



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“LA PARTICIPACIÓN DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA, A. C., EN COORDINACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN (DIMODA)”.

TRABAJO RECEPCIONAL:

INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A:

JUAN GABRIEL ROMERO MONROY

**DIRECTORA DEL TRABAJO RECEPCIONAL:
DRA. MARGARITA TERÁN TRILLO**



MÉXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES, POR HABERME FORMADO EN EL APRECIO A VALORES Y PRINCIPIOS
COMO EL HONOR, LA LEALTAD, LA DIGNIDAD, LA HONESTIDAD Y EN
PARTICULAR EL TRABAJO, YA QUE GRACIAS A LOS SACRIFICIOS Y ESFUERZOS
APRENDÍ QUE ÉSTAS, SON NORMAS INVARIABLES EN MI ACTUAR.

QUIERO DECIRLES QUE ME SIENTO MUY ORGULLOSO DE SU ENSEÑANZA Y EJEMPLO.

A MIS HERMANOS GLORIA, REYNA, TOMÁS, LETICIA Y MÓNICA
POR SER PARTE DE ESTE ESFUERZO, LES EXPRESO MI CARIÑO.

A MI NOVIA GEORGINA SUÁREZ VARGAS POR SU APOYO, ESTÍMULO Y PACIENCIA
TE HACE SER UNA MUJER INVARIABLEMENTE ENCANTADORA Y BUENA.

A LA DRA. MARÍA GUADALUPE HARO DE ROQUE, PRESIDENTA DE LA FUNDACIÓN
MUJER Y FAMILIA, POR SU GENEROSIDAD Y COMPROMISO SOCIAL, MI ADMIRACIÓN Y
GRATITUD POR HABER BRINDADO LAS FACILIDADES NECESARIAS
PARA LA ELABORACIÓN DEL MODELO.

A MI DIRECTORA DEL TRABAJO RECEPCIONAL DRA. MARGARITA TERÁN TRILLO, LE
EXPRESO MI MÁS SENTIDO AGRADECIMIENTO POR SU PROFESIONALISMO Y
DEDICACIÓN, YA QUE GRACIAS A SUS VALIOSAS OBSERVACIONES
SE LOGRO CONCLUIR EL TRABAJO DE SISTEMATIZACIÓN.

A MIS SINODALES Y A TODOS LOS PROFESORES DE LA ESCUELA NACIONAL DE
TRABAJO SOCIAL, POR SU DEDICACIÓN Y ESFUERZO DIARIO
HAN PERMITIDO IR FORMANDO ALUMNOS CON UN ALTO GRADO
DE SENSIBILIDAD Y COMPROMISO SOCIAL.

MI GRATITUD A TODO EL EQUIPO DE EXPERTOS QUE INTEGRA LA DIRECCIÓN DE
MODELOS DE ATENCIÓN, ESPECIALMENTE A MARÍA EUGENIA GÓMEZ PEYRET, NELLY
FERNÁNDEZ REY, OSCAR CORTES BUENO, JULIO LÓPEZ RIQUELMER, MARTÍN
HERNÁNDEZ FLORES, ROMINA CAMARENA SANDOVALY ARCELIA DÁVALOS GONZÁLEZ
POR TODO EL APOYO RECIBIDO PARA POSIBILITAR LLEVAR A CABO
UN ESFUERZO MÁS EN LA ESTRUCTURACIÓN DE UN MODELO.

AL MAESTRO ARMANDO MARTÍNEZ VERDUGO, UN RECONOCIMIENTO ESPECIAL
POR COMPARTIR SU LÍNEA CIENTÍFICA Y METÓDICA LLENA DE
AUTENTICIDAD Y COMPROMISO SOCIAL.

A NUESTRA MÁXIMA CASA DE ESTUDIOS: LA UNAM, MI RECONOCIMIENTO DE QUE SU
TAREA ES FUNDAMENTAL PARA IMPULSAR EL DESARROLLO DEL PAÍS.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Pauero Morrey
Juan Gabriel
FECHA: Feb. 13-2004
FIRMA: [Firma]

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. ELABORACIÓN UN “MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD” PARA LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA EN COORDINACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN (DIMODA).....	4
1.1 ANTECEDENTES DE LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA.....	4
1.2 ESTRUCTURA ORGANICA DE LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA.....	7
1.3 POBLACIÓN QUE ATIENDE LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA.....	8
1.4 ACCIONS DE SAÑUD Y EDUCACIÓN QUE IMPLEMENTA LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA.....	9
1.5 CONVENIO FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA-ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL.....	11
1.6 CONVENIO FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA-DIMODA PARA LA ELABORACIÓN DEL MODELO.....	12
2. COMPONENTES TEÓRICOS Y REFERENCIALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	14
2.1 CONCEPTO DE MODELO SOCIAL.....	14
2.2 ELEMENTOS GENERALES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO.....	15
2.3 LA INVESTIGACIÓN EN LA ACCIÓN	16
2.4 LOS JÓVENES.....	18
2.5 LOS JÓVENES DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO Y LA SALUD.....	20
2.6 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.....	21
2.7 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	23
2.8 CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO.....	25
2.9 LOS PASANTES Y PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL	25

2.10 CENTROS PROMOTORES DE LASALUD.....	26
3. LA PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DEL MODELO.....	28
3.1 OBJETIVOS Y METAS.....	28
3.2 ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL.....	29
3.3 RESULTADOS OBTENIDOS DEL TRABAJO REALIZADO EN LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA EN COORDINACIÓN CON LA DIMODA.....	31
4. ESTRATEGIA METODOLOGICA DESARROLLADA DURANTE LA ESTRUCTURACIÓN DEL MODELO.....	32
4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO METODOLOGICO DESARROLLADO.....	33
4.2 EVALUACIÓN DE LA METODOLOGÍA PUESTA EN PRACTICA.....	46
5. ANÁLISIS DEL TRABAJO REALIZADO DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL.....	47
5.1 CON RELACIÓN AL MARCO TEORICO REFERENCIAL.....	47
5.2 CON RELACIÓN A LA METODOLOGÍA DESARROLLADA.....	48
5.3 CON RELACIÓN AL EQUIPO PARTICIPANTE Y A LOS BENEFICIARIOS DEL MODELO.....	49
6. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	51
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	51
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	51
6.3 ESQUEMA DEL MODELO.....	52
6.4 DESCRIPCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL MODELO.....	53
6.5 DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES.....	55
6.6 DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL MODELO.....	58
6.7 ESTRATEGIAS.....	59

6.8	PROGRAMAS.....	60
6.8.1	PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA INTEGRAL "TODAS Y TODOS SALUDABLES".....	60
6.8.1.1	PROGRAMA DEL AREA DE MEDICINA GENERAL.....	60
6.8.1.2	PROGRAMA DEL AREA DE ODONTOLOGÍA.....	61
6.8.1.3	PROGRAMA DEL AREA DE ENFERMERÍA.....	61
6.8.1.4	PROGRAMA DEL AREA DE PSICOLOGIA.....	61
6.8.1.5	PROGRAMA DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL.....	62
6.8.2	PROGRAMA DE "PROMOCIÓN, FOMENTO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD".....	62
6.8.2.1	PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS JÓVENES.....	63
6.8.2.2	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES.....	63
6.8.2.3	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE VIH SIDA.....	63
6.9	MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL COMUNITARIA MULTIDISCIPLINARIA IZTACALCO I.....	64
7.	CONCLUSIONES.....	97
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	100

INTRODUCCIÓN.

Hoy por hoy existe la necesidad imperante de asumir, cuanto antes, los desafíos que produce la globalización actual, por eso las organizaciones de la sociedad civil juegan un papel fundamental en el desarrollo de distintas estrategias que coadyuven a proporcionar alternativas de solución a los problemas que afectan a nuestra sociedad, especialmente hacia aquellos grupos más vulnerables.

La Fundación Mujer y Familia, A.C., considera que un alto porcentaje de jóvenes constituyen un grupo vulnerable al cual hay que atender debido a que están expuestos a distintos riesgos que ponen en peligro su salud y su vida, de ahí que tenga como finalidad llevar a cabo una atención integral preventiva y profesional, considerando además de los aspectos físicos y biológicos del ser humano, los factores socioeconómicos, ambientales, psicológicos y culturales que influyen en el nivel de salud de los jóvenes.

Bajo este principio básico de proporcionar una atención integral que trascienda lo meramente cuantificable a lo cualitativo, el prestador de servicio social tuvo como objetivo la *estructuración de un modelo de atención integral* mismo que fue elaborado en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención (DIMODA) perteneciente al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).

En este trabajo de sistematización se llevó a cabo un recuento ordenado de los hechos ocurridos durante la prestación del servicio social en la Fundación Mujer y Familia, A.C.

En el primer capítulo se menciona el contexto general en el que se desarrolló la experiencia del trabajador social dentro de una organización no gubernamental; tomando en cuenta sus antecedentes, su estructura orgánica, su población objetivo, las distintas acciones de salud que actualmente están implementando y algo muy principal, el convenio entre la Fundación Mujer y Familia y la DIMODA para la estructuración del Modelo.

Es importante mencionar que para la consecución de los objetivos de la Fundación Mujer y Familia, la Institución ha venido estableciendo una serie de convenios de colaboración con instancias públicas privadas y sociales, con la finalidad de unir y coordinar esfuerzos para contribuir en la conformación de una sociedad más saludable.

En el segundo capítulo sobre los componentes teóricos y referenciales, se menciona lo que es un modelo social y algunos de los elementos que se tomaron en cuenta para su elaboración, seguido de la conceptualización desde los propios marcos explicativos de la Fundación de lo que son los jóvenes en una perspectiva de género y de la salud, del proceso salud-enfermedad basado en los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la promoción y educación para la salud, de llevar a cabo ciertos principios éticos en la prestación de los servicios, por lo que se plantea lo que implica la confidencialidad y el consentimiento informado. También, se alude sobre los pasantes y prestadores de

servicio social, ya que constituyen el recurso humano por el cual la Institución opera su modelo, de ahí que trate de darle un sentido de verdadero compromiso al servicio social, de tal modo que, al trabajar directamente en los problemas y necesidades que presentan los estudiantes del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Conalep) los pasantes devuelvan a la comunidad un poco de lo mucho que la sociedad les ha dado. Dentro de este apartado se menciona la posibilidad de que los Conalep sean también centros de desarrollo y promotores de la salud.

Como el proceso de operacionalización del Modelo exige una permanente vigilancia, se propone llevar a cabo un proceso de investigación en la acción, de modo que constituya un elemento articulador entre lo que se hace y cómo se hace, para que surjan nuevas propuestas directrices para enfrentar los problemas de salud-enfermedad.

En el siguiente capítulo, el tercero, se explica lo que constituyó la participación del trabajador social en la elaboración del Modelo, de las actividades realizadas para alcanzar los objetivos y metas trazadas en un inicio y cuáles fueron los resultados obtenidos durante la práctica profesional. Para ello, en el cuarto capítulo se describe de manera detallada el proceso metodológico desarrollado en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención para la estructuración del Modelo. Ahora bien, se hizo un esquema con la finalidad de hacer más entendible para el lector cada uno de los pasos que se siguieron; sin embargo, ello no quiere decir que se hayan seguido de manera continua, sino que muchos de ellos se llevaron simultáneamente.

La reflexión sobre los contenidos principales llevados a cabo para la estructuración del Modelo, se enfatiza en el capítulo quinto, donde se analizan los aspectos más importantes con relación al marco teórico referencial, a la metodología desarrollada y al equipo participante.

En el sexto capítulo, se menciona la propuesta del “Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud”, la cual fue elaborada por los Directivos de la Fundación Mujer y Familia, la Dirección de Modelos de Atención y el prestador de servicio social.

Se cierra el trabajo con las conclusiones, haciendo énfasis en la importancia de haber realizado un Modelo en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención.

Finalmente, quisiera hacer unas últimas aseveraciones personales: Haber trabajado en el diseño de un Modelo, deja al prestador de servicio social una valiosa experiencia, la cual queda abierta al análisis crítico del lector, considerando que se requiere de más fundamentos teóricos por desarrollar y profundizar en algunos de ellos, por lo que representa un buen inicio para continuar preparándose en la elaboración de Modelos de atención en trabajo social.

Buena parte de las dificultades que se presentaron para la elaboración de este trabajo, se debe a la falta de experiencia y profundidad en el desarrollo de marcos teóricos, pese a que la Escuela Nacional de Trabajo Social busca formar alumnos para que sean capaces de diseñar y desarrollar modelos de atención en distintas necesidades y problemas sociales.

1. **Elaboración de un “Modelo de Atención Integral en Salud y Educación” para la Fundación Mujer y Familia en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención (DIMODA).**

1.1 **Antecedentes de la Fundación Mujer y Familia.**

La Fundación Mujer y Familia, A. C., es una Organización de la Sociedad Civil legalmente constituida el 16 de Febrero del año 2000. El *objeto y los fines sociales* que persigue, de acuerdo con el artículo quinto de su acta constitutiva, manifiesta que “es una asociación no lucrativa, privada, apolítica, laica y asistencial, integrada por hombres, mujeres y jóvenes, que tienen el interés común de establecer los mecanismos de apoyo, fomento, concertación y coordinación para la realización de tareas y actividades de salud, educación, asistencia social y cultura, en beneficio de las familias mexicanas y de los grupos y sectores más desprotegidos y vulnerables de la sociedad”¹.

La misión de la Fundación Mujer y Familia es proporcionar servicios de salud integral para el desarrollo humano de la mujer, de las y los jóvenes, de la familia y de la comunidad, con la finalidad de contribuir en la prevención y disminución de la problemática de salud-enfermedad a través de un modelo de atención integral en salud y educación para la salud. Además, la Fundación se ha planteado como visión a largo plazo, ser un agente de cambio en la sociedad, trabajando con las más elevadas normas de calidad, calidez y ética profesional, promoviendo la participación de la sociedad así como de instituciones públicas, privadas y sociales para que las mujeres, las y los jóvenes y las familias de nuestro país adopten y transmitan estilos de vida sanos y seguros.

Desde su creación la Fundación Mujer y Familia comenzó a llevar a cabo distintas actividades relacionadas con la salud, estableciendo un convenio de colaboración con el Director General del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Conalep) con la finalidad de colaborar en el programa de *Atención a Zonas Marginadas* de dicha Institución educativa para realizar jornadas de atención odontológica dentro de las instalaciones del plantel Iztacalco I.

A partir de esas experiencias la Dra. María Guadalupe Haro de Roque se percató que tanto el Conalep como la Fundación tienen programas y proyectos por desarrollar conjuntamente con los jóvenes debido a que constituyen un grupo vulnerable por la etapa de adolescencia en que viven, por lo que están expuestos a distintos riesgos que ponen en peligro su salud y su vida. Es así que el objetivo primordial de la Fundación Mujer y Familia es impulsar distintas estrategias encaminadas a la prevención de las enfermedades a través de la promoción y

¹ Fundación Mujer y Familia, A.C. "Acta Constitutiva". Escritura 18,848; Vol. 78. México, Febrero del 2000, Pág. 1.

educación para la salud, teniendo como fin contribuir a formar una cultura de la salud tanto física como social, psicológica y emocional.

Debido al éxito obtenido de las jornadas odontológicas, la Fundación elaboró su Programa de Salud Comunitaria Integral "*Todas y Todos Saludables*" en el que se contempla, la instalación de una "*Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria*" en cada uno de los 27 planteles que el Conalep tiene en el Distrito Federal. Hasta noviembre del año 2002, se cuenta con un total de 12 Clínicas en igual número de planteles, en las cuales los pasantes y prestadores de servicio social proporcionan servicios de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social. Al mismo tiempo la Fundación Mujer y Familia opera su programa de Promoción, Fomento y Educación para la Salud, el cual se divide en 3 subprogramas: Educación sexual y reproductiva en los jóvenes, Prevención de adicciones y Prevención de la transmisión del VIH/SIDA. A través de ellos, la Institución realiza distintas acciones específicas acordes a los problemas y necesidades detectadas en los diferentes planteles Conalep en donde opera el Modelo.

En cada uno de los planteles Conalep donde se van instalando las Clínicas, se han formalizado los convenios de colaboración y coordinación interinstitucional entre la Fundación Mujer y Familia y los Directores de los planteles educativos, teniendo como norma primordial trabajar en unidad y solidaridad, ya que constituye un método eficaz y eficiente para conjuntar esfuerzos en pro de los más necesitados.

Lo que ha permitido sostener las acciones que lleva a cabo la Fundación, han sido los convenios de colaboración y coordinación institucional con instancias públicas, privadas y sociales, ya que a través de éstas, se han podido obtener los recursos humanos y materiales necesarios para la ejecución de sus programas. Entre los convenios que más destacan, están los que se han establecido con la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y la colaboración de la Escuela Nacional de Trabajo Social, pertenecientes a la UNAM, quienes aportan el recurso humano. El Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica proporciona el espacio físico y los servicios de electricidad, agua, sanitarios y limpieza. La Dirección de Modelos de Atención (DIMODA) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) asesoró la elaboración del Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud.

Otros convenios importantes que ha gestionado la Fundación han sido con la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), con los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y con la Policía Federal Preventiva (PFP). Además, para la instrumentación de distintas actividades se ha recibido apoyo por parte de la Secretaría de Salud a través de las Direcciones Generales de la Beneficencia Pública, Salud Reproductiva, Promoción de la Salud y con el Centro Nacional de Prevención del SIDA (CENSIDA).

También, se obtuvieron becas para los pasantes y prestadores de servicio social por parte de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) a través de su "Programa Nacional de Servicio Social Comunitario", programa que actualmente se llama "Jóvenes por México". Ante la Fundación "Gonzalo Río Arronte" se gestionó la petición para la compra del instrumental médico y odontológico para equipar las 12 clínicas existentes y, con los Laboratorios APOTEX se gestionó la donación de medicamentos.

Además, la Fundación realiza distintas acciones para obtener recursos a través del Patronato y la Red del Voluntariado, quienes llevan a cabo diferentes actividades para la obtención de fondos, mismos que son utilizados en los programas que se están instrumentando actualmente. También, participa en convocatorias sobre fondos de coinvertión social que emite el gobierno federal, así como por organizaciones nacionales e internacionales para participar en la licitación sobre algún programa que atienda a ciertos grupos de población.

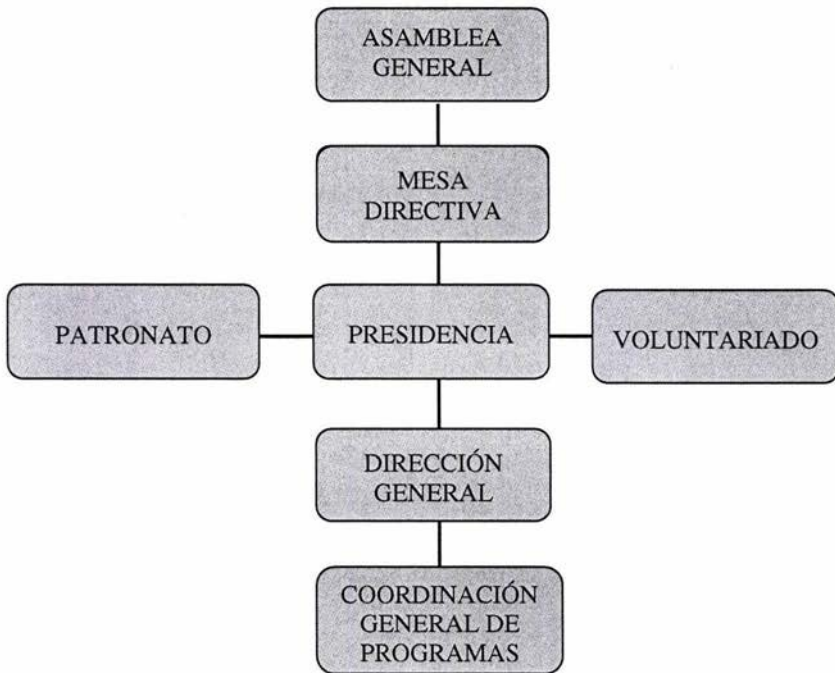
Es así, que a través de la unión y agrupación de esfuerzos como se logró atender, tan solo en el año 2002, a más de 13,086 personas, con un total de 32789 procedimientos y personas atendidas, entre estudiantes y comunidad abierta aledaña a los planteles Conalep a quienes se les ha proporcionado los servicios de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.

Además de lo antes descrito, y de conformidad con el Artículo siete de su Acta Constitutiva, la Fundación Mujer y Familia, puede:

- a) "Impartir y recibir toda clase de servicios de consultoría y asesoramiento a (o) de personas físicas y morales.
- b) Recibir aportaciones, contribuciones, donativos, subsidios o cualesquiera otros apoyos en efectivo, títulos, bienes, derechos o servicios de los sectores público, privado y social.
- c) Comprar, vender, arrendar, enajenar, administrar, hipotecar y en general, negociar en cualquier forma con los bienes que integran su patrimonio, dentro de las limitaciones establecidas por la ley.
- d) Registrar, enajenar, decidir y disponer otra forma de derechos de autor y,
- e) Realizar todos los actos, convenios y contratos que directa o indirectamente permitan la realización de los fines anteriores"².

² Idem, p. 2.

1.2 Estructura Orgánica de la Fundación Mujer y Familia.



Como puede observarse en el organigrama anterior, toda institución de esta naturaleza debe contar con ciertos órganos de gobierno que le den un orden jerárquico bien definido, con facultades y responsabilidades previamente establecidas en su acta constitutiva.

El artículo 18 del Acta Constitutiva de la Fundación señala que la Asociación tendrá, en este orden jerárquico, como órganos de gobierno los siguientes:

- a) La Asamblea General.
- b) La Mesa Directiva.
- c) La Presidencia.
- d) La Vicepresidencia.
- e) La Secretaría.
- f) El Tesorero.
- g) Vocales.

Para firmar el acta constitutiva de la Fundación Mujer y Familia, A. C., se consideró su primera Asamblea General de Asociados, en donde por unanimidad de votos acordaron que la Administración de la Asociación, estuviera a cargo de una Mesa Directiva, misma que fue integrada de conformidad con lo que señala el artículo 23, de la siguiente manera:

Presidencia: María Guadalupe Haro Ortega.
Vicepresidencia: Rosa Elena Represas de Almeida.
Secretario: María Elena Haro Ortega.
Tesorero: Alma Manyi Sánchez Hidalgo Treviño.
Vocal: Rosa María Ramírez Pardiño.
Vocal: Magdalena Fierro Salcido.

Gracias al orden jerárquico previamente definido en el Acta Constitutiva de la Fundación, ha permitido darle una mayor definición de las funciones y responsabilidades que tiene cada uno de los integrantes de la Mesa Directiva. En el siguiente apartado mencionaremos algunas características del Conalep, así como de su población estudiantil.

1.3 Población que atiende la Fundación Mujer y Familia.

El Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, es una institución de Nivel Medio Superior dedicada a la formación de Profesionales Técnicos. La formación que ofrece el Conalep, es a los egresados de secundaria, "mediante un plan de estudios basado en competencias, escolarizado y que se imparte en seis semestres para que posean los conocimientos científicos y humanísticos básicos, así como las habilidades, actitudes y destrezas necesarias para trabajar dentro de empresas o instituciones públicas"³. Esta nueva modalidad opera a partir del ciclo escolar 1997-1998, con una oferta educativa de 29 carreras a nivel nacional y 10 a nivel regional, agrupadas en 9 áreas de formación ocupacional: procesos de producción y transformación; metalmecánica y metalurgia; automotriz; electrónica y telecomunicaciones; instalación y mantenimiento; informática; comercio y administración; salud y turismo.

