

Proyecto:

**“Fortalecimiento del Adulto Mayor fomentando la
permanencia en su medio ambiente social”**

Uniendo fortalezas para trabajar con el Adulto Mayor

CENTRO DIURNO PARA ADULTOS MAYORES

ASOCIACION DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS DE SALTO

RESPONSABLES : AJUPENSAL

BPS

FACULTAD DE ENFERMERIA (UDELAR)

MSP

Redactores del Proyecto: Lic. Trabajo Social Mabel Courdin

Lic.en Enfermería Teresita Ghizzoni

Lic.en Enfermeria Leticia Zeballos

ÍNDICE

1 - INTRODUCCIÓN	3
2 - FUNDAMENTACIÓN	3
3 - META	8
4 - MARCO INSTITUCIONAL.....	9
5 - FINALIDAD DEL PROYECTO	9
6 - OBJETIVO GENERAL	10
7 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
8 - RELACIÓN OBJETIVOS – ACTIVIDADES – INDICADORES	10
9 - BENEFICIARIOS DEL PROYECTO	12
10 - LOCALIZACIÓN FÍSICA	12
11 - ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	13
12 - CONTRAPARTIDA DE SERVICIOS INTERVINIENTES	13
13 - MODALIDADES DE OPERACIÓN.....	14
14 - PERFIL DE POBLACIÓN BENEFICIARIA	15
14.1 - CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	15
14.2 - CRITERIO DE EXCLUSIÓN	15
15 - MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO	15
16 - ASPECTOS OPERATIVOS DEL PROYECTO	16
17 - CRONOGRAMA – AÑO 2009	17
18 - EVALUACIÓN DEL PROYECTO	17
19 - IMPACTO ESPERADO	18
20 - INDICADORES IMPACTO	19
21 ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....	19
21 - BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	21

1 - INTRODUCCION

Un Centro Diurno para adultos mayores autovalidos es un espacio de intercambio, interacción social, de integración de vínculos y fortalecimiento de la autonomía e independencia funcional del anciano.

Este proyecto surge para dar respuestas a demandas y necesidades detectadas por diferentes instituciones, sociales, educativas y de salud y de la propia comunidad, que requiere para este grupo poblacional una atención adecuada a las particularidades del ciclo vital.

Se busca evitar la institucionalización del adulto mayor y los costos psicológicos, sociales y económicos que esto conlleva para el adulto y la familia.

Los beneficiarios del mismo serán adultos mayores autovalidos, que tienen una Red Primaria de Soporte Social, familia directa(línea consanguínea) o indirecta(línea no consanguínea), usuarios de la ONG, Asociación de Jubilados y Pensionistas de Salto,(Ajupensal),con cobertura del Ministerio de Salud Pública o mutual.

2 - FUNDAMENTACION

El envejecimiento poblacional será sin duda el proceso demográfico de mayor relevancia para las sociedades en la próxima centuria a nivel mundial, particularmente en el caso de Uruguay, país que presenta la estructura demográfica mas envejecida en la región.¹

De acuerdo a cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de octubre del 2003 y en base a proyecciones entre los años 2000 y 2025 para Latinoamérica, 57 millones de personas mayores se sumarian a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050, ese incremento seria de 86 millones de personas.² Esto representa un problema desde la salud pública que desde el año 1980 la OPS y la Asamblea General de las Naciones Unidas han venido trabajando con los países mas afectados (América Latina y el Caribe)³.

¹ Danonte A.M; Arriaga E. Como envejecen los uruguayos. CEPAL. Uruguay noviembre 2000

² Los adultos mayores en el Uruguay (fecha de acceso 24 de noviembre de 2005) disponible en: <http://www.serpaj.org.uy/inf97/mayores.htm>

³ 25° conferencia Sanitaria Panamericana OPS OMS 21 al 25 de setiembre 1998

En Uruguay la cifras son :

	Población total (en miles)			Personas mayores 60 años (en miles)		
	2000	2025	2050	2000	2025	2050
Hombres	1.618,9	1.910,2	2.076,3	238,6	323,3	475,3
Mujeres	1.718,2	1.989,8	2.143,0	333,8	443,4	595,2
Total	3.337,1	3.900,1	4.219,4	572,4	766,7	1.070,4
% Total de la población	100 %	100 %	100 %	17,2 %	19,7 %	25,4 %
Hombres (%)	48,51 %	48,98 %	49,21 %	14,7 %	16,9%	22,9 %
Mujeres (%)	51,49 %	51,02 %	50,79 %	19,4 %	22,3 %	27,8 %

