



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

PASANTÍAS PROFESIONALES

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL
DISTRITO SANITARIO NÚMERO 3. PROGRAMA DE INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL. FEBRERO-JULIO 2017**

Tutor Académico:

Profesor José Ibarra

Tutora Institucional:

Licenciada Alicia Pereira

Autores:

Acosta, Anilec

C.I.: 13.859.157

Boné, María

C.I. 17.080.251

Sánchez, Marisol

C.I. 20.098.043

Caracas, OCTUBRE 2017



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
 ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
 COMISIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



Veredicto Trabajo Especial de Grado

Reunidos en: La oficina de Servicio Comunitario, el día 26-10-2017, los Profesores: Sara Vera, Brigett Barrios y José Ibarra, designados por el Consejo de Escuela en su Sesión de fecha _____, para examinar el Trabajo Especial de Grado, titulado:

Experiencia profesional de Trabajo Social en el Distrito Sanitario número 3. Programa de Infecciones de Transmisión sexual. Febrero-Julio 2017

Presentado por los Bachilleres: Acosta Anilee, Boné María y Sánchez Marisol, titulares de la cédula de identidad números: 13859157, 17080251 y 17775951, hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

APROBADO

Jurado Evaluador

Prof. José Ibarra
 Tutor



Juan M. Juan Ascani
 Sara Vera
 Jurado

Prof. Brigett Barrios
 Jurado

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Central de Venezuela y a la escuela de Trabajo Social por brindarnos la oportunidad de estudiar en la mejor Casa de Estudio.

Al profesor José Ibarra por ser nuestro guía y tutor en este proceso de pasantías transmitiéndonos sus conocimientos y aconsejándonos.

Al Distrito Sanitario Nro. 03 que nos abrió las puertas para que desarrolláramos nuestras pasantías en sus instalaciones.

A la Licenciada Alicia Pereira quien fue nuestra Tutora Institucional dándonos todo el apoyo y receptividad transmitiéndonos sus conocimientos.

A la Licenciada Esther Ochoa por brindarnos su apoyo, sus conocimientos y consejos.

A la Licenciada Yilda Flores quien nos apoyó y aconsejó acogiéndonos en el programa de I.T.S.

A la Señora Rosa secretaria de la coordinación de Promoción para la Salud

Y a todo el personal que nos apoyó en nuestras pasantías

Anilec Acosta

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por el apoyo y el empuje brindado durante el proceso de pasantías y a lo largo del transcurso académico.

Al tutor, Profesor José Ibarra quien con mucha paciencia me apoyó e influyó de manera positiva en mi formación universitaria-profesional. Excelente, profesor, profesional y amigo.

A las Licenciadas, Alicia Pereira, Yilda Flores y Esther Ochoa por su guía y orientación durante este proceso académico-profesional. Un ejemplo a seguir como profesionales y seres humanos.

A la Universidad Central de Venezuela y a mi querida Escuela de Trabajo Social por abrirme sus puertas y formarme para convertirme en una ser humana “vencedora de sombras”.

A profesores que de acuerdo a sus diferentes posturas y pensamientos a través de sus clases aportaron luces a mi formación académica y profesional. Entre ellos: Aura Jiménez, Juan José Hernández, Rubén Alayón, Gustavo Bastardo, Jesús Escobar, Brigitt Barrios, Gabriela Morillo, Xiomara García, Katuska Maestre, Judy Chaudary, Moraima Rondón.

A mis amigas, Trabajadoras Sociales, Maire, Katha y Eysin por apoyarme durante el proceso y ponerse a disposición para colaborar en cualquier duda que tuviera.

A mi comadre Erika Ramírez, quien, aunque la “ponga a correr” a último minuto me apoyó con una sonrisa y sin reproches.

A Rhonny Fernández alias “El Portu” quien entre odiosidades y risas durante años me fío las copias e impresiones para que pudiera cumplir con los deberes académicos sin contratiempos.

A mis amigos, quienes me brindaron “momentos de recreación” (risas) durante este proceso y lograron bajar mis niveles de ansiedad. No los puedo nombrar a todos, ustedes saben quienes son...

Y a todos los que directa e indirectamente contribuyeron al logro de este paso.

¡Muchas Gracias a todos!

María Alejandra Boné Oquendo

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Central de Venezuela por abrirme sus puertas y a la Escuela de Trabajo Social por estos años de aprendizaje constante.

Al Distrito Sanitario N° 3 por permitirme formar parte del equipo multidisciplinario que en él laboran.

Al equipo de la Coordinación de Promoción para la Salud del Distrito Sanitario N° 3. por sus orientaciones durante el proceso de Pasantías.

A los Tutores, Licenciada Alicia Pereira y Profesor José Ibarra por su guía durante este proceso.

A todos aquellos que contribuyeron al logro de esta meta. ¡Gracias!

MARISOL SÁNCHEZ

DEDICATORIA

El siguiente informe de pasantías va dedicado primero a Dios que cada día me ha dado una nueva oportunidad de vida.

A mi madre Celina Acosta por aconsejarme, apoyarme y tenerme una paciencia infinita desde el día en que nací.

A mi hija Alisson Valentina Acosta porque con su amor, inocencia y ternura me hizo otra persona y en este proceso (de pasantías) ha tenido muchas veces que esperar para que podamos jugar (jugar) te amo infinitamente hija.

A mañito por ser el padre que no tuve.

A mis hermanos por apoyarme a pesar de nuestras diferencias.

A Marlenita y a Pitter por ayudarme en momentos cuando perdí la fe en las personas.

A Héctor Luis por apoyarme (aun en la distancia) creyendo en mí a pesar de mis defectos.

A Adolfo que aunque ya no estés me apoyaste sin condiciones.

Al profesor José Ibarra que más que un tutor ha sido un amigo.

A mis compañeras de Pasantías Mariale y Marisol.

A las personas que de alguna manera creyeron en mí.

A todos mil gracias

Dios los Bendiga

Anilec Acosta

DEDICATORIA

En primer lugar a mi familia, a mis padres quienes siempre confiaron en mí y me impulsaron a seguir adelante. A mis hermanos, Alejandro y María José quienes siempre me apoyan de diferentes maneras y me “echaron una mano” durante este proceso. ¡Este esfuerzo y mérito es de ustedes!

A mi “gordito” Santiago Inojosa, quien con su cariño me animaba a seguir adelante para ser un buen ejemplo para él.

María Alejandra Boné Oquendo

DEDICATORIA

A mi Hija quien es mi motivo y guía para cumplir cada una de las metas que me propongo.

A mi Madre, quien desde el cielo sé que me impulsa a seguir adelante a pesar de las dificultades que se presenten en mi camino.

A todas aquellas personas que me ayudaron durante este proceso.

MARISOL SÁNCHEZ

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	iv
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	5
MARCO INSTITUCIONAL	5
Evolución Histórica del Distrito Sanitario N° 3	5
Evolución Histórica de la Coordinación de Promoción para la Salud	13
Evolución Histórica del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual	17
CAPITULO II	21
MARCO TEORICO.....	21
Bases Teóricas	21
Salud	21
Salud Pública	23
Funciones Esenciales de la Salud Pública.....	24
Infecciones de Transmisión Sexual.....	27
Programas Sociales	29
Calidad	31
Calidad de atención.....	31
Roles desarrollados por el Trabajador Social.....	35
Promoción de la Salud	39
Bases Legales.....	46
CAPÍTULO III.....	62
SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA	62
Pasantías Profesionales	62
Metodología Utilizada.....	63
Sistematización	65

Primer Momento: Inserción del equipo de pasantes en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario N° 3.....	68
Segundo momento: Proceso de intervención del equipo de pasantes en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.....	78
Abordaje Individual Familiar.....	83
Abordaje Grupal.....	88
Tercer momento: Definición de la Propuesta Institucional.....	91
Descripción de la propuesta.....	92
Fase 1: Diseño de la Propuesta Institucional.....	95
Justificación de la Propuesta.....	96
Objetivo General:.....	97
Objetivos Específicos:.....	97
Fase 2: Ejecución de la Propuesta.....	98
Metodología.....	100
Fase 3: Análisis de la Propuesta Institucional.....	103
Alternativas sugeridas en función de los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta.....	112
CONCLUSIONES.....	114
REFERENCIAS CONSULTADAS.....	116
ANEXOS.....	119
REGISTRO FOTOGRÁFICO.....	149

LISTA DE TABLAS

1. Actividades realizadas dentro de la Coordinación de Promoción para la Salud.....	70
2. Líneas Estratégicas de la Coordinación de Promoción para la Salud.....	74
3. Actividades a realizar por cada Pasante dentro del Programa de I.T.S.....	79
4. Cronograma de actividades para las semanas Restantes del proceso de Pasantías.....	79
5. Casos atendidos por el grupo de Pasantes.....	86
6. Reprogramación de Actividades	98

LISTA DE GRÁFICOS

1. Sistematización según Oscar Jara.....	67
2. Estructura de la Experiencia Profesional.....	68
3. Abordajes dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.....	82
4. Proceso de atención dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.....	83
5. Diagrama de Ishikawua.....	93
6. Fases de la Propuesta Institucional.....	95
7. Condiciones de la Infraestructura.....	104
8. Sociabilidad de los Profesionales.....	105
9. Información Suministrada.....	106
10. Espera.....	106
11. Satisfacción.....	107
12. Orientación facilitada.....	108
13. Confidencialidad.....	109
14. Valoración otorgada a la Calidad de Atención del Programa de I.T.S.....	109
15. Variables a mejorar según los usuarios encuestados.....	110

Universidad Central De Venezuela
Facultad De Ciencias Económicas Y Sociales
Escuela De Trabajo Social

Informe de Pasantías Profesionales para Optar por el Título de Licenciadas en Trabajo Social.

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN EL
DISTRITO SANITARIO NÚMERO 3. PROGRAMA DE INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL. FEBRERO-JULIO 2017**

Autoras: Acosta Anilec, Boné María Alejandra, Sánchez Marisol

Tutores: Profesor José Ibarra, Licenciada Alicia Pereira

RESUMEN

El presente informe sistematiza nuestra experiencia profesional en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual adscrito al Distrito Sanitario N° 3 en Caracas, Venezuela.

La pasantía profesional en la institución se pudo sistematizar a través de las orientaciones del autor Oscar Jara, definiendo tres momentos: inserción institucional, intervención del equipo de pasantes dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual y definición y desarrollo de una propuesta institucional.

El informe consta de 3 capítulos dentro los cuales desarrollaremos desde la evolución histórica del contexto institucional hasta el análisis de la Propuesta Institucional que se generó dentro del proceso de pasantías profesionales. La Propuesta definida fue la “Evaluación de la Calidad de Atención del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual” desde la percepción de los usuarios.

Es importante resaltar que esta investigación es del tipo descriptiva apoyada en el diseño de campo no experimental transeccional. La población con la cual se trabajó fueron aquellos usuarios que asistían en calidad de pacientes de control y la muestra se seleccionó a través del muestreo no probabilístico por conveniencia.

Palabras claves: Infecciones de Transmisión Sexual, Calidad de Atención, Salud

INTRODUCCIÓN

El presente informe sistematiza la experiencia vivida por nosotras las estudiantes en calidad de pasantes, durante el proceso de las Pasantías Profesionales en Trabajo Social en el período Febrero-Julio 2017, desarrolladas en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual adscrito al Distrito Sanitario número 3 ubicado en la antigua sede de la Sanidad de San Martín, Parroquia San Juan, Municipio Libertador, Distrito Capital, Caracas.

El proceso de pasantías contó con el acompañamiento docente, en calidad de Tutor Académico Profesor José Ibarra y como Tutora Institucional la Licenciada Alicia Pereira, tal como lo señala el Programa de Pasantía Profesional de la Escuela de Trabajo Social 1995:

La asignatura contará con dos tipos de tutores, el Tutor Institucional o Empresarial responsable de supervisar el cumplimiento de la línea programática y el Tutor Académico responsable del cumplimiento de las actividades pedagógico- profesionales. Le compete a los tutores el diseñar, de mutuo acuerdo la dinámica institucional-académica que acompañará la pasantía, resolver las situaciones que interfieran en la experiencia y tomar las decisiones que crean convenientes para garantizar el trabajo profesional del alumno (Página 5).

En este sentido, la dinámica institucional-académica se inició con una línea programática (cronograma de actividades) de mutuo acuerdo entre ambos tutores (Académico e Institucional) y nosotras las pasantes, correspondiéndonos el diseño y ejecución de una propuesta institucional y un cronograma de trabajo dentro del tiempo correspondiente al proceso de pasantías. Dicho cronograma debía contener las distintas tareas y actividades, relacionadas con el objetivo a cumplir y con la expectativa institucional que inicialmente presentó la tutora,

vinculado con el apoyo al Programa de Infecciones de Transmisión Sexual en cuanto la prevención de las mismas.

El tiempo establecido para la ejecución de las Pasantías, según el Programa de Pasantía Profesional de la Escuela de Trabajo Social (1999), se encuentra estipulado de la siguiente manera:

El tiempo mínimo será de dieciséis semanas ó 384 horas, estimadas cada una de ellas como hora académica de cuarenta y cinco (45) minutos, en el horario acordado por los tutores (académico e institucional) conjuntamente con el pasante atendiendo a los requerimientos de la línea programática de adscripción. (pág 5)

Es importante resaltar según lo antes expuesto que a pesar de las diferentes adversidades durante el proceso por la situación de inestabilidad en la que se encontró el país desde el mes de abril se lograron cumplir 400 horas. Se excedió el tiempo mínimo en vista de la dinámica, (la cual será explicada a lo largo del informe) que se presentó al momento de la aplicación de los instrumentos que sustentarían nuestra propuesta.

Las Pasantías Profesionales, deben y son vistas como un proceso de continua reflexión, para rescatar la importancia de la experiencia vivida; además deben ser vistas como una parte del espacio académico, que nos permitió demostrar las enseñanzas obtenidas durante nuestra formación a partir de la utilización de distintas herramientas e instrumentos para realizar los distintos tipos de abordaje que requería la experiencia.

La Coordinación de Promoción para la Salud junto al Programa de Infecciones de Transmisión Sexual nos permitió el acercamiento a la actuación del Trabajador Social en materia de Salud, específicamente en lo que respecta a la promoción de una vida saludable y a la prevención de las diversas infecciones de transmisión sexual que se encuentran en la palestra actualmente en nuestro país.

El informe constará de tres (3) Capítulos, los cuales serán expuestos de la siguiente manera:

Capítulo I “Marco Institucional”, corresponde a la descripción del contexto institucional, dando para ello una breve reseña histórica de la evolución del Distrito Sanitario Número 3, de la Coordinación de Promoción para la Salud y del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Capítulo II “Marco Teórico”, referido a plasmar las diferentes teorías que respaldan nuestro proceso de pasantías, investigación y posterior definición de la propuesta institucional. Así mismo, se expondrán los aspectos legales que sustentan la experiencia.

Capítulo III “Sistematización de la Experiencia”, el cual describe cada uno de los momentos vividos durante el proceso de pasantías, desde la inserción al Centro de Salud (Distrito Sanitario número 3) hasta el análisis de los datos arrojados por la propuesta institucional y por consiguiente las alternativas sugeridas en función de dichos resultados.

Finalmente el informe contará con las conclusiones correspondientes según la experiencia vivida y una sección de anexos, donde se podrán visualizar las diferentes herramientas e instrumentos utilizados durante esta experiencia académico-profesional.

CAPITULO I

MARCO INSTITUCIONAL

Este capítulo tiene como finalidad hacer un acercamiento histórico de la institución donde se llevaron a cabo las pasantías, Distrito Sanitario número 3, al igual que conocer la evolución de la Coordinación de Promoción para la Salud dentro de la cual se manejan los diversos programas que desarrolla el Distrito, más específicamente se abordará el contexto histórico del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual en vista de que el ejercicio profesional estuvo enmarcado dentro de dicho programa.

Evolución Histórica del Distrito Sanitario N° 3

Para introducirnos en el tema de salud en nuestro país, es necesario conocerla desde sus inicios, abarcaremos los periodos en la atención en salud y las definiciones de las políticas de salud dadas en cada etapa por los gobiernos de turno siendo el Estado el ente rector del sistema de salud, como figura responsable para intervenir sobre los diversos factores que determinan la salud de la población. Al respecto, Archila (1955), explica los periodos evolutivos del sistema público de salud en Venezuela:

Para 1909, Juan Vicente Gómez decreta la creación de una Comisión de Higiene Pública, la cual más tarde se convertirá en la Oficina de Sanidad Nacional en 1911, satisfaciendo de esta manera las repetidas demandas realizadas por los médicos a través de la Academia Nacional de Medicina de que la salud era cada vez más un asunto público.

En consonancia con el proceso que se manifiesta en la época en cuanto a la necesaria estructuración de la salud pública, Archila (1955) plantea:

Esto se observa en las atribuciones que se le otorgan: ser un cuerpo consultivo y técnico, estudiar y resolver las cuestiones relativas a la higiene y salubridad pública, y en

la conformación de la misma, sus médicos deberían ser médicos de la Universidad Central de Venezuela. Archila (1955)

En tal sentido, las atribuciones dadas a la Comisión de Higiene tenían como fin el diseño de un modelo de salud pública, al igual que la participación activa de médicos egresados de la UCV.

El 6 de Enero de 1910, por decreto del Gobierno Nacional que presidía Gómez, fue creada la Dirección de Higiene y Salubridad Pública adscrita al Ministerio de Relaciones Interiores, con el fin de brindar mayor atención a la salud del venezolano.

Según Archila (1955), En julio de 1912 se promulga la Ley de Sanidad. La ley determinaba los servicios, el personal técnico y los empleados que integrarían la Oficina de Sanidad Nacional y sus respectivas funciones, esta ley fue objeto de modificaciones lo que conllevó finalmente a la creación por decreto del Servicio Público de Sanidad. Para 1919 se efectúa un cambio de nombre, pasándose a llamar entonces Dirección de Sanidad Nacional.

Dentro de este marco, según Archila (1955) es para diciembre de 1920, que se inaugura la Unidad Nacional, la cual estuvo ubicada en el Edificio 323, entre las Esquinas Cruz de La Vega a Palo Grande (actual Distrito Sanitario N°03). Los cargos y servicio que integraban la Oficina Central de Sanidad Nacional eran: Despacho del Director, Inspector General, Jefe de Oficina, Servicio de Profilaxis, Servicio de Inspección de Farmacia y Profesiones Médicas, Servicio de Certificados de Salud, Servicio de Vigilancia a Inspección Escolar, Servicio de Puericultura, Servicio de Ingeniería Sanitaria, Laboratorio de Bacteriología y Parasitología, Laboratorio de Química, Laboratorio de Agua, Laboratorio de Fisioterapia y Radioterapia, Servicio Veterinario, Servicio de Inspección de Casa, Servicio de Inspección de Alimentos, Servicio de Aseo Urbano y Domiciliario de Caracas.

Por otra parte, en 1926 el Edificio 248, el cual estaba ubicado entre las Esquinas de Capuchinos y Albañales, fue adaptado para albergar las nuevas estructuras de los centros de salud, y en 1928 se funda en éste el primer Dispensario Antituberculoso adscrito a la Dirección de Salubridad Nacional.

Cabe considerar que se incluyen nuevos servicios de profilaxis y aparte del análisis de rutina, se agregan los de química al Laboratorio de Bacteriología, y las vacunas antivariológica y antitífica.

Citando a Archila (1955), durante la gestión de doctor Juan Vicente Larrald como encargado de la Dirección Nacional de Sanidad se agregan otros servicios (1929): Laboratorio para Análisis de Aguas, Laboratorio de Fisioterapia, Radioterapia, Vigilancia e Inspección Sanitaria Escolar, con la cual adquirió su desarrollo definitivo la Oficina Central, por otra parte la Dirección de Sanidad Nacional, emprendió el estudio sobre la Anquilostomiasis y la Malaria. Como resultado de esta serie de avances y logros en la consolidación del sistema de salud nacional, se impone la necesidad de fomentar la Escuela para la Formación y Preparación de Oficiales de Sanidad y Técnicos de Laboratorio (1930), allí, además de enseñanza teórica, hacían pasantías por el laboratorio de la Dirección Nacional.

Durante este mismo año se crea el nuevo Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría; el cual permaneció durante aproximadamente un lustro, al que se le asignan: la Sanidad Nacional con la Oficina Central, la Oficina Subalterna y Comisiones de Sanidad; que desempeñaran funciones de suprema inspección de los servicios sanitarios de las Municipalidades y las Obras Sanitarias.

El nuevo Ministerio fue conformado entonces por la Dirección de Salubridad Pública, la Dirección de Agricultura y Cría y la Consultoría Jurídica. Es importante reseñar que la primera sede del Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría fueron las instalaciones del actual Distrito Sanitario N° 3.

Ahora bien, en diciembre de 1932 por decreto se crea el Laboratorio de BCG en el Edificio 276 dentro de la Dirección de Sanidad Nacional del Distrito Federal, ubicado en las Esquinas de Albañales a Cruz de La Vega ;el Dispensario Antituberculoso es trasladado al Edificio 217 ubicado en las Esquinas de Albañales a Cruz de La Vega, y se le agregan los siguientes servicios: Sala de Conferencia, Instalación completa de Rayos X, Sala de Otorrinolaringología, Sala de Operaciones, etc., para 1933 el Dr. Alberto Fernández médico bacteriólogo es nombrado Director y el Dr. Baldo como Médico Adjunto del Laboratorio de BCG.

A finales de ese mismo año el presidente de la República Juan Vicente Gómez, decreta la construcción de un Sanatorio Popular Antituberculoso en terrenos denominados El Algodonal ubicado en el sitio llamado Carapa.

Según Archila (1955), por otra parte, el 25 de febrero de 1936, y como parte del proyecto del nuevo gobierno del General Eleazar López Contreras decreta la división del Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría, y decide la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

Desde su creación el MSAS ha fundamentado la Atención de Salud en el criterio antropocéntrico, es decir el hombre como centro de la atención de salud, por lo que todos los programas y acciones están dirigidos a mejorar sus condiciones de salud. Es importante considerar que el MSAS nace con la premisa de lograr una Centralización Normativa y una Descentralización Ejecutiva.

El Presidente López Contreras en su Programa de Febrero de 1936, expresó:

Nuestro país no sólo está débilmente poblado, sino que la gran mayoría de la población es víctima de enfermedades y flagelos sociales, que reducen su capacidad de trabajo y su vigor intelectual. Tales circunstancias imponen con urgencia la adopción de un vasto plan de higiene pública, y que se preste especial atención a las instituciones de asistencia social. Archila (1955)

Evidentemente la concepción del General López Contreras fue certera debido a que impulsó un plan para el sistema de salud pública de calidad con el fin del desarrollo tanto social como económico del país.

Es por esto, que Archila (1955), plantea entonces, las bases conceptuales de una política sanitaria auténticamente venezolana basada en los principios de la Universalidad, Equidad e Integralidad, de tal manera, que los programas de acción sanitaria con base en el conocimiento de situaciones reales de salud, fueron impulsados.

La nueva doctrina ideada por Dr. Enrique Tejera como Ministro de Salubridad y un selecto grupo de profesionales (entre ellos cuenta con el Dr. Arnoldo Gabaldón) fundan dos grandes servicios, el primero denominado Unidad Sanitaria el cual se ocupó de lo preventivo y el segundo Hospitales los cuales se encargaron de lo curativo.

Según lo expuesto por Oletta (1988), la lucha de la nueva doctrina apuntaba a disminuir la mortalidad y la morbilidad, logrando en términos de eficiencia y eficacia un mejor y mayor establecimiento de la salud del país.

De allí pues, que en 1938 la Dirección de Sanidad del Distrito Federal, da origen a las Unidades Sanitaria del Este y el Oeste y se incorporan a la División de Unidades Sanitarias. Entre este año y 1939 se ejecutan planes de ampliación y consolidación de las edificaciones adscritas al Ministerio en las Esquina de Palo Grande, las cuales al finalizarlas serían las nuevas sedes del Departamento Técnico, integrado por los siguientes cursos: Medico Higienistas, Escuela de Malariología, Curso de Inspectores de Sanidad, de Técnico de Laboratorio y de Enfermeras Polivalentes.

El Dr. José Ignacio Baldó Soulés, no solo trajo su especialización en Tisiología, bagaje cultural y experiencia, sino nuevos métodos terapéuticos y prácticas quirúrgicas para mermar la tuberculosis.

Aunado a esto había palpado la necesidad del Trabajo Social en la lucha Antituberculosa logro traer bajo contrato de Puerto Rico a la Trabajadora Social Celestina Zalduondo para que comenzara la actividad y enseñara mediante un curso previo a un grupo de voluntarios las actividades de esta área. Estos cursos posteriormente sirvieron como bases para lo que llegó a ser la Escuela de Servicio Social.

Según Chacón y Flores (2016) a finales de 1960, a la Unidad Sanitaria de Caracas se le realizan cambios estructurales y organizacionales, creándose así la Unidad Centro (denominada Sector N° 1), que comprende las Parroquias: San Teresa, San Juan y La Vega, se integra a esta, 2 Centros Maternos Infantiles (El Guarataro y La Vega), 6 Centros de Higiene Escolar, 1 Dispensario Antituberculoso, 1 Dispensario Antivenéreo, 2 Centros de Higiene del Adulto, Servicio de Control Obstétrico, 1 Servicio de BCG, y el Servicio de Higiene Escolar.

La Unidad Oeste, comprende al Sector N° 7 y está integrado por las Parroquias Antimano y Macarao, dispone de los siguientes recursos; 2 Centro Materno Infantil, 2 Centro de Higiene Escolar, 2 Dispensario Antituberculoso, un Dispensario Antivenéreo, 1 Centro de Higiene del Adulto. Cada uno de estos sectores tiene un Médico Jefe, (el cual goza de autoridad técnica o ejecutiva), 1 Medico Epidemiólogo, 1 Veterinario, 1 Ingeniero, 1 Supervisor de Enfermeras y un Jefe del Servicio de Inspectores.

Con ello se busca una acción más inmediata y eficiente por parte del servicio sanitario hacia las comunidades.

La multiplicación de tareas sanitarias en todo el territorio nacional estimuló la idea de coordinar los programas y las acciones que se realizaban en las diversas entidades territoriales. Con ese fin se creó la Región Sanitaria de Aragua el 2 de noviembre de 1945 y en 1958 la del Estado Yaracuy.

La experiencia de desconcentración no fue del todo satisfactoria por fallas en la coordinación, y el cumplimiento del compromiso de gestión y financiamiento a nivel de los estados. Para superar estos problemas se crearon los

Servicios Cooperativos de Salud Pública mediante convenios entre el Ministerio y las Gobernaciones, que disponían de programas de salud unificados.

Oletta (1988), recalca: En cuanto a la evolución de las denominada Unidad Sanitaria de Caracas y como resultado de los cambios estructurales y de organización aplicados a finales de 1960, en 1962 el Programa del Servicio Social de la División, es modificado y ampliando el campo de sus actividades; de la atención individualizada de casos se llegó a una acción proyectada hacia las comunidades, considerando la gestión polivalente del Trabajador Social a través de la integración de los métodos de Trabajo Social: Caso, Grupo y Organización de la Comunidad. Archila (1955).