Pese a toda la oferta educativa que ofrece el Conalep a los jóvenes que han concluido la secundaria, la tendencia tradicional hacia el sistema medio superior (bachillerato) de tipo propedéutico para poder acceder a la educación universitaria se ha mantenido en altos niveles. Esto ha traído como consecuencia que los jóvenes que estudian en los planteles del Conalep se sientan excluidos por no haber sido seleccionados en la opción que ellos eligieron. De ahí que los índices de deserción escolar sean altos, lo cual tiene relación con diversos factores, entre los cuales se encuentra el que el estudiante no está en el lugar más adecuado en términos de modalidad educativa y/o carrera, por una elección que no corresponde a sus aptitudes, intereses, necesidades o aspiraciones.

³ Castro y Méndez, Sofía Leonor, "Programas y servicios que ofrece el Conalep", Ed, Conalep Iztacalco I. México; Octubre del 2001, p. 6.

La Fundación Mujer y Familia se integra en distintos planteles educativos del Conalep, con el objetivo de proporcionar servicios de salud integral a los jóvenes, así como a la población de escasos recursos con la finalidad de contribuir a formar una cultura de la salud tanto física, psicológica y social, que les permita lograr estilos de vida sanos y seguros.

Cabe destacar que a partir del ciclo escolar 1997-1998, los estudiantes pueden optar por el Programa de Complementación de Estudios para Ingreso a la Educación Superior (ProCEIES), integrado por seis asignaturas, las cuales podrán cursarse una por semestre.

Durante el tiempo que se estuvo realizando el servicio social, se pudo constatar que la Fundación tiene un amplio compromiso con la sociedad, especialmente hacia aquellos grupos más vulnerables; es por ello, que el prestador de servicio social se sintió involucrado para contribuir en la medida de su alcance, al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad de los Conalep, principalmente con los estudiantes de entre 15 y 19 años de edad que presentan distintos problemas relacionados con la salud, como son: las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, farmacodependencia, violencia familiar, problemas económicos, deserción escolar, rivalidad entre grupos, baja valoración personal; entre otros.

Todos los servicios que proporciona son totalmente gratuitos; además, no existe ningún criterio de exclusión para atender a la población abierta que lo solicite.

1.4 Acciones de Salud y Educación que implementa la Fundación Mujer y Familia.

Hasta el mes de Enero del 2003, se han proveído de los servicios médicos, de odontología, enfermería y psicología a más de 18,000 personas, entre estudiantes de los 12 planteles Conalep en que actualmente se han instalado *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* y la población abierta que ha acudido a recibir los servicios. Es importante aclarar que el área de Trabajo Social se insertó a partir del mes de Abril del 2002 en las clínicas de los planteles Conalep Iztacalco I, Iztapalapa I y Aztahuacan, a través del Programa denominado "Centros de Servicios e Investigación Polivalentes", en donde estuvieron desempeñando la función de elaborar un diagnóstico social hasta el mes de octubre del mismo año. Posteriormente participaron en la organización de una Feria de la Salud con la finalidad de sensibilizar a la población sobre la importancia del autocuidado de la salud.

Las funciones que desarrollaron, fueron las mismas que se anotaron en el Manual de Organización de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias Iztacalco I*, correspondiente al apartado de trabajo social. Del mismo modo se procedió con las demás áreas, que fue el describir las funciones que se han llevado a cabo hasta el momento de su elaboración.

Una de las tareas que está realizando con mayor énfasis la Fundación es la relacionada con la promoción y educación para la salud, a través de las 10 clínicas, con la finalidad de contribuir en la prevención y atención de los problemas relacionados con la salud-enfermedad de los alumnos que estudian en los planteles del Conalep.

Las acciones que desarrollan actualmente los pasantes y prestadores de servicio social en las diferentes clínicas ubicadas dentro de 12 planteles Conalep del Distrito Federal, son las siguientes:

- El médico proporciona servicios de medicina general, llevando a cabo la apertura del expediente clínico, acciones curativas, tratamiento farmacológico, expide certificados médicos y además, aplica las medidas necesarias para el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades en coordinación con las áreas de Odontología, Psicología y Enfermería. Este profesionista tiene la facultad de canalizar con prontitud y acierto aquellos pacientes que requieren cuidados médicos especializados, recibiendo asesoría del Coordinador General de Medicina.
- El odontólogo participa en acciones curativas y de prevención de enfermedades bucales, tales como realizar periódicamente detección de placa dentobacteriana, reforzar una adecuada técnica de cepillado, usar hilo dental y tener hábitos alimenticios sanos. Además de elaborar parte del expediente clínico, participa en acciones curativas, tales como: limpieza dental, aplicación de flúor, colocación de resinas, amalgamas y exodoncia. Al igual que las otras áreas, trabaja coordinadamente con medicina, enfermería y psicología para proporcionar un servicio integral, ya que si detectan alguna patología en los pacientes, tienen la facultad de transferirlos internamente a otra área para que puedan ser valorados.
- La enfermera colabora en las distintas actividades de apoyo que le son encomendadas por el médico general y el odontólogo, como el tomar el pulso y peso a los pacientes, aplicar inyecciones, hacer curaciones, programar citas a los pacientes que requieran seguimiento, esterilizar y controlar el material médico-odontológico y llevar a cabo el control de medicamentos.
- El psicólogo como parte integral de los servicios que ofrecen las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias*, examina y atiende los aspectos afectivos, emocionales y conductuales de los pacientes, proporcionándoles tratamiento adecuado a sus necesidades; también tiene la facultad de canalizarlos a otras instituciones de atención especializada a los que así lo

requieran. Todo ello, en coordinación con las demás áreas que se encuentren en la clínica. Además de las tutorías, se llevan a cabo talleres vivenciales para promover algunas estrategias encaminadas a la resolución de problemas. También se han comenzado a ejecutar talleres sobre estrategias de aprendizaje.

- Durante gran parte del año 2002, el trabajador social estuvo realizando un diagnóstico interno y externo de los planteles Conalep en los que presta su servicio social, bajo la asesoría de la Coordinadora General de Trabajo Social, con la finalidad de elaborar nuevos proyectos específicos acordes a los problemas y necesidades que presentan los alumnos y la población que se encuentra aledaña a los centros educativos.

Paralelamente, en las clínicas se han llevado a cabo distintos programas de educación sexual y reproductiva, como de prevención de embarazos, VIH/SIDA; Salud de la Mujer, prevención de adicciones, fomento al uso de medicamentos genéricos intercambiables, programa de seguridad pública, derechos humanos y valores cívicos, talleres de autoestima y educación ambiental.

Las actividades antes citadas que llevan a cabo los pasantes y prestadores de servicio social, son las más generales, ya que en algunas clínicas no se cuenta con las cinco áreas, las cuales son: medicina, odontología, enfermería, psicología y trabajo social.

Dentro de este trabajo de sistematización de la experiencia profesional, en el apartado seis se integró el modelo integral en salud y educación en el que también se formuló un manual de organización de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I* por ser una de las que cuenta con todas las áreas de trabajo y además la que tiene más tiempo en estar funcionando.

1.5 Convenio Fundación Mujer y Familia-Escuela Nacional de Trabajo Social para la prestación del servicio social.

Debido a que la Fundación Mujer y Familia no cuenta con un programa específico para la prestación del servicio social en las oficinas de dicha institución, ésta firmó un convenio con la Escuela Nacional de Trabajo Social para que le fueran facilitados prestadores de servicio social. Dicho convenio se denomina *Instrumentación de un Modelo de Atención Integral bajo la línea de investigación social*.

Inicialmente se contempló la participación de la pasante Licenciada en Trabajo Social Gisela García García en la elaboración del Modelo; sin embargo, conociendo la forma en que estaba estructurada la Fundación, su acta constitutiva, sus programas, la manera en que los operaban y a través de las entrevistas informales realizadas conjuntamente en un inicio a la Presidenta de la Fundación Mujer y Familia y al Director de la misma, se consideró necesario que la institución contara

con un plan rector en el cual se plasmara las concepciones ideológicas y se definiera las políticas y estrategias fundamentales a seguir para el logro de sus objetivos. Es en este sentido, que se organizaron para comenzar a elaborar cada cual un trabajo: Gisela García García sería la responsable de formular el plan rector y Juan Gabriel Romero Monroy sería quien estructuraría el Modelo de Atención Integral en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención (DIMODA) perteneciente al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), institución con la cual la Fundación ya estaba trabajando en la elaboración del Modelo debido a que se había firmado un convenio el 15 de Febrero del 2002 para que proporcionara asesoría en su diseño.

1.6 Convenio Fundación Mujer y Familia-DIMODA para la elaboración del Modelo.

Dentro de la estructura orgánica del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), se encuentra la Dirección de Modelos de Atención (DIMODA), la cual tiene como *misión* "establecer políticas y lineamientos para el desarrollo, evaluación y normalización de modelos de intervención de asistencia social, a través de instrumentos teóricos, metodológicos, normativos, informativos, de capacitación y de evaluación, a fin de fortalecer y profesionalizar los servicios de asistencia social y potenciar el carácter rector y normativo del Sistema Nacional DIF."⁴ Su *visión* es "ser una instancia que impulse y promueva la certificación y normatividad que regule el quehacer asistencial de instituciones públicas y organizaciones sociales y privadas en México, para el mejoramiento de la efectividad, calidad, equidad y profesionalización de los servicios asistenciales"⁵.

La Dirección de Modelos de Atención se integra por dos subdirecciones: Desarrollo de Modelos de Atención y la de Normas y Evaluación de Modelos de Atención. La primera preside los Departamentos de Estudios y Modelos de Atención y el de Capacitación para la Operación de Modelos; la segunda los Departamentos de Normatividad y el de Evaluación de Modelos de Atención. Estos Departamentos proporcionan la asesoría metodológica para la estructuración de modelos de atención en asistencia social, bajo los fundamentos teóricos del enfoque de sistemas y el desarrollo humano. Su ámbito de acción son las diversas áreas del DIF Nacional, los sistemas Estatales y Municipales, otras instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil vinculadas con la asistencia social.

El Departamento de Estudios y Modelos se encarga de proporcionar el acompañamiento metodológico para la estructuración del Modelo a partir de instrumentos teórico-metodológicos establecidos en manuales y guías técnicas; el Departamento de Capacitación se encarga de formar recursos humanos en el uso y aplicación de metodologías para el desarrollo de modelos de intervención a través de cursos-taller y pláticas de apoyo para fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje. El Departamento de Normatividad tiene entre otras funciones la de

⁴ Dirección de Modelos de Atención, "Manual informativo", Ed. DIMODA. México, 1997, p. 2.

⁵ Idem, p. 3.

impulsar la normalización de modelos de intervención y atención de asistencia social brindando asesorías y apoyo técnico a los sistemas Nacional, Estatales y Municipales DIF, así como a organizaciones e instituciones públicas y sociales que lo soliciten, para la elaboración de manuales de organización y procedimientos, así como la de promover y facilitar la certificación de la calidad de los servicios asistenciales. Finalmente, el Departamento de Evaluación evalúa las actividades y procedimientos que se utilizan para llevar a cabo un modelo y/o programa de asistencia social tanto en su diseño como en el modo en el que se está instrumentando⁶.

Con los 4 departamentos antes descritos se construyó conjuntamente el Modelo de Atención en Salud y Educación, siendo la Fundación Mujer y Familia con la cual se inicia esta nueva metodología de asesorar modelos a las organizaciones que así lo soliciten. Según Nelly Fernández, encargada del Departamento de Estudios y Modelos, anteriormente se elaboraba el modelo en una primera instancia en su departamento; posteriormente, pasaba con los otros departamentos para la revisión y formulación de las estrategias que consideraban pertinentes; pero, como ella misma lo manifiesta: el documento final resultaba ser otra cosa muy distinta a como se había estructurado en un inicio. Por ello, propuso que durante todo el proceso de su estructuración deberá ser acompañado y asesorado por los departamentos de estudios y modelos, normatividad, capacitación y evaluación.

El convenio firmado el 15 de Febrero del 2002 entre la Presidencia de la Fundación Mujer y Familia y el Subdirector de Desarrollo de Modelos de la Dirección de Modelos de Atención, establece que:

- “La Dirección de Modelos de Atención, como instancia que brinda asesoría relacionada con diversas metodologías para el diseño de modelos de intervención de asistencia social, se compromete a: ofrecer 13 asesorías de 3 horas cada una, es decir, de 39 horas de trabajo para el diseño del modelo, las cuales se llevaran a cabo una vez por semana, en un tiempo límite de 3 meses.
- Por su parte, la Fundación Mujer y Familia, A.C., asume el compromiso de estructurar el modelo de intervención con base en las directrices metodológicas propuestas por DIMODA; diseñar, instrumentar, ejecutar y elaborar los documentos necesarios que se requieran para el desarrollo del Modelo y proporcionar los recursos humanos y materiales que se requieran”.⁷

Este convenio también considera que si al término del periodo de tiempo ya mencionado, no se llegara a concretar el modelo, será necesario renovar la solicitud por escrito, por un periodo igual al descrito previamente y bajo las mismas condiciones.

⁶ Idem, pp. 1-6.

⁷ Fundación Mujer y Familia-DIMODA, “Convenio para la elaboración del modelo”. México, Febrero del 2002.

2. Componentes Teóricos y Referenciales para la construcción del Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud.

La recuperación de la experiencia de las organizaciones a través de la sistematización, significa, por una parte: ordenar, clasificar y estructurar el conocimiento que existe en las personas que trabajan en el programa o servicio (conocimiento empírico); y por la otra parte, es considerar las teorías existentes para contrastar ambos conocimientos elaborando el marco propio que le da sustento al Modelo de la Fundación. Es en este sentido que se inició la construcción del marco teórico referencial haciendo las siguientes reflexiones sobre la problemática de los procesos de salud-enfermedad que afectan a los jóvenes: ¿cómo devolverles la confianza para que en la construcción social de la que son objeto, sean sujetos actores de su desarrollo y no se les considere como los causantes de todos sus problemas?, ¿cómo enfrentar problemas de adicciones, si en los principales medios de comunicación se insiste en su consumo?, ¿cómo participar en los procesos de promoción y educación para la salud, cuando no se considera la concepción que tienen acerca de la salud, de la enfermedad e incluso de la muerte?. Finalmente, ¿cómo devolverles la confianza sobre sí mismos cuando existen problemas de inseguridad, violencia familiar, incesto, o cuando se están confrontando permanentemente con la incapacidad de satisfacer sus necesidades básicas?. No cabe duda que la realidad en la que viven los jóvenes es cada vez más compleja. Por ello, si se analiza la complejidad creciente de la sociedad actual desde un solo punto de vista, se estaría cayendo en simples determinismos y mecanicismos, cosa que se trató de evitar hasta donde fue posible en la elaboración del Modelo.

2.1 Concepto de Modelo Social.

Actualmente hay una gran diversidad de autores que tratan de conceptualizar lo que es un modelo, sin embargo existe poca claridad en la noción sobre modelos en las ciencias sociales. Para Javier Aracil “un modelo constituye una representación abstracta de un cierto aspecto de la realidad y tiene una estructura que está formada por elementos que caracterizan el aspecto de la realidad modelado, y por las relaciones entre estos elementos”⁸. Silvia Galeana de la O define al modelo como “una representación abstracta de un fenómeno o un conjunto de fenómenos de la realidad, que describe las propiedades e interrelaciones de su dinámica y desarrollo”⁹.

⁸ Aracil, Javier, “Introducción a la Dinámica de Sistemas”, Ed. Alianza Universidad. España, 1983, p. 18.

⁹ Galeana de la O, Silvia (Coordinadora), “La promoción social. Una opción metodológica”, Ed. Plaza y Valdés. México, 1999, p. 40.

Según lo expuesto, quiere decirse que además de conocer y explicar un determinado *aspecto de la realidad*, el modelo sirve también para actuar sobre ella, a partir de la identificación de sus componentes, de sus relaciones y manifestaciones internas y externas, lo que dará pauta a establecer la direccionalidad de la acción. De esta manera, su utilidad radica en que debe ser orientado hacia el desarrollo integral de las personas “con base en la configuración de frentes de actuación multifactoriales y multidisciplinarios por medio de la conformación de una constelación de programas y proyectos concatenados entre sí que reflejen un conjunto de acciones de operaciones secuenciales y continuas que den cuenta de una relación de complementariedad e interdependencia de las acciones”¹⁰.

Otra conveniencia de utilizar un Modelo de intervención, radica en que se crean las condiciones favorables para la teorización. La Dra. Terán lo dice magistralmente, ya que un Modelo surge “básicamente de la práctica; y es a través de la práctica misma que se verifica y reconstruye nuevamente, siguiendo una dialéctica en la integración del conocimiento y la realidad”¹¹. Para ello, se debe establecer un proceso de seguimiento y análisis de cada una de las acciones que realiza la Fundación en los Conalep donde opere el Modelo, y de esta manera, se lleven a cabo procesos de sistematización de la experiencia para que surjan nuevos conocimientos construidos en el propio proceso de estudio de la realidad.

2.2 Elementos generales en la construcción del Modelo.

Si se trata de aprehender los problemas de manera conjunta y total, como unidad social se debe entender de manera sistémica “para dejar paso a un sistema complejo”¹². Es así como todo proceso de construcción teórica y metodológica, debe estar basada en un constante actuar e investigar, de investigar y de actuar, ya que ninguna teoría por si sola es capaz de explicar la complejidad de los problemas.

De acuerdo con lo anterior, en el proceso de construcción del Modelo, este se orientó a la resolución de los problemas que presentan los jóvenes, de ahí que durante su formulación se le haya concedido especial importancia a lo que *debe ser* el Modelo; es decir, la forma en que deberá operar y funcionar bajo ciertos principios ideológicos y normativos.

Es en este sentido que el Modelo fue estructurado tomando en cuenta los siguientes principios:

1. Como el Modelo será puesto en práctica en distintos Conalep del Distrito Federal, éste debe ser *flexible*¹³ para que tenga la capacidad de adaptarse a

¹⁰ Idem, p. 42.

¹¹ Terán Trillo, Margarita, “Modelos de intervención de comunicación en trabajo social”, Ed. ENTS-UNAM. México, 1986, p. 46.

¹² Morin, Edgar, “Introducción al Pensamiento Complejo”. Ed. Gedisa, España. 5ª reimpression, Junio del 2001, p. 45.

¹³ Dirección de Modelos de Atención, “Manual para el Diseño de Modelos de Intervención de Asistencia Social”, Ed. SNDIF, México, 2001, p. 11.

distintos ámbitos operativos, ya que en cada uno de los Conalep se presentarán problemas y dinámicas propias, por lo que se requerirán de acciones específicas.

2. El Modelo es considerado como un *proceso*, ya que debe buscar adecuarse a la sociedad y no la sociedad al modelo, por lo que se deberá establecer un proceso metodológico de seguimiento y de análisis.
3. El Modelo es *Integral*¹⁴ ya que considera a la salud no solamente los aspectos físicos y biológicos del ser humano, sino que además considera los factores contextuales en que se desarrolla, como son los sociales, económicos, geográficos, demográficos, históricos, culturales y psicológicos.
4. También es *multidisciplinario*¹⁵, ya que se asume que la realidad es pluridimensional, por lo tanto debe ser comprendida no por una sola perspectiva, sino que se incorporan elementos tanto de las ciencias exactas, como de las ciencias humanas.
5. Es *participativo*¹⁶ porque busca la propia autodeterminación de los jóvenes en los procesos de salud-enfermedad de manera organizada y comprometida.
6. Finalmente, el Modelo tiene *viabilidad*¹⁷ ya que en su estructuración se parte de dos momentos: el primero es en lo administrativo, ya que la Fundación lleva a cabo procesos de gestión encaminados a la resolución de problemas para obtener y administrar los recursos humanos y materiales necesarios que hagan posible el cumplimiento de sus objetivos. Un segundo momento es lo operativo, el cual se desarrolla a partir de su marco teórico referencial.

2.3 La investigación en la acción.

De acuerdo a la recuperación de la experiencia de la Fundación Mujer y Familia, los jóvenes presentan una infinidad de problemas sociales, por lo que es necesario proponer alternativas de solución para contribuir a modificar la situación encontrada.

Es por ello que en la construcción del Modelo se propuso la necesidad de formar, a través de un sistema de análisis y discusión, en un nivel de igualdad entre todos los participantes; la integración de un sólido equipo. Se propone que sea conformado tanto por profesionales de la salud como de las ciencias sociales, para que sus investigaciones y propuestas de acción sean elaboradas de manera multidisciplinaria.

¹⁴ Idem, p.11

¹⁵ Idem, p.11.

¹⁶ Idem, p.11.

¹⁷ Idem, p.11.

El equipo trabajará en la inventiva de construir e innovar propuestas acordes a los problemas que se estén presentando, en los ámbitos de la investigación, planeación, implementación, definición de prioridades, supervisión, evaluación y seguimiento. Es importante aclarar que este equipo dependerá directamente de la Fundación, por lo que establecerán los criterios direccionales entre ésta y las clínicas, para que haya un alto grado de viabilidad y un mayor impacto en su actuar.

A través de la investigación en la acción que desarrollará el equipo multidisciplinario, se podrán ir analizando las "aguas visualizatorias"¹⁸ de la problemática, y definir con claridad la forma de enfrentar los problemas que se vayan presentando a medida que el Modelo esté operando.

El equipo llevará a cabo la investigación en la acción, en una relación de actuar e investigar, de conocer y transformar, de reflexionar y actuar, en donde la acción es fuente de conocimiento y la investigación constituye en sí, una acción transformadora. Mediante la investigación, se trata de producir los conocimientos que sean útiles, relevantes para la práctica social, tomando en cuenta que no hay un método, sino que hay claves metódicas que el equipo debe ir construyendo, siendo al mismo tiempo, parte de lo que se está investigando. De ahí la necesidad imperiosa de ir sistematizando las experiencias de la Fundación.

Para este equipo la realidad es la que comandará la investigación, y en este sentido se rechaza cualquier modelo teórico *a priori*, ya que ninguna teoría por sí sola es capaz de explicar la complejidad de los problemas, por lo que el aspecto práctico debe predominar sobre el aspecto teórico, sin desprestigiar la teoría, ya que ésta proporciona ciertas claves para conocer la mejor manera de enfrentarse a un problema.

Está claro que los problemas que tienen los jóvenes en los procesos de salud no se reducen a lo "natural" ni tampoco a lo "social". De esta manera, lo que se busca, es trascender los límites de lo puramente biológico y de lo cuantificable, para poder iniciar la construcción de nuevas formas de investigar y de actuar en espacios regionales y propios de la población estudiantil de los planteles Conalep, en que se esté poniendo en práctica el modelo y puedan surgir proyectos acordes a los problemas y necesidades detectadas. Es por ello que en cada una de las *Clínicas de Atención Integral Multidisciplinarias* se deberá comenzar a construir conocimiento, haciendo caracterizaciones, conexiones, interrelaciones y concatenaciones, ya que habrá problemas específicos y problemas similares, por lo tanto se tiene que buscar la manera de enfrentar dichos problemas con sus especificidades; contextualizándolos en sus diferencias para poder definir con claridad a que teoría acudir, la cual dará cierta dirección en donde la investigación en la acción del equipo multidisciplinario necesariamente tendrá que ir construyendo sus propios procesos de acción en la realidad; incluso, si se quiere ser más ambicioso, construir teoría.