Fuente: Boletín demográfico 2003. América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050. CEPAL y Elaboración propia

Personas mayores por grupos de edad y sexo

		Población en miles		
		2000	2025	2050
Ambos sexos	60 y más	572,4	766,7	1.070,4
	60-74	398,0	503,7	658,7
	75 y más	174,3	263,0	411,7
Hombres	60 y más	238,6	323,3	475,3
	60-74	175,4	227,8	314,3
	75 y más	63,1	95,5	161,0
Mujeres	60 y más	333,8	443,4	595,2
	60-74	222,6	275,9	344,4

Estadísticas sobre Uruguay de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La mayor parte de esta población son personas autoválidos y socialmente integradas. Casi 90% reside en medios urbanos, su escolaridad promedio alcanza el nivel de primaria en más del 60% y secundaria en un 28%. Más del 80% tiene pensiones o jubilación pero éstas no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren. Un porcentaje creciente de adultos mayores carece de ingresos de pensiones contributivas en tanto proceden del sector de trabajo informal o trabajo precario, no generando derechos a beneficios sociales hasta muy añosos (pensión a la vejez) o cuando tienen una discapacidad severa.

Si bien en la actualidad entre 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años en la comunidad padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, transferencia sillón - cama, deambular), el escaso énfasis puesto en la prevención en períodos previos hace previsible la existencia de cohortes de individuos más añosos y discapacitados.

Además, el envejecimiento poblacional se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares potenciales, esto se expresa en la razón de dependencia, que de 100 cuidadores potenciales cada 55 adultos mayores existente en 1995, se pasará a 100 cuidadores potenciales por cada 93 adultos mayores en el año 2025.

La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas, sistemas de respiro), que proporcionen soporte a las familias en la comunidad, ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia (residencias - "casas de salud", hogares de ancianos).

Ante esta realidad, una correcta atención geriátrica debe basarse en varios principios fundamentales, tales como el trabajo interdisciplinario, el empleo de la metodología e instrumentos de valoración geriátrica integral y la atención del adulto mayor, mediante los denominados niveles asistenciales que garantizan la asistencia integral al paciente geriátrico

en todas las situaciones de enfermedad o necesidad que éste pueda presentar.⁴

En Salto las cifras de adultos mayores en el Censo 1996 era de 16.514 (14,08%) , pasando en el Censo 2004 a 17988 (14,61%), y dentro de la población total las personas mas envejecidas (mayores de 80 años) representan el 2,39%. Esto muestra claramente el rápido proceso de envejecimiento que esta sufriendo nuestra población.⁵

En 1997 en Uruguay el Parlamento Latinoamericano y la OPS aprueban las “Políticas de Protección Integral al Envejecimiento”⁶, en diciembre del año 1998 se promulga la ley general de ancianidad que regula los establecimientos para adultos mayores y el 9 de agosto de 2004 fue promulgada la ley N° 17796 de “ Promoción Integral del Adulto Mayor” donde en su articulo 2° .-se declaran los derechos del adulto mayor: a) integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones en todos los ordenes de la vida, b)alcanzar una vejez digna en la que prevalezca el bienestar físico y psíquico y socioeconómico. c) contar con asistencia médica sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica. d) tener acceso a la educación a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes e) tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional. f) tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad.

El MSP en base a estas leyes crea el programa del Adulto Mayor, PRONAM, que establece dentro de su objetivo promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas entre el estado y la sociedad Civil. Para este órgano normativo y rector de la salud de la población, la correcta atención geriátrica se sustenta en varios principios fundamentales tales como: el trabajo interdisciplinario, la valoración geriátrica integral y su atención mediante niveles asistenciales, pero basados en la premisa de colaborar en la permanencia del adulto mayor en la comunidad, en óptimas condiciones de salud.

⁴ Programa adulto mayor. Políticas Socio sanitarias para el Adulto mayor. (fecha de acceso 27 de enero de 2009) disponible en http://www.msp.gub.uy/uc_2202_1.html.

⁵ Población en los censos 1996 y 2004 por sexo . según grupos quinquenales de edad. (fecha de acceso 7 de enero de 2009)disponible en http://www.ine.gub.uy/fase1new/Salto/Cuadro1_15.XLS.

