



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

PASANTÍAS PROFESIONALES

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
HOSPITAL GENERAL “DR. JOSÉ IGNACIO BALDÓ” EN LA UNIDAD DE
PROMOCIÓN PARA LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
“LUISA CÁCERES DE ARISMENDI”**

(FEBRERO-MAYO 2016)

Tutor Académico:

Prof. Ibarra, José

Tutor Institucional:

Licda. Cartusciello, Evening

Autores:

Gómez L. Geraldine V.

C.I. 17.977.159

Escalona M. Carmen D.

C.I. 17.476.283

Caracas, Octubre de 2016



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

PASANTÍAS PROFESIONALES

**EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
HOSPITAL GENERAL “DR. JOSÉ IGNACIO BALDO” EN LA UNIDAD DE
PROMOCIÓN PARA LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
“LUISA CÁCERES DE ARISMENDI”**

Informe de pasantías, como requisito parcial para optar al Título de

Licenciadas en Trabajo Social

Tutor Académico:

Prof. Ibarra, José

Tutor Institucional:

Licda. Cartusciello, Evening

Autores:

Gómez L. Geraldine V.

C.I. 17.977.159

Escalona M. Carmen D.

C.I. 17.476.283

Caracas, Octubre de 2016

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente hago constar que he leído el informe de pasantías presentado por las ciudadanas: Gómez, Geraldine, C.I. V – 17.977.159, Escalona, Carmen C.I. V - 17.476.283, para optar al título de Licenciadas en Trabajo Social, cuyo título es: **Experiencia profesional en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldo” en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”**; y que acepté asesorar a las estudiantes, en calidad de Tutor Académico, durante la etapa de desarrollo del informe de pasantías hasta su presentación y evaluación.

En la ciudad de Caracas, a los _____ días del mes de Octubre de 2016.

Profesor José G. Ibarra O.



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



VEREDICTO

Reunidos en: la Sala de Usos Múltiples, el día 18-10-2016, los
Profesores: Sara Vera, Gustavo Maiz y José Ibarra, designados
por el Consejo de Escuela en su Sesión de fecha _____, para examinar el

Informe de Pasantías, titulado:

Experiencia profesional en el Hospital General Dr.
José Ignacio Baldo' en la Unidad de Promoción
para la Salud del Departamento de Pediatría
Luisa Cáceres de Arismendi.

Presentado por los Bachilleres: Geraldine Gómez y Daniela Escalona
titulares de la cédula de identidad números: 17977159 y 17476283,
hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

APROBADO

Jurado Evaluador



José G. Ibarra

Prof.

Tutor

Prof. GUSTAVO MAIZ
Jurado

Juan Y. Vera Arcanio

Prof. 4.235618
Jurado

Dedicatoria

A la **vida** por cada una de sus pruebas, por sus enseñanzas y por volverme cada vez más humana.

A mi **madre** por siempre estar a mi lado, por ser un ejemplo a seguir, por enseñarme valores y a comprender que todo lo que fácil llega, fácil se va.

A mi abuela **Paulina**, por ser mi ángel de la guarda, por guiar mis pasos y por amarme como solo ella lo supo hacer.

A **José Morais, Marlene, Nati, Gigi, Diana, Shaina, Cloe, Luna...** Entre muchas otras, les dedico cada uno de mis esfuerzos, sé que disfrutaban de todo esto, tanto como lo hago yo.

Por último y no menos importante, me lo dedico a **mí**, por ser una mujer guerrera, por sobreponerme a todas las adversidades, por ser capaz de reinventarme todas las veces que han sido necesarias, por confiar y creer en cada uno de mis pasos... Esto va para mí, que amo lo que hago y pongo el corazón en cada paso que doy.

Geraldine del Valle Gómez Lias...

Dedicatoria

A **DIOS**, por darme la vida y salud, por estar conmigo en cada momento, por darme fortaleza y guiarme por el camino correcto en el logro de mis objetivos.

A **MIS PADRES**, por su gran apoyo y confianza en el logro de mis metas académicas.

A mi hijo **ISAÍAS DAVID** por ser parte de mi vida, ser mi orgullo y el motor que me impulsa a seguir adelante en todo momento de mi vida.

A mis **PROFESORES** por su gran motivación en la culminación de mis estudios profesionales.

Daniela Escalona...

Agradecimientos

A mi **amada universidad**, gracias por cada desvelo, por tantas horas sin dormir, por cada susto y por ser parte esencial de mí, gracias por todo lo que aprendí, en tus aulas me descubrí siendo profesional, gracias por las amistades que me regalaste y por los excelentes profesores que me diste el honor de conocer, no me queda más que estar eternamente agradecida.

A mi **madre**, por darme la vida y ser mi apoyo, gracias por cada regaño y cada palabra de aliento, gracias por estar siempre a mi lado, gracias por creer en mí. No tengo como pagarte todo lo que has hecho de mí.

A mi **abuela**, gracias por nunca dejarme sola, por estar a mi lado en todo momento, gracias por ser mi segunda madre, sé que desde el cielo cuidas cada uno de mis pasos, esto va para ti mi amor eterno.

A mis **hermanas** por soportarme y ser una de las partes más bonitas de mí, a **Diana** por cada una de sus sonrisas, esto va para ti mi chiquita, quiero que llegues lejos, tanto como lo deseas.

A mi papi, **José Morais**, por ser mucho más de lo que te tocaba ser, gracias por estar a mi lado y nunca dejarme caer, gracias por ser como eres conmigo, TE AMO.

A **José Ibarra**, gracias por ser mucho más que mi profesor y tutor, gracias por la amistad, por estar allí, por cada regaño y por cada sonrisa, gracias infinitas por confiar en mí y por hacer que me enamorara de esto que hoy en día compartimos, colega.

A mi familia y amigos, gracias por su apoyo, esto se lo dedico a todas las personas que de forma directa e indirecta me ayudaron en este camino, sepan que esto apenas comienza...

Gracias infinitas por estar en mi vida... **Los amo!!!**

Geraldine del Valle Gómez Lias...

Agradecimientos

A las instituciones que me abrieron sus puertas y permitieron enriquecerme con su conocimiento tanto teórico como práctico.

Al profesor **José Ibarra** y a la Licenciada **Evening Cartusciello**, por darme la oportunidad de realizar las pasantías en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”, junto con el personal de Trabajo Social que fue tan receptivo, gracias por la confianza, por poner en nuestras manos su más valioso tesoro, los pacientes.

Y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron con mis pasantías. Muchísimas gracias...

Daniela Escalona...

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
HOSPITAL GENERAL “DR. JOSÉ IGNACIO BALDO” EN LA UNIDAD DE
PROMOCION PARA LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
“LUISA CACERES DE ARISMENDI”

(FEBRERO – MAYO 2016)

Informe Final

Tutor Académico: Prof. Ibarra, José.

Autoras: Gómez L. Geraldine V.

Tutora Institucional: Licda. Cartusciello, Evening.

Escalona M. Carmen D.

RESUMEN DEL INFORME

El presente informe recoge la experiencia sistematizada de las pasantías profesionales ejecutadas por los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” específicamente en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” durante el período Febrero-Mayo 2016; con el fin de desarrollar las competencias adquiridas durante el periodo académico en el área de salud.

El informe de pasantías profesionales reúne la ejecución de las mismas a través de la metodología de la sistematización de experiencias prácticas que plantea el autor Antonio Sandoval Ávila (2001) donde se ejecutaron actividades que fueron registradas mediante una serie de instrumentos y técnicas que nos permitieron responder a los objetivos propuestos, estos fueron diseñados partiendo de los requerimientos del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” del complejo hospitalario, con la finalidad de llevar respuestas oportunas, en materia de salud, a todos los pacientes, familiares y a la comunidad de la Parroquia Antímano. Tomando en cuenta los diferentes diagnósticos y realidades sociales.

De esta misma manera, el presente informe cuenta con una serie de recomendaciones y sugerencias que se realizaron a la Escuela de Trabajo Social y en el Hospital General, con la finalidad de reforzar algunos aspectos para fortalecer y mejorar el desempeño de todos los que laboran en el área de la salud.

Descriptor: Bienestar, calidad de vida, salud pública, hospital, paciente.

ÍNDICE

Dedicatoria	v
Agradecimientos.....	vii
Resumen del informe	ix
Índice.....	x
Introducción.....	13
CAPÍTULO I	19
1.1 La Sistematización.....	19
1.2 Justificación	21
CAPÍTULO II	26
OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN	26
2.1 Objetivo General Académico	26
2.2 Objetivo General de la práctica.....	27
2.3 Objetivos específicos de la práctica.....	27
CAPÍTULO III	28
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA	28
3.1 Contextualización.....	28
3.1.1 Contextualización Teórica Epistemológica	29
3.1.2 Contextualización Teórica.....	32
3.2 Concepciones teóricas de la salud.....	33
3.2.1 Historia de la salud en Venezuela.....	35
3.2.2 Política social en salud de Venezuela.....	40
3.3 Salud Pública	43
3.3.1 Funciones de la salud pública.....	44
3.3.2 Promoción de la Salud.....	46
3.3.3 Trabajo Social en el ámbito de la salud	47
3.4 Necesidades según Max Neff	49

3.5 Aspectos Legales.....	51
3.5.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999).....	51
3.5.2 Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. (LOPNA) (2015)	53
3.5.3 Ley Orgánica del Sistema de Salud.....	57
3.6 Contextualización Metodológica.....	58
3.7 Contextualización de la Parroquia Antímano	65
3.8 Contextualización Institucional.....	69
3.8.1 Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”	69
3.8.2 Misión del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”	72
3.8.3 Visión del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”.	72
3.8.4 Departamento de Promoción para la Salud (DPPS).	72
3.8.5 Misión del Departamento de Promoción para la Salud.....	73
3.8.6 Visión del Departamento de Promoción para la Salud.....	73
3.8.7 Objetivo General del Departamento de Promoción para la Salud. ...	73
3.8.8 Objetivos Específicos del Departamento de Promoción para la Salud.	73
CAPÍTULO IV	76
DESCRIPCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA	76
4.1 Fase 1 - Inserción al Proceso de Pasantías	77
Objetivo.....	77
Actividades desarrolladas	77
Descripción	78
4.2 Fase 2 – Educación e investigación en materia de salud	85
Objetivo.....	85
Actividades desarrolladas	85
Descripción	87
4.3 Fase 3 – Proceso de culminación y cierre de pasantías.....	93

Objetivo.....	93
Actividades.....	94
Descripción	94
CAPÍTULO V	97
INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA RECONSTRUIDA	97
CAPÍTULO VI.....	103
CONCLUSIONES	103
CAPÍTULO VII.....	107
PROSPECTIVAS	107
Al Hospital General Dr. José Ignacio Baldó:	108
A la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela:	109
FUENTES DE INFORMACIÓN	110
BIBLIOGRÁFICAS	110
ELECTRÓNICAS	112
JURÍDICAS	113
ANEXOS	115
(Anexo Nº 1) Fotografías de la actividad realizada con la Asociación Amigas de Jesús, Febrero 2015	116
(Anexo Nº 2) Cronograma de actividades realizadas durante la semana de prevención de la Tuberculosis en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”	117
(Anexo Nº 3) Estadística del año 2015 desglosada por mes, sobre enfermedades más comunes atendidas en el área de pediatría.....	118
(Anexo Nº 4) Formato de familiograma usado en el Departamento de Promoción para la Salud.....	132
(Anexo Nº 5) Jornadas educativas realizadas en las estaciones de adyacentes al complejo hospitalario.	134
(Anexo Nº 6) Conversatorio sobre “Avances en materia de tuberculosis” ..	135
(Anexo Nº 7) Pasos para realizar las metas por trabajador social.	136

INTRODUCCIÓN

El presente informe sistematiza la experiencia vivida por los estudiantes en calidad de pasantes, durante el proceso de las pasantías profesionales en Trabajo Social en el período febrero – mayo 2016, desarrolladas en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” específicamente en la Unidad de Atención de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, la misma depende de la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud; se encuentra ubicado en la parroquia Antímano, del Municipio Libertador. El centro de salud se encuentra adscrito al Distrito Sanitario N°3, es un hospital general tipo cuatro (4) fundado en 1940, conocido como el primer sanatorio antituberculoso del país.

Actualmente el nosocomio cuenta con cuatro (4) edificaciones centrales entre las cuales se pueden señalar: Departamento de Consulta Externa (ambulatorio) “Dr. César Rodríguez”, Departamento Médico Quirúrgico “Simón Bolívar”, Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” y el Departamento de Ginecología y Obstetricia “Andrés Herrera Vegas”. De igual manera es importante mencionar que dentro de las instalaciones del hospital se encuentra la Escuela de Salud Pública, perteneciente a la Universidad Central de Venezuela y la División Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias

En cada uno de los edificios descritos se proporcionan distintos servicios, donde se realizan los programas y proyectos emanados del Ministerio del Poder Popular para la Salud, siendo los de mayor preeminencia en el complejo hospitalario los siguientes:

- Programa Integrado Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes.
- Lactancia Materna y Alimentación del Niño.
- Programa de Fibrosis Quística.

- Programa de Salud Endocrino Metabólica.
- Programa de ITS/VIH-Sida
- Programa de Salud Respiratoria

Las fases que simbolizan la salud se encuentran establecidas por la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado, limitación del daño y rehabilitación, cada una de ellas son importantes no sólo a nivel médico, sino también en el área social, lo que convierte al Trabajo Social en una carrera eficaz en todo lo que concierne al tema debido a que nuestra atención se centra en garantizar el bienestar y de esta manera mejorar la calidad de vida de las personas.

La promoción para la salud se convierte en una significativa herramienta de intervención que lleva la primicia en lo que respecta a las fases de la salud, dado a que, no sólo permite que las personas mejoren su salud, también se enfoca en aumentar las habilidades, destrezas y capacidades de las mismas con miras a modificar sus condiciones sociales, económicas y ambientales y de esta forma lograr que las personas sean protagonistas de sus propios cambios. Es por ello que en cada una de las edificaciones que componen el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”, existe una Unidad de Promoción para la Salud, atendida por profesionales en Trabajo Social, egresados de las distintas casas de estudios que imparten la carrera.

Los programas y proyectos que se desarrollan en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría, van alineados no solo al individuo sino también a los familiares y a la comunidad, apoyándose con la participación y procurando encomendar responsabilidades en los mismos sujetos de intervención, el trabajador social debe situar sus objetivos al desarrollo máximo de potencialidades, permitiendo que el sujeto de intervención avance por sus propios medios.

Desde los cinco (5) roles que definen a los profesionales del Trabajo Social, 1.- Investigador Social, 2.- Analista de la Política Social, 3.- Planificador y Gerente Social, 4- Dinamizador de los Procesos Sociales- Locales y 5.- Dinamizador de los Procesos Familiares Locales, se pueden alcanzar mejoras en las políticas sociales, en servicios prestados por instituciones sanitarias, incidiendo en la reducción de las desigualdades y las necesidades insatisfechas, para apuntalar los estilos de vida saludables.

De igual manera es importante señalar que el Proyecto Curricular de la Escuela de Trabajo Social (1994) define el proceso de las pasantías profesionales y la realización del informe final como requisito ineludible para la obtención del título de Licenciado en Trabajo Social, puntualizando el proceso de la siguiente manera: *“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”*. (Pág. 87).

Según lo anterior, la finalidad de las pasantías profesionales en el ámbito académico, consiste en insertar al estudiante en el campo institucional para desarrollar las habilidades, destrezas y conocimientos adquiridos en su formación como trabajador social, dicha formación le permite centrar su experiencia profesional en el área donde asumió desenvolverse, con el fin de adquirir las herramientas necesarias que contribuyan a una apropiada adaptación en el campo laboral, donde pueda dar respuesta significativa a situaciones reales, teniendo presente todo el conocimiento adquirido durante la carrera.

Asimismo, nuestro proceso de pasantías contó con el acompañamiento docente, en calidad de Tutor Académico estuvo el Profesor José Ibarra y como Tutora Institucional la Licenciada Evening Cartucsiello, tal como lo señala el *Programa de Pasantía Profesional de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela (1999)*:

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. (Pág. 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 los pasantes, correspondiéndoles a los practicantes el diseño y ejecución de un plan y cronograma de trabajo dentro del tiempo correspondiente al proceso de pasantías.

Las pasantías profesionales perfilan la formación teórico-práctico asumida de esa manera por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela, proporcionando una visión integral donde se reflexiona sobre los factores que inciden en diferentes situaciones y fenómenos sociales hallados en los distintos espacios de la actuación profesional, donde de manera persistente se busca el desarrollo y el mejoramiento de los distintos espacios.

El informe de pasantías profesionales, que presentamos a continuación se somete a las indicaciones desarrolladas por Sandoval (2001), en su propuesta Metodológica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social, donde plantea ocho (8) pasos necesarios para sistematizar la experiencia vivida, los cuales son: 1) justificación, 2) objetivos, 3) contextualización y reconstrucción de la práctica, 4) descripción de la práctica, 5) la interpretación crítica de la práctica reconstruida, 6) conclusiones, 7) prospectiva y 8) socialización.

La estructura del siguiente informe se establece mediante los siguientes capítulos:

Capítulo I. Justificación de la experiencia vivida, donde se enuncia la razón por la cual se realiza la sistematización de la práctica.

Capítulo II. Los objetivos. Se desarrollan el objetivo general y los objetivos específicos de nuestra experiencia.

Capítulo III. Contextualización y reconstrucción de la práctica, en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” específicamente en la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud, siendo asignados a la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, desarrollando su historia y cómo se llevan a cabo las diferentes dinámicas dentro del mismo, para contextualizar, analizar, reconstruir, describir el progreso y el espacio donde se desarrollaron las pasantías profesionales periodo febrero - mayo 2016.

Capítulo IV. Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida. Describe las actividades desarrolladas durante nuestra experiencia. Aquí presentamos nuestro día a día en el complejo hospitalario.

Capítulo V. Interpretación Crítica de la Práctica Reconstruida, en él se hace una reflexión a fondo, se realiza un análisis crítico de la experiencia vivida que demuestra las limitaciones, alcances y logros del proceso.

Capítulo VI. Conclusiones, se refiere al resultado obtenido luego del proceso de experimentación.

Capítulo VII. Prospectivas, se proponen recomendaciones para nuevas prácticas.

Capítulo VIII. Socialización, trata de un documento que detalla de forma resumida y ordenada la sistematización llevada a cabo, con el fin de compartir la enseñanza adquirida.

Por último se manifiestan las referencias bibliográficas consultadas y los anexos del informe.

CAPÍTULO I

1.1 LA SISTEMATIZACIÓN

El presente capítulo aborda lo referente al enfoque de sistematización planteado por Sandoval (2001) y Jara (1994) los cuales indican que la misma es un proceso que permite ordenar una serie de elementos o etapas esenciales para orientar y reconstruir nuestra experiencia de pasantías profesionales.

Es importante mencionar que la sistematización de experiencias aspira a dar cuenta de la lógica y sentido que constituyen una vivencia, desea conseguir más allá de los relatos y actuaciones de los actores principales, una experiencia de la praxis que nos permita entender los aspectos sociales que encierra.

Como señala Jara (1994) *“La sistematización permite incentivar un diálogo de saberes, una articulación creadora entre el saber cotidiano y los conocimientos teóricos, que se alimentan mutuamente”*. (Pág. 18).

Desde el inicio de nuestra experiencia como pasantes en la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud, específicamente en la Unidad de Atención ubicada en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” ubicado en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” identificamos la pertinencia de organizar y desarrollar nuestras acciones, en consonancia con los postulados que desarrolla Sandoval (2001) en su propuesta para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social y Jara (1994), sobre sistematización de experiencias, quien en su libro *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*, lo explica de la siguiente manera:

La sistematización es 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).

De acuerdo con Jara (1994), la sistematización de experiencias reside en la reflexión e interpretación crítica de nuestro proceso de pasantías, por lo tanto, la misma se sitúa en un camino intermedio entre la descripción y la teoría, por eso, requiere un modo de pensar dinámico, riguroso, procesal, crítico y creativo.

Por otra parte Sandoval (2001), afirma que *“la teoría sirve para mejorar la práctica, enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad”* (Pág.116).

De esta manera podemos entender que la sistematización de cualquier experiencia favorece a la generación de conocimiento útil para la actuación profesional, propone proyectos alternativos y viables que le den dirección a la realidad para hacerla más neutral y humana, por lo tanto, los trabajadores sociales debemos encontrar nuevas formas de orientar y confrontar situaciones problemáticas donde ofrezcamos respuestas oportunas. Por tal motivo, al ordenar y plasmar nuestra praxis profesional, nos basamos en una serie de pasos que menciona Sandoval (2005), los cuales preservan y sitúan la práctica con el propósito de cavilar, mejorar y ordenar el trabajo en la Unidad de Promoción para la Salud ubicada en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”. A continuación se mencionan los 8 pasos propuestos por el autor antes mencionado:

- 1- Justificación.
- 2- Objetivos.
- 3- Contextualización y reconstrucción de la práctica.

- 4- Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida.
- 5- Interpretación crítica de la práctica reconstruida.
- 6- Conclusiones.
- 7- Prospectiva.
- 8- Socialización.

Al aplicar los pasos antes mencionados los resultados son favorables, y el proceso se torna flexible y eficiente.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Sandoval (2005), describe la justificación como... *“Delimitar el objetivo central de la sistematización, concretizar el aspecto principal de la práctica que se quiere sistematizar y expresar las razones de las mismas”* (Pág. 136). Esto indica que la justificación es el objetivo principal de la sistematización dado a que ella sustenta los motivos por los cuales se realiza la práctica.

Por tal motivo la sistematización de la experiencia en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” se concentra en desarrollar la experiencia profesional del trabajador social en el sector salud, específicamente en la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud, en la Unidad de Promoción para la Salud ubicada en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Durante el desarrollo de las pasantías en el hospital, nuestra acción principal se basó en contribuir desde la práctica profesional, a la generación de bienestar integral, mediante la ejecución de los diferentes roles del trabajador social en el área de la salud.

Según el Proyecto Curricular de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela (1994), el trabajador social debe integrar cinco roles que lo definen como profesional y estos son:

Investigador social:

Supone el dominio teórico, metodológico y técnico-operativo que le permiten al trabajador social comprender, explicar y abordar la realidad social, bien sea a través de la formulación y dirección de proyectos de investigación que permitan evaluar y diseñar políticas sociales que fomenten el desarrollo de la profesión o a través de la investigación de situaciones específicas, a nivel colectivo o individual, ya que de esta manera se pueden ofrecer nuevas posibilidades de desarrollo teórico.

Analista de política social:

Representa la habilidad que desarrolla el trabajador social para la formulación y análisis de políticas sociales que apunten a desarrollos de estrategias con el fin de redistribuir la renta nacional (e identificar) a los sectores menos favorecidos, para esto se cuenta con una extensa formación en planificación, diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas. De esta manera puede participar en el diseño de planes nacionales, regionales y estatales a través de la dirección y evaluación de programas de bienestar social.

Planificador y gerente social:

Para desempeñar esta responsabilidad se debe tener dominio de los distintos modelos de planificación y gerencia social que permitan actuar sobre la realidad a través del diseño, ejecución y evaluación de las políticas y programas que se encuentren dirigidos al logro del bienestar social de acuerdo a las necesidades que se detecten en el contexto, para esto la participación del trabajador social en el diseño y ejecución de planes, proyectos y programas entre equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios es muy importante ya que permite promover la movilización eficiente de los recursos con miras a beneficiar a la población usuaria del servicio.