¹⁸ Martínez, Armando. "Los Métodos: Nuevas lecturas de viejos conceptos". Inédito, México, 2000, p. 17.

Para poder pensar en lo real se tiene que realizar ciertas distinciones que para ciertos objetivos o circunstancias de la investigación es principal de lo secundario en relación con la salud, que va a ser la que centraliza, ordena y determinará la selección de la información, de los datos duros y significativos. Por lo tanto para conocer hay que hacer una especie de discriminación en donde se toman los datos importantes.

Éste método de trabajo es altamente eficaz y eficiente, ya que se actúa sobre la realidad en su verdadera magnitud, al proponerse que el equipo multidisciplinario permanezca en contacto directo con las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* para que sepan la dinámica existente en cada uno de los centros educativos y puedan elaborar proyectos específicos acordes a los problemas detectados, no habiendo duda que los resultados “redundan directamente en la modificación optimizante o perfectiva de la acción”¹⁹.

Otra de las ventajas que tiene este método de investigación es que está dirigida a entender los contextos en la vida cotidiana que se genera en cada uno de los centros educativos en los que actualmente está funcionando el modelo, ya que para comprender a los jóvenes no deben verse únicamente desde el exterior, hay que analizar su problemática desde el interior para descubrir su dinámica interna, y de esta manera puedan surgir propuestas acordes a sus necesidades y problemas sociales.

2.4 Los jóvenes.

Actualmente, no existe consenso en los criterios que determinan los límites y, por lo tanto, la duración de la etapa de la juventud: algunos la sitúan entre los “15 y 24 años”²⁰, otros entre los “15 y 29 años de edad”²¹. Comúnmente, se le define en términos cronológicos, como una etapa, es decir, en función del tiempo que un sujeto ha vivido, situándolo en una escala temporal y con límites que marcan un determinado periodo del ciclo de vida, de esta manera, lo que delimita el ser joven es estar situado dentro de ese rango de edad. En este último sentido, también se utiliza el término adolescente, pero éste implica mucho más una noción de los cambios físicos, fisiológicos y emocionales que se da en los muchachos, que a los sociales.

Los límites del periodo de la adolescencia no se encuentran bien determinados, pero existe consenso en fijar su inicio con los cambios de la pubertad y la aparición de las características sexuales secundarias y su término cuando el joven acaba su educación e ingresa a la fuerza laboral, adquiriendo todas las funciones cognitivas que el hombre adulto dice poseer²².

¹⁹ Quintana, José María (Coord.), “Investigación Participativa: Educación de Adultos”, Ed. Narcea. España, 1986, p. 15.

²⁰ Consejo Nacional de Población (Conapo), “Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico Sociodemográfico”, Ed. Nueva Cultura Institucional, México, 2000, p. 11.

²¹ Instituto Mexicano de la Juventud, “Encuesta Nacional de Juventud 2000”, Ed. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud, México, Junio del 2002, p. 41.

²² Erikson, Erik H, “Sociedad y adolescencia”, Ed. Siglo XXI. México, 1989, p.63.

“La adolescencia concebida como una etapa de crecimiento y desarrollo para poder acceder al mundo adulto plantea a los jóvenes tres tareas centrales: consolidar la identidad sexual, lograr la identidad social exigida para el grupo al que pertenece y desarrollar una identidad laboral”²³ que le permita incorporarse al mercado de trabajo. Desde esta perspectiva el joven tiene que adaptarse a los cambios biológicos de la pubertad e integrar en su comportamiento personal una madurez sexual, debe irse alejando de sus padres y familiares e integrar una identidad social y laboral en relación con sus compañeros.

Aunque pareciera existir consenso acerca de que la juventud es un período en el que todos tienen que pasar para convertirse en adultos, lo cierto es que el período juvenil depende del sector socioeconómico al cual se pertenezca, ya que suele ser más prolongada en los sectores con ingresos medios y altos que en los de bajos ingresos, especialmente en el medio rural, donde todos los miembros de la familia participan desde la infancia en las labores del campo y asumen funciones de adultos desde antes, incluso, del inicio de la pubertad, por lo que se dice que los jóvenes pasan por la pubertad no por la adolescencia²⁴.

Por otro lado, con base en el conocimiento sociológico sobre los jóvenes dos son las imágenes que prevalecen, una conservadora, en la que sin importar los obstáculos, el joven dedica todos sus esfuerzos a construir un capital social y cultural para su vida de adulto, la otra es negativa, asocia al joven con desequilibrios, drogas, problemas, ambas comparten la idea que ésta es una etapa transitoria entre la niñez y la edad adulta, que finalizará cuando el joven termine sus estudios, consiga trabajo, se case y tenga hijos²⁵.

Para la Fundación, resultan fundamentales los factores contextuales en que el individuo se desarrolla, de ahí que la juventud obedezca también a “determinaciones nacionales y económicas, a una edad de transición, compleja, ambivalente, una suerte de espacio biológico-psicológico-social que ofrece el terreno propicio para la eventual constitución de una clase de edad adolescente”²⁶.

En esta propuesta de intervención, la Fundación concibe al joven como un sujeto bio-psíquico-social, histórico y trascendente, que se encuentra en un proceso de desarrollo fisiológico, psicológico y sociocultural y de construcción de su propia identidad en referencia e interacción con el mundo adulto, por lo que el desarrollo de los jóvenes se ve afectado por la sociedad en la que viven, por su clase social y el género.

²³ Idem, p. 45.

²⁴ Henríquez-Mueller María Elena y Yunes Joao, Adolescencia: equivocaciones y esperanzas. En: “Género, mujer y salud en las Américas”. U.S.A., Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1993. Publicación Científica No. 541, pp. 46-49.

²⁵ Medina Carrasco, Gabriel (Comp.), “Aproximaciones a la diversidad juvenil”, Ed. El Colegio de México. México, 2000, p. 73.

²⁶ Morin, Edgar, “Sociología”, Ed. Tecnos. España, 1995, p. 355.

Para poder tener una mejor comprensión de los jóvenes que se encuentran involucrados en el Modelo, se les ha dividido en dos grandes grupos: los que reciben la atención que se proporciona en el Modelo, esto es, los que acuden a solicitar el servicio, ya sea alumnos del plantel educativo donde se encuentran las clínicas o de la comunidad aledaña a la misma; y los que proporcionan la atención, es decir, jóvenes pasantes y prestadores de servicio social. De ahí que "jóvenes atendiendo a jóvenes" haya una relación dialógica, en la cual el joven se entiende como destinatario y agente de promoción y transformación social, dando esto origen a una relación entre pares.

La Fundación percibe el trabajo de los jóvenes prestadores de servicio social, como sujetos de gran cercanía a los problemas que están ocurriendo en la población objetivo, debido a que acaban de pasar por esta etapa. Cabe destacar el concepto de *servicio social* en el que los prestadores del servicio tienen la oportunidad de regresar lo que la sociedad les dio. También se destaca en este abordaje la existencia de un *perfil profesional calificado*, esto es, los sujetos que otorgan el servicio son estudiantes que han terminado sus estudios profesionales y que realizan su práctica supervisados por sus maestros.

La Fundación trabaja con jóvenes porque se encuentran en un proceso formativo escolarizado en que el aprendizaje es una tarea cotidiana, lo que permite el retorno social del beneficio obtenido; esto es, el regreso que hacen los jóvenes, al cambiar sus hábitos y valores durante el aprendizaje propiciado por la Fundación, hacia sus familias de origen y las que formarán en sus vidas de adultos.

El desarrollo de los jóvenes se ve determinado por la sociedad en la que viven, por su clase social y el género, por lo que los programas tienen que considerar estos aspectos.

La adolescencia es vivida, además, de manera muy diferente por los jóvenes de acuerdo con la clase social, condición económica de la familia, escolaridad de los padres, expectativas de estos para sus hijos, edad de incorporación de los adolescentes al mercado de trabajo, etc.

2.5 Los jóvenes desde la perspectiva de género y la salud.

La perspectiva de género resulta fundamental para explicar las diferencias en que las mujeres y los hombres logran interiorizar los patrones de conducta aceptados por la sociedad como la noción de que los hombres son los proveedores económicos y las mujeres las encargadas del bienestar de cada uno de los miembros de la familia, o que la sexualidad masculina se asocia con el placer y la femenina con la represión de los impulsos sexuales por razones sociales o evitar un embarazo no deseado.

Esta diferente forma de aprendizaje hace que los individuos de ambos sexos vivan la realidad desde diferentes perspectivas, adoptando papeles que van de complementarios a dicotómicos.

Una de las implicaciones que se tiene que entender es la diferencia entre la socialización para hombres y mujeres, estriba que estas concepciones afectan específicamente la idea de salud, la información, los riesgos, los resultados y el uso de los servicios por parte de los adolescentes.

La sociedad mexicana le otorga un alto valor a la maternidad, de ahí que las adolescentes integren gran parte de su identidad del rol de madre y esposa, privilegiando estos aspectos sobre otros como la autosuficiencia e independencia económica, el ejercicio de una carrera profesional y el trabajo productivo.

Por otra parte, el alto valor que se le da a la maternidad está condicionado a que este exista en una relación de pareja establecida en matrimonio, los embarazos fuera de éste le dan una gran vulnerabilidad a las mujeres, quienes generalmente asumen la responsabilidad de la crianza del hijo, por lo que se ven obligadas a dejar sus estudios y trabajar en condiciones desfavorables.

Los adolescentes requieren educación para la salud en campos como la sexualidad, hábitos de alimentación, higiene, empleo del tiempo libre; además, necesitan educación sexual en la que se acentúe el respeto y los valores equitativos.

2.6 El proceso salud-enfermedad.

Por la forma en que la Fundación concibe *la atención* las principales categorías son *salud integral* que se explica desde los *enfoques de promoción y educación para la salud, entorno saludable y escuela promotora de salud*, considerando como punto de partida los planteamientos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), también es posible ubicar aquí la estrategia de *atención primaria de salud*.

La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social, que de acuerdo con la OMS se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Aunque este concepto presenta problemas operacionales para la medición del "completo bienestar", permitió superar las concepciones tradicionales de salud como ausencia de enfermedad dirigiendo la mirada hacia aspectos que rebasan la concepción médica de la atención.

En este sentido, se han desarrollado diferentes planteamientos y posturas que cuestionan las concepciones de la salud y la enfermedad, las distintas formas de organización de la práctica médica, los diversos modos de relacionar la medicina con la estructura social²⁷. De esta manera la salud deja de ser un área patrimonio exclusivo de los médicos y se convierte en un área de investigación en la que participan científicos sociales de diferentes disciplinas.

Una de las primeras aportaciones de la incorporación de "lo social" en la noción de la salud y la enfermedad consiste en señalarla como un proceso²⁸ en continua interacción y no estados definidos, diferentes y aislados el uno del otro.

Las aportaciones que se han desarrollado en este campo, no alcanzan todavía a cambiar la práctica médica, la que sigue apegada a los modelos funcionalistas, cuya principal actividad se orienta a la enfermedad, desligada de la sociedad y de la salud.²⁹ La integración de equipos tradicionales de salud (médicos, odontólogos, enfermeras) con profesionales de las áreas de las ciencias sociales modifica la práctica, ya que significa un cambio cualitativo al concebir la sociedad como en constante movimiento y cambio.

Para la Fundación la salud es un valor social por lo que alguno de los aspectos a considerar en el análisis de las condiciones de salud de una población como lo señala la OMS es que ésta viva en un ambiente de paz, tenga acceso a una vivienda, educación, seguridad social, comida, empleo e ingresos suficientes, equidad de género, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos. Reconoce por encima de todo, a la pobreza como la mayor amenaza a la salud.

En este sentido el Informe sobre la salud en el mundo³⁰ incorpora a la agenda a los pobres, situación que ya había enfatizado el Banco Mundial en el Reporte de Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud, con la recomendación que los países, desde las instituciones gubernamentales de salud, incorporaran un paquete de servicios básico y se focalizará la atención a los que menos tienen.

Sin embargo, esto no es suficiente para modificar las condiciones de desventaja de la población en pobreza y pobreza extrema, por lo que la Fundación busca que la atención de la salud sea integral y que los servicios sean eficientes.

²⁷ Breilh, Jaime. "Epidemiología económica, medicina y política", Ed. Fontamara 19, tercera edición, México 1986, p. 75.

²⁸ Laurell, Asa Cristina, La salud; en "Vida y Muerte del Mexicano". Federico Ortiz Quezada (Compilador), Ed. Folios. México, 1982. p. 33.

²⁹ Torres-Goitia, Javier, "Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de estrategias de salud, en V Congreso Latinoamericano de Medicina Social", Rectorado Universidad Central de Venezuela, Ministerio de la Familia. Venezuela, 12-23 de marzo de 1991, p.p. 103-133.

³⁰ World Health Organization, "The World Health Report 1999 Making a difference". Switzerland, May 10th 1999.

2.7 Promoción y Educación para la salud.

La definición que hace la Organización Mundial de la Salud, que es más bien un ideal el cual hay que buscar, la promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir ese ideal, como son: que la población viva en un estado libre de conflictos armados o bélicos, tenga acceso a una vivienda y a oportunidades de educación, a la comida, a un trabajo por el que reciba ingresos suficientes para el sostenimiento de su familia, la justicia social, la equidad, recreación, descanso, cultura, seguridad, un ecosistema estable y por supuesto la ausencia de enfermedad, entre otras.

De lo anterior se desprende que la salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social por lo que la promoción de la salud es una valiosa inversión, ya que una población saludable tiene la oportunidad de vivir mejor. La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, cuyas metas finales son incrementar las expectativas de vida e ir reduciendo las diferencias en la salud de la población.

La actividad esencial que la Fundación lleva a cabo es la educación para la salud, a través de las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias*. Los servicios de salud que proporcionan dichas clínicas se valen de la promoción y educación para la salud como actividad de primer nivel de prevención.

En este sentido, la Fundación concibe la educación para la salud como toda actividad social tendiente a formar y a modificar la conducta relativa a la salud de la población, de ahí que considere imperante que se consulte a la población sobre su visión de los problemas existentes, sus deseos de mejorar la situación y cuáles serían los medios idóneos para lograrlo. Sánchez Rosado dice que la educación para la salud “comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva”³¹; haciéndose necesario, que las actividades de educación para la salud sean sustentadas en la realidad concreta de cada uno de los centros educativos en que opere el modelo.

La Educación para la Salud (EPS), siguiendo el planteamiento de la OMS, pone énfasis en los enfoques de enseñanza aprendizaje que se basan en la participación y responsabilidad de los estudiantes. Este proceso de aprendizaje es un requisito imprescindible para la construcción de sus conocimientos, ya que se consideran sujetos activos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

La educación para la salud incorpora a la transmisión de conocimientos no sólo aquello que es beneficioso para la salud, sino que llevar una vida saludable es cuestión, hasta cierto punto, de tomar decisiones correctas, por lo que el proceso de aprendizaje hace que los alumnos desarrollen actitudes y valores que los capaciten para tomar decisiones ahora y en el futuro.

³¹ Sánchez Rosado, Manuel, “Elementos de Salud Pública”, Ed. Méndez Cervantes. México, 1991, p. 139.

Muchos de los factores para alcanzar el completo estado de bienestar están fuera del alcance de la Fundación, sin embargo, sí está dentro de sus posibilidades instruir y educar, no solamente para evitar las enfermedades, sino para influir en la modificación de las condiciones existentes y se contribuya a que los estudiantes de los Conalep, sus familias y la colectividad sepan la forma de llevar a cabo una alimentación equilibrada, de mantener un ambiente sano, la forma de mejorar las relaciones con las personas que los rodean, aprovechar el tiempo libre practicando actividades deportivas y recreativas, para que ellos mismos participen activa y conscientemente en acciones tendientes a elevar su nivel de vida.

La educación para la salud incorpora a los profesores, ya que no se debe ver sólo como una intervención hacia los alumnos. Esto es, puede ayudar a los alumnos y al personal de la escuela a tomar decisiones saludables y hacer más fáciles estas decisiones.

La información que se aporte es condición de la EPS; debe de hacerse de modo que promueva aprendizajes significativos. Valorando la construcción de los conocimientos y el rol de profesorado y alumnado en nuevos procesos en los que las experiencias de aprendizaje en EPS deberían aportar a los alumnos oportunidades para aplicar sus conocimientos en diferentes situaciones simuladas y reales.

La educación para la salud atañe a valores, actitudes y comportamientos por lo que no puede ser proporcionada solo por los especialistas, sino también incorporar a profesores que demuestren conocimientos e interés en la materia, estar dispuestos a utilizar una amplia gama de técnicas de enseñanza, ser sensibles ante las necesidades de los jóvenes y ser capaces de sostener discusiones abiertas y directas.

Uno de los problemas que enfrentan las escuelas que asumen la tarea de educación para la salud es que no se pueden evitar temas controvertidos o temas éticos que solicitan los alumnos, por lo que es importante responder a las necesidades y demandas, no dejando que las explicaciones las obtengan de los medios masivos de comunicación o de sus pares.

Es importante decir que la educación para la salud debe llevarse a cabo tomando en cuenta la edad, las condiciones culturales y sociales y con el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o de curar. De ahí que se realice de dos maneras: individual y colectiva. En la primera es en el consultorio a través de un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado; en la segunda, está dirigido a los alumnos sanos o aparentemente sanos teniendo como objetivo primordial prevenir las enfermedades. Ambas se están haciendo actualmente de manera multidisciplinaria, coordinándose e integrándose diversos tipos de acciones preventivas, de promoción de la salud y educación para la salud.

Debido a que durante los procesos de promoción y educación para la salud se obtiene información relevante para poder establecer las estrategias a seguir, es necesario que la población beneficiaria sepa que toda la información que ellos proporcionen será manejada con mesura y respeto. Por eso se considero que fuera necesario establecer el en siguiente apartado la declaración de Helsinki.

2.8 Confidencialidad y Consentimiento.

Como principios éticos de servicio es relevante para la Fundación el derecho a la confidencialidad, y el derecho a la no-discriminación, ya que resulta importante para los jóvenes que los asuntos referentes a su salud sean manejados con discreción y respeto.

La Fundación Mujer y Familia se sujeta estrictamente a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial llevada a cabo en Edimburgo, Escocia en octubre del 2000, sobre los principios éticos que sirven "para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales"³². También acata lo que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual señala que cualquier investigación científica deberá ser avalada con el "consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal"³³.

Para que el consentimiento informado y voluntario de la persona se considere existente, el investigador explicará de manera clara y completa al sujeto de investigación sobre la misma, conforme a lo que marca el artículo 21.

2.9 Los Pasantes y Prestadores de Servicio Social.

La Fundación Mujer y Familia busca aprovechar al máximo las capacidades de los pasantes y prestadores de servicio social, al integrarlos directamente en la realidad que se este presentando y puedan llevar a cabo las estrategias necesarias a la transformación de la situación encontrada.

La importancia de darle un nuevo significado al servicio social es fundamental, ya que se está contribuyendo a formar una cultura nacional en la cual el profesionista ponga en práctica toda la gama de conocimientos adquiridos durante su formación profesional. En este sentido, la Fundación promueve la participación de los pasantes y prestadores de servicio social en la operatividad del Modelo de atención en salud y educación, en donde el profesionista participe en labores que son propias a la carrera que estudiaron.

³² Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª. Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia. Junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General. Escocia, Octubre de 2000.

³³ Secretaría de Salud. "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", Ed. Secretaría de Salud, México, 1982, p. 5.

Los pasantes y prestadores de servicio social al trabajar en una realidad concreta, pueden contribuir y facilitar procesos de cambio, por lo que se les debe proporcionar las facilidades para que desarrollen su servicio social de manera comprometida.

Dentro de esta concepción, la Fundación está buscando que el servicio social sea un factor determinante para afrontar los problemas de salud-enfermedad que presentan los jóvenes de los Conalep en los que actualmente opera el modelo, en donde el joven estudiante es atendido por otro joven, que ha terminado sus estudios o está a punto de terminarlos.

También la Fundación considera imprescindible la participación de las Instituciones educativas (principalmente la FES-Zaragoza y la ENTS, ambas pertenecientes a la UNAM) ya que son ellas las que están proporcionando el recurso humano y la Fundación, trata de aprovechar al máximo todo este potencial humano que tiene una gama de conocimientos frescos para que sean aprovechados y puestos en práctica de manera directa con la población que requiere de sus servicios.

2.10 Centros promotores de la salud.

Las escuelas que fomentan el desarrollo humano saludable y las relaciones humanas constructivas y armónicas; que promueven actitudes y aptitudes hacia la salud, que cuentan con un edificio seguro y confortable, con agua potable e instalaciones sanitarias adecuadas, y una atmósfera psicológica positiva para el aprendizaje se consideran Escuelas Promotoras de la Salud. De ahí que rebasan la concepción educativa tradicional donde los contenidos de salud son proporcionados a los alumnos como parte de alguna materia de biología o se deja su enseñanza a los orientadores vocacionales.

La noción de escuela saludable se encuentra ligada a la de *entorno saludable*, que se refiere a la creación de espacios físicos limpios, higiénicos y estructuralmente adecuados con ambientes psicosociales sanos, seguros, libres de agresión y violencia verbal, emocional o física. Para esto se requiere establecer medios para desarrollar la capacidad de cada escuela de crear y mantener ambientes y entornos que refuercen la salud de quienes aprenden, enseñan y trabajan en la escuela, incluyendo acciones de promoción de la salud para el personal docente y trabajadores administrativos y de mantenimiento, así como actividades de promoción de la salud, con las asociaciones de padres y con organizaciones de la comunidad.³⁴

Aunque la Fundación maneja y aplica el esquema de escuela saludable y escuela promotora de la salud, considera que es fundamental ir mas allá de la creación de ambientes sanos, por lo que busca que el Conalep sea un centro comunitario de referencia, en cuyas clínicas multidisciplinarias se proporcione no sólo servicios de atención, sino que se incorpore la participación de alumnos, comunidad y docentes

³⁴ Organización Panamericana de la Salud, "Escuelas Promotoras de Salud en las Américas". Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington. www.paho.org/spanish/DPI/100/100feature25.htm Junio 24 del 2002.

en interacción con los prestadores de servicio social. Lo que trata de hacer es abrir un espacio de participación democrática, en donde los jóvenes, los maestros, las familias y la comunidad interesada en participar, busquen mejorar sus ambientes sociales a través de su propia organización, aprovechando los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad, por lo tanto "la acción organizada de la población aledaña a los planteles educativos, implicará una contribución al logro de un alto nivel de protección de la salud, ya que el ambiente social tiene una gran influencia en la salud"³⁵.

La OMS y la OPS desde 1990 han venido impulsando la Promoción de la Salud mediante las escuelas. En México, el movimiento de Escuelas Promotoras de la Salud se inició en 1996, fecha de constitución de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud.

La Fundación maneja y aplica el esquema de escuela saludable, haciendo del Conalep un centro comunitario de referencia, en cuyas clínicas multidisciplinarias se proporciona no sólo servicios de atención, sino que se incorpora la participación de alumnos, docentes en interacción con los prestadores de servicio social. Resulta esencial para la Fundación que en los procesos de educación para la salud se consulte a la población sobre su visión sobre los problemas existentes, su deseo de mejorar la situación y cuáles serían los medios idóneos para lograrlo.

