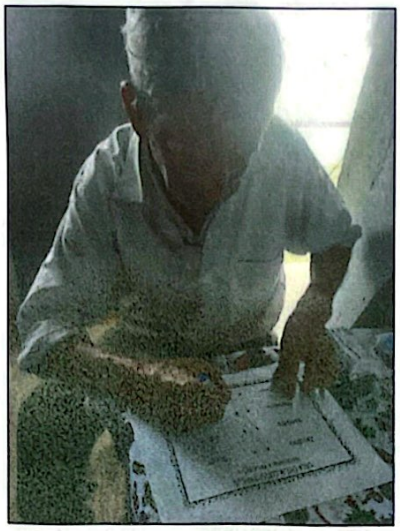
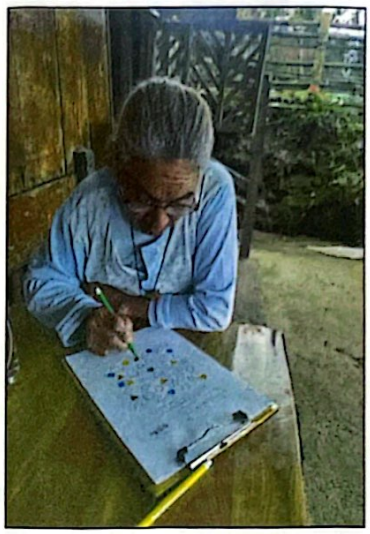
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DEL INFORME DE GESTIÓN 2024

MES: JULIO

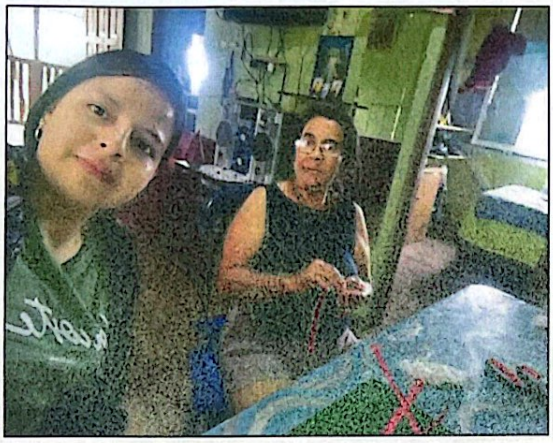
SAN MIGUEL DE LOS BANCOS - VISITAS DOMICILIARIAS – AM

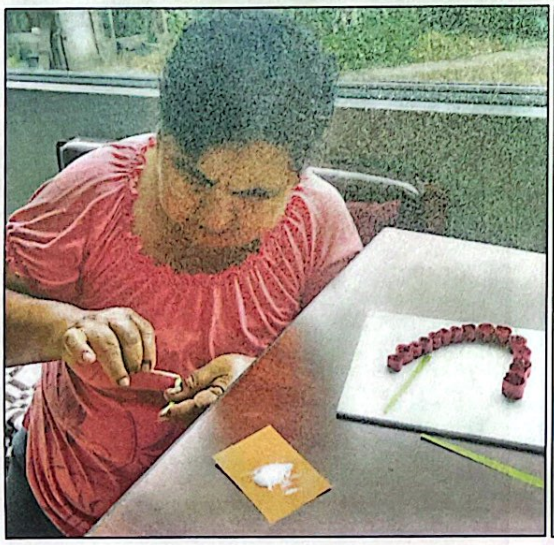
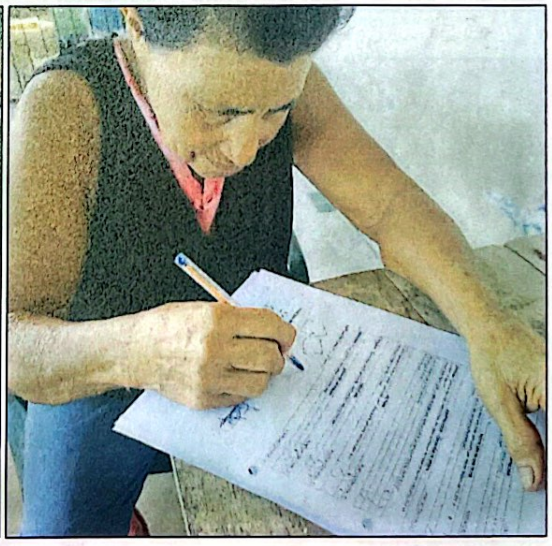