Las pautas de atención se establecieron con los Departamentos de Servicio Social del: Consejo Venezolano del Niño, Consejo Municipal del Distrito Federal, del Seguro Social, del Ministerio de Educación, y el Patronato de Ancianos e Inválidos. El principal motivo es debido, a que la población para ese año, en el Sector Centro-Oeste (Nº 1) eran emigrantes del medio rural, abundando una población flotante e inestable, pensiones y hoteles de tercera categoría, en el cual se contempló el problema económico y psico-social.

Para ese mismo año en la Unidad Sanitaria Centro-Oeste estaban terminadas las reparaciones del antiguo edificio del Instituto de Higiene, el cual serviría de sede a esta Unidad Sanitaria y todas sus dependencias actualmente diseñadas, igualmente en ese año se estableció el Centro Materno Infantil de Caricuao y un Centro de Higiene Dental que cubriría la población de Caricuao y las Adjuntas. Oletta (1988).

Para 1963 las Unidades Sanitarias correspondientes a los Sectores 1 y 7, realizaban reuniones mensuales con el personal, así como también con las autoridades civiles de las Parroquias, Junta Parroquial, Juntas Comunales y Juntas Pro-mejoras de los Barrios, con el objetivo de ejecutar trabajos de desarrollo comunal. Durante este año se estableció el Servicio de Inspección Sanitaria. También se realizaron cursos de Voluntarios de Trabajo Social. La Unidad Sanitaria Centro-Oeste (USCO, futuro Distrito Sanitario Nº3) fue mudada al local

que ocupaba antiguamente la División de Laboratorio, y se estableció el Servicio de Cardiología.

En 1964, en la USCO se realizó el Programa de la Lucha Antirrábica a nivel escolar. En 1965 se intensificaron las Campañas de Despistaje Precoz del Cáncer Uterino y de Mamás a través de la citología exfoliativa.

Debe señalarse que para 1974 se unifica la Unidad Sanitaria de Antimano, Macarao, Caricuao, conformando lo que fue llamado en la época Área Programática N° 3. Para 1978 ya se encontraban en funcionamiento los Módulos de Servicio y se creó el Servicio de Planificación Familiar.

En otro orden de ideas, para el 5 de agosto de 1981 por la resolución G-185 se dicta la distritalización del Área Programática de Salud, lo cual conllevó a la descentralización de los Módulos de Servicio a los Distritos Regionales de Salud, y en lo que respecta a la Región Capital la responsabilidad administrativa pasa a ser coordinada por la figura del Jefe del Distrito Sanitario.

En 1983 por Decreto N° 1.798 la Presidencia de la República establece las Normas sobre la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica del Sub-sector Público, siendo estos Hospitales y Ambulatorio Tipo I y II.

Finalmente para el año 1985 La Unidad Sanitaria Centro-Oeste es renombrada Distrito Sanitario N° 3, ubicando su sede definitiva entre las Esquinas de Cruz de La Vega a Palo Grande (antigua sede del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría) en una edificación completamente reestructurada. Este distrito sanitario está integrado por seis (7) Parroquias del Municipio Libertador; Santa Teresa, Caricuao, San Juan, Macarao, La Vega, Carapita, y Antimano. Documento Distrito sanitario N3 (1992).

Una nota importante a destacar en este momento, es la permanencia en conjunto en las aéreas del Distrito Sanitario N°3 del Servicio Médico Nacional de Empleados del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Ahora bien, para contribuir de manera eficaz y eficiente en la prestación de servicios de salud que brinden una mejor calidad de vida a la población, el Distrito Sanitario N° 3 cuenta con la Coordinación de Promoción Para la Salud.

Evolución Histórica de la Coordinación de Promoción para la Salud

A través de la Resolución Ministerial N° G-365 del 09 de marzo de 1982, Promoción Social para la Salud empieza a formar parte importante dentro del sistema de salud, dentro de los Distritos Sanitarios.

Para complementar lo antes dicho, y de acuerdo a la Coordinación de Promoción para la Salud, Distrito Sanitario N° 3 (1992) tenemos que la Promoción para la Salud:

Es una instancia de carácter público que depende administrativa y normativamente de la Coordinación de la Promoción para la Salud de la Dirección Estatal de Salud del Distrito Capital enmarcada en sus lineamientos políticos y estratégicos, en concordancia con la orientación y rectoría de la política del Ministerio del Poder Popular para la Salud, tomando en consideración las necesidades locales y sociales de la población del Distrito Sanitario N° 3, generando las condiciones que favorezcan la apertura de espacios para la creación del trabajo colectivo en salud Coordinación de Promoción Para La Salud. Distrito sanitario N 3. (Pereira, 2017)

Dicho de otro modo, La Promoción para la Salud no es más que la instancia dependiente de los lineamientos del Ministerio del Poder Popular para la Salud encargada de promover la salud considerando las necesidades locales de la población que se encuentra dentro del área de cobertura del Distrito Sanitario N° 3

Los antecedentes de esta coordinación se remontan al año 1960, según lo establece documento del Distrito Sanitario N 3 (1992), cuando el MSAS asume la salud como derecho ciudadano y continúa sus acciones de educación para la salud

y concibe el tema de la organización comunal para lo cual comienza a formar personal en cuanto a temas como Promoción de Bienestar Social, educación alimentaria y familiar; esto trae consigo que en el año 1970 nazca la dirección de Bienestar Social(actual Coordinación de Promoción para la Salud), la cual además de las labores educativas que venía desempeñando comienza a realizar la prestación de servicios sociales para la población: becas escolares, ayudas económicas, informes sociales, pensiones entre otras.

Por Ley Orgánica de Educación, en el año 1980 se incluye en el pensum de estudio, la cátedra “Educación para la Salud. El personal de la Dirección de Bienestar Social, recibe capacitación y facilita los contenidos de salud en escuelas y comunidades a fin de formar “Agentes Multiplicadores de la Salud”.

Para 1982 la dirección de Bienestar social del MSAS, asume la promoción social para la Salud como línea política y para ese mismo año, es elevada a Dirección de Promoción Social para la Salud, la cual refuerza acciones educativas para la salud así como, la participación comunitaria.

Debe señalarse que para los años siguientes la Dirección de Promoción Social para la Salud, incorpora como línea de acción, la investigación social en salud, la promoción, la organización familiar y comunal y es en 1987 cuando, por Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se reafirma la responsabilidad y papel rector de la Dirección de la Promoción para la Salud, con énfasis en la organización y participación comunitaria en salud. Dicha Dirección es elevada a Dirección General Sectorial de Promoción para la Salud, adscrita al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1993. Documento Distrito sanitario N3 (1992).

Por otra parte, en el marco del proceso de descentralización y reestructuración del MSAS (1994-1997) se inicia la transferencia de las competencias de la recién creada Dirección Sectorial de Promoción para la Salud, a otras instancias del Ministerio, particularmente a los programas de Salud. Luego en el año 1999 se da integración de los MSAS y Ministerio de Familia para dar paso al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

A partir de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se involucra explícitamente el principio de Integralidad con la salud refiriéndose a la Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Se enfatizó el carácter integral que deben tener las acciones de salud, en un espectro que va desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación de los efectos de la enfermedad.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, inicia un proceso de reorganización estructural y funcional, en el 2000, donde se transfieren las funciones de la Dirección Sectorial de Promoción para la Salud, a la también naciente Dirección General de Salud Poblacional.

Para este mismo año el Ministerio establece como línea política el Plan Estratégico Social, que concibe la estrategia promocional de la salud y calidad de vida, como el gran paraguas bajo el cual, confluyen las demás acciones de salud.

Nuevamente en el año 2006 se reestructura el MSDS y pasa a ser nombrado Ministerio del Poder Popular para la Salud y por reglamento interno del ministerio (dic2006) se le atribuye al Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, las competencias para el desarrollo de acciones de promoción para la salud.

En la actualidad el distrito Sanitario número 3 cuenta con la Coordinación de Promoción para la Salud.

Dentro de este orden de ideas, la Coordinación de Promoción para la Salud, del Distrito Sanitario N° 3 es una instancia de carácter público que depende administrativa y normativamente de la Coordinación de Promoción para la Salud de la Dirección Estatal de Salud del Distrito Capital enmarcada en sus lineamientos políticos y estratégicos, esto en concordancia con la orientación y rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud, tomando en cuenta las necesidades locales y sociales de la población que lo delimita.

La Coordinación de Promoción para la Salud tiene como misión y visión, según documento Distrito Sanitario N3 (1992):

Misión: Fortalecimiento de las potencialidades y capacidades de los individuos, familias y colectivos sociales y articular con el movimiento popular, para

activar su participación como sujetos de derecho político-social en los distintos ámbitos y niveles de la red de servicios del sector salud y en los territorios de base social comunitaria a objeto de influir en los procesos de transformación necesarios dirigidos a mejorar los niveles de salud en la población del Distrito Sanitario número 3.

Visión: Alcanzar la democratización de la salud pública mediante el establecimiento de un modelo de gestión compartido de espacios de poder en salud a través del compromiso ético de sus trabajadores en identificarse con los intereses de la población, imprimiéndole a sus actos la visión integral, humanizada, colectiva y transformadora de la salud para avanzar hacia mejores condiciones de salud y vida para el buen vivir

En resumidas cuentas la Coordinación de Promoción para la Salud tiene como misión fortalecer las capacidades de los individuos tanto de manera individual como colectiva en materia de Salud principalmente.

La Coordinación de Promoción para la Salud trabaja bajo 5 líneas estratégicas, las cuales son:

1. Educación para la Salud: esta línea estratégica se refiere a las sesiones educativas impartidas sobre diferentes riesgos de la salud, al igual que permanentes sesiones educativas dirigidas al personal del Distrito. Elaboración de material educativo. Formación a organizaciones comunales.
2. Organización y Participación Comunitaria aplicada en Salud: Dentro de esta línea se trabajan las distintas articulaciones tanto con instituciones públicas como privadas que estén al servicio de la comunidad. Asistencia activa a las asambleas de los distintos sectores que cubre el distrito Sanitario.
3. Investigación Social aplicada en Salud: Elaboración y aplicación de instrumentos de investigación, sectorización y mapeos de áreas de influencia y zonas de riesgo, investigaciones descriptivas, análisis y presentación de datos.
4. Atención integral al individuo y a su grupo familiar: Atención de casos a través de entrevistas, visitas domiciliarias, informes sociales, entre otros para de

esta manera según el diagnóstico articular con los programas del distrito o fuera de él y solventar las problemáticas.

5. Coordinación inter-programática e intersectorial: Incrementar la articulación con las bases comunales, al igual que el impulso de los diversos programas y actividades que se llevan a cabo dentro de las comunidades. Realizar planes conjuntos con relación a la morbilidad y necesidades emergentes de la población.

De acuerdo a lo que declara documento del Ministerio del poder popular para la salud (2012): La Coordinación de Promoción para la Salud es la encargada de encaminar los Programas de Salud del Distrito enmarcado en los lineamientos de la Dirección de Programas de Salud.

Según el fundamento de las normas de los Programas de Salud del año 2012, :

La Legislación, es decir, el Reglamento orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud de 2006, estableció la creación de la dirección general de programas de salud (DGPS), dentro del Vice Ministerio de Redes de Salud Colectiva. Esta dirección, conformada por cinco direcciones de línea, agrupa 18 programas de salud en proyectos intersectoriales, que cumplen con los objetivos primordiales de promoción para la salud y prevención, y control de enfermedades prevalentes priorizadas por el estado, dada su relevancia e impacto en la salud poblacional” (Ministerio del Poder Popular para la Salud 2012).

Entre los 18 programas que se manejan dentro del Distrito Sanitario N° 3 se encuentra el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.)

Evolución Histórica del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual

La labor curativa plasmada en la creación de instituciones hospitalarias, comenzó en Venezuela con las petroleras, en la década de los cuarenta se crearon

hospitales cuyos modelos fueron copiados años después por los estados, los municipios y algunos organismos de beneficencia del país.

Venezuela era un país en donde la esperanza de vida era de 45 años, la mortalidad en adultos la seguían produciendo las enfermedades infecciosas.

Es por ello que en materia de salud se comenzó una reforma total con la creación y modernización de las instituciones sanitarias, las instituciones sanitarias estatales tuvieron como metas principales el saneamiento terrestre y acuático y la prevención de las enfermedades infectocontagiosas que constituían verdaderas endemias en el país. Gabaldon (1962).

En el año 1960 comienza la creación de los dispensarios antivenéreos con los cuales empieza el programa de infecciones de transmisión sexual.

Estos dispensarios antivenéreos atendían a las poblaciones con enfermedades virales, ya que se tenía el conocimiento del repunte epidemiológico en la ciudad de Caracas, sin embargo no se llevaba un control estadístico de cuantos casos y el tipo de enfermedad venérea aunque se sabía de la existencia de los virus infecciosos sífilis y gonorrea.

En cuanto a estas infecciones ya se tenía conocimiento debido a su aparición en épocas anteriores en otros países pero no es sino hasta 1982 que se comienza a llevar un registro nacional de casos en nuestro país por la llegada del primer caso de VIH lo cual encendió las luces de alarma e hizo a la comunidad médica y a la sociedad, tomar conciencia de la existencia de una nueva epidemia.

En el año 2006 da inicio el programa de infecciones de transmisión sexual el cual surge de la necesidad de contribuir a la reducción de índices de personas infectadas por ITS Y VIH/SIDA

El Programa de I.T.S. es el responsable del control y prevención de este tipo de infecciones incluyendo el VIH/SIDA y sus estados relacionados (infecciones oportunistas: Candidiasis, Herpes simple, Sarcoma de Kaposi, entre otras).

Este programa tiene como objetivo “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población a través de acciones de promoción de la salud y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, con el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación”. Coordinación de Enfermería Programa I.T.S. (2017)

Dentro de este marco, la Unidad Clínica de I.T.S. del Distrito Sanitario N° 3 tiene como objetivo fundamental:

Brindarle a cada uno de nuestros usuarios y usuarias una atención integral fundamentada en los principios de Universalidad, Participación, Inclusión, Coordinación y Calidad, que se consagra en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en la Ley Orgánica de Salud. Coordinación de Enfermería Programa I.T.S. (2017)

Se evidencia que el Programa no solo se limita a la atención curativa de los usuarios y usuarias sino que también le da importancia a la atención integral por lo cual cuenta con un equipo multidisciplinario que comprende médicos infectólogos, servicio de enfermería, unidad de trabajo social, unidad de registro, inspector sanitario.

Por esto el Programa de I.T.S. le ofrece al usuario o usuaria:

- Atención médica
- Realización de exámenes como V.D.R.L., H.I.V. FROTIS.
- Administración de medicamentos para las diferentes infecciones.
- Información acerca de las diversas infecciones de transmisión sexual mediante sesiones educativas y/o entrevistas individuales (Servicio de enfermería o Unidad de Trabajo Social)

En atención a la Unidad de Trabajo Social del Programa de I.T.S. tiene como finalidad educar y promover la prevención de estas infecciones además de recibir a los y las usuarias para brindarles orientación acerca de la situación en la que se encuentran utilizando distintas herramientas del ejercicio profesional.

Es competencia de esta unidad velar por el fortalecimiento de la calidad de vida de los pacientes que presenten alguna I.T.S o VIH/SIDA

Es importante destacar que en la actualidad los casos de V.I.H./SIDA no son atendidos en los Distritos Sanitarios si no en los Hospitales de alta envergadura, como por ejemplo el Hospital Militar.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En este capítulo se presentan las bases teóricas que guardan relación con el desarrollo de la investigación las cuales fundamentan la misma, por consiguiente se detallan algunos conceptos acerca de salud, salud pública, funciones de salud pública, Infecciones de Transmisión sexual, programas sociales, calidad de atención, promoción de la salud, y demás términos que sirven de enriquecimiento a la investigación.

Bases Teóricas

Salud

Según documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) esta es “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1).

En este sentido podemos decir que la salud debe ser vista como un recurso con el que se puede alcanzar el bienestar y el desarrollo social, diversos son los factores que inciden en el estado completo de bienestar, sin embargo en muchas ocasiones existen riesgos sociales que inciden en que parte de una población vea afectada su salud bien sea por no tomar las previsiones o por no tener una educación adecuada en materia de salud lo cual se refleja en la morbilidad la cual es definida por el Diccionario Enciclopédico Larousse (2009), como: “s.p. proporción de personas que padecen los efectos de una enfermedad en un lugar o periodo determinado” (p.693).

En este orden de ideas es importante señalar que la salud está concebida de acuerdo a la cultura determinada por un país o región lo cual indica de qué manera será tratada una enfermedad o infección y por ende de

qué manera se controla la salud, aquí la importancia de los mecanismos de abordaje, los cuales si no son debidamente canalizados pueden dar paso al desarrollo de la enfermedad o infección de una persona e impedir su bienestar y desarrollo social.

Gonzales (1978) expresa:

La relación cultura-salud debe presentarse según sea la sociedad humana que se analice porque cada una de ellas posee ideas que afirman como verdaderas sobre sus propios regímenes de salud, profilaxia o inmunización. Esas ideas son manifestaciones culturales que expresan la síntesis dinámica colectiva de una realidad histórica de un grupo. (p.22).

Es por ello la importancia de mantener una visión amplia a la hora de tratar el tema de la salud pues aunque los casos puedan parecerse cada persona tiene su particularidad cultural, familiar, y social.

Del concepto de Salud se desprende el concepto de Bienestar Social el cual es entendido por el diccionario enciclopédico de sociología Heinz. K.(2001) como:

Grado en el cual una determinada sociedad, comunidad, sector social, grupo o familia, satisface las necesidades humanas fundamentales. En ese sentido va acorde con el desarrollo económico y social que incide en la calidad de vida. Implica un sistema organizado de políticas, leyes, servicios e instituciones sociales, diseñadas para promover en las comunidades, grupos, familias e individuos, el logro de niveles satisfactorios de vida, así como relaciones personales y sociales que les permita desarrollar plenamente sus potencialidades en armonía con el entorno. (p:33).

Según lo anterior este concepto se relaciona con la producción y distribución de bienes por lo que implica a su vez reconocer la salud como un fenómeno social es por ello que la salud es importante verla desde un enfoque

biopsicosocial y multifactorial en la cual incide la manera en que se establecen los mecanismos de abordajes del Estado como ente rector de una Nación.

Salud Pública

La Salud Pública debe ser considerada como una pieza fundamental para el desarrollo de un país, en este sentido es de vital importancia el papel que tanto el Estado y sus habitantes juegan para aplicar el principio de corresponsabilidad fundamentado en el compromiso de planificación y ejecución de diversas estrategias que aseguren el bienestar de las personas.

En este orden de ideas, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas (2002), propone la siguiente definición: “una práctica social interdisciplinaria dirigida a mejorar la salud de las personas, cuya responsabilidad es compartida con el estado como una función esencial ineludible”.(pág.35)

Por su parte, Kisnerman (1978), la define como “El conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al estado y a todos los habitantes de un país (de ahí el carácter de publica) para promover, prever, recuperar y rehabilitar salud en una sociedad” (pág. 3).

En este sentido la Salud pública se constituye como un derecho primario por ser un derecho fundamental la salud- el cual se transforma en una obligación que requiere responsabilidad por parte del Estado como de sus habitantes de preservarla a través de un conjunto de actividades y medidas que son programadas y ejecutadas.

En Venezuela la Salud Pública tiene como ente rector al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPPS) el cual se encarga de ejecutar “Políticas estratégicas para la promoción prevención, vigilancia, control, regulación, rehabilitación y restitución efectiva y segura de la Salud integral” (MPPPS,2006: P.1.) Cumpliendo con los lineamientos del Estado este imparte las pautas a barrio adentro I,II,III,IV, las Direcciones estatales de Salud y Desarrollo Social, el

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), cada uno de los cuales intervienen en una en parte específica de la población.

De igual manera es importante señalar lo que dice Kinsnerman (1978), sobre la salud pública y el Estado el cual “tendrá también que asegurar el cumplimiento de sus programas más allá de los vaivenes políticos y al servicio de un país, de una comunidad, y no de un determinado gobierno o partido” (pág. 5).

Lo que implica trabajar en pro de la consecución del bien común abarcando todas las disciplinas para que aporten sus conocimientos y esto a su vez sumen esfuerzos que se traduzcan en el desarrollo de proyectos y programas que mantengan y protejan la salud de manera equitativa.

La red de atención primaria busca responder a las necesidades sociales en materia de salud y desarrolla funciones esenciales que permiten su avance en el alcance de objetivos para el bienestar de todas las personas de un país.

Funciones Esenciales de la Salud Pública

En este sentido siendo las funciones de la salud pública todas aquellas acciones sanitarias que buscan asegurar un mejor nivel de salud en la población y que dirigen sus esfuerzos a cumplir una serie de actividades para el buen desenlace de los programas de salud la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) señala que son todas aquellas “condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la Salud pública”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001) (pág.9) por medio de la iniciativa de “la Salud Pública de las Américas” definió once funciones esenciales de salud pública

1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población
2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública

3. La promoción de la salud
4. El aseguramiento de la participación social en la salud
5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública
6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud
7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos
9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud
10. La investigación en la salud pública
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública

La salud pública en las Américas– PAHO/WHO [en línea] accesado 20 de julio 2017] disponible en electrónica: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf

Estas funciones se concretan y se llevan a cabo a través de actividades desarrolladas con el objetivo de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud para evitar el riesgo de alguna enfermedad que pueda causar incapacidad o muerte.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006) las Actividades de la salud pública son las siguientes

- Protección de la salud: son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la

seguridad en el trabajo y en el transporte.

- Promoción de la salud son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.
- Prevención de la enfermedad se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.
- Restauración de la salud consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

Las acciones de la salud pública responden a las funciones esenciales y por ende se puede afirmar que una de las funciones pública es la prevención.

Tal como lo señala Kisnerman (1978) “La prevención es el conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos”.(pág.7) Es primaria cuando está dirigida a evitar que la población corra riesgo de enfermar, para lo cual 1) promueve la salud mediante educación sanitaria a fin de que la población asuma responsabilidades como agente de su propia salud, 2) protege evitando la ocurrencia de la enfermedad mediante actividades y medidas de (refuerzo alimenticio, inmunizaciones, exámenes periódicos de la salud, higiene personal, de la vivienda, de lugares de trabajo y públicos, protección respecto a accidentes).

La prevención es secundaria cuando tiende a limitar la incapacidad, rehabilitar y lograr la reubicación social de enfermos

Y es terciaria cuando las medidas están orientadas a evitar retardar y reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.

Infecciones de Transmisión Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual representan una amenaza al bienestar físico, psicológico y social de las personas puesto que las mismas acarrear consecuencias que traen consigo una variedad de sintomatologías que pueden cambiar significativamente el correcto funcionamiento del organismo aunque no siempre al contraerse una ITS se presentan síntomas lo que las hace más peligrosas.

En tal sentido, Kisnerman (1978), define infección como: “la entrada, el desarrollo y multiplicación de agentes vivos patógenos en el organismo, lo que no siempre significa declaración de la enfermedad” (pág.62)

Es por ello que es de vital importancia que la persona se realice con regularidad chequeos y exámenes médicos para monitorear como está su estado de salud sobre todo en los casos de personas que se encuentran en riesgo como por ejemplo aquellas que practican la promiscuidad, entre otros.

Kisnerman señala que el contacto es necesario para transmisión de una infección: “... es decir, vincularse con una persona o animal infectado o con ambientes u objetos contaminados” (pág. 62)

El término de Infección de Transmisión Sexual (ITS) incluye un conjunto de infecciones que trae consigo diversos síntomas, estas tienen en común que se adquieren por vía sexual, aunque no es la única vía de trasmisión, las mismas involucran principalmente el área genital algunas de estas infecciones pueden producir lesiones en diversos órganos.

La diferencia entre enfermedad y una infección radica en que las enfermedades presentan síntomas inmediatos mientras que las ITS pueden pasar años antes de advertirle al organismo que algo está mal.

Las ITS son un problema social ya que las mismas pueden ocasionar enfermedades, lesiones y trastornos psicológicos lo cual repercute en el buen desenvolvimiento en la vida de una persona.

Las razones por las cuales estas han ido aumentando entre la población son diversas entre las cuales pueden haber razones de índole personal, cultural entre otras.

La poca o nula información sobre métodos de anticoncepción, y sobre que son las ITS, la influencia de la tecnología, los medios de comunicación, la falta de valores, son algunas de las razones por las cuales las ITS son una realidad en la actualidad.

Lo cual nos conlleva a reflexionar en torno a este flagelo que no solo repercute a nivel psicológico sino también a nivel económico ya que algunos tratamientos pueden ser costosos tanto para una persona con ITS como para el Estado que debe invertir en la Salud.

En este sentido es necesario tratar el tema de las ITS abarcando la mayor cantidad de población de una manera donde se promuevan la comunicación individual, familiar y de pareja, las decisiones responsables a nivel sexual.

Es de carácter fundamental una atención interdisciplinaria, con especialistas comprometidos éticamente con su labor para poder tener un mejor resultado no solo en la parte biológica sino también a nivel psicológico y social.

En consecuencia al tema de las ITS no debe tratarse únicamente de la persona y sus repercusiones físicas y mentales, sino que también debe analizarse a la sociedad y su contexto para de esta manera desarrollar acciones que permitan combatir este flagelo.

Es fundamental promover la salud sexual y reproductiva a través de la educación sexual para prevenir las ITS; las personas necesitan orientación y atención médica con el propósito de que se adopten conductas sexuales conscientes y responsables que le aseguren un mejor nivel de vida.

Programas Sociales

En base a lo antes expuesto se puede afirmar que los programas sociales son el eslabón de una cadena que busca alcanzar metas y objetivos en el caso de la salud los programas pueden centrarse en diversos temas de interés para la población.

Ander-Egg (2000), conceptualiza programa como: “un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza” (pág. 15).

En este sentido podemos decir que los programas trabajan en función de alcanzar objetivos de un plan los cuales son parte de las políticas sociales que buscan encontrar soluciones para determinados problemas sociales.

De igual manera, Kisnerman (1978), conceptualiza programa como:

Una formulación racional de actividades específicas en una determinada área o sector de trabajo (...) para cumplir con objetivos y metas expresadas en el plan, mediante técnicas y procedimientos elegidos, en ciertos plazos y espacios, con recursos cuantificados, cualificados y valorizados. (pág.194).

Por su parte la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1998) define a los Programas Sociales como “una herramienta de la política social que permita lograr una mejor calidad de vida y una distribución de las oportunidades, permitiendo a la población participar en la construcción de su desarrollo...” (pág.2).

En este sentido podemos decir que una de las herramientas de las políticas sociales lo constituyen precisamente los programas los cuales a su vez tienen como objetivo desarrollar proyectos que buscan alcanzar las metas de un plan mediante acciones concretas de manera que las personas consigan el bienestar en determinada área llámese salud, educación, vivienda, entre otros.