En este sentido, la inclusión de la mirada de todos los actores que participan en los procesos de educación y salud requiere del análisis participativo sobre la situación y necesidades que presenta la comunidad Conalep y la población aledaña al plantel, por lo que la clínica se convierte en el espacio de participación dentro de la escuela, con la creación de canales donde se expresen las opiniones y se involucre a todos en la solución de los problemas, ya que la educación para la salud incluye procesos de autoaprendizaje, que promuevan y propicien procesos autogestivos, encaminados al cuidado de la salud para mejorar la calidad de vida.

Además, se tiene en mente apoyar a los jóvenes en proyectos productivos, para lo cual se desarrollará un programa para tal fin. También, a través de los centros educativos se formarán redes sociales de apoyo a problemas específicos, integrando a la comunidad y a las personas que realmente estén interesadas en participar y que busquen elevar su nivel de vida. Con lo anterior, se intenta hacer un mejor uso de la propia infraestructura de la Institución educativa, ya que bien pueden servir como centros de capacitación a mujeres en proyectos productivos, apoyando al Conalep en la instrumentación de su programa de Atención a Zonas Marginadas. En todo momento se buscará que los programas no sean implantados, sino que sean programas hechos a partir de las capacidades de la gente para establecer y definir proyectos de acuerdo a sus propios intereses. De esta manera se estará contribuyendo para que la comunidad pueda organizarse por sí misma y se desarrolle en el sentido que mejor le convenga.

³⁵ Diario Oficial L095 de 16.04.1996 P. 0001-0008. "Decisión Núm. 645/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo". www.uv.es/cde/GFC/bases/397DO102.HTML. Mayo 17 del 2002.

3. La Participación del Trabajador Social en la elaboración del Modelo.

A continuación se señalan los objetivos y metas trabajados en la Fundación Mujer y Familia por el prestador de servicio social para la estructuración del Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud.

3.1 Objetivos y Metas.

Objetivo General:

- Estructurar una propuesta de un Modelo de Atención Integral en Salud y Educación, para jóvenes estudiantes de Conalep.

Objetivos Específicos:

- Conocer la estructura orgánica, objetivos y funciones de la Fundación Mujer y Familia A. C.
- Participar en el programa denominado “instrumentación de un modelo de atención integral”, bajo la línea de investigación social.
- Trabajar conjuntamente con la Dirección de Modelos de Atención (DIMODA) en la estructuración del *Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud*.

Metas:

- Entrevistar a dos personas clave de la Institución que aporten información verbal y/o escrita acerca de ésta.
- Conocer cinco *clínicas de atención integral comunitaria multidisciplinarias* instaladas en distintos Conalep del Distrito Federal.
- Asistir a un 90% de los talleres de asesoría para la elaboración del modelo impartidos por la DIMODA.
- Colaborar en un 80% en la estructuración del Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud.

3.2 Actividades realizadas durante la prestación del servicio social.

La primera actividad fue participar en el proceso de inducción a la Fundación Mujer y Familia, el cual dio inicio el 25 de Abril del 2002 en una reunión de trabajo entre ésta y la DIMODA, con la finalidad de conocer lo que estaba haciendo. En dicha reunión se conoció a la Presidenta y al Director General de la Fundación, así como a los encargados de proporcionar la asesoría para la elaboración del Modelo. Posteriormente se fue a conocer las instalaciones de la Institución, teniendo una plática con el Director de la misma, estando presentes la compañera Gisela García García prestadora de servicio social de la carrera de Trabajo Social, quien también participaría con el prestador de servicio social Juan Gabriel Romero Monroy, dentro del mismo programa de "instrumentación de un modelo de atención integral".

En un primer momento se llevaron a cabo entrevistas informales tanto a la presidenta como al director general de la Fundación Mujer y Familia para obtener la información necesaria sobre la forma en que estaba estructurada la Institución, y los medios a través de los cuales desarrollaban sus actividades para alcanzar sus objetivos. Se pudo constatar que la principal inquietud de la institución fue la de elaborar un modelo de atención integral en salud y educación a partir de las actividades que había venido desempeñando a lo largo de aproximadamente dos años, por esta razón la Fundación ya tenía un convenio con la DIMODA perteneciente al Sistema Nacional DIF para que proporcionara la asesoría necesaria para su estructuración.

En las siguientes dos semanas que van del 29 de Abril al 10 de Mayo, conociendo la forma en que estaba estructurada la Fundación, su acta constitutiva, sus programas, la manera en que los operaban y a través de las entrevistas informales, los prestadores de servicio social Gisela y Gabriel, se dieron cuenta que las concepciones ideológicas de los directivos de la institución no estaban plasmadas en un documento, por lo que decidieron elaborar también un plan rector: Gisela fue quien se encargó de elaborarlo y Gabriel estructuró el Modelo.

Es en este sentido que la principal actividad que desarrolló Gabriel durante la prestación de su servicio social giró en torno a la elaboración de dicho modelo, por lo que se encargó de participar directamente todos los jueves de cada semana en las reuniones de trabajo con la DIMODA, a través de sus departamentos de Estudios y Modelos de Atención, Capacitación, Normatividad y Evaluación, quienes solicitaron tareas de investigación sobre temáticas de promoción y educación para la salud, la descripción de los componentes que integraron el modelo, la elaboración del marco contextual sobre salud y educación en los jóvenes, elaboración de los marcos jurídico y teórico referencial que normarán y explicarán las acciones de la Fundación.

Otras de las actividades que se estuvieron llevando a cabo fueron la revisión documental acerca de la fundación, visitar las instalaciones de las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria multidisciplinarias* ubicadas dentro de algunos Conalep del Distrito Federal y hacer entrevistas al personal que las integra; también

acordar con la Presidencia y Dirección General de la Fundación reuniones de trabajo para consensar acuerdos, presentarlos en la DIMODA y continuar con el seguimiento y evaluación de los avances. Condensar

También se hizo una búsqueda de experiencias similares a las tareas que venía desarrollando la institución, por lo que se acudió a hacer una revisión bibliográfica y hemerográfica en las bibliotecas de la ENTS, la Central y en la Nacional, así como a través de Internet.

Durante gran parte del tiempo se ordenó y analizó la información obtenida de la investigación documental y de las entrevistas realizadas. Mucha de la información recabada fue proporcionada por el Director General de la Fundación, quien la obtenía a través de Internet y de la Cámara de Diputados, básicamente la relacionada a las normas de salud, la Ley General de Salud y sobre los acuerdos internacionales firmados por el gobierno federal en materia de salud.

Al término de las reuniones de trabajo se formulaba una minuta para describir de manera narrativa los hechos más importantes sucedidos durante la sesión, anotando los acuerdos a los que se llegaron y los pendientes para la siguiente sesión, los cuales eran formulados en el transcurso de la semana. También durante la prestación del servicio social se estuvieron elaborando diarios de campo.

Otra actividad importante y que no fue incluida dentro de las programadas en un inicio, fueron las reuniones de trabajo para conformar un Comité Interinstitucional, integrado por los Directores de los Conalep, representantes de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Fundación Mujer y Familia, con la finalidad de que hubiese mayor comunicación y seguimiento entre los principales participantes en la instrumentación del modelo. De dicho comité interinstitucional surgió la propuesta por parte de los directores de los Conalep de que cada uno de ellos seleccione a una persona responsable de mantener contacto entre los profesionales de la Clínica y el director del plantel educativo (posteriormente se le denominó "Vinculación Conalep"), y de esta manera algunos de los problemas se resuelvan con prontitud sin que necesariamente tenga que intervenir la Fundación. Con lo anterior, se trató de poner en práctica algunas de las propuestas surgidas en el proceso de construcción del Modelo.

Se realizaron evaluaciones continuas para revisar los avances tenidos hasta ese momento y, sobre todo, saber qué actividad no se estaba cumpliendo en los tiempos previamente establecidos en el programa de trabajo; para ello se revisaban los diarios de campo, las minutas de los talleres con la DIMODA y se comparaba lo hecho hasta ese momento con lo que se tenía previsto, revisando los objetivos y las metas para determinar cuáles eran los avances y las limitaciones registradas.

3.3 Resultados obtenidos del trabajo realizado en la Fundación Mujer y Familia en coordinación con la DIMODA.

Los objetivos y metas trazadas en un inicio fueron cumplidos cabalmente. En cuanto a las actividades programadas para la prestación del servicio social en un cronograma de trabajo, éstas fueron realizadas completamente, variando únicamente el tiempo en que se tenía previsto llevarlas a cabo, debido a que en la construcción del modelo se trabajó conjuntamente con la DIMODA, por lo que se tuvo que ir cumpliendo con las actividades dependiendo de los avances y acuerdos a los que se había llegado en cada sesión de trabajo.

Para el cumplimiento total de cada uno de los objetivos y metas trazados en el programa de servicio social, fue necesario extender el tiempo de la prestación del servicio por un lapso de dos meses (hasta el 31 de enero del 2003), por lo que al término del mismo, los resultados fueron los siguientes:

- Se entrevistaron a personas clave de la Fundación para conocer su dinámica de trabajo, su estructura orgánica, los objetivos y las funciones que desempeña;
- Además, se entrevistó a los pasantes y prestadores de servicio social de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias Iztacalco I*;
- Se conocieron seis de doce *Clínicas de Atención Integral Comunitaria multidisciplinarias* en las cuales la Fundación está llevando a cabo sus actividades de promoción y educación para la salud;
- Se integró un Comité Interinstitucional para dar seguimiento a las acciones que emprende la Fundación;
- Se trabajó conjuntamente con la DIMODA para la elaboración del modelo integral en salud y educación;
- Se concluyó en su totalidad en la elaboración de un manual de organización para la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias Iztacalco I*;
- Se concluyó cabalmente con la estructuración del *Modelo de Atención Integral en Salud y Educación*;
- Finalmente, se verán beneficiados cerca de 18,000 estudiantes de doce planteles Conalep del Distrito Federal, esto sin contar a la población abierta que acude a recibir los servicios de medicina, odontología y psicología.

4. Estrategia metodológica desarrollada durante la Estructuración del Modelo.

La elaboración del *Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud* de la Fundación Mujer y Familia, se originó a partir de la recuperación de la experiencia de los profesionales que dirigen la Institución, lo cual permitió generar un nuevo conocimiento acerca del trabajo que realiza la asociación; construido a partir de la reflexión crítica de la práctica, su análisis e interpretación. El proceso metodológico fue propuesto y acompañado por personal de la Dirección de Modelos de Atención (DIMODA), básicamente a través del Departamento de Estudios y Modelos.

La reflexión crítica implicó hacer un análisis de lo que los directivos y trabajadores saben acerca de los problemas que existen en la población beneficiaria, en la operación de los programas, en el contexto en el que se desarrollan y la forma que la Fundación tiene de resolverlos. Este conocimiento se analizó identificando y determinando las diferentes problemáticas que se ordenaron, clasificaron y describieron sus principales componentes y relaciones; para lo cual, a lo largo de todo el proceso de sistematización, se implementaron diferentes técnicas con el objeto de propiciar la participación, tanto de los directivos de la Fundación, el prestador de servicio social, así como del personal de la DIMODA.

Es importante decir que este proceso de sistematización de la experiencia ya se había iniciado cuando el prestador de servicio social se integró en las sesiones de trabajo que se estaban llevando a cabo todos los días jueves durante dos horas programadas por un lapso de seis meses. La fase en la que se integró el prestador de servicio social correspondió a partir de la elaboración del diagnóstico situacional.

En las primeras reuniones el grupo asesor integrado por personal de las cuatro áreas de la DIMODA: estudios y modelos, evaluación, normatividad y capacitación presentaron la ruta metodológica para la estructuración del modelo, por lo que la Fundación a través del prestador de servicio social, entregaba la documentación con la que se encontraba trabajando en cada momento.

En las reuniones que se estuvieron llevando a cabo se trabajaba en primera instancia con el Departamento de estudios y modelos; los demás departamentos se remitían a escuchar y opinar sobre lo que se estaba haciendo en ese momento. Posteriormente se continuaba con el departamento de normatividad, quien expresó desde un inicio que su objetivo era además de asesorar la formulación del marco jurídico y normativo, llevar a cabo acciones encaminadas a la estandarización de los procesos. Capacitación expresó que ellos se enfocarían en asesorar sobre la manera de replicar el modelo y evaluación mencionó que su papel sería el de formular distintos instrumentos encaminados a evaluar de manera cuantitativa cada una de las acciones que se encuentra instrumentando la Fundación.

4.1. Descripción del proceso metodológico desarrollado.

En la estructuración del Modelo hubo cuatro momentos importantes, que fueron: la planeación y diseño, la sistematización, la estructuración y operacionalización del modelo presentación del documento final. A continuación se presenta el Esquema General del proceso metodológico seguido para la elaboración del Modelo.

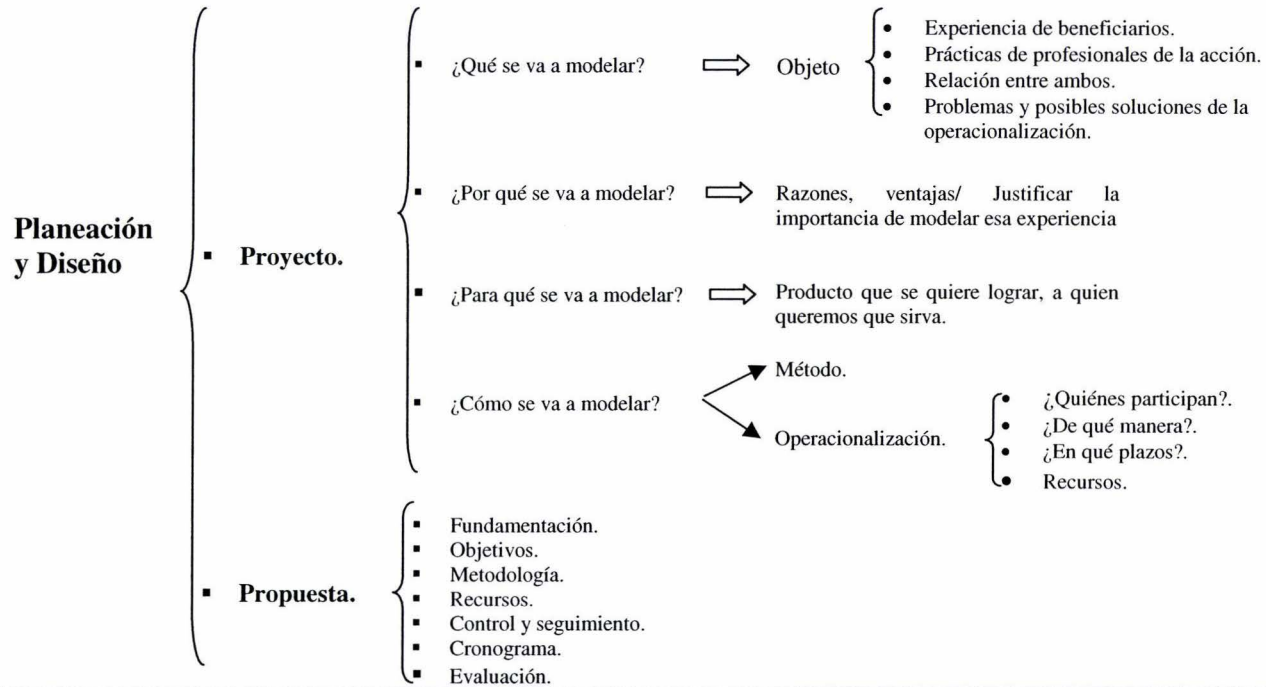
Esquema General



* Dirección de Modelos de Atención (DIMODA). México, 2002.

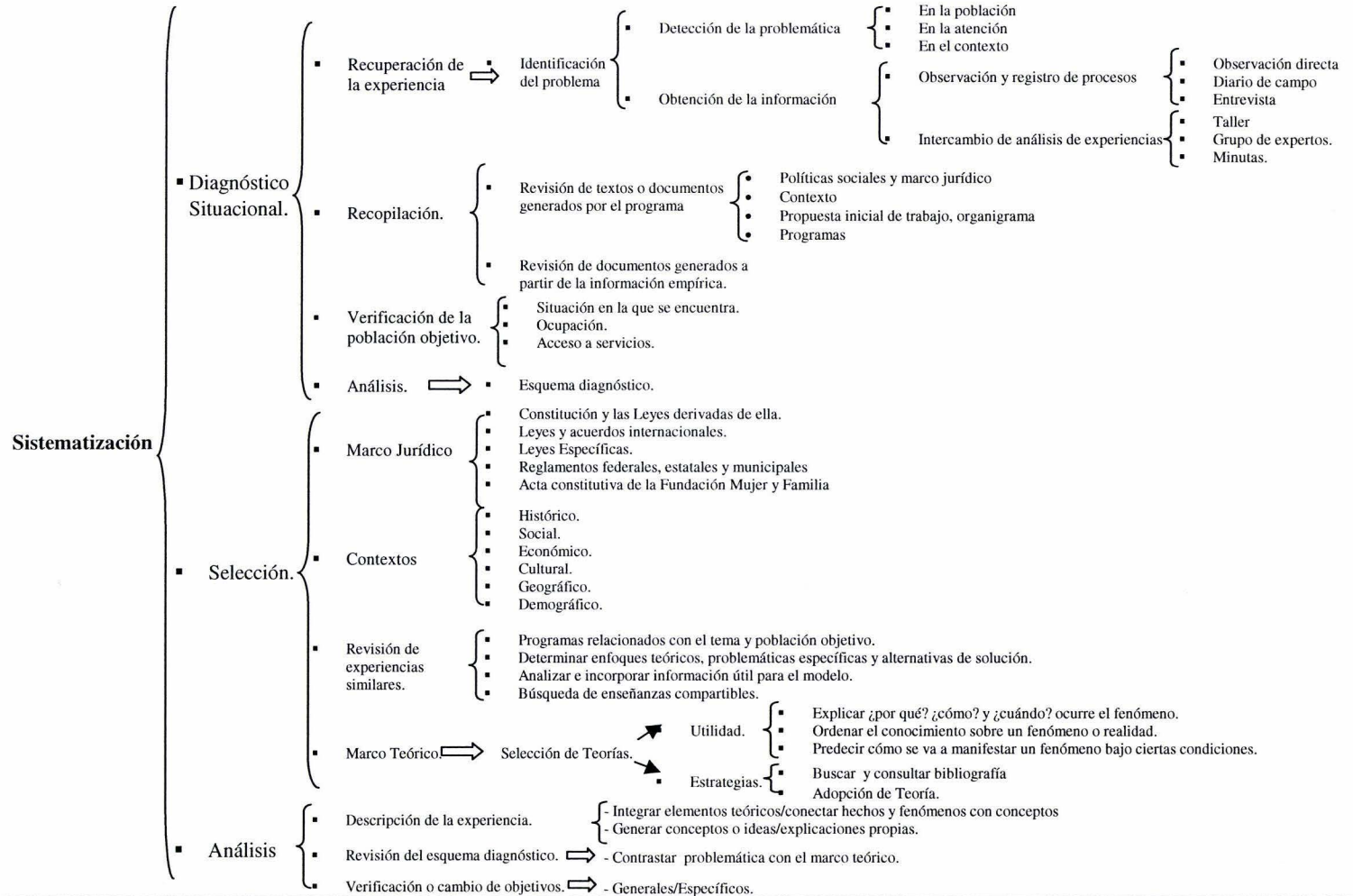
A continuación se presentan los esquemas y la explicación detallada de cada una de las fases que integran el Esquema General.

Fase de Planeación y Diseño.



El objetivo de esta primera etapa, fue conocer lo que se iba a modelar a través de la recuperación de las experiencias de los beneficiarios y la práctica de los profesionales de la acción, para ir identificando los problemas y la posible operacionalización de las soluciones; enseguida, se establecieron las razones y ventajas de modelar la experiencia de la Fundación para definir el producto que se quiere obtener y a quién se quiere que sirva. En esta etapa participó el Director General de la Fundación Mujer y Familia en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención, hasta la firma del convenio donde se definió el método de trabajo a seguir, quiénes participarían, cómo lo harían, en qué plazos y los recursos a necesitar. Con base a los conocimientos antes descritos surgió la propuesta de determinar los objetivos, la metodología, los recursos, la regulación y el cronograma de actividades a llevar a cabo para el diseño del Modelo.

Fase de Sistematización.



El prestador de servicio social se insertó a partir de la etapa de sistematización, en la que se hizo un diagnóstico situacional a partir de fuentes primarias y secundarias, que consistió en un primer momento, en llevar a cabo el proceso de recuperación de la experiencia, para lo cual se efectuó una visita a los planteles Conalep de Aztahuacan, Iztacalco I y II, SECOFI, Álvaro Obregón e Iztapalapa V para conocer la forma en que se encontraban operando las clínicas. Para este fin se realizaron entrevistas informales a los pasantes y prestadores de servicio social de las áreas de medicina, odontología, psicología y trabajo social; registrando en diarios de campo la información obtenida.

También para detectar los problemas que la Fundación enfrenta se llevó a cabo la técnica denominada "diagrama de relación" en la que el personal directivo señaló diversas problemáticas detectadas durante la operación de los programas, principalmente a partir de los reportes que hacen los prestadores del servicio social, cuya información al momento de realizar el modelo (y al final del mismo) no se encontraba concentrada, pero que fue corroborada en las visitas de campo que se realizaron en los Conalep mencionados; a través de la observación y la entrevista con los que ahí prestan su servicio social: pasantes de medicina, odontología, psicología y trabajo social, así como con algunos directores de los planteles.

Para una mejor comprensión de la problemática de la población sujeto de atención, los problemas fueron clasificados y ordenados de acuerdo a cinco diferentes áreas: salud, educación, familia, derechos humanos y seguridad.

- En **salud** los principales problemas detectados se relacionan con las condiciones de vida de los alumnos que acuden al Conalep, entre los que encuentran la desnutrición, detectada en la exploración física a partir de los indicadores de relación peso y talla para la edad, las enfermedades gastrointestinales, los malos hábitos higiénicos y la falta de higiene bucal.

Algunos de los problemas se relacionan con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción como el embarazo no planificado ni deseado y las diversas Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En este apartado también se ubicaron los trastornos relacionados con las adicciones al alcohol, drogas y tabaco; y que con frecuencia se asocian con trastornos emocionales como: la frustración, la depresión y las tendencias suicidas.

- En **educación** uno de los problemas que actúa como detonador es el rechazo del muchacho en la escuela de su preferencia, lo que ocasiona falta de sentido de pertenencia con el Conalep, escasa identificación con su escuela y un alto índice de deserción escolar; asimismo bajo involucramiento en actividades de grupo, a lo que se suma la falta de participación de los padres y en la comunidad, en las actividades escolares. También se reporta falta de respeto a los espacios públicos, escasa formación cívica y reto a la autoridad.

- Entre los problemas reportados en relación con la **familia** se encuentran la violencia familiar, escasa o nula comunicación entre sus miembros y divorcio de los padres. Se reporta en el hogar abuso sexual, incesto, incomprensión de los padres y abandono del hogar. La falta de recursos económicos aunque se ubican en la familia, en la realidad se relacionan con problemas estructurales como el desempleo y falta de oportunidades para que sus miembros puedan conseguir ingresos suficientes; éstos obligan a muchos de los jóvenes a trabajar para contribuir al sustento familiar.
- Algunos de los problemas de las grandes ciudades se relacionan con la **seguridad**. En el caso de los jóvenes se asocia a las agresiones que dan origen a riñas debido a la rivalidad existente entre grupos de jóvenes, el consumo de drogas y un entorno poco saludable que propicia inseguridad y violencia.
- Además, los jóvenes acuden poco a los servicios a recibir atención debido a que sus **derechos** son muchas veces violentados por la falta de privacidad y confidencialidad con la que se manejan sus asuntos y la falta de instancias propias para la atención a jóvenes. Por otra parte, los jóvenes suelen desconocer sus derechos por lo que pueden sufrir de explotación y abusos.