Dinamizador de procesos sociales-locales:

Este rol supone la participación activa en la promoción y desarrollo de estrategias y acciones que puedan influir en los procesos sociales con el fin de beneficiar a los sectores poblacionales involucrados, con miras a proponer estrategias viables de atención y superación de las situaciones detectadas entendiendo que los procesos sociales se realizan en una localidad específica y el abordaje de los mismos trae beneficios para todos sus habitantes, esto implica una la estimulación de la participación activa, analítica y reflexiva de las dinámicas sociales.

De igual manera se debe propiciar la formación y fortalecimiento de organizaciones base y movimientos sociales, a través de la promoción y desarrollo del liderazgo participativo y autogestionario que permita movilizar los recursos institucionales y extra-institucionales en relación con las demandas y expectativas de los movimientos sociales. Todo esto se debe realizar con el fin de integral la participación masiva en el ámbito local, regional y nacional.

Dinamizador de procesos familiares-locales:

El trabajador social está preparado para actuar en el campo de la orientación que provienen de los programas públicos y privados a través de los cuales se realizan y ponen en marcha las políticas sociales, para esto el profesional cuenta con una formación teórica, técnica, metodológica e instrumental que le permite abordar directamente a individuos, familias y localidades en las cuales la exclusión, carencia y dificultades de integración social son imperantes, esto implica la posibilidad de realizar estudios focalizados en donde la especialidad del sujeto o situación-problema conduzca a realizar estrategias específicas para el abordaje individual y colectivo.

Este rol trae consigo el desarrollo de la creatividad y la capacidad de comprensión de las teorías psicológicas que permiten explicar la conducta

humana y de las diferentes situaciones propias del ejercicio profesional, viéndolo de esta manera, este rol supone colocar énfasis en orientar el desarrollo del trabajo en equipo a través del fomento de las potencialidades de los grupos familiares que le permitan autogestionar las actividades que se requieran, de igual manera se deben explorar alternativas que involucren el desarrollo de las capacidades individuales, del grupo familiar y de la localidad en el abordaje de las situaciones que afecten su dinámica.

Es de hacer notar que de estos cinco (5) roles se desarrollaron tres (3) a lo largo de todo el proceso de pasantías, dando por hecho que el trabajo que se viene realizando en la Coordinación de Promoción para la Salud del complejo hospitalario, es idóneo para el desarrollo de las potencialidades que lleva consigo el trabajador social. Estos roles fueron:

- Planificador y Gerente Social.
- Investigador Social.
- Dinamizador de procesos familiares-locales.

Estos roles se desarrollaron a lo largo de todo el proceso de pasantías, unos con más énfasis que otros pero todos con igualdad de importancia y pertinencia. Para poder abordar procesos familiares-locales es importante y necesario realizar algunas investigaciones en cuanto al área social se refiere y esto va delimitado a la complejidad que enmarca todo lo referente a lo social, cada enfermedad, conflicto, disputa, necesidad o requerimiento, es totalmente diferente y cambia de una familia a la otra, aun cuando se observe que poseen alguna similitud.

En el caso del rol de planificador y gerente social, el mismo se puso en marcha al momento de realizar el diseño de los diferentes procesos que se manejaron durante el periodo de pasantías, proyectos que más adelante desarrollaremos en el capítulo IV denominado: *Descripción y reconstrucción de la práctica*, en donde hacemos mención de todas las

actividades que fueron desarrolladas en las Unidades de Promoción para la Salud a las que fuimos asignados.

En virtud de lo anteriormente expuesto, la justificación enfatiza los aspectos positivos que se pretenden alcanzar, responde al por qué de la investigación y por qué es importante alcanzarlo, simboliza el apartado que permite dar respuesta a la práctica profesional realizada en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” y por ende a la sistematización de la misma, con el fin de puntualizar la siguiente interrogante: ¿Cómo desarrollar la experiencia profesional del trabajador social en el sector salud específicamente en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”?

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

En este capítulo se desarrollan, tanto los objetivos prácticos como el académico del proceso de pasantías profesionales realizadas en la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud, específicamente en la unidad de atención ubicada en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

En opinión de Jara citado por Sandoval (2005) *“... se tienen que clarificar y explicar los objetivos que se persiguen con la sistematización que se ha seleccionado.”* (Pág. 103).

Según lo anterior se deben establecer los objetivos, tal y como lo menciona Sandoval (2001), ya que es lo que guió y dio la razón del por qué se realizó este trabajo, es la base central que debe tener toda investigación, ellos garantizan que el proceso se lleve de forma ordenada para así saber cómo trabajar o actuar.

Por esto es necesario que los objetivos tanto generales como específicos, vayan encaminados en dar respuestas eficientes a las diferentes problemáticas que se plantean, por tal motivo se decidió dividir los objetivos en académico y prácticos, con el fin de obtener respuesta individual al desarrollo del proceso de pasantías y a los requerimientos tanto institucionales como universitarios. A continuación se mencionan los mismos:

2.1 Objetivo General Académico

Desarrollar las competencias adquiridas durante el periodo académico en el área de salud, específicamente en el “Hospital General Dr. José Ignacio Baldó”.

Consecutivamente se presentan los objetivos de la práctica destacando cada una de las actividades del proceso. Dichos objetivos se redactaron teniendo en cuenta las exigencias mostradas por el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

2.2 Objetivo General de la práctica

Contribuir desde la práctica profesional del Trabajador Social a la generación de bienestar integral desde la ejecución de los diferentes roles del trabajador social en el área de salud.

2.3 Objetivos específicos de la práctica

- Acompañar al equipo de promoción para la salud en el abordaje de la dinámica de vida de los usuarios en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.
- Establecer espacios para la orientación en materia de prevención ante las enfermedades respiratorias y su problemática social.
- Diseñar un proyecto que de respuesta a la desinformación que se maneja en los diferentes tópicos de salud, para el sector La Yaguara, Parroquia Antímano.
- Puntualizar la experiencia profesional desarrollada en las actividades de Promoción para la Salud en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Alcanzar estos objetivos supone el abordaje de casos de los pacientes y sus familiares para llevar un mayor control, fortalecer el vínculo que hay entre la Unidad de Promoción para la Salud y el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, mejorar la calidad de vida de las personas y contribuir con la obtención de beneficios a todos aquellos que tengan necesidades y requieran de atención.

CAPÍTULO III

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA

3.1 Contextualización

La contextualización es un proceso primordial y esencial para el inicio de las pasantías profesionales ya que nos permite conocer el contexto dónde se desarrollan las mismas. Para comenzar daremos un breve concepto:

El contexto describe al espacio o entorno que puede ser físico o simbólico, sirve de marco para mencionar o entender un episodio. El contexto se crea en base a una serie de circunstancias que ayudan a comprender un mensaje. [Página Web en línea]. Disponible: <http://definicion.de/contexto-social/>

La inserción de las pasantías se centró en el contexto institucional, permitiéndonos realizar un registro de las acciones y vivencias durante el proceso de nuestras pasantías profesionales.

Este momento se enlazó a la fase de iniciación de las pasantías profesionales, realizadas a través de una reunión institucional con el tutor académico, Profesor José Ibarra, y la tutora institucional, Licenciada Evening Cartusciello, siendo éste nuestro primer acercamiento formal a la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”.

En el informe se seleccionaron cinco dimensiones que exigen ser desarrolladas a fin de lograr una interpretación crítica de la práctica elaborada.

3.1.1 Contextualización Teórica Epistemológica

Refiriéndonos a los aspectos desarrollados en nuestras pasantías profesionales y de acuerdo a la teoría epistemológica, consideramos que el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” específicamente la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” trabaja con el paradigma socio crítico, entendiendo por paradigma, en palabras de Ander-Egg (1995), *“Se define como el conjunto de formas que sirven de modelo. En sociología, el término ha sido utilizado por R. Merton, para designar un conjunto explícitamente determinado de conceptos y de proposiciones para dirigir una investigación”* (Pág. 514).

En las ciencias sociales, cuando se habla de paradigma se hace referencia al conjunto de factores o principios supra-cognitivos que subyacen a la lógica y de los que depende toda organización o discurso teórico. En el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” los trabajadores sociales buscan que los niños, niñas y adolescentes y sus familiares vean e interpreten su realidad y la forma en que responden a esa percepción, para así brindarles las herramientas pertinentes que apunten hacia el cambio y la construcción de un mejor panorama.

En el mismo sentido de acuerdo con Arnal (1992), el paradigma socio-crítico adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa, sus contribuciones se originan de los estudios comunitarios y de la investigación participante. Tiene como objetivo promover las transformaciones sociales y dar respuestas a problemas específicos presentes en el seno de las comunidades, con la participación de sus miembros.

El paradigma socio-crítico se apoya en la crítica social con un marcado carácter auto reflexivo. Considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos y pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano. Esto se

consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social, además utiliza la auto reflexión y el conocimiento interno y personalizado para que cada quien tome conciencia del rol que le corresponde dentro del grupo.

Según Popkewitz (1998), algunos de los principios propios del paradigma socio-crítico son: conocer y comprender la realidad como praxis; unir teoría y práctica integrando conocimiento, acción y valores; orientar el conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano y proponer la integración de todos los participantes, incluyendo al investigador, en procesos de auto reflexión y de toma de decisiones consensuadas. Las mismas se deben asumir de manera corresponsable.

Lo fundamental para el Trabajo Social en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” es enfatizar la dimensión histórica de la realidad en este paradigma y, según Velez (2003), *“Está comprometido con la acción transformadora de la sociedad mediante el develamiento de los aspectos ocultos en la práctica social y la constitución de los sujetos sociales capaces de transformar la realidad”*. (Pág.142).

De igual manera consideramos pertinente resaltar que al realizar sus tareas, los trabajadores sociales de la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, manejan el modelo de intervención en crisis, en palabras de Malcolm Payne (1995) *“Es una acción clásica que consiste en interrumpir una serie de acontecimientos que provocan anomalías en el funcionamiento normal de las personas”* (Pág. 138).

Según Juan J. Viscarret (2007), indica que este modelo de intervención:

Se basa principalmente en la disminución del estrés, de la presión que padece una persona cuando se encuentra ante un acontecimiento vital que

desestabiliza su equilibrio normal, siendo el objetivo ayudarlo a re-estabilizar y reorganizar dicho equilibrio mediante la potenciación de sus capacidades adaptativas y de respuesta. Los problemas radican, en general, en situaciones nuevas que el individuo no puede manejar rápidamente con los mecanismos de superación y defensa que él posee en la vida cotidiana. (Pág. 130)

De esta manera podemos comprender que el modelo de intervención en crisis trata de mejorar la capacidad que poseen las personas para enfrentarse a los problemas que les depara la vida, por lo tanto Payme (1995) indica que:

La intervención en crisis utiliza tareas prácticas para facilitar el reajuste de la gente, aunque un aspecto importante es su respuesta emocional a la crisis y los cambios a largo plazo en su capacidad para manejar los problemas a largo plazo. (Pág. 138).

Este autor muestra que es justamente el estar en crisis lo que motiva a las personas a buscar ayuda ante los organismos sociales, por lo cual se puede considerar que todas las personas, en algún momento, se encuentran en crisis y este modelo de intervención será el pertinente para todos los casos que abordamos en el área del Trabajo Social.

Según Golan, citada por Payme (1995), expresa que existen las crisis previstas e imprevistas; entre las previstas podríamos contar con la adolescencia, el matrimonio, entre otras; y entre las imprevistas podríamos hablar de la muerte inesperada de algún familiar, detección de enfermedades crónicas, desempleo, divorcio, entre muchos otros. Esta autora plantea elementos teóricos desde la base del modelo de intervención en crisis y da técnicas concretas de cómo intervenir en el caso de encontrarnos con una crisis. Por lo cual ella separa en dos los niveles de intervención.

En el primer nivel, los trabajadores sociales:

- Alivian los síntomas.
- Hacen volver al sujeto de atención a los niveles anteriores de funcionamiento o realizan mejoras sobre ellos.
- Ayudan al sujeto de atención a comprender las causas de la crisis.
- Enseñan a la familia y a la comunidad a apoyar al sujeto de atención.

En el segundo nivel, la intervención es un poco más compleja:

- Ayudan a los sujetos de atención a comprender las conexiones que existen entre la crisis actual y las anteriores.
- Imbuyen a los sujetos de atención a nuevas formas de pensamiento y de hacer frente a los problemas.

Es decir, en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento Médico Quirúrgico se establecen parámetros claros en cuanto al abordaje de los diferentes casos que son remitidos a esta instancia.

Es importante resaltar que para emitir este juicio se consideró lo mencionado en los capítulos anteriores y fijamos nuestra atención en la misión y visión tanto del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” como de la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud, que serán desarrolladas en la contextualización institucional.

3.1.2 Contextualización Teórica.

Durante la ejecución de nuestras pasantías profesionales se desplegaron diferentes concepciones teóricas y aspectos legales que permitieron respaldar la investigación efectuada; haciendo énfasis en que sin el desarrollo de las mismas no hubiese sido posible la culminación exitosa del informe ya que complementan y nutren nuestro desarrollo profesional. A continuación las mencionamos:

3.2 Concepciones teóricas de la salud

La salud es un término que implica complejidad por su amplitud, encontramos que desde los tiempos remotos siempre estuvo presente la preocupación que produce el estar enfermo. De este modo la Organización Mundial de la Salud (1956) la define como *“Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de dolencia o de enfermedad”*.

Según esta definición podemos entender que el ser humano es un ente bio-psico-social por lo tanto se encuentra inmerso en una serie de vivencias que afectan su estado físico, psicológico y social, por esto su estado de bienestar se encuentra justo en el momento en el cual estos tres aspectos se engranan y permiten su desarrollo de forma saludable.

En el mismo orden de ideas la salud es un término amplio y complejo, en el que, como señala Lydia Feito (1996), se pueden dar las siguientes características:

De la salud tendremos que decir, como notas que le son propias, que es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción). (Pág.64).

Según lo desarrollado anteriormente, la salud es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, esto sería la condición principal que permite realizar una labor a cualquier persona.

La salud y la enfermedad son conceptos muy amplios como ya hemos mencionado, estos conceptos se encuentran sujetos a ideas históricas, culturales, religiosas, sociales, filosóficas, económicas y políticas concretas. Sin embargo siendo conscientes de esta referencia y de las dificultades de este empeño, podemos decir que salud y enfermedad son dos realidades que afectan al hombre en su totalidad y que ambas están íntimamente relacionadas en las distintas dimensiones que forman a las personas y la relación de ésta con su entorno.

Como afirma Gracia (1998)

El concepto de salud es tan inseparable del de enfermedad que no puede ser definido con exclusión de éste. Los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad. De ahí que la salud haya solido definirse de modo negativo, como ausencia de enfermedad. (Pág.19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) define enfermedad como *“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”*.

Si la salud de las personas y de las poblaciones es una realidad que preocupa a todos en general, la enfermedad, en cuanto correlato negativo de ésta y en cuanto experiencia personal, también es un concepto que interesa, puesto que afecta a todos y puede influir, positiva o negativamente, en la manera de pensar lo humano como algo sometido a la fragilidad. Es más, la salud y la enfermedad inciden en el ser humano como estructuras esenciales, es decir, el ser humano o está sano o está enfermo, según los distintos niveles de expresión de cada una de estas categorías.

Salud y enfermedad son hechos, pero también son valores, pues en estas realidades siempre hay un momento de estimación o valoración por parte de la persona que las tiene o de otros que las perciben. Pero

además de hechos y valores, salud y enfermedad son dones y derechos, pues son expresión de algo que viene dado y a lo que se tiene cierta disposición natural.

3.2.1 Historia de la salud en Venezuela

Según la Federación Médica Venezolana (2009) *“En 1910 fue creada la Dirección de Higiene y Salubridad Pública adscrita al Ministerio de Relaciones Interiores”*. (Pág.16).

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009) indica que *“hasta 1888 solo existía en Caracas un hospital militar, dos pequeños hospitales privados y seis albergues de beneficencia para pobres de solemnidad, retrotrayendo así las viejas concepciones típicas de las Leyes de Indias del periodo colonial”*. (Pág.8).

En 1911, el Ejecutivo Nacional crea la Oficina de Sanidad Nacional, dependiente del Ministerio de Relaciones Interiores. Ya para 1912, se promulga la primera Ley de Sanidad Nacional, haciendo énfasis en el saneamiento ambiental y el control de endemias rurales como: paludismo, fiebre amarilla y tuberculosis, con enfoque netamente curativista.

En 1930 se crea el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, con dos Direcciones: Salubridad Pública Y Agricultura y Cría.

Señala González (2009), que a mediados de 1936, la salud no estaba vinculada con el Estado, sino más bien se asociaba a una cultura popular; como la medicina tradicional, que facilitó el desarrollo de diferentes conceptos que los sectores populares tenían respecto al problema de salud y enfermedad.

Según lo desarrollado por Gómez (2014), para el año de 1936 se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, siendo una necesidad económica para darle una respuesta al desarrollo de la industria petrolera que imponía arrancar de raíz un conjunto de flagelos que azotaban la

salud de los venezolanos, para así recibir las compañías extranjeras. En esa época se batalló con grandes problemas epidémicos y endémicos de gran magnitud; de allí en adelante se fundaron diferentes hospitales a nivel nacional y se desarrolla el sentido de pertenencia entre los trabajadores del equipo de salud.

En 1938 se crean a lo largo del país unidades sanitarias, para desarrollar la Red Nacional de Servicios Curativos y Preventivos, comienzan a elaborarse Planes de la Nación en cuanto a materia de salud se refiere.

Según la Asamblea Nacional (2002) *“En 1944 se crea el actual Seguro Social como componente del sistema de seguridad social, el cual protege tanto a asegurados como a familiares”*. (Pág.8).

De esta manera, la atención de la salud se organiza en torno al mundo del empleo, brindando protección a todos los trabajadores sin importar su nivel salarial.

Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud. [MPPS] (2009). *“En 1964 se creó la División de Hospitales, posteriormente Instituto Nacional de Hospitales”*. (Pág.8).

A partir de 1966, se oficializa y amplía la política de recuperación de costos, es decir el cobro por servicios en los hospitales públicos, argumentándose los elevados costos operativos.

Como lo indica el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009).

Entre 1976 y 1980 se produjo la instalación de servicios de salud en los llamados “Módulos de Servicios” en algunas zonas marginales urbanas, los cuales ofertaban una reducida capacidad de resolución, un limitado paquete de intervenciones simplificadas y una cobertura poblacional muy reducida. (Pág.14).

A continuación presentamos un listado de los aspectos más resaltantes, en cuanto al tema de salud se refiere, desde 1980 hasta la actualidad:

Tabla N° 1 Aspectos resaltantes en materia de salud, desde 1980 hasta la actualidad.

FECHA	ASPECTO RESALTANTE
1982	Se crean las Regiones Sanitarias y el Reglamento de Distritalización Sanitaria.
1984	Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).
1987	Se promulga la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
1989	Se promulga la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Poderes Públicos y la Ley Orgánica de Régimen Municipal, que transforma el Distrito geopolítico en Municipio Autónomo, como inicio del proceso de reforma del Estado.
1998	Se promulga la Ley Orgánica de Salud.
1999 Al 2002	Se crea el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (M.S.D.S) por la fusión del MSAS y el Ministerio de la Familia. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.
2003	Comienza el plan BARRIO ADENTRO, en los Municipios Libertador y Sucre del Distrito Capital, bajo el desarrollo de un convenio Cuba y Venezuela, como respuesta del Estado venezolano para la solución de las principales necesidades sociales de salud. Se inicia Misión Barrio Adentro en todo el territorio nacional, se crea la Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro, conformada por el MSDS, Ministerios del Trabajo, Energía y Minas, Presidente de PDVSA, Jefe del Estado Mayor Conjunto, Presidente de la Misión Barrio Adentro, Presidente del Fondo Único Social, Alcaldes de los

	Municipios Libertador y Sucre y representantes del Frente Francisco de Miranda y Luchadores Sociales. Su función es brindar atención primaria en salud.
2005	Se inicia Barrio Adentro II, el cual está conformado por los Centros de Diagnósticos Integrales (CDI), Centros de Alta Tecnología (CAT) y las Salas de Rehabilitación Integrales (SRI). Se inicia Barrio Adentro III cuyo propósito es dotar, reestructurar y modernizar los grandes hospitales de la red tradicional.
2006	Se inicia Barrio Adentro IV. Esta nueva misión edificará nuevos hospitales altamente especializados, tales como el Instituto Nacional del Cáncer, el cual funcionará en Guarenas, estado Miranda, la Unidad Oncológica Kléber Ramírez Rojas del Hospital Luis Razetti, ubicado en el Municipio Bolívar, Barcelona, Estado Anzoátegui. Otras de las instituciones que se desean construir son el Hospital Cardiológico Infantil, el Ortopédico Infantil y el Oncológico. Se renombra el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). El nuevo MPPS, tiene como lineamiento central el fortalecer la atención primaria de la salud, mediante la Misión Barrio Adentro.
2011	Reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina para incorporar el concepto de los Médicos Integrales Comunitarios (MIC).

Fuente: www.ccm.org.ve (2012)

Los gobiernos venezolanos han creado desde hace muchos años, políticas públicas enmarcados en los planes de la nación, con la finalidad de proporcionar bienestar a la población, sin embargo, el defecto de los equipos de gobierno que asumen el poder, es no darle continuidad a lo ejecutado por gobiernos anteriores, independientemente de la tendencia política, no buscan mejorar y transformar sino erradicar.

Los entes públicos se encuentran en constantes cambios, creación de dependencias, modificación de personal y de los nombres de las instituciones, pero para efectos de la población, la atención y servicios de la salud siguen trabajando de la misma manera, lo que indica que no hay un verdadero cambio de fondo.

El sistema de salud paralelo (Barrio Adentro – CDI) busca aliviar las cargas que presenta el sistema tradicional (hospitales, ambulatorios), sin embargo, ninguno de los dos servicios poseen los recursos ni el personal necesarios para atender a toda la población venezolana.

Es importante señalar que las deficiencias que se presentan en materia de salud han llevado a la privatización de los centros de salud, ocurriendo violación de los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, por ende hay una considerable población que no posee los recursos financieros para la atención privada, desatando un sin fin de consecuencias que incluyen la muerte.

Según la Federación Médica Venezolana (2009), el ámbito sanitario funciona bajo un sistema, entendiendo esto último como

Un todo complejo y organizado, una reunión de cosas, de partes que forman un todo unitario, la idea de sistema es un sinónimo de métodos, orden, arreglo, es un conjunto de objetos junto con las relaciones entre ellos y sus atributos. (Pág.14).

Relacionado a lo anterior, es importante señalar que actualmente el Sistema de Salud en Venezuela, según la Federación Médica Venezolana (FMV) se encuentra en niveles verdaderamente críticos y si el Gobierno nacional no toma decisiones profundas al respecto, no se estará garantizando el derecho a la vida.

3.2.2 Política social en salud de Venezuela

El derecho a la salud en Venezuela, está ubicado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su artículo 83, el cual dice que este 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.

Contrario a lo postulado en la Constitución de 1961, la concepción de la nueva Constitución de 1999 es más amplia, se concibe la salud como derecho social fundamental, a ser garantizado por el Estado sin diferencias ni discriminaciones de ningún tipo, y como parte del derecho a la vida, expresando claramente la vinculación entre salud, calidad de la vida y bienestar colectivo.