Por su parte Alvira Martin (1998) sostiene que:

Es primordial que los programas estén centrados en el cliente y vean a éste como el núcleo de atención. El establecimiento de un programa de mejora de la calidad debe abordarse desde una aproximación multidisciplinaria que contemple de manera global todos los extremos susceptibles de mejora. (pág.26)

Por ello la importancia de la calidad que se ofrece en la atención a un paciente o usuario por parte del equipo multidisciplinario el cual debe trabajar en pro de la consecución del bienestar del mismo abordando las diferentes realidades desde la empatía .

También es preciso hacer una evaluación de los procesos que se llevan a cabo dentro de un programa para poder realizar un diagnóstico que permita alcanzar los resultados esperados lo cual requiere una evaluación del programa, esta es conceptualizada por Alvira Martin (1998), como:

La emisión de un juicio de valor la cual está fundamentada en información recogida de manera sistemática y científicamente teniendo como objetivo final la utilización de la información para actuar sobre el programa en función de mantenerlo, modificarlo o terminarlo. (pág. 11).

Esto para determinar qué es lo que se está haciendo o no de manera correcta lo cual puede repercutir significativamente en la calidad del mismo.

Tal como lo dice Alvira Martin (1998), la evaluación debe llevarse a cabo después de realizar una familiarización con el programa y el cliente para lo cual debe haber un acercamiento con la realidad esto para posteriormente realizar la evaluación la cual incidirá en el programa para que este se mantenga, modifique o

termine lo que no convenga y darle como resultado mejor calidad de atención al cliente.

En este sentido la calidad es un factor que debería ser primordial en la atención de una persona a la hora de ser abordada para resolver su problemática o solicitud a nivel de salud ya que de la calidad depende en gran medida el bienestar de la persona y el buen funcionamiento de cualquier servicio.

Calidad

Es importante señalar que cuando se adquiere un producto o servicio la percepción que se tiene de él lo puede clasificar en bueno, regular o malo esto dependerá de diversos aspectos que se ven en el resultado de un servicio y en el grado de satisfacción del usuario o paciente.

En este sentido Gutiérrez (2001), conceptualiza la calidad como: “el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite un juicio de valor acerca de él” (pág. 23).

Por ende es de vital importancia los pasos que se siguen en el proceso de atención de un usuario o cliente ya que la Calidad se constituye por la responsabilidad de la organización y de todos los empleados que en ella laboran por ende esto lleva un estrecho vínculo, porque de la atención brindada al usuario dependerá su grado de satisfacción.

Calidad de atención

En este sentido es apropiado mencionar el estudio de la calidad de atención realizado por Donavedian (1984), el cual crea un modelo en el que indica la dimensión de estructura, proceso y resultado así como la sistematización de criterios, y la importancia de la responsabilidad de mejorar la calidad.

De aquí se desprende lo que él llamo las dimensiones de estructura, de proceso, y de resultados de los cuales se desprenden una serie de indicadores que se utilizaran para la evaluación del proceso de atención de un programa.

Donavedian (1984), afirmó que existían tres indicadores que eran necesarios tomar en cuenta a la hora de realizar una evaluación de proceso de atención de un programa ellos son: los indicadores de estructuras, indicadores de proceso, indicadores de resultados

Revista de calidad asistencial [en línea] accesado 16 de junio 2017]
http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB_CalidadAsistencialSociedadEspa_20120813.pdf

Gutierrez (2001), hace mención de los aportes de dos de los grandes exponentes del tema de la calidad como lo son Deming e Ishikawa.

Este señala los catorce puntos de Deming los cuales son un aporte importante en el estudio de la calidad como un aspecto importante en la cultura organizacional. Gutiérrez (2001), señala que:

Los catorce puntos son obviamente responsabilidad de la alta gerencia; solo ella los puede implantar, ya que encauzar una empresa hacia la calidad es de su exclusiva competencia, aunque la calidad misma sea tarea de todos (pág. 165)

Los catorce puntos de Deming:

1. se debe ser perseverante en el propósito de mejorar el producto y el servicio.
2. Estamos en una nueva era económica
3. Hay que acabar con la inspección masiva. En su lugar debemos exigir evidencia estadística de que el producto o servicio, desde los primeros pasos, se hace con calidad. Esto elimina la necesidad de la inspección masiva.
4. El precio solo tiene sentido cuando hay evidencia estadística de calidad.
5. Hay que estar mejorando constantemente el sistema de producción y de servicio, para mejorar la calidad y la

productividad y para abatir así los costos.

6. Hay que poner en práctica métodos modernos de entrenamiento.
7. Se debe administrar con una gran dosis de liderazgo.
8. Se debe eliminar el miedo en el trabajo.
9. Deben eliminarse las barreras interdepartamentales
10. No se debe proponer a los trabajadores metas numéricas, como también salen sobrando exhortaciones o amonestaciones.
11. Hay que eliminar las cuotas numéricas
12. Quitemos los obstáculos que impidan que el operario se sienta orgulloso de haber realizado un trabajo bien hecho.
13. Se debe impulsar la educación de todo el personal y su autodesarrollo.
14. Hay que emprender las acciones necesarias para lograr la transformación de la empresa. (P.p167-184)

Gutiérrez (2001), hace referencia a los aportes del Doctor Kaoru Ishikawa, sus principales aportaciones han sido la configuración actual del diagrama causa-efecto, para efectuar análisis de causalidad, llamado en su honor diagrama de Ishikawa y la estructuración actual de los círculos de calidad tal como funcionan en Japón.

La filosofía de Ishikawa consta de cinco puntos a continuación descritos:

1. Primero la calidad, no a las utilidades de corto plazo. Lo importante en toda organización es la calidad y no a las utilidades que se generen rápidamente.
2. Orientación hacia el consumidor. Los servicios y productos deben estar encaminados siempre hacia la satisfacción de las necesidades del cliente.
3. El proceso siguiente es el cliente. La prioridad de todos los que conforman la organización debe estar orientada continuamente hacia el cliente.

4. Respeto a la humanidad. Debe existir una consideración completa hacia todos los individuos, de igual forma involucrar a todos los miembros en la responsabilidad y realización de los resultados a lograr.

5. Administración interfuncional. Cuenta con comités interfuncionales de apoyo, puede suministrar la vía necesaria para fomentar las relaciones en toda la organización y además hace posible el desarrollo eficiente de la garantía de calidad.

Los factores que propone Ishikawa, son los siguientes:

1. El cliente es lo más importante.
2. Hay que prevenir, no corregir.
3. Reducir costos y desperdicios en general.
4. Resultados a largo plazo. No caminos cortos para alcanzar la calidad.
5. Participación e involucramiento de todos los miembros.
6. Hay que trabajar en equipo.
7. Medir resultados.
8. Dar reconocimientos.
9. Se requiere el compromiso y el apoyo de la alta dirección.
10. Instituir programas de capacitación y desarrollo efectivo e intenso.
11. Crear conciencia de la necesidad.
12. Tener un proceso y herramienta para el mejoramiento permanente.

De este último punto, Ishikawa logró definir una filosofía técnica que forma parte de la calidad, a ésta la llamó las siete herramientas estadísticas de la administración para el análisis de los problemas como:

1. Diagrama de Pareto.
2. Diagrama de causa y efecto.
3. Estratificación.
4. Hoja de verificación.
5. Histogramas.
6. Diagrama de dispersión.
7. Corridas y Gráficas de control. (p.p.207-231)

En este sentido podemos decir que los trabajos en materia de Calidad han sido de vital importancia en el desarrollo de una organización los cuales han servido de base para trabajos posteriores de implementación de calidad en una compañía o servicio. La Calidad ha evolucionado y ha tomado importancia y

relevancia en los procesos de servicios y nos deja claro que la Calidad es un tema sustancial que una organización no debe tomarse a la ligera si de verdad desea alcanzar la consecución de sus objetivos.

Tener una visión amplia en cuanto a los elementos que inciden en el desarrollo de un Programa son claves a la hora de medir el grado de satisfacción de un usuario; es preciso que el personal involucrado en la atención médica desde su ejercicio profesional mantenga la responsabilidad, compromiso, empatía, y participación.

Estos factores son los que permitirán el debido proceso de sinergia la cual es conceptualizada por Ander-Egg (2000), como: “La forma de potenciar un programa mediante la organización, articulación y coordinación de las diferentes acciones y/o actividades, a fin de que cada una de ellas refuerce la acción y potencialidades de la otras” (pág.27).

En este orden de ideas la Calidad de Atención lleva estrecha vinculación con el que hacer del trabajador social el cual presta un servicio social que responde a las necesidades de una persona, comunidad o familia abordando las diferentes realidades que se presentan tratando de orientar de manera articulada una situación que requiere el cambio de una situación problema.

Roles desarrollados por el Trabajador Social

Es de vital importancia el servicio que cumplen los Trabajadores Sociales desde el ejercicio de sus funciones el cual abarca diferentes roles y metodologías que son desarrollados de manera diversas y directas con la realidad por ser una profesión que se ejerce desde la práctica.

Tobón, (1998) expresa que:

El Trabajador Social se vale de un conjunto de procedimientos ,principios , técnicas, habilidades y actitudes cuya aplicación

da especificidad a la profesión, también señala que la metodología “expresa el proceso de reflexión y acción al reunir , en el mismo movimiento, el significado, la finalidad, los valores, los principios, los métodos y las técnicas. (pág.40)

Podemos afirmar según lo antes mencionado que el Trabajador Social posee varios métodos de trabajo que implican intervención, conocimiento de la realidad desde una visión integral que permita el accionar y la búsqueda constante de la transformación de la realidad.

En el Proyecto Curricular de la Escuela de Trabajo Social, 1994 se encuentran desarrollados los roles que definen el para qué de la formación profesional, en principio en el documento antes mencionado encontramos el rol de Investigador Social el cual “supone el dominio teórico, metodológico y técnico-operativo que le permitan comprender, explicar y abordar la realidad social”. (pág.23)

El Rol de Investigador Social estuvo presente durante nuestras pasantías ya que tuvimos que conocer y abordar la realidad social en el marco del Programa en el cual nos insertamos, pasamos por un proceso de reflexión para comprender la dinámica del Programa y a través de la técnica de observación no participante y de las entrevistas estructuradas y no estructuradas se logró ahondar más acerca de la situación problema.

Ahora bien, el o la Trabajadora Social tiene además el rol de Analista de Política Social el cual está definido en el Proyecto Curricular de la Escuela de Trabajo Social (1994) como:

Analista de Política Social Significa formar para el análisis de la relación entre la estrategia de desarrollo y la política social, para describir las tendencias del carácter que asume la distribución de la riqueza e identificar los sectores menos favorecidos que deben constituir el objeto central de la política social. (pág. 23)

El Rol de Analista de la Política Social estuvo presente en el accionar de las pasantes pues de acuerdo a las necesidades detectadas en el Programa se hizo una evaluación del mismo con la implementación de los instrumentos realizados por las pasantes previamente revisados por los tutores.

En este orden de ideas, el o la Trabajadora Social no sólo se limita al análisis de Políticas Sociales si no que también tiene el rol de Planificador y Gerente Social. Dentro del Proyecto Curricular de la Escuela de Trabajo Social (1994) se encuentra descrito este rol de la siguiente manera:

El Planificador y gerente social El desempeño de estas responsabilidades implica el dominio de los distintos modelos de planificación y gerencia social que permiten actuar sobre la realidad social, para el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y programas dirigidos al logro del bienestar social. Promover la movilización y utilización eficiente de los recursos que conduzcan al máximo beneficio de población usuaria de los servicios. (pág. 24)

El rol de planificador y gerente social también estuvo presente durante nuestras pasantías al insertarnos en el programa con el equipo multidisciplinario al diseñar y ejecutar actividades para la promoción de la salud en pro del beneficio de los usuarios del programa.

Aunado a lo anterior el Proyecto Curricular de la Escuela de Trabajo Social (1994) resalta que otro de los roles del Trabajador Social es el de Dinamizador de Procesos Sociales-Locales, el cual:

Supone participar activamente en la promoción y desarrollo de estrategias y acciones capaces de influir en la dinámica de dichos procesos en beneficio de los sectores poblacionales involucrados. Ello exige una abierta disposición para entender su indeclinable responsabilidad frente a la sociedad en la cual ejerce, con miras a proponer estrategias viables de atención-superación de las situaciones detectadas. (pág. 24)

En este sentido el Rol de Dinamizador de Procesos Sociales- Locales estuvo presente en nuestras pasantías al realizar, diseñar y ejecutar actividades en el taller de autoestima en liceos de la población aledaña al Distrito Sanitario Nro 3 con la finalidad de reforzar los valores de los estudiantes en dicha área.

Finalmente pero no de menor importancia se encuentra el rol de Dinamizador de Procesos Familiares-Locales el cual está descrito de igual manera en el Proyecto Curricular de la Escuela de Trabajo Social (1994):

Dinamizador de Procesos Familiares-Locales El Trabajador Social deberá estar en condiciones de actuar en el campo de las orientaciones que emanan de los programas públicos y/o privados, a través de los cuales se concretan las políticas sociales, aceptadas como necesarias en un momento determinado del desarrollo social. (pág. 25)

El Rol de Dinamizador de Procesos Familiares Locales estuvo presente en nuestras pasantías en el momento de atención de casos los cuales fueron individuales y familiares en los abordaje que se realizaron se dio orientación en materia de salud, legal, familiar y social a los usuarios que acudieron al servicio del Programa en búsqueda de una solución a su situación.

Es importante señalar que el Trabajador Social en función del ejercicio profesional cumple con diversos roles y actividades que lo hacen un profesional multifacético por la composición de sus conocimientos fundamentados en la intervención que le da la práctica y a la vez por los diversos escenario en el que le toca desenvolverse lo cual requiere de diversas destrezas y conocimientos que lo hacen enfrentar diferentes problemas sociales.

Se puede afirmar que el Trabador Social desarrolla todos los roles dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario numero 3 los cuales no se limitan a lo verbal ya que las actividades que le corresponden le permiten desenvolverse como Dinamizador de Procesos Familiares- Locales, Planificador- Gerente Social, Investigador Social, Analista de la Política Social,

Dinamizador de Procesos Sociales-Locales abarcando así todos los roles de acuerdo con la situación planteada o requerida.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud comienza como parte importante dentro del sistema de salud, dentro de los distritos sanitarios el 09 de marzo de 1982 a través de la resolución ministerial N° G 365.

La Carta de Ottawa (1986) reseña que la Promoción de la Salud permite incrementar la salud de las personas a través de actividades que impliquen educación en materia de salud.

La Coordinación de Promoción para la Salud, Distrito Sanitario N°3, 2007 (s.p.) la conceptualiza como: Una poderosa herramienta de transformación que toca las raíces políticas, económicas, sociales y culturales de la población, contribuyendo a elevar el nivel de conciencia para enfrentar los retos y alcanzar una mayor calidad de vida.

Esta consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

- La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.
- Las condiciones y requisitos para la salud son: La paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.
- Promocionar la salud: Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad

de la vida, los factores políticos, económicos, sociales, culturales de medio ambiente, de conducta y biológicos, pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud, el objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

(Información extraída de Cartelera de la Coordinación de Promoción para la Salud del Distrito Sanitario Nro. 3.)

Desde este punto de vista podemos notar que es de vital importancia la Promoción de la Salud la cual desde su concepción busca promover mediante la educación en materia de salud que las personas asuman la responsabilidad de su propio estado de bienestar a través de la prevención de infecciones.

Declaración de Alma Ata

Fue una conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la UNICEF la misma fue celebrada del 6 al 12 de 1978 y fue una de los eventos más importantes sobre políticas de salud en esta se expresa la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel sobre los pueblos en la misma se expresa la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales. Esta posee diez puntos que sienta las bases para la construcción de un nuevo sistema de salud

- Definición de salud
- Equidad
- Salud como asunto socioeconómico
- El acercamiento al derecho de la salud
- Responsabilidad gubernamental
- Definición de atención primaria de salud

- Componentes de la atención primaria de salud

VII Para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y por consiguiente incluye:

- La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos.
 - La promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada.
 - El desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica.
 - El cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar.
 - La vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas.
 - La prevención y control de enfermedades endémicas locales.
 - El tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
 - Proporcionar los medicamentos esenciales.
- Implica, en adición al sector salud, todos los sectores relacionados a los aspectos del desarrollo de los países y las comunidades, en particular los sectores de agricultura, cría de animales, alimentación, industria, educación, vivienda, trabajos públicos, comunicaciones y otros; demandando los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
 - Requiere y promueve el máximo de autoestima social e individual, y la participación en la planeación, organización, operación y control de la atención primaria de salud, haciendo un uso completo de los recursos locales y nacionales disponibles; para este fin se promocionará la adecuada educación y aumento de la participación ciudadana.

- Confía en los niveles locales y los trabajadores de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, parteros, médicos auxiliares y trabajadores comunitarios, unidos en un equipo bien entrenado técnica y socialmente para responder a las necesidades de la comunidad.

Declaración de alma ata [en línea] accesado 16 de junio 2017]
 atahttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en:::.....

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

La primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente carta dirigida a la consecución del objetivo “salud para todos en el año 2000”. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

Lo que implica:

- Construir políticas públicas saludables
- Crear ambientes que favorezcan la salud
- Desarrollar habilidades personales
- Reforzar la acción comunitaria
- Reorientar los servicios de salud

Esta consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, lo que implica:

- Construir política publicas saludables
- Crear ambientes que favorezcan la salud

- Desarrollar habilidades personales
- Reforzar la acción comunitaria
- Reorientar los servicios de salud

:resumen de conceptos de promoción de la salud [en línea] accesado 22 de junio 2017] <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>

Esta plantea el concepto de promoción de la salud motivada a raíz de los crecientes problemas de salud los cuales van en aumento y son difíciles de controlar en ella se desarrollaron diversos puntos los cuales son esenciales como entre los cuales la promoción para la salud busca el desarrollo personal, económico y social, para lograr las metas es necesario la participación activa de toda la sociedad utilizando diversas estrategias para lograr el fin común entre las estrategias están : las políticas sociales, orientar a la población para que esta a su vez tenga una mejor calidad de vida

La Declaración Yakarta: (sobre la promoción de la salud en el siglo 21)

La 4ta conferencia internacional sobre promoción de la salud se realizó del 21 al 25 de julio de 1997 en Yakarta republica de Indonesia. Es la 1ra en celebrarse en un país en desarrollo esta reconoce a la promoción de la salud como elemento indispensable para el desarrollo de esta. (pág.3)

La declaración de Yakarta refleja el compromiso de los países participantes en esta cuarta conferencia de hacer uso de recursos para abordar factores determinantes de la salud del siglo 21 (pág.4)

Los factores determinantes de la salud señala que los requisitos de la salud comprende: la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de

los derechos humanos y la equidad sobre todo la pobreza es la mayor amenaza de la salud.

Diversos son los factores que amenazan la salud y el bienestar de millones de personas entre los cuales se puede mencionar las tendencias demográficas (la urbanización, aumento de los adultos mayores)

Las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen respuesta urgente. Es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud

Las estrategias de promoción de salud pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud.

Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son indispensables para el éxito:

- La elaboración de una política pública favorable a la salud,
- La creación de espacios, ámbitos y/o propicios,
- El reforzamiento de la acción comunitaria,
- El desarrollo de las aptitudes personales,
- La reorientación de los servicios de salud.

Prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI

1. Promover la responsabilidad social por la salud.
2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud
3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud
4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo
5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

La Declaración de Yakarta reiteró el compromiso mundial con las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa y proporcionó una comprensión más clara de la importancia fundamental de establecer asociaciones para la salud. La Declaración identifica varios ingredientes clave destinados a mejorar la salud y la calidad de vida. Determina, asimismo, cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: • Promover la responsabilidad social por la salud. • Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud. • Consolidar y ampliar las asociaciones para la salud. • Incrementar la capacidad de la comunidad y conceder poderes al individuo. • Ampliar y mejorar la infraestructura para la promoción de la salud. La Declaración también plantea que las estrategias de promoción de la salud consideren la asociación de nuevos actores con un enfoque de validación de políticas y prácticas.

La carta de Bangkok para la promoción de la salud

Del 07 al 11 de agosto de 2005 ginebra los participantes en la 6ta conferencia mundial promoción para la salud copatrocinada por la organización mundial de la salud y el ministerio de salud pública de Tailandia, han adoptado hoy la nueva carta de Bangkok para la promoción de la salud en ella establecen las principales retos, medidas y compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado.

La carta destaca las transformaciones a nivel mundial y los problemas que hay que superar para alcanzar sus objetivos, entre ellos la creciente carga doble de enfermedades transmisibles y crónicas, también menciona la importancia de abordar y controlar los efectos que tiene la globalización en la salud como consecuencia del aumento de las desigualdades la rápida urbanización y el deterioro del medio

Esta brinda una nueva orientación para la promoción de la salud preconizando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil, y el sector privado a fin de asumir cuatro compromisos fundamentales a saber:

1. La promoción para la salud constituya una pieza clave de la agenda de desarrollo mundial.
2. Que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos
3. Que forme parte de las buenas prácticas institucionales
4. Que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.

oms/ adoptada la nueva carta de bangkof [en línea] accesado 22 de junio 2017]
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>

La Carta de Bangkok para la promoción de la salud, identifica los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y pide que un mayor número de interesados directos se comprometan con las iniciativas para lograr la salud para todos. Aboga por una mayor coherencia en las políticas para la Promoción de la Salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado. También estipula que sus iniciativas deben concentrarse en cuatro objetivos clave: 1. Garantizar que la Promoción de la Salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo 2. Hacer que la Promoción de la Salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos 3. Incluir la Promoción de la Salud como una buena práctica corporativa 4. Fomentar la Promoción de la Salud como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

Bases Legales

Las bases legales de esta investigación se encuentran representadas, en primer lugar, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde en su artículo 25 expresa:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en

especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (DUDH) (1948)(P.52)

El artículo 25 favorece a toda persona y a su familia, tener un nivel de vida que les permita asegurar bienestar y salud en todos los ámbitos que sea necesario, así mismo, a un seguro social en caso de no tener empleo, viudez, vejez.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales en su artículo 12 expresa:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (PIDESC) (1966)

El Artículo 12 señala que toda persona tiene derecho a un alto nivel de salud física y mental. Los Estados Partes en Pacto deberán adoptar medidas necesarias para reducir la mortalidad infantil, mejorar la higiene en el trabajo y en el medio

ambiente, la prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades, asegurar condiciones de asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

Otro documento importante en las Bases Legales de nuestra investigación lo es La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Publicada en Gaceta Oficial del jueves 30 de diciembre de 1999, N° 36.860 (Capítulo V), De los Derechos Sociales y de las Familias, de donde se destacan los artículos 83,84 y 85 los cuales establecen:

Artículo 83. ° La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

El artículo anterior establece la importancia de la salud dentro del sistema jurídico venezolano estableciéndolo como un derecho fundamental de igual manera establece que todas las personas tiene derecho de defender la salud, protegerla, y cumplir con las medidas sanitarias que establezca la Ley.

Ahora bien, el artículo 84 expresa lo siguiente:

Artículo 84 ° Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad,

universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

El Estado Venezolano será el titular de Sistema Público Nacional de Salud y será el responsable de crear y gestionar el mismo este será descentralizado y participativo, se regirá por una serie de principios como la gratuidad, integridad, equidad entre otros dando prioridad a la Salud.

Artículo 85. ° El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Establece lo referente al financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud el cual es obligación del Estado garantizar el presupuesto adecuado para lograr los objetivos en políticas sanitarias.

Otro de los fundamentos legales de la investigación, lo representa: El Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019

GRAN OBJETIVO HISTÓRICO N° 2

Objetivo nacional

2.2. Construir una sociedad igualitaria y justa.

Objetivos estratégicos y generales

2.2.10. Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales.

2.2.10.1. Asegurar la salud de la población, a través del fortalecimiento continuo y la consolidación de todos los niveles de atención y servicios del Sistema Público Nacional de Salud, priorizando el nivel de atención primaria para la promoción de estilos y condiciones de vida saludables en toda la población.

2.2.10.2. Fomentar la creación de centros y servicios especializados en el Sistema Público Nacional de Salud.

2.2.10.3. Articular bajo la rectoría única del Sistema Público Nacional de Salud a todos los órganos y entes prestadores de servicios de salud públicos y privados

En el segundo plan socialista de la nación los objetivos 2013 2018 en su objetivo histórico desglosa las estrategias a seguir para la consecución de la construcción de una sociedad igualitaria asegurando la salud a la población como un medio para su desarrollo y bienestar social.

Ley Orgánica de Salud Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998

El Congreso de la República de Venezuela Decreta la siguiente, LEY ORGANICA DE SALUD

Artículo 1°.- Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

El artículo 1 de la ley orgánicas de la salud establece que la misma regirá todo lo relacionado con la salud en Venezuela por lo cual será el que establezca las directrices en materia de salud por lo que será quien organice y vele por el funcionamiento de las prestaciones de salud así como también regulara los deberes y derechos de los beneficiarios.

Artículo 2º.- Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

En el artículo 2 se establece y reconoce el concepto de salud.

Artículo 3º.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios: Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza. Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios. Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos. Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el

ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos. Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

El artículo 3 expresa la garantía en los servicios de sala para la protección de la salud a todos los habitantes del país basándose en el principio de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad

TITULO III De los Servicios para la Salud

CAPITULO I De la Promoción y Conservación de la Salud

Artículo 25.- La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas,

familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.

El artículo 25 establece que la promoción de la salud es necesaria para crear una cultura en las personas en materia de salud lo cual busca condiciones de vida saludable, la prevención y preservación de la misma.

CAPITULO III De la Atención Médica

Artículo 28.- La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes. A tal efecto y de acuerdo con el grado de complejidad de las enfermedades y de los medios de diagnóstico y tratamiento, estos servicios se clasifican en tres niveles de atención.

El artículo 28, La atención integral comprende actividades de prevención promoción restitución y rehabilitación en establecimientos propicio para cada enfermedad.

Artículo 29.- El primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de ciencias de la salud, y se prestará con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta.

El Artículo 29.- establece que solo el personal en ciencias de la salud puede prestar la atención médica y estos a su vez deben cumplir con acciones de promoción,

protección, prevención sin distinción, dentro de los niveles de atención primaria, tenemos a los CDI, (centros de diagnósticos integral) entre otros.

Artículo 30.- El segundo nivel de atención médica cumple acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria de afecciones, discriminadas por edad, sexo y motivos de consulta, que requieren médicos especialistas y equipos operados por personal técnico en diferentes disciplinas.

Artículo 30.- Dentro de los niveles de atención secundaria tenemos las clínicas populares

Artículo 31.- El tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos casos referidos por los servicios de atención del primero y segundo nivel.

Refiriéndonos al artículo anterior en el tercer nivel de atención encontramos los Hospitales donde se diagnostica y tratan a pacientes que requieren atención especializada y hospitalización

Ley Orgánica de la salud [en línea] accesado 20 de julio 2017] Disponible en electrónica:http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/ley_organica_salud.pdf

La ley Orgánica de la Salud de 1998 regula todo lo relacionado con la Salud en Venezuela establece la creación de un Consejo Nacional de Salud cuya función es establecer coordinación con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), el Presidente de la República y los demás ministerios que tengan acciones que desarrollar en relación a la política nacional de salud y bienestar social también es el que establece las directrices y delega las funciones y lineamientos a los organismos en materia de salud.