⁶ Políticas de Protección Integral al Envejecimiento. Declaración de Montevideo Uruguay 1997 (fecha de acceso 12 de marzo 2004) disponible en: <http://www.ops.org.uy/E/edeconpro.htm>.

La prioridad para este programa es establecer contactos y articular con distintos organismos públicos y privados que tengan injerencia en los aspectos de salvaguardar los derechos del adulto mayor para obtener sinergia de recursos e iniciativas.⁷

A nivel del BPS dentro de los programas actuales de Prestaciones Sociales se encuentra el programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil cuyos objetivos son:

- Promover la creación y /o desarrollo de servicios sociales alternativos a la institucionalización, que favorezcan la permanencia del adulto mayor en su medio.
- Contribuir a optimizar la gestión de los hogares de ancianos sin fines de lucro, apuntando a la mejora de la calidad del servicio y a la ampliación de la cobertura a personas mayores no autovalidas.
- Facilitar la creación y o desarrollo de redes departamentales regionales y nacionales de organizaciones de personas mayores, a los efectos de potenciar los recursos humanos y materiales disponibles.

Dentro del subprograma Personas Mayores, las líneas de acción son reforzar y actualizar el área gerontológico a nivel nacional y promover la integración social de las personas mayores contribuyendo a lograr un envejecimiento productivo.

Con esta definición de Políticas Públicas se reconoce que el tema del envejecimiento saludable debe ser un tema prioritario de Salud Pública que deben atender con políticas, estrategias y actividades orientadas a la protección, promoción y atención a la salud.

En el documento se destacan tres argumentos que justifican la inversión en el adulto mayor:

- a) desde una perspectiva “utilitaria” valorando y rescatando la importancia de la contribución del adulto mayor en la familia.
- b) Desde una perspectiva ética distribuyendo recursos con equidad en los diferentes grupos etéreos
- c) desde una perspectiva económica, donde en un país en un proceso de envejecimiento acelerado es imperativo ético y económico mantener la salud y la funcionalidad física y cognitiva de los adultos mayores , lo cual requiere inversiones en salud.

Según datos aportados por el MSP en Uruguay existen 25.000 personas institucionalizadas.

7

En la ciudad de Salto de acuerdo al relevamiento realizado por la Dirección Departamental de Salud, existen 9 casas que albergan adultos mayores e iniciaron trámite de habilitación ante el M.S.P y dos hogares de Ancianos, pertenecientes estos últimos a la Intendencia Municipal de Salto y otro al MSP.

Servicios de prestación social al Adulto mayor de Salto

Instituciones	Cantidad	Total de beneficiarios
Hogares de ancianos	2	100
Casas de salud	9	156
Asociación de jubilados y pensionistas	3 (mas dos filiales Belen y Constitucion)	7800
Clubes de tercera edad	3	320
Servicios externos (UNI 3)	1	600
Otros (soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas)	9	120

La voluntad política para la colaboración intersectorial y el logro de alianzas estratégicas entre instituciones públicas, privadas y ONG con propósitos comunes, contribuirá al desarrollo de programas para aumentar el bienestar del adulto mayor,

3 - META

Generar las condiciones adecuadas de fortalecimiento a los adultos mayores y familias beneficiarios del Programa, que evite la institucionalización

4 - MARCO INSTITUCIONAL.

Conformado por Organismos Públicos: BPS, Universidad de la República - Facultad de Enfermería, Ministerio de Salud Pública-DIGESA y la ONG Ajupensal.

Se formalizaran Acuerdos, Convenios y / o comodatos que permitan la ejecución.