Asimismo, las políticas públicas que se desarrollan en el país dependen de las condiciones políticas y económicas del período, la forma cómo se emprenda una determinada problemática y en el caso del sector salud, permitirá una óptima función en las entidades sanitarias, las cuales deben lidiar diariamente con los problemas sociales, que se caracterizan por ser complicados e inestables.

La construcción de políticas públicas comienza cuando se manifiesta un problema, al observar el tamaño o grado de importancia del mismo. Es una previa evaluación la que determina si se requiere la atención y pronta ejecución de acciones, es por eso que, según Franco y Sifontes (2009), *“Las políticas públicas son un instrumento de mayor alcance que tiene el*

poder público para asignar sus recursos, capacidades y voluntades en una dirección orientadas al cumplimiento de objetivos”. (Pág.44).

De la misma manera Vargas, citada por Franco y Sifontes (2009) indica que las políticas públicas son *“Sucesivas iniciativas, decisiones y acciones de régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas, que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables”*. (Pág. 21).

Concomitantemente la Organización Mundial de la Salud (2000) menciona que *“Las políticas de salud deben ser enfocadas de forma responsable ya que la salud es indispensable para el ser humano y esta debe ser puesta en marcha a beneficio de la ciudadanía”* (Pág. 44).

Otro aspecto destacable en materia de Políticas Públicas en materia de salud, son sus misiones sociales, entre las cuales se destacan:

- Misión Barrio Adentro.
- Misión Sonrisa.
- Misión José Gregorio Hernández.

Según González y Cruz (2008) *“La misión barrio adentro, se establece como una figura política de referencia en materia de salud y atención primaria, permitiendo establecer las necesidades en materia de políticas sociales, para así cubrir otros objetivos más estratégicos de la política nacional”*. (Pág. 82).

Por tal motivo, la prioridad en cuanto a la Atención Primaria está establecida en los lineamientos generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación (2007 - 2014), en el que enuncian los objetivos y las estrategias a fin de lograr el equilibrio social, el cual está enmarcado en la profundidad del desarrollo humano a través del incremento de las opciones a la población, a oportunidades de educación, salud, empleo, organización social y seguridad ciudadana entre otros.

Asimismo, en cuanto al Plan Nacional de Salud 2014 – 2019 y las Políticas Públicas que lo respaldan, podríamos decir que se basa en la concepción de la Red de Atención Comunal de Salud, a continuación mencionamos, según el Ministerio Popular para la Salud (2014) las políticas que se tomarán como punto de partida

- Fortalecer Barrio Adentro a través de la consolidación de la Red Integrada de Salud, con atención integral y continua, basada en las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), con subsistemas de gestión desconcentrados y articulados con el sistema de agregación comunal.
- Desarrollar programas y proyectos para la prevención y atención específica de las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población, transversalizados por nivel socioeconómico, género, ciclo de vida, etnia y territorio social.
- Crear el Sistema Integrado de Información y Vigilancia de Salud del Sistema Público Nacional de Salud, utilizando la Telesalud como plataforma para el desarrollo de los proyectos.
- Promover procesos organizativos de las instancias del Poder Popular a nivel de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) que fortalezcan la convivencia solidaria y el buen vivir en socialismo. (Pág. 103 - 139).

Desde este punto de vista, todo debería funcionar muy bien pero, para que eso suceda, son muchas las modificaciones que se deben realizar en los Centros de Salud que tenemos en la actualidad, por ejemplo:

- Para poder fortalecer Barrio Adentro y consolidar la Red Integrada de Salud, es necesario que las mismas funcionen de forma continua, ya que hasta la fecha no se ha logrado que ninguna de las dos se maneje de forma sostenible ni mucho menos sustentable.
- Son pocos los esfuerzos que se han realizado, hasta la fecha, para dar respuesta a las principales afecciones que enfrenta la

población en materia de salud e insumos médicos, si bien es cierto que los Centros de Salud se encuentran en desarrollo constante de proyectos educativos para concientizar a las comunidades, también es cierto que esto no representa una salida definitiva, hablamos solo de medidas paliativas que en nada responden a la realidad.

- No se pueden desarrollar proyectos que integren el uso de la informática con la respuesta oportuna por parte de los entes gubernamentales debido a que nuestros hospitales y Centros de Salud no cuentan con las plataformas comunicacionales que le permitan realizar esta tarea. Sería de gran ayuda crear proyectos que permitan estrechar los lazos entre los diferentes Centros de Salud y de esta manera poder ofrecer a los pacientes una respuesta oportuna, eficaz y eficiente

Como se puede observar, ya han transcurrido más de dos años de la puesta en marcha de este Plan Nacional de Salud y los avances no son significativos.

3.3 Salud Pública

En esta sección del informe se aborda la concepción de la salud pública tomando en cuenta el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el que se explica que, todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por el Estado para la prevención de dolencias, discapacidades, la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta a la higiene personal, son inherentes a los gobiernos, por lo tanto, la OMS (2003) afirma que, *“La salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”*. En este sentido es mucho lo que se puede hacer, incluyendo la mejora de los hospitales públicos, el fomento a la iniciativa privada que contemple que la salud es un derecho de todos los individuos y la protección del medio ambiente.

Dadas estas consideraciones es importante mencionar que la salud pública es una responsabilidad social e institucional que requiere atención por parte de los entes gubernamentales, esto incluye también todo lo referente a la infraestructura con la cual se trabaje a fin de garantizar la salud de los ciudadanos, por lo tanto la salud pública no solo abarca a los individuos, son muchas sus dimensiones, entre las cuales podemos mencionar la medicina preventiva, medicina social, la higiene, la salud comunitaria, entre muchas otras.

Del mismo modo para Winslow (1920), *“La salud pública es una ciencia y arte de evitar enfermedades, alargar la vida y fomentar la salud y eficiencia de los esfuerzos de la comunidad”*. (Pág.16).

Según lo anterior la importancia está puesta en la finalidad y estrategia de intervención, en lugar del contenido científico de esta disciplina, con el que se conecta el autor para darle la designación de ciencia.

En este mismo orden de ideas Martínez (1997), indica que *“la salud pública propone actividades planificadas y refuerza la participación de la población”*. (Pág.66), es decir que la salud pública, es considerada como una ciencia que se ocupa de la prevención de enfermedades y del desarrollo de la salud con el fin de optimizar la calidad de vida para todas las personas de una localidad a partir del trabajo organizado, el conocimiento y la difusión de hábitos saludables.

3.3.1 Funciones de la salud pública

En este punto del capítulo se indican las principales funciones de la salud pública, tomando en cuenta la clasificación de los autores, Leavell y Clark citado por Martínez (2009), que corresponde a cinco niveles de prevención:

- Prevención inespecífica o promoción para la salud.
- Prevención específica.

- Diagnóstico temprano y tratamiento eficaz.
- Limitaciones de la incapacidad.
- La rehabilitación.

Otro aspecto a resaltar es que la Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa de "La Salud Pública en las Américas", definió once (11) Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. Según lo que se expresa, a continuación se citan las FESP:

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 pública.
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. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Las funciones esenciales de la salud pública anteriormente mencionadas describen las competencias y acciones necesarias para que el sistema de salud pueda alcanzar el objetivo central de la salud pública,

que es mejorar la salud de la población, asimismo permiten un alto desempeño de la salud pública en la sociedad.

3.3.2 Promoción de la Salud.

Se podría definir como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Es un área de la salud pública que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población y de esta manera, como su nombre lo indica, promocionar buenas prácticas en el ámbito que sean requeridas.

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 indica que la promoción de la salud *“consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*.

Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son:

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

En este mismo sentido, la Declaración de Yakarta de Julio (1997), establece que las estrategias de la Carta de Ottawa anteriormente descritas son esenciales para guiar la promoción para la salud en todos los países, afirmando que la puesta en práctica de las estrategias en conjunto son mucho más eficaces, la participación es fundamental para la promoción de la salud, lo que se traducen en el acceso a la educación en salud, al igual que el empoderamiento del individuo y las comunidades.

Las prioridades señaladas en la Declaración de Yakarta en 1997 citados por González (2009), son:

Promover la responsabilidad social para la salud, incrementar el desarrollo de inversiones en el sector, consolidar y expandir las sociedades o acuerdos para la salud, incrementar la capacidad comunitaria y potenciar al individuo y asegurar una infraestructura para una debida promoción. Por otra parte se hace un llamado a los Gobiernos Nacionales a tomar la iniciativa de impulsar y patrocinar cadenas para la promoción de la salud tanto a nivel local como mundial. (S/P)

Para este autor, las prioridades de la Salud Pública son el aumento de las inversiones en materia de salud, los acuerdos nacionales e internacionales, así como contar con instituciones que velen por la salud de la población.

En la Declaración de Yakarta se indica que la salud es un derecho básico de la humanidad y es esencial para el desarrollo social y económico, la promoción de la salud funciona y sus estrategias pueden desarrollar cambios en los estilos de vida, sociales, económicos y de hábitat que determinen una vida saludable.

3.3.3 Trabajo Social en el ámbito de la salud

En lo que concierne al área de la salud, es de gran valor el rol que le corresponde al trabajador social; de acuerdo al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires sostiene que:

El Trabajador Social tiene un rol fundamental junto otros profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos y otros), este es el que contribuye a una lectura de los problemas salud-enfermedad-atención desde el conocimiento de la teoría social, comprendiendo a la misma como un elemento complejo de proposiciones relacionadas que se auto derivan, se auto explican concernientes a una estructura dinámica del modo de reproducirse de un determinado ser social. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, (1998).

De igual manera, Ander- Egg, indica que el Trabajo Social en el área de la salud, ha sido uno de los campos en los cuales ha tenido mayor desarrollo en América Latina, es el área que ocupa el mayor número de trabajadores sociales. En la actualidad, el Trabajo Social en el área de la salud se basa en la relación entre la salud y los factores sociales.

Los lineamientos que realizan los trabajadores sociales en los centros de salud al cual hacen mención Ander-Egg y Kisnerman (1983) son los siguientes:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.
- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes (diabéticos, alcohólicos, cardiópatas, etc.), grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.
- Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.
- Participar en equipos de trabajo del área socio sanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.
- Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana
- Atender al problema de la “angustia de hospitalización” que produce el internamiento a determinadas personas.

Es importante señalar que, el Trabajo Social en el área de la salud, pretende aportar a los sujetos de atención, un cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Según Ander- Egg (1982)

Se inicia del supuesto de que no hay recuperación de la salud, si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ella. A nivel individual, familiar, grupal y comunitario, todos tenemos que ser co-terapeutas y en esa motivación para hacerla, el Trabajo Social tiene una tarea que cumplir. (Pag.319).

3.4 Necesidades según Max Neff

Nuestras prácticas profesionales fueron realizadas, como hemos mencionado anteriormente, en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”, por lo tanto trabajamos con todas las necesidades que pueden presentarse de forma directa o indirecta en el sector salud, pero cuando se habla de necesidades, es preciso que delimitemos a que nos estamos refiriendo.

Según Max Neff (2004)

Las necesidades humanas fundamentales son pocas, delimitadas y clasificables. Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades. (Pág. 17).

De esta manera es importante entender y no confundir necesidades con sus satisfactores, las necesidades son las mismas para todos los seres humanos pero los satisfactores pueden ser muchos, de esta misma forma, un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diferentes necesidades así como una necesidad puede requerir de varios satisfactores para ser satisfecha. A continuación, presentamos una matriz en la cual Neff nos explica que existen necesidades según categorías existenciales y necesidades según categorías axiológicas:

Tabla Nº 2 Necesidades y sus satisfactores.

Cuadro Matriz de necesidades y satisfactores de Max Neef <i>et al.</i>				
Necesidades según categorías axiológicas	Necesidades según categorías existenciales			
	1. Ser	2. Tener	3. Hacer	4. Estar
1. Subsistencia	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
2. Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
3. Afecto	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
4. Entendimiento	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar.	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
5. Participación	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, trabajo	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
6. Ocio	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar.	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes.
7. Creación	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad.	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios, de expresión, libertad temporal
8. Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad.	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianeidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
9. Libertad	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia.	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal.

Fuente: Max Neef *et al.*, *Desarrollo a escala humana*, p.42.

Fuente: Max-Neef (1987)

3.5 Aspectos Legales

Al entender la salud como un derecho de todos los ciudadanos, éste se encuentra respaldado por un marco jurídico que lo regula a nivel nacional, para esto existen ciertas leyes que promueven la protección del mismo, a continuación se exponen algunas de estas normativas.

3.5.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999).

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de acuerdo a la Gaceta Oficial N. 5.453 publicada el 20 de diciembre de 1999, vislumbra dentro del capítulo V, de los derechos sociales y de la familia, en la cual existen artículos relacionados con la salud del ciudadano que resida dentro de la República. A continuación se citan los mismos:

El **artículo 83** pronuncia que 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.

Según lo anterior, en este artículo se destaca como prioridad el rol que debe asumir el Estado con respecto a la salud nacional, ya que este beneficio no sólo es un derecho sino además una garantía constitucional. Asimismo el ciudadano podrá expresar sus necesidades por medio de la participación para acoplar las soluciones que llevan a la satisfacción y desarrollo de este servicio.

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 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 artículo señala al Estado como eje central de la distribución y descentralización del poder, para obtener una mayor planificación y administración de los servicios públicos específicamente en el sector salud, tiene la obligación de efectuar la rectoría de un Sistema Público Nacional de Salud, eficiente y participativo donde predomine la gratuidad.

Artículo 85. Con respecto al financiamiento del sistema público de salud resalta que es obligación del Estado citando 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.

Refiriéndonos a lo antes mencionado, el Estado está obligado a garantizar la salud y ejecutar mediante la planificación presupuestaria el financiamiento económico, que permita mejorar las necesidades en cuanto al disfrute del servicio.

Es importante resaltar que los ciudadanos de la República Bolivariana de Venezuela, tienen derecho a una salud de calidad, sin desigualdades ni exclusiones, donde el Estado es el primer garante de que todos tengan acceso al sistema nacional de salud, gratuito y eficaz. Asimismo se promueve la participación ciudadana y comunitaria con el fin de obtener mejoras en las distintas áreas que integran los centros de salud, otorgándoles empoderamiento que permitan tomar decisiones referentes a las políticas aplicadas en materia de sanitaria. De igual manera el Estado le da importancia a la formación de profesionales en el área de salud, para así contribuir con la demanda de los diferentes servicios prestados.

3.5.2 Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. (LOPNA) (2015)

La LOPNA es la ley orgánica que regula todos los derechos y garantías de los niños y adolescentes en el territorio nacional, consideramos importante mencionar que las leyes orgánicas son aquellas que se derivan directamente de la Constitución y sirven para regular o mejorar su aplicación.

Gracias a la labor realizada en el Departamento Medico Pediátrico, se nos hizo necesario el estudio de la misma, debido a que nuestro trato directo fue con niños, adolescentes y sus familiares directos, por lo tanto consideramos de suma importancia retomar algunos artículos de esta Ley que regularon nuestra praxis.

Artículo 30° Derecho a un Nivel de Vida Adecuado.
Todos los niños y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo

integral. Este derecho comprende, entre otros, el disfrute de:

- a) Alimentación nutritiva y balanceada, en calidad y cantidad que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y la salud.
- b) Vestido apropiado al clima y que proteja la salud.
- c) Vivienda digna, segura, higiénica y salubre, con acceso a los servicios públicos esenciales.

Este artículo nos indica que los aspectos a, b y c deben cumplirse a cabalidad para garantizar el desarrollo integral del niño o adolescente pero la realidad es otra, muchas de las personas que ingresan al complejo hospitalario no cuentan con una buena alimentación y en muchos casos las viviendas son improvisadas y no cuentan con las medidas higiénicas mínimas para preservar la salud de los infantes, por lo tanto, encontramos muchos casos en donde los mismos padecían enfermedades como tuberculosis, pediculosis, escabiosis, entre muchas otras.

Artículo 41° Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

Parágrafo Primero: El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.

Parágrafo Segundo: El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.

Como mencionábamos en los párrafos anteriores, el Estado es el ente que debe garantizar que los niños y adolescentes tengan acceso de forma gratuita y de calidad a los sistemas de salud, esto difiere mucho de la realidad con la que nos encontramos, debido a que no se cuenta con los

medios necesarios para darle atención a todos los niños que así lo requieran, de igual manera el suministro de prótesis, medicinas y otros recursos, no se realiza con regularidad debido a las carencias que presenta el centro en materia de insumos.

Artículo 42° Responsabilidad de los Padres, Representantes o Responsables en Materia de Salud. Los padres, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes.

Consideramos importante mencionar que este artículo fue uno de los más significativos a lo largo de nuestro proceso práctico debido a que, en muchas ocasiones, fueron los padres o representantes de los niños o adolescentes lo que, por omisión, agravaban la situación de salud de sus representados.

Artículo 43° Derecho a Información en Materia de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo. El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias.

Consideramos de suma importancia lo antes mencionado debido a que los niños o adolescentes tienen derecho a saber su condición de salud y de igual manera a recibir toda la información posible que los ayude a superarla, en el caso que se padezca alguna enfermedad, o a evitarla.

Artículo 48° Derecho a Atención Médica de Emergencia. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia.

Artículo 49° Permanencia del Niño o Adolescente Junto a sus Padres, Representantes o Responsables. En los casos de internamiento de niños o adolescentes en centros o servicios de salud, públicos o privados, éstos deben permitir y asegurar condiciones para la permanencia a tiempo completo de, al menos, uno de los padres, representantes o responsables junto a ellos, salvo que sea inconveniente por razones de salud. Cuando sea imposible su permanencia, los padres, representantes o responsables podrán autorizar a un tercero, para que permanezca junto al niño o adolescente.

Estos dos artículos nos hacen mención a la atención médica de emergencia, la cual se cumple a cabalidad en el centro hospitalario y en muchos de los casos, se les permite la estadía a ambos padres.

Artículo 91° Deber y Derecho de Denunciar Amenazas y Violaciones de los Derechos y Garantías de los Niños y Adolescentes. Todas las personas tienen derecho de denunciar ante las autoridades competentes los casos de amenazas o violaciones a los derechos o garantías de los niños y adolescentes. Los trabajadores de los servicios y centros de salud, de las escuelas, planteles e institutos de educación, de las entidades de atención y de las Defensorías del Niño y del Adolescente, tienen el deber de denunciar los casos de amenazas o violaciones de derechos y garantías de los niños y adolescentes de que tengan conocimiento, mientras prestan tales servicios. Antes de proceder a la denuncia, estas personas deben comunicar toda la información que tengan a su disposición sobre el caso a los padres, representantes o responsables, salvo cuando sean éstos los que amenacen o violen los derechos a la vida, integridad y salud del niño o adolescente. En estos casos, los padres deben ser informados en las cuarenta y ocho horas siguientes a la denuncia.

Este artículo nos trae a colación el deber que tenemos, como trabajadores sociales, de prestar nuestro apoyo al momento de recibir

alguna denuncia o sospecha de que a los niños o adolescentes se les están violando sus derecho o garantías; en nuestra praxis contamos con casos en donde se sospechaban estos hechos por lo cual fueron remitidos de inmediato al Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescente más cercano a su domicilio.

3.5.3 Ley Orgánica del Sistema de Salud

La Ley Orgánica del Sistema de Salud según la Gaceta Oficial N° 36.579 publicada el 11 de noviembre de 1998, vislumbra dentro del capítulo I, referente a la integración, lo siguiente:

Artículo 5°.- El Ministerio de la Salud será el órgano rector y planificador de la administración pública nacional de la salud. Ejercerá la dirección técnica y establecerá las normas administrativas, así como la coordinación y supervisión de los servicios destinados a la defensa de la salud, de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica de la Administración Central y demás leyes referidas a la materia.

De igual manera en el capítulo I, concerniente a la “Promoción y Conservación de la Salud” en el título III, **Artículo 25** se expone lo siguiente:

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.

Asimismo, en el **artículo 28** del capítulo III, referente a la Atención Médica expresa lo siguiente: “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”. (Pág.12).

Es de hacer notar que, en los artículos antes mencionados, se hace referencia a la interrelación entre el individuo, la familia y la comunidad, de tal manera que deben ser vistos como un conjunto de piezas claves a la hora de la elaboración de políticas públicas, ya que bajo la promoción y prevención se busca disminuir lo curativo; desahogando los centros de salud y manteniendo poblaciones saludables con la finalidad de optimizar el servicio.

Como podemos observar, estas tres leyes, en mayor o en menor incidencia, marcaron nuestras prácticas profesionales en el sector salud.

3.6 Contextualización Metodológica

Desde el inicio de nuestras pasantías profesionales, consideramos importante emplear técnicas, instrumentos y documentos profesionales necesarios para registrar, recolectar y luego analizar la información y el proceso en sí mismo.

Ander Egg (1995), define las técnicas como el *“Conjunto de acciones (acto técnico) realizado conforme a reglas empíricas que se utilizan para hacer algo o para obtener un resultado determinado.”* (Pág. 370).

En este sentido, las técnicas son consideradas como procedimientos para la recolección de información válida y confiable para luego utilizarlas como datos científicos. Es importante resaltar que las técnicas utilizadas durante el proceso práctico fueron la observación y la entrevista, en primer lugar se definirá la técnica de la observación, según Monasterios (1987) indica que:

La observación es una técnica de amplísima aplicación, en el sentido de ser usada en todas las ciencias; no así la entrevista, cuya aplicación solamente es posible cuando los casos están constituidos por personas capaces de responder verbalmente a un estímulo. La misma observación, aunque obedece a

idénticas premisas metodológicas en cualquier ámbito de dominio científico donde se use, adquiere características especiales, que representan, en la práctica, complicaciones adicionales, cuando se aplica a personas y a seres vivos en general, en la medida en que tengan capacidad de percibir a su observador. (Pág. 69-70).

Considerando lo anterior, la observación es un medio que se utiliza para recabar información, donde observar es lo principal, permite obtener una visión global del contexto a indagar.

Durante el proceso de pasantías se realizaron observaciones participantes, por lo que DeMunck y Sobo (1998) describen la observación participante como el primer método usado por los antropólogos al hacer trabajo de campo. El trabajo de campo involucra *"mirada activa, una memoria cada vez mejor, entrevistas informales, escribir notas de campo detalladas, y, tal vez lo más importante, paciencia"*. (Pág. 54).

En correspondencia a lo antes mencionado, resulta importante señalar que la observación participante nos permitirá percibir, detenidamente, aspectos que de otra forma serían imperceptibles, como por ejemplo la trascendencia de una situación familiar, los problemas derivados de alguna enfermedad o hasta la falta de comunicación efectiva entre los miembros de una familia o comunidad determinada. Esto nos hace ser parte de la experiencia y de esta manera las soluciones que se pueden aportar a las diferentes problemáticas serán mucho más certeras.

Es de suma importancia señalar que la observación fue la primera técnica que utilizamos y que documentamos a través del diario de campo, que es uno de los instrumentos que día a día nos permite sistematizar nuestras prácticas investigativas; además, nos permite mejorarlas, enriquecerlas y transformarlas. Según Bonilla y Rodríguez (2005) indican que

El diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador, en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo. (Pag.16).

Con base en lo anterior el trabajador social cuenta con este instrumento altamente eficaz que lo ayudará en el transcurrir de su quehacer profesional, el mismo permite describir los aspectos de las distintas problemáticas que se presentan aunque muchas de ellas no se encuentren claramente visibles.