Scanned with CamScanner



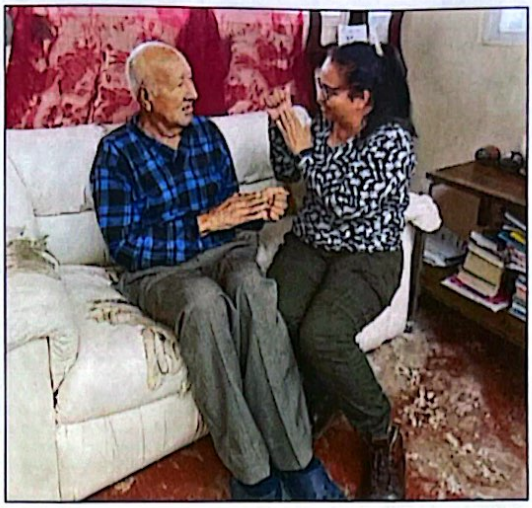


Scanned with CamScanner

SAN BERNNABÉ













Scanned with CamScanner

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTON SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

PROYECTO DE GERONTOLOGIA – MODALIDAD ATENCIÓN DOMICILIARIA

REPORTE JULIO 2024

LCDO. GLEN SOLORZANO
COORDINADOR DE PROYECTOS SOCIALES DE EJECUCIÓN DIRECTA.

JULIO 2024

Scanned with CamScanner

RESUMEN

El GADM San Miguel de los Bancos y el Ministerio de Inclusión Económica y Social fundamenta la política pública para la población adulta mayor en un enfoque de derechos y define tres ejes para este grupo prioritario de atención:

- **Inclusión y participación social**, considerando a las personas adultas mayores como actores del desarrollo familiar y social;
- **Protección social**, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social;
- **Atención y cuidado**, a través de la operación de centros gerontológicos públicos y privados en articulación interinstitucional y con redes comunitarias.

Los centros gerontológicos de atención domiciliaria prestan servicios de atención y cuidado integral sin internamiento a personas adultas mayores con dependencia leve, intermedia o moderada, enfocada a la promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa.

La atención se brindará por medio de 2 visitas al mes por persona adulta mayor, con una duración de 2 horas de intervención, Cada promotor social realizará 4 atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias los 5 días a la semana; la atención debe ser integral por medio de la estimulación de sus capacidades, asistencia, alimentación, nutrición, rehabilitación, recreación, entre otros.

Las personas adultas mayores tienen derecho a expresar su voluntad de ingresar Al proyecto de atención domiciliaria, así como para oponerse a su ingreso.

OBJETIVO GENERAL

Homologar y regular la implementación y prestación de servicios de los centros gerontológicos de atención domiciliaria tanto del sector público como privado en todo el territorio nacional, con la corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar una atención integral por medio de los servicios.
- Mejorar o mantener –hasta donde sea posible– la capacidad funcional y mental de los usuarios, mediante la participación en terapias y programas adecuados.
- Otorgar un ambiente confortable, seguro, limpio.
- Brindar información sobre la alimentación sana, equilibrada, variada, respetando la capacidad de elección y dietas especiales.

DETALLE, ALCANCE Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS

Scanned with CamScanner

La población objetivo de esta modalidad de atención son personas adultas mayores a partir de los 65 años de edad, con dependencia leve, intermedia o moderada.

Se cuenta con 3 unidades de atención en la cabecera cantonal, donde 120 adultos mayores en situación de extrema pobreza, pobres y vulnerabilidad son beneficiarios directos de todos los servicios ofrecidos por la modalidad.

CENTROS GERONTOLOGICOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:

¿Descripción?

Las unidades de atención domiciliaria para personas adultas mayores, prestan servicios de atención y cuidado en el domicilio de la persona adulta mayor que no puede acceder a los servicios de atención intramurales debido a que presentan características que les dificultan o impiden esta movilización tales como, dispersión de la vivienda, presencia de discapacidad o situación de dependencia.

¿A quién está dirigido el servicio?

El proyecto de Gerontología, modalidad atención Domiciliaria va dirigido a Personas mayores de 65 años, en situación de vulnerabilidad, residentes en zonas rurales y urbanas, con riesgo social alto, que no puedan trasladarse a otro servicio de atención gerontológica.

¿Qué necesito para ser parte del proyecto?

Los interesados en ser parte del servicio deben tener en cuenta cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener 65 años o mas
2. Portar cedula de ciudadanía
3. Ser beneficiario del bono de Desarrollo y/o Mis mejores años
4. Contar con un puntaje máximo de 29.7 en el registro social.
5. Vivir en situación de pobreza o vulneración de derechos.
6. Contar con un familiar y/o cuidador que lo represente.

-Actividades Profesionales:

El proyecto cuenta con un equipo profesional, capacitado y con experiencia para trabajar con personas adultas mayores:

1. Coordinador
2. Promotor Social

¿Cómo hago el trámite para ser parte del proyecto?