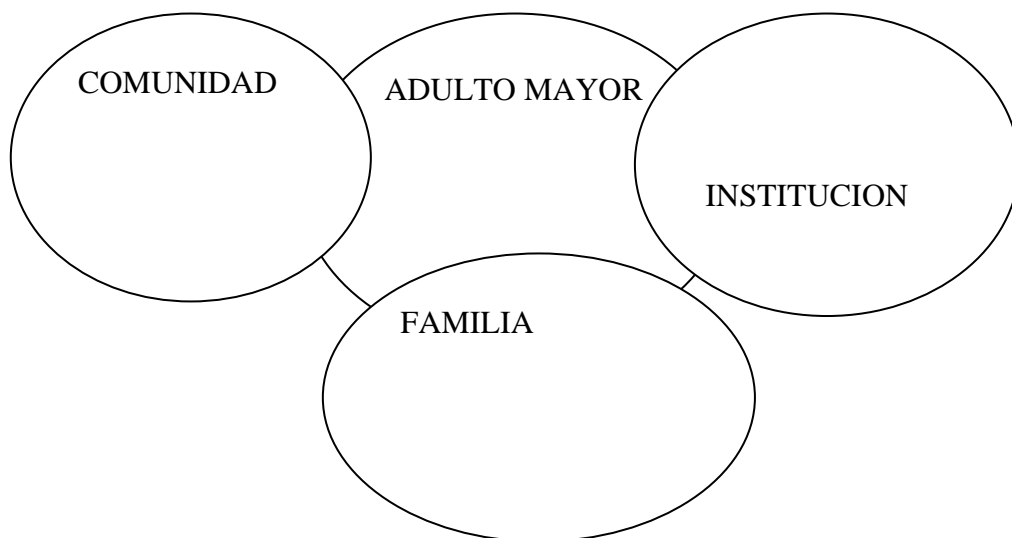
5 - FINALIDAD DEL PROYECTO

Fortalecimiento de las capacidades y habilidades del adulto mayor, en un ámbito organizacional, a través de la creación de Centro diurno, que permita generar una red de soporte social, entre familia, adulto mayor, organización, comunidad, dando respuesta a una necesidad y demanda de servicios no existentes a nivel departamental, sin fines de lucro.

Es una oportunidad para la familia que desea cuidar al anciano en su domicilio; es económico de instrumentar; permite a la mujer seguir trabajando; garantiza al anciano la permanencia en su casa.

Mejora el dialogo y la convivencia familiar, valora a la familia cuidadora y constituye una ayuda o asistencia a la misma.

Apunta a estimular la comunicación interpersonal entre los Adultos Mayores, a través de la planificación de actividades grupales y espacios recreativos.



6 - OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer las capacidades funcionales del adulto mayor y su red de apoyo familiar y social, mediante la implementación de un centro diurno en la ONG Ajupensal, con participación y coordinación interinstitucional, teniendo en cuenta el nuevo Modelo de Atención propuesto por el Sistema Nacional Integrado de Salud.

7 - OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1)Fortalecer el trabajo en red de las organizaciones comprometidas y/otras.

2)Promover formas de coordinación y gestión en la Institución Ajupensal.

3)Coordinar aspectos operativos del funcionamiento por parte del Equipo Multidisciplinario y Dirigentes de la ONG durante la ejecución del proyecto.

4)Captación de la Población beneficiaria

5)Realizar promoción y prevención primaria en salud a través del trabajo personalizado con el adulto mayor

6)Fomentar la participación, el aprendizaje y la convivencia institucional a través de la ejecución de diferentes espacios

7)Fortalecer la red entre familia, adulto mayor, y organización para una participación activa y productiva

8 - RELACION DE OBJETIVOS, ACTIVIDADES E INDICADORES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES EVALUACION
1) Fortalecer el trabajo en red de las organizaciones comprometidas y/otras.	1)reuniones quincenales entre las instituciones participantes de la red.	Nº reuniones del grupo responsable realizadas al mes Nº participantes p/reunión
2) Promover formas de coordinación y gestión en la Institución Ajupensal.	2) gestión con actores sociales locales y gubernamentales para apoyo del proyecto	Nº Instituciones partícipes Nº reuniones coordinación al mes/según planificación