Otro aspecto a destacar es que la entrevista, como instrumento técnico utilizado en Trabajo Social nos facilitó la recolección de información sobre nuestro eje de sistematización, referente a Promoción para la Salud.

Martínez Miguelez, en su libro “*Arte y Ciencia de la Investigación en la Metodología Cualitativa*” (2006), define a la entrevista como

Un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica. La entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructurada, complementada, posiblemente, con algunas otras técnicas escogidas entre las señaladas de acuerdo con la naturaleza específica y peculiar. (Pág. 93).

Así mismo Monasterios (1987) define a la entrevista como

La técnica propia usada por todos los profesionales de ayuda, entre ellos encontramos a los trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, entre muchos otros, de igual manera hace especial mención al indicar que esta técnica es la más usada y de primera mano en casos asociados a personas y pequeños grupos. (Pág. 48).

Durante nuestro proceso práctico el instrumento técnico para realizar las entrevistas a los pacientes y familiares fue el *protocolo social*, un documento que se utiliza para obtener datos e información de los mismos.

Es utilizado normalmente en los casos que se necesite realizar un seguimiento especial a un caso en particular, y gracias a éste se pueden detectar nuevos casos intrafamiliares que no se exponen de forma explícita por parte de los pacientes.

El formato de protocolo social que se maneja en el hospital comprende las siguientes áreas:

- **Datos del paciente:** En esta área se deben colocar los nombres y apellidos del paciente, cédula de identidad, sexo, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, grado de instrucción, ocupación, dirección y los datos de algún familiar.
- **Constelación familiar:** Aquí se deben registrar los datos de las personas que viven con el paciente, sus nombres y apellidos, cédulas de identidad, edad, sexo, estado civil, parentesco, grado de instrucción, su ingreso mensual y cuál es el aporte al ingreso familiar.
- **Área médicosocial:** En este apartado se deben colocar las observaciones que tengamos con respecto a la enfermedad del paciente o el motivo por el cual se encuentra en el hospital. Avances en cuanto a su tratamiento u observaciones similares.
- **Área socioeconómica:** En este cuadro se deben colocar de forma ordenada los ingresos y egresos del grupo familiar, de esta manera podremos tener un estimado de los gastos que posee la familia contra los ingresos de la misma.
- **Área psicosocial:** En estas líneas debemos describir cómo observamos las relaciones psicosociales del paciente, si el mismo se muestra temeroso, si coopera o si por el contrario tiende a retraerse al momento de comunicarse o interactuar con las personas que lo rodean, sea familiares o personas externas a su círculo habitual.
- **Clasificación según el Método Graffar:** Esta clasificación nos permite conocer cuál es la situación económica y de vivienda

del paciente, dado a que se realiza una evaluación previa de las áreas físico ambientales de la misma y del grado de instrucción de la madre del hogar, gracias a ésto podemos saber si el paciente necesita o no algún apoyo en específico. La importancia de categorizar radica en saber quién tiene una mayor necesidad de apoyo.

- **Plan a seguir:** En caso de ser necesario algún seguimiento, esta es el área en donde se debe colocar, indicando paso por paso qué se debe realizar.
- **Apreciación y sugerencias del caso abordado:** Debemos colocar en este apartado cuál ha sido nuestra valoración o evaluación del caso y si tenemos sugerencias para el mismo.

Como podemos observar, este protocolo social engloba todas las áreas necesarias para poder abordar un caso de forma completa, tomando en cuenta que los seres humanos y en este caso específico, los pacientes, son personas que poseen características propias y por lo tanto cada caso se debe analizar y observar de forma separada.

Tal como lo indica Monasterios (1987) *“Las técnicas, en todas sus variantes, poseen sus instrumentos más o menos propios, o que están estrechamente asociados a una variante en particular”*. (Pág. 68).

Esto nos indica que cada técnica posee sus características propias y en el caso de nuestro proceso de pasantías, las más usadas fueron la entrevista y la observación.

Considerando lo descrito anteriormente, la observación y la entrevista son técnicas que guardan mucha relación y en la mayoría de los casos, es normal que se combinen. Sin embargo, podemos utilizar la técnica de la observación sin entrevistar, pero sería casi imposible realizarlo de forma contraria. No obstante, Monasterios (1987) nos dice que *“Por razones heurísticas es apropiado tratar por separado la observación y la*

entrevista. Pero es importante tener presente que mucho de lo que se diga en la primera, tiene lugar en el contexto de la segunda” (Pág. 71).

Por otro lado, la revisión de documentos y fuentes electrónicas contribuyó con la experiencia vivida, con su comprensión y contextualización, luego con su análisis crítico de fondo, que conllevó a la estructuración de este informe. De manera que, es pertinente hacer mención a lo que se asume como documentación, Ander Egg (1995) lo describe como *“Un procedimiento necesario para toda investigación, cualesquiera sean los métodos y técnicas utilizados: en algunos estudios resulta ser el principal procedimiento utilizado, en todos los casos es la modalidad empleada para preparar el background de la investigación”.* (Pág.185).

La información obtenida a través de fuentes bibliográficas y fuentes electrónicas, contribuyó con la sistematización de nuestra experiencia, facilitándonos la comprensión e interpretación del contexto donde se llevó a cabo el proceso de pasantías.

Asimismo, la utilización de documentos profesionales, propios del Trabajo Social, como lo son las minutas y el diario de campo, nos permitieron llevar un registro y ordenamiento de las actividades desarrolladas, a fin de tener un estatus cronológico del proceso de pasantías, además, de reconstruir y analizar la información obtenida.

De acuerdo a lo antes mencionado, el diario de campo es un instrumento pertinente para registrar las actividades en las cuales participamos durante el proceso de pasantías profesionales, puesto que, responde de manera descriptiva, ordenada y precisa a cada uno de los hechos sucedidos. Además es importante señalar que para reforzar el proceso práctico utilizamos los siguientes documentos e instrumentos profesionales:

Informe Social:

Según Ezequiel Ander Egg (1995) es un *“Documento que facilita datos e información referente a la situación de una persona, institución, grupo, problema o hecho, consignando la interpretación, opinión o juicio del Trabajador Social que lo emite”* (Pág.157)

Morbilidad:

Ezequiel Ander Egg (s/f) indica que es un *“Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinado, o grado de incidencia que tienen las enfermedades en el seno de una sociedad”*. (Pág. 192).

Hoja de Morbilidad:

Instrumento que permite tener un control de la cantidad de pacientes que ingresan y egresan de las salas de hospitalización del complejo hospitalario.

Hoja de referencia:

Es un medio que se utiliza como vehículo, para hacer referencia de un hecho específico. En esta hoja se hace mención a una gran diversidad de especialidades a las cuales se puede remitir al paciente en caso de que el mismo así lo requiera, bien sea por exigencia de algún estudio específico que lo amerite o simplemente para la evaluación por algún especialista en un área determinada.

Nota Socio-Clínica:

Documento donde se realiza la síntesis de un caso tratado, con la finalidad de incorporarlas a las historias médicas de los pacientes, esto permite tener un seguimiento e informar al equipo de salud, todos los

aspectos sociales que deben ser considerados y que a simple vista no se observan.

Informe mensual:

Instrumento que nos permite sistematizar las actividades realizadas por los trabajadores sociales durante el mes en la Unidad de Promoción para la Salud.

Es de hacer notar que los documentos e instrumentos tales como: informe social, morbilidad, hoja de morbilidad, hoja de referencia, nota Socio-Clínica e informe mensual son de mucha utilidad e importancia en el Departamento de Promoción para la Salud (DPPS) ya que con éstos recopilamos información idónea para los casos atendidos, indagación que posteriormente servirá para establecer un orden sistemático de cómo se han llevado los casos y de ser necesario, realizar algún tipo de intervención o abordaje específico.

3.7 Contextualización de la Parroquia Antímano

Según Muerza (s.f.) La parroquia Antímano geográficamente, se encuentra ubicada en el Municipio Libertador, Distrito Capital. Incluye los sectores: Antímano, Carapita, Zona Industrial de Carapa, UCAB, El Algodonal, Párate Bueno y Mamera. (Pág.3).

Según el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano [CANIA] 1999, (citado por Galarraga.et al, 2003) los límites de la parroquia son:

- Norte: Parroquia El Junquito
- Sur: Parroquia El Paraíso, (autopista Francisco Fajardo)
- Este: Parroquia El Paraíso (sector La Yaguara)
- Oeste: Parroquia Caricuao

Según el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA) (2004), esta parroquia comenzó siendo una zona netamente agrícola, la

cual se caracterizaba por la siembra y cosecha de café, aguacate, caña de azúcar y duraznos.

De igual manera, según el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímáno (CANIA) (2004), la parroquia Antímáno cuenta con historia desde 1607 fue un pueblo indígena con enseñanzas de cristianismo o doctrina Cristiana y donde se vivió a través de las encomiendas, se les enseñaba a trabajar la tierra, escribir y luego se convertían en dueños de pequeños conucos.

A pesar que se conoce parte de su historia a ciencia cierta no se sabe de dónde proviene el nombre Antímáno "... Según Muerza (s.f.)

Hay diversas teorías, para algunos, Antímáno recuerda su situación de cercanía a Caracas. 1- Antemano de Caracas para Arístides Rojas. 2- Antímáno vendría de la corrupción de dos vocablos indígenas, Amatamainona o Amatima nombres de indios que figuraron en la fundación del pueblo. Otros sostienen que fue el nombre de un cacique. (Pág. 5).

La fundación de la parroquia se dio con el nombre de San Pedro y San Pablo por ser una parroquia con alto componente religioso, se realizaron fiestas patronales en honor a la Virgen Nuestra Señora del Rosario, debido a ésto, en 1972 la parroquia pasa a llamarse Nuestra Señora del Rosario de Antímáno, y se convierte en una parroquia eclesiástica, según Muerza (s.f.) una fecha de gran importancia es el

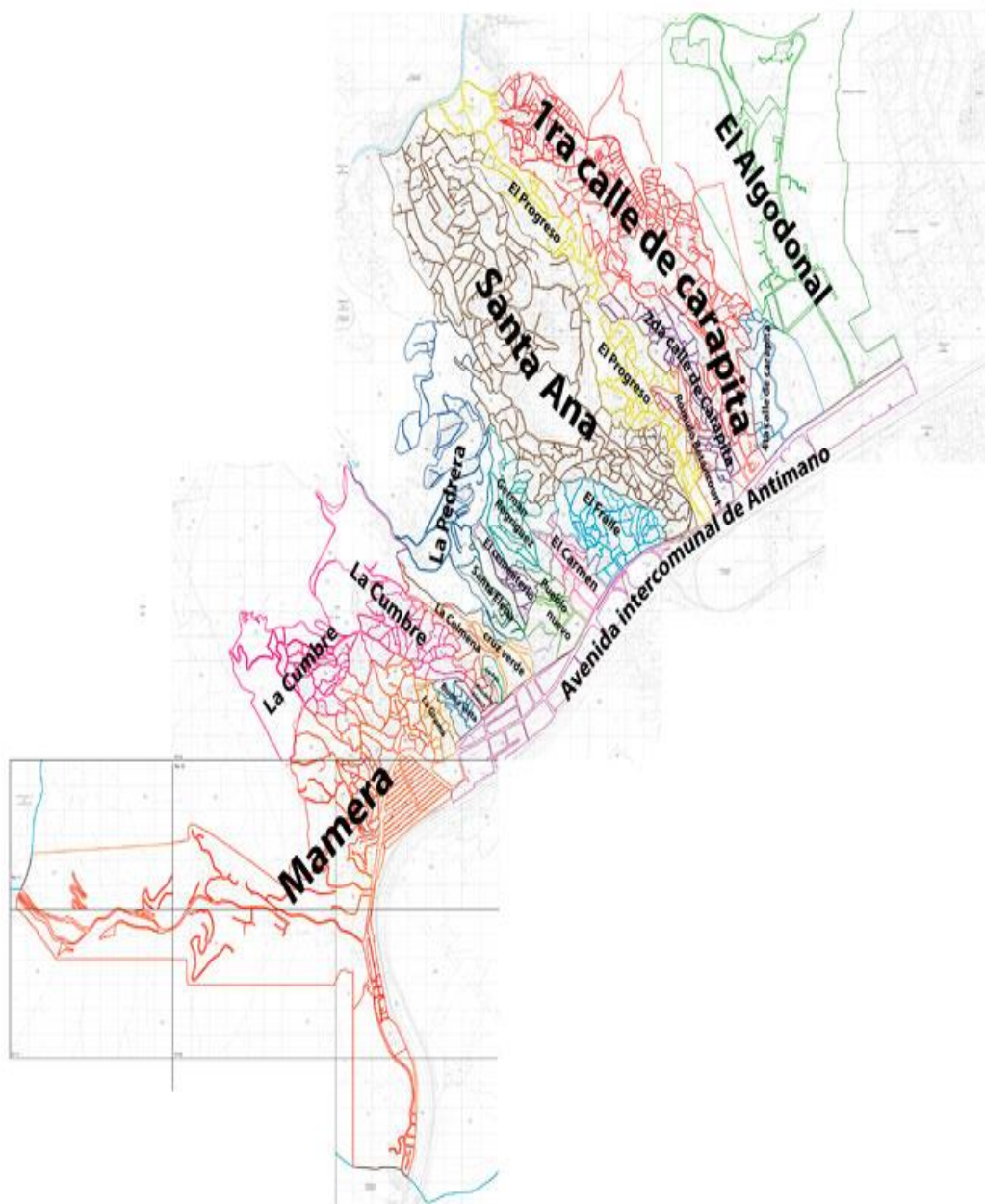
24 de Agosto de 1800 (...) pues comienza en este pueblo de indios a tener una vida jurídica propia en sus archivos, en los servicios religiosos y en su vida ciudadana alrededor de la iglesia. Los libros referentes a la fundación de Antímáno como parroquia eclesiástica y dos de registro de bautismo, defunción y matrimonio existen en buen estado en el despacho parroquial (Pág. 8).

Otros aspectos de importancia y de interés sobre la parroquia Antímano son señalados a continuación:

- Según los sacerdotes de la parroquia en un folleto titulado “Breve historia del templo de Antímano”, expresan que durante el terremoto de 1812 la iglesia de Antímano, fue destruida y a partir de esta fecha, fungía como templo una antigua casa de bahareque, adornadas con vistosas cortinas de damasco.
- Según Muerza (s.f.) La parroquia también tuvo su momento agropecuario, donde los principales cultivos fueron café y caña de azúcar. “Específicamente existían 342 familias dedicadas a esta actividad”. (Pág. 8).
- Tal como lo indica Muerza (s.f.) Dentro de esta amplia parroquia se encuentra el Hospital General Dr. José Ignacio Baldó creado en 1940 y conocidos en sus primeros años como Sanatorio Antituberculoso “Simón Bolívar”. (Pág. 9)

A continuación incluimos un mapa de la sectorización de la Parroquia Antímano, Municipio Libertador, en donde se puede observar que es una de las 32 parroquias más amplias de Caracas.

Gráfico 1 Mapa de la Parroquia Antímano



Fuente: www.cania.org.ve (2006)

3.8 Contextualización Institucional

3.8.1 Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”

En el siguiente apartado se desarrolla lo concerniente al marco institucional, señalando su historia, la misión y la visión del mismo, de igual forma se redacta lo referente al Departamento de Promoción para la Salud (DPPS) destacando su misión, la visión y los objetivos.

Según la Biblioteca Juvenal Curiel (1990), el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”, gracias a su ubicación geográfica, fue construido en la década de 1930 bajo el gobierno del General Juan Vicente Gómez; Para el momento de su inauguración sólo se contaba con el edificio del Sanatorio Popular Antituberculoso “Simón Bolívar”, el mismo abrió sus puertas al público el 02 de mayo de 1940, siendo su primer director el Dr. José Ignacio Baldó quien fue el médico neumonólogo pionero en la lucha antituberculosa en el país.

Además de ser pionero en el área académica y de investigación, en sus instalaciones se dictaron las primeras reuniones anatómicas y para 1947 se realiza el primer curso de Tisiología el cual fue aprobado por la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Gracias a esta labor la mayoría de los Neumólogos Clínicos y Cirujanos de Tórax que posee Venezuela han sido formados en este complejo hospitalario.

Consideramos importante mencionar que en este centro, en el año de 1949 se realiza el primer cateterismo cardíaco en el país, en 1952 se convierte en pionero en cirugía y en 1954 en nuevas técnicas de anestesia.

Según la información suministrada por la Biblioteca Juvenal Curiel (1990), *“El 27 de marzo de 1950, se crea el Sanatorio Infantil “Luisa Cáceres de Arismendi” destinado a la atención de la población infantil con*

tuberculosis pulmonar” (Pág. 1). Este fue uno de los primeros edificios con los que contaba el hospital.

El complejo hospitalario tiene más de 80 años en funcionamiento y cuenta con 716 camas arquitectónicas, 538 camas presupuestadas y 311 en funcionamiento. (Pág. 2) Esta información, no se encuentra actualizada, se estima que se encuentren en funcionamiento un 40% de las camas presupuestadas.

Es importante destacar que fue en este centro en donde nace el servicio social y la asistencia social en Venezuela, en cuanto al área de administración hospitalaria se refiere; para esto es necesario que amplíemos ambos términos.

El Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” cuenta con la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud y ésta tiene Unidades de Atención en cada una de las dependencias que conforman el nosocomio, las cuales son:

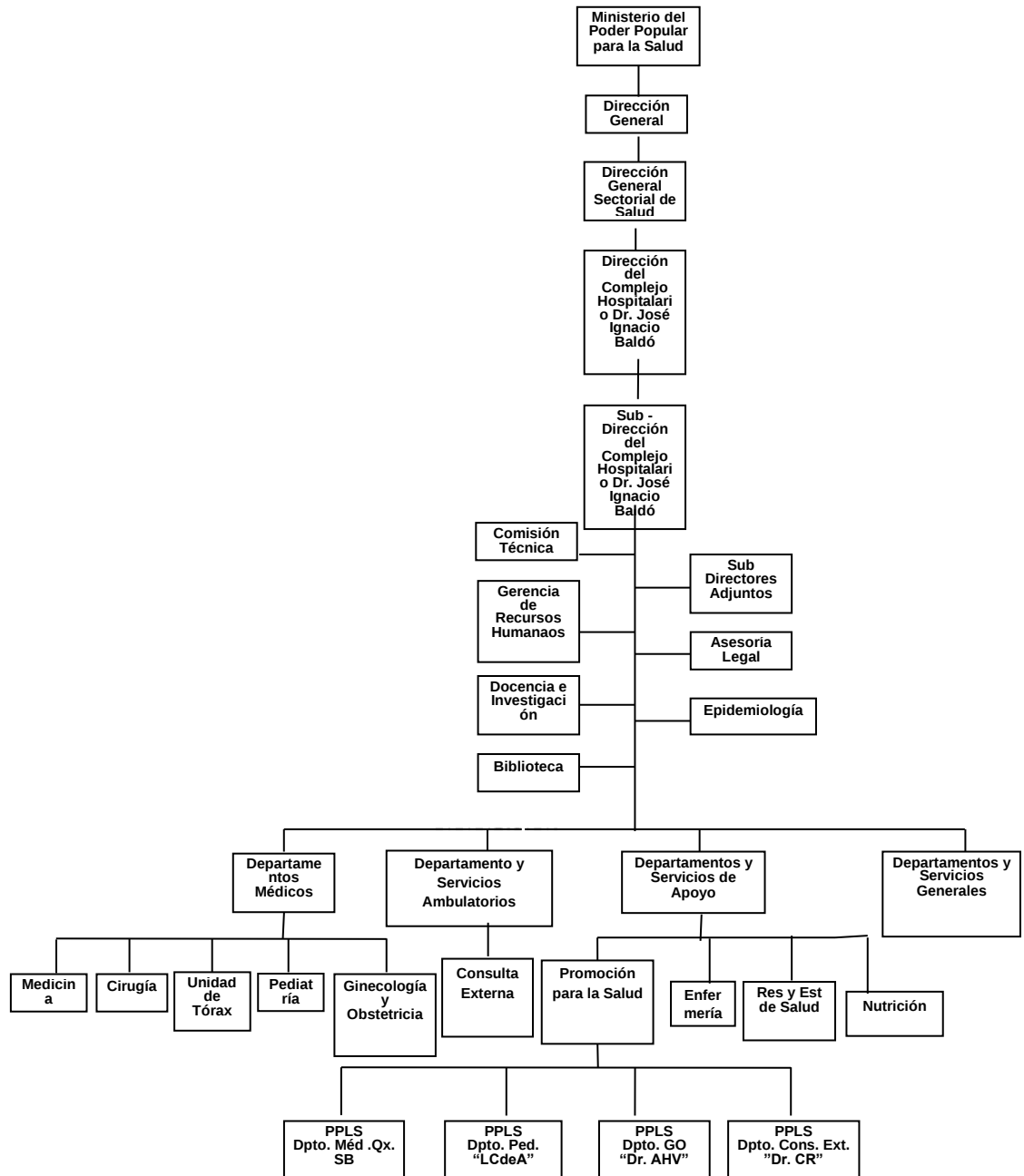
- Departamento de Ginecología y Obstetricia “Andrés Herrera Vegas”.
- Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.
- Departamento Médico Quirúrgico “Simón Bolívar”.
- Departamento de Consulta Externa Dr. César Rodríguez R., también conocido como El Ambulatorio.

Cuenta con una biblioteca especializada, Juvenal Curiel. En las instalaciones del mismo se encuentra ubicada la División Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, además de la Escuela de Salud Pública perteneciente a la Universidad Central de Venezuela.

A continuación se presenta la estructura organizativa de la institución con el fin de conocer los distintos servicios que presta y cuáles son sus áreas de apoyo:

Gráfico 2 Organigrama

Organigrama del Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldó”



Fuente: Ibarra y Sandoval, 2002

La misión y visión del Hospital son sus pilares fundamentales y desde su creación ha sido reconocido por su compromiso y vocación en la búsqueda de mejoras para la sociedad y todos lo que en él hacen vida, encaminados a garantizar su bienestar físico y optimizar su calidad de vida.

3.8.2 Misión del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”.

Somos una organización gubernamental dedicada a crear conciencia en la sociedad sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de las enfermedades respiratorias, conociendo los principales factores que la producen, estén en el hombre, en el medio ambiente o en la comunidad, a través de educación en la salud con participación comunitaria. Con un compromiso ético hacia las personas, instituciones y sociedades con las cuales nos relacionamos, haciendo énfasis en Investigación, capacitación y docencia. Departamento de Promoción para la Salud. [DPPS], (2016).

3.8.3 Visión del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”.

Ser una organización gubernamental sin fines de lucro, líder en la creación y ejecución de proyectos de apoyo y cooperación para el control de enfermedades respiratorias. Reconocidas por profesionales de la salud y la comunidad en general, por su capacidad organizativa y de gestión. Departamento de Promoción para la Salud. [DPPS], (2016).

3.8.4 Departamento de Promoción para la Salud (DPPS).

El Departamento de Promoción para la Salud del Hospital cuenta con un marco estratégico y unos objetivos que desarrollaremos a continuación:

3.8.5 Misión del Departamento de Promoción para la Salud.

Fortalecimiento de las capacidades de los individuos y de los colectivos sociales para promover su participación como sujetos de derechos políticos sociales en los distintos niveles del Sistema Público Nacional de Salud, encaminado a mejorar los niveles de vida y salud de la población mediante el proceso de construcción colectiva integral. Departamento de Promoción para la Salud. [DPPS], (2002).