La identificación de estos problemas se apoyó también con base en la revisión y análisis de textos o documentos generados por la institución, uno de ellos fue su Programa de Salud Comunitaria Integral "Todas y Todos Saludables".

Los problemas detectados fueron ordenados en un primer esquema en el que se asignaron diferentes colores para cada uno de los ámbitos antes descritos. A pesar de no ser el esquema definitivo, éste resultó útil para la comprensión de la problemática por el equipo de trabajo, ya que es a partir de esta esquematización de problemas con la cual se comenzó a analizar y a discutir aquellos que enfrentan los jóvenes.

Con la finalidad de enriquecer la identificación de la problemática y de darle un sustento cuantificable, se realizó una búsqueda de información estadística; para ello, fueron consultados principalmente: el anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1998 editado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la Encuesta Nacional de Juventud 2000, entre otros. Se contextualizaron los problemas de los jóvenes en el ámbito demográfico, histórico, social, económico, cultural y geográfico.

Una vez que se tuvieron identificados los problemas de la población, se procedió al diseño de los objetivos; sin embargo, como todo modelo de estas características necesita de medios e instrumentos para alcanzar sus objetivos, por lo que paralelamente se hizo un diagnóstico de recursos humanos, materiales y financieros.

Con relación a los recursos humanos, el Modelo es operado básicamente por pasantes y prestadores de servicio social de medicina, odontología, psicología y trabajo social. Los primeros tres son proporcionados por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-ZARAGOZA) y los trabajadores sociales por la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS), ambas pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). También cuentan con personal voluntario, quienes llevan a cabo distintas actividades encaminadas a la obtención de recursos financieros, mismos que son complementados a través de convenios de colaboración y coordinación con instituciones públicas, privadas y sociales, para darle mayor sostenibilidad a cada una de las actividades que realiza. En cuanto a la infraestructura en la que actualmente se encuentran instaladas las doce *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias*, éstas son acondicionadas dentro de las instalaciones de los Conalep por la propia Institución educativa quienes además proporcionan los servicios básicos de agua, electricidad y sanitarios.

Dentro de la misma etapa de sistematización se realizó la delimitación del problema para ubicar la población objetivo e incorporar el marco jurídico y normativo en el cual se sustentó el Modelo.

Durante el desarrollo del proceso de normatización del Modelo se trabajó en dos momentos con el Departamento de Normatividad:

- El personal del departamento de normatividad estuvo presente desde el diseño del Modelo; ahí expresaban sus puntos de vista con respecto a lo que se iba trabajando. En la visita realizada a los Conalep se observó la operatividad de los servicios y la coordinación interinstitucional entre la Fundación, las Clínicas y el Conalep. A partir de ello, se inició la revisión del marco jurídico elaborado por el Director General de la Fundación. En su elaboración se formuló jerárquicamente quedando en primera instancia, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes derivadas de ella, así como las leyes específicas, leyes y acuerdos internacionales, reglamentos internos y leyes orgánicas de instituciones y dependencias federales, estatales o municipales, los reglamentos y normas especiales, las cuales darán sustento legal al objetivo del Modelo. También se revisó el Acta Constitutiva de la Fundación haciendo una síntesis de las disposiciones que sustentan la Institución, y realizar un encuadre institucional de manera general haciendo una breve descripción del aparato administrativo donde se lleva a cabo el Modelo, seleccionando los artículos y fracciones que inciden directamente en la problemática abordada; ordenándolos de acuerdo a su jerarquía y anexándolos al Modelo. Cabe mencionar que en el diseño del marco jurídico, quien estuvo trabajando directamente fue el Director General de la Fundación Mujer y Familia.

- En un segundo momento, el Departamento de Normatividad presentó la metodología para la elaboración del manual de organización a los directivos de la Fundación y al prestador de servicio social, para revisar cada una de las actividades a desarrollar por ambas partes. Ahí se acordó celebrar asesorías simultáneamente a las de diseño; de tres horas una vez por semana, así como desarrollar dos dinámicas para conocer la situación organizacional de la Fundación.

Como parte de la planeación para revisar la estructura administrativa se realizó un diagnóstico organizacional a través de una técnica denominada “Análisis FODA” (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) con directivos y el prestador de servicio social para establecer bases a desarrollar, opciones de solución para fortalecer su estructura organizacional, y oportunidades de la Fundación. Este ejercicio fue enriquecedor ya que permitió visualizar, en qué parte tendría que iniciar y hacia dónde orientar el desarrollo de la elaboración de los manuales, por lo que se elaboró la misión y visión de la Fundación.

La siguiente dinámica fue desarrollar con el equipo de trabajo, constituida por personal de la Fundación y la DIMODA el esquema operativo de la Fundación y visualizar los componentes operativos y procesos claves, lo que permitió un mayor entendimiento de la situación de la organización en su funcionamiento, así como los tres procesos claves que desarrollan:

- ❖ Administración.
- ❖ Gestión.
- ❖ Clínicas Multidisciplinarias.

Por lo anterior, se decidió realizar el proceso de normatización en dos niveles: Uno, referido al desarrollo del marco jurídico de la Fundación y su quehacer sustancial; el otro nivel, se refiere al manual de organización. Para su formulación se generó una amplia discusión acerca de la forma en que debería ser orientada. Por un lado, el personal de normatividad decía que se formularía el manual de acuerdo a lo que se venía haciendo en la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I*. Por otra parte el prestador de servicio social manifestaba su interés en que se formulara el manual de acuerdo a la forma en que podría funcionar dicha Clínica.

Al realizar el organigrama de la clínica fue necesario trabajarlo en varias sesiones para llegar a acuerdos, esto con el fin de delimitar los grados de autoridad, de comunicación y de responsabilidad, ya que algunos puestos (que habían sido propuestos para su creación) estaban en tránsito para iniciar su operatividad, por lo que en un primer momento también se trató de integrarlos. No obstante, se intentó hacer de esta manera, pero al llegar a la descripción de puestos, no se podía describir algo que aún no existe, por lo tanto se retomó la propuesta del personal de normatividad, por lo que se procedió a describir formalmente las funciones, objetivos y descripción de puestos de la Clínica de Iztacalco I de acuerdo a la forma en que venían operando hasta ese momento.

Es importante decir que este tipo de indefiniciones iban retrasando el trabajo, ya que se les definían objetivos y funciones, así como la relación jerárquica que habría, sin embargo como no fueron creados los puestos en su momento, se optó por omitir esta propuesta.

El prestador de servicio social llevó a cabo la compilación de la información a través de diversas entrevistas al personal clave de la clínica, para recuperar información acerca de sus objetivos, funciones, programas y normatividad, buscando con ello ubicar y clarificar el papel que juega la clínica al interior del Conalep Iztacalco I. Esta parte del trabajo fue fundamental para el manual, ya que de ello dependió la veracidad de los datos que lo integran.

Para la elaboración de objetivos y funciones del manual de organización, el departamento de normatividad entregó una guía de trabajo para desarrollar los elementos que integran el manual de organización de la clínica de Iztacalco I (introducción, objetivos, funciones, organigrama, estructura orgánica y descripción de puestos).

En el desarrollo de las funciones y objetivos se establecieron líneas de responsabilidad de las áreas de las clínicas e interrelación en el trabajo. En la descripción de puestos se identificaron los nombres del personal responsable del cargo, función sustantiva, nivel jerárquico y ubicación (Ver el apartado 6.9 sobre el manual de organización).

Los objetivos que la Fundación venía manejando y que se encontraban en los primeros documentos analizados, sufrieron una serie de modificaciones a medida que se iba realizando la reflexión y el análisis crítico de la problemática y su contrastación con los enfoques teóricos que emergían de la revisión bibliográfica, por lo que su aprobación se discutió en varias sesiones de trabajo. La propuesta final resultó de la revisión que se hizo de la coherencia y congruencia de la versión del documento preliminar.

En cuanto a la revisión de experiencias similares se hizo una búsqueda bibliográfica para tratar de complementar la información que se tenía de la Fundación con aquellas experiencias que atienden problemáticas semejantes, ya sea a través de modelos, programas, o proyectos desarrollados en alguna otra Institución, todo ello con la finalidad de analizar e incorporar información útil para el Modelo. Cabe señalar que durante la búsqueda no se encontró alguna experiencia similar a las actividades que realiza la Fundación.

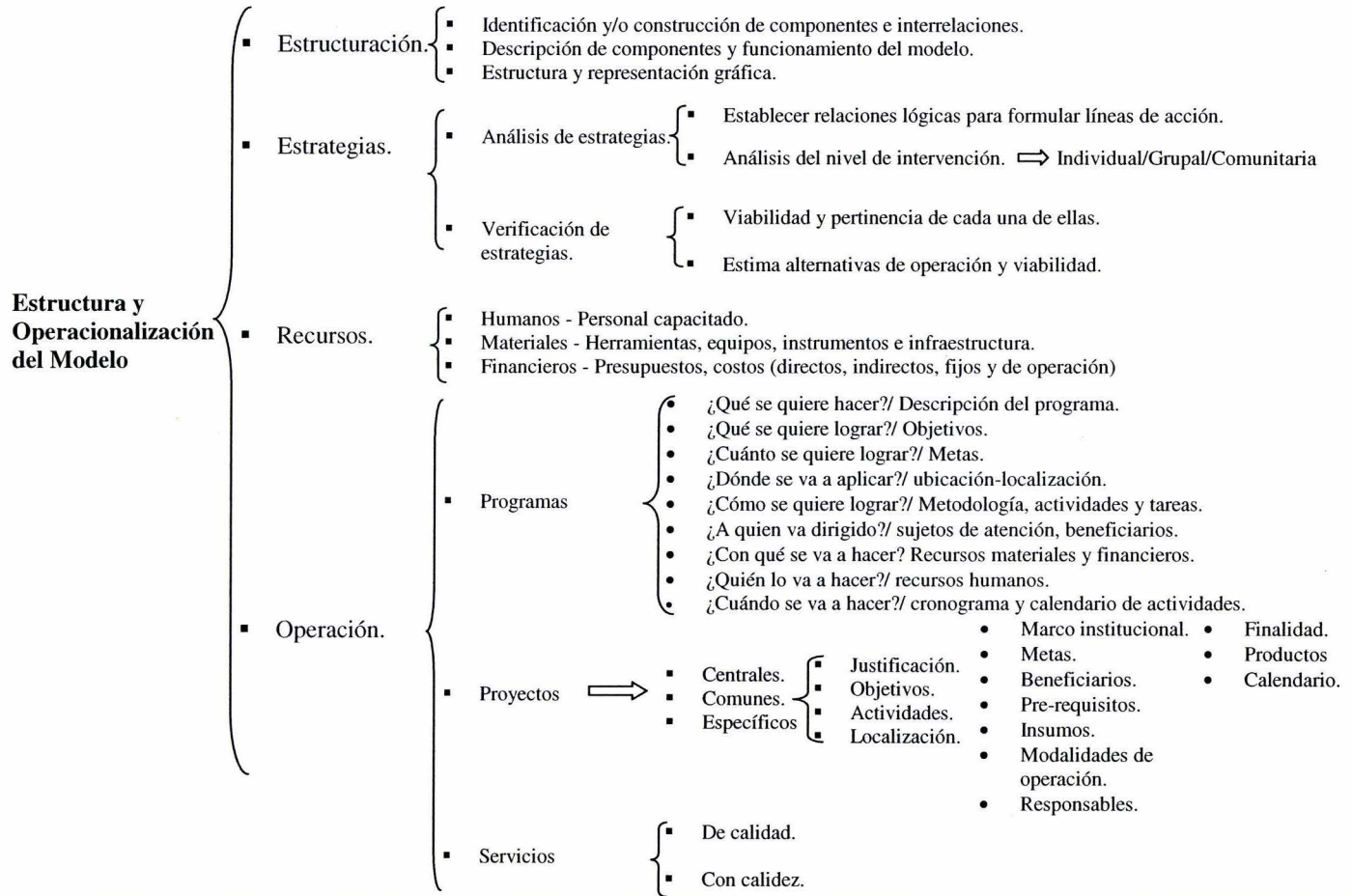
Paralelo a la detección de la problemática, se fueron ubicando los enfoques teóricos desde los cuales trabajan los profesionales en la Institución, identificando además, las conceptualizaciones propias que pudieran enriquecer la explicación de los problemas y del Modelo.

La construcción del marco teórico referencial generó una amplia discusión acerca de los elementos teóricos y las perspectivas a futuro que podría contener, por lo que se acordó que las acciones de la Fundación serían enfocadas al desarrollo humano, tomando como base la atención integral; de esta manera para la explicación de la salud se partió desde lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han desarrollado en cuanto a promoción y educación para la salud, la concepción de escuela y entorno saludable, profundizándose en algunos aspectos del proceso salud-enfermedad de los jóvenes, desde la perspectiva de género.

En la parte del análisis de la descripción de la experiencia del trabajo que ha llevado a cabo la Fundación durante más de dos años, se integraron los elementos del marco teórico para relacionarlos con los hechos y conceptos descritos y poder generar conceptos o ideas específicas, lo cual implicó la descripción de algunos elementos que son propios de la Institución y que tienen una influencia determinante para la misma.

Continuando con la parte del análisis, se revisó el esquema diagnóstico para contrastar la problemática con el marco teórico e ir verificando los objetivos generales y específicos.

Fase de Estructura y Operacionalización del Modelo.



Para la etapa de estructuración y operación del Modelo se consideraron aquellos componentes o elementos que tenían una influencia determinante para la Fundación. En este sentido la gestión, que en un primer momento se trabajó como gestión social, resultó ser estratégica para la Fundación, ya que le da sentido a gran parte del trabajo de la Institución porque a través de ésta se da la coordinación institucional, la concertación social, se obtenga el financiamiento y el trabajo del personal voluntario.

La operacionalización del Modelo se definió a partir de la atención integral en clínicas creadas en distintos Conalep del Distrito Federal. Sin embargo, la creación de clínicas que proporcionen servicios de atención a la salud no es suficiente, por eso la discusión acerca de formular una propuesta que integre el trabajo de manera multi e interdisciplinario, y que se lleve a cabo un proceso de investigación en la acción con la finalidad de estar actuando y, a la vez, investigando de manera directa; función que realizará el equipo de trabajo constituido por profesionistas, tanto de las áreas de la salud como de las ciencias sociales.

Finalmente, se definieron los componentes de prestadores de servicio social y los voluntarios como parte fundamental para la prestación de los servicios que la Fundación realiza.

Al mismo tiempo con el Departamento de Capacitación, se estuvo trabajando en el diseño de un programa de inducción al Modelo, para que se le explique al voluntariado y a los pasantes y prestadores de servicio social, lo que es la Fundación Mujer y Familia, los objetivos y fines que persigue; las principales características del modelo, quién es su población objetivo, qué tipo de estrategias y actividades lleva a cabo para alcanzar sus metas, cuáles son los recursos humanos, materiales y financieros y, los programas que instrumenta actualmente.

Esta versión ejecutiva que se hizo del Modelo, también servirá como una forma de presentarlo a distintos organismos públicos, privados y sociales para obtener financiamiento a sus programas.

De igual manera, con el Departamento de Evaluación se estuvo trabajando en el diseño de los instrumentos de evaluación. El número y periodicidad de la asesoría se planteó en 20 sesiones de 3 horas cada una con un total de 60 horas. Seguidamente se identificó y definió el estado actual de los programas que estaba desarrollando la Fundación en ese momento.

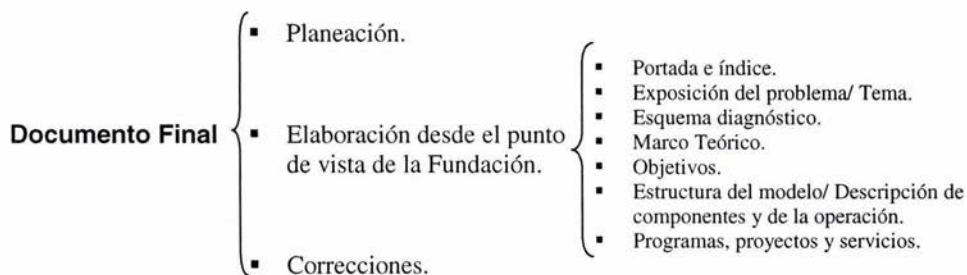
Posteriormente se procedió a definir el tipo de evaluación, generándose una amplia discusión, ya que el departamento propuso que fuera de tipo cuantitativa y el prestador de servicio social expuso que se trabajara tanto la cuantitativa como la cualitativa para definir con mayor precisión la calidad de los servicios y el impacto que estaban teniendo los programas de la Fundación.

Asimismo, se determinaron las dimensiones a evaluar, las cuales se dividieron en tres tipos: la dimensión sustantiva, la administrativa y la de gestión. Dentro de la sustantiva se encontraban los servicios que proporciona la Institución, a través de las áreas de medicina, odontología, enfermería, psicología y trabajo social. También se encuentran los programas de la Fundación encaminados a la promoción y educación para la salud. En la dimensión administrativa se encuentra la organización, el control, las inspecciones técnicas, las evaluaciones, la rendición de cuentas, la calidad de los servicios y el liderazgo. En la tercera dimensión de gestión, se encuentran las acciones de difusión, coordinación institucional, concertación social, el voluntariado, la rendición de cuentas y el financiamiento.

Estas dimensiones se desagregaron en variables, seccionándose en indicadores, que tuvieran la característica de ser observables, medibles y cuantificables. Posteriormente se definió la periodicidad de la evaluación, misma que sería llevada a cabo un año después de haberse puesto en práctica el Modelo.

Sin embargo, pese a todo el proceso antes descrito, el Departamento de Evaluación decidió que la evaluación fuera enfocada al desempeño e impacto de los programas, mismos que serán evaluados dentro de un año, por lo que los instrumentos e indicadores también se formularán hasta que transcurra ese lapso de tiempo.

Fase de Presentación del Documento Final.



De acuerdo al esquema metodológico seguido, éste se fue cumpliendo cabalmente hasta la fase de estructuración del modelo. La última etapa que corresponde a la presentación del documento final, se planeó la forma de presentar el Modelo ante los directivos de la Fundación Mujer y Familia. Para ello, se les proporcionó una versión preliminar para que elaboraran su propuesta de la portada e índice y expusieran el problema a enfrentar a través de la introducción y revisaran el esquema diagnóstico, el marco teórico, los objetivos, la estructura del modelo y los programas y proyectos a instrumentar, anotando al mismo tiempo sus observaciones e inquietudes para que fuesen discutidas y aclaradas en la última revisión final que se realizaría, de manera integral, entre los cuatro Departamentos de la Dirección de Modelos de Atención, los Directivos de la Fundación y el prestador de servicio social.

4.2 Evaluación de la metodología puesta en práctica.

La construcción del Modelo fue desarrollada a través de un proceso constante de análisis y discusión entre el personal encargado de la DIMODA, los Directivos de la Fundación y el prestador de servicio social, generándose así amplias deliberaciones en donde cada cual argumentaba su punto de vista para alcanzar los acuerdos que permitieran tomar decisiones concensadas.

Cabe señalar que fue enriquecedor el hecho de que a los directivos se les dificultase enunciar problemas, ya que ellos identificaban soluciones, por lo que esta parte del proceso de recuperación de la experiencia llevó más tiempo de lo programado, así como en la formulación del esquema diagnóstico, de los objetivos, del marco teórico referencial y en la elaboración del manual de organización.

Aunque en un inicio el prestador de servicio social estuvo trabajando con los cuatro departamentos de la Dirección de Modelos de Atención, por momentos se ausentaban los de evaluación, capacitación y en ocasiones los de normatividad, ya que al ver que no había avances significativos, ellos esperaban el momento para poder intervenir en el diseño del Modelo. Esto ocasionó que se repitieran algunas actividades, como es el caso del Departamento de Normatividad y Certificación, con quienes se realizó otro análisis de la situación en la que se encontraba la Fundación, para que ellos pudieran llevar a cabo el diseño del marco jurídico y normativo, así como la elaboración del manual de organización.

Lo anterior trajo consigo que a partir del tercer mes de trabajo el prestador de servicio social tuviera una carga excesiva de tareas por entregar con los cuatro departamentos, además de que se reducía el tiempo para su elaboración, ya que también se comenzó a tener reuniones de trabajo dos y tres veces por semana de 10:00hrs a 15:00hrs en la Dirección de Modelos de Atención.

El Departamento de Diseño de Modelos estuvo trabajando de manera directa durante todo el tiempo de su estructuración, por lo que sabían detalladamente los avances que se iban teniendo; además, de que guiaron todo el proceso metodológico desde el inicio hasta el final. Como ya anteriormente se dijo, esta nueva forma de trabajar comenzó a ponerse en práctica con la Fundación Mujer y Familia, por lo que en ocasiones la encargada del Departamento de Diseño de Modelos, incitaba a los otros departamentos a no ausentarse y así se trabajara de manera conjunta para que se evitara la duplicidad de funciones. Ella fue quien llevó a cabo el control y seguimiento de todo el proceso metodológico.

Las dificultades que tuvo el prestador de servicio social fueron principalmente la falta de experiencia y de elementos teóricos en la estructuración de modelos de esta naturaleza, sobre todo, encontrar la manera de integrar las concepciones ideológicas tanto de la DIMODA como de los directivos de la Fundación. Además, se dificultó redactar los apartados del Modelo con un vocabulario más sencillo y entendible.

5. Análisis del trabajo realizado durante la prestación del servicio social.

5.1. Con relación al marco teórico referencial.

La descripción de lo que se hace está en relación con lo que se propone en el marco teórico referencial, orientando en todo momento la creatividad del profesional de la acción, en donde la práctica sea la que comande las distintas formas de actuar sobre la realidad. Hugo Zemelman dice al respecto que, el carácter activo del conocimiento descansa en la práctica en que puede traducirse en virtud de su esencia política³⁶. Por ello la importancia de que, como proceso metodológico sea la investigación en la acción, en donde la práctica es conocimiento y el conocimiento es la práctica.

Se considera que si la Fundación tiende a profesionalizar su actuar para mejorar el impacto de sus acciones, tendrá que poner en práctica –entre otras cosas- la propuesta de crear un equipo de trabajo multidisciplinario, para que pueda haber un mayor seguimiento de los procesos que está llevando a cabo la Institución y, sus acciones, no se restrinjan únicamente al área de salud, sino que abra su campo de acción a las interrelaciones de los factores sociales que inciden en los procesos de salud enfermedad.

Bajo este principio de investigación en la acción, se establece como propuesta de guía para llevar a cabo la promoción de la salud y de esta manera poder evitar las enfermedades. Ambos aspectos se combinan y articulan, de tal manera, que para prevenir la enfermedad, el equipo de trabajo multidisciplinario continuará realizando un constante proceso de investigar y de actuar, tomando en cuenta las principales teorías que existen para explicar el proceso salud-enfermedad (por ejemplo la teoría de los estilos de vida), y a partir de estos referentes teóricos, se toma el conocimiento cristalizado para estructurar propuestas basadas en la experiencia y trabajo continuo que se desarrolle en las clínicas.