<p>3) Coordinar aspectos operativos del funcionamiento por parte del Equipo Multidisciplinario y Dirigentes de la ONG durante la ejecución del proyecto.</p>	<p>3.1) reuniones de coordinación e intercambio de los diferentes actores ejecutores del proyecto. 3.2) elaboración normativa que regule el funcionamiento del servicio y de la red.</p>	<p>Nº registros de coordinación presentados p/mes Nº de dificultades funcionales presentadas 1er mes Total de normas aprobadas para el proyecto</p>
<p>4) Captación de la Población beneficiaria</p>	<p>4) difusión y sensibilización a través de los medios de comunicación, folletería, etc., 4.1) estudio y selección de la población beneficiaria.</p>	<p>Nº de medios de prensa utilizados en periodo difusión Cantidad de mensajes emitidos periodo difusión Nº mensajes emitidos/ turnos Nº entrevistas realizadas a población interesada Hs. Interno enfermería en captación y Diag. primario Hs. Asist. Social en captación Hs. Psicólogo en captación</p>
<p>5) Realizar promoción y prevención primaria en salud a través del trabajo personalizado con el adulto mayor</p>	<p>5) valoración de las áreas funcional, mental y social a través de la VGI. Valorar presencia de síndromes geriátricos *. Maltrato y violencia familiar. Inmunizaciones Seguimiento del nivel de salud a través de la aplicación del carne del adulto mayor. 5.1) charlas educativas sobre cuidados en los diferentes riesgos y/o alteraciones y patologías prevalentes en el ad.mayor. 5.2) diagnóstico y detección precoz de enfermedades integradas a los programas del MSP.</p>	<p>Hs. Médico Geriatra en valoración inicial Hs consulta de enfermería en valoración inicial Nº Carne Ad. Mayor completo Promedio de Nº registros seguimiento/mes p/beneficiario Nº charlas educativas realizadas por mes Nº beneficiarios participantes en charlas programadas Nº técnicos participantes p/ch Nº temas trabajados p/charla Nº de enfermedades detectadas 1er trimestre de desarrollo del proyecto</p>

<p>6) Fomentar participación, el aprendizaje y la convivencia institucional a través de la ejecución de diferentes espacios</p>	<p>6) Insertarse en el Programa ya establecido de la Institución</p> <p>Ubicar un buzón de sugerencias en área visible</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción a beneficiarios familia - red de apoyo</p>	<p>Tipo de metodologías aplicada por ejecutores del proyecto</p> <p>Nº actividades recreativas ejecutadas/mes</p> <p>Nº beneficiarios participes de actividades recreativas</p> <p>Nº notas depositadas en buzón sugerencias/mes</p> <p>Nº encuestas satisfacción realizadas 1er año</p>
<p>7) Fortalecer la red entre familia, adulto mayor, y organización para una participación activa y productiva</p>	<p>7) Charlas informativas y trabajos grupales con familia y población beneficiaria</p>	<p>Nº encuentros con familia o red apoyo en 1er trimestre</p> <p>Nº familiares participantes en reuniones convocadas</p> <p>Relación participación beneficiario/familia o red apoyo</p>

9 - BENEFICIARIOS del PROYECTO:

Beneficiarios directos: adultos mayores que participen del centro diurno.

Beneficiarios indirectos: Familia, institución Ajupensal, organizaciones públicas y privadas.

10 - LOCALIZACION FISICA

El proyecto se desarrollara en la Institución Ajupensal, localizada en calle José Pedro Varela, 1051 entre calles, 18 de Julio y Rincón, zona centro urbano, cercana a todas las instituciones prestadoras de salud, con acceso a locomoción y servicios públicos. (ver Anexo N°... mapa zona 3 ciudad de Salto)

11 - ADMINISTRACION DEL PROYECTO

El proyecto será administrado y ejecutado por la institución Ajupensal con el financiamiento de instituciones publicas: Banco Previsión Social, Ministerio de Salud Publica- Dirección Departamental de Salud de Salto,

Facultad Enfermería a través del Convenio del Programa Internado-MSP - Udelar y apoyo local de instituciones privadas.

12 - CONTRAPARTIDA DE LOS SERVICIOS INTERVINIENTES

12.1) Recursos Humanos, Materiales y Financieros

Organismo	Recursos humanos	Apoyo logístico	Recursos financieros
BPS	Coordinador a técnica: Lic. En Trabajo Social de prestaciones sociales	Material de folletería Seguimiento y monitoreo. Turismo Social	Apoyo económico para reestructura , generar nuevos espacios físicos y posible equipamiento
MSP	Psicólogo Licenciada en trabajo social	Material para valoración clínica, Aporte del carne del adulto mayor para todos los beneficiarios Seguimiento y monitoreo	Hs Psicólogo (Patronato del Psicópata) Hs. Interno Enfermería Convenio MSP – Facultad de Enf.
Facultad de Enfermería UDELAR.	2 Internos de Enfermería - Estudiantes de ciencias Sociales	Proceso de atención de enfermería. Aplicación de carne del AM. Valoración de AM vulnerables Gestión del proyecto. Valoración nutricional, seguimiento de la dieta. Estudios de ingreso, seguimiento familiar. Trabajo grupal	Convenio Facultad de Enfermería, proyecto internado-MSP
AJUPENSAL	Director técnico Contadora Arquitecta Auxiliar de Enfermería	Coordinación y convocatoria con medios de difusión y elaboración de folletería.	Porcentaje de retención mensual al beneficiario de acuerdo a la modalidad operativa, 10, 20, 30 % del