**El Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud
(Gaceta Oficial N° 6.189 extraordinario del 16 de julio de 2015)**

Es otro basamento legal importante y de donde se selecciona los artículos 17 y 29 los cuales establecen que:

Artículo 17. Son competencias del Ministerio del Poder Popular para la salud:

1. Ejercer la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud;
2. La elaboración, formulación regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, lo cual incluye promoción de salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación:
3. El control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, estatales y municipales de los sectores público y privado;
4. La definición de políticas para la reducción de inequidades sociales concernientes a la salud tanto de territorios sociales, grupos poblacionales clasificados de acuerdo a variables sociales o económicas y etnias;
5. El diseño, gestión y ejecución de la vigilancia epidemiológica nacional e internacional en salud pública de enfermedades, eventos y riesgos sanitarios:
6. Diseño, implantación y control de calidad de redes nacionales para el diagnóstico y vigilancia en salud pública;
7. La formulación y ejecución de las políticas atinentes a la producción nacional de insumos, medicamentos y productos biológicos para la salud, en coordinación con el Ministerio del poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio.

8. La Coordinación de programas, planes y acciones con otras instancias públicas y privadas que propicien un medio ambiente saludable y una población sana:
9. La dirección de programas de saneamiento ambiental conjuntamente con otros órganos y entes nacionales, estatales y municipales con competencia en la materia.
10. La regulación y la fiscalización sanitaria de los bienes de consumo humano tales como alimentos, bebidas, Medicamentos, drogas, cosméticos y otras sustancias con impacto en la salud.
11. La regulación y fiscalización de los servicios de salud y de los equipos e insumos utilizados para la atención de la salud;
12. La regulación, fiscalización y certificación de personas para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
13. Vigilar y controlar la promoción y publicidad de materiales, envases y empaques de bienes y otros productos de uso y consumo humano;
14. La formulación y ejecución de las políticas sanitarias dirigidas a reducir los riesgos a la salud y vida de la población, vinculados al uso o consumo humano de productos y a la prestación de servicios en materia de salud, mediante la aplicación de mecanismos y estrategias de carácter preventivo, basados en criterios científicos, normados nacional e internacionalmente:
15. La formulación de normas técnicas sanitarias en materia de edificaciones instalaciones para uso humano sobre higiene pública social:

16. La organización y dirección de los servicios de veterinaria que tengan relación con la salud pública;
17. La promoción y desarrollo de la participación comunitaria en todos los espacios del quehacer en salud, para lo cual coordinará lo conducente con el órgano rector en materia de participación popular;
18. Dirigir las relaciones de cooperación internacional con los organismos internacionales de salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores;
19. Las demás que le atribuyan las leyes y otros actos normativos.

En el artículo 17 del Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud se establecen las competencias del ministerio del poder popular para la salud.

Ubicado dentro del organigrama del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPPS) se encuentra la Dirección General de Programas de Salud la cual se desprende directamente del despacho del viceministro (a) de redes de salud colectiva.

Artículo 29. Corresponde a la Dirección General de Programas de Salud:

1. Dirigir las políticas de gestión para los diferentes programas de salud en atención a criterios de prevención de enfermedades, promoción de salud y tratamiento de los problemas de salud enfermedad y prioridades en salud, que afectan a la población.

2. Definir estrategias de planificación, seguimiento y evaluación de los programas de salud, considerando ciclo de vida, género, territorios sociales y enfoque de etnias, enfocados a mejorar la salud y prevenir las enfermedades del individuo y la población.
3. Evaluar las situaciones en el sector salud y sus determinantes, para decidir las intervenciones programáticas e implementar políticas ajustadas a las necesidades en salud a nivel nacional.
4. Establecer y priorizar problemas de salud en atención a las necesidades de la población, niveles de atención y grupos de riesgo asociados a las intervenciones de salud.
5. Establecer planes estratégicos orientados a proveer salud a la población, con base en el análisis de la situación de salud, estableciendo prioridad según los problemas y riesgos.
6. Determinar estrategias orientadas a proveer salud integral a las personas con discapacidad, además de fomentar la prevención de la discapacidad y estimular el desarrollo de sus capacidades físicas, mentales y psicológicas, en articulación con las dependencias del Ministerio vinculadas a la materia.
7. Definir programas nacionales para la prevención y control de los problemas de salud, bajo enfoques de integración, universalidad, equidad y calidad.
8. Organizar e incentivar la educación y participación comunitaria mediante el desarrollo de estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud, en coordinación con la Dirección General de

Investigación y Educación para la Salud Integral, Dirección General de Promoción y Participación Popular en Salud y la Oficina de Gestión Comunicacional.

9. Determinar las necesidades de insumos, medicamentos y equipos para los programas de salud, en coordinación con las Direcciones Estadales de Salud para la canalización y gestión del proceso administrativo que garantice el suministro y abastecimiento de forma oportuna, segura y suficiente, cumpliendo con los parámetros exigidos en cada caso particular.

10. Definir y estandarizar en coordinación con las unidades correspondientes de los Despachos de los Viceministros o de las Viceministras de Redes de Atención Ambulatoria de Salud y de Hospitales, protocolos de intervención en materia de promoción de salud y prevención de enfermedad, con el objeto de incrementar la eficacia de aplicación de los programas.

11. Las demás funciones que le señalen las leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y demás actos normativos en materia de su competencia, así como aquellas que le instruya o delegue el Viceministro o la Viceministra de Redes de Salud Colectiva

En el artículo 29 del Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud se establecen las competencias de la Dirección General de Salud su objetivo es coordinar la planificación, ejecución y evaluación de todos los programas de salud del ministerio, con énfasis en la prevención, promoción y

tratamiento de los problemas de salud-enfermedad que afectan a la población en general, en especial los grupos más vulnerables.

Ley Orgánica de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) la cual establece en el artículo 50 acerca de la Salud Sexual y Reproductiva lo siguiente:

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos.

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir servicios.

Gaceta extraordinario 5.859 del 10 de diciembre 2007 [en línea] accesado 01 de Septiembre 2017] Disponible en electrónica:
<https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LOPNA20Reformada202007b.pdf>

CAPÍTULO III

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA

El presente capítulo recoge nuestra experiencia del proceso de pasantías desarrollado en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual adscrito al Distrito Sanitario N° 3.

En principio expondremos lo referente a las pasantías profesionales para luego explicar la metodología utilizada durante el proceso y por último sistematizaremos la experiencia vivida dentro del Distrito Sanitario N° 3 junto a la propuesta formulada en pro de la mejora del Programa de I.T.S.

Pasantías Profesionales

Según el Reglamento Académico para las Pasantías Estudiantiles Universitarias en Empresas e Instituciones de la Universidad Central de Venezuela (1998), las pasantías son “un conjunto de actividades de formación integral, en las que se conjugan estudio y trabajo” con la finalidad de hacer más apto en cuanto al nivel práctico al profesional egresado de esta casa de estudios.

Las pasantías profesionales brindan al estudiante la oportunidad de plasmar los conocimientos adquiridos a nivel académico dentro de lo que sería el ejercicio profesional además de foguearse con las experiencias y habilidades de otros profesionales tanto de su misma carrera como de otras, ya que al estar dentro de una institución formará parte del equipo multidisciplinario que conforma la misma.

La Escuela de Trabajo Social de la U.C.V. con base al Reglamento antes mencionado posee una serie de normativas expuestas en el Programa de Pasantías.

Así mismo el Proyecto de Reforma Curricular de la E.T.S. (1994), concibe a las Pasantías Profesionales como un:

Espacio académico del plan de estudios, dirigido a proponer al estudiante una experiencia práctica concreta en un sector del mercado ocupacional que le permita

confrontar críticamente el espacio académico y el entorno institucional. Ello supone insertarse en procesos reales que exigen además de conocimientos, el desarrollo de habilidades y destrezas profesionales que posibiliten sintetizar su experiencia profesional en el área en la cual le correspondió actuar. (pág. 61)

De este modo, las Pasantías Profesionales son un punto de partida para entender y adentrarse en lo que serían las distintas áreas en las que el estudiante al egresar pueda ejercer profesionalmente. Esto se puede evidenciar dentro del Programa de Pasantía Profesional de la Escuela de Trabajo Social (1999) en el cual, nos basamos para iniciar nuestro proceso teórico- práctico en la institución y tiene como objetivo:

Identificar y reconstruir en sus distintos campos o escenarios, las oportunidades de acción profesional del Trabajo Social mediante el alcance de experiencias de trabajo – aprendizaje en espacios laborales públicos y privados. (pág. 3)

Se plantea entonces en consonancia con lo antes expuesto el objetivo académico del proceso de pasantías: **Aplicar los conocimientos teóricos y prácticos del Trabajo Social en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario N°3.**

En otras palabras, valerse de los conocimientos aprendidos en el transcurso del estudio de la carrera para aplicarlos profesionalmente con la finalidad de, en primer lugar, contrastar la teoría con la realidad y de esta manera enriquecer nuestras herramientas y nivel de actuación y en segundo lugar, hacer aportes para el mejoramiento y/o creación de nuevas teorías que beneficien a la institución y usuarios.

Metodología Utilizada

Para llevar a cabo el proceso de pasantías de manera correcta y analítica utilizamos en principio el enfoque de Calidad Total, el cual, cabe destacar, ha pasado por varias etapas hasta llegar a lo que se conoce hoy.

Este enfoque a pesar de ser catalogado como netamente administrativo permitió el abordaje de la experiencia desde una perspectiva distinta a lo que tal vez se acostumbra en las ciencias sociales.

Según la “Guía de Gestión de Ediciones Díaz de Santos” (1996) el Enfoque de Calidad Total ha pasado por un proceso histórico evolutivo que nos permitiremos, dentro de este apartado señalar para comprender porque la utilización de este enfoque.

En primera instancia la calidad fue vista sólo y únicamente a partir de los productos terminados, luego se incorporan métodos estadísticos para el control de la calidad al igual que el control de las materias y materiales para la producción.

El concepto de calidad evoluciona al dar importancia al factor humano durante los procesos de producción y con ello la perspectiva del usuario es incorporada como factor fundamental para determinar la calidad o no de un producto o servicio. Con estas variantes se define, entonces lo que sería finalmente la Calidad Total según Guía de Calidad Total de Ediciones Díaz de Santos:

El concepto de Calidad Total descansa en tres principios básicos: a) En una empresa, la calidad es responsabilidad de todos. b) La calidad debe ser construida en todas las fases y procesos que intervienen, directa o indirectamente, en el diseño, la producción y/o prestación del producto o servicio. c) La calidad de un producto o servicio no lo determina la empresa: la definen y evalúan los usuarios, consumidores o clientes. (pág. 190)

Basándose en estos principios, la calidad total sería aquella que se obtiene cuando todos los miembros de la empresa intervienen y se responsabilizan por la prestación de un producto o servicio y el mismo es evaluado satisfactoriamente por los usuarios o consumidores.

Es por ello que al momento de insertarnos dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual adscrito al Distrito Sanitario N° 3 pudimos apreciar que este enfoque a pesar de tener una visión más hacia el ámbito administrativo sería el adecuado para comprender y estructurar la propuesta, al

adaptarlo al ámbito social y utilizando herramientas útiles que este enfoque posee, como por ejemplo, el Diagrama de Ishikawua, el cual fue utilizado dentro de la metodología del proceso de pasantías.

El diagrama de Ishikawua o de espina de pez “supone una representación gráfica de todas las posibles causas de un problema” (Cabero, 2006) y es utilizado dentro del enfoque de Calidad Total para hacer un análisis causal y así establecer las posibles mejoras de las situaciones de conflicto a nivel empresarial o institucional.

Para los efectos de este proceso de pasantías utilizamos esta herramienta para conocer a profundidad lo relativo al funcionamiento del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Sistematización

Como parte de la metodología utilizada dentro del proceso de Pasantías, se encuentra la Sistematización debido a que ella es de gran importancia para el desarrollo y quehacer profesional del Trabajador Social.

Al comenzar el proceso de pasantías notamos la pertinencia de organizar nuestro accionar, por ello la utilización de esta metodología, concebida por Jara (1994) como:

Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (pág. 4)

Dicho de otro modo, la sistematización no es más que la reconstrucción de una realidad, de una experiencia, para generar nuevos conocimientos que aporten otros enfoques al conocimiento previo que se tiene de dicha realidad con el fin de transformarla.

Dentro de esta perspectiva, es evidente que la sistematización es más que útil en el campo del Trabajo Social. Sandoval (2001) plantea para qué sirve la sistematización, lo cual nos parece sumamente importante resaltar en este apartado para dejar aún más claro la escogencia de esta metodología para el proceso de pasantías:

- A) Para tener una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas.
- B) Para compartir con otras experiencias similares las enseñanzas surgidas de la práctica.
- C) Para aportar a la reflexión teórica y, en general, a la construcción de teoría, conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas. (págs. 117,118)

De acuerdo a lo antes expuesto, primero, la sistematización permite el análisis de la realidad que se abordó para identificar los puntos de quiebre que imposibilitan la fluidez de los procesos con el fin de la transformación.

Por otro lado la sistematización también nos ofrece la socialización de los conocimientos adquiridos en la práctica para contrastarlos con los conocimientos previos con el fin de asentarlos o modificarlos.

Finalmente la sistematización ayuda a crear nuevas teorías a través de la práctica.

Ahora bien, para la Sistematización de la Experiencia de Prácticas Profesionales dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario N° 3, utilizaremos la propuesta de Oscar Jara (1994), en la cual se aprecian “cinco tiempos” que permitirán reconstruir la experiencia vivida para finalmente plantear conclusiones.

Cabe destacar que Jara afirma, que al utilizar su propuesta de sistematización no necesariamente debe ser en el orden propuesto, pues esto dependerá de la vivencia de cada experiencia.

Se precisan entonces, los “cinco tiempos” de la Sistematización propuesta por Jara:

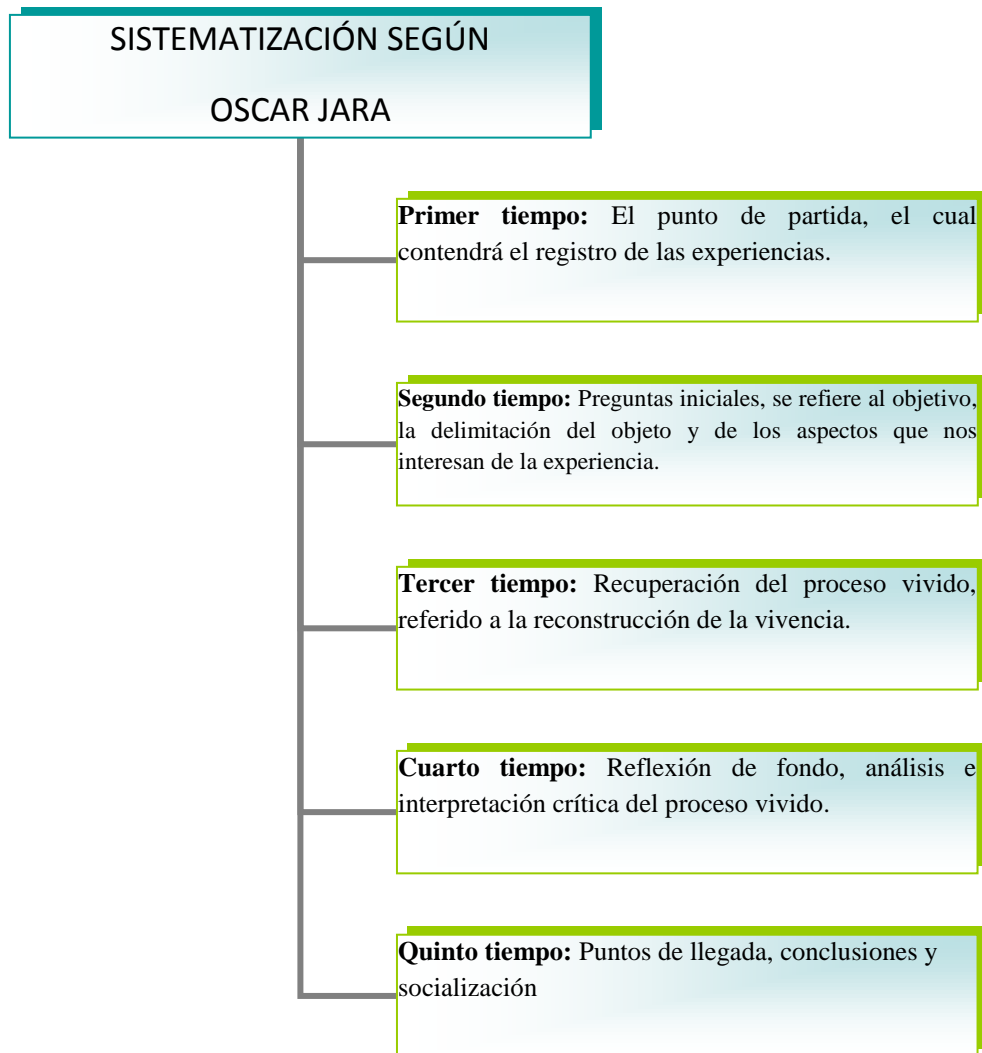


Gráfico 1. Estructura de Sistematización según Oscar Jara. Elaboración propia a partir de la información suministrada por Jara (1994)

Por otra parte, es importante resaltar que al aplicar dentro de esta experiencia el enfoque de Calidad Total y la Sistematización, el paradigma socio crítico será de vital importancia debido a que este se nutre de los conocimientos generados en la práctica.

En este orden de ideas, Alvarado y García(2008) definen al paradigma socio crítico de la siguiente manera:

Este paradigma introduce la ideología de forma explícita y la auto-reflexión crítica en los procesos del conocimiento.

Su finalidad es la transformación de la estructura de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas, partiendo de la acción-reflexión de los integrantes de la comunidad. (pág.189)

Resulta claro que para este paradigma, la sistematización es metodológicamente fundamental debido a que a través de ella puede cumplir con su fin de transformación de la realidad, debido a que mediante la sistematización se puede analizar con profundidad la realidad que se aborda de una manera ordenada y así proponer estrategias o alternativas que faciliten la transformación antes mencionada.

Por otra parte, relacionando este paradigma con la metodología y nuestra experiencia podemos condensar en tres momentos la reconstrucción de la experiencia profesional dentro del Distrito Sanitario N° 3:

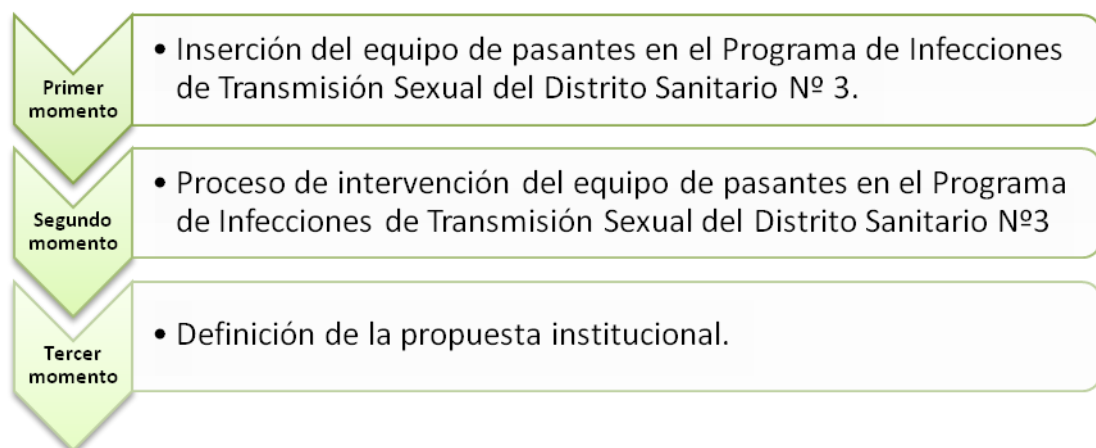


Gráfico 2. Estructura de nuestra experiencia en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual. Fuente: Elaboración propia (2017).

Primer Momento: Inserción del equipo de pasantes en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario N° 3.

En primera instancia, antes de comenzar el proceso de Pasantías, el grupo de pasantes el 31 de Enero del 2017 a las 11:00 am, tuvo una reunión en los espacios de la Sub Unidad de Servicio Comunitario de la Escuela de Trabajo Social de la

U.C.V. con el Tutor Académico, Profesor José Ibarra y la Tutora Institucional, Licenciada Alicia Pereira.

Dicha reunión fue concertada por los tutores para definir la fecha de comienzo de pasantías, horarios, instruirnos en cuanto el manejo general del proceso de pasantías e indicarnos en que área y programa del Distrito Sanitario N° 3 íbamos a desarrollar nuestro ejercicio como pasantes.

Se concretó pues, en dicha reunión que el comienzo de las pasantías sería el día 07 de Febrero de 2017 de Lunes a Viernes de 7:00 am a 1:00 pm para cumplir con las 384 horas mínimas de pasantías establecidas en la normativa de la Escuela de Trabajo Social de la U.C.V.

Es importante resaltar que por actividades académicas dentro de la Escuela de Trabajo Social la Pasante María Alejandra Boné estaría cumpliendo el horario los días lunes, martes, miércoles y viernes mientras que las Pasantes Marisol Sánchez y Anilec Acosta de martes a viernes.

Finalmente se nos dio a conocer que durante las primeras 4 semanas estaríamos conociendo e inmersas en la Coordinación de Promoción para la Salud del Distrito Sanitario N° 3 para luego adentrarnos en lo que sería nuestro ejercicio profesional dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Según lo previsto el proceso de pasantías comenzó el 07 de febrero de 2017, fuimos recibidas por la Licenciada Alicia Pereira, Coordinadora adjunta del departamento de Promoción para la Salud, quien nos dio un recorrido por las instalaciones del Distrito Sanitario donde se desarrollan distintos Programas, los cuales son: Salud Sexual y Reproductiva, Nutrición, Epidemiología, Inmunización, Zoonosis, Infecciones de Transmisión Sexual, Higiene del Adulto, CARENT (tratamiento y control de Diabetes), Ginecología, Oncología, Odontología, Higiene de los Alimentos, PASDI y Salud Mental y Salud Escolar.

Es importante resaltar que durante el recorrido por las instalaciones del Distrito Sanitario nos percatamos de que dichas instalaciones se encontraban en estado prácticamente de abandono.

En la medida en que transcurría el proceso de pasantías pudimos conocer al equipo de trabajo de la Coordinación de Promoción para la Salud, el mismo estaba conformado de la siguiente manera: La Coordinadora del Departamento (Socióloga), la Coordinadora adjunta (Trabajadora Social), Una Trabajadora Social y Tres Secretarías.

La Licenciada Alicia Pereira, junto a su equipo de trabajo se pusieron a nuestra disposición en cuanto a lo que necesitáramos para que nos incorporáramos a las actividades de la Coordinación, en cuanto a:

1. Facilitar sesiones educativas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual en los diferentes espacios del Distrito, con el fin de orientar y promocionar la prevención de esta problemática.
2. Observación de la atención de casos que realiza la Coordinación de Promoción para la Salud con la finalidad de conocer y aprender herramientas que nos faciliten la atención de casos dentro del Programa de I.T.S.
3. Familiarización con los diferentes documentos profesionales manejados por la Coordinación y el Programa de I.T.S.

En este sentido, se procede a plasmar las actividades realizadas durante las primeras 4 semanas dentro de la Coordinación de Promoción para la Salud del Distrito Sanitario N° 3.

ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DE LA COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD	
SEMANA	ACTIVIDAD
Semana 1 06-02 al 10-02	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación ante el equipo profesional de la Coordinación del grupo de pasantes. • Recorrido por las instalaciones

	<p>del Distrito Sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a Sesiones Educativas facilitadas por pasantes de Salud Pública de la U.B.V. • Inducción por parte de la Licenciada Alicia al grupo de pasantes para dar a conocer las Líneas estratégicas de la institución. • Lectura de documentos para conocer la historia del Distrito Sanitario.
<p>Semana 2 13-02 al 17-02</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al Ministerio del Poder Popular para la salud. • Reunión con la Licenciada Gilda Flores (Encargada del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual). • Observación de la atención de casos realizada por la Licenciada Esther Ochoa. • Lectura de documentos relativos a la historia del Distrito.
<p>Semana 3 20-02 al 24-02</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de documentos relativos al Programa de I.T.S • Orientación acerca de las Infecciones de Transmisión

	sexual a cargo de los Licenciados Gilda Flores y Edgar Escalante, inspector de Salud Pública del Programa de I.T.S.
Semana 4 27-02 al 03-03 (27 y 28-02: Carnaval)	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con los tutores del proceso para organizar el cronograma de inserción en el Programa de I.T.S. • Orientación institucional y metodológica facilitada por la Licenciada Esther Ochoa. • Familiarización con los diversos instrumentos profesionales utilizados tanto en la Coordinación como dentro del Programa de I.T.S.

Tabla 1. Cronograma de Actividades realizadas en el primer momento del proceso de pasantías. Fuente: Elaboración Propia.

Como se mencionó al principio de este momento las primeras actividades realizadas tienen que ver con el reconocimiento del espacio físico donde se desarrollan las pasantías, al igual que nuestra presentación como grupo de pasantes de la UCV ante los diferentes profesionales del Distrito Sanitario.

Durante este momento de inserción la Licenciada Alicia Pereira, nos dio a conocer las 5 líneas estratégicas bajo las cuales se manejan todas las actividades de la Coordinación de Promoción para la Salud y del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Estas líneas que a continuación se expondrán son obligatorias dentro de nuestro proceso de pasantías.

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACCIONES
1. Organización y Participación Comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento participativo en las asambleas que se realicen en los sectores pertenecientes al ámbito territorial del Distrito Sanitario N° 3.
2. Educación para la Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas impartidas a los pacientes que asisten al Distrito Sanitario. • Sesiones educativas en las escuelas y liceos del sector. • Talleres de capacitación para el personal del Distrito. • Elaboración de material educativo.
3. Atención al Individuo y a su grupo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas. • Visitas Domiciliarias. • Orientación familiar. • Informes Sociales. • Referencia de usuarios a otras instituciones. • Articulación con instituciones

	según sea el caso.
4. Investigación Social para la Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Jornadas de investigación. • Análisis de las diferentes situaciones problemas en materia de salud dentro del ámbito territorial del Distrito. • Sectorización.
5. Coordinación inter-programática e inter-sectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Organización y promoción entre los diferentes actores del Distrito Sanitario.

Tabla 2. Líneas Estratégicas de acción de la Coordinación de Promoción para la Salud del Distrito Sanitario N°3. Fuente: Licenciada Alicia Pereira. Elaboración Propia (2017)

Siguiendo con la exposición de las actividades realizadas durante este primer momento, podemos destacar que fuimos partícipes de las actividades propias del Distrito, asistimos a las diversas sesiones educativas impartidas por los grupos de pasantes y de servicio comunitario de diferentes Universidades y disciplinas.