3.8.6 Visión del Departamento de Promoción para la Salud.

Alcanzar la democratización de la salud pública y el establecimiento de un modelo de gestión compartido de espacios en poder de salud y de contribución en el cumplimiento de los derechos sociales mediante el compromiso ético de los trabajadores guiados por una visión integral, humanizadora y social de la salud. Departamento de Promoción para la Salud. [DPPS], (2002).

3.8.7 Objetivo General del Departamento de Promoción para la Salud.

- Coadyuvar en la construcción colectiva de la salud como expresión básica que permite a los usuarios, interactuar con Promoción para la Salud a fin de alcanzar una mejor calidad de vida desde una visión holística.

3.8.8 Objetivos Específicos del Departamento de Promoción para la Salud.

- Atender de forma integral las necesidades sociales en el ámbito de salud, tomando en cuenta el proceso individuo, familia, sociedad y las demandas emergentes de cada ciclo de vida.
- Profundizar la línea de participación popular para mantener e incrementar la articulación con organizadores de base comunitaria.

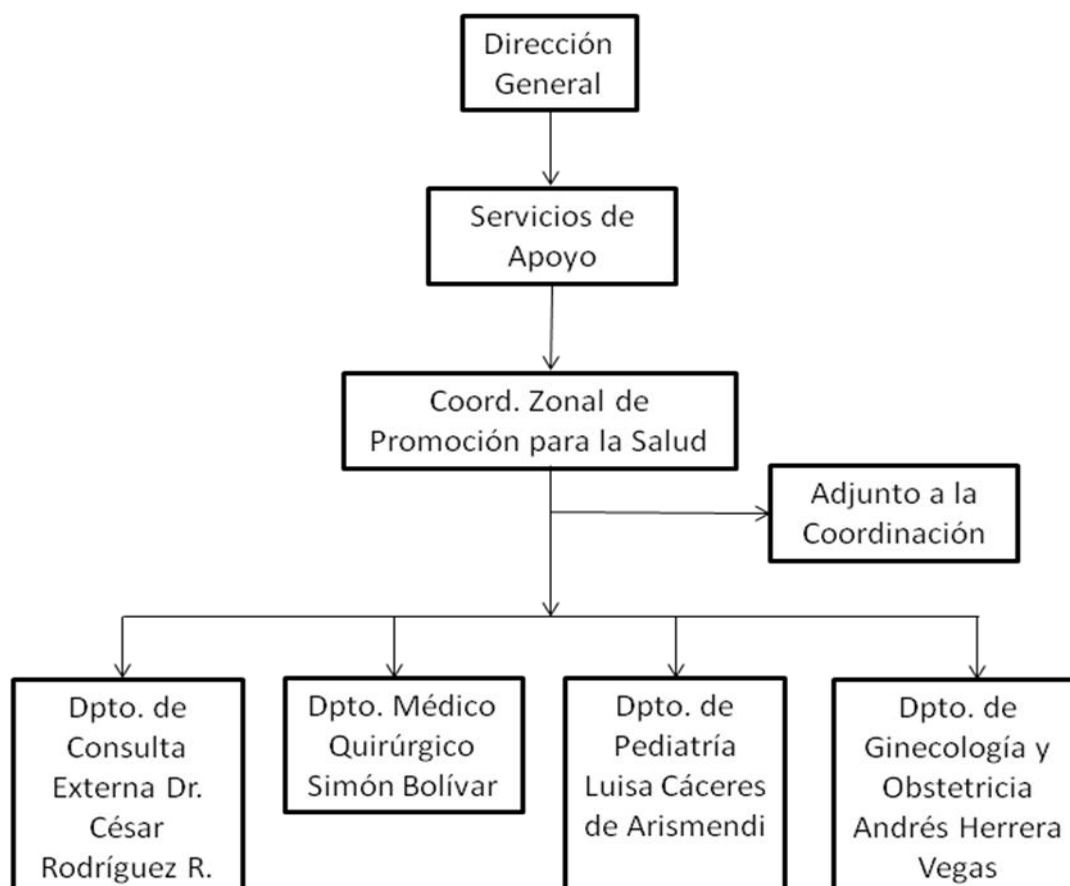
- Intercambiar conocimientos y saberes entre comunidades y trabajadores para favorecer el ejercicio popular en la transformación de los determinantes sociales que incide en su situación de salud.

- Fortalecer las alianzas con instituciones educativas con el objetivo de brindar una atención integral desde el enfoque preventivo, grupal e individual sobre las diferentes problemáticas de salud que se presentan en la población estudiantil de la Parroquia Antímano. Departamento de Promoción para la Salud. [DPPS], (2016).

Para tener una idea más específica de las Unidades que integran la Coordinación de Promoción para la Salud del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”, presentamos la estructura organizacional del mismo.

Gráfico 3 Organigrama de la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud.

**HOSPITAL GENERAL “DR. JOSÉ IGNACIO BALDÓ”
ORGANIGRAMA DE LA COORDINACIÓN ZONAL DE
PROMOCIÓN PARA LA SALUD**



Fuente: Ibarra y Sandoval, 2002

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA

En este capítulo abordaremos todo lo concerniente a nuestro proceso de pasantías profesionales en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, ubicado en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” en la Parroquia Antímano.

Este proceso de reconstrucción y descripción es realizado de manera sistematizada con el fin de relatar, en orden cronológico, las fases y actividades que fueron llevadas a cabo en las pasantías. En función de esto, Sandoval (2005) indica que:

En este momento se elabora un discurso descriptivo que dé cuenta del proceso de la práctica. Para ello se elabora un documento en el que se ordenan, de manera lógica y cronológica, los componentes del proceso de la práctica que fueron apareciendo en el proceso de reconstrucción de la misma, para articular la información obtenida en torno a los aspectos básicos de ella. (Pág. 153).

El autor nos indica que se debe realizar la descripción ordenada de las actividades que fueron llevadas a cabo en el proceso de pasantías, de tal manera que se plasmará una descripción de aquellas acciones planificadas y ejecutadas en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” mediante la reconstrucción de las mismas, de esta manera se sistematizó la praxis en tres fases y en cada una de ellas se desarrollaron las acciones pautadas para el período determinado. A continuación ampliamos cada una de las fases.

Fase 1 - Inserción al Proceso de Pasantías.

Fase 2 - Educación e investigación en materia de salud.

Fase 3 - Proceso de culminación y cierre de Pasantías.

4.1 Fase 1 - Inserción al Proceso de Pasantías

En esta fase se realiza el primer acercamiento al complejo hospitalario, realizando un recorrido por el mismo y conociendo los diferentes departamentos que lo conforman. De igual manera pudimos observar los procesos que se realizan en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Objetivo: Establecer el primer acercamiento del grupo de pasantías profesionales de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela 2016 al Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” específicamente en la Unidad de Promoción Para La Salud Del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Fecha: Del 19 de Febrero del 2016 al 15 de Marzo del 2016.

Actividades desarrolladas:

- Reunión con el Coordinador Zonal de Promoción para la Salud del hospital, Magister José Ibarra O.
- Reunión con la Jefa de la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento Médico Quirúrgico Simón Bolívar y tutora institucional, Licenciada Evening Cartusciello.
- Recorrido por las instalaciones y diferentes Departamentos del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”.
- Reunión técnica-administrativa con el personal de la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento Médico Quirúrgico “Simón Bolívar”
- Acompañamiento en la realización de actividades con la Asociación Cristiana Amigas de Jesús. Esta es una asociación de mujeres pertenecientes a la Iglesia Evangélica – Pentecostal Las Acacias,

realizan labores sociales, visitando hospitales y maternidades para llevar donaciones dependiendo de las necesidades.

- Elaboración del cronograma de actividades a desarrollar durante el proceso de pasantías.
- Elaboración de la morbilidad semanal.
- Reunión técnico-administrativa con la Licenciada Evening Cartusciello para planificar las actividades para la conmemoración del Día Mundial de la Tuberculosis, 24 de marzo.
- Asistencia y participación en las revistas médicas.
- Orientación a las familias sobre aquellas patologías respiratorias que ameritan seguimiento médico y social durante la hospitalización y luego de ser dados de alta.

Descripción:

El día 19 de Febrero de 2016 se da comienzo al proceso de inserción de los pasantes en el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldo”, específicamente en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento Pediátrico “Luisa Cáceres de Arismendi”, para esto se contó con una serie de reuniones con la Jefa de la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento Médico Quirúrgico Simón Bolívar y tutora institucional, Licenciada Evening Cartusciello y con el Coordinador Zonal de Promoción para la Salud del hospital y tutor académico, Magister José Ibarra O.

En estas reuniones se plantearon las diferentes actividades a ejecutar en el proceso de pasantías, de igual forma se realizó un cronograma que comprende las fechas para las cuales se estipuló la realización de cada una de acciones.

Así mismo se nos hizo entrega de todos los instrumentos, instructivos y materiales necesarios para la puesta en marcha de nuestro proceso de

pasantías y para la recolección oportuna de la información. Entre estos instrumentos contamos con:

- Instructivo para la realización del Informe Mensual de Gestión, en el cual participamos de forma conjunta con los trabajadores del Departamento y la supervisión de nuestra tutora institucional.
- Documentos e instrumentos que nos permitieron la recolección de la información necesaria para el seguimiento de los casos, tanto de pacientes nuevos como de los internos y egresados, los mismos fueron: familiograma, nota clínica, la cual debería llamarse nota social ya que contiene información de los abordajes sociales realizados al niño o a la familia, orden de comensal, ficha social, protocolo social, hoja de referencia, entre otros.
- Realización y distribución de trípticos informativos sobre las normas de permanencia en el hospital, Tuberculosis, Dengue, Zika y Chicungunya.

El día 23 de Febrero de 2016 se realiza un recorrido por los diferentes departamentos que conforman el complejo hospitalario, partiendo del Departamento Médico Quirúrgico “Simón Bolívar” en donde nos reunimos con nuestra tutora institucional, a fin de planificar las visitas a realizar, llegamos al Departamento de Ginecología y Obstetricia “Dr. Andrés Herrera Vega”, en donde las trabajadoras y enfermeras pertenecientes a triaje nos informaron sobre el proceso que se debe realizar para que las pacientes accedan al servicio por primera vez, de igual forma se nos indica que en este lugar se hacen jornadas de esterilización, es importante resaltar que toda esta información debe ser manejada por los trabajadores sociales ya que lo normal es que las pacientes acudan al Departamento de Promoción para la Salud en busca de alguna de orientación de este tipo.

Luego nos trasladamos al Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” en donde conocimos las instalaciones de la mano del

Técnico Superior Universitario (TSU) en Trabajo Social, Wilfen Salazar, quien para el momento se encontraba encargado de la Unidad de Promoción para la Salud, debido a que la jefa de la unidad y el resto del equipo se encontraban de vacaciones y algunos de reposo para el momento.

El Departamento cuenta con:

- 1 Jefa de Unidad. TSU en Trabajo Social.
- 3 TSU en Trabajo social, personal operativo, dos en el turno diurno y una en el turno vespertino.
- 1 secretaria.

Los días 24 y 25 de febrero se realizaron actividades con la Asociación Cristiana Amigas de Jesús, en las cuales se les hizo entrega de insumos de cuidado diario a los pacientes ubicados en las salas de observación, y en las salas de pediatría I, II, IV y V. Entre los insumos donados se encontraban pañales, fórmulas lácteas, ropa, juguetes, entre otras cosas. Para esta actividad se contó con el apoyo de las psicopedagogas, médicos y enfermeras de todos los servicios que conforman el área de pediatría.

Posteriormente, se procedió, junto con el TSU Wilfen Salazar, a realizar el levantamiento de la morbilidad de las pediatrias I, II, IV y V, este procedimiento se realiza entrevistando de forma individual a las madres y/o representantes de cada uno de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados, a los cuales se les solicita la siguiente información con la finalidad de verificar sus datos y si necesitan alguna orientación o ayuda:

- Número de historia clínica.
- Habitación y cama en donde se encuentran.
- Apellidos y nombres del paciente.
- Edad.

- Cédula de identidad (si la posee).
- Familiar que le acompaña (Parentesco y nombre completo).
- Fecha de ingreso y egreso (si la conocen, esto con el fin de verificar si disfrutaban del beneficio de comensal adicional, de esta manera se puede planificar su egreso y ordenar el ingreso de otra persona que se encuentre en la lista de espera que maneja el Departamento de Nutrición y Dietética de Pediatría).
- Procedencia e institución de donde es remitido (si aplica)
- Diagnóstico médico (Dx)
- Tratamiento y observaciones (En este apartado se colocan las observaciones sociales que tengamos sobre el caso y si el mismo necesita algún abordaje especial).

Posterior a la realización de la morbilidad de esa semana, la morbilidad, según Ezequiel Ander Egg (s/f) es un *“Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinado, o grado de incidencia que tienen las enfermedades en el seno de una sociedad”*. (Pág. 192); se pudo comprobar que muchas de las madres (o representantes) que se encuentran acompañando a los niños en su proceso de hospitalización, no poseen el poder adquisitivo para cubrir su alimentación (se identificaron a estas personas a través de la aplicación de la Clasificación del Método Graffar) por lo cual, uno de los principales objetivos de realizar esta actividad es detectar los casos que necesitan abordaje y acompañamiento social.

Cuando son detectados y verificados, se realiza la orden de comensal para que estas personas puedan recibir las comidas diarias, es importante resaltar que se les da prioridad a las mujeres en proceso de gestación, personas que residan lejos de las adyacencias del complejo hospitalario o en el interior del país y aquellas que no posean alguna forma de trasladarse a sus hogares, resaltamos que muchas de estas personas,

para poder alimentarse, deben dejar a los niños solos y es por esto que se le da prioridad a esos casos en particular.

En esta fase de inserción se llevaron a cabo varias reuniones programáticas con los trabajadores sociales del Departamento de Promoción para la Salud, que tuvieron como fin principal, la elaboración del cronograma de actividades en conmemoración del Día Mundial de la Tuberculosis, 24 de marzo.

A continuación se presenta el cronograma que se realizó por parte del grupo de pasantes de la Escuela de Trabajo Social, de la Universidad Central de Venezuela, para esta actividad:

Lunes, 28 de marzo.

- Elaboración de carteleras por Unidades de Promoción para la Salud de los diferentes Departamentos.
- Sesiones educativas en los diferentes servicios.

Martes, 29 de marzo.

Conversatorio: “Avances en materia de Tuberculosis” (*Véase anexo N° 2*)

Hora de inicio: 9:00am a 12:00m

Lugar: Sala de Conferencias de Enfermería, Dpto. Médico Quirúrgico Simón Bolívar.

Miércoles, 30 de marzo.

Caminata anti-tuberculosa.

Hora de inicio: 8:30am

Lugar: Desde la División Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

Viernes, 01 de abril.

Operativos en las estaciones del Metro cercanas al hospital: La Yaguara, Carapita y Antímano.

Estas actividades contaron con la participación de todos los trabajadores sociales y secretarias adscritos a la Coordinación de Promoción para la Salud del complejo hospitalario y los pasantes de las Unidades de Promoción para la Salud ubicadas en los Departamentos Médico Quirúrgico “Simón Bolívar” y en el de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, en el operativo realizado el día viernes 1 de abril, se entregaron trípticos informativos alusivos a la Tuberculosis y pudimos notar que, aun siendo una enfermedad que cuenta con tanta trascendencia, muchas personas desconocen la misma y confunden los síntomas con otras enfermedades comunes, muchas de estas personas se mostraron interesadas y gracias a sus preguntas se pudo deducir que existe gran desconocimiento en cuanto a su detección.

Para los días 2 y 3 de marzo, participamos en las revistas médicas que se realizan en las diferentes pediátrías, en donde la Dra. Angélica Tovar, neumopediatra, nos informó que un paciente hospitalizado en pediatría V (con sospecha de enfermedad pulmonar hereditaria) necesitaba realizarse una serie de exámenes genéticos y que los mismos no se realizan en el complejo hospitalario por no contar con los reactivos necesarios y la madre del niño no cuenta con los recursos económicos para hacerlos, por este motivo solicitamos al TSU Wilfen Salazar que nos indicara cómo se operativizan las actividades para este tipo de casos; realizamos varias llamadas a laboratorios clínicos en Caracas (Laboratorio Clínico La Candelaria, Laboratorio Clínico Endocrinológico y Bio Report), de esta manera pudimos dar con el más económico e informamos a los representantes del paciente quienes inmediatamente se movilizaron para realizar la extracción de las muestras y hacer los exámenes.

De igual forma, en estas revistas médicas se nos solicitó que realizáramos una serie de sesiones educativas sobre las normas de permanencia en el hospital, debido a que estaban sucediendo hechos que ponían en riesgo la vida de los niños y hasta del personal de salud, como por ejemplo, el ingreso de personas no autorizadas a las áreas

restringidas, de esta manera se hicieron varias sesiones educativas en donde los representantes de los niños se mostraron muy receptivos y gracias a ésto pudimos solventar el problema de inmediato.

En los días siguientes el contacto con el personal médico y de enfermería fue muy cercano y nos informaban sobre cualquier eventualidad que necesitara de la intervención del trabajador social, como por ejemplo:

- El ingreso de niños para realizar estudios por contacto con personas con Tuberculosis. Es importante destacar que cuando los pacientes ingresan de esta manera, se levanta un protocolo social que posteriormente servirá para realizar las estadísticas pertinentes, además la Tuberculosis es una enfermedad que está asociada a la pobreza, esto nos permite ver la localidad del paciente para realizar el abordaje familiar y comunitario.
- Pacientes con algún signo de maltrato físico y/o psicológico para ser abordados y canalizados con el consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescentes más cercano a su localidad.
- Pacientes que presentan cuadros de mal nutrición.
- Familias que manifiesten algún inconveniente para adquirir insumos o productos necesarios como fórmulas lácteas, medicamentos o tratamientos especiales, pañales, ropa, entre otros insumos.

Entre estos casos pudimos detectar a una niña hospitalizada en Pediatría I por contacto con personas adultas con Tuberculosis, específicamente su madre, la niña era lactante y se hospitalizó con el fin de realizarle todos los estudios correspondientes, esta familia se encuentra en pobreza extrema (detectado a través de la aplicación de la clasificación Graffar, pertenecen al estrato social V).

Por parte de los trabajadores sociales se canalizó el tratamiento de su madre a través del Centro de Salud más cercano a su domicilio ya

que la Tuberculosis es una enfermedad que se atiende ambulatoriamente. Al realizar las entrevistas con la madre y el padre de la niña pudimos observar que además de la enfermedad, existen otros problemas dentro de la familia como por ejemplo embarazos no deseados, mala comunicación, desempleo y alta dependencia económica, ya que el único aporte salarial al hogar lo realiza el padre de la niña. Pasadas 4 semanas desde el ingreso de la niña al hospital, pudimos ver la mejoría de la madre, se le permitió el acceso para ver a la niña ya que contaba con 6 semanas de tratamiento continuo para combatir la tuberculosis, cabe destacar que el tratamiento a los 15 días ya ha neutralizado el bacilo de Koch en el cuerpo de la persona.

4.2 Fase 2 – Educación e investigación en materia de salud

Se entiende como un intercambio dinámico de conocimientos y saberes entre los trabajadores sociales del sector salud y la comunidad, en donde se toma conciencia de la salud como un elemento esencial para el desarrollo individual y comunal. Esta fase nos permitió conocer a fondo la praxis del trabajador social en materia de salud.

Objetivo: Establecer las estrategias de abordaje que serán aplicadas en función de los diagnósticos médicos-sociales realizados en las salas de hospitalización del Departamento Pediátrico “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Fecha: Del 16 de Marzo del 2016 al 15 de Abril del 2016.

Actividades desarrolladas:

- Reuniones con el equipo de salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” para verificar la información que se debe colocar en el informe mensual y sus diferentes formatos.
- Abordaje individual y familiar.
- Entrevistas con familiares y pacientes con Tuberculosis.

- Reuniones con el coordinador zonal para verificar el abordaje de casos específicos.
- Asistencia a reuniones con el equipo de salud para abordar casos de niños que presentan pobreza extrema (detectado a través de la aplicación del método Graffar Méndez Castellano, pertenecen al estrato social V).
- Canalización de exámenes fuera del hospital para pacientes con problemas genéticos.
- Contacto telefónico con centros asistenciales para canalizar albergue para adolescente con diagnóstico de VIH y situación de calle.
- Actualización semanal de la morbilidad para verificar nuevos ingresos y egresos de pacientes a las diferentes salas.
- Reuniones con el Departamento de Nutrición y Dietética para verificar las cantidades de fórmulas lácteas que poseen y los cupos disponibles para la asignación de las órdenes de comensal.
- Elaboración de proyecto para ser ejecutado por los estudiantes de Servicio Comunitario de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela, sobre buenas prácticas en materia de salud dirigido a los habitantes del Refugio Líder ubicado en La Yaguara.
- Conversatorio sobre *Avances en materia de Tuberculosis* en conmemoración del Día Mundial de la Tuberculosis, 24 de marzo.
- Caminata anti-tuberculosa desde la División Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, hasta la entrada del complejo hospitalario y luego de regreso a la División, pues la salida y la meta se encontraban en el mismo punto.
- Operativos en las estaciones del Metro La Yaguara, Carapita y Antímano, sobre la prevención de la tuberculosis.
- Asistencia al Taller *Sistematización de Experiencias*, en las instalaciones del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano (CANIA), dictado por el profesor y tutor académico José Ibarra O.

Descripción:

En esta fase comenzamos con la realización del informe mensual de gestión para el cual se llevaron a cabo una serie de reuniones con los trabajadores sociales de la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, éstas se ejecutaron para verificar la manera cómo estos profesionales ubicados en Pediatría agrupan las actividades realizadas durante el periodo, ya que a pesar de que existe un sólo formato emanado de la Coordinación Estatal de Promoción para la Salud, este Departamento obvia algunos aspectos en función de las actividades ejecutadas. A fin de evitar retrasos en la transmisión y transcripción de la información. Posterior a ésto, nuestra tutora institucional la Licenciada Evening Cartusciello, nos informó las metas que debíamos cumplir en el departamento, el mismo se calcula en porcentajes y da cuenta de la cantidad de sesiones educativas, entrevistas, reuniones y visitas realizadas, las metas a alcanzar fueron las siguientes: *(véase anexo N° 6, el cual muestra la forma de calcular la misma por funcionario para todo un año)*

- Sesiones educativas: 13.
- Reuniones: 13.
- Entrevistas: 79.
- Visitas: 13.

Por otra parte pudimos detectar casos en los cuales el secreto profesional era el imperante, ya que se manejaron situaciones personales donde se diagnosticaron enfermedades tales como el VPH (Virus de Papiloma Humano), VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), Gonorrea, Sífilis, Herpes, entre otros, que van directamente ligados a la transmisión sexual.

Debemos recordar que la Ley de Ejercicio del Trabajo Social (2008) en su artículo número 13, indica que el secreto profesional es

Todo lo que sea de conocimiento de la trabajadora social y del trabajador social en razón de su ejercicio, constituye secreto profesional. El mismo es inviolable y se impone para la protección, el amparo y la salvaguarda del honor y la dignidad de las personas involucradas en la relación profesional. (Pág. 5).