	Administrativo Auxiliar de servicio Profesionales , técnicos , profesores , idóneos Nutricionista Subcomisiones de apoyo.(voluntarios)	Espacio físico y equipamiento Seguimiento y monitoreo Apoyo administrativo Soporte informático Locomoción Centro de reuniones Voluntarios Apoyo legal. Talleres y actividades de la institución.	monto total de la pasividad.
--	--	---	------------------------------

12.2) Planta Física para el Proyecto:

Si bien en la actualidad la institución no cuenta con el espacio físico para este proyecto de centro diurno, se destinará provisoriamente un salón multiuso donde actualmente se realizan actividades varias, siendo inicialmente un área compartida.

La planta física de la organización cuenta con comedor , salón multiuso, biblioteca, consultorios de atención ambulatoria, patios interiores y áreas verdes, baños, oficina administrativa y técnica.

Se requiere de los recursos materiales necesarios para que pueda funcionar con 25 adultos mayores.(Anexo 1).

13 - MODALIDADES DE OPERACIÓN

La implementación del proyecto se realizara en forma escalonada, adecuándose en el primer y segundo año a la modalidad de funcionamiento de la organización.

Por ser una institución de jubilados y pensionistas que funciona con servicios ambulatorios, la actividad se desarrolla en dos turnos mañana y tarde , con un descanso intermedio de dos horas y media,ofreciéndose en estos turnos servicios de alimentación (desayuno y merienda) a adultos mayores de bajos recursos.

La forma de ingreso al proyecto será:

- a) Por presentación espontanea (voluntad propia).
- b) Por decisión de un familiar.
- c) Por derivación de un equipo técnico (Medico o Lic.T.Social) de Centros Asistenciales

14 - PERFIL DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:

14.1) Criterio de inclusión

Adultos mayores de 60 años y mas, autovalidos
Jubilado o pensionista
Con una red familiar primaria
Usuarios de Ajupensal con una antigüedad de un año (excluyente para los usuarios de ASSE)
La mitad de los beneficiarios seleccionados deberán contar con cobertura del MSP- ASSE
Existencia de vivienda familiar o propia, que al finalizar la jornada del servicio tenga reintegro a su hogar.

14.2) Criterio de exclusión

No adaptación a las normas de funcionamiento del proyecto ,
Instalación de un deterioro psicofísico.
Imposibilidad de aporte económico mensual por parte del adulto mayor y/o familia.
Ruptura en la red familiar y necesidad de derivación.

15 - MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO

Primer año: centro diurno parcial por la tarde en el horario de 14 a 18 hs
Segundo año centro diurno parcial en horario de 8 a 12 y de 14 a 18 hs sin almuerzo
Tercer año : centro diurno de tiempo completo con horario continuo de 8 a 18 hs.

Año	Beneficiarios	Carga horaria	frecuencia	Actividades
2009	25	14 a 18 hs	Lunes a viernes	Integración y socialización. Actividades recreativas, laborterapia, actividades físicas. Merienda compartida
2010	25	8 a 12 y 14 a 18 hs	Lunes viernes	Desayuno compartida actividades de promoción en

				salud. Actividad física Ídem anterior
2011	25	De 8 a 17 hs	Lunes a viernes	A lo anterior se agrega almuerzo compartido.

16 - ASPECTOS OPERATIVOS DEL PROYECTO.

Etapas de instrumentación

1. Difusión y Sensibilización a través de los medios de comunicación por parte de la ONG Ajupensal.
2. Captación y selección de 25 usuarios socios de Ajupensal a través de un diagnóstico que será realizado por internos de la Facultad de Enfermería
3. Entrevista al Usuario (estudios por parte del equipo técnico integrado por: Medico Geriatra-Gerontólogo, Lic.Trabajo Social, Internos de Enfermería) analizar si ese usuario se encuentra dentro del perfil establecido.
4. Encuesta Familiar: ficha de estudio socio-económico.
5. Tabulacion-Sistematización y Elaboración de un Diagnóstico que verifica el Objetivo General
6. Puesta en funcionamiento del 1er Modulo a cargo del equipo responsable para tales fines(Internos de Enfermería, Profesionales de la organización Ajupensal y de los Organismos).