Por otra parte, visitamos en diversas oportunidades el Ministerio del Poder Popular para la Salud con el fin de conocer el organigrama de la institución y solicitar material que contuviera la historia del Distrito Sanitario N° 3 y la del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Lamentablemente el Ministerio no nos facilitó información en cuanto datos históricos ni del Distrito ni del Programa de I.T.S., a lo sumo lo que nos facilitó fue el organigrama del Ministerio, y algunos datos estadísticos acerca del Programa de I.T.S. pero enfocado en el SIDA, problemática, que cabe destacar no se trata dentro del Distrito Sanitario si no en hospitales de alta envergadura, por lo complejo de la enfermedad y el costoso tratamiento.

Sin embargo, la historia del Distrito Sanitario y del Programa se nos dio a conocer a través de documentos elaborados dentro del mismo Distrito, por la narración de personas con bastantes años de servicio dentro del mismo y por medio de la investigación realizada anteriormente por la Licenciada Yilda Flores, gracias a la cual pudimos recabar datos importantes acerca de la evolución histórica del Distrito y del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

En este orden de ideas, recibir inducción acerca del Programa de I.T.S. y de las diferentes infecciones tratadas por el mismo fue una de las actividades más importantes dentro de este momento inicial, debido a que no nos encontrábamos empapadas en cuanto a la temática.

Los Licenciados, Yilda Flores y Edgar Escalante fueron de vital apoyo dentro de este momento, en vista de que nos suministraron información veraz acerca de cada una de las infecciones tratadas por el Programa, además compartieron sus experiencias dentro del mismo y respondieron de manera didáctica a cada una de las inquietudes que formulábamos.

Ahora bien, es importante resaltar que muchas de las actividades se apoyaron en el recurso de la observación definida por De Ketele citado por Ander-Egg (1995) como: “un proceso que requiere atención voluntaria, selectiva, inteligente, orientado por un propósito terminal u organizador.”(pág. 75) fue la primera técnica utilizada dentro del proceso de pasantías para comprender la realidad en la que estábamos inmersas.

En este orden de ideas el tipo de observación utilizada durante este primer momento fue la observación no participante, la cual consiste según Ander-Egg (1995) en: “la toma de contacto del observador con la comunidad, el hecho o grupo que se va a estudiar, pero permaneciendo ajeno a la situación que se observa”.

En efecto, fuimos observadoras no participantes debido a que nos encontrábamos únicamente conociendo la dinámica de la institución donde llevábamos acabo el proceso de pasantías.

Estas observaciones fueron registradas en una Guía de Observación (anexo I)

Estas observaciones plasmadas en las Guías de Observación fueron realizadas en repetidas oportunidades durante el primer momento de este proceso.

Por otra parte, durante las actividades que realizamos en este primer momento, pudimos conocer las fases del proceso de atención de casos y los diversos documentos profesionales utilizados por el equipo de la Coordinación de Promoción para la Salud, estas fases y documentos se detallan a continuación:

Inicialmente la Trabajadora Social recibe al usuario y completa un formato de Receptoría (Anexo II), o lo que se conoce como Ficha Social.

Luego de llenar la receptoría la Trabajadora Social procede a realizar una entrevista la cual le facilita la recolección de información sobre las necesidades del usuario. (Anexo III, Historia Social)

Molleda (2012) define a la entrevista como:

El instrumento fundamental de la intervención social individual en Trabajo Social. Los encuentros periódicos entre un profesional y un sujeto que hace una demanda para solucionar sus problemas son el vehículo a través del cual tiene lugar la intervención social. (pág. 133)

Como bien lo define la autora es con este instrumento que él o la Trabajadora Social conocen y puede tener una perspectiva de la realidad del usuario, al igual que detectar la problemática real o alguna otra que esté afectando la estabilidad del usuario.

Dentro de esta perspectiva, dependiendo del caso que se atienda y de las posibilidades de acceder a las zonas donde viven los usuarios se realizan Visitas domiciliarias.

Las visitas domiciliarias son aquellas visitas que se realizan al hogar del usuario “tratando de tomar contacto directo con la persona o /y su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoría”(Ander-Egg 2000).

Finalmente luego de las entrevistas y la visita domiciliaria que se haya realizado según sea el caso se procede a la elaboración del informe social (Anexo IV)

Munuera (2012) define el informe social de la siguiente manera:

Es un documento específico de los trabajadores sociales que describe los acontecimientos pasados y presentes del cliente en su entorno familiar, social, económico, etc. que son determinantes en la evolución individual y familiar. Supone una exposición escrita, que reúne total o parcialmente el conjunto de datos sociales sobre el proceso seguido por una persona, familia o núcleo relacional que presentan una situación específica.

Este documento es único y exclusivo del Trabajador Social, en él se plasman los antecedentes y la evolución de la atención que se le da a un usuario, es además un documento con peso legal por lo cual sólo puede ser redactado por un Trabajador o Trabajadora Social colegiada.

La Coordinación de Promoción para la Salud del Distrito Sanitario N° 3 redacta estos informes a petición de los usuarios que lo necesitan para solicitar ciertas ayudas económicas o sociales o para ser referidos a otras instituciones donde les puedan generar soluciones a las problemáticas planteadas.

En resumidas cuentas durante este primer momento pudimos conocer la dinámica de la Coordinación de Promoción para la Salud y presenciar cómo se atienden casos y se manejan los documentos profesionales dentro de esta institución.

Es importante resaltar que las actividades, referente a reuniones y orientaciones fueron registradas en Minutas (Anexo V), que según Mezerón y Rojas (2014) son el “documento profesional pertinente para registrar las actividades realizadas...puesto que responde de manera descriptiva, ordenada y precisa a cada uno de los hechos sucedidos”. (pág. 19)

De este modo se pudo registrar sistemáticamente tanto las actividades como los puntos tratados en las diversas reuniones durante el proceso de pasantías.

Segundo momento: Proceso de intervención del equipo de pasantes en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Este momento se refiere a la actuación profesional dentro del programa, donde las actividades realizadas fueron enmarcadas en el Abordaje Individual y el Abordaje Grupal. Este momento inició el 06 de marzo de 2017.

Inicialmente como se indicó en el apartado anterior las pasantes en conjunto con los tutores realizaron un horario para la actuación de las pasantes dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual, este se organizó de la siguiente manera:

ORGANIZACIÓN POR PASANTES DE ACTIVIDADES A REALIZAR DENTRO DEL PROGRAMA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
Pasantes	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
María Boné	Sesiones educativas a los usuarios del Programa	Atención de casos (Usuarios del Programa)	Sesiones Educativas en los diferentes espacios del Distrito Sanitario.	LIBRE	Sistematización, discusión evaluación y análisis de la jornada semanal
		Sesiones educativas a los	Atención de casos (Usuarios	Sesiones Educativas en los	Sistematización, discusión evaluación y

Marisol Sánchez	LIBRE	usuarios del Programa	del Programa)	diferentes espacios del Distrito Sanitario.	análisis de la jornada semanal
Anilec Acosta	LIBRE	Sesiones Educativas en los diferentes espacios del Distrito Sanitario.	Sesiones educativas a los usuarios del Programa	Atención de casos (Usuarios del Programa)	Sistematización, discusión evaluación y análisis de la jornada semanal

Tabla 3. Organización de actividades por pasantes a realizarse dentro del programa de Infecciones de Transmisión Sexual. Fuente: Lic. José Ibarra, Lic. Alicia Pereira, Grupo de Pasantes. Elaboración Propia (2017)

Debe señalarse que este cronograma entraría en acción a partir del 13-03-2017 hasta el 12-04-2017 y a partir del 24-04-2017 se cambiarían las sesiones educativas dentro del Distrito Sanitario por talleres y sesiones educativas en las escuelas aledañas.

Visto de esta forma el cronograma de actividades por semanas se organizaría de la siguiente manera:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE LAS SEMANAS RESTANTES DEL PROCESO DE PASANTÍAS	
SEMANA	ACTIVIDADES
Semana 5 06-03 al 10-03 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Elección de los temas para las sesiones educativas. • Diseño de las sesiones educativas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de rotafolios para facilitar las sesiones educativas. • Observación de atención de casos realizada por la Licenciada Gilda Flores dentro del Programa.
<p>Semanas 6, 7, 8 y 9</p> <p>13-03 al 17-03</p> <p>20-03 al 24-03</p> <p>27-03 al 31-03</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas en los diferentes espacios del Distrito. • Atención de Casos orientadas por las Licenciadas Gilda Flores y Alicia Pereira. • Observaciones relativas al programa (Guía de Observación) • Discusión con la Licenciada Alicia acerca de las actividades realizadas en la semana
<p>Semana 10</p> <p>03-04 al 07-04</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas en los diferentes espacios del Distrito. • Atención de Casos • Discusión con la Licenciada Alicia acerca de las actividades realizadas en la semana. • Diseño del taller a realizar en las escuelas aledañas al Centro de Salud. • Reunión con el personal de

	<p>Dirección de 1 colegio aledaño al Centro de Salud (Liceo Bolivariano 25 de Julio) en pro de la planificación de los talleres.</p>
<p>Semana 11</p> <p>17-04 al 21 (19-04: Feriado)</p> <p>(10-04 al 14-04: Semana Santa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de Casos • Sesiones educativas • Esbozo de la Propuesta Institucional. • Discusión de los casos atendidos con la Licenciada Gilda Flores
<p>Semana 12 y 13</p> <p>24-04 al 28-04</p> <p>01-05 al 05-05 (01-05: Feriado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de casos • Talleres en el Liceo Bolivariano 25 de Julio. • Definición de la Propuesta institucional
<p>Semana 14</p> <p>08-05 al 12-05</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de Casos • Elaboración de Instrumentos
<p>Semana 15</p> <p>15-05 al 19-05</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión bibliográfica • Ejecución de la Propuesta • Prueba Piloto de Encuesta • Elaboración de Informe Social (de el caso atendido por casa pasante).

<p>Semana 16</p> <p>22-05 al 26-05</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los Instrumentos. • Redacción del Informe final de Pasantías
<p>Semana 17</p> <p>29-05 al 2-06</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de resultados. • Análisis de la Propuesta. • Revisión de los avances del informe final de pasantías.

Tabla 4. Cronograma de actividades durante las semanas restantes del Proceso de Pasantías Fuente: Elaboración Propia (2017)

Es importante resaltar que a partir del 19 de abril el país pasó por momentos de inestabilidad a causa de protestas en contra el Gobierno Nacional por lo cual las actividades se vieron retrasadas, sin embargo todas las actividades anteriormente expuestas en el cronograma se llevaron a cabo con algunos contratiempos que se mencionaran durante esta sistematización.

Ahora bien, estando inmersas en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual pudimos realizar las actividades de intervención a través de dos abordajes:

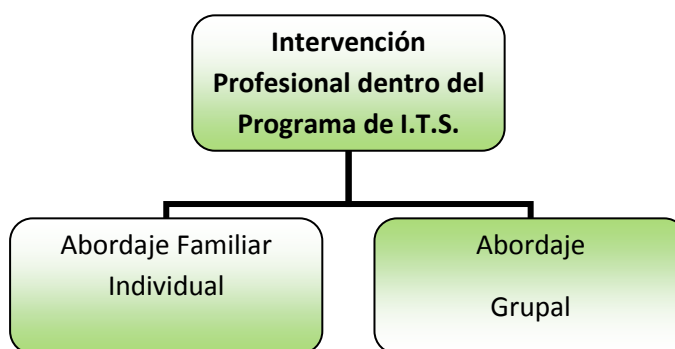


Grafico 3. Tipos de Abordaje en la Intervención Profesional dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual. Elaboración Propia 2017

Abordaje Individual Familiar

Bajo la línea estratégica de Atención al Individuo y a su grupo familiar realizamos el abordaje individual familiar el cual es definido por Donoso y Saldías 1998 como un método que,

Centra su intervención en el desarrollo de una relación de ayuda con otro individuo en problemas, en la que ambas partes asumen ciertos acuerdos que les permiten alcanzar la solución escogida. (pág. 11)

Apoyado en lo anterior, el método del abordaje individual familiar tiene como fin brindar el apoyo necesario con miras a la resolución del o de los conflictos que pueda tener un individuo, tanto con su entorno familiar como con su entorno social o laboral.

Dentro de nuestra experiencia esta intervención se dio a través del abordaje de Casos. La Oficina de Trabajo Social del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual recibía principalmente a individuos que por primera vez eran atendidos por el Programa.

Ahora bien, en principio pudimos evidenciar a través de la observación y de los testimonios de los distintos profesionales cual era el proceso de atención al usuario desde su llegada hasta el final del tratamiento.

A través del siguiente gráfico mostraremos el proceso que debe seguir el paciente para ser atendido dentro del Programa de I.T.S.

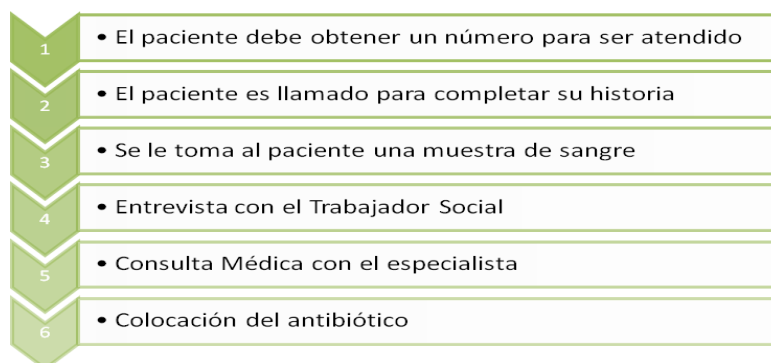


Gráfico 4. Proceso para ser atendido dentro del Programa de I.T.S. Fuente: Elaboración propia (2017)

Debe señalarse que el paciente debe estar en la sala de espera del Programa desde las 06:00 am o antes para poder obtener el número, en vista de que atienden a 20 personas por turno, las secretarías llegan a las 07:00 am para entregar los números y completar las historias; al igual que el personal de enfermería para tomar las muestras de sangre, cuyos resultados serán entregados al paciente 8 días después.

La consulta debe comenzar a las 8:00 am pero el personal médico llegaba alrededor de las 09:00 am y es a esa hora que aproximadamente empezaban las consultas con los especialistas. Dependiendo del caso los doctores mandan al paciente a colocarse o no el antibiótico.

Al momento de que el paciente recibe la primera dosis de tratamiento deberá volver cada 8 días durante aproximadamente 3 dosis más (dependerá del caso), es importante resaltar que de perder la secuencia deberá volver a empezar.

La Trabajadora Social facilita sesiones educativas acerca de las diversas infecciones que trata el Programa, además de temas como la Prevención de dichas infecciones. Estas sesiones son impartidas a partir de las 08:00 am para luego iniciar el proceso de entrevista social con los pacientes.

Pudimos observar que la Trabajadora Social del Programa se encarga de orientar al paciente y a su grupo familiar acerca de las problemáticas que haya traído consigo la infección (conflictos maritales, menores de edad con temprano inicio sexual, entre otros). También se encarga de referir al paciente a otros programas si así lo amerita el caso.

En la medida que observamos (observaciones plasmadas en la guía de observación y minutas) y nos adaptábamos al proceso de atención pudimos iniciar con la atención de casos individuales. Durante nuestra permanencia dentro del Programa pudimos atender 56 casos.

Es importante resaltar que por normativa interna sólo se recibían diariamente, por turno 4 pacientes de primera vez, por lo cual no se pudo atender a un mayor número de pacientes, aunado a esto la entrevista con la Trabajadora Social no era obligatoria (debido a que el personal de enfermería que tomaba la muestra al paciente de primera vez no siempre remitía al paciente a la oficina de la Trabajadora Social) por lo cual en promedio se atendieron 3 pacientes diariamente.

Cabe también destacar que no con todas las personas atendidas existió un ejercicio pleno en el abordaje, pues al intentar conocer o ahondar más acerca de su dinámica familiar y social no quisieron brindar mayor información. Sin embargo se les orientó acerca de la prevención para evitar nuevos contagios.

Debido a lo antes expuesto sólo mencionaremos 24 casos donde pudimos aplicar el tratamiento social (como está catalogado dentro de la Historia Social que llena la Trabajadora Social del Programa).

El tratamiento social se refiere, según la Licenciada Yilda Flores a las diversas orientaciones que se le dé al paciente según sean sus dudas o carencias en el momento, a través de diversas técnicas, métodos e instrumentos para lograr aclarar y serenar al paciente.

Procedemos ahora a exponer una tabla con los casos atendidos, donde se observan, las edades, sexo, infección por la que asisten al programa y una breve reseña del tratamiento social facilitado:

CASOS ATENDIDOS APLICANDO TRATAMIENTO SOCIAL				
Id	Sexo	Edad	Infección	Tratamiento Social
0001	Femenino	20	Sifilis	Orientación acerca de la infección y tratamiento. Importancia de la comunicación asertiva en la pareja.
0002	Masculino	22	Sifilis	Orientación a la madre y al paciente acerca de la infección y su tratamiento. Conflicto Familiar solucionado a través de la mediación.
0003	Masculino	17	Sifilis	Sin infección, asiste al programa solo por control. Solicita ayuda debido a que su hija estaba en etapa de rebeldía. Se le orienta acerca de la crianza ...
0004	Femenino	33	P.C.(Prostituta Controlada)	Orientación acerca de la comunicación asertiva en la pareja.
0005	Masculino	34	VPH	Orientación acerca de la infección, tratamiento y prevención de nuevo contagio.
0006	Masculino	17	Gonorrea	Orientación acerca de la Infección y su tratamiento.
0007	Femenino	20	Sifilis	Orientación acerca de la importancia de una pareja sexual estable.
0008	Femenino	21	VPH	Orientación familiar acerca de la infección y de la diversidad sexual.
0009	Masculino	16	VPH	Escucha activa. Referencia al área de psicología
0010	Masculino	47	V.I.H.	Orientación acerca de la importancia de una pareja sexual estable.
0011	Masculino	18	Gonorrea	Orientación acerca de la infección y tratamiento.
0012	Masculino	44	Sifilis	Escucha activa. Orientación acerca de problemática familiar. Referencia al área de psicología.
0013	Femenino	24	Sifilis	Orientación acerca de la infección, tratamiento y prevención.
0014	Masculino	33	Herpes	Mediación familiar entre padre e hijo para restaurar la confianza
0015	Masculino	16	VPH	Orientación acerca de la comunicación asertiva en la pareja.
0016	Femenino	22	Sifilis	Orientación acerca de la infección y tratamiento. Importancia de la comunicación asertiva en la pareja. Importancia de la monogamia.
0017	Masculino	27	Gonorrea	Orientación acerca de la infección, tratamiento y prevención.
0018	Femenino	24	Gonorrea	Orientación acerca de la infección, tratamiento y prevención.
0019	Femenino	15	Gonorrea	Orientación acerca de la importancia de una pareja sexual estable.
0020	Masculino	19	VPH	Mediación familiar entre madre e hija para restaurar la confianza.
0021	Masculino	62	VPH	Orientación y apoyo en cuanto a solicitud de cupo en una casa abrigo
0022	Femenino	19	Sifilis	
0023	Femenino	15	VPH	
**0024	Masculino	14	VPH	

Tabla 5. Casos atendidos por el grupo de pasantes. Fuente: Elaboración Propia (2017).

Como se aprecia en la tabla anterior, hemos resaltado el último caso, debido a que el abordaje fue bastante complejo, en cuanto a que la problemática iba más allá de la presencia de una I.T.S. y la misma era presentada en un menor de edad por lo cual el conocer a fondo la historia del caso era pertinente.

El caso trata de un adolescente masculino homosexual de 14 años de edad, el cual llega al Programa de Infecciones de Transmisión Sexual presentando VPH.

Al exponer este caso es importante recalcar que la Ley Orgánica de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes reza en el artículo 50 acerca de la Salud Sexual y Reproductiva lo siguiente:

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos.

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a

la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir servicios.

Apoyadas en este artículo procedimos a darle la atención requerida al adolescente. El mismo fue acompañado por su tía la primera vez que asistió al Programa.

Durante la entrevista para completar la receptoría notábamos al adolescente algo tímido para responder las preguntas en cuanto a su vida sexual se refería. Luego del llenado de la receptoría se le dio orientación acerca de la infección que presentaba, además de hacerle conocer que estábamos ahí para orientarle en cualquier otra situación que le estuviera causando inconvenientes.

Nos llamó la atención que luego de retirarse de la oficina de Trabajo Social junto a su tía, minutos después luego de haber sido atendido por el médico se acercó nuevamente sólo, a la oficina para consultar si todos los días estábamos ahí y si podía pasar nuevamente a hablar con nosotras, por lo cual concertamos la cita para la semana siguiente que comenzaba su tratamiento médico.

Como se había concertado el adolescente asistió a la cita pero esta vez sin compañía.

El adolescente esta vez relató la situación de violencia psicológica y física que estaba pasando en su casa por lo que requería que se le gestionara un cupo en alguna casa abrigo. Indicó que no vivía con sus padres si no con su abuela y tías paternas, y que una de sus tías era la que tenía su custodia legal.

El caso fue discutido con las Licenciadas Alicia Pereira y Yilda Flores, quienes nos dieron las orientaciones para la atención y seguimiento del caso. Es importante destacar que la Licenciada Yilda Flores fue delegada por la Licenciada Alicia Pereira para orientar y supervisar nuestra actuación profesional con respecto a este caso.

Bajo la guía de la Licenciada Yilda Flores se pautó una entrevista con la representante legal del adolescente. La misma acudió con la disposición de hablar acerca de la situación en la que se encontraba el adolescente.

Luego de las entrevistas el grupo de pasantes procedió a redactar el Informe Social (Anexo VI) donde se describía la problemática del adolescente. Éste sería llevado a IDENA para solicitar el apoyo correspondiente debido a la naturaleza del caso.

Por razones de tiempo, nos resultó bastante difícil hacer las gestiones ante el IDENA al igual que el seguimiento del caso, por lo cual la Licenciada Yilda Flores culminó las gestiones.

Es importante resaltar que la atención de este caso nos nutrió profesionalmente hablando, en vista de que la problemática tenía varias aristas por lo que tuvimos que orientar tanto al individuo como a la familia acerca de la diversidad de los conflictos que presentaban.

Aunado a esto pudimos dar cuenta de que el Trabajador Social no sólo se limita o se aboca únicamente a la problemática dentro de la cual se encuentra su labor cotidiana si no que dependiendo de los casos las temáticas de orientación pueden cambiar, por lo que se debe estar en continua investigación y estudios para de esta manera ofrecer a los usuarios una atención de calidad e integral.

Abordaje Grupal

Según el Programa de la Cátedra: Práctica de Trabajo Social con Grupos (2011) de la Universidad Nacional de Tucumán el Trabajo Social con Grupos es definido como:

Una dimensión de intervención del Trabajo Social, como la posibilidad de generar espacios de construcción social en donde los agentes sociales a partir de una propuesta de trabajo empiezan a poner en común sus necesidades y sus propios valores, significaciones y organizaciones para ir creando formas significativas de resolución de sus problemas. (pág. 1)

A partir de esta concepción nos enfocamos en las líneas estratégicas de la Coordinación de Promoción para la Salud y del Programa de ITS que tiene que ver con la Participación Comunitaria y Educación para la Salud.

Para llevar a cabo este abordaje nos apoyamos en las siguientes herramientas pedagógicas: Sesiones Educativas y Talleres.

Es importante mencionar que la elaboración del diseño de las Sesiones Educativas a impartir fue el inicio del segundo momento de nuestra experiencia.

Así mismo, nos parece valioso resaltar que esta es una herramienta que según “Guía para el desarrollo de Charlas y Talleres” (2009) es de vital importancia en el ámbito de la salud ya que tienen como finalidad:

...la adquisición de conocimientos y actitudes que permitan modificar la conducta individual y colectiva en temas relacionados con la salud... para mejorar su calidad de vida e interiorizar la importancia de la responsabilidad y el auto compromiso, reafirmando el derecho a controlar todos los aspectos de su salud. (pág. 6)

Visto de esta forma, el diseño de la sesión educativa acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual se diseñó con la finalidad de informar a la población que asiste al Distrito Sanitario en cuanto a los riesgos de una sexualidad no responsable y aunado a esto sensibilizarlos para que tomen conciencia de que es un tema al cual todos estamos expuestos.

Los temas escogidos fueron, las diversas Infecciones de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, VPH, Herpes y VIH/SIDA) y los Derechos Sexuales y Reproductivos, debido a que las orientaciones dadas en el Programa debían estar acorde a la problemática manejada en él. (Anexos VII y VIII)

Se escogieron esas infecciones ya que son las de mayor incidencia.

Si bien es cierto que durante las sesiones educativas se explicó de forma general lo que eran las infecciones y su respectivo tratamiento, el grupo de pasantes se enfocó en el tratamiento social, referido a la prevención y promoción de una vida sexual y reproductiva sana.

Dentro de este marco es coherente hablar acerca del diseño del taller que se facilitó en las escuelas.

El taller en área de salud es definido por la “Guía para el desarrollo de Charlas y Talleres” (2009) como una:

Actividad grupal de entrenamiento, educación, información y capacitación donde interactúan el facilitador y los participantes para construir aprendizajes que fortalezcan sus habilidades y competencias para el auto cuidado de su salud y para la prevención de enfermedades.
(pág. 7)

Sin duda la definición anterior es bastante acertada y resulta práctica para comprender la utilización del taller como herramienta para crear espacios de interacción y aprendizaje de una manera dinámica y participativa.

Es importante recalcar que el tema escogido para el taller por el grupo de pasantes fue referente a la promoción de la salud sexual y reproductiva y fue diseñado para tocar tópicos como: Los derechos sexuales y reproductivos, algunas Infecciones de Transmisión Sexual y la promoción de la vida sexual y reproductiva sana y en los tiempos prudentes.

Sin embargo, al asistir al Liceo Bolivariano 25 de Julio con la finalidad de reunirnos con la Trabajadora Social de la Institución y presentarle los temas escogidos para los talleres, la misma nos indicó que esos temas ya habían sido impartidos en reiteradas oportunidades por pasantes de enfermería por lo que nos solicitaba un taller que tocara contenidos tales como la Autoestima y Proyecto de Vida, en vista de que ella a través de un diagnóstico detectó la necesidad de conversar con los adolescentes acerca de estos temas.

Debido a ello rediseñamos el taller con los temas solicitados (Anexo IX) para realmente ocuparnos de la necesidad real que presentaban los alumnos de la institución Educativa.

No está de más mencionar que esta experiencia nos hizo re-pensar la forma en la que hacíamos el abordaje de las distintas situaciones que se nos presentaban y la importancia del diagnóstico y el previo diálogo con las personas responsables de una comunidad, grupo o en este caso institución educativa.

Es importante señalar que la aplicación de los talleres no se pudo realizar de acuerdo a lo planificado. Debido a la situación que atravesaba el país en esos momentos los estudiantes no asistían regularmente por lo que se pudieron aplicar 3 talleres únicamente.

Los talleres fueron impartidos en la segunda semana del mes de Mayo y con una asistencia de 15 alumnos por cada uno.

A pesar de los contratiempos y la poca asistencia que se presentó durante estos talleres, pudimos observar que los alumnos asistentes mostraron bastante interés en los temas tratados, además de que se sintieron en confianza y expresaron sus dudas y opiniones acerca de los mismos.

