



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MUNICIPIOS SALUDABLES COMO UNA ESTRATEGIA EN  
PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL**

**T E S I N A**

**Que para obtener el Título de:**

**CIRUJANA DENTISTA**

*Presenta:*

**MARÍA DEL PILAR LÓPEZ GARCÍA**

**DIRECTORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER.  
ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME.**

**MÉXICO, D.F.**

**2007**



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.

*A mis padres:*

*Julieta que me protegió, apoyo y evoco en el camino de la vida .Con todo mi amor tu hija.  
Fernando mi papá que me apoyo económicamente. Con todo mi amor tu hija.*

*LES DOY LAS GRACIAS  
POR ESTAR CONMIGO  
POR DARMELA VIDA  
POR ENSEÑARME VALORES Y RESPETO,  
POR QUE SIEMPRE HAN BUSCADO  
LO MEJOR PARA NOSOTROS  
Y POR QUE NO ES FÁCIL EL ENSEÑAR  
NI EL APRENDER,  
Y SIEMPRE UNO TENDRÁ  
QUE APRENDER DE SUS ERRORES.*

*A mi hermano Fernando:*

*Lucha por lo que quieres no te rindas no será fácil pero tampoco imposible.  
Tu hermana con todo el amor del mundo.*

*A José Luis:*

*Tu mi pareja, mi amor, la persona con la que voy a estar hasta el resto de mis días, te doy  
gracias por escucharme, apoyarme.  
A tu familia por apoyarnos en este difícil proceso.*

*A mis amigos:*

*Los quiero mucho, por que aprendi con ustedes y maduramos juntos en esta etapa tan bella.*

*A Regina Mi hija:*

*Con todo el amor del mundo, por ella, quien me da las fuerzas para luchar y seguir  
adelante.*



*Doy gracias:*

*At la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme las puertas a ser una mejor persona.*

*At LA Dra. Mirilla Feingold Steiner por su atención en la elaboración de esta tesina.*



## ÍNDICE

<b>1. Introducción.</b>	<b>1</b>
<b>2. Definiciones</b>	<b>4</b>
<b>3. Características de un Municipio Saludable</b>	<b>6</b>
<b>4. Cómo funcionan los municipios</b>	<b>6</b>
<b>5. Promoción de la salud</b>	<b>7</b>
<b>6. Antecedentes e Historia.</b>	<b>7</b>
<b>7. La Promoción de la Salud</b>	<b>9</b>
<b>8. Prerequisitos para la salud</b>	<b>10</b>
<b>9. Actuar como mediadores en las relaciones entre otros países</b>	<b>11</b>
<b>10. Aparición de los Municipios Saludables</b>	<b>11</b>
<b>11. Participación social en los Municipios Saludables</b>	<b>12</b>
<b>12. Los procesos de descentralización estatal</b>	<b>12</b>
<b>13. Configura una versión novedosa de SILOS</b>	<b>14</b>
<b>14. Contenidos Programáticos de un Proyecto de Municipios Saludables</b>	<b>14</b>
<b>15. Las Redes de Municipios Saludables</b>	<b>16</b>
<b>16. Servicios de Salud del Reino Unido</b>	<b>18</b>
<b>17. Servicios de salud de Estados Unidos de América</b>	<b>22</b>
<b>18. Servicios de salud de Canadá</b>	<b>24</b>
<b>19. Servicios de Salud de México.</b>	<b>25</b>
<b>20. El caso de México</b>	<b>26</b>
<b>21. Conceptualización y evolución de la educación y la promoción de la salud</b>	<b>27</b>
<b>22. Causas generales unicasalidad de la enfermedad</b>	<b>30</b>
<b>23. Procesos de Cambio en México.</b>	<b>32</b>
<b>24. Fomento de la salud en México.</b>	<b>32</b>
<b>25. Conclusiones.</b>	<b>34</b>
<b>26. Bibliografía.</b>	<b>36</b>

## Introducción.

En la actualidad, existen políticas que buscan proteger a los más desamparados mediante la creación, de diversos organismos que puedan enfrentar este tipo de retos y no solo reducir el número de enfermedades que afectan a la población, sino para promover una nueva cultura de prevención sembrando esta idea desde los primeros años de vida escolar, logrando la preservación de la salud a corto, mediano y largo plazo brindando servicios de salud adecuados. En la carta de Ottawa<sup>1</sup> (21 noviembre de 1986) se crean los derechos a la salud, beneficiando con estrategias, identificando las necesidades y priorizando las actividades encaminadas para mejorar el bienestar y la calidad de vida.