Para hacerle seguimiento a estas familias canalizamos su atención articulando nuestras labores con el personal de salud que labora en el Departamento de Ginecología y Obstetricia “Andrés Herrera Vega” del complejo hospitalario, de igual forma solicitamos la ayuda de los médicos que llevaban los casos a fin de remitirlos para una revisión psicológica ya que, en uno de los casos, la familia de la madre manifestaba que la misma no tenía la capacidad ni física, ni económica para poder tener a sus hijos.

Así mismo, las familias de los niños que se encuentran hospitalizados en este complejo, presentan inconvenientes para poder acceder a los servicios de lavandería ya que la sala destinada para el uso de las lavadoras, tiene una filtración importante que imposibilita el uso de las mismas, la filtración desemboca en el Departamento de Fibrosis Quística.

Por lo cual las familias de los pacientes que necesitan lavar la ropa utilizada por éstos en el hospital, son remitidos a los trabajadores sociales para que los orienten acerca de las normas hospitalarias, debido a que lavan la ropa en los baños del hospital y las tienden en los pasillos; es importante resaltar que entre las normas de estadía en el nosocomio se encuentra terminantemente prohibido lavar ropa en los baños pero, en ocasiones, esta es la única solución que encuentran los pacientes y sus familiares.

Pudimos notar que es común que los familiares de los pacientes soliciten algún tipo de información adicional que puede estar desligada de la condición o enfermedad que los mantiene en el centro hospitalario, por ejemplo muchas madres solicitan información sobre la esterilización

quirúrgica, para evitar posibles embarazos no deseados, para esto es necesario contar con información de primera mano que nos permita prestar la asesoría adecuada y canalizar estos casos con el Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Posterior a ésto, se hizo ineludible nuestra intervención en las diferentes revistas médicas que se realizan en horas tempranas en el centro hospitalario; esto responde a la necesidad de realizar dinámicas grupales y sesiones educativas que nos permitieran resolver algunos casos de convivencia en las salas de hospitalización. Los temas fueron múltiples, entre los que destacan: normas de higiene y permanencia, dentro de éstas abordamos los reglamentos del hospital, buenas costumbres y cooperación entre todas las personas que permanecían en las salas ya que los médicos informaron que existían ciertas riñas entre las familias y al abordarlas se pudo observar que, en la mayoría de los casos, se debía a problemas de comunicación que fueron solucionadas mediante la aplicación de técnicas para la resolución de conflictos.

En muchos casos utilizamos la facilitación como primer paso para identificar el conflicto y sus posibles soluciones, luego la mediación en donde se realizó un proceso de negociación entre las partes involucradas y el arbitraje en donde las personas involucradas realizaban el relato sobre el tema que les aquejaba; gracias a esto, contamos con una buena receptividad por parte del personal que labora en el área de pediatría y de los familiares de los pacientes.

En estos abordajes salieron a relucir temas muy importantes como el abandono infantil o la imposibilidad de tener a los niños en casa de sus padres, bien sea por no contar con las condiciones necesarias para garantizar su pronta recuperación o simplemente porque uno de los familiares manifestaba que los niños no tenían la atención adecuada, abordamos problemas de farmacodependencia, drogadicción, prostitución, entre otros, dentro del hogar, por lo cual muchos de estos

casos fueron remitidos al Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescente (CPNNA) correspondiente a su lugar de residencia, pero esto no fue tarea fácil ya que nos encontramos con mucho hermetismo al momento de remitir los casos, falta de información por parte de los funcionarios del CPNNA y, si bien es cierto que los padres deben realizar los trámites, sería de gran ayuda contar con alguna información complementaria que nos ayude a orientar estos casos y a sus participantes.

Así como estas situaciones, tuvimos pacientes (niños y niñas) que son dejados en el hospital (abandonados) y el personal de salud informa la situación a los trabajadores sociales, cuando esto sucede se hace todo lo posible por localizar a los familiares del paciente, muchos de estos familiares al ser contactados exponen los motivos por los cuales no pueden tener a los pacientes en casa y muchos otros familiares no son localizados, por lo tanto es pertinencia de los trabajadores sociales que laboran en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” canalizar la situación a través del Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescente para que este ente los ubique según dictamen del juez.

Se abordó el caso de paciente hospitalizado en pediatría II de 17 años de edad que se encuentra momentáneamente en el hospital con diagnóstico de VIH adquirido desde su nacimiento (ambos padres eran portadores y fallecieron) y sus familiares no se pueden hacer cargo del adolescente.

Luego de conversar con sus tías quienes lo atendieron durante un tiempo, manifestaron su voluntad de recluirlo en una casa de acogida por lo cual nos comunicamos vía telefónica con una de ellas, la Casa Hogar Niños de la Luz, ubicada en Los Valles del Tuy, a las afueras de Caracas y las tías del paciente coordinaron todo lo referente a los permisos necesarios para hacer el traslado, de igual forma se conversó con los

médicos que llevan el caso a fin de verificar la evolución del mismo y cómo tramitar sus antirretrovirales para el momento que se le dé el alta.

Así como en todas las semanas que estuvimos realizando el proceso de pasantías, la morbilidad era actualizada los días lunes y viernes, gracias a ésto podíamos comprobar cuáles pacientes habían sido dados de alta y cuáles habían ingresado recientemente, ésto con la finalidad de canalizar alguna necesidad especial como las órdenes de comensal, las mismas se llevan hasta el Departamento de Nutrición y Dietética. Se conversó con la coordinadora de este Departamento la cual nos indicó que sólo había cupo para 25 órdenes de comensal para familiares o representantes de pacientes por lo cual se hace hincapié en otorgarle el beneficio a las personas que realmente lo ameriten, ya que la salida de algún paciente indicaba el ingreso de otro a este sistema de alimentación.

Culminando esta fase realizamos el proyecto para el abordaje de las familias del Refugio Líder, ubicado en el sector La Yaguara, Parroquia Antímano.

El mismo es un galpón que anteriormente pertenecía a la empresa FEMSA - Coca-Cola y que actualmente pertenece a la Alcaldía de Caracas, en él se encuentran 14 familias (*ver data de las mismas en el anexo nº 7*), tuvimos la oportunidad de entrevistar a la vocera principal del refugio, quien nos suministró datos importantes para la elaboración del proyecto, entre estos datos obtuvimos:

- Cronología de acontecimientos importantes en el refugio.
- Listado de los niños escolarizados.
- Listado de los niños por edad.
- Personas con algún problema de salud.
- Personas con síntomas de tuberculosis.

- Talla y peso de los niños que presentan problemas de salud (para ser canalizados a través del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano CANIA).
- Listado de personas inscritas en la Gran Misión Vivienda Venezuela. (38 personas inscritas aproximadamente. Información suministrada por la vocera principal)

Esta información nos sirvió para verificar los problemas latentes en el recinto, sin embargo el proyecto busca promocionar buenas prácticas en materia de salud para los habitantes del refugio y sus familiares cercanos, el mismo se encuentra en ejecución desde el mes de abril por parte de los estudiantes de Servicio Comunitario de la Escuela de Trabajo Social.

Para el lunes 28 de marzo se da comienzo a las actividades conmemorativas de la semana de la prevención de la Tuberculosis, se realizó un conversatorio en el cual se tocaron tópicos importantes sobre los avances en materia de tuberculosis en el país y en el mundo, las ponencias fueron realizadas por la doctora Zhenia Fuentes, quien dirige el Postgrado de Neumología Clínica, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, la doctora Verónica Torrealba, neumopediatra adjunta del Departamento de Pediatría, y la licenciada Selexcia Dun, trabajadora social del Programa Distrital de Tuberculosis del Distrito Sanitario N° 3, quien nos habló sobre las competencias de los trabajadores sociales en materia de Tuberculosis.

Seguidamente, el día miércoles 30 de marzo de 2016, se realizó la caminata para la prevención de la Tuberculosis o anti-tuberculosa siendo la salida y llegada del mismo la entrada de la División Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, sede del Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, el ejercicio fue organizado en conjunto con el Programa Nacional de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias y se contó con la participación de trabajadores del hospital, algunos pacientes y familiares de los mismos. Se clausuró la actividad

consumiendo un refrigerio de frutas mixtas y agradeciendo la participación de todos los actores sociales involucrados.

Para finalizar esta semana se realizaron jornadas educativas en las estaciones del Metro más cercanas al hospital, estas son Antímamo, Carapita y La Yaguara, en las mismas se hizo entrega de material informativo sobre la tuberculosis, cómo detectarla y sus formas de contagio.

El día viernes 15 de abril de 2016, se asistió al Taller *Sistematización de Experiencias* dictado por el Profesor José Ibarra (tutor académico), en las instalaciones del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, donde participamos, junto los pasantes del Departamento Médico Quirúrgico “Simón Bolívar”, los pasantes de CANIA y los pasantes del Distrito Sanitario N°3, todos estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela, además participaron los técnicos comunitarios de CANIA (todos TSU en Trabajo Social), trabajadores sociales del hospital y del Distrito Sanitario n° 3. Este taller se realizó con la finalidad de aclarar todo lo referente a la sistematización de experiencias y poder plasmarlo en el informe de pasantías correspondiente.

4.3 Fase 3 – Proceso de culminación y cierre de pasantías.

En esta fase realizamos una serie de reuniones con nuestros tutores y los trabajadores sociales a fin de verificar cuáles casos abordados se podían cerrar y a cuáles se les debía realizar seguimiento, de esta manera, pudimos culminar con éxito nuestro proceso práctico.

Objetivo: Finalizar las actividades establecidas por el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi, supervisadas por la Licenciada Evening Cartusciello (tutora institucional).

Fecha: Del 16 de Abril del 2016 al 2 de Junio del 2016.

Actividades:

- Actualización de la morbilidad semanal y asistencia en las diferentes salas de Pediatría.
- Reuniones con la tutora institucional Licenciada Evening Cartusciello sobre temas referentes a la entrega del presente informe.
- Reunión grupal para definir los pasos a seguir para la realización de la sistematización.
- Entrega de insumos y donaciones a los pacientes de las diferentes salas de Pediatría y área de emergencia del Departamento.
- Entrevistas a paciente y familiares de Pediatría V, para la realización de exámenes por descarte de tuberculosis y realización de nuevo protocolo por nuevo diagnóstico médico (VIH).
- Taller en Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA), referente a la evaluación nutricional integral del niño, niña y adolescente.
- Búsqueda de información en el Departamento de Estadística para la elaboración del informe final de pasantías.

Descripción:

Para dar cierre a nuestras pasantías profesionales en el área de salud comenzamos por actualizar la morbilidad que veníamos realizando en las semanas anteriores, estas actualizaciones incorporan a los pacientes que se encontraban en el área de emergencia u observación y fueron trasladados al área de hospitalización, de igual manera, desincorporamos a todos aquellos que fueron dados de alta; es importante mencionar que esta actividad es la única que nos permite verificar día a día, el estado de los pacientes, nuevos diagnósticos y sus diferentes necesidades.

Posterior a ésto sostuvimos varias reuniones con nuestra tutora institucional con el fin de discutir varios temas inherentes a la realización

del presente informe, en estas reuniones discutimos las fechas de las entregas de los diferentes capítulos y cómo sería la estructuración de los mismos, dando forma desde las diferentes reuniones que, como grupo, sostuvimos, además de la presentación del mismo a todos los trabajadores sociales adscritos a la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud.

Las reuniones del grupo de pasantes se realizaron en el complejo hospitalario, dado a que teníamos las condiciones necesarias para afinar todos los detalles de las diferentes entregas que realizamos a nuestros tutores, de igual manera no se descuidaba el trabajo y acompañamiento que veníamos realizando con los pacientes y sus familias.

Dándole cierre a los diferentes abordajes familiares que realizamos, *el viernes 27 de abril*, trabajamos con el caso familiar de un paciente de Pediatría I, donde todos sus miembros presentaba problemas de salud y fueron atendidos desde el complejo hospitalario, en estos abordajes se pudo conocer que uno de los tíos de la paciente, un adulto de 42 años de edad, vive en unión estable de hecho con su pareja (una menor de edad), tienen una niña de 3 meses de nacida. Los tres viven en el hogar materno de él.

Esta familia, al igual que muchas de las que se encontraban en las diferentes pediátrías, contarón con la ayuda de los donativos realizados de la mano de la Asociación Católica Hermanas de Jesús.

El día lunes 2 de mayo se entrevistó a la madre de un paciente de Pediatría IV, sobre la realización de exámenes médicos para descartar posible sospecha de Tuberculosis y se le realizó una entrevista de seguimiento por presentar un nuevo diagnóstico médico. El mismo indicó que tanto el niño, que era el sujeto de estudio, como su madre, son portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, por lo cual se realizó el abordaje familiar pertinente a fin de canalizar todo su tratamiento y disipar dudas sobre el tema.

Luego, *para el día viernes 13 de mayo*, asistimos a un taller en el Centro de Atención Nutricional Infantil de Antímano (CANIA), sobre la evaluación integral de los infantes en materia nutricional, esto de cara a la problemática alimentaria que se está viviendo en el país. El mismo fue facilitado por el equipo multidisciplinario del centro (pediatra, trabajadora social, psicóloga y nutricionista), donde se tocaron temas inherentes a la malnutrición en Venezuela y cómo se puede realizar la sustitución de los alimentos a fin de poder llevar una alimentación balanceada y cubrir los requerimientos diarios de los infantes.

Por último, realizamos una visita a la Unidad de Estadísticas del Departamento de Pediatría a fin de obtener los datos de los pacientes atendidos en el año 2015 y cuáles fueron los motivos por los cuales ingresaron. (*Véase anexo N° 3*).

CAPÍTULO V

INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA RECONSTRUIDA

La siguiente sección da cuenta de la interpretación crítica de la práctica ya reconstruida, de esta manera Sandoval citando a Jara (2005) explica que

Aquí se interpretan los procesos que se fueron generando, las relaciones entre los mismos; qué aspectos fueron facilitadores, cuáles obstaculizadores; cuáles fueron internos, cuáles fueron externos; cuáles incidieron positiva o negativamente y por qué. Las tensiones y contradicciones que se dieron, en el nivel individual, grupal, institucional o social; cómo se afrontaron, las personas que participaron. Cómo se dieron las relaciones entre ellas, con la institución y con los beneficiarios...En resumen, se trata de ver de manera global, las secuencias y la lógica con que se fueron dando las variaciones. (Pág. 153).

Según lo antes expuesto, este apartado expone todos los aspectos positivos y negativos que enmarcaron nuestro proceso de pasantías, es decir, aquí veremos reflejados todos aquellos elementos que ayudaron o retrasaron nuestro proceso de pasantías.

Es importante señalar que este capítulo será dividido en tres fases, las mismas con las que cuenta el capítulo IV, de esta manera podremos hacer un análisis crítico de todos los aspectos que impulsaron o retrasaron nuestra praxis.

Para iniciar, en la primera fase, realizamos un recorrido por las instalaciones del complejo hospitalario, esto nos permitió conocer las condiciones en las cuales se encuentra el mismo, tanto a nivel de infraestructura como de personal. En cuanto a estos aspectos, es notorio que se necesita una reforma a nivel institucional debido a que las

condiciones en las cuales se encuentran muchas de sus dependencias, no son las más favorables para albergar pacientes con enfermedades respiratorias, hablaremos más específicamente del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Se pudo vislumbrar que el complejo hospitalario no escapa de la desidia en la que se encuentran la mayoría de los centros de salud del país, se pudieron identificar problemas de filtraciones fuertes en el área de Terapia Intensiva y Fibrosis Quística, lo que imposibilita la atención adecuada ya que los techos y paredes se encuentran con moho, siendo atendidos así los pacientes con enfermedades respiratorias severas, lo que se traduce en más complicaciones de salud y adquisición de nuevas patologías.

Adicional a esto, los insumos médicos quirúrgicos llegan con escasa regularidad, por lo cual los pacientes y familiares recluidos en el complejo hospitalario se ven en la obligación de adquirirlos por fuera, lo que incrementa el costo de los tratamientos; es importante mencionar que este centro hospitalario es de referencia nacional en cuanto a enfermedades respiratorias, por lo tanto no sólo se reciben personas de la ciudad capital, con frecuencia encontramos pacientes del interior del país que son remitidos por la imposibilidad de ser tratados en otros centros, esta situación conlleva a que la demanda del servicio sea alta y bajo condiciones poco favorables.

Observamos que el staff de médicos con el que se cuenta no está completo, traducándose esto en cargos vacantes aún a pesar de los concursos que apertura el Ministerio del Poder Popular para la Salud; el Departamento de Pediatría tiene en su plantilla médicos residentes, neumopediatras, pediatras, terapeutas respiratorios y un solo anestesiólogo, lo que retrasa de forma severa las intervenciones quirúrgicas que, en muchos casos, son urgentes y las fechas de las mismas son reprogramadas una y otra vez, a esto se le suma el problema

latente con respecto al agua potable, el servicio es irregular por lo cual se torna complicado albergar una gran cantidad de pacientes dado a que las condiciones sanitarias no son las más adecuadas.

Este Departamento recibió una remodelación completa a partir del año 2007, lo que llevó a que el mismo estuviera cerrado alrededor de 7 años, siendo el punto de partida solucionar problemas con las tuberías de las aguas servidas, las cuales se desbordaban constantemente, contaminando las áreas del hospital.

Según información del Departamento de Registro y Control Estadístico del complejo hospitalario, la administración de este servicio en camas se observa en la siguiente tabla:

Tabla N° 3 Camas del Complejo Hospitalario

Camas	Pediatría	UTI	Total
Camas Arquitectónicas	194	5	199
Camas Presupuestadas	144	0	144
Capacidad Real	87	5	92

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

Se concluye que es necesario incrementar el personal médico, de enfermería, incluso de Trabajo Social, en función del número de camas presupuestadas para así brindar una atención de calidad a los pacientes hospitalizados.

Pudimos notar que en el área de emergencias de este Departamento (cabe destacar que es el único establecimiento del complejo hospitalario con área de emergencia) los familiares y pacientes pueden pasar horas antes de ser atendidos y de igual manera para hacerlo, es necesario que vengan remitidos por algún otro centro de salud, lo que torna la atención más lenta.

En la segunda fase, se comenzaron a realizar las órdenes de comensal, siendo preocupante que sólo existen 25 cupos disponibles para las comidas de los familiares de los infantes hospitalizados, en función de la crisis alimenticia que vive el país, por este motivo se realiza una revisión periódica de las personas que acceden a este beneficio y como explicamos en el capítulo anterior, se toman en cuenta sólo a las personas que se encuentren muy lejos de su residencia, en su mayoría personas del interior del país y madres lactantes, ya que la prioridad es el paciente.

En esta fase de nuestro proceso de pasantías profesionales contamos con el apoyo de todos los trabajadores del complejo hospitalario, lo cual nos facilitó alcanzar los objetivos que teníamos planteados en cuanto a la ejecución de diferentes estrategias de abordaje familiar, tanto los trabajadores de la Unidad de Promoción para la Salud como el personal médico y de enfermería, se mostraron muy receptivos a las diferentes sugerencias y procesos que realizamos, fuimos un apoyo y trabajamos en grupo para facilitar los diferentes procesos que se viven día a día en el centro de salud. Siendo que la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud dentro del organigrama del hospital es un servicio de apoyo a los procesos médicos.

En cuanto al equipo médico, contamos con su valiosa colaboración al momento de realizar el conversatorio sobre los avances que se tienen en materia de tuberculosis, tanto en adultos como en infantes. En cuanto a la Dirección General del Hospital, facilitaron nuestra labor al permitirnos realizar las llamadas pertinentes para obtener los presupuestos necesarios para aquellos pacientes que así lo requerían. Es necesario acotar que el complejo hospitalario no cuenta con conexiones telefónicas internas en sus servicios, según el Coordinador Zonal de Promoción para la Salud, desde el año 2006 las mismas no funcionan y solo algunas oficinas tienen telefonía fija.

Sin embargo, consideramos importante mencionar que no contamos con los recursos necesarios para cumplir con todas nuestras labores y en ocasiones la realización de las mismas se vio muy atropellada, podríamos tomar como ejemplo que los diferentes departamentos no cuentan con insumos de oficina vitales como una impresora en buen estado, por esto muchos de los documentos que necesitábamos para registrar nuestras labores, se reprodujeron por fuera o se realizaron a mano, lo que tornaba la información un tanto confusa y lenta.

Adicional a esto, muchos de los formatos que se usaron de forma recurrente como los protocolos sociales y el informe mensual, tenían múltiples versiones y al momento de utilizarlos debíamos consultar muchas veces antes de levantar la información necesaria, en ocasiones debíamos recurrir a otras instancias para percatarnos de cuál era el formato adecuado y no tener que repetir la información. En palabras del Coordinador Zonal, los equipos de oficina del complejo hospitalario están obsoletos y no se actualizan desde el año 2002 aproximadamente, la Coordinación Zonal tiene asignadas dos fotocopadoras, ambas dañadas desde el año 2010, siendo ésta una realidad constante en el centro de salud. Esto explica que en los distintos servicios hagan uso de formatos de administraciones anteriores y que en ocasiones no coincidan.

Para finalizar nuestra praxis, hablaremos sobre las diferentes reuniones que sostuvimos con nuestros tutores, personal del hospital y grupo de pasantes, esto enmarcó la tercera fase de nuestra sistematización de experiencias. En la misma, contamos con un espacio que nos cedió nuestra tutora institucional para reunirnos como equipos de pasantes a fin de planificar, diseñar y evaluar los diferentes procesos y proyectos que se llevaron a cabo dentro y fuera del centro hospitalario.

Es importante destacar que gracias a la ayuda de todas las personas que, de una u otra forma, nos apoyaron en todo este proceso, se pudieron cumplir las metas trazadas y pudimos ampliar nuestro conocimiento

teórico – práctico a través del abordaje de casos específicos, la observación participante, la orientación familiar, entre muchos otros, ese es el quehacer del trabajador social, intervenir la realidad social con el fin de generar bienestar y calidad de vida a través del abordaje individual, familiar y comunitario, haciendo que las personas sean partícipes de su propio cambio, entendiendo que los seres humanos somos seres bio-psico-sociales y respondemos a estímulos biológicos, psicológicos y sociales, por ende, el término salud no solo significa la ausencia de enfermedades.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

En este capítulo al cual hemos llamado conclusiones, Sandoval cita a Jara (2005) indicando que las conclusiones prácticas son “...enseñanzas que se desprenden directamente de la práctica y que ayudarán a mejorar futuras prácticas, tanto propias como ajenas” (Pág.155).

Este apartado contiene los aprendizajes que obtuvimos durante nuestro proceso práctico, de igual manera nos permite reflexionar y perfeccionar las experiencias posteriores, es así como Sandoval (2005) nos indica que, en las conclusiones se debe plasmar “... qué se logró, qué no se logró, y qué se logró que no estaba contemplado, y por qué” (Pág. 154).

Como mencionamos en los párrafos anteriores, indicamos que estas conclusiones partirán de las tres fases en la cuales se llevó a cabo la sistematización de nuestras pasantías profesionales en el complejo hospitalario.