Hicimos énfasis en que cada uno de los asistentes tenía la oportunidad de ser agentes multiplicadores de la información y del aprendizaje que habían adquirido durante estos talleres. Esto con la finalidad de que el alumnado se sintiera dueño del conocimiento adquirido y pudiera llevar la información a sus entornos habituales.

Tercer momento: Definición de la Propuesta Institucional

La Propuesta Institucional consiste en el aporte que como grupo de pasantes proporcionamos a la Institución, en este caso al Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario N°3.

A continuación procedemos a describir como se definió la propuesta.

Descripción de la propuesta

La propuesta surgió a partir de las debilidades detectadas dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual en cuanto a la atención que se les brindaba a los pacientes.

Estas problemáticas fueron detectadas a través de la utilización de diversas herramientas, técnicas e instrumentos para recoger ordenadamente los datos que nos señalaba la experiencia que estábamos viviendo.

Las técnicas son definidas por Ander-Egg 1995 como el “conjunto de acciones (acto técnico) realizado conforme a reglas empíricas que se utilizan para hacer algo o para obtener un resultado determinado”.

Son entonces, los procedimientos utilizados para la recolección de datos los cuales son plasmados en un instrumento. El instrumento es el “mecanismo o dispositivo que utiliza el investigador para generar la información”. (Juni 2006), es decir, es el elemento que nos permite direccionar la técnica que vayamos a utilizar.

Como expusimos anteriormente una de las técnicas utilizadas fue la observación no participativa, la cual fue fundamental para encaminarnos a lo que sería nuestra propuesta institucional.

Apoyadas en la Guía de Observación, entendida como el instrumento que evalúa desempeños y que permite de manera más integral y precisa direccionar lo que estamos observando pudimos dar cuenta de varios problemas que se presentaban dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual, sin embargo, nos enfocamos en lo que respecta a la Calidad de Atención dentro del servicio que presta el Programa.

Ahora bien, es en este momento del proceso de pasantías cuando utilizamos el Diagrama de Ishikawua para lograr visualizar la problemática desde una visión más amplia y así poder hacer el análisis causal del problema que habíamos detectado dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

A continuación el diagrama:

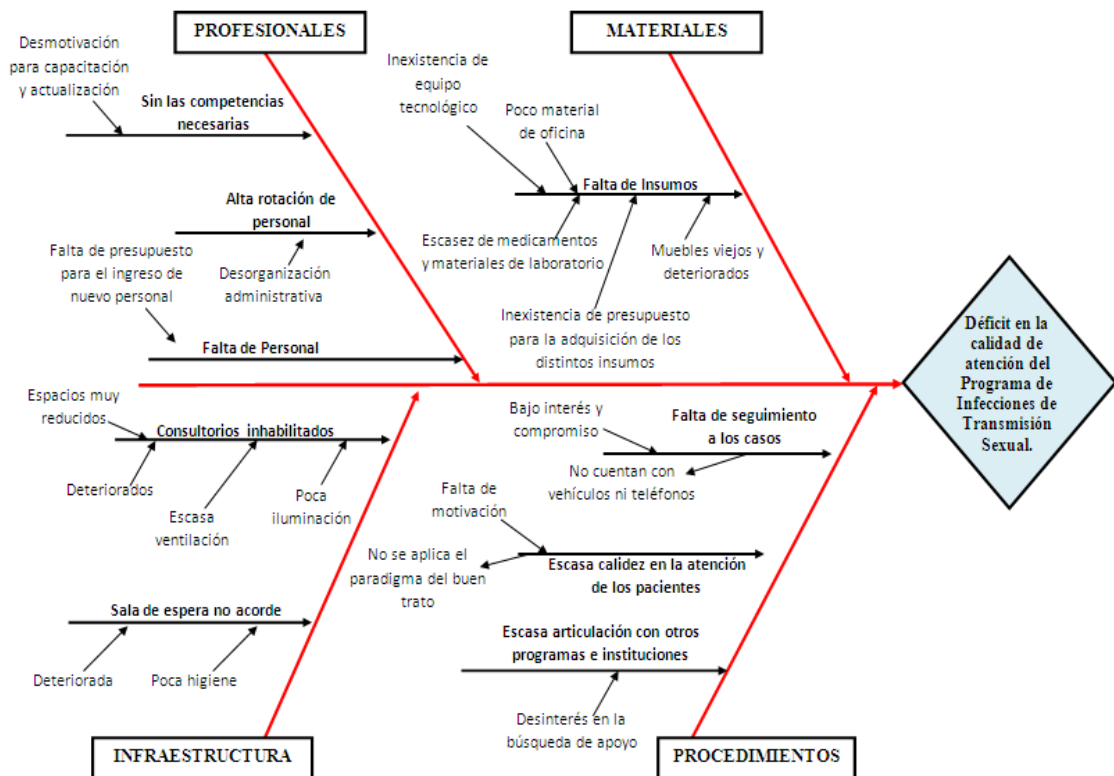


Gráfico 5. Diagrama de Ishikawa. Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la Guía de Observación (2017)

Se plantea entonces que el problema principal que observamos es el **“Déficit en la Calidad de Atención del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual”** el cual posee cuatro categorías referentes a: Materiales, Profesionales, Procedimientos e Infraestructura y de allí las diferentes variables.

Dentro de la primera categoría, Materiales, podemos encontrar que la principal causa se refiere a la Falta de Insumos. La falta de insumos se ve evidenciada por el poco material de oficina, inexistencia del equipo tecnológico, escasez de medicamentos y la inexistencia de presupuesto para abastecer al Programa de dichos insumos.

Con respecto a la categoría de los Profesionales, existen tres causas principales que afectan la calidad de atención dentro del Programa. La primera, el equipo multidisciplinario no tiene las competencias necesarias para prestar el servicio óptimamente debido a la desmotivación existente para capacitarse y actualizarse.

La segunda causa, la alta rotación de personal que viene dada por la desorganización administrativa existente dentro del Distrito Sanitario y la última causa es la Falta de personal, debido a la falta de presupuesto para la contratación de nuevo personal.

La categoría de Procedimientos cuenta con tres causas principales. La primera causa radica en la Falta de Seguimiento a los casos que se atienden dentro del Programa debido en primera instancia a la falta de transporte y teléfonos y en segunda instancia al desinterés que demuestra el personal.

La escasa calidez en la atención que se le brinda a los usuarios, sería la segunda causa, y tiene que ver con la falta de motivación y vocación. La última causa dentro de esta categoría es la desarticulación con otros programas o instituciones para prestar una mejor e integral atención al usuario, esto viene dado por el desinterés del personal en la búsqueda de apoyo.

Finalmente, la categoría que tiene que ver con la Infraestructura es afectada por dos causas principales. La primera referida a los consultorios inhabilitados por la falta de ventilación, espacio e iluminación. La segunda causa que observamos es una sala de espera no acorde debido a que se encuentra deteriorada y con falta de higiene.

Sin duda cada una de las causas y sub causas detectadas y graficadas en el Diagrama de Ishikawa nos permiten reconocer que todas atentan contra la Calidad de Atención que debe prestar el servicio del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual, lo cual nos lleva al diseño de la propuesta Institucional.

En base a lo anterior, decidimos junto a los tutores que en consonancia con el enfoque de Calidad Total la propuesta sería la Evaluación de la Calidad de Atención que se le brinda al paciente dentro del Programa de I.T.S.

Para ello entendemos, que desde la utilización del enfoque de Calidad Total, la calidad de Atención debe ser medida o evaluada desde la percepción del usuario. Esto nos permitirá contrastar nuestra visión profesional con la del usuario y de esta manera generar recomendaciones.

Ahora bien, las actividades que realizamos en la puesta en marcha de la propuesta se dividieron en 3 fases: Diseño de la Propuesta, Ejecución de la Propuesta y Análisis de la Propuesta.

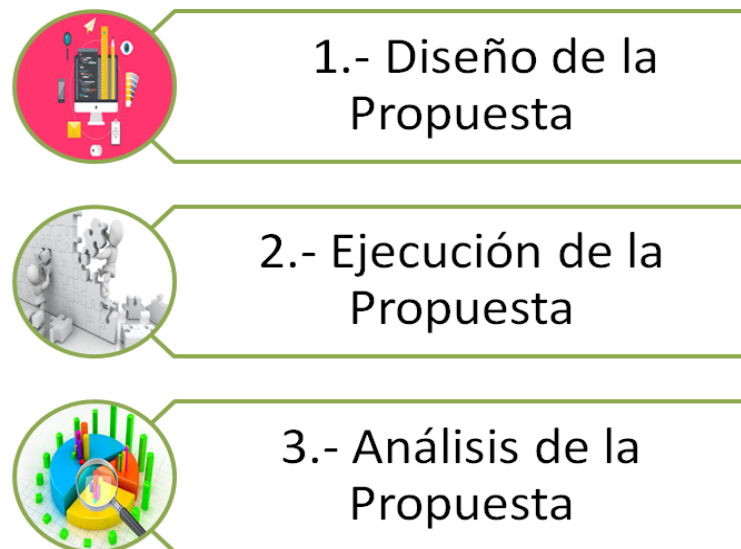


Gráfico 6. Fases de la Propuesta Institucional. Fuente: Elaboración Propia 2017

Fase 1: Diseño de la Propuesta Institucional

A partir de las interrogantes que nos surgieron durante el comienzo de nuestro proceso de pasantías se comenzó a elaborar la propuesta institucional.

Este comienzo se llevó a cabo el mes de mayo como lo previsto. Durante la primera semana del mes hicimos un análisis exhaustivo acerca de los datos que desde la perspectiva profesional habíamos recogido. En equipo con los tutores

podimos esbozar lo que sería, entonces nuestra propuesta en pro de la institución y del Programa en el que estábamos desarrollando nuestro ejercicio profesional.

De esta forma se planteó que la propuesta sería “La Evaluación de la Calidad de Atención dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual que se desarrolla en el Distrito Sanitario N° 3”.

Justificación de la Propuesta

La calidad de atención en salud es un ámbito que se ha investigado desde hace años tanto nacional como internacionalmente.

Estas investigaciones se han apoyado en el modelo de Donadevian, pionero en el estudio de la definición y evaluación de la calidad de la atención en salud y propone el análisis de la calidad de atención a través de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado.

En concordancia con el autor antes mencionado, la Organización Panamericana de la Salud (2001) considera que la calidad de la atención en salud no debe ser entendida como mercancía, sin embargo a través de unos recursos disponibles se puede obtener beneficios para los pacientes.

En base a ello y al enfoque de Calidad Total el cual rige esta investigación, nuestra propuesta es la de “Evaluar la Calidad de Atención que presta el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual” a partir del conocimiento de las fases del proceso de atención y desde la perspectiva que el usuario o paciente tiene acerca de la atención que se le está brindando.

Entendemos que es pertinente valorizar el nivel de satisfacción del paciente o usuario con el Programa ya que la calidad en la salud tiene un fuerte componente sugestivo y emocional que es importante tener en cuenta debido a que el concepto de salud va más allá de la cura de una enfermedad, implica un bienestar integral.

La evaluación de la calidad tiene como finalidad principal, fomentar la mejora de los diversos programas que se llevan a cabo para hacer frente a las diversas problemáticas.

Es importante resaltar que el conocimiento de la satisfacción o insatisfacción del usuario ha quedado relegado a segundo plano dejando de lado la exploración y la determinación de cuáles son los elementos (tecnológicos, científicos o humanos) que no favorecen a una calidad de atención óptima.

Es necesaria la existencia de mecanismos que hagan seguimiento a este ámbito de la salud, por ello la pertinencia de la propuesta debido que al conocer los resultados de la evaluación permitiría a la institución y al programa concientizar o internalizar las fallas para de esta manera corregirlas con el fin de lograr una atención satisfactoria para el usuario.

Aunado a esto, a partir de los resultados de la evaluación haremos una serie de recomendaciones con el fin de aportar constructivamente a la mejora del programa dentro del cual pudimos ejercer profesionalmente.

Partiendo de lo anterior, se definen los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la calidad de atención prestada dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual adscrito al Distrito Sanitario N° 3.

Objetivos Específicos:

- Determinar las etapas del proceso de atención en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Diagnosticar las debilidades de la calidad de atención que se le brinda al usuario en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Chequear las perspectivas de los usuarios en cuanto a la calidad de atención que se les otorga dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.
- Construir recomendaciones acorde a los resultados obtenidos con la finalidad de mejorar la Calidad de Atención dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Fase 2: Ejecución de la Propuesta

La ejecución de la propuesta se inició a mediados del mes de mayo, es importante resaltar que debido a la situación de inestabilidad que se presentó en el país desde el mes de abril los tiempos de la ejecución y análisis no fueron los pautados inicialmente, sin embargo, pudimos cumplir con las actividades planificadas.

A continuación presentamos la reprogramación de las actividades realizadas en cuanto a las Fases 2 y 3 de la Propuesta.

REPROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN Y ANÁLISIS DE LA PROPUESTA	
SEMANA	ACTIVIDADES
Semana 11 (17-04 al 21-04)	<ul style="list-style-type: none">• Atención de Casos• Sesiones educativas• Esbozo de la Propuesta Institucional.• Discusión de los casos atendidos
Semana 12 y 13 02-05 al 05-05 15-05 al 19-05	<ul style="list-style-type: none">• Atención de casos• Talleres en el Liceo Bolivariano 25 de Julio.• Definición de la Propuesta institucional
Semana 14 15-05 y 18-05 23-05 y 25-05	<ul style="list-style-type: none">• Atención de Casos• Elaboración de Instrumentos

Semana 15 29-05 al 02-06	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de casos • Revisión bibliográfica • Revisión de Instrumentos • Elaboración de Informe Social.
Semana 16 12-06 al 16-06	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de casos • Aplicación de Prueba Piloto • Corrección de Informe Social.
Semana 17 19-06 al 23-06	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de casos • Corrección de instrumento • Entrega a la Licenciada Gilda de Informe Social corregido.
Semana 18 y 19 26-06 al 30-06 03-07 al 07-07	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de Instrumento
Semana 20 10-07 al 14-07	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de resultados. • Análisis de la Propuesta.

Tabla 6. Reprogramación de actividades referentes a Ejecución y Análisis de la Propuesta Institucional. Fuente: Elaboración Propia 2017

Determinar las etapas del Proceso de Atención en el Programa de I.T.S. fue el primer paso que se dio con respecto a la ejecución de la propuesta. Mediante la observación y el diálogo con los profesionales del programa pudimos enmarcar los pasos que tiene que seguir el usuario para ser atendido.

Luego pudimos detectar que la calidad en el proceso de atención no era óptima por lo que en consenso con los tutores decidimos que conocer la perspectiva de los usuarios era fundamental para poder evaluar la calidad de atención.

En base a ello decidimos que la técnica a utilizar sería la encuesta, de esta manera a través de un cuestionario con diferentes variables relacionadas con la atención y el servicio el paciente o usuario nos harían saber su grado de satisfacción en cuanto a la Calidad de Atención del Programa.

El instrumento sería contestado por 77 personas, las cuales serían la muestra escogida para el estudio de la propuesta. La escogencia de esta muestra se explicará posteriormente en el apartado metodológico.

Cabe destacar que el instrumento fue aplicado a las 77 personas previstas aunque fue bastante dificultoso debido a que la asistencia de pacientes al programa había mermado por la situación del país antes mencionada en varias ocasiones.

Evidentemente, nos llevó más del tiempo estipulado aplicar el instrumento por lo que los tiempos presentados en el cronograma se alteró en aproximadamente 1 semana, sin embargo se logró obtener los datos de la muestra completa.

Metodología

En este apartado metodológico, se describe lo relacionado al nivel de investigación, el diseño de la investigación, población, muestra, tipo de muestra, clasificación de la muestra y técnicas e instrumentos de recolección.

La investigación desarrollada fue de tipo descriptiva apoyada en el diseño de campo.

Según Hurtado de Barrera (2010) indica que la investigación de tipo descriptiva consiste en “la investigación de las características del evento en estudio” a través

de las herramientas y técnicas utilizadas pudimos caracterizar los elementos que forman parte del proceso de atención del Programa.

De igual manera nos apoyamos en el diseño de campo no experimental transeccional. El diseño de campo es definido por la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2005) como:

El análisis sistemático de los problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos en el desarrollo. (pág. 7)

Nos apoyamos en este diseño debido a que obtuvimos los datos directamente de los usuarios que asistían al Programa de Infecciones de Transmisión Sexual. Cuando decimos a que es, no experimental nos referimos a que según Hernández, Fernández y Baptista (2007) los estudios no experimentales son aquellos “que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”.

Por lo anterior el estudio es no experimental debido a que se observará el proceso de atención sin alterarlo en algún modo y luego se analizará a partir de la perspectiva de los usuarios.

Finalmente es transeccional porque los datos se recogerán en un momento único. El momento que se utilizará será el tiempo en el que estuvimos haciendo las pasantías dentro del Programa de I.T.S.

La población con la que vamos a desarrollar la propuesta es aquella que acude al Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario N° 3, específicamente aquellos que están en consultas de control.

La muestra será de seleccionada a partir del muestro no probabilístico por conveniencia, según Parra (2003), un muestreo No Probabilístico “corresponde a procedimientos de selección de muestras en donde intervienen factores distintos al

azar”, será por conveniencia ya que seleccionaremos a las y los individuos que se encuentran en fase de control dentro del Programa y no a todos los usuarios que asisten.

Dicho esto procedemos a plasmar la formula muestral de población finita:

$$n = \frac{N}{e^2(N - 1) + 1}$$

n: Tamaño de la Muestra, **N:** Población, **e:** Error Muestral

Con la fórmula definida procedimos a calcular el tamaño de la muestra, teniendo en cuenta que la población semanal que atendía el Programa era de 200 usuarios.

$$n = \frac{200}{(0,09)^2(200 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{200}{(0,0081)(200 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{200}{(0,0081)(199) + 1}$$

$$n = \frac{200}{1,61 + 1}$$

$$n = \frac{200}{2,61}$$

$$n = 77$$

Finalmente obtuvimos que el número de usuarios que necesitábamos para la aplicación del instrumento fuera de 77. Con esto como base procedimos al diseño del instrumento a utilizar.

La encuesta fue la técnica escogida para poder chequear la percepción de los usuarios.

Arias (2012) define a la encuesta como la técnica “que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema en particular”. (pág 72).

Evidentemente esta técnica nos permitirá conocer la percepción del usuario con respecto a la calidad de atención que brinda el Programa de I.T.S.

Ahora bien, las técnicas deben ser recopiladas en instrumentos. Los instrumentos son definidos por Arias (2012) como “cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital) que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información. (pág. 68).

En este caso utilizamos como instrumento el Cuestionario. Gaitan, Urosa y Cabrera (1993) se refieren al cuestionario como el instrumento en el cual se formulan preguntas, preguntas que surgen de la operacionalización de variables (anexo X).

Si bien es cierto que existen varios tipos de cuestionarios, para esta investigación se utilizó el cuestionario mixto debido a que contenía preguntas cerradas y una pregunta abierta.

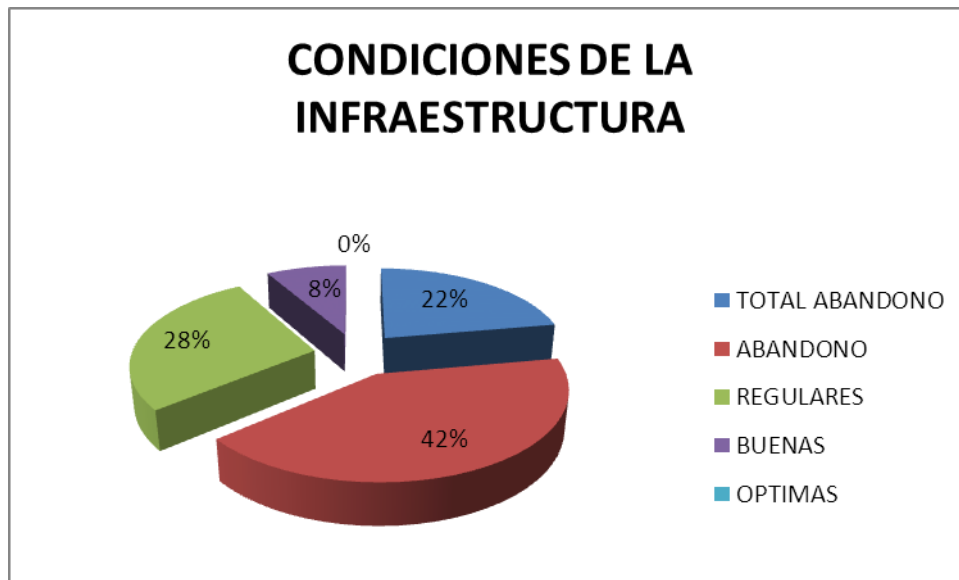
Luego de ser diseñado el instrumento (anexo XI) pasó por la revisión de los tutores quienes dieron el visto bueno para proceder a realizar la prueba piloto y así poder detectar si el instrumento era entendido por los usuarios y si nos arrojaba los datos que necesitábamos.

Fase 3: Análisis de la Propuesta Institucional

Una vez recopilada la información, procedimos a ordenar los datos obtenidos por medio de una base de datos diseñada en el programa informático Microsoft Excel.

Los siguientes gráficos que se presentan son los resultados arrojados por las respuestas emitidas por cada uno de los 77 usuarios encuestados. Una vez presentado cada gráfico, se analizará de manera concisa y reflexiva su resultado.

1. Condiciones de la Infraestructura



Al hablar de las condiciones de la infraestructura nos referimos a como se encuentra el espacio físico, en este caso de un servicio donde se atiende a los pacientes.

A partir de nuestra observación pudimos darnos cuenta que a manera general la infraestructura del Distrito Sanitario N° 3 se encontraba en estado de abandono. Sin embargo, para los efectos de esta propuesta se contó con la opinión que tienen los encuestados acerca de las condiciones en las que se encontraban la sala de espera, consultorios y baños del espacio donde se ubicaba el Programa de I.T.S.

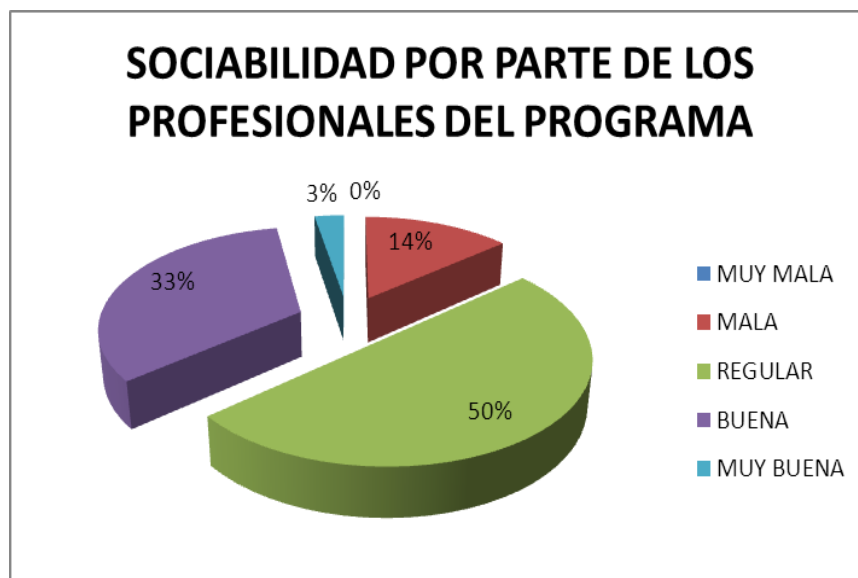
El gráfico con los datos arrojados para esta variable nos indica que el cuarenta y dos por ciento (42%) de la población encuestada opina o califica de que las condiciones de la infraestructura se encuentra en estado de abandono, a este porcentaje le agregamos que el veinte y dos por ciento (22%) la calificó en total abandono dando un total de sesenta y cuatro por ciento (64%), es decir, más de la

mitad de la población encuestada piensa que la infraestructura no es la acorde para prestar un servicio de salud.

2. Sociabilidad de los Profesionales

Para los efectos de esta propuesta al referirnos a la sociabilidad del equipo multidisciplinario que hace vida en el programa queremos describir como es el trato de estos para con los usuarios o pacientes, es decir, si son amables, cordiales y/o atentos.

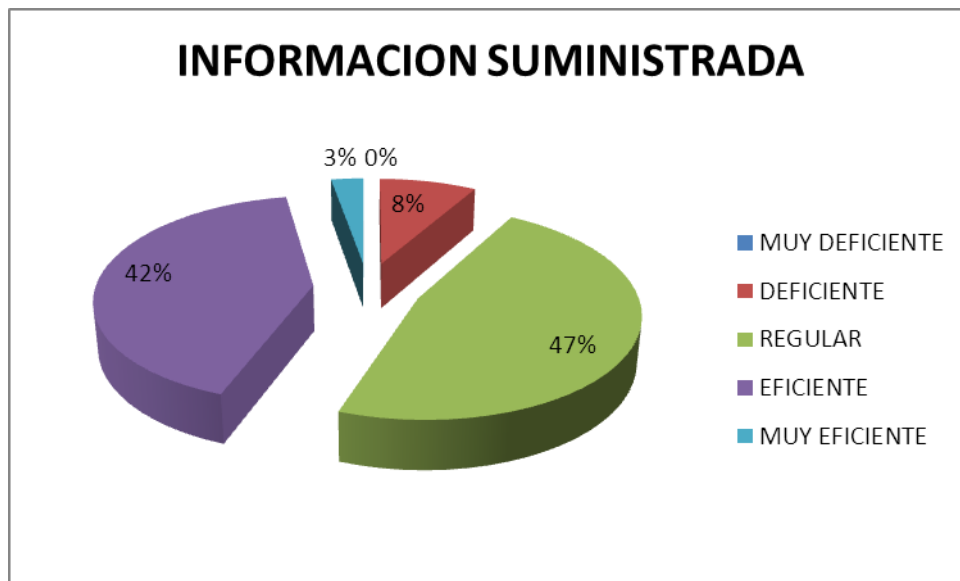
Nuestra observación arrojó que el personal se encontraba desanimado por diferentes factores (varios de los profesionales nos hicieron saber que la falta de recursos y la rotación de personal no les posibilitaba prestar una atención (“optima”) por lo cual en ocasiones el trato hacia los pacientes o usuarios era un poco hóstil.



Ahora bien desde la perspectiva de los usuarios, la mitad de la población encuestada indica que el trato o la sociabilidad de los Profesionales es regular. Se puede observar además, buena está representada por un treinta y tres por ciento (33%) .