El desarrollo de los conceptos no sigue un orden jerárquico de importancia, sólo muestran aquellos aspectos relevantes de la discusión teórica que dan sustento a lo que la Fundación busca hacer, partiendo de una abstracción teórica de la realidad, para plantearse lo que podría ser si se actúa sobre ella. Es por ello que el marco teórico referencial se situó desde una posición crítica y creadora, para enfrentar activa y conscientemente los problemas que presentan los jóvenes de entre 15 y 19 años de edad.

³⁶ Zemelman, Hugo, "Historia y Política en el Conocimiento", Ed. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM. México, 1983, p. 20-29

5.2 Con relación a la metodología desarrollada.

En la elaboración del Modelo, se tomaron como base cuatro etapas fundamentales, mismas que se mencionan de manera general desde el primer contacto entre los directivos de la Fundación y la Dirección de Modelos de Atención, para saber lo que se iba a modelar y la forma en que se llevaría a cabo, pasando por la firma del convenio de colaboración institucional y posteriormente proseguir con la sistematización de la experiencia de los profesionales de la acción para proseguir con la estructuración y operacionalización del modelo, y finalmente concluir con la integración y presentación del documento final (Esquema General, Pág. 35).

Se presentan de esta manera, para una mejor comprensión del proceso metodológico desarrollado; sin embargo, dentro de las fases descritas se iban trabajando momentos de manera simultánea con los cuatro departamentos de la DIMODA; además, con cada uno de los mismos se siguió un orden de trabajo específico.

A partir de lo anterior, el proceso metodológico desarrollado se situó en un doble plano: el constructivo y el reconstructivo, en donde se llevó a cabo un método de planificación (Esquema General, Pág. 35) para, posteriormente, sistematizar la experiencia de los profesionales de la Fundación, quienes mostraron sus posibilidades y limitaciones, desde sus propios análisis de reflexión, generándose así un contraste de ideas y planteamientos que fueron siendo retomados al momento de estructurar el Modelo. De esta manera, se desencadenó un proceso de teorización a partir de la práctica, en donde se buscó una coherencia entre el punto de partida que es la práctica y su interpretación en su contexto a partir del lenguaje adoptado.

Aunque en el esquema del Modelo no se menciona la etapa en la cual se trabaja directamente con el Departamento de Capacitación, esta parte quedó insertada al término de la fase de estructuración y operacionalización del modelo, debido a que se trabajó con dicho departamento de manera discontinua, ya que para la elaboración del programa de inducción al Modelo se tuvo que esperar a que fuera concluido en su totalidad, por lo que únicamente se hizo una versión preliminar.

Lo mismo sucedió con el Departamento de Evaluación, el cual quedó insertado dentro de la fase de estructuración y operacionalización del modelo, ya que para definir los indicadores cuantitativos a evaluar, se tuvo que esperar a que se revisaran los objetivos y metas de los programas con que la Fundación estaba operando. Sin embargo, con la modificación de los criterios de evaluación, se definieron las variables de *impacto* y *desempeño*, quedando pendiente la formulación de los indicadores e instrumentos para llevar a cabo la evaluación de los programas operativos del Modelo.

Ciertamente es muy importante llevar a cabo procesos de evaluación después de la instrumentación de los programas; pero se piensa que de acuerdo a como está funcionando la Fundación, es más viable una estrategia que trate de mejorar su actuar en su campo de trabajo, evaluando constantemente sus avances, de tal manera que se construya el conocimiento del objeto en el momento mismo de su acontecer y no se tenga que esperar un año para llevar a cabo las modificaciones necesarias.

5.3 Con relación al equipo participante y a los beneficiarios del Modelo.

Puede decirse que el rol que jugó la Fundación en la construcción del Modelo fue activo, con mucho interés porque su participación durante los primeros cuatro meses fue constante; sin embargo, conforme iba pasando el tiempo hubo momentos de inquietud por saber cuándo se terminaría de construir el Modelo. Es preciso decir que la Fundación Mujer y Familia brindó todas las facilidades y confianza necesaria al prestador de servicio social para la elaboración del Modelo.

Se considera necesario, que simultáneamente al incremento de clínicas se debe pensar en la manera de poner en práctica el Modelo, para que de esta manera se vaya profesionalizando el trabajo de la Fundación desde el nivel organizacional hasta el nivel operativo. Con ello, quiere decirse que la Institución necesita ampliar su estructura organizativa, ya que (como se verá en el manual de organización) hay duplicidad de funciones, en donde los directivos además de ocupar puestos de dirección, también operan el Modelo al existir relación directa entre éstos y los mismos pasantes y prestadores de servicio social.

En el análisis FODA que se hizo en un principio con el Departamento de Normatividad, los directivos expresaron como una fortaleza el que estén desempeñando funciones tanto de dirección como operativas. Ésto trae como consecuencia el que no haya una definición clara de las funciones y responsabilidades que le corresponde a cada uno de ellos, además de la carga de trabajo que ya tienen, ocasionando con esto el descuido de otras actividades fundamentales para la sustentabilidad de los programas que opera la Institución.

Con el personal de la Dirección de Modelos de Atención, hubo extensas discusiones durante el proceso de construcción del Modelo, ya que ellos se enfocaban a estructurarlo de acuerdo con la forma en que la Fundación venía trabajando, es decir a modelar lo que ya existe y hacer las revisiones y evaluaciones un año después de su estructuración, para que a partir de eso, se realicen las modificaciones de acuerdo a la propia dinámica e inercia del trabajo. El prestador de servicio social, durante gran parte del tiempo, estuvo argumentando la idea de que se formulara el Modelo de acuerdo a la forma en que podría funcionar, ya que no tenía caso diseñar algo que desde el proceso de inducción al trabajo que realiza la Fundación se habían detectado debilidades.

Lo que tenía bien claro el prestador de servicio social, es que no se debería esperar un año para llevar a cabo procesos de evaluación, sino que ésta debe ser constante para determinar el impacto de las acciones llevadas a cabo y en su caso, formular nuevos programas encaminados a la resolución de problemas. Como se ha venido mencionando anteriormente, se debe llevar a cabo un proceso de actuar e investigar, de investigar y de actuar con la finalidad de mejorar la acción.

Puede decirse con toda seguridad que lo más conveniente fue elaborar el Modelo enfocándolo más a lo que *podiera ser* para que de esta manera se siga una ruta metodológica de trabajo continuo, más estructurado y al mismo tiempo profesionalizando su función.

Finalmente, con las 12 *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* instaladas dentro de igual número de planteles Conalep, se vieron beneficiados de enero a noviembre del 2002, cerca de 18,000 estudiantes pertenecientes al Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, esto sin contar las personas de las comunidades aledañas a los centros educativos que acuden a recibir los servicios de medicina, odontología, enfermería y psicología.

De acuerdo a la experiencia de los compañeros pasantes y prestadores de servicio social de la Clínica de Iztacalco I, el que haya una semejanza de edades entre los jóvenes usuarios de los servicios y los que los proporcionan, genera una mayor confianza y empatía entre ambos, logrando con ello el incremento de la demanda de los servicios. Con esto, se confirma la idea de la Fundación, de que *jóvenes atendiendo a jóvenes* se da una relación entre pares, en donde el joven es entendido como destinatario y agente de promoción y cambio social.

6. El Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud.

A continuación se presenta la parte operativa del Modelo elaborado por los directivos de la Fundación, la Dirección de Modelos de Atención y por el prestador de servicio social. Dicho modelo contempla siete apartados: el objetivo general, los objetivos específicos, el esquema del modelo, la descripción de los componentes, la descripción operativa del modelo, las estrategias y los programas y servicios. Finalmente se agrega el manual de organización de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I.*

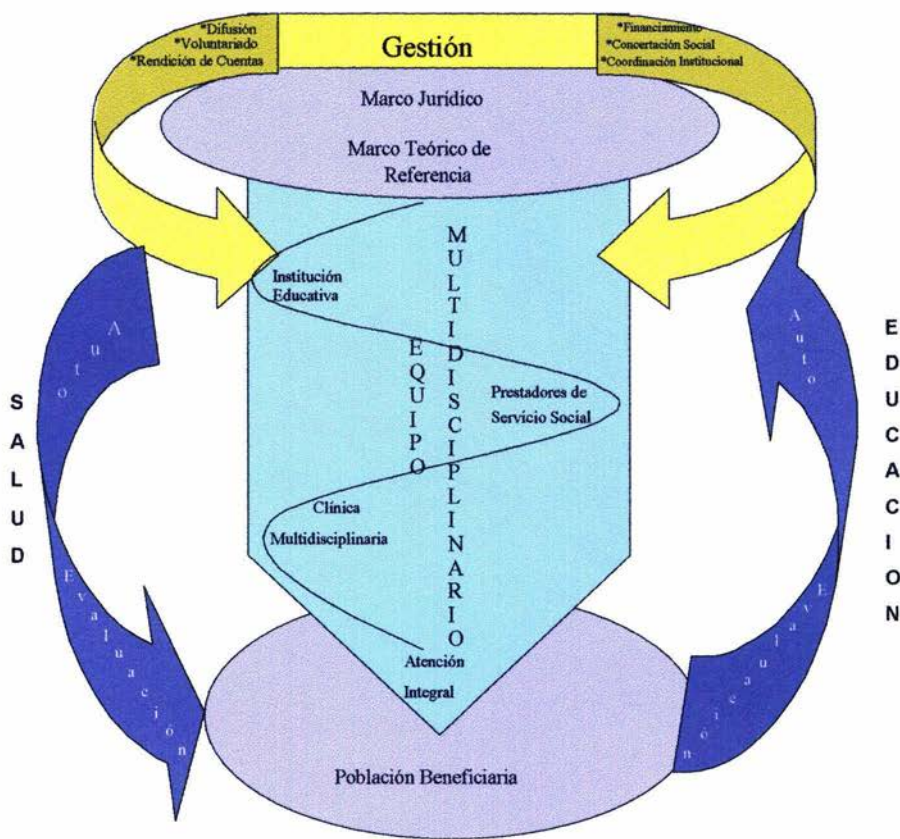
6.1 Objetivo General.

Promover la atención integral de los procesos de salud en la comunidad Conalep y población aledaña a través de clínicas multidisciplinarias, redes sociales y trabajo comunitario, para generar cambios de actitud y hábitos que mejoren sus condiciones físicas, psicológicas y sociales.

6.2 Objetivos Específicos.

- Establecer programas de salud curativa y preventiva de manera integral en los que participen en la solución de la problemática individual y colectiva, en forma coordinada con los profesionales de las ciencias de la salud y humanísticas.
- Mejorar el entorno de la escuela a través de programas que promuevan la participación organizada de los individuos y la colectividad.
- Identificar los problemas del proceso salud-enfermedad que afectan al individuo a través del diagnóstico clínico y de la comunidad, mediante investigación epidemiológica, para priorizar la atención de acuerdo al análisis de los resultados de los diagnósticos individuales y de la investigación epidemiológica.
- Desarrollar programas que promuevan el desarrollo de habilidades cognitivas, afectivas, motivacionales que le permitan a la población objetivo modificar sus condiciones de vida.
- Establecer coordinación con instituciones públicas, privadas y sociales para la obtención de recursos humanos, materiales y financieros que optimicen los programas y proyectos de la Fundación.
- Desarrollar programas que propicien la participación de la comunidad Conalep en las clínicas multidisciplinarias.
- Evaluar el impacto de los programas para poder determinar nuevas estrategias.

6.3 Esquema del Modelo.



Descripción del Esquema.

El Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud, es operado por la Fundación Mujer y Familia funcionando a través de diferentes componentes que le dan sustentabilidad. Como se muestra en el esquema, el componente clave es el de gestión, ya que a través de éste, se obtienen los recursos necesarios con otras instituciones para el desarrollo de sus programas.

La Fundación acota su quehacer institucional y define los beneficiarios a través de su marco jurídico y normativo; además, como todo trabajo profesional, éste cuenta con un marco teórico referencial que fundamenta y explica la problemática a enfrentar.

En el esquema del Modelo se encuentran los componentes de voluntariado, difusión, rendición de cuentas, financiamiento y concertación social, los cuales por su tamaño y ubicación tienen la misma importancia.

En el esquema del Modelo resalta un equipo de trabajo llamado *Multidisciplinario*, el cual, constituye un elemento vertebrador y catalizador de las propuestas realizadas, por lo que llevará a cabo un proceso de investigación en la acción de manera directa en cada una de las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* para establecer y definir los programas necesarios a instrumentar.

6.4 Descripción y funcionamiento del Modelo.

Para la Fundación, la gestión ocupa un lugar preponderante en el funcionamiento del Modelo, ya que mediante ésta se obtienen los recursos humanos, materiales y financieros para la operación de su Modelo.

El recurso humano se obtiene de dos fuentes principales: de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y del voluntariado. La UNAM proporciona los pasantes y prestadores de servicio social en las áreas de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social, quienes buscan proporcionar una atención integral e integradora a través de las clínicas, abarcando además de la atención física, aspectos sociales y psicológicos.

Para darle sustentabilidad a la Fundación, se promueve ampliamente la participación de las personas que deseen colaborar en las distintas actividades que lleva a cabo. Para ello se ha formado el Patronato, la Red de Voluntarias y la Red del Empresariado Social quienes desarrollan distintas actividades para la obtención de fondos.

La Fundación complementa sus recursos financieros a través de acciones que se obtienen de la realización de eventos culturales y talleres de capacitación dirigidos al público en general, de donativos que proporcionan personas físicas que tienen un amplio compromiso con los grupos vulnerables; y por último, la Institución participa en distintas convocatorias que emite el gobierno federal y el local, así como las organizaciones nacionales e internacionales para la selección y financiamiento de programas que atienden problemas en determinados grupos de población vulnerable, asumiendo los requisitos y compromisos establecidos.

Los componentes de coordinación institucional y concertación social actúan como mecanismo integrador, ya que a través de éstos se establecen acuerdos, en los que participan Instituciones públicas, privadas y sociales, para unir esfuerzos en la búsqueda de objetivos comunes.

Otro componente importante dentro del Modelo, es el de la rendición de cuentas ya que al asumir plenamente ante la sociedad la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a la evaluación de la propia sociedad y de las instituciones que así lo deseen, le da credibilidad, respeto y confianza a todos los que participan en el Modelo a seguir trabajando por los grupos menos favorecidos.

De acuerdo con la conceptualización del proceso salud-enfermedad enunciado en el marco teórico, la Fundación considera necesario cambios en la práctica social de la atención en educación y salud, donde se busca realizar actividades de fomento y prevención en las escuelas y con los alumnos, sus familias y comunidad en general, mas que la consulta de la morbilidad tradicional. Para esto, en el Modelo se plantea la atención primaria integral que concibe, entre otros elementos, la actuación de equipos multidisciplinarios, integrados por pasantes del servicio social de las carreras de medicina, psicología, odontología, trabajo social y enfermería, la participación comunitaria, la articulación funcional con las diferentes instituciones públicas, privadas y del sector social.

Por otra parte, el Modelo considera al joven como eje central y parte fundamental de su quehacer, no sólo como sujeto de atención, sino también como prestador del servicio en el que se amplían sus experiencias de aprendizaje, integrando investigación, docencia y desarrollo comunitario con la atención que se extiende a las familias y las comunidades aledañas a la institución educativa en donde se ubican las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias*.

Resulta fundamental en el Modelo, que los servicios sean otorgados con privacidad y confidencialidad, que se maneje de manera relevante las conductas riesgosas para la salud de los jóvenes, no sólo a ellos, sino también a la comunidad educativa involucrándolos en las acciones de las clínicas.

Finalmente, el componente de difusión sirve como el medio idóneo para interactuar con la sociedad, ya que los servicios que ofrece la Fundación, son difundidos ampliamente tanto a la comunidad educativa de los Conalep, como a la población que se encuentra aledaña a los planteles. También se difunden diversos contenidos temáticos sobre la forma en que se pueden prevenir algunas enfermedades.

6.5 Descripción de los componentes.

Cada uno de los componentes tiene una función sustantiva dentro del Modelo por lo que es necesario la definición tal y como los utiliza la Fundación.

➤ *Gestión:*

El término gestión se aplica fundamentalmente, a las diversas tareas de dirección que están encaminadas a la resolución de problemas. Es por ello, que constituye el componente principal del modelo ya que partiendo de ésta, se podrán llevar a cabo las distintas acciones y procedimientos dirigidos a obtener y administrar los recursos necesarios para hacer posibles los objetivos de la fundación. Es en este sentido, que la gestión buscará garantizar los apoyos necesarios para la continuidad y expansión del modelo integral de intervención en salud y educación.

➤ *Coordinación institucional:*

La Fundación entiende la coordinación institucional como una alianza estratégica de promoción de acciones de cooperación en los ámbitos de la salud y la educación. Es por ello que ha firmado convenios de coordinación y colaboración para que distintas instituciones públicas, privadas y sociales la apoyen en la operatividad de sus programas y así poder lograr un impacto más significativo.

Estas instituciones son la FES-Zaragoza y la ENTS, ambas de la UNAM; el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF), los Conalep, la Secretaría de Salud a través de la Beneficencia Pública, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), Centros de Integración Juvenil (CIJ), la Policía Federal Preventiva (PFP) y con la Secretaría de Desarrollo Social.

➤ *Concertación Social:*

Es “un proceso que posibilita un encuentro entre distintos actores sociales (sociedad civil) y el gobierno, con el propósito de lograr acuerdos que hagan posible una convivencia social en forma sostenible”³⁷. En este sentido, la fundación la entiende como una “práctica de política social y económica que sirve para afrontar problemas de distinta índole”³⁸, a través del diálogo para generar consensos sociales que se traduzcan en propuestas y acuerdos concretos para complementar esfuerzos en la búsqueda de objetivos comunes.

Una característica de la concertación social es que se establece con organizaciones que surgen independientes de las instituciones públicas y privadas, la mayoría, son autofinanciables, sin fines de lucro, que buscan darle solución a una demanda o problemática ciudadana, tienen órganos de gobierno, estatutos y reglamentos internos propios, diseñados de acuerdo con la finalidad que persigue la asociación.

³⁷ Fallas, Helio, “Concertación para el desarrollo en el marco de la autogestión comunitaria”, Venezuela. www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/investigaciones/concertación/index.html, Agosto 15 del 2003, p. 1.

³⁸ Hernández, Oscar, “Concertación Social en América Latina”, Colombia.

<http://pegasus.ucla.edu.ve/ccr/resumen/administración/c5-20-ac-htm>, Agosto 15 del 2003, p. 1.

Helio Fallas propone, que para llevar a cabo la concertación es un imperativo responder las siguientes preguntas: “qué se está concertando o para qué es la concertación?, quiénes deben participar en la concertación?, cómo hacer la concertación, es decir, cómo realizarla; con qué medios de información se debe contar, cómo realizar los debates, qué espacios físicos son necesarios?, qué instrumentos se tendrá para hacer valer los acuerdos resultado de la concertación, cómo se dará seguimiento y con qué periodicidad”³⁹.

➤ *Rendición de Cuentas:*

Para la Fundación la rendición de cuentas significa *el uso transparente de los recursos*, lo que implica garantizar con ética y eficiencia el aprovechamiento de los mismos; es por ello, que incorpora un sistema de rendición de cuentas ante las instancias públicas y la sociedad en general de manera trimestral, semestral y anual. También para la Fundación tiene un significado importante el que se evalúen los resultados, sus responsabilidades y la fiscalización periódica de lo que realiza; es en este sentido, que no solamente considera imperante informar de manera clara y argumentada lo realizado, sino que está abierta a la evaluación de sus costos, objetivos, metas y lo que es más importante, el impacto social que está teniendo en su población objetivo.

➤ *Financiamiento:*

Se considera *financiamiento* a todo aquello que se otorga a la Institución ya sea en tiempo, talento y recursos que reducen los costos de operación.

La fuente de ingresos de la Fundación proviene a través de convocatorias, autogenerados y convenios de colaboración de la siguiente manera:

- 1) Participa en convocatorias sobre fondos de coinversión social emitidas por el gobierno federal y por organizaciones nacionales e internacionales;
- 2) Mediante la realización de cursos académicos, bazares y eventos culturales llevados a cabo por el grupo de voluntarias de la Fundación, y
- 3) Presentando el Modelo de trabajo a instituciones públicas, privadas y sociales para solicitar financiamiento sin haber de por medio una convocatoria, sino que es a través de convenios de colaboración.

Una parte importante del financiamiento que se traduce en calidad de los servicios, es la participación de voluntarios que aportan su trabajo profesional en campos específicos de la educación y el desarrollo.

³⁹ Fallas, Helio, op. cit. p. 3.

➤ *Voluntariado:*

De acuerdo con la Asamblea General de las Naciones Unidas, define al servicio voluntario como “la contribución –sin ánimo de lucro o beneficio- prestada por individuos para el bienestar del vecino, la comunidad o la sociedad en general”⁴⁰. Es decir, se denomina voluntario a toda persona con inquietudes por los problemas sociales que, disponiendo de tiempo libre para desempeñar alguna tarea de utilidad social, la realiza sin recibir ninguna retribución económica.

Para la Fundación significa *la voluntad de servir con responsabilidad bajo un sistema organizativo del trabajo*, por lo que son acciones solidarias que tienen como finalidad la atención y resolución de problemas; de ahí que considere imprescindible el reconocimiento, la promoción y las facilidades necesarias para el funcionamiento eficaz de la acción y el servicio voluntario, ya que representan un potencial económico y social importante para la consecución de sus objetivos.

➤ *Difusión:*

Es la información clave que permite a los individuos conocer los contenidos fundamentales encaminados a la “prevención de las enfermedades y la promoción de la salud en la sociedad”⁴¹ así como los servicios y programas de apoyo que ofrece, mediante carteles, trípticos, boletines y una página web. Por ello, la Fundación entiende que la comunicación constituye un proceso que permite el intercambio social, engloba el conjunto de transferencias de ideas, hechos, datos, conductas y bienes para interactuar con la sociedad.

➤ *Atención integral:*

Consiste en considerar a los procesos de salud-enfermedad no solamente los aspectos físicos y biológicos del ser humano, sino que además es importante tomar en cuenta las cuestiones sociales, económicas, psíquicas y culturales en que se desenvuelven los individuos. Por ello la Fundación ha instalado *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* en distintos Conalep del Distrito Federal, las cuales cuentan con profesionistas de Medicina General, Odontología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social, que buscan vincular acciones de salud con aquellas que traten de incidir en el mejoramiento del nivel de vida y de salud de su población objetivo con la participación comprometida de las comunidades aledañas. En ellas, hay una coordinación de actividades para que a través de la educación para la salud se abarque el aspecto físico como es la higiene, la alimentación y la prevención de enfermedades. En lo psíquico se encuentra la afectividad, el equilibrio emocional, el desarrollo intelectual y el conocerse a sí mismos. El tercer aspecto es lo social, el cual buscará el mejoramiento de sus entornos, una relación solidaria y comprometida con los demás y la resolución de conflictos.

⁴⁰ Voluntarios de las Naciones Unidas, “Año Internacional de los Voluntarios 2001”, Ed. ONU, Tríptico. España, 2001.

⁴¹ Fundación Mujer y Familia, “Programa de Salud Comunitaria Integral: Todas y Todos Saludables”, México, Enero del 2002.