En nuestra primera fase a la cual denominamos: ***Inserción al proceso de pasantías profesionales***, realizamos el primer acercamiento práctico al área de salud, de esta manera pudimos observar cómo se viene desarrollando el abordaje de los diferentes casos que ingresan al hospital y muy específicamente en el Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Es así como, a través de la observación de estas actividades, pudimos notar que existen deficiencias al momento de realizarle seguimiento a los casos abordados, bien sea porque la información no se transmite en el momento idóneo o porque muchas de las entrevistas no se registran como deberían, es decir, existe una disparidad entre los formatos que se manejan en las diferentes Unidades de Promoción para la Salud, lo que

imposibilita que se maneje una información uniforme y exacta. Este es el resultado de no contar con equipos que permitan la reproducción de los formatos actualizados y por tal motivo se hace uso de formatos, inclusive de hace 15 años, no se cuenta con material de oficina para reproducir formatos nuevos y los departamentos de reproducción tanto del hospital como de la Secretaría de Salud no tienen insumos.

En nuestra segunda fase a la cual llamamos: ***Educación e investigación en materia de salud***, tuvimos la oportunidad de abordar casos tanto individuales como familiares, dándole cumplimiento a nuestros objetivos específicos y generales, para esto se plantearon actividades que nos permitieron desarrollar nuestro proceso práctico.

De esta manera, logramos un impacto positivo en el Departamento de Pediatría ya que fungimos como apoyo, dado el déficit de personal que existía, para ese momento, en la Unidad de Promoción para la Salud, así mismo logramos la integración con el equipo de salud, todos unidos con un solo fin: velar por el bienestar de los niños que son atendidos en el departamento.

Asimismo, con el pasar de los días comprendimos la importancia de nuestra labor dado a que conformamos, junto con los trabajadores sociales del departamento, un equipo que nos permitió solventar los inconvenientes que se presentaron a lo largo de todo nuestro proceso práctico.

Como se ha podido notar, para poder cumplir con los objetivos trazados en estas dos primeras fases los cuales fueron:

Objetivo de la fase 1 - Establecer el primer acercamiento del grupo de pasantías profesionales de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela 2016 al Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” específicamente en la Unidad de Promoción para La Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Objetivo de la fase 2 - Establecer las estrategias de abordaje que serán aplicadas en función de los diagnósticos médicos-sociales realizados en las salas de hospitalización del Departamento Pediátrico “Luisa Cáceres de Arismendi”.

Fue necesario pasar por un proceso de reconocimiento e integración, en el cual no estimábamos tener toda la receptividad manifestada por parte del personal que hace vida en este complejo hospitalario, ni con la gran participación que se tuvo al momento de realizar las actividades en conmemoración de la semana de la tuberculosis, lo cual nos dio ánimos para seguir trabajando por y para las personas que se encuentran laborando en el hospital, los pacientes y toda la comunidad.

En nuestra tercera fase, la cual comprende el: ***proceso de culminación y cierre de pasantías***, realizamos un seguimiento de las actividades que habíamos realizado, con la intención de cerrar el proceso de la mejor manera.

Para esto contamos con el apoyo de los trabajadores sociales del Departamento de Pediatría, a quienes se les solicitó la tarea de efectuar los diferentes abordajes y actividades que restaban en cuando a los pacientes hospitalizados y sus familias.

Como pasantes pudimos observar, en el área social, que todas las actividades que fueron realizadas con el fin de concientizar e informar a la población sobre tópicos de salud, a través de la realización de sesiones educativas, entregas de material informativo y abordajes individuales y familiares, tuvieron gran receptividad por parte de todos los sujetos de atención y fueron muy efectivas.

De igual manera dimos a conocer, a través de las sesiones educativas y las orientaciones a la población, la existencia de la Unidad de Promoción para la Salud ubicada en el Departamento de Pediatría “Luisa

Cáceres de Arismendi”, además de brindarles a los usuarios contención psicosocial en todo el proceso de hospitalización y de diagnóstico.

De esta misma manera, consideramos importante reflexionar que, para que el trabajador social pueda desarrollar sus diferentes roles y de esta manera ampliar su quehacer profesional, es necesario que cuente con diferentes habilidades y estrategias que le permitan abordar la realidad social, entre éstas destacamos el desarrollo de la capacidad creativa, crítica y organizacional, capacidad de trabajar en equipo, saber orientar, escuchar, educar y sobretodo ser capaz de generar cambios que le permitan a las personas afectadas ser los garantes de su propio bienestar, esto se realiza a través del empoderamiento y desarrollo de sus capacidades como lo son, la toma oportuna de decisiones y el desarrollo del sentido de pertenencia.

CAPÍTULO VII

PROSPECTIVAS

El siguiente capítulo hace referencia a la prospectiva y socialización de nuestro proceso de pasantías profesionales, de tal manera que, como lo explica Sandoval citando a Peresson (2005) este apartado hace referencia a

¿Cómo se puede transformar esta práctica para lograr mejores resultados? Con base en las enseñanzas que se obtuvieron, ¿qué perspectivas se abren para plantear nuevas alternativas para generar una nueva práctica más rica y eficaz? ¿Qué decisiones se pueden tomar para mejorar la práctica? Es decir: ¿qué sugerencias y recomendaciones se pueden hacer para el mejoramiento de la práctica? ¿Qué elementos de la práctica se deben dejar de lado y cuáles se deben consolidar? ¿Cuáles se deben innovar y cuáles se deben crear? ¿Cuáles deben ser los nuevos ejes estructuradores de la práctica? ¿Cómo se deben reformular los objetivos? ¿Cuáles deben ser las nuevas estrategias metodológicas? (Pág. 155)

Es decir, las prospectivas representan las recomendaciones y sugerencias que se realizan desde el grupo de pasantías profesionales para mejorar la atención que se realiza en la Unidad de Promoción para la Salud del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi” del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”, esto se realiza con base en todas las observaciones y procedimientos que se llevaron a cabo durante el proceso de pasantías profesionales.

De igual manera, estas sugerencias y recomendaciones serán divididas en 2 renglones en las cuales damos una mirada crítica al Complejo Hospitalario y a la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Venezuela.

Al Hospital General Dr. José Ignacio Baldó:

- Equipar La Coordinación Zonal de Promoción para la Salud y sus unidades adscritas con diferentes materiales y equipos de oficinas tales como: hojas, lápices, borradores, bolígrafos, correctores, escáner, impresoras, fax, teléfonos, entre otros implementos que permitan un desenvolvimiento eficaz de las tareas diarias.
- Se sugiere tener un stand (puesto) itinerante en donde los usuarios, pacientes y familiares de los mismos puedan tener acceso a la información que necesiten en el momento oportuno como por ejemplo: las normas hospitalarias, trámites administrativos y sociales, horarios de atención de la unidad, requisitos necesarios para el retiro de medicamentos, exámenes, estudios, entre otros, debido a que existe una prohibición que viene desde la Dirección del complejo hospitalario, en la cual se prohíbe pegar rotafolios o carteleras en las paredes.
- Motivar a la comunidad de Antímano y a los usuarios que visitan el centro hospitalario a través de la radio comunitaria y los consejos comunales, para que participen de forma activa en las jornadas de salud que se realizan en las diferentes estaciones del Metro y paradas de autobuses, en cuanto a tópicos de salud.
- Instalar internet en todas las áreas del hospital, así como líneas telefónicas internas con el fin de agilizar procesos y búsqueda de información relevante. Esto se resumiría en una atención más rápida, eficaz y oportuna.
- Otorgar a la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud un transporte que les permita realizar las visitas domiciliarias e institucionales correspondientes.
- Suministrar a los pasantes un aporte económico que incentive a los estudiantes y facilite el desarrollo de las pasantías profesionales, tal como lo indica la Ley Nacional de Juventud en su **Artículo 36** *“El Estado, a través del órgano rector de la juventud, establecerá*

los mecanismos pertinentes para que los jóvenes y las jóvenes tengan acceso al régimen de pasantías remuneradas como parte de su primera experiencia laboral”. (Pág. 6).

A la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela:

- Sugerimos fortalecer los lazos y relaciones con las diferentes instituciones públicas y privadas para poder otorgar a los estudiantes un amplio campo laboral para el desarrollo de su praxis.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRAFICAS

Ander-Egg, E. (1984). *El desafío de la reconceptualización*. Buenos Aires: Hvmánitas.

Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen.

Ander-Egg, E. (2004). *Léxico del trabajo social y los servicios sociales*. Buenos Aires: Lumen Humanistas.

Ander-egg Ezequiel (1995) *Técnicas de Investigación Social* (24^a ed.). Argentina: Lumen.

Balestrini, M. (2001). *Metodología de la investigación* (5 ed.). Caracas: BL Consultores Asociados.

Barroso Manuel (1997) *La Experiencia de Ser Familia*. Editorial Pomaire.

Curiel, B. J. (1990). Reseña histórica del Hospital General "Dr. José Ignacio Baldó". En B. J. Curiel. Caracas.

Eroles Carlos (2001) *Familia y Trabajo Social. Un Enfoque Clínico e Interdisciplinario de la Intervención Profesional*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Franco Y. Sifontes R. (2009). *Las Políticas Públicas en Venezuela (2000-2009)*. Cumaná. Venezuela.

Gámez, M. E Ibarra J. (2007). *La práctica de los Yerbateros del Barrio el Tamarindo de la parroquia el Valle. ¿Una opción de salud?* Caracas, Venezuela.

Ibarra, J. (Abril de 2016). Reseña Historica del Hospital General Dr. José Ignacio Baldó. (G. Gomez, Entrevistador) 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.

Martinez, M. (1977). *Mision historica del trabajo social en Venezuela* (1 ed.). Caracas: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.

Martínez Miguélez, Miguel (1984) *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Caracas.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2009). *Plan Nacional de Salud: Barrio Adentro rumbo al Sistema Público Nacional de Salud Bolivariana*. Caracas, Venezuela: Autor.

Ministerio de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, (1998) *Subsecretaria de la Planificación de la Salud: Trabajo Social en Salud*. Buenos Aires, Argentina. Autor.

Moreno O. Alejandro (2004) *Familia Así Familia Asa*. Centro de Investigaciones Populares. Caracas.

Moreno O. Alejandro (2012) *La Familia Popular Venezolana*. Centro de Investigaciones Populares. Caracas.

Monasterios, R. L. (1987). *Estudio del caso familiar*. Caracas. Centro de Investigaciones Populares. Caracas.

Monasterios Rubén y Lthya (1987) *Estudio del Caso Familiar*. Producciones Lithya Marlano, C.A. Caracas-Venezuela.

Muerza Chocarro, A. (s.f). *Historia de Antímano para sus Habitantes*. Caracas:
Venezuela.

Payne, Malcolm (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. (1 ed). Buenos Aires: Paidós.

Sandoval, Antonio (2001) "Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social" Buenos Aires. Espacio Editorial.

Universidad Central de Venezuela (1994). *Reforma Curricular para la Escuela de Trabajo Social*. Caracas- Venezuela.

Velásquez, C. y. (2013). *Proceso de pasantías profesionales en el departamento de promoción para la salud, Hospital Dr. José Ignacio Baldó*. Caracas.

ELECTRÓNICAS

Ander-Egg, E. (31 de mayo de 2016). *Mi trabajo es social, blog de trabajo social*. Obtenido de <https://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2009/06/introduccion-al-trabajo-social-ezequiel-ander-egg.pdf>

Conceptos y aspectos sobre Sistematización (1991). Consulta 20 de julio 2016; [http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acotece/es/todosnumero/s/num 1/01_02/algdefsisistemiz.pdf](http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acotece/es/todosnumero/s/num%201/01_02/algdefsisistemiz.pdf).

Contexto social, (2012), Consulta 28 de julio 2016; <http://definicion.de/contexto-social/> Sectorización de la parroquia Antímano, (s.f.); Disponible en: <http://www.cania.org.ve/html/mapazonas.html> [Consulta 2016, 10 de Agosto].

Huamán, H (2005). *Manual de técnicas de investigación. Conceptos y aplicaciones*. [Libro en Línea] Lima – Perú: Editorial IPLADEES

S.A.C. Disponible en: <http://es.slideshare.net/ipladees/manual-detecnicas-de-investigacion> [Consulta 2016, Julio 12].

La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. (2007), Disponible en: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401121/diario_de_campo.pdf [Consulta 2016, 8 de Agosto].

Promocion de salud. (1986). Recuperado el 31 de mayo de 2016, de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

Ortíz, F (2004). *Diccionario de metodología de la investigación científica.* [Diccionario en Línea] México: Editorial Limusa. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?id=3G1fB5m3eGcC&pg=PA68&pg=PA68&dq=instrumento+ficha+resumen&source=bl&ots=2j21k6gEKk&sig=kebJSSdlheH1PuDDfnj89otBdWs&hl=es419&sa=X&ei=RKBbVYD7D4KxsATn6IB4&ved=0CDkQ6AEwCA#v=onepage&q=instrumento%20ficha%20resumen&f=false> [Consulta 2016, Agosto 20].

Reflexiones sobre el sistema de salud venezolano.(1984), Disponible en: <http://www.ccm.org.ve/archivos/documentos/REFLEXIONES%20SOBRE%20EL%20SISTEMA%20DE%20SALUD%20VENEZOLANO.pdf> [Consulta 2016, 12 de Julio].

JURÍDICAS

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°5.908, Febrero 19,1999.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. (LOPNA) (2015). Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.185 de fecha 08 de Junio del 2015.

Ley Nacional de la Juventud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.540 de fecha 13 de Noviembre de 2014.

Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36579 de fecha 11 de Noviembre de 1998.

Ley de Ejercicio del Trabajo Social. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.020 de fecha 19 de Septiembre de 2008.

ANEXOS

(Anexo N° 1) Fotografías de la actividad realizada con la Asociación Amigas de Jesús, Febrero 2015

Esta actividad fue realizada con la colaboración del personal de Pediatría y en el mismo se les hizo entrega a los pacientes de insumos como pañales, ropas, fórmulas lácteas, entre otros.



Es importante mencionar que las fotos de los niños fueron tomadas con el permiso de sus representantes, ya que la fiscal del Consejo de

Protección del Niño, Niña y adolescente así lo solicito para proteger la identidad de los mismos.

**(Anexo N° 2) Cronograma de actividades realizadas
durante la semana de prevención de la Tuberculosis en el
Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó”**

Gobierno Bolivariano de Venezuela | **Ministerio del Poder Popular para la Salud**

Hospital General Dr. José Ignacio Baldó
Semana de la Prevención de la Tuberculosis 2016
“Unidos para poner fin a la Tuberculosis”
24 de Marzo Día Mundial de la prevención de la Tuberculosis

El Departamento de Promoción para la Salud y la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela te invitan a participar en las actividades que se realizarán en el marco de la Semana de la Prevención de la Tuberculosis 2016

Lunes, 28 de marzo.

- Elaboración de carteleros por Servicios.
- Sesiones educativas en los diferentes servicios.

Martes, 29 de marzo.

- Conversatorio: “Avances en materia de Tuberculosis”
Hora de Inicio: 9:00am a 12:00m
Lugar: Auditorio del Departamento Médico Quirúrgico Simón Bolívar.

Miércoles, 30 de marzo.

- Caminata anti-tuberculosa.
Hora de Inicio: 8:30am
Lugar: Desde la División anti-tuberculosis hasta la entrada del Hospital.
Asiste con tu camisa blanca...

Viernes, 01 de Abril.

- Operativos en las estaciones del Metro: La Yaguara, Carapita y Antímano.

Este evento, contó con la participación de todo el personal que labora en el complejo hospitalario y fue planificado y organizado por los pasantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela conjuntamente con la Coordinación Zonal de Promoción para la Salud y sus unidades adscritas.

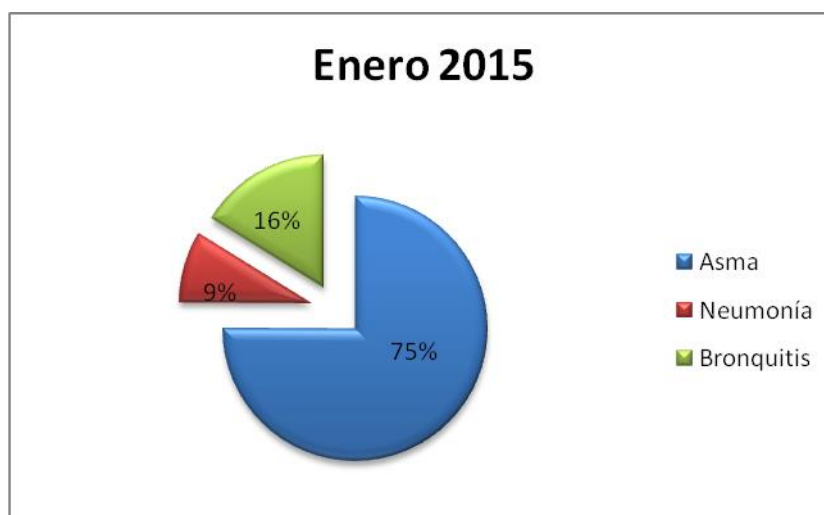
**(Anexo N° 3) Estadística del año 2015 desglosada por mes,
sobre enfermedades más comunes atendidas en el área de
pediatría.**

A continuación presentamos el resumen de los datos suministrados por la Unidad de Estadísticas del Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”. Estos datos recogen los casos que se atendieron en el año 2015, seleccionando las 3 patologías con las que tuvimos mayor acercamiento ya que fueron las más comunes, por lo tanto las que abordamos a profundidad.

Se tomó la data del año 2015 debido a que, hasta el momento de la culminación de nuestras pasantías profesionales, no se tenía un registro exacto de las estadísticas del año 2016.

(Anexo N° 3) Estadísticas de las enfermedades más comunes atendidas en el Departamento de Pediatría en el año 2015.

Gráfico N° 4 Enfermedades más comunes del mes de Enero

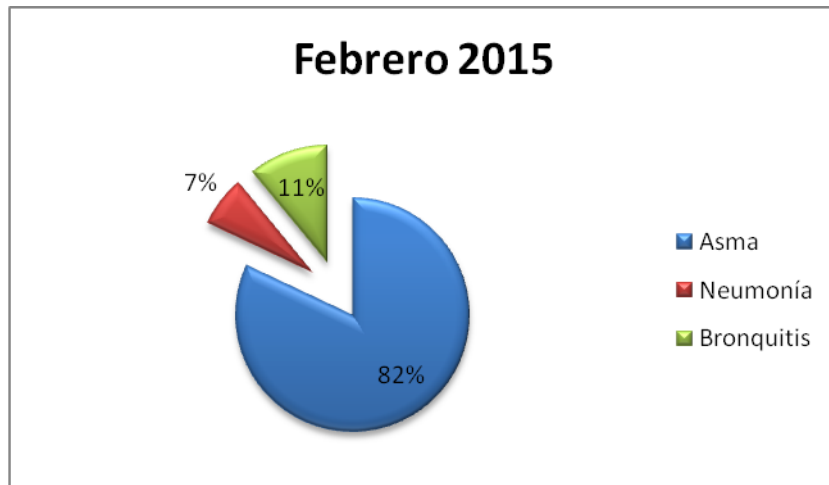


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	122	86	208
Bronquitis	20	25	45
Neumonía	13	11	24
Total de niños atendidos por sexo	155	122	277

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

Como podemos notar, tomamos como patologías más comunes al Asma, Bronquitis y Neumonía, por ser los casos más demandados y los más atendidos por la Unidad de Promoción para la Salud. En el grafico del mes de enero las patologías más atendidas fueron: Asma con un 79%, Bronquitis con un 12% y Neumonía con un 9%, dando un total del 100% de casos atendidos solo entre estas patologías.

Gráfico N° 5 Enfermedades más comunes del mes de Febrero

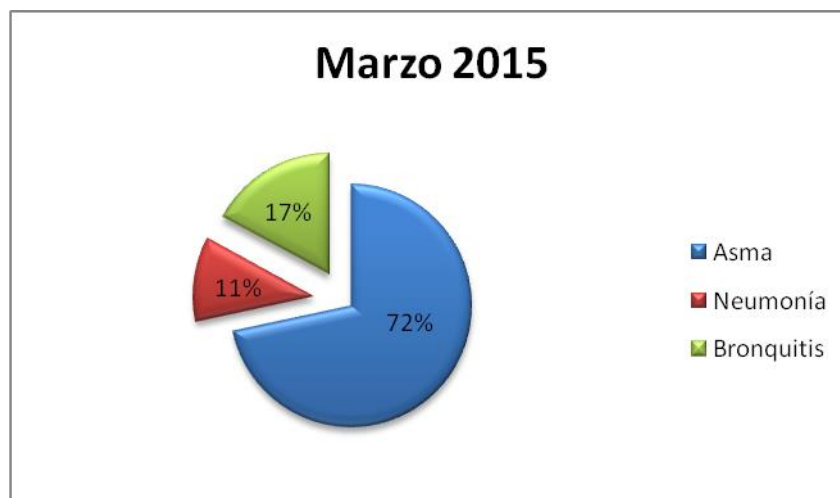


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	130	99	229
Bronquitis	15	17	32
Neumonía	9	10	19
Total de niños atendidos por sexo	154	126	280

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

Como se puede observar en esta gráfica, la patología más frecuente y por la cual ingresan un mayor número de niños al Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” es por Asma representando solo en el mes de febrero un 82% de los 280 niños atendidos que tomamos como muestra, en muchos casos, la familias de los niños no sabía que los mismos padecían de esta afección y en muchos otros, aun sabiendo que se debe tener especial cuidado, no controlan la enfermedad y, se sale de sus manos, por lo tanto se debe tener especial cuidado cuando se padece o sospecha de esta afección.

Gráfico N° 6 Enfermedades más comunes del mes de Mayo

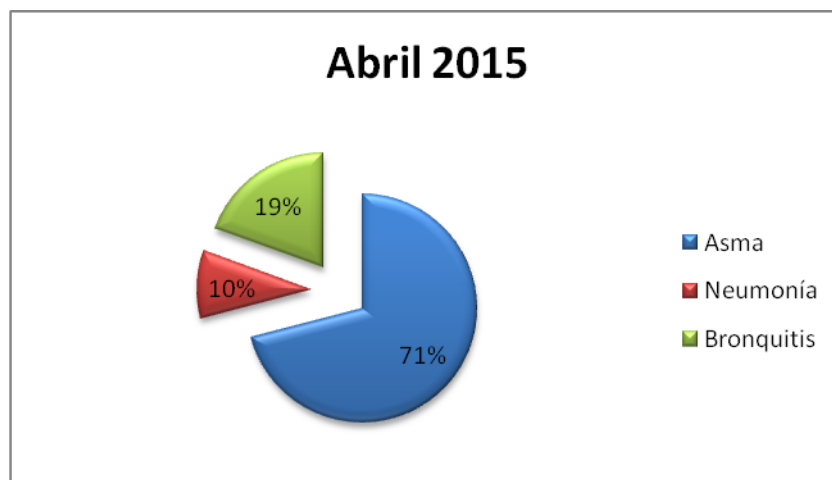


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	115	90	205
Bronquitis	25	24	49
Neumonía	11	21	32
Total de niños atendidos por sexo	151	135	286

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

En el mes de Marzo casi se duplicó la cantidad de niños que ingresaron al complejo hospitalario por presentar Bronquitis, representando un 17% de los 286 casos que tomamos como muestra, al igual que en los meses anteriores, es alarmante que se siguen atendiendo más niños que niñas.