- Acercarse a la Dirección de Desarrollo Social y Cultural del GADM – SMB y poner en conocimiento el caso.
- El Trabajador Social procederá a la aplicación de la ficha de vulnerabilidad e informe social para determinar si el interesado aplica para ser parte del proyecto.

Scanned with CamScanner

- Llenar las fichas de ingreso, compromiso y autorización para poder armar el expediente del usuario.
- Asistir de forma permanente a la unidad de atención.

¿Cuál es el costo?

El proyecto no tiene ningún costo para sus usuarios, ya que es financiado en su totalidad por el GADM San Miguel de los Bancos.

¿Dónde y cuál es el horario de atención?

La atención se brindará por medio de 2 visitas al mes por persona adulta mayor, con una duración de 2 horas de intervención, Cada promotor social realizará 4 atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias los 5 días a la semana (no hay asistencia fines de semana ni feriados).

COORIDINACIONES Y ACTIVIDAES REALIZADAS EN EL MES DE JULIO.

- Actividades de memoria de corto y largo plazo.
- Actividades académicas y cognitivas suma y restas.
- Actividades de fortalecimiento motricidad fina y gruesa.
- Ejercicios para el área funcional.
- Actividades de recuperación de conocimientos y saberes.
- Desarrollo de motricidad fina con embolillado.
- Actividades físicas de orientación espacial, temporal y personal.
- Acompañamiento familiar.
- Alfabetización a adulto mayor.

TALLERES Y CAPACITACIONES DESARROLLADOS EN EL MES DE JULIO:

- Ejercicios físicos y prevención de caídas – MARCELA LATA
- Medicina Ancestral – JULEY ALVAREZ
- Diabetes en el adulto mayor y cuidado – ESTHEFANIA DIAZ

INGRESOS Y EGRESOS DEL MES DE JULIO

Durante el mes no se registran ingresos ni egresos. A la fecha se cuenta con una cobertura completa en las tres unidades de atención.

Elaborado por:

Lcdo. Glen Solórzano
COORDINADOR DE PROYECTOS SOCIALES DE EJECUCIÓN DIRECTA

Sra. Marcela Lata
PROMOTOR SOCIAL

Juley Alvarez
PROMOTOR SOCIAL

Inga.Esthefanía Díaz
PROMOTOR SOCIAL

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	los Bancos		
Distrito	Puerto Quito			Zona	9		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	X	Discapacidades		
Modalidad	Domiciliaria			Nombre del Centro			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	⊗	SI	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	⊗

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
					
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio					X
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza					X
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					X
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio (*)					

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO

CI: 1717067563

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	Los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	X	Discapacidades		
Modalidad	Domiciliaria			Nombre del Centro			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	(X)	Si	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	(X)

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
					
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio					X
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza					X
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades especificas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					X
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio (*)					X

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO

CI: 1717067563

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Esta encuesta es anónima. Su opinión es importante y será de ayuda para mejorar nuestros servicios

DATOS GENERALES

Provincia	Pichincha			Ciudad	los Bancos		
Distrito	Rumiñahui			Zona	2		
Servicio	Desarrollo Infantil		Adultos Mayores	X	Discapacidades		
Modalidad	Domiciliaria			Nombre del Centro			

DATOS INDIVIDUALES

Usted es:		¿Es usuarios de dos o mas servicios del MIES?	
Usuario	X	SI	○
		Especifique	
Representante de usuario	○	No	X

PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

LEA CADA UNO DE LOS ENUNCIADOS Y MARQUE LA RESPUESTA

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo con las siguientes opciones

Marque con una X la respuesta que usted crea conveniente

	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Neutral	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
¿Qué tan satisfecho estas con...?	1	2	3	4	5
1) El espacio y las instalaciones del centro y/o lugar donde usted recibe el servicio					X
2) Equipamiento, material e insumos que utiliza para las actividades que realiza					X
3) El proceso del trámite de acceso/suscripción al servicio que recibe por parte del MIES					X
4)Las actividades específicas que realiza en el servicio (ejm terapias, actividades de lúdicas o recreativas, etc.)					X
5) Capacidad profesional, técnica, humana y proactividad del personal que brinda el servicio					X
RESPECTO A LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO					
6.El trato y capacidad de respuesta del personal que brinda el servicio (*)					

(*)En caso de que tu respuesta sea menor a 3 respecto a la atención brindada por el servidor público y para que nos ayudes a mejorar el servicio, por favor indícanos el nombre del servidor público que te atendió y el motivo de la calificación

Nombre del Servidor Público: _____

Motivo de la calificación negativa:

Ayúdamos a mejorar con tus sugerencias/observaciones

Sugerencias : _____

_____

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y APELLIDO

CI: 1717067563

Escaneado con CamScanner