➤ *Participación Social:*

Es “un proceso activo de toma de decisiones”⁴² en donde los individuos buscan de manera organizada y comprometida incidir en el mejoramiento de sus entornos sociales, con la finalidad de satisfacer sus propias necesidades a partir del ejercicio pleno de sus derechos humanos a ser libres, autónomos, responsables, diferentes, éticos y transparentes.

La Fundación la entiende como un mayor involucramiento y compromiso de la sociedad para alcanzar ciertos objetivos a través de la apertura de espacios de participación democrática en donde la población se organice de acuerdo a su propia dinámica interna para opinar, analizar y decidir las alternativas de solución a sus problemas. También trata de integrar a la población en un proceso de desarrollo a través de la corresponsabilidad y toma de decisiones en la implementación de su Modelo, en donde se aprovechen los recursos humanos y materiales con que cuenta cada comunidad para mejorar sus ambientes sociales.

6.6 Descripción operativa del Modelo.

El Modelo opera a través de programas que fueron surgiendo de las propias necesidades y demandas de la atención de la población. Actualmente se cuenta con dos grandes programas, mismos que están integrados por ocho subprogramas que se encuentran operando y que continuarán desarrollándose de acuerdo al crecimiento propio de la Fundación.

Los programas se llevan a cabo en las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* de la Fundación Mujer y Familia que se encuentran ubicadas dentro de distintos planteles Conalep.

La atención se otorga mediante consultas médicas, odontológicas y psicológicas, tutorías, talleres de autoestima, valores éticos-morales, prevención del VIH/SIDA y adicciones, talleres de aprender a aprender, sexualidad y salud reproductiva, educación ambiental, el uso de genéricos, valores cívicos y derechos humanos con el fin de que los beneficiarios adquieran estilos de vida sanos y seguros.

⁴² Linares, Cecilia, “La Participación: ¿Solución o Problema?”. Ed. Centro de Estudios Regionales, Cuba, 1996. Pág. 13.

6.7 Estrategias.

- Establecimiento de convenios de colaboración y coordinación institucional con instituciones públicas, privadas y sociales, así como con organismos multilaterales y regionales.
- Instalación de *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* en los planteles Conalep.
- Incorporación de pasantes y prestadores de servicio social de diferentes disciplinas a los programas de la Fundación.
- Diseño de un programa de inducción al Modelo para los pasantes y prestadores de servicio social.
- Creación de espacios de participación democrática para que los Conalep sean centros promotores de la salud.
- Formación de un comité interinstitucional de acercamiento entre la Fundación, el Conalep y la UNAM.
- Creación de un comité de vinculación entre las clínicas y la institución educativa, para resolver directamente problemas de coordinación.
- Formación de un equipo de trabajo multidisciplinario para llevar a cabo la investigación en la acción.
- Gestión y concertación de atención especializada con instituciones y profesionales que presten este tipo de servicios.
- Desarrollo de mecanismos que garanticen los criterios mínimos para operar los programas de tratamiento y prevención de enfermedades acordes al marco legal vigente del país.
- Elaboración de programas de promoción y educación para la salud: de Educación Sexual y Reproductiva, (VIH-Sida, Enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, paternidad responsable, autoestima), y de Prevención de Adicciones (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción).
- Elaboración de programas para la atención de problemas específicos detectados en la investigación por cada centro educativo.
- Formación de redes de apoyo a problemas específicos que se den en los Conalep, con especial énfasis en las adolescentes embarazadas.
- Elaboración de manuales de organización para cada una de las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias*.
- Elaboración de un programa de medición continua del desempeño e impacto de los objetivos planteados en el Modelo para proceder en su caso, a las modificaciones necesarias.
- Elaboración del programa anual de trabajo en el que se indiquen las prioridades de acción.
- Desarrollo de mecanismos de supervisión permanente para verificar el buen funcionamiento de las Clínicas.

6.8 Programas.

La Fundación Mujer y Familia realiza su trabajo a través de dos programas rectores que buscan garantizar la oportunidad de que los estudiantes del Conalep tengan acceso a servicios de atención preventiva para detectar riesgos y padecimientos en etapas tempranas, complementándose ambos entre sí. El primero, es el **Programa Nacional de Salud Integral Comunitaria “Todas y Todos Saludables”** que lleva a cabo servicios de prevención y de atención de primer nivel a través del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

La Fundación, conciente de que la inversión en recursos humanos, materiales y financieros destinada a la prevención de la enfermedad es más efectiva y menos costosa que la dirigida a las acciones curativas, lleva a cabo un segundo programa llamado de **Promoción, Fomento y Educación para la salud**. En este programa se realizan las acciones específicas acordes con las características y necesidades de cada uno de los planteles Conalep en donde opera el Modelo.

6.8.1 Programa de Salud Comunitaria Integral “Todas y Todos Saludables”.

Este programa tiene como objetivo principal proporcionar una atención integral en salud a los jóvenes, tomando en cuenta los factores físicos, biológicos, psicológicos, culturales, sociales y económicos que inciden a favor o en detrimento de su salud.

La atención se realiza en las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* a través de cinco subprogramas que corresponden a los servicios de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social, en los cuales la consistencia y congruencia de las acciones es llevada a cabo y coordinada por la Fundación Mujer y Familia.

6.8.1.1 Programa del Área de Medicina General.

Objetivos:

1. Actualizar el diagnóstico de salud de los jóvenes estudiantes del Conalep.
2. Contribuir a elevar los niveles de salud de los estudiantes, con los recursos del primer nivel de atención, a través de acciones organizadas de prevención y atención.
3. Promover las acciones de organización en los jóvenes que permitan su participación en el análisis, diseño, planeación, ejecución y evaluación de los programas y de las actividades para la salud.
4. Colaborar en proyectos de investigación clínica, epidemiológica, sociomédica y de organización de los servicios de salud en las Clínicas Multidisciplinarias de Atención Integral Comunitaria de la Fundación Mujer y Familia.
5. Participar en actividades de promoción y educación para la salud.

6.8.1.2 Programa del Área de Odontología.

La alta incidencia de las enfermedades buco dentales más comunes en los jóvenes estudiantes de los distintos planteles Conalep, señalan que esta patología es un problema de salud pública, por lo tanto la Fundación Mujer y Familia a través de este programa tiene como objetivo prevenir las enfermedades buco dentales a través de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Para ello, se ha trazado los siguientes objetivos:

1. Alcanzar cambios positivos en el medio social e higiénico-sanitario.
2. Desarrollar la atención de salud bucal integral basada en las acciones de promoción, prevención y curación.
3. Promover el desarrollo del personal odontológico y de apoyo a este programa.
4. Participar en actividades de promoción y educación para la salud bucal.

6.8.1.3 Programa del Área de Enfermería.

La participación de las enfermeras en las Clínicas es importante debido a que facilitan el trabajo de los profesionales de Medicina y Odontología, llevando a cabo el control de los expedientes clínicos únicos, esterilizando y controlando el material médico-odontológico, programando las citas de los pacientes y llevando a cabo distintas actividades de promoción y educación para la salud.

Objetivo:

Colaborar en las distintas actividades relacionadas a la atención primaria de la salud en las Clínicas Multidisciplinarias de Atención Integral Comunitaria.

6.8.1.4 Programa del Área de Psicología.

La salud psicológica-emocional es un elemento fundamental que determina de manera constante cada una de las actividades de los estudiantes del Conalep. De ahí, la importancia que tiene el programa de psicología dentro del Modelo para que a través de sus actividades se contribuya al desarrollo de habilidades cognitivas, afectivas, motivacionales y de aprendizaje en los estudiantes que les permitan mejorar su calidad de vida. Para ello, se realizan diagnósticos psicológicos, talleres de autoestima, de relajación, de valores éticos-morales y de aprender a aprender. También se realizan tutorías individualizadas a los estudiantes que así lo requieran en donde su busca integrar a la familia en la solución de la problemática que se presente. Además, los pacientes que requieren de una atención más especializada son canalizados a otras instituciones, dándoles seguimiento para conocer la evolución de su caso.

Tiene como objetivo: Contribuir al desarrollo físico, psicológico y social de los alumnos del Conalep.

6.8.1.5 Programa del Área de Trabajo Social.

Como se ha mencionado con anterioridad, la Fundación Mujer y Familia busca llevar a cabo una serie de acciones específicas acordes a los problemas y necesidades que se presenten en cada uno de los planteles Conalep donde se este aplicando el Modelo. Para ello, el Trabajador Social tiene como objetivo realizar investigación social que contribuya a conocer e interpretar las necesidades y carencias de los estudiantes con la finalidad de proponer diferentes acciones y programas que promuevan la organización, capacitación y participación de los estudiantes en la búsqueda de posibles alternativas de solución a sus problemas que permitan elevar su calidad de vida.

Objetivos:

1. Construir una sólida organización local integrada en una perspectiva de desarrollo social.
2. Participar activamente en la solución de problemas a nivel local y comunitario.
3. Instrumentar servicios sociales de atención primaria, polivalentes.
4. Operar una red interorganizacional de proyectos y servicios institucionales.
5. Ampliar la base de participación comunitaria.
6. Participar en actividades de promoción y educación para la salud.

6.8.2 Programa de “Promoción, Fomento y Educación para la Salud”.

Este Programa de Promoción, Fomento y Educación para la Salud tiene como objetivo principal, contribuir a formar una cultura de la salud en los estudiantes de los planteles Conalep donde opera el Modelo, a través de distintas acciones encaminadas a fomentar en la población estudiantil el desarrollo de actitudes y conductas que les permitan participar en la prevención de enfermedades y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud; además, proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud y orientar y capacitar a los estudiantes en materia de nutrición, salud psicológica-emocional, salud bucal, educación sexual, prevención de VIH/SIDA, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de adicciones, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud y la importancia que tiene llevar a cabo la detección oportuna de enfermedades.

6.8.2.1 Programa de Educación Sexual y Reproductiva en los Jóvenes.

El inicio de la vida sexual activa en los jóvenes requiere de un subprograma que tenga como objetivo fomentar la adopción de actitudes y conductas responsables favoreciendo que los jóvenes asuman su sexualidad de manera autónoma, consciente y sin riesgos.

Las acciones desarrolladas favorecerán en los jóvenes con vida sexual activa la postergación de la edad de ser padres; la disminución en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual; la reducción en el número de embarazos no deseados y el conocimiento del uso de anticonceptivos.

6.8.2.2 Programa de Prevención de Adicciones.

Los efectos negativos del uso y abuso de drogas sobre los jóvenes se han venido manifestando con mayor intensidad en los últimos años. Además de los efectos sobre la salud de quienes las ingieren, el consumo de drogas ilícitas repercute sobre la seguridad pública al incrementarse los índices de violencia y el número de accidentes automovilísticos.

Las diversas acciones que conforman este programa buscan incorporar la percepción de los estudiantes sobre las manifestaciones de estas adicciones, conformando una estrategia de coordinación entre la Fundación y los Centros de Integración Juvenil para canalizar a los jóvenes con problemas graves de adicción.

Objetivos:

1. Promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales y socio emocionales que proporcionen comportamientos más adaptativos y por tanto, una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales.
2. Contribuir a mejorar la calidad de vida de los estudiantes del Conalep promocionando y fomentando la salud integral, como medio efectivo para la prevención de la drogadicción.
3. Contribuir al desarrollo físico, psicológico, social y académico de los alumnos del Conalep.

6.8.2.3 Programa de Prevención de la transmisión del VIH/SIDA.

Objetivos:

1. Ofrecer información clara, sencilla, básica y específica a la población juvenil sobre las formas de transmisión del VIH y de los factores de riesgo existentes con la finalidad de prevenir dicha enfermedad.
2. Facilitar el acceso a los jóvenes de preservativos como uno de los métodos eficaces de prevención.

3. Contribuir a la aceptación y normalización del uso del preservativo mediante talleres, conferencias y publicaciones.
4. Sensibilizar a la población juvenil acerca de la importancia de la prevención del VIH/SIDA.
5. Fomentar la participación de los jóvenes en el diseño y ejecución de los programas de prevención.

6.9 Manual de Organización de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I.*

El Manual de Organización que a continuación se presenta es producto del trabajo realizado con el Departamento de Normatividad correspondiente a la Dirección de Modelos de Atención. En él, se expone detalladamente la estructura organizacional de la Fundación Mujer y Familia y se señalan los puestos y la relación que existe entre ellos, además explica la jerarquía, los grados de autoridad y responsabilidad y los objetivos y funciones de cada una de las áreas.

El Manual tiene como objetivo proporcionar información de la estructura administrativa de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria del plantel Conalep Iztacalco I, la cual fue tomado como Modelo de trabajo a seguir, por ser la que tiene más tiempo de estar funcionando y así, los objetivos y funciones de cada una de las áreas quedaran más estructurados porque fueron elaborados de acuerdo a lo que se estaba haciendo en ese momento.

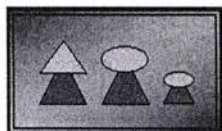


Fundación Mujer y Familia, A.C.

MANUAL DE ORGANIZACIÓN

**CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL COMUNITARIA
MULTIDICLINARIA IZTACALCO I**

Enero 2003



Fundación Mujer y Familia, A.C.

HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

NOMBRE DEL DOCUMENTO

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA CLÍNICA
MULTIDISCIPLINARIA
IZTACALCO I**

SÍNTESIS DEL DOCUMENTO

CONTIENE OBJETIVO, FUNCIONES, ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, ORGANIGRAMA, Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DE LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL COMUNITARIA MULTIDISCIPLINARIA PLANTEL IZTACALCO I.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

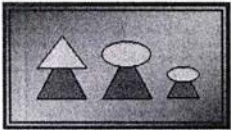
**CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA DE ATENCIÓN INTEGRAL
COMUNITARIA IZTACALCO I**

AUTORIZÓ:

DRA. MA. GUADALUPE HARO ORTEGA
PRESIDENTA

DIRECTOR GENERAL

FECHA DE ELABORACIÓN
Enero 2003.



Fundación Mujer y Familia, A. C

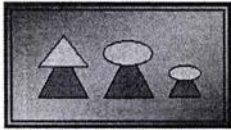
FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN.	70
II. OBJETIVO.	72
III. FUNCIONES.	73
IV. ESTRUCTURA ORGÁNICA.	74
V. ORGANIGRAMA.	75
VI. OBJETIVO Y FUNCIONES.	76
VII. DESCRIPCIÓN DE PUESTOS.	87



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

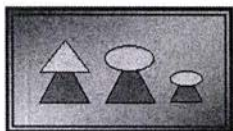
I. INTRODUCCIÓN

La Fundación Mujer y Familia considera que un alto porcentaje de jóvenes constituyen un grupo vulnerable al cual hay que atender, ya que carecen de los medios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas de educación, salud, alimentación, cultura, recreación, y un empleo remunerado; además de que están expuestos a distintos riesgos que ponen en peligro su salud y su vida, tales como las drogas, el alcohol, el uso de la violencia, los accidentes, los suicidios, las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/SIDA, entre otras. Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario llevar a cabo una atención integral preventiva y profesional en donde no solamente se considere a los procesos de salud-enfermedad, los aspectos físicos y biológicos del ser humano, sino que además influyen los factores socioeconómicos, ambientales, psíquicos y culturales en el nivel de salud de los estudiantes.

En este sentido, es imperante la conformación de un equipo multidisciplinario, en donde la atención de los problemas de salud requiere de la participación conjunta de diferentes tipos de profesionistas, tanto de las ciencias biológicas como de las sociales, ya que los problemas son cada vez más crecientes y difíciles de resolver.

Así, se han creado las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* en distintos Conalep del Distrito Federal. Las clínicas se integran por pasantes y prestadores de servicio social en las áreas de Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social, teniendo como función principal la atención integral de la salud.

Continúa en la siguiente hoja.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

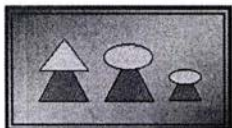
Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

La Fundación Mujer y Familia, consciente del compromiso que han adquirido los pasantes y prestadores de servicio social, busca también profesionalizar la labor administrativa de la Institución. Por ello, desarrolló en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF el presente Manual de Organización de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Conalep Iztacalco I, el cual expone detalladamente su estructura organizacional y señala los puestos y la relación que existe entre ellos, además explica la jerarquía, los grados de autoridad y responsabilidad y las funciones y objetivos de cada una de las áreas.

El manual tiene como objetivo proporcionar información de la estructura administrativa de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Plantel Conalep Iztacalco I.

Así mismo, el manual constituye una guía organizacional de la Fundación Mujer y Familia, dispuesta siempre a trabajar en la innovación y creatividad del trabajo profesional que se realiza en las Clínicas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

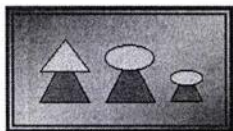
FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

II. OBJETIVO.

Contribuir al mejoramiento de la salud integral, individual y colectiva de la comunidad escolar y educativa del Conalep Iztacalco I, así como de la población aledaña al Plantel.



Fundación Mujer y Familia, A. C

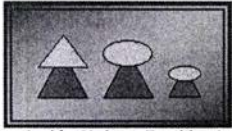
FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

III. FUNCIONES.

- ◆ Proporcionar atención primaria en las áreas de Medicina General, Odontología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.
- ◆ Definir estrategias de atención a los procesos de salud-enfermedad.
- ◆ Llevar a cabo procesos de promoción y educación para la salud.
- ◆ Elaborar diagnóstico social interno y externo al Conalep.
- ◆ Realizar brigadas comunitarias de atención médica, odontológica, enfermería, psicología y trabajo social.
- ◆ Efectuar investigación epidemiológica.
- ◆ Seguimiento y control de los pacientes atendidos.
- ◆ Informar de los programas y actividades realizadas a la Coordinación General de Programas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

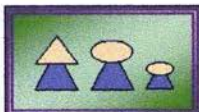
FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

IV. ESTRUCTURA ORGÁNICA.

- ❖ PRESIDENCIA DE LA FUNDACIÓN MUJER Y FAMILIA
- ❖ DIRECCIÓN GENERAL
- ❖ COORDINACIÓN GENERAL DE PROGRAMAS
- ❖ COORDINACIÓN DE ESPECIALIDADES
- ❖ VINCULACIÓN CONALEP
 - MEDICINA GENERAL
 - ODONTOLOGÍA
 - ENFERMERÍA
 - PSICOLOGÍA
 - TRABAJO SOCIAL



Fundación Mujer y Familia, A. C.

FECHA:

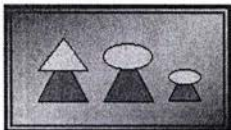
Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

V. ORGANIGRAMA.

CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA PLANTEL IZTACALCO I.





Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

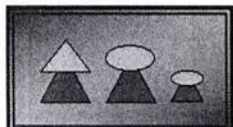
VI. OBJETIVO Y FUNCIONES.

Objetivo de la Presidencia:

Establecer los lineamientos y políticas estratégicas de la Fundación Mujer y Familia tendientes a promover e impulsar el desarrollo integral de los jóvenes estudiantes del Conalep Iztacalco I, a través de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria*.

Funciones:

- Expedir las disposiciones de carácter operativo, normativo y administrativo necesarias para la adecuada organización y funcionamiento técnico de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I*.
- Dictar los lineamientos generales para la planeación y ejecución de los servicios de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I*.
- Aprobar y testificar los convenios de coordinación y colaboración que hayan de celebrarse con instituciones públicas, privadas y sociales para el funcionamiento de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I*.
- Representar legalmente a la Fundación Mujer y Familia.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

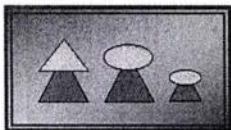
“La familia, esencia de la sociedad”

Objetivo de la Dirección General:

Fortalecer la capacidad administrativa de la Fundación Mujer y Familia a través de la organización y control de los programas y recursos asignados a la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I.*

Funciones:

- Ejecutar los acuerdos y disposiciones de la Mesa Directiva y de la Presidencia, para el logro de los objetivos de la Fundación, encaminados al funcionamiento de la Clínica.
- Elaborar convenios de coordinación y colaboración con instituciones públicas, privadas y sociales para el funcionamiento de la Clínica.
- Planear, dirigir y controlar el funcionamiento de la Clínica.
- Promover proyectos y programas para la prevención y atención de problemáticas que afectan a los jóvenes.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

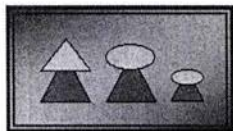
Objetivo de la Coordinación General de Programas:

Establecer los mecanismos de dirección, concertación, control, coordinación, fomento y apoyo de manera oportuna de los programas que instrumente el modelo de atención en salud y educación para la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I.*

Funciones:

- Coordinación con la Presidencia y Dirección General de la Fundación para el desarrollo y cumplimiento de programas y actividades de la *Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.*
- Participar en la elaboración y operación del Programa Operativo anual de Actividades, impulsando acciones científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
- Apoyar en la adquisición de equipo e instrumental médico y odontológico, material didáctico y medicamentos.
- Determinar la periodicidad y definir los criterios de la información que deberán proporcionar los pasantes y prestadores de servicio social.
- Emitir recomendaciones a la Presidencia y Dirección General de la Fundación sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de la *Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.*
- Apoyar la coordinación entre la Fundación y las instituciones educativas para que opere el modelo de la *Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.*
- Apegar el desempeño de los pasantes y prestadores de servicio social con las normas de salud establecidas.

Continúa en la siguiente hoja.



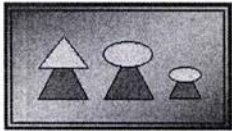
Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

- Supervisar el funcionamiento técnico, operativo y administrativo de la *Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.*
- Coordinar las reuniones de trabajo entre la Fundación y las instituciones públicas, privadas y sociales.
- Controlar la emisión de permisos, autorizaciones y sanciones de los pasantes y prestadores de servicio social.
- Emitir recomendaciones a la Presidencia y Dirección General de la Fundación para la suspensión temporal y definitiva del servicio en la clínica de los pasantes y prestadores de servicio social.
- Coordinar las diferentes áreas que prestan sus servicios en la *Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.*
- Coordinar y asesorar en la elaboración de los programas de trabajo de los coordinadores de especialidades.
- Supervisar el funcionamiento, la operación y seguimiento de los programas en la *Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.*
- Promover iniciativas encaminadas a mejorar la prevención de las enfermedades en la *Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.*
- Ejercitar las demás funciones y deberes que le asigne la Presidencia.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

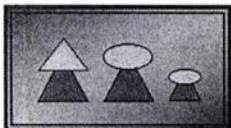
“La familia, esencia de la sociedad”

Objetivo de la Coordinación de Especialidades:

Contribuir al desarrollo de las actividades profesionales que realizan los pasantes y prestadores de servicio social en la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I.*

Funciones:

- Asesoría en la elaboración de programas en cada uno de los servicios.
- Supervisar el funcionamiento de los programas que se estén instrumentando en la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I.*
- Formular recomendaciones para el mejoramiento de los servicios de la Clínica a la Coordinación General de Programas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

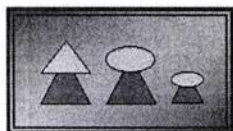
Objetivo de Vinculación Conalep:

Gestionar el apoyo técnico ante el Conalep Iztacalco I, para la mejora de la calidad de los servicios de la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I*.

Funciones:

- Mantener comunicación directa entre el Conalep y la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I*.
- Representar al Director General del Plantel Conalep Iztacalco I ante la *Clínica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria*.
- Participar en reuniones de trabajo interinstitucional.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

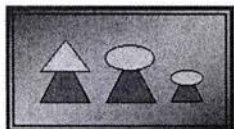
“La familia, esencia de la sociedad”

Objetivo del servicio de Medicina:

Contribuir en la solución de la problemática de salud-enfermedad de la población interna y aldeaña al plantel Conalep Iztacalco I.