17 - CRONOGRAMA

AÑO 2009

Actividades	Febr.	mar	abril	mayo	jun	jul	agos	set	oct	nov	dic
Sensibilización y concientización Comunidad		X									
Captación de usuarios			X								

funcionamiento				X	x	x	x	X	x		
Seguimiento y monitoreo			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación							X				X

18 - EVALUACION del PROYECTO:

Este proyecto se evaluará con los indicadores convencionalmente utilizados: de estructura, de proceso y de resultado.

a) Con respecto a la evaluación de estructura: se tendrá en cuenta la accesibilidad geográfica, económica y organizacional. Adecuación de la estructura a lo dispuesto por la norma Ley 17.066 y Dto Ley 320/99.

Se valorará el tiempo utilizado para acceder a la organización Ajupensal, el pago mensual del aporte económico acordado y la funcionalidad del movimiento en la planta física estipulada.

Asimismo, la disponibilidad de recursos humanos técnico-profesionales acordados y la real disposición de horas de trabajo mensual los mismos.

b) Con respecto a la evaluación del proceso: para cumplir los objetivos del proyecto, los recursos – tanto humanos como materiales – deben dar muestra del desempeño en relación a la población y a las metas pautadas para el mismo, por lo que se evaluará su productividad y rendimiento a través de la verificación del número de actividades realizadas por mes en general, con cada uno de los beneficiarios y por cada recurso humano contratado.

Existencia de Protocolos para el manejo de problemas mas frecuentes

También se evaluará mensualmente la aplicación de las pautas de funcionamiento elaboradas y las etapas logradas en el proceso de atención propuesto.

En el proceso también se evaluará el desempeño y la eficacia de las reuniones de grupo responsable y de coordinación del proyecto.

Se evaluará la calidad del servicio prestado en el proceso de atención con, en referencia a aspectos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental, con el fin de verificar la satisfacción del beneficiario y su red de apoyo primaria.

c) Con respecto a la evaluación de resultado: para medir el resultado del ésta propuesta es necesario verificar si la población que necesita el apoyo que el proyecto ofrece, está considerada en los 25 usuarios autoválidos ingresados.

Teniendo en cuenta los objetivos específicos propuestos, se deberá evaluar si la aplicación de ésta propuesta permite fortalecer las

capacidades de autocuidado de los beneficiarios para potenciar su permanencia en su medio ambiente socio-familiar y evaluar si sus familias o red de apoyo son fortalecidos en el cuidado y contención de éstos adultos mayores.

Se realizará un corte de evaluación semestral del proyecto para analizar la evolución del mismo desde la perspectiva del equipo técnico y del beneficiario, a través de una reunión y de encuesta de satisfacción del mismo, información resultante que servirá para retroalimentar el proceso

19 - IMPACTO ESPERADO

- 1- Disminuir la institucionalización de personas adultas mayores en el Departamento.
- 2- Establecer un trabajo en red entre las diferentes instituciones participantes, e incorporar otras.
- 3- Generar la necesidad en las Instituciones publicas y privadas, de instrumentar la creación de centros diurnos y otros modelos de atención a nivel departamental que favorezcan al adulto mayor-familia, y a la convivencia en sociedad.
- 4- Fortalecer la Red Familia- Adulto Mayor- Comunidad
- 5- Beneficiar la atención integral (biopsicosocial) del adulto mayo
- 6- Disminuir la institucionalización de personas adultas mayores en el Departamento.
- 7- Establecer un trabajo en red entre las diferentes instituciones participantes, e incorporar otras.
- 8- Generar la necesidad en las Instituciones publicas y privadas, de instrumentar la creación de centros diurnos y otros modelos de atención a nivel departamental que favorezcan al adulto mayor-familia, y a la convivencia en sociedad.
- 9- Fortalecer la Red Familia- Adulto Mayor- Comunidad
- 10- Beneficiar la atención integral (biopsicosocial) del adulto mayor

INDICADORES para medir el impacto

- 1- 80% de los participantes del servicio, no llegan a ser institucionalizaos
- 2- 100% de las organizaciones intervinientes, comprometidas con el apoyo logístico, técnico y financiero.
- 3- Numero de nuevos servicios creados que beneficien al adulto mayor.