3. Información Suministrada

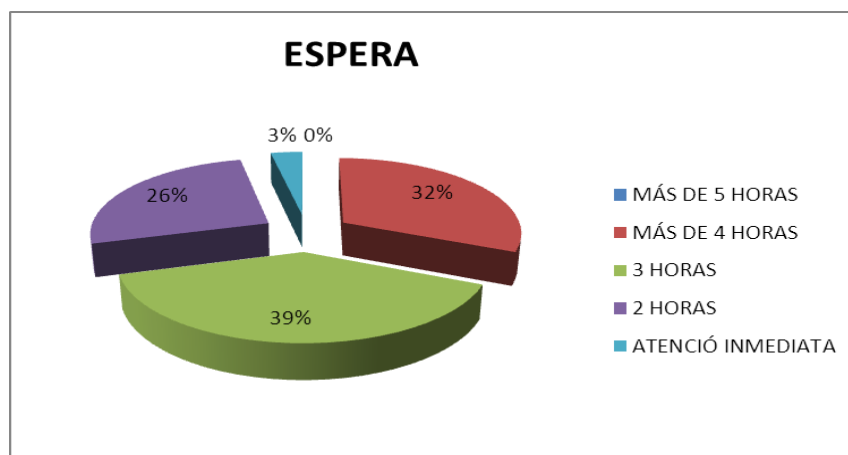
Esta variable se refiere a la información que se le brinda al paciente o usuario acerca de la infección que padece y su tratamiento.



Si bien es cierto que el cuarenta y seis por ciento (46%) de la muestra indica que la información que se le facilita dentro del programa es regular existe una tendencia a que sea eficiente debido que esta opción representa el cuarenta y dos por ciento (42%) del total.

4. Espera

Esta variable se refiere al tiempo que el usuario o paciente tiene que esperar para ser atendido dentro del programa.



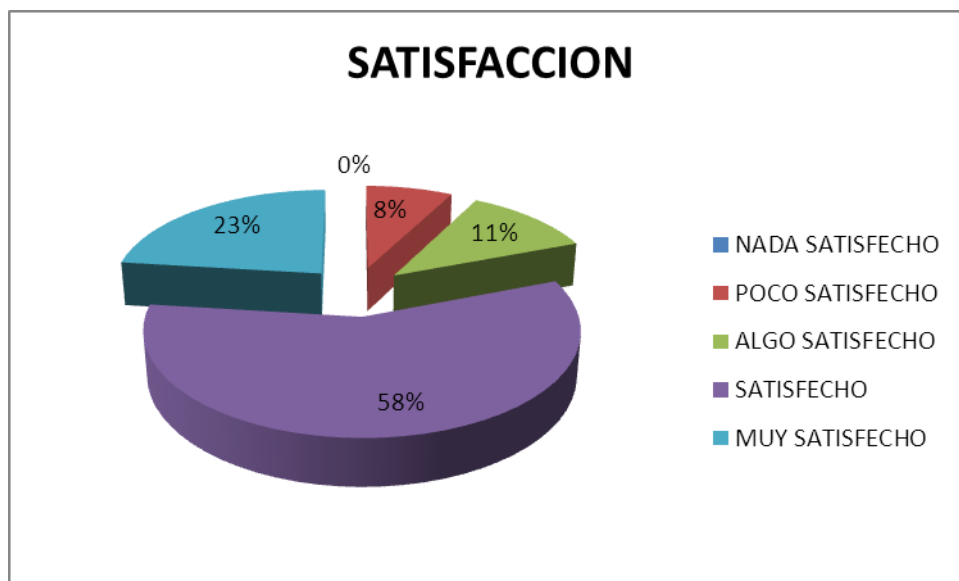
Los datos arrojados evidencian que el treinta y nueve por ciento (39%) de la muestra indica que la espera es de 3 horas mientras que un treinta y dos por ciento (32%) indica que la espera para ser atendido es de más de 4 horas.

Resulta claro que los pacientes o usuarios presentan un nivel elevado de inconformidad con el tiempo de espera.

Evidentemente este resultado confirma lo observado durante el Proceso de Pasantías en el Programa, el tiempo que el paciente o usuario esperaba era sumamente largo, el paciente podía estar hasta tres (3) horas en la sala de espera sin ser atendidos en consulta (consulta que máximo podía durar de 15 a 20 min aproximadamente, según lo observado).

5. Satisfacción por el Tratamiento

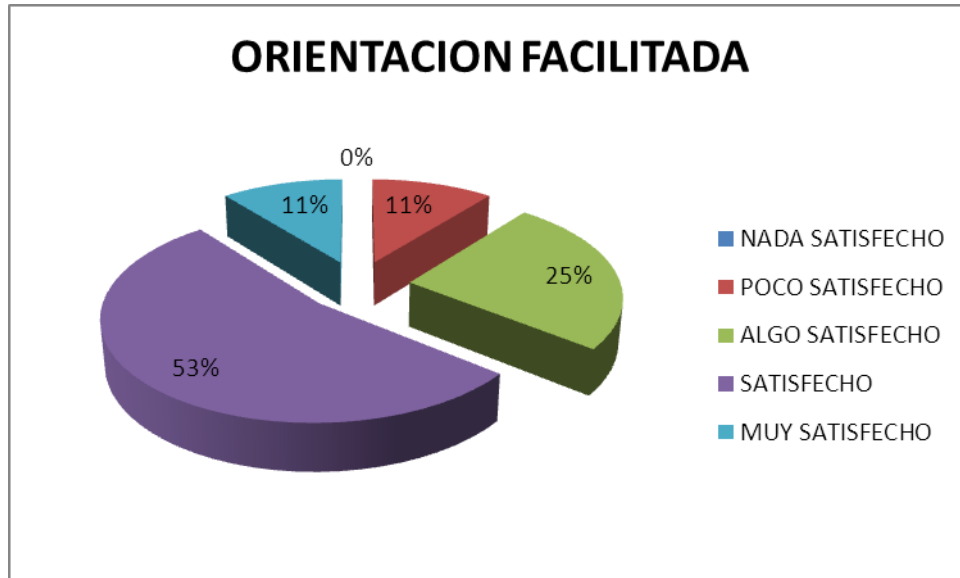
Esta variable nos permitió conocer el nivel de satisfacción con el tratamiento médico facilitado por el Programa.



El gráfico nos demuestra que el ochenta y uno por ciento (81%) de la población (esto sumando las alternativas Satisfecho y muy Satisfecho) se encuentra conforme con el tratamiento suministrado en el programa. Esto se debe a que el tratamiento es gratuito y está disponible.

6. Orientación Facilitada

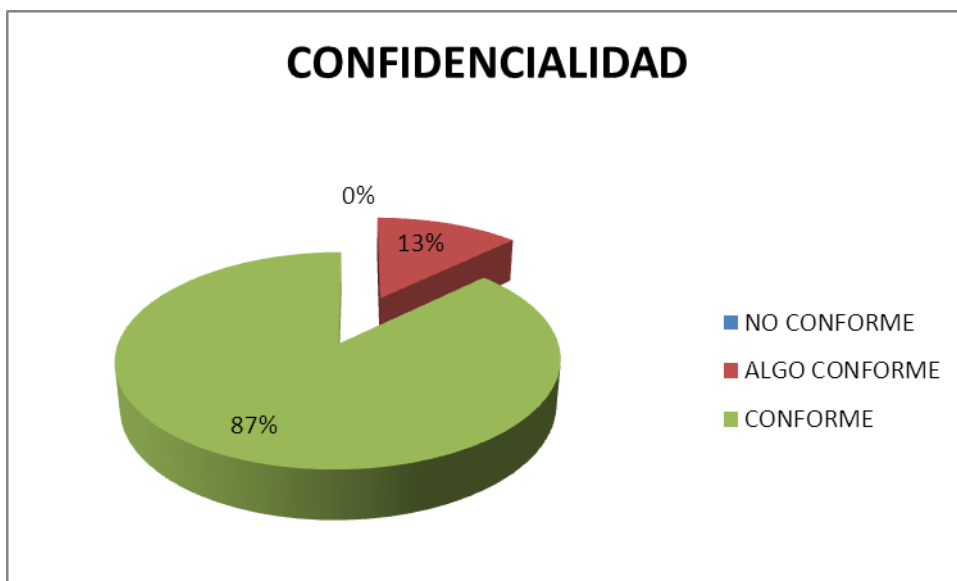
Con esta variable hacemos referencia a las indicaciones, guía o consejos que los pacientes o usuarios reciben de parte de los profesionales durante su paso por el Programa.



El gráfico precedente nos indica que el cincuenta y tres por ciento (53%) de la población se encuentra satisfecho con la orientación facilitada dentro del Programa mientras que el veinte y cinco por ciento (25%) se encuentra algo satisfecho.

7. Confidencialidad

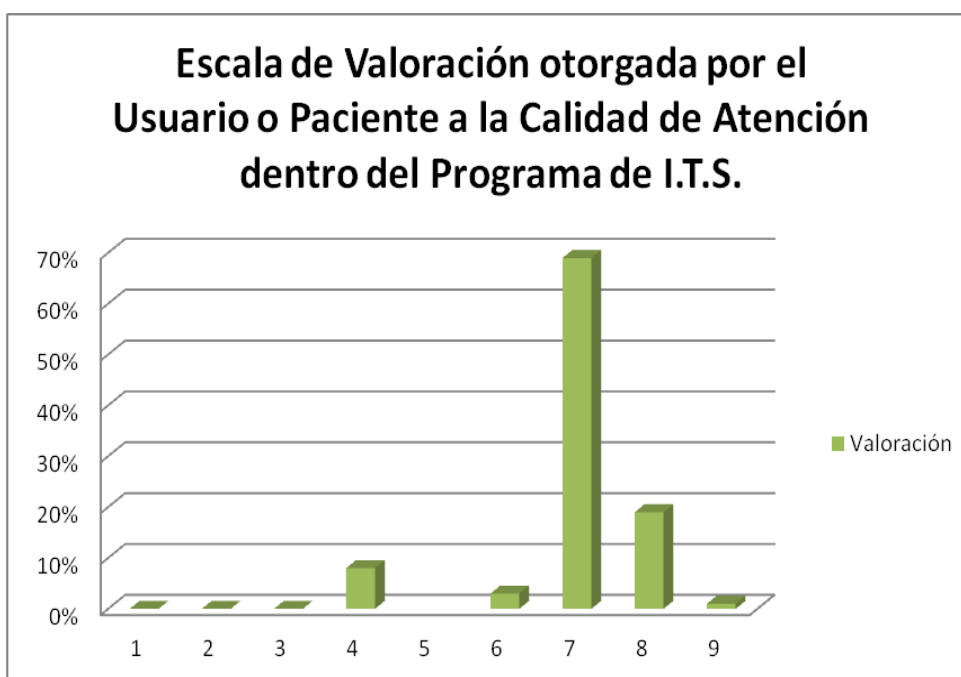
Esta variable se refiere a la privacidad con la que el Programa maneja los diferentes casos que atiende, claro está, desde la perspectiva del paciente o usuario.



Es notorio que la mayor parte de la población considera que si se respeta el principio de confidencialidad.

A partir de nuestra observación pudimos confirmar que este principio se respeta a pesar de las condiciones precarias de instrumentación tecnológica.

Ahora bien, dentro de este marco, la segunda cuestión que se requiere conocer es la valoración que el usuario o paciente le da a la Calidad de Atención que se le brinda dentro del Programa.



Evidentemente el gráfico nos demuestra que la mayoría de la población, casi un setenta por ciento (70%) valora la Calidad de Atención dentro del Programa como bastante buena con miras hacia la excelencia.

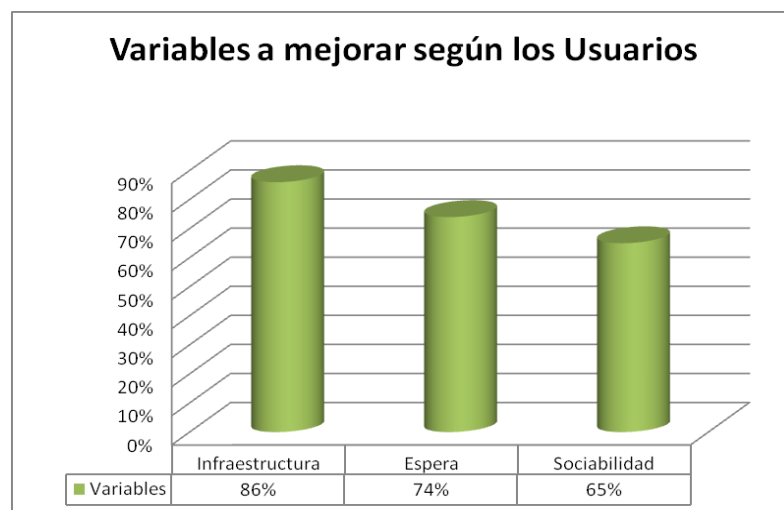
Para robustecer esta valoración pedimos a los usuarios que indicaran cuáles eran sus sugerencias para mejorar la calidad de atención y así poder deducir que es lo que le hacía falta al programa para la excelencia.

Las respuestas nos indicaron que de todas las variables cotejadas, tres (3) son de suma importancia mejorar para los usuarios. Estas son:

1. Infraestructura
2. Tiempo de Espera
3. Sociabilidad de los Profesionales

Pudimos llegar a esta conclusión luego de una exhaustiva lectura de las respuestas indicadas en el instrumento por cada uno de los 78 pacientes.

A continuación presentamos el gráfico donde se evidencia el porcentaje y por ende el grado de importancia de las variables antes mencionadas:



Es importante resaltar que los resultados eran los esperados en vista que las fallas que detectamos tenían que ver con las que resaltaron los pacientes o usuarios del Programa.

1. Infraestructura: El ochenta y seis por ciento (86%) de la población encuestada colocó entre sus sugerencias la mejora de la infraestructura donde se presta el servicio.

Desde nuestra mirada profesional, pudimos notar que esta variable es la que afecta mayormente la calidad del servicio, debido a que en primer instancia tanto el paciente o usuario que acude al programa como los profesionales que laboran en él se sienten incómodos, debido a que el espacio físico está en condiciones casi de abandono, (filtraciones, goteras, consultorios reducidos, ventilación, iluminación, entre otros) con una limpieza inadecuada, además de baños prácticamente inutilizables.

Debemos tener claro que los espacios destinados a cualquier actividad humana deben estar diseñados para el bienestar de las personas que los utilicen, mucho más en cuanto a salud se refiere, recordemos que la salud no solo es la cura de una enfermedad, destacado así por la Organización Mundial de la Salud.

Una infraestructura en mal estado no da al paciente la sensación de bienestar en todo su amplio concepto, si no que psicológicamente influye negativamente en el pensamiento del paciente consigo mismo y la enfermedad que padece, debido a la asociación que inconscientemente puede hacerse.

Los profesionales que ejercen funciones dentro de esta misma infraestructura también se ven afectados psicológica y físicamente debido a que el espacio no ofrece las condiciones necesarias para influir positivamente en lo que respecta a su quehacer profesional.

Sin duda alguna la infraestructura o espacio físico es la variable principal que atenta contra la Calidad de Atención dentro del Programa debido a que hace sentir incómodos tanto a los pacientes como a los profesionales.

2. Tiempo de Espera: La encuesta aplicada nos demostró que el tiempo que el paciente se encuentra sin ser atendido es bastante largo.

El setenta y cuatro por ciento (74%) de la población considera prioritario bajar el tiempo de espera para ser atendido dentro del Programa.

En cuanto a este resultado podemos indicar que era bastante predecible debido a que pudimos confirmar durante el tiempo que estuvimos inmersas en el programa que realmente los pacientes pasaban casi toda la mañana en la sala de espera para ser atendidos y existían casos que eran atendidos en el turno de la tarde a pesar de estar a tempranas horas en el Programa.

Obviamente la mala valoración que posee esta variable hace que la calidad de atención del Programa se vea afectada en gran medida, pues el usuario no se siente conforme.

Esta variable nos hace dar cuenta del desequilibrio existente entre la capacidad que tiene el programa para atender pacientes y los pacientes que requieren del programa, además de mostrar la falta de capacidad para resolver este desequilibrio.

3. Sociabilidad de los Profesionales: El sesenta y cinco por ciento (65%) de la población considera que es importante que exista mejora en la forma en la que los profesionales del Programa los atienden.

Evidentemente el trato brindado a una persona en cualquier servicio interfiere notoriamente en la satisfacción que este posea del mismo. La cordialidad, amabilidad, respeto son características sumamente importantes dentro de lo que es la calidad de atención.

Alternativas sugeridas en función de los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta.

Antes de exponer las alternativas sugeridas debemos decir que cada una de ellas tiene que ver con la otra, es decir, el mejoramiento de la calidad de atención está representado en la mejora (valga la redundancia) de la infraestructura, los tiempos de espera y la sociabilidad de los profesionales para con los pacientes.

Estos tres ítems están ligados entre sí por lo que las alternativas que a continuación plantearemos tendrán que ver directamente con la mejora de uno de los ítems e indirectamente con la mejora del resto.

Dicho esto, las alternativas sugeridas son las siguientes:

- Consideramos importante en primera instancia, la realización de enlaces institucionales que contribuyan al mejoramiento de la infraestructura del centro de salud.
- La dotación de equipos tecnológicos es totalmente necesaria debido a que estos facilitan el trabajo del equipo profesional en cuanto al seguimiento y control de los casos atendidos dentro del Programa.
- Como alternativa al mejoramiento de los tiempos de esperas sugerimos un control de citas programadas, con la finalidad de que los pacientes no estén a espera de los profesionales que prestan la atención dentro del Programa desde tempranas horas de la mañana.
- La capacitación y motivación al equipo multidisciplinario que integra el Programa es sumamente importante. El reconocimiento de la labor que hacen también es propicio para que el profesional brinde una esmerada atención

CONCLUSIONES

A partir de la experiencia vivida en las 400 horas académicas prestadas dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual adscrito al Distrito Sanitario N° 3, determinamos que la noble labor desempeñada por los servidores y servidoras públicas de esta institución es de gran envergadura y la atención prestada repercute de forma directa en el bienestar físico, mental y espiritual de la colectividad que acude al centro asistencial en búsqueda de una mayor calidad de vida, por tanto este servicio debe ser prestado con los mayores niveles de excelencia día a día.

Desde el primer momento de inserción del grupo de investigación dentro de la dinámica conocimos las prácticas ejercidas por los miembros activos del Centro en el cumplimiento de tareas de atención social y médica que atribuyen soluciones inherentes a las circunstancias de múltiples casos individuales y familiares. Conocer estas prácticas y procesos de abordaje de atención por el equipo de trabajo en el diagnóstico participativo previo de investigación hizo que valoricemos la incansable tarea que solo con vocación y amor puede ser realizada diligentemente por los profesionales de la materia y demás sabientes empíricos que integran esta familia.

En el diseño y ejecución de los planes de abordaje con fines educativos dirigido a los pacientes pudimos determinar que la falta de conocimiento sobre algunas enfermedades que afectan a un porcentaje importante de la población que es atendida en el centro sigue siendo una de las causas principales de propagación de la afección, el riesgo de padecer de este tipo de enfermedades aumenta si las personas no son conscientes de su existencia, por lo que establecer programas educativos permanentes en estos centros de salud en atención a estas problemáticas resulta de suma urgencia para el beneficio de la colectividad, siendo todos y todas corresponsables de su accionar.

Ahora bien podemos resaltar que la atención brindada dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual no sólo se concentra en el tratamiento

médico de la infección si no que más allá de eso se le facilita al paciente o usuario un tratamiento social que no solo se limita a lo referente a la infección que padece si no que busca brindar mayor bienestar en cuanto a situaciones familiares o locales del individuo.

Si bien es cierto que las sesiones educativas y orientaciones brindadas a los pacientes son dadas por los distintos profesionales del programa, el Trabajador o Trabajadora Social es el profesional mejor preparado para poder efectuar el denominado tratamiento social.

Pudimos dar cuenta que el paciente que llega al Programa no sólo llega con niveles de angustia por la infección que padece si no que esos niveles de angustia también son causados por otros conflictos (psicológicos, familiares, locales, entre otros) que le generan inestabilidad y malestar.

El o la Trabajadora Social juega un papel primordial y prácticamente irremplazable e indispensable dentro de cualquier ámbito donde las relaciones humanas existan. En este caso vemos pertinente que la entrevista con el o la Trabajadora Social sea obligatoria debido a que es el profesional que puede aportar las herramientas necesarias para la solución de los conflictos que posea el individuo.

Finalmente agradecemos de forma general a cada una de las personas que nos abrieron las puertas para aportar nuestro grano de arena en la construcción de una sociedad más culta, respetuosa y capaz de solventar conflictos de la manera más armoniosa.

REFERENCIAS CONSULTADAS

- ALVARADO LUSMIDIA, GARCÍA MARGARITA (2000). CARACTERÍSTICAS MÁS RELEVANTES DEL PARADIGMA SOCIO-CRÍTICO. CARACAS. REVISTA UNIVERSITARIA DE INVESTIGACIÓN SAPIENS.
- ANDER-EGG, EZEQUIEL (2000): COMO ELABORAR UN PROYECTO GUIA PARA DISEÑAR PROYECTOS SOCIALES Y CULTURALES ARGENTINA: LUMEN- HVMANITAS.
- ANDER-EGG, EZEQUIEL (1995): TECNICAS DE INVESTIGACION ARGENTINA :LUMEN
- ALVIRA MARTIN, FRANCISCO (1997): METODOLOGIA DE LA EVALUACION DE PROGRAMAS: UN ENFOQUE PRACTICO BUENOS AIRES:LUMEN/HVMANITAS
- BALESTRINI, MIRIAN (2006): COMO SE ELABORA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. CARACAS. CONSULTORES ASOCIADOS.
- CHACON RONNY, FLORES YILDA (2016): INFORME DE PASANTÍAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL. PROGRAMA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. DISTRITO SANITARIO N° 3. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
- DONOSO MARÍA, SALDÍAS PAULINA. MODELO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL FAMILIAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA BLAS CAÑAS. CHILE.
- GUÍA DE GESTION DE CALIDAD TOTAL. MADRID. EDICIONES DIAZ DE SANTOS 1996.
- GUIA PARA EL DESARROLLO DE CHARLAS Y TALLERES (2009). ES SALUD. LIMA.

- GUTIERREZ, MARIO (2001): ADMINISTRAR PARA LA CALIDAD MEXICO: LIMUSA
- HINDLE, TIM ((2008):MANAGEMENT LAS 100 IDEAS QUE HICIERON HISTORIA BUENOS AIRES: EDITORIAL CUATRO MEDIA
- HEINZ, KARL HILLMANN (2005): DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE SOCIOLOGIA 4TA EDICION ESPAÑA :HERDER EDITORIAL
- HERNANDEZ, FERNANDEZ Y BAPTISTA (2007). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. EDITORIAL MCGRAW-HILL. MEXICO.
- HURTADO, JACKELINE (2010). EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN HOLÍSTICA. EDICIONES QUIRON. CARACAS.
- JARA, H. OSCAR. (1994). PARA SISTEMATIZAR EXPERIENCIAS: UNA PROPUESTA TEÓRICA Y PRÁCTICA. EN LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: ALTERNATIVA INVESTIGATIVA PARTICIPATIVA DE LAS PRÁCTICAS CULTURALES. MARIANO ALBERTO & ISLA GUERRA (EDITS.) (2011). LA HABANA: CENTRO NACIONAL DE SUPERACIÓN PARA LA CULTURA.
- KISNERMAN, NATALIO (1978):SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL ARGENTINA: EDITORIAL HVMANITAS
- MEZERON KATHERINE, ROJAS GISEL (2014). SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA: DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ACCIÓN PROFESIONAL QUE PROMUEVAN EL PROCESO DE INCLUSIÓN FAMILIAR DELOS (AS) CIUDADANOS (AS) EN TRATAMIENTO DE LA FUNDACIÓN JOSÉ FÉLIX RIBAS. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.CARACAS.
- MOLLEDA, ESPERANZA (2012). EL TRABAJO SOCIAL Y SUS INSTRUMENTOS. LA ENTREVISTA Y LA VISITA A DOMICILIO. EDITORES NAU LLIBRES. ESPAÑA.

- MUNUERA, MARÍA (2012). EL TRABAJO SOCIAL Y SUS INSTRUMENTOS. EL INFORME SOCIAL: IMAGEN DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA DOCUMENTACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL. EDITORES NAU LLIBRES. ESPAÑA.
- SANDOVAL, ANTONIO (2001). PROPUESTA METODOLÓGICA PARA SISTEMATIZAR LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL. ESPACIO EDITORIAL, BUENOS AIRES.
- TOBON, MARIA CECILIA (1998): LA PRACTICA PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL GUIA DE ANALISIS BUENOS AIRES. EDITORIAL HVMANITAS.
- VELIZ, ARNOLDO (2009): ¿CÓMO HACER Y DEFENDER UNA TESIS?. CARACAS. EDITORIAL TEXTO.

ANEXOS

Guía de Observación

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora: _____

- **Objetivo:** Diagnosticar las fortalezas y debilidades de la calidad de atención que se le brinda al usuario en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.)

Del Espacio físico:

1. ¿La infraestructura donde se desarrolla el Programa de I.T.S. se encuentra en óptimas condiciones? SI_____ NO_____
2. ¿Los consultorios están dotados de los insumos y equipos médicos necesarios para la consulta del paciente?
SI_____ NO_____
3. ¿La sala de espera y consultorios se encuentran limpios?
SI_____ NO_____

De los tiempos de atención:

1. ¿Los pacientes son atendidos de manera inmediata al llegar al Programa de I.T.S.?
SI_____ NO_____
2. Hora de inicio de consulta: _____
3. ¿Existe la puntualidad en el inicio de las consultas?
SIEMPRE_____ OCACIONALMENTE_____
NUNCA_____
4. ¿Los resultados de exámenes realizados dentro del programa se entregan inmediatamente después de realizarlos? SI_____ NO_____

5. Tiempo aproximado en el que el paciente es atendido por todos los profesionales del Programa de I.T.S: _____ -

De Los Profesionales:

1. ¿Cuántos profesionales integran el Programa de I.T.S? _____
2. ¿Qué profesionales integran el Programa de I.T.S?

3. ¿Trabajan en equipo los profesionales del Programa para atender a los pacientes?

SIEMPRE _____ OCACIONALMENTE _____ NUNCA _____

Del trato:

1. ¿Existe por parte de los profesionales que laboran dentro del Programa la sociabilidad (trato cortés, amable, cordial) con los pacientes?
SI _____ NO _____
2. ¿Los profesionales brindan orientaciones a los pacientes en cuanto a la infección o tratamiento?
SIEMPRE _____ OCACIONALMENTE _____ NUNCA _____

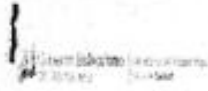


De los Tratamientos:

1. ¿Son facilitados por el Programa de manera Gratuita los medicamentos necesarios?
SI _____ NO _____
2. ¿Qué medicamentos son los proporcionados?

3. ¿Existencia de los medicamentos proporcionados?