Funciones:

- Elaborar la apertura del expediente clínico único de los alumnos del plantel Conalep Iztacalco I.
- Valorar el estado físico de los pacientes mediante un diagnóstico.
- Participar en actividades de promoción y educación para la salud.
- Realizar las acciones iniciales de atención en caso de urgencias médicas.
- Control prenatal.
- Control de hipertensos.
- Control de diabéticos.
- Control de infecciones respiratorias.
- Control de enfermedades diarreicas.
- Control del niño sano.
- Expedir certificados médicos.
- Trabajar conjuntamente con las demás áreas que integran el servicio.
- Elaborar informes en tiempo y forma solicitados a la Coordinación General de Programas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

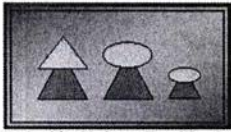
“La familia, esencia de la sociedad”

Objetivo del servicio de Odontología:

Proporcionar atención de salud bucal integral basada en las acciones de promoción, prevención y curación a los jóvenes del Conalep Iztacalco I, así como de la población aledaña al plantel.

Funciones:

- Complementar el proceso de valoración integral del estado de salud de los alumnos del plantel Conalep Iztacalco I.
- Seguimiento y control de los pacientes que acuden al servicio de Odontología.
- Canalizar a los pacientes que requieran de atención especializada a otras instituciones.
- Expedir certificados médico-odontológicos.
- Participar en actividades de promoción y educación para la salud.
- Trabajar conjuntamente con las demás áreas que integran el servicio.
- Elaborar informes en tiempo y forma solicitados a la Coordinación General de Programas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

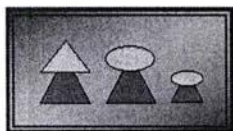
“La familia, esencia de la sociedad”

Objetivo del servicio de Enfermería:

Colaborar en las distintas actividades relacionadas a la atención primaria de la salud en la *Clinica de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinaria Iztacalco I.*

Funciones:

- Apoyar al médico general en las actividades que le sean encomendadas.
- Llevar a cabo el control de los expedientes clínicos únicos.
- Esterilizar y controlar el material médico.
- Control de los medicamentos.
- Programar citas de los pacientes.
- Registro y control de los pacientes atendidos.
- Participar en actividades de promoción y educación para la salud.
- Trabajar conjuntamente con las demás áreas que integran el servicio.
- Elaborar informes en tiempo y forma solicitados a la Coordinación General de Programas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

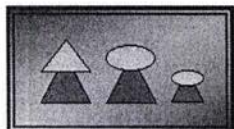
“La familia, esencia de la sociedad”

Objetivo del servicio de Psicología:

Contribuir al desarrollo físico, psicológico y social de los alumnos y de la población que se encuentra aledaña al Plantel Conalep Iztacalco I.

Funciones:

- Realizar diagnósticos psicológicos.
- Prevenir problemas de salud mental.
- Canalizar a los pacientes que requieran de atención especializada a otras instituciones.
- Seguimiento de pacientes canalizados a otras instituciones.
- Participar en actividades de promoción y educación para la salud.
- Trabajar conjuntamente con las demás áreas que integran el servicio.
- Elaborar informes en tiempo y forma solicitados por la Coordinación General de programas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

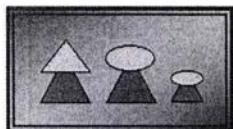
“La familia, esencia de la sociedad”

Objetivo del servicio de Trabajo Social:

Promover una sólida organización local enfocada a una perspectiva de promoción social.

Funciones:

- Elaborar el diagnóstico social interno y externo al plantel Conalep.
- Elaborar propuestas de intervención acordes a las necesidades de la población objetivo.
- Participar en procesos de promoción y educación para la salud.
- Trabajar conjuntamente con las demás áreas que integran el servicio.
- Elaborar informes en tiempo y forma solicitados por la Coordinación General de Programas.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

VII. DESCRIPCIÓN DE PUESTOS.

ÁREA: PRESIDENCIA.

NOMBRE DEL PUESTO: Presidencia.

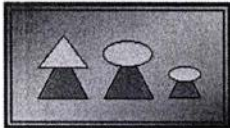
NOMBRE: Dra. María Guadalupe Haro Ortega.

JERARQUÍA ORGANIZACIONAL: Directiva.

FUNCIÓN: Planear, organizar, dirigir y controlar los programas y actividades estratégicos de la Fundación Mujer y Familia.

LIGAS O CONEXIONES: Asamblea General Mesa Directiva, Patronato, Voluntariado, Dirección General, Secretaria, Coordinación General de Programas, Coordinación de Especialidades y Pasantes y Prestadores de Servicio Social.

UBICACIÓN FÍSICA: Fundación Mujer y Familia.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: DIRECCIÓN GENERAL.

NOMBRE DEL PUESTO: Dirección General.

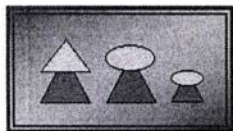
NOMBRE:

JERARQUÍA ORGANIZACIONAL: Administrativo.

FUNCIÓN: Elaborar programas y convenios de coordinación y colaboración institucional.

LIGAS O CONEXIONES: Presidencia, Coordinación General de Programas, Coordinación de Especialidades y con los Pasantes y Prestadores de Servicio Social.

UBICACIÓN: Fundación Mujer y Familia.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: COORDINACIÓN GENERAL DE PROGRAMAS.

NOMBRE DEL PUESTO: Coordinación General de programas.

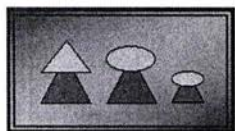
NOMBRE: Dra. María Gloria Bucio Bucio

JERARQUÍA ORGANIZACIONAL: Coordinadora

FUNCIÓN: Es la responsable de dirigir, controlar, fomentar y apoyar las actividades que se estén instrumentando en la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.

LIGAS O CONEXIONES: Presidencia, Dirección General, Coordinación de Especialidades, Coordinación de Vinculación y con los Pasantes y Prestadores de Servicio Social.

UBICACIÓN: FES-ZARAGOZA- UNAM.



Fundación Mujer y Familia, A. C

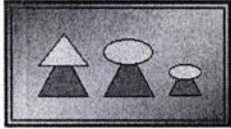
FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: COORDINACIÓN DE ESPECIALIDADES.

NOMBRE DEL PUESTO:	Coordinador de Medicina.
NOMBRE:	Dr. Carlos Esteban Ortiz Medina
JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:	Asesor.
FUNCIÓN:	Supervisar el servicio de medicina de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.
LIGAS O CONEXIONES:	Presidencia, Dirección General, Coordinación General de Programas y con los Pasantes de Medicina.
UBICACIÓN:	FES-ZARAGOZA- UNAM.
NOMBRE DEL PUESTO:	Coordinador de Odontología.
NOMBRE:	M.C. Juan de Dios Ortiz Medina.
JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:	Asesor.
FUNCIÓN:	Supervisar el servicio de odontología de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.
LIGAS O CONEXIONES:	Presidencia, Dirección General, Coordinación General de Programas y con los Pasantes de Odontología.
UBICACIÓN:	FES-ZARAGOZA- UNAM.



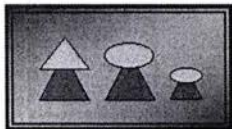
Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

NOMBRE DEL PUESTO:	Coordinador de Enfermería.
NOMBRE:	Lic. María Teresa Ortiz Ensástegui.
JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:	Asesor.
FUNCIÓN:	Supervisar el servicio de enfermería de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.
LIGAS O CONEXIONES:	Presidencia, Dirección General, Coordinación General de Programas y con los Pasantes de Enfermería.
UBICACIÓN:	FES-ZARAGOZA- UNAM.
NOMBRE DEL PUESTO:	Coordinador de Psicología.
NOMBRE:	Lic. Alma Patricia Fernández Ortega. Lic. Vicente Gatica.
JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:	Asesor.
FUNCIÓN:	Supervisar el servicio de psicología de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.
LIGAS O CONEXIONES:	Presidencia, Dirección General, Coordinación General de Programas y con los Prestadores de Servicio Social de Psicología.
UBICACIÓN:	FES-ZARAGOZA- UNAM.



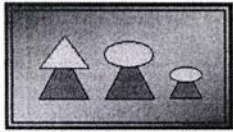
Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

NOMBRE DEL PUESTO:	Coordinador de Trabajo Social.
NOMBRE:	Lic. Montserrat González Montaño.
JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:	Asesor.
FUNCIÓN:	Coordinar el servicio de trabajo social de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.
LIGAS O CONEXIONES:	Presidencia, Dirección General, Coordinación General de Programas, y con los Prestadores de Servicio Social de Trabajo Social.
UBICACIÓN:	ENTS-UNAM.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: VINCULACIÓN CONALEP.

NOMBRE DEL PUESTO:

Vinculación Conalep.

NOMBRE:

Dulce Martínez Águila.

JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:

Apoyo

FUNCIÓN:

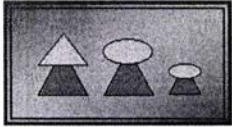
Comunicación directa entre el Conalep y el personal operativo de la Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria Iztacalco I.

LIGAS O CONEXIONES:

Director Conalep Iztacalco I, Coordinación General de programas y con los Pasantes y Prestadores de Servicio Social.

UBICACIÓN:

Conalep Iztacalco I.



Fundación Mujer y Familia, A. C

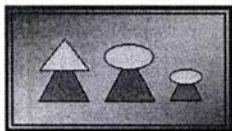
FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: MEDICINA GENERAL.

NOMBRE DEL PUESTO:	Pasante de Medicina General.
NOMBRE:	Becerril Guerrero Carla.
JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:	Operativo
FUNCIÓN:	Proporcionar atención primaria de medicina general.
LIGAS O CONEXIONES:	Coordinación General de Programas, Coordinador de la Especialidad de Medicina, Coordinación de Vinculación y con los demás Pasantes y Prestadores de Servicio Social de la Clínica.
UBICACIÓN:	Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria, plantel Conalep Iztacalco I.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: ODONTOLOGÍA.

NOMBRE DEL PUESTO:

Pasante de Odontología.

NOMBRE:

Mendoza Segovia Itzel y Esquivel Castillo Georgina.

JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:

Operativo

FUNCIÓN:

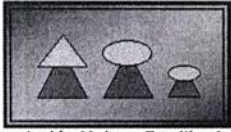
Proporcionar atención bucal primaria.

LIGAS O CONEXIONES:

Coordinación General de Programas, Coordinador de la Especialidad de Odontología, Coordinación de Vinculación y con los demás Pasantes y Prestadores de Servicio Social de la Clínica.

UBICACIÓN:

Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria, plantel Conalep Iztacalco I.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: ENFERMERÍA.

NOMBRE DEL PUESTO:

Pasante de Enfermería.

NOMBRE:

Rancel Nieves Alejandra.

JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:

Operativo

FUNCIÓN:

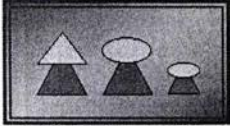
Apoyar los servicios que proporciona la clínica.

LIGAS O CONEXIONES:

Coordinación General de Programas, Coordinador de la Especialidad de Enfermería, Coordinación de Vinculación y con los demás Pasantes y Prestadores de Servicio Social de la Clínica.

UBICACIÓN:

Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria, plantel Conalep Iztacalco I.



Fundación Mujer y Familia, A. C

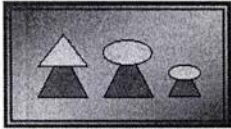
FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: PSICOLOGÍA.

NOMBRE DEL PUESTO:	Prestador de Servicio Social de Psicología.
NOMBRE:	Guzmán Reyes Edith.
JERARQUÍA ORGANIZACIONAL:	Operativo
FUNCIÓN:	Proporcionar atención psicológica.
LIGAS O CONEXIONES:	Coordinación General de Programas, Coordinador de la Especialidad de Psicología, Coordinación de Vinculación y con los demás Pasantes y Prestadores de Servicio Social de la Clínica.
UBICACIÓN:	Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria, plantel Conalep Iztacalco I.



Fundación Mujer y Familia, A. C

FECHA:

Enero 2003.

“La familia, esencia de la sociedad”

ÁREA: TRABAJO SOCIAL.

NOMBRE DEL PUESTO: Prestador de Servicio Social de Trabajo Social.

NOMBRE: Salinas Florentino Francisco, Osnaya Castillo Ulises.

JERARQUÍA ORGANIZACIONAL: Operativo

FUNCIÓN: Realizar investigación social y promoción de la salud.

LIGAS O CONEXIONES: Coordinación General de Programas, Coordinador de la Especialidad de Trabajo Social, Coordinación de Vinculación y con los demás Pasantes y Prestadores de Servicio Social de la Clínica.

UBICACIÓN: Clínica Multidisciplinaria de Atención Integral Comunitaria, plantel Conalep Iztacalco I.

7. Conclusiones.

1. El *Modelo de Atención Integral en Salud y Educación para la Salud*, se debe entender integrado entre una situación previa de carácter general, y de unas acciones y propuestas posteriores que concretan el Modelo desde el punto de vista teórico, práctico, geográfico, demográfico, administrativo, histórico, económico y social. Los trabajos enfocan lo teórico y lo operativo, tomando en cuenta que para funcionar se requiere de una estructura organizacional bien definida para que a partir de ella, se lleven a cabo las acciones necesarias para el financiamiento y la operación de las acciones encaminadas a alcanzar sus objetivos.
2. Se tuvo especial cuidado en no hacer un planteamiento como Modelo rígido, sino que esté íntimamente vinculado a la interacción social de la comunidad educativa de los Conalep, ya que será puesto en práctica en doce *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias* ubicadas en igual número de planteles educativos; en los cuales, cada uno de ellos presentará dinámicas y diferencias propias.
3. El fin de elaborar el Modelo fue mejorar las acciones que la Fundación ha venido desarrollando durante más de dos años, por lo que se espera que la Institución siga los lineamientos establecidos para la consecución de su fin, que es proporcionar una atención integral preventiva y profesional en los jóvenes estudiantes del Conalep que les permita lograr estilos de vida sanos y seguros.
4. Este Modelo constituye una aproximación más racional a la realidad; es decir, a lo que se ha venido haciendo, ya que la crítica será una constante para perfeccionar su actuar, de ahí que se haya propuesto como proceso metodológico la investigación en la acción, misma que deberá llevarse a cabo por un equipo de profesionales altamente capacitados, quienes serán el enlace vertebral entre la Fundación y las *Clínicas de Atención Integral Comunitaria Multidisciplinarias*.
5. El prestador de servicio social se apegó al proceso metodológico propuesto por la Dirección de Modelos de Atención, lo que provocó que en algunos momentos se obstaculizara la fluidez del trabajo debido a que en ocasiones se tenía que poner a discusión temas que ya habían sido analizados con otros departamentos. También la excesiva carga de trabajo que tenía el prestador de servicio social le impedía cumplir cabalmente con las actividades y temáticas a desarrollar.

6. La participación del prestador de servicio social fue una experiencia muy provechosa, ya que se estuvo trabajando simultáneamente con los cuatro Departamentos de la Dirección de Modelos de Atención, donde se generaron amplias discusiones sobre los elementos que debería contener el Modelo. Uno de los logros obtenidos fue haber enfocado el modelo a la forma en que éste puede operar; es decir, no hacerlo únicamente como estaba funcionando, sino llevar a cabo un proceso de abstracción de la realidad que contribuya al desarrollo de la teoría y práctica del Trabajador Social en la construcción de modelos.
7. La elaboración de un manual que norme las funciones de los pasantes y prestadores de servicio social, así como la de los directivos de la Fundación, facilitará una mayor efectividad en el trabajo. En el manual de organización se partió, en un primer momento, de la forma en que la Institución viene trabajando por lo que tiene amplias posibilidades en un futuro cercano, de elaborar una reestructuración que responda cada vez más a una mejor forma de operar en los servicios.
8. En relación a los programas que la Fundación Mujer y Familia viene operando, también pueden ser reelaborados de acuerdo a las necesidades y posibilidades de la Institución.
9. En cuanto a la metodología desarrollada durante la estructuración del Modelo, es la apropiada debido a que se contempla la participación de los cuatro Departamentos de la Dirección de Modelos de Atención y los representantes de la institución beneficiaria. Lo único que se propondría, es que desde un inicio los cuatro Departamentos de la DIMODA, le den continuidad a todo el proceso de construcción del Modelo, hasta su conclusión.
10. En relación con el trabajador social y el Modelo, se considera que trabajo social tiene muchas oportunidades para continuar desarrollándose tanto en el ámbito académico como en el profesional. Sin embargo, dentro del Plan de Estudios se contempla, como uno de sus objetivos, la estructuración de modelos y, se puede observar que no contiene materias específicas que hablen sobre el desarrollo y construcción de modelos.
11. El trabajo que se realizó en la Fundación Mujer y Familia en coordinación con la Dirección de Modelos de Atención, se aprendió a llevar a cabo procesos de disertación con los encargados de asesorar el Modelo. Además, el haber trabajado con los cuatro departamentos que integran la DIMODA permitió asimilar conocimientos en la estructuración de un Modelo. Uno de ellos, es que un Modelo debe ser lo suficientemente flexible a la iniciativa y creatividad de los profesionales de la acción, además debe tener una dosis fuerte de la acción participativa.

12. También a través de esta experiencia profesional pudo visualizarse, de manera más clara, cuáles son las fortalezas y debilidades del prestador de servicio social. Hubiese sido fácil elaborar un Modelo únicamente con la intención de “cumplir” con el trabajo, para demostrar eficiencia; sin embargo, se piensa que se debe actuar no con criterios meramente eficientistas, sino buscar un equilibrio entre lo eficiente y el tratar de realizar un trabajo más profesional.
13. El apoyo recibido por parte del tutor, fue esencial por todo su profesionalismo y esfuerzo dedicado en la asesoría para la elaboración del Modelo y de este trabajo recepcional.
14. Finalmente, más que concluir cerrando, lo que se quiere concluir es que, a través de la experiencia antes descrita se abre paso para llevar a cabo procesos de investigación sobre los modelos en Trabajo Social por parte del prestador de servicio social, ya que cada vez que alguien intenta resolver un problema o un aspecto de él en la práctica, produce una contribución teórica propia, así sea incipiente, en este caso, sobre el problema de cómo enfrentar los procesos de salud-enfermedad que afecta a los jóvenes. Por ello, la sistematización de la experiencia profesional constituye una aproximación que sirve para intentar nuevos procesos de intervención en la práctica profesional de los trabajadores sociales.

8. Bibliografía.

- Aracil, Javier, *“Introducción a la Dinámica de Sistemas”*, Ed. Alianza Universidad. España, 1983.
- Breilh, Jaime. *“Epidemiología económica, medicina y política”*, Ed. Fontamara 19. Tercera Edición. México, 1986.
- Castro y Méndez, Sofía Leonor, *“Programas y servicios que ofrece el Conalep”*, Ed. Conalep Iztacalco I. México, Octubre del 2001.
- Consejo Nacional de Población (Conapo), *“Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico”*, Ed. Nueva Cultura Institucional. México, 2000.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Escocia, Octubre del 2000.
- Dirección de Modelos de Atención, *“Manual para el Diseño de Modelos de Intervención de Asistencia Social”*, Ed. SNDIF, México, 2001.
- _____, *“Manual informativo”*, Ed. DIMODA. México, 1997.
- Erikson, Erik H, *“Sociedad y adolescencia”*, Ed. Siglo XXI editores. México, 1989.
- Fundación Mujer y Familia, A.C., *“Acta Constitutiva”*, Escritura 18,848; Vol. 78. México, Febrero del 2000.
- _____ *“Programa de Salud Comunitaria Integral: Todas y Todos Saludables”*. México, Enero del 2002.
- Fundación Mujer y Familia-Dirección de Modelos de Atención, *“Convenio para la elaboración del modelo”*. México, Febrero del 2002.
- Galeana de la O, Silvia (Coordinadora), *“La promoción social. Una opción metodológica”*, Ed. Plaza y Valdés. México, 1999.
- Henríquez-Mueller, María Elena y João Yunes, *Adolescencia: equivocaciones y esperanzas*. En: *“Género, mujer y salud en las Américas”*, U.S.A., Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1993. Publicación Científica No. 541.

- Instituto Mexicano de la Juventud, *"Encuesta Nacional de Juventud 2000"*, Ed. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. México, Junio del 2002.
- Laurell, Asa Cristina, La salud; en *"Vida y Muerte del Mexicano"*. Federico Ortiz Quezada (Compilador), Ed. Folios. México, 1982.
- Linares, Cecilia, *"La Participación: ¿Solución o Problema?"*, Ed. Centro de Estudios Regionales. La Habana, Cuba, 1996.
- Martínez, Armando. *"Los métodos: nuevas lecturas de viejos conceptos"*, Inédito, México, 2000.
- Medina Carrasco, Gabriel (Comp.). *"Aproximaciones a la diversidad juvenil"*, Ed. El Colegio de México. México, 2000.
- Morin, Edgar. *"Introducción al pensamiento complejo"*, Ed. Gedisa, España 5ta reimpresión, Junio del 2001.
- _____ *"Sociología"*, Ed. Tecnos, España, 1995.
- Quintana, José María. (Coord.), *"Investigación Participativa: Educación de Adultos"*, Ed. Narcea. España, 1986.
- Sánchez Rosado, Manuel, *"Elementos de Salud Pública"*, Ed. Méndez Cervantes. México, 1991.
- Secretaría de Salud. *"Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud"*, Ed. Secretaría de Salud. México, 1982.
- Sofía Leonor Castro y Méndez, *"Programas y servicios que ofrece el Conalep"*, Ed. Conalep Iztacalco I. México, Octubre del 2001.
- Terán Trillo, Margarita, *"Modelos de intervención de comunicación en trabajo social"*, Ed. ENTS-UNAM. México, 1986.
- Torres-Goitia, Javier, *"Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de estrategias de salud, en V Congreso Latinoamericano de Medicina Social"*, Ed. Rectorado Universidad Central de Venezuela, Ministerio de la Familia. Venezuela, 12-23 de marzo de 1991.
- Voluntarios de las Naciones Unidas. *"Año Internacional de los Voluntarios 2001"*, Ed. Naciones Unidas, España, 2001.
- World Health Organization, *"The World Health Report 1999 Making a difference"*, Switzerland, May 10th 1999.

- Zemelman, Hugo, *"Historia y Política en el Conocimiento"*, Ed. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM. México, 1983.

MEDIOS ELECTRÓNICOS:

- Diario Oficial L095 de 16.04.1996 P. 0001-0008. Decisión Núm. 645/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
www.uv.es/cde/GFC/bases/397DO102.HTML. Mayo 17 del 2002.
- Fallas, Helio, *"Concertación para el desarrollo en el marco de la Autogestión comunitaria"*, Venezuela.
www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/investigaciones/concertación/index.html. Agosto 15 del 2003.
- Hernández, Oscar, *"Concertación Social en América Latina"*, Colombia.
<http://pegasus.ucla.edu.ve/cc/resumen/administración/c5-20-ac.htm>, Agosto 15 del 2003.
- Organización Panamericana de la Salud, *"Escuelas Promotoras de Salud en las Américas"*. Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington. www.paho.org/spanish/DPI/100/100feature25.htm
Junio 24 del 2002.