- 4- 50 % de las familias involucradas en el trabajo grupal e individual con los adultos mayores y la organización.
- 5- Comisión departamental del adulto mayor, creada e integrada por ONG, organismos públicos y diferentes actores sociales.

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

La factibilidad está condicionada por factores sociales, tecnológicos, económicos y políticos.

Desde el punto de vista social y cultural es previsible una buena aceptación del servicio, en tanto se trata de una nueva opción alternativa a una institucionalización. Es fundamental una amplia difusión de este servicio en la comunidad.

Desde el punto de vista tecnológico se trata de una propuesta de tecnología simple y accesible..

La factibilidad política está vinculada a la determinación de introducir cambios en el modelo de atención a los adultos mayores y a la histórica necesidad de coordinar y maximizar los esfuerzos que múltiples instituciones realizan en forma aislada e inconexa.

La factibilidad económica aparece vinculada a la disponibilidad de recursos aportados por la organización Ajupensal para el inicio, y al mecanismo propuesto que posibilita la sostenibilidad de éste servicio.

BIBLIOGRAFIA

-Organización Iberoamericana de Seguridad Social,. Comisin Técnica Permanente de Prestaciones y Servicios sociales. Proyecto Centro de Dia para Jubilados y Pensionistas de Tercerda Edad. Tegucigalpa. Honduras.

-Proyecto Hospital de Dia. San Jose. Oficina de trabajo social del hospital Dr Raul Blanco. Costa Rica. 1978.

-El Hospital de Día como Alternativa de Interacción. Segundo Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria. Tomo resúmenes de trabajo. 1979.

-Barco. R., Gastron G. y Bilevich e Gastron. El Hospital de Dia para ancianos en el marco de una poliltcia de Seguridad Social. Segundo Congreso Argentino de Gerontóloga y Geriatria, tomo reaumentes de trabajo.1979.

Apertura de un Centro Diurno. Manual Enfoques en los Centros Abiertos. Help Age Internacional. 1984. Londres. Reino Unido.

-Centro diurno Cruz Alta. Parroquia Santa Teresita. Florida. BPS. Repartición de Servicios Sociales . 1996

-Centro de día Dr Antonio Valderroble. Director Gerente Residencia Mixta. INSERSO. Seminario Taller sobre Centro de Dia. septiembre 1998 . Montevideo.

-Material de Centros Diurnos preparado por equipo multidisciplinario de Prestaciones Sociales, dentro del Programa de Ancianidad y Servicios Sociales, BPS.

-Centro de Día para Adultos Mayores "PUENTES QUE PERMITEN PROSEGUIR EL CAMINO". Consenso "UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES".

INDICE de ANEXOS

ANEXO N° 1: Ubicación geográfica de Organización Ajupensal

ANEXO N° 2: Planta Física de funcionalidad del proyecto

ANEXO N° 3: Imágenes actuales de la distribución interna de la organización Ajupensal

ANEXO N° 4: Insumos necesarios para desarrollar el proyecto.

ANEXO N° 4: Insumos necesarios para desarrollar el proyecto.

RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA 25 PERSONAS.

<u>Vajilla.</u>	<u>Equipamiento</u>	<u>Herramientas de jardin</u>	<u>Salon</u>	<u>Baño.</u>	<u>Material de valoración clinica.</u>
tazas platos, cucharas, cuchillos y tenedores Vasos. Ollas de 10 ltrs.- 2 6 mesas y 25 sillas Bandejas - 6 Manteles - 6 y 25 servilletas Paneras - 12 Jarras para servir - 4	microondas 1 juguera 1 cafetera 1 dispensador grande para basura 1 garrafa de 13 kgrs com valvula 2 aire acondicionados split de 24000 btu. 6 reposeras 25 colchonetas 2 juegos de pátio 7 juegos didacticos	set de jardinaria Balde -6. Toldo corredizo	Biblioteca Armario Equipo de musica DVD Televisor 21 “ Pizarra blanca Papelografo Cartelera Papel eras - 5 percheros - 5 Mantas polares - 25	Dispensador de jabon, -4 Dispensador de sanitas - 4	Aparatos de presion - 2 Estetoscópios - 2