SIEMPRE _____ OCACIONALMENTE _____ NUNCA _____

ANEXO 2

Departamento de Trabajo Social

RECEPTORÍA

CENTRO DE SALUD: _____

Fecha _____ Fecha de ingreso _____ Nº de Historia: _____

Solicitud: _____

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:

Apellidos y Nombres _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ C.I. _____

Estado Civil: _____ Grado de instrucción: _____

Estudia: Si ___ No ___ Lugar: _____

Profesión /oficio: _____ Trabaja Si ___ No ___

Lugar de Trabajo _____ Teléfono: _____

Ocupación Actual _____

Dirección de habitación _____

_____ Teléfono: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO _____

Datos del Representante o Acompañante

Apellidos y Nombres _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ C.I. _____


Parentesco _____ Grado de Instrucción: _____ Ocupación _____

Trabaja Si ___ No ___ Lugar _____ Teléfono _____

GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Parentesco	Lugar y Fecha de nacimiento	Edad	C.I.	Situación de salud	Ocupación	Grado de Instrucción	Aporte económico

ANEXO 3

 **Gobierno Bolivariano de Venezuela** | **Ministerio de Poder Popular para la Salud** | **Dirección Estatal de Salud del Distrito Capital**



Distrito Sanitario N° 3

HISTORIA SOCIAL

Apellido y Nombre.....
C.I. Edad..... Fecha de Nacimiento.....
Lugar de Nacimiento..... Ocupación.....
Dirección.....
Teléfono.....
Motivo de la consulta.....
Área Socio Económico.....
Área físico Ambiental.....
Tratamiento Social.....
Parejas Sexuales.....
P.R.S.....
U.R.S.....
Tiene Pareja Fija.....

Trabajador Social

ANEXO 4



ESTRUCTURA DE INFORME SOCIAL
INFORME SOCIAL

PRESENTADO POR: _____

DIRIGIDO A: _____

ASUNTO _____

FECHA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Apellidos y Nombres. C.I, edad, lugar y fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, nivel de instrucción, profesión u oficio, lugar de trabajo/lugar de estudio. Situación de salud.

Dirección: _____
Teléfonos: _____

GRUPO FAMILIAR

Parentesco

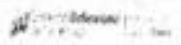
Apellidos y Nombres. C.I, edad, lugar y fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, nivel de instrucción, profesión u oficio, lugar de trabajo/lugar de estudio. Situación de salud.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CASO

Síntesis o resumen de la situación- problema a intervenir.

DIAGNÓSTICO SOCIAL. Secuencia lógica de acuerdo a la prioridad de la situación

Área Médico -Social



Área Socio- Económica

Área Psico- Social

Área Físico-Ambiental

Conclusiones y Recomendaciones

TRABAJADOR(A) SOCIAL TRATANTE

C.I. _____ N° de registro ANTS _____ Colegio de TS _____

Anexos.

Artículo 8 Ley de ejercicio del Trabajo Social en Venezuela

ANEXO 5



MINUTA



Fecha de Inicio: _____

Hora de Inicio: _____

Lugar de Inicio: _____

- Asistentes:

- Temas a tratar:

- Registro de Planteamientos y observaciones de los asistentes:

- Soluciones o estrategias ideadas:

- Conclusiones:

Fecha de Cierre: _____

Hora de Cierre: _____

Lugar de Cierre: _____

ANEXO VI



INFORME SOCIAL

PRESENTADO POR:

DIRIGIDO A: IDENA

ASUNTO: SOLICITUD DE CUPO EN CASA DE ABRIGO

FECHA:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Apellidos y Nombres: Besley Barrios	C.I.: 29.861.529	Edad: 14 años
Lugar y fecha de Nacimiento: Caracas, 14/10/2002	Nacionalidad: Venezolano	
Estado Civil: Soltero	Nivel de Instrucción: 7mo incompleto	
Situación de Salud: VPH primer estadio, en actual tratamiento dentro del Programa de I.T.S. del Distrito Sanitario Número 3.		
Dirección: Las Adjuntas, Macarao La Charanga casa nº 14		Teléfono: 04140111938

GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Parentesco	Lugar y Fecha de Nacimiento	Edad	C.I.	Situación de Salud	Ocupación	Grado de Instrucción	Aporte Económico
	Abuela							
Yenifer Mijares	Tía	Caracas, 26-11-86	30	19.736.260		Administradora	Universitaria	

No existe presencia de padre y madre.

La madre por problemas de adicción a sustancias psicotrópicas no vive con el infante desde que tiene 5 años, por lo cual se le es otorgada una medida de protección a la tía Yenifer Mijares, la cual desde ese momento hasta la actualidad se encarga del niño.

Indica la Sra. Yenifer que ya la madre del niño tiene de 3 a 4 años sin adicciones y que le fue adjudicada un apartamento en Fuerte Tiuna donde vive con su actual pareja y una bebe, pero que se reusa a quedarse con el niño. El niño por su parte tampoco desea vivir con la madre.

El padre vive en Barlovento, la tía indica que él mismo "ha estado la mayor parte del tiempo preso" por lo cual no ha sido una figura de presencia fuerte para el niño.

El niño vivió un tiempo con su padre pero el padre lo mandó de vuelta a Caracas debido a que lo robó.

El infante vive actualmente (y como la mayoría del tiempo) con su abuela quien, según el niño, lo agrade verbalmente, debido a su preferencia sexual (homosexual) por lo cual no desea seguir viviendo en esa casa y prefiere estar en una casa abrigo. Esta situación es confirmada por la tía, puesto que dice que su mamá es bastante grosera y efectivamente lo

maltrata, sin embargo acota que el niño ha agredido físicamente (con golpes) a la abuela.

Yenifer Mijares, tía del infante también vive con él y es la que se ha encargado en mayor grado del niño, indica que por solicitud de la maestra, cuando el niño tenía 4 años, tuvo que conseguirle ayuda psicológica debido a que golpeaba a otros niños del salón. Estuvo teniendo citas con psicólogo hasta los 11 años.

La tía indica que el niño “se me escapó de las manos”, debido a que se ha enterado por terceras personas de los problemas que tiene el niño, por lo cual está de acuerdo con que se le consiga un cupo en alguna institución donde pueda vivir y aprender algún oficio, en vista de que no le hace caso cuando le dice que estudie o trabaje.



SITUACIÓN ACTUAL DEL CASO

Paciente de 14 años en tratamiento por VPH dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Llega a la Unidad de Trabajo Social solicitando que se le ayude con la gestión de cupo en una casa abrigo debido a que no quiere seguir viviendo con su abuela porque la misma lo maltrata. Indica que es el único motivo por el cual no quiere seguir viviendo en esa casa.

Se concertó cita con la Tía del niño que tiene la medida de protección y la misma señala que esa medida se encuentra vencida pero que sin embargo sigue haciéndose cargo del niño en vista de que la madre no quiere asumir la responsabilidad.

La tía dice estar de acuerdo con que el niño no siga viviendo ahí debido a que el niño se la pasaba con delincuentes por lo cual fue linchado en Las Adjuntas, además de que “se lo llevaron preso por el presunto robo de un teléfono”, el niño le dijo a la policía quien realmente fue el que robó el teléfono y ahora esa persona lo está buscando y por eso está escondido,

no sale de la casa, por lo cual ha perdido la constancia del tratamiento para la infección que tiene.

DIAGNÓSTICO SOCIAL

Área Médico-Social

Paciente de 14 años en tratamiento de VPH estadio 1

Área Socio-Económica

Paciente no trabaja ni estudia. Sus necesidades las suplen entre su abuela y su tía

Área Psico-Social

Se observa ansiedad y angustia en el adolescente. Evidente maltrato emocional. No posee un proyecto de vida definido.

Área Físico-Ambiental

Vive en la casa de su abuela, la cual es propia, 2 pisos, cuenta con todos los servicios pero la infraestructura es inadecuada, indica que es de alto riesgo.

El infante tiene problemas con delincuentes en la zona donde vive por lo cual, cuando sale debe estarse escondiendo para no ser visto por los mismos.

Conclusiones y Recomendaciones

Se recomienda Terapia Psicológica y Terapia Familiar.

Se gestionará ante el IDENA cupo en casa abrigo en vista de que el adolescente no puede seguir viviendo en la zona donde vive ya que su integridad física corre peligro a causa de la problemática con delincuentes de la zona.

ANEXO VII



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
PRÁCTICAS PROFESIONALES: DISTRITO SANITARIO
NÚMERO 3



SESIÓN EDUCATIVA
**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL**

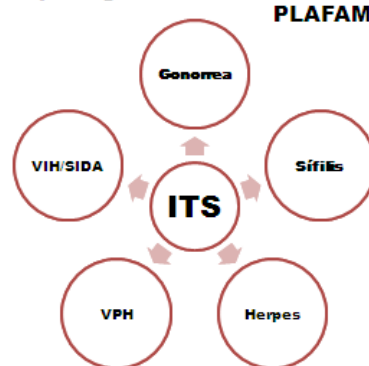
Tutora Institucional:
Lic. Alicia Pereira

Pasantes:
Acosta, Anilec
Boné, María Alejandra
Sánchez, Marisol

FEBRERO, 2017

¿Qué son las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S)?

Son aquellas que se transmiten principalmente a través del contacto sexual (genital, oral o anal), durante relaciones sexuales desprotegidas.



GONORREA

La **gonorrea** es una enfermedad de transmisión sexual que se contagia, durante la actividad sexual, por medio del contacto entre los órganos genitales o entre el órgano genital y las mucosas en la boca o en el recto.



Gonococo

Síntomas



Tratamiento

La gonorrea se trata con antibióticos



SÍFILIS

Es una enfermedad sistémica de transmisión sexual. Producida por el *Treponema pallidum* spp *palli - dum*, comienza como una enfermedad localizada.



Treponema pallidum

Síntomas

IMÁGENES DE LA SIFILIS, EN LA ETAPA PRIMARIA



Sifilis Secundaria



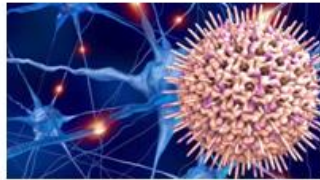
Tratamiento

En cualquier etapa de la enfermedad la "Penicilina" es el principal medicamento.



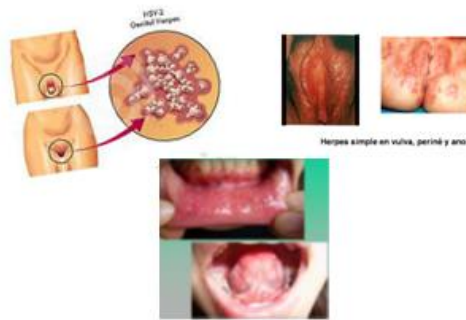
HERPES

Infección de la piel o las mucosas genitales o anorrectales por uno de dos virus del herpes simple, íntimamente relacionados (VHS-1 el cual aparece en la boca ó VHS-2 en los genitales)



Herpes

Síntomas



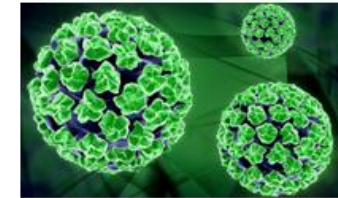
Tratamiento

Si bien el tratamiento para el herpes es útil, el virus no se cura. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los rebotes disminuyen en cantidad e intensidad con el paso de los años.



VPH

Los VPH son llamados virus del papiloma debido a que algunos tipos de VPH causan verrugas o papilomas, los cuales son tumores no cancerosos.



Virus de Papiloma Humano

Síntomas



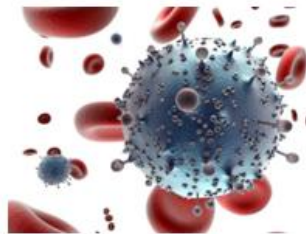
Tratamiento

Aunque el VPH en sí no puede ser tratado, los cambios celulares causados por una infección con VPH pueden ser tratados. Por ejemplo, las verrugas genitales pueden ser tratadas.



VIH/SIDA

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana, **SIDA** significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA es la fase más avanzada de infección por el VIH



VIH/SIDA

Síntomas



Tratamiento

El tratamiento antirretroviral (TAR) consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para tratar dicha infección. Las personas que reciben TAR toman una combinación de medicamentos contra el VIH.



¿Cómo prevenir las I.T.S.?

- A** "Abstinence" Abstinencia, significa que lo prioritario y 100% eficaz para prevenir las infecciones es abstenerse de relaciones sexuales
- B** "be faithful" en inglés. SE FIEL
- C** De "condom", recomendando el uso de condones pero advirtiendo que reducen, pero no eliminan totalmente, el riesgo de contagio

ANEXO VIII



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
PRÁCTICAS PROFESIONALES: DISTRITO
SANITARIO NÚMERO 3



Sesión Educativa

Derechos sexuales y reproductivos

Pasantes:
Acosta, Anilec
Boné, María Alejandra
Sánchez, Marisol

MARZO, 2017

Derechos Sexuales y Reproductivos

Son aquellos derechos que forman parte de los derechos humanos y que permiten a las personas convivir sin distinciones de sexo, sin riesgos y sin violencia en cuanto a la sexualidad y la reproducción.



¿Cuáles son tus derechos sexuales y reproductivos?

Derechos sexuales	Derechos reproductivos
Vivir la sexualidad con respeto, tanto para hombres como para mujeres.	Decidir libre y responsablemente el número de hijos (as), el espaciamiento e intervalos de nacimientos.
Vivir la sexualidad libre de violencia, discriminación y presión, con respeto pleno de la integridad corporal de la otra persona.	La elección libre e informada de los métodos anticonceptivos modernos, seguros, efectivos y de calidad.
Acceso a una educación integral sobre la sexualidad, la información y atención a la salud sexual.	Reproducción, libre de discriminación, presión o violencia.
Libertad y autonomía para elegir la pareja sexual sin discriminación.	Recibir orientación, atención integral y tratamiento técnico profesional durante el embarazo o maternidad.
Insistir sobre la práctica de sexo seguro para prevenir embarazos no esperados o no planificados y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.	Que hombres y mujeres participen con iguales responsabilidades en la crianza de los hijos.
Tener acceso a la prevención y tratamiento de las disfunciones sexuales.	Acceder a la información y orientación sobre problemas de infertilidad de infecciones de transmisión sexual.
Vivir la sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros impedimentos independientemente del estado conyugal, edad o condición física.	

¿Cuándo se vulneran tus derechos?

- ACOSO SEXUAL
- VIOLACION
- VIOLENCIA FISICA O VERBAL
- SOMETIMIENTO EN CONTRA DE NUESTRA VOLUNTAD O ESTAR CON ALGUIEN NO DESEADO
- IMPEDIMENTO A LA INFORMACION



Por ello, es muy importante **NO** permitir:

- Que se nos niegue información y educación sobre el tema.
- Que se nos de acceso a métodos anticonceptivos modernos y con costos accesibles.
- Tener relaciones sexuales sin protección o sin nuestro consentimiento.
- Recibir presión por parte de amistades o personas conocidas para tener relaciones sexuales.
- Ser víctimas de violencia o acoso sexual.
- Ser discriminados(as) maltratados(as) por sentir atracción hacia alguien de nuestro mismo sexo.



ANEXO IX

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
PASANTÍAS, DISTRITO SANITARIO N° 3**

**Taller sobre la Autoestima
¡Me conozco...me quiero!**

Facilitadoras

Anilec Acosta

Marisol Sánchez

María Alejandra Boné

2017

Objetivos:

General: Orientar a los y las estudiantes cursantes del 1ro y 2do año del Liceo 25 de Julio de la Parroquia San Juan acerca de La Autoestima

Específicos:

1. Registrar a los y las estudiantes que asisten a la sesión educativa.
2. Lograr que los participantes se sientan cómodos dentro de la actividad.
3. Suministrar conocimientos relacionados a la Autoestima.
4. Realizar un Bosquejo de Proyecto de Vida.
5. Cerrar el proceso del taller de manera vivencial.

ACTIVIDAD:	1.- Registro de participantes.
TÉCNICA:	Bienvenida y pequeña introducción al taller.
OBJETIVOS:	1.-Registrar a los/as participantes que asisten a la actividad.
MOMENTO Y TIEMPO DE APLICACIÓN:	Momento: Inicio Tiempo: 10 minutos
DESCRIPCIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • Se pasará una lista de asistencia, en la cual los participantes deben colocar sus datos.
INTRUCCIÓN AL FACILITADOR:	<ul style="list-style-type: none"> • Debe dar una cálida bienvenida que facilite la buena disposición de los/as participantes. • Debe presentar con claridad el tema de la Sesión Educativa: Autoestima . • Debe invitar a los/as asistentes a asumir de manera responsable su participación en el taller. • Debe distribuir entre los/as participantes el formato de asistencia.
INSTRUCCIÓN AL PARTICIPANTE:	<ul style="list-style-type: none"> • Se les invita a concentrarse en el tema, a participar, a respetar las ideas de los otros / as y a llenar el formato de asistencia.
PROCEDIMIENTOS:	Vigilar que todos / as se sientan motivados (a) a la participación, estar pendientes de las expresiones y actitudes de los/as participantes (gestos, miradas, etc.)
RIESGOS:	<ul style="list-style-type: none"> • No lograr el clima de apertura y disposición de los/as participantes por falta o exceso de calor en el recibimiento. • Tomar demasiado tiempo en la actividad. • No aclarar lo suficiente el tema a facilitar. • Que al momento de facilitar el taller la asistencia sea baja, y no lograr integrar a los/as rezagados sin perturbaciones en el desarrollo del taller.

ACTIVIDAD:	2.- Integración de los participantes
TÉCNICA:	Dinámica: Mímica
OBJETIVOS:	2.- Integrar a los participantes y romper el hielo antes de empezar la exposición del tema. Afianzar la confianza en sí mismos y como grupo.
MOMENTO Y TIEMPO DE APLICACIÓN:	Momento: Inicio Tiempo: 15 minutos
DESCRIPCIÓN:	Mímica: A través de esta técnica se busca la participación activa de los asistentes para de esta manera motivarlos a la escucha atenta de la exposición del tema central.
INTRUCCIÓN AL FACILITADOR:	<ul style="list-style-type: none"> • Debe dividir al grupo en dos equipos. • Debe explicar el procedimiento de la dinámica • Debe contar con los materiales necesarios para la realización de la dinámica.
INSTRUCCIÓN AL PARTICIPANTE:	<ul style="list-style-type: none"> • Deben estar motivados para la participación. • Deben estar atentos a las instrucciones del facilitador.
PROCEDIMIENTOS:	Se dividirá al grupo en 2 equipos. Las facilitadoras tendrán una lista con 6 cualidades positivas, las cuales serán dichas en secreto a los participantes que se encuentre en frente. Uno de los miembros de cada equipo pasará al frente al mismo tiempo y las facilitadoras le dirán en secreto la primera palabra, la cual deben representar sin palabras; quien descubra la palabra exacta corre a recibir la segunda y así sucesivamente. El equipo que adivine las 6 palabras primero es el ganador.
RIESGOS:	<ul style="list-style-type: none"> • No lograra la disposición a participar. • Tomar demasiado tiempo en la actividad. • No mantener la atención del grupo. • No dar claramente las instrucciones.

ACTIVIDAD:	3. Suministrar conocimientos acerca la Autoestima
TÉCNICA:	Exposición
OBJETIVOS:	3. Informar y orientar a los participantes acerca de la Autoestima y su importancia
MOMENTO Y TIEMPO DE APLICACIÓN:	Momento: Desarrollo Tiempo: 20 minutos
DESCRIPCIÓN:	Exposición por parte de las facilitadores acerca de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto de autoestima 2. Autoconcepto 3. Influencia de la autoestima en la vida cotidiana 4. Síntomas de baja autoestima 5. Importancia de la autoestima y como nos ayuda a visualizar nuestro futuro. 6. Proyecto de Vida.
INTRUCCIÓN AL FACILITADOR:	<ul style="list-style-type: none"> • Las facilitadores pedirán la atención de la audiencia e informan que ante cualquier duda referente al tema durante la exposición podrán levantar la mano e intervenir.
INSTRUCCIÓN AL PARTICIPANTE:	<ul style="list-style-type: none"> • Ahora deben prestar atención a las orientaciones dadas por las facilitadoras
PROCEDIMIENTOS:	Las facilitadoras expondrán los puntos del tema y responderán las dudas durante el desarrollo de la misma.
RIESGOS:	<ul style="list-style-type: none"> • No lograr la atención ni el interés por parte de los participantes.

ACTIVIDAD:	4.- Bosquejo de Proyecto de Vida
TÉCNICA:	Bosquejo de Proyecto de Vida
OBJETIVOS:	4.- Realizar un primer acercamiento en cuanto a la realización del Proyecto de Vida.
MOMENTO Y TIEMPO DE APLICACIÓN:	Momento: Desarrollo Tiempo: 15 minutos
DESCRIPCIÓN:	Las facilitadoras entregan 1 hoja a cada uno de los participantes la cual contiene un cuadro que debe ser rellenado explicitando lo que el participante quiere y lo que no quiere en relación con su familia, su ser, sus relaciones interpersonales, su físico, su sexualidad, las tendencias sociales y lo académico. Se le indica que debe analizar si lo que quiere depende de él o ella o de los demás miembros d su entorno.
INTRUCCIÓN AL FACILITADOR:	<ul style="list-style-type: none"> • Debe explicar en qué consiste la dinámica. • Debe animar a los participantes a realizar la dinámica • Debe entregar las hojas y los lápices para que el participante rellene el cuadro
INSTRUCCIÓN AL PARTICIPANTE:	<ul style="list-style-type: none"> • Se les invita a concentrarse en sus metas, sentimientos.
PROCEDIMIENTOS:	El facilitador debe servir de apoyo en cuanto a la búsqueda de cualidades de los participantes.
RIESGOS:	<ul style="list-style-type: none"> • No lograr la disposición de los/as participantes para participar.

ACTIVIDAD:	4.- Cierre de la actividad
TÉCNICA:	Dinámica: Anuncio Publicitario
OBJETIVOS:	4.- Ejercitar habilidades de autoconocimiento y reforzar autoestima
MOMENTO Y TIEMPO DE APLICACIÓN:	Momento: Cierre Tiempo: 15 minutos
DESCRIPCIÓN:	Las facilitadoras entregan 1 hoja a cada uno de los participantes y les indican que hagan una lista de al menos 4 cualidades positivas de si mismos y 4 logros que hayan tenido. A partir de esta lista deben escribir un anuncio publicitario intentando venderte a los demás. Los participantes se pueden ayudar con músicas o cuñas que hayan visto alguna vez. Voluntariamente algunos participantes mostraran su anuncio a la audiencia
INTRUCCIÓN AL FACILITADOR:	<ul style="list-style-type: none"> • Debe explicar en qué consiste la dinámica. • Debe animar a los participantes a realizar la dinámica • Debe entregar las hojas y los lápices para que el participante escriba su anuncio.
INSTRUCCIÓN AL PARTICIPANTE:	<ul style="list-style-type: none"> • Se les invita a concentrarse en sus cualidades y logros • Se les invita a perder la pena.
PROCEDIMIENTOS:	El facilitador debe servir de apoyo en cuanto a la búsqueda de cualidades de los participantes. La facilitadora debe animar a los participantes a mostrar sus anuncios
RIESGOS:	<ul style="list-style-type: none"> • No lograr la disposición de los/as participantes para participar.

BOSQUEJO DE PROYECTO DE VIDA

EN RELACIÓN A:	LO QUE QUIERO	LO QUE NO QUIERO
Familia: Padres y Hermanos		
Mi Ser: Carácter y Sentimientos		
Mis Amigos y los Adultos		
Mi físico: Apariencia y Salud		
Mi Sexualidad: Cómo la ejerzo y Cómo me cuido		
Tendencias Sociales: Consumo de drogas, alcohol, vicios		
Lo académico: a corto, mediano y largo plazo		

ANEXO X

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo Específico	Variable	Definición Nominal	Definición Real. Dimensiones	Definición Operacional Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Determinar las etapas del proceso de atención en el Programa de I.T.S. 	Proceso de Atención	Pasos por los cuales debe transitar el paciente para ser atendido dentro del Programa de I.T.S.	<ul style="list-style-type: none"> Recibimiento (solicitud de número para ser atendido). Levantamiento de historia. Toma de muestra de sangre. Atención en la oficina de Trabajo Social. Atención y evaluación por parte del médico Control sucesivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de pacientes diarios atendidos. Tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos. Tiempo de entrega de resultados -
<ul style="list-style-type: none"> Diagnosticar las fortalezas y debilidades de la calidad de atención que se le brinda al usuario en el Programa de I.T.S. 	Calidad de Atención	Diferentes atributos que hacen que la atención sea óptima	<ul style="list-style-type: none"> Cuantitativas Cualitativas 	<ul style="list-style-type: none"> Cordialidad Oportunidad Espacios adecuados Tiempo Profesionales Disposición de medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> Chequear las percepciones de los usuarios en cuanto a la calidad de atención que se les ha otorgada dentro del Programa de I.T.S. 	Percepciones de los Usuarios	Conjunto de sensaciones que se generan en los usuarios en cuanto a la calidad de atención dentro del Programa de I.T.S.	<ul style="list-style-type: none"> Cuantitativas Cualitativas 	<ul style="list-style-type: none"> Cordialidad Oportunidad Espacios adecuados Tiempo Disposición de medicamentos

ANEXO XI



UNIVERSIDAD CENTRAL DE
VENEZUELA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
PASANTÍAS PROFESIONALES
DISTRITO SANITARIO N° 3



PROGRAMA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El presente instrumento tiene como objetivo específico: “Chequear las percepciones de los usuarios en cuanto a la calidad de atención que se brinda dentro del programa de Infecciones de Transmisión sexual” esto con el fin de contrastar estas percepciones con nuestra visión profesional y sugerir alternativas para la mejora de la misma.

Estimado Usuario: Queremos conocer cuál es su opinión en relación a la calidad de servicio brindada en el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Distrito Sanitario N° 3 con el fin de generar propuestas para la mejora del programa.

1. A continuación marque con una equis (X) la valoración que considere merezca cada uno de los siguientes ítems. Por favor sólo marque una opción.

A) Condiciones de la Infraestructura:

Total				
Abandono ____	Abandono ____	Regulares ____	Buenas ____	Optimas ____

B) Sociabilidad de los Profesionales (Trato: Cordial, amable, atento):

Muy Mala ____	Mala ____	Regular ____	Buena ____	Muy Buena ____
---------------	-----------	--------------	------------	----------------

C) Información Suministrada (Explicaciones claras acerca de la infección que padece y tratamiento):

Muy Deficiente ____	Deficiente ____	Regular ____	Buena ____	Muy Buena ____
---------------------	-----------------	--------------	------------	----------------

D) Tiempo de Espera:

Más de 5 Horas ____	Más de 4 Horas ____	3 Horas ____	2 Horas ____	Atención Inmediata ____
------------------------	------------------------	--------------	--------------	----------------------------

E) Satisfacción con el Tratamiento:

Nada Satisfecho ____	Poco Satisfecho ____	Algo Satisfecho ____	Satisfecho ____	Muy Satisfecho ____
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------	------------------------

F) Orientación facilitada (guía o consejos que le son brindados):

Nada Satisfecho ____	Poco Satisfecho ____	Algo Satisfecho ____	Satisfecho ____	Muy Satisfecho ____
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------	------------------------

G) Confidencialidad:

No Conforme ____	Algo Conforme ____	Conforme ____
------------------	--------------------	---------------

1. Valore la calidad de servicio dentro del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual según su experiencia, siendo uno “1” el mínimo de satisfacción (pésimo) y 9 el máximo de satisfacción (excelente).

1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. Sugerencia para la mejora del servicio del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual.

Muchas Gracias por su colaboración.

REGISTRO FOTOGRÁFICO









