonares ()

Gastro Intestinales ()

Desnutrición ()

Infecciones ()

Ninguna ()

5.- ASPECTO FAMILIAR.

5.1 Relaciones Familiares:

Buenas

Regulares

Malas

5.2 Problemas:

Si

No

5.3 Razones de los Problemas:

Económicos

Falta de Comunicación

Indiferencia-Irresponsabilidad

Infidelidad

Alcoholismo

6.- ASPECTO DEL COMEDOR.

6.1 Por qué motivo participa en el Comedor:

Menú Económico

Alimentación Balanceada y a bajo costo Tiempo disponible para realizar
otras actividades

6.2 Forma de Venta de los Menús:

Pago Diario

Semanal

6.3 Comedores que dependen del Centro de Salud:

Comedor "Jesús Nazareno"

Comedor "La Merced"

Comedor "La Unión"

Comedor "Santa Teresita"

Comedor "Virgen de Chapi"

Comedor "Señor de los Milagros"

6.4 Existe relación con las Organizaciones del Pueblo Joven:

Si

No

6.5 Nivel de Asistencia a Programas de salud::

Siempre

Algunas veces

Nunca

6.6 Tipo de Programa de Salud en que participa:

Despistaje

Inmunizaciones

Capacitación

Ninguna

6.7 Razón por la que no participa:

Actividad Ocupacional

Problemas Conyugales

Tareas Domésticas

Falta de Tiempo

6.8 Participación en Programas de Salud:

Frecuentemente

Esporádicamente

6.9 Conoce los servicios que brinda el Centro de Salud:

Si

No

6.10 Qué tipo de Actividades le gustaría que implemente el Centro de Salud:

Promocional

Capacitación

Recreación

ANEXO N° 2

COMEDORES POPULARES QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO-PAUCARPATA:

- 1.- Cristo Salvador
- 2.- Nuestra Señora de Guadalupe
- 3.- La Merced.
- 4.- La Unión
- 5.- Señor de los Milagros
- 6.- Virgen de Chapi
- 7.- Nuestra Señora del Rosario
- 8.- Juan Masas
- 9.- Santa Ana
- 10.- Madre Y Esperanza
- 11.-Micaela Bastidas III
- 12.-Illari
- 13.-Virgen María I
- 15.-Nuestra Señora Inmaculada
- 16.- Fe y amistad
- 17.-Nuevo Renacer I
- 18.-Jesus de Nazareth II
- 19.-San Martin de Porres II
- 20.-Santa María
- 21.-Paz y Bien
- 22.- Señor de los Milagros
- 23.- Santa Mónica
- 24.- San Antonio de Padua
- 25.- Virgen del Pilar
- 26.- Las Esmeraldas
- 27.- Gonzales Prada
- 28.- El Buen Pastor
- 29.-Santa Teresita de Jesús

- 30.- Hijos de San Francisco
- 31.- San Martín de Porres I
- 33.- Virgen de Fátima II
- 34.- Amor y Paz
- 35.- Virgen de Copacabana
- 36.- Nueva Esperanza
- 37.- Mama Margarita
- 38.- Santa Martha
- 39.- María Auxiliadora
- 40.- Niño Manuelito
- 41.- Alegría
- 42.- Micaela Bastidas II
- 43.- Nuevo Amanecer
- 44.- Virgen de la Candelaria
- 45.- Nuevo Horizonte
- 46.- Belén
- 47.- San José II
- 48.- La Amistad
- 49.- Santa Rosa de Paucarpata
- 50.- San José
- 51.- Las Magnolias
- 52.- Las Magnolias
- 53.- Señor de Huanca.