Gráfico N° 7 Enfermedades más comunes del mes de Abril

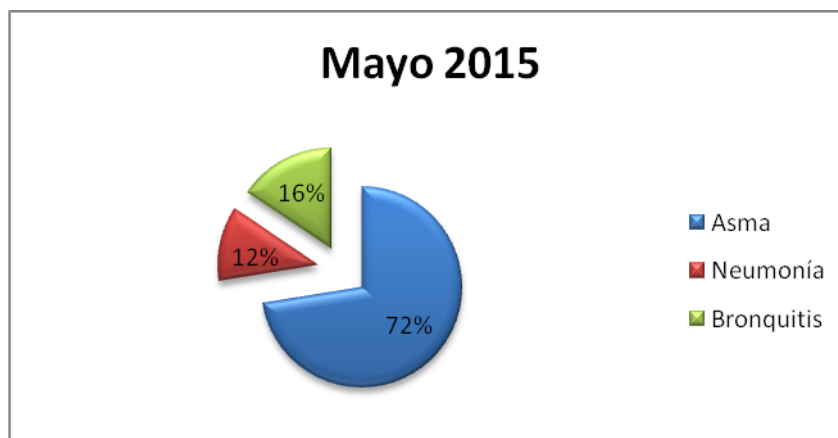


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	105	88	193
Bronquitis	53	24	77
Neumonía	26	12	38
Total de niños atendidos por sexo	184	124	308

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

Para el mes de Abril la cantidad de masculinos con neumonía se duplicó mientras que la cantidad de femeninas con la misma afección disminuyó con respecto al mes anterior, representando para el mes de Abril un 10% de los 308 casos que tomamos como muestra, aunque de igual manera podemos observar que se atendieron 26 niños más que en el mes anterior. En el caso de Bronquitis aumento un 2% con respecto al mes anterior y es alarmante ver que la población masculina fue la más afectada, aumentando esta, más de un 100% de los casos solo en esta patología y en este género.

Gráfico N° 8 Enfermedades más comunes del mes de Mayo

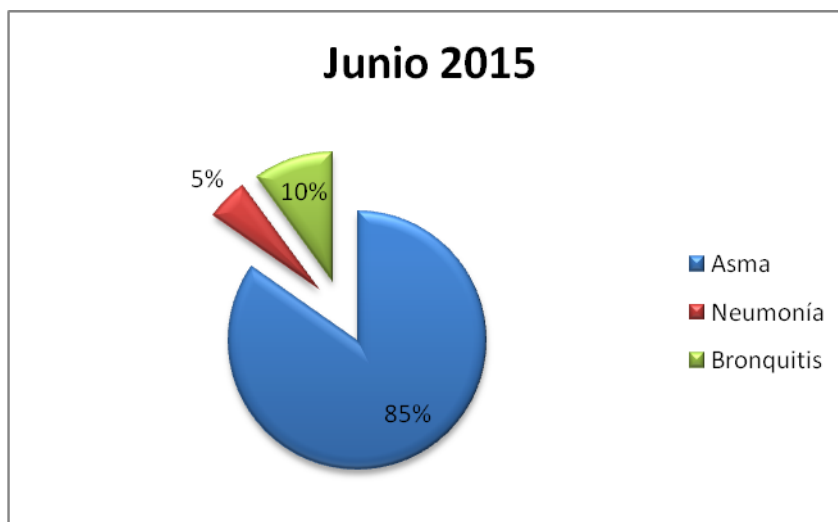


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	129	108	237
Bronquitis	28	23	51
Neumonía	18	21	39
Total de niños atendidos por sexo	175	152	327

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

En el mes de Mayo, la afección mas atendida de nuestra población muestra fue nuevamente Asma, representando un 72% de los 327 casos atendidos, en cuanto a Bronquitis se registró un descenso del 3% con respecto al mes anterior, situándose en un 16% y con respecto a los pacientes que ingresaron por Neumonía se pudo notar un incremento del 2%, situándose en un 12% en comparación con el 10% del mes anterior.

Gráfico N° 9 Enfermedades más comunes del mes de Junio

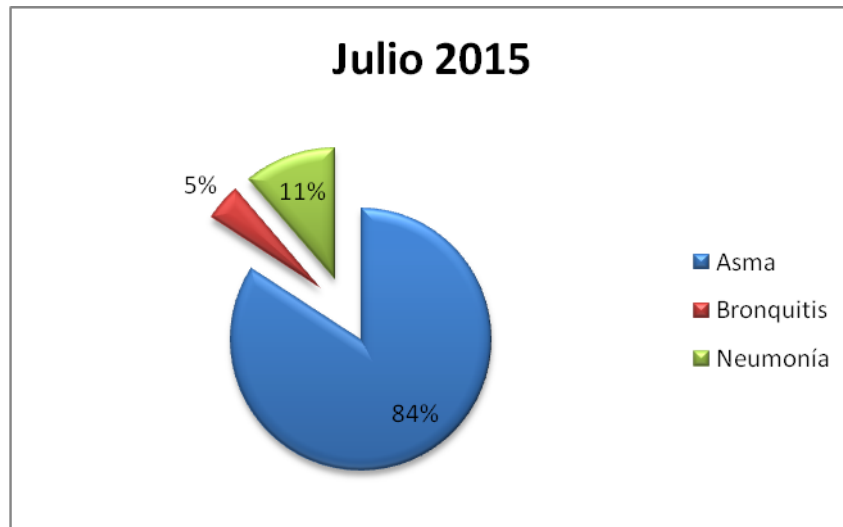


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	118	93	211
Bronquitis	25	16	41
Neumonía	7	6	13
Total de niños atendidos por sexo	150	115	265

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

Para el mes de Junio se pudo analizar que hubo un incremento del 13% de los niños que ingresaron al Departamento de Pediatría “Luisa Cáceres de Arismendi”, situándose en un 85% de nuestra población muestra que fue de 265 pacientes, de igual manera hubo una disminución de los casos que se atendieron en cuanto a Neumonía (5%) y Bronquitis (10%). En general se registró un descenso de 62 pacientes con respecto al mes de Mayo.

Gráfico N° 10 Enfermedades más comunes del mes de Julio

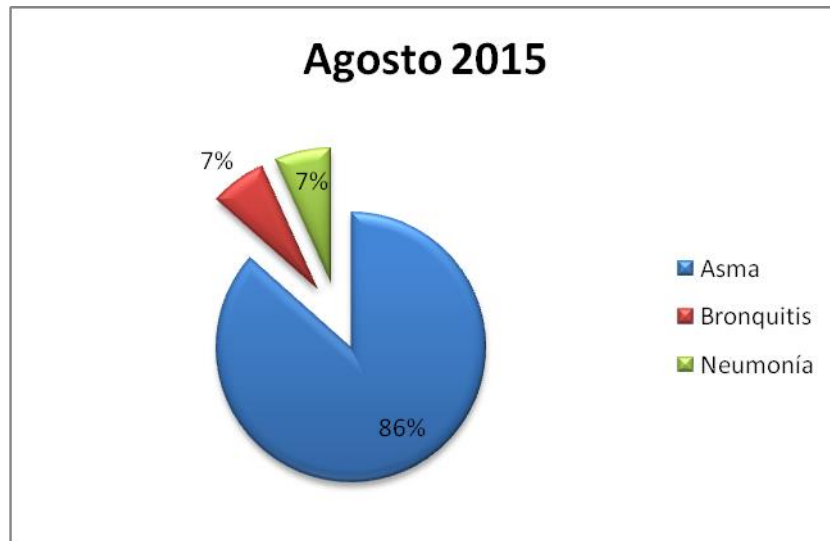


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	136	103	239
Bronquitis	9	4	13
Neumonía	13	19	32
Total de niños atendidos por sexo	158	126	284

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

Asimismo el mes de Julio no tuvo muchas variaciones porcentuales con respecto al mes de Junio, en cuanto a Bronquitis se mantuvo en un 5%, Neumonía subió un punto situándose en 11% y Asma se redujo un punto colocándose en 84%, sin embargo se atendieron 19 pacientes más.

Gráfico N° 11 Enfermedades más comunes del mes de Agosto

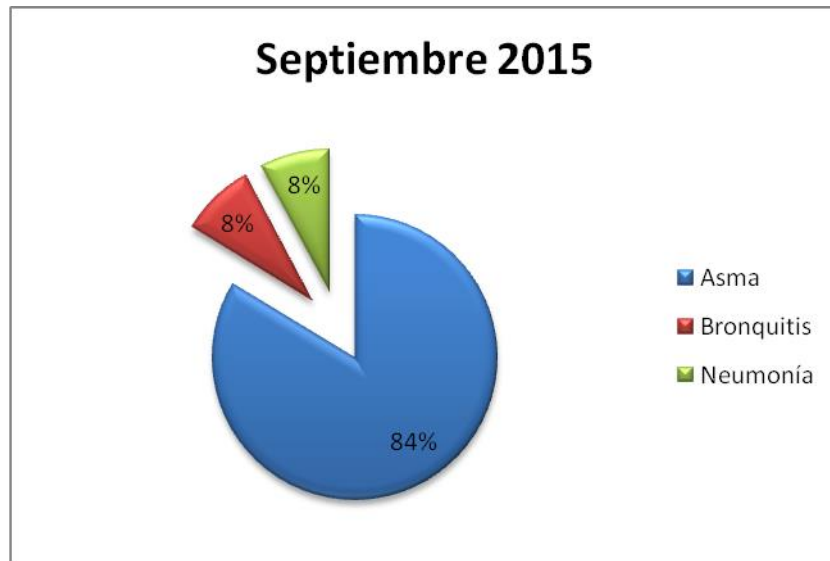


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	131	114	245
Bronquitis	17	12	29
Neumonía	14	5	19
Total de niños atendidos por sexo	162	131	293

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

En el mes de Agosto se atendieron casi las mismas cantidades de niños por afecciones como Bronquitis y Neumonía, colocándose cada una en un 7% con respecto a los 293 pacientes atendidos en todo el mes solo entre estas tres afecciones. Dejando así un 86% de casos solo atendidos por asma.

Gráfico N° 12 Enfermedades más comunes del mes de Septiembre

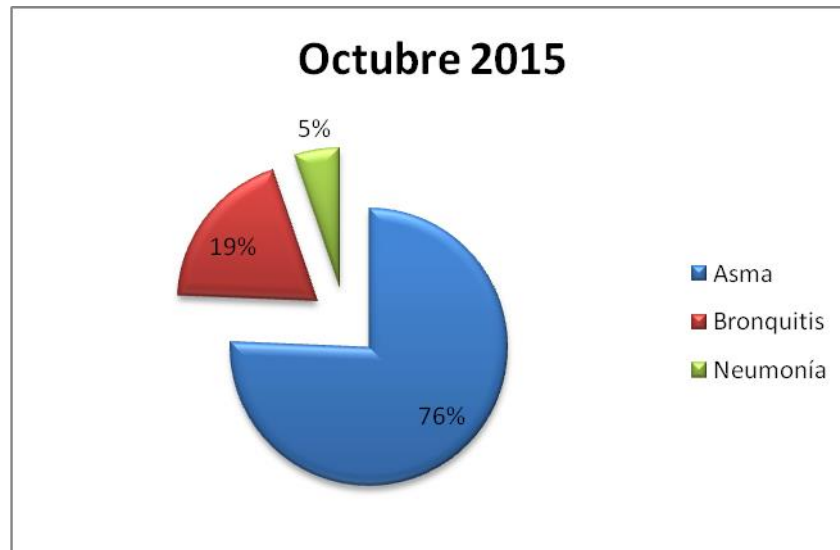


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	137	119	256
Bronquitis	17	9	26
Neumonía	14	10	24
Total de niños atendidos por sexo	168	138	306

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

En este mes nuestra población muestra incremento situándose en 306 pacientes contrarrestando los 293 del mes anterior, esto se tradujo en 84% de casos atendidos por Asma contra el 8% atendido por Bronquitis y Neumonía respectivamente. Se sigue notando mayor ingreso de pacientes masculinos que femeninos en este departamento.

Gráfico N° 13 Enfermedades más comunes del mes de Octubre

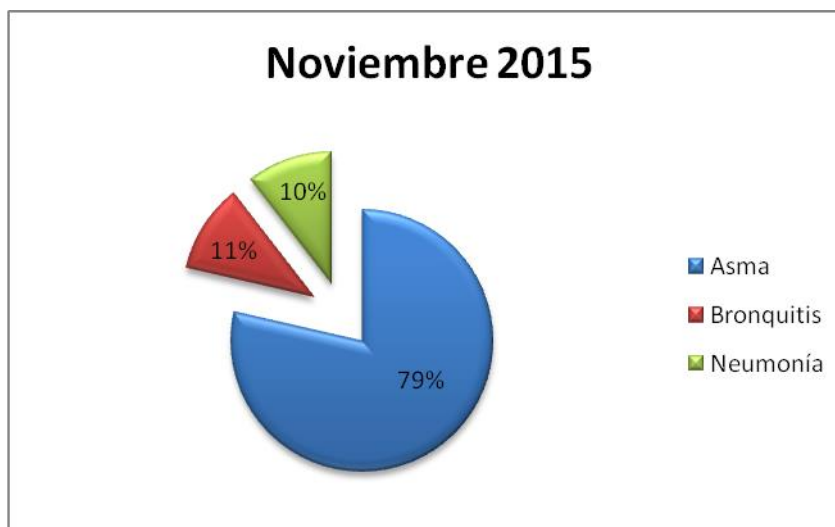


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	162	130	292
Bronquitis	30	44	74
Neumonía	13	7	20
Total de niños atendidos por sexo	205	181	386

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

De esta manera observamos que en el mes de Octubre disminuyeron la cantidad de casos atendidos por Asma colocándose en un 76% mientras que los casos observados por Bronquitis aumentaron 11% con respecto al mes anterior, situándose en un 19% y los casos que ingresaron por Neumonía disminuyeron hasta colocarse en un 5%.

Gráfico N° 14 Enfermedades más comunes del mes de Noviembre

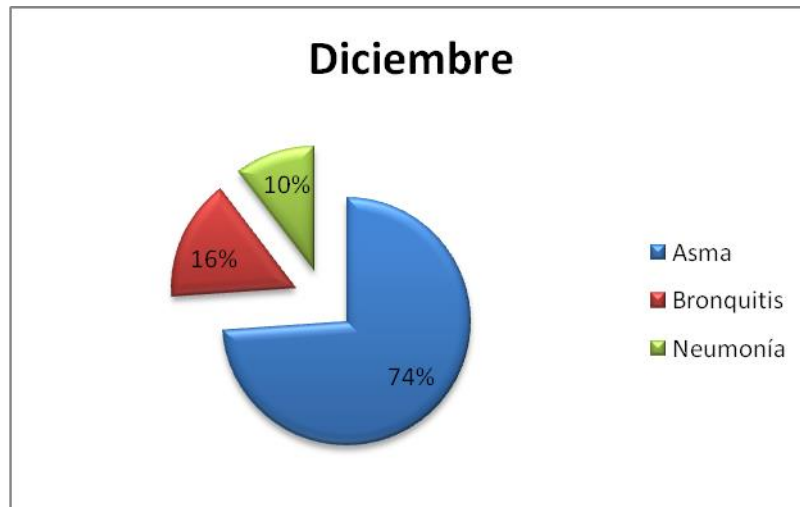


Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	199	190	389
Bronquitis	31	21	52
Neumonía	31	23	54
Total de niños atendidos por sexo	261	234	495

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

En el mes de Noviembre se atendieron 109 casos más que en el mes de Octubre, situando a nuestra muestra en 495 pacientes de los cuales el 79% solo ingreso por presentar Asma, 11% por Bronquitis, bajando 8% con respecto a su mes antecesor y 10% por Neumonía duplicando el 5% de los casos atendidos anteriormente.

Gráfico N° 15 Enfermedades más comunes del mes de Diciembre



Diagnostico	Varones	Hembras	Total de niños atendidos por patología
Asma	139	82	221
Bronquitis	26	21	47
Neumonía	19	21	31
Total de niños atendidos por sexo	184	124	308

Fuente: Departamento de Registro y Control Estadístico, 2016

En cuanto al mes de diciembre se refiere notamos que hubo un descenso en los casos atendidos de 187 pacientes, situando, entre estas tres afecciones, 308 pacientes de los cuales 74% ingresaron por Asma, 16% por Bronquitis y 10% por Neumonía.

Conclusiones de las estadísticas

Luego de registrar estas estadísticas, se puede observar que el mayor número de casos atendidos en el complejo hospitalario fue remitido por presentar Asma en cualquiera de sus variantes, de igual manera la población masculina fue la más afectada durante el 2015, adicional a esto consideramos importante mencionar que durante este año fueron atendidos 2925 niños con esta afección lo que realmente es alarmante si

lo comparamos con los 505 casos atendidos por bronquitis o los 333 casos atendidos por neumonía.

En total, entre estas tres afecciones fueron atendidos 3763 niños durante el año 2015, resaltamos que todos estos niños no fueron remitidos desde la ciudad capital, muchos de ellos fueron trasladados desde el interior del país dado a que el Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” es referencia nacional en cuanto a enfermedades respiratorias se refiere.

(Anexo N° 4) Formato de familiograma usado en el Departamento de Promoción para la Salud.

Anverso

Gobierno Bolivariano de Venezuela		Ministerio del Poder Popular para la Salud		Venezuela AHORA ES DE TODOS	
HOSPITAL GENERAL "DR. JOSÉ IGNACIO BALDÓ" PROMOCIÓN PARA LA SALUD					
Trabajador/a Social			Fecha de Elaboración		

FAMILIOGRAMA

Departamento: _____	Historia Clínica: _____
Apellidos de la Familia: Paterno: _____	Materno: _____

DIAGRAMA:

SIMBOLOGÍA:

HOMBRE ☐	MATRIMONIO	DIVORCIO	MUERTE ☒ ☒	Bajo el mismo techo - - - - -
MUJER ☐	UNIÓN LIBRE.....	EMBARAZO	Malas relaciones	
PACIENTE ☐	SEPARACIÓN /	ABORTO		

Elaborado por: Lcdo. José G. Ibarra O. 09/03/2011

Este formato se utiliza para llevar un registro de la familia del niño, con quienes comparte la vivienda, como es la relación que él posee con las personas que se encuentran en su entorno y fuera de él y de esta manera poner emitir un diagnóstico social.

Formato de familiograma usado en el Departamento de Promoción para la Salud.

Reverso

FAMILIOGRAMA																
<u>NARRACIÓN</u> 																
<u>INTERPRETACIÓN:</u> 																
CLASIFICACIÓN																
DESARROLLO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Moderna</td> <td style="width: 25%;">Tradicional</td> <td style="width: 25%;">Arcaica o primitiva</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					Moderna	Tradicional	Arcaica o primitiva		INTEGRACIÓN <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Integrada</td> <td style="width: 33%;">Semi-integrada</td> <td style="width: 33%;">Desintegrada</td> </tr> </table>					Integrada	Semi-integrada	Desintegrada
Moderna	Tradicional	Arcaica o primitiva														
Integrada	Semi-integrada	Desintegrada														
TIPOLOGÍA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Campesina</td> <td style="width: 33%;">Obrera</td> <td style="width: 33%;">Profesional</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					Campesina	Obrera	Profesional		COMPOSICIÓN <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Nuclear</td> <td style="width: 33%;">Extensa</td> <td style="width: 33%;">Extensa compuesta</td> </tr> </table>					Nuclear	Extensa	Extensa compuesta
Campesina	Obrera	Profesional														
Nuclear	Extensa	Extensa compuesta														

CICLO VITAL DE LA FAMILIA					
ETAPAS (Duvall 1977)			FASES (J. Geyman 1980)		
Primera Etapa (Pareja sin Hijos)	Quinta Etapa (Hijos Adolescentes)		1. MATRIMONIO		
Segunda Etapa (Nace 1er. hijo)	Sexta Etapa (Desprendimiento)		2. EXPANSIÓN		
Tercera Etapa (Hijos Preescolares)	Séptima Etapa (Padres Solos)		3. DISPERSIÓN		
Cuarta Etapa (Hijos Escolares)	Octava Etapa (Padres Ancianos)		4. INDEPENDENCIA		
			5. RETIRO -MUERTE		

Como se puede notar, aquí colocamos las observaciones que tengamos sobre la familia, características que no puedan ser representadas en el anverso de este formato, su clasificación y en que ciclo se encuentran.

**(Anexo N° 5) Jornadas educativas realizadas en las estaciones de
adyacentes al complejo hospitalario.**



Esta actividad se realizó en las estaciones de Metro La Yaguara Carapita y Antímano. Contamos con buena recepción por parte de los transeúntes y realizamos la entrega de trípticos informativos y educativos sobre la tuberculosis.



(Anexo N° 6) Conversatorio sobre “Avances en materia de tuberculosis”



Este Conversatorio tuvo la presencia de los pasantes, los trabajadores sociales de los diferentes departamentos que se encuentran en el complejo hospitalario, médicos y comunidad en general, de igual forma consideramos pertinente resaltar que el hospital donó gran parte del refrigerio del evento, el mismo nos permitió conocer las diferentes investigaciones que se están realizando en materia de Tuberculosis y de esta manera, conocer el abordaje que debemos darle a estos pacientes y a sus familiares.

(Anexo Nº 7) Pasos para realizar las metas por trabajador social.

PASOS PARA REALIZAR METAS

Actividades a tomar en cuenta.

- 1.-Entrevistas
- 2.-Visitas
- 3.-Reuniones
- 4.-Sesiones Educativas



PASOS PARA REALIZAR METAS

PROGRAMACIÓN DE METAS POR FUNCIONARIO

PASO Nº 1.

Sumar los días hábiles de cada mes:

Ejemplo: El mes de Enero del año 2013 tiene 22 días hábiles, y así sucesivamente cada mes.

PASO Nº 2.

TOTAL DÍAS DEL AÑO:

Cuantificar cada mes para totalizar los días hábiles del año (248).

Ejemplo:

Enero tiene 22 días hábiles



PASOS PARA REALIZAR METAS

EJEMPLO:

Entrevistas:

Vacaciones de 21 días: $248 - 21 = 227$, este resultado se multiplica por 2 horas programadas que sería 454, el cual a su vez se multiplica por el rendimiento normalizado (2), el total será 908 que se divide entre los días del año (248). Cuyo resultado será (3,66), que será la hora programada, esta se multiplica por (22) los días del mes de enero dando un total de 80,54 que será la actividad programada.



PASOS PARA REALIZAR METAS

PASO Nº 3:

DÍAS DE VACACIONES DE CADA FUNCIONARIO:

A los 248 días del año se le restan los días de vacaciones que le corresponden a cada funcionario.

En el caso de 21 días.

$248 - 21 = 227$



PASO PARA REALIZAR METAS

Ejemplo:

En el caso de la entrevista: (2)
 $227 \times 2 (E) = 454$
 $454 \times 2 (RN) = 908$
 $908 / 248 = 3,66$
 $3,66 \times 22 = 80,54$



(80,54). sería el número de entrevistas correspondientes al mes de enero, que tiene que cumplir cada funcionario con 21 días de vacaciones.

Nótese que no da el mismo resultado, si se hace directo:
 $3,66 \times 22 = 80,52$

PASOS PARA REALIZAR METAS

PASO Nº 4

VISITAS:

1 HORA PROGRAMADA:

El total de días hábiles, se multiplican por 1 hora, el resultado a su vez se multiplica por la constante rendimiento normalizado (0,66), y el total se divide entre los días reales del año, cuya cifra dará la hora programada que luego se multiplicará por los días del mes.

Ejemplo

$V = 227 \times 1 = 227$

$227 \times 0,66 = 149,82$

$149,82 / 248 = 0,60$

$0,60 \times 22 = 13,29$

RESULTADO 13,29 (Enero). Equivalente 13 visitas



Nota: este procedimiento es igual para reuniones y sesiones educativas.