La misión consiste en liberar esfuerzos, elaborando estrategias entre los estados miembros y otros aliados, para promover la equidad en la salud, combatir la enfermedad; mejorar la calidad de vida y prolongar la duración de la misma en la población.

Una de las propuestas de este Programa es la creación de Municipios de la Salud para asegurar que toda la población goce de una óptima salud y así contribuir al bienestar de sus familias y comunidades.

El reto de este tipo de programas es no sólo reducir el número de enfermedades que afectan a la población, sino promover una nueva cultura de prevención sembrando esta idea para enfrentar una situación de emergencia en materia de salud.

---

<sup>1</sup> Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS, Canadá, 1986.

El desarrollo de este proyecto está encaminado a dar salud y hacer conciente al gobierno de estas necesidades.

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inexplicable, unen al individuo y su medio, constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud.

El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como a nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial<sup>2</sup>.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afectan de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguros y estimulantes.

Las “enfermedades de la pobreza” por su relación directa con los índices de marginalidad, no presentan una disminución significativa, puesto que aún persisten y se encuentran entre las primeras veinte causas de mortalidad nacional<sup>3</sup>.

También, existen otros factores sociales como el mejoramiento de la vivienda, reducción del analfabetismo, la disponibilidad de los servicios básicos, apertura y mejoramiento de caminos y el acceso a los servicios de salud que hay que tomar en cuenta.

---

<sup>2</sup> Estrategia Mundial de la salud para todo el año 2000. OMS SERIE DE SALUD PARA TODOS. No.3. Ginebra, 1981.

<sup>3</sup> De acuerdo a indicadores del INEGI, ver en municipios prioritarios Dirección General de Promoción de la Salud SSA México nov. 1998

Esto se complementa y diversifica con el creciente aumento de las enfermedades sociales tales como las adicciones, suicidios, accidentes, embarazo precoz, aborto, estrés y depresión, que son el reflejo de la problemática generada por el narcotráfico, delincuencia, inseguridad y violencia intrafamiliar, así como los daños a la salud provocados por la contaminación como resultado del deterioro ecológico.

Se pueden agregar los padecimientos bucales que por su alta incidencia y prevalencia se consideran prioridad de salud pública, empero no existe un modelo de salud bucal capaz de evitar o disminuir la curación y sus altos costos.

En cuanto a la infraestructura, las instituciones de Sistema Nacional de Salud<sup>4</sup> no tienen la capacidad de respuesta suficiente para satisfacer la creciente demanda de atención, por lo que existe un gran rezago y rechazo de pacientes, por lo que; para atender a una población usuaria de 69,317,452 habitantes y una potencial de 48,634,302, existen en promedio nacional 116.8 médicos en contacto con paciente 8.7 odontólogos, y 184.5 enfermeras por cada 100 000 habitantes que atienden en 938 unidades hospitalarias.



Ante esta situación de salud, cómo se puede lograr satisfacer la demanda de atención médica, la prevención de las enfermedades, elevar la calidad de vida y de las condiciones de salud de todos y cada uno de los mexicanos, el involucrarse y la responsabilidad de individuos e instituciones en un proyecto nacional de salud y principalmente dar el gran paso del modelo curativo y

---

<sup>4</sup> Morbilidad Epidemiología SSA, México, 1998.



asistencial predominante hacia un modelo de atención de salud participativo, de prevención, educativo y de promoción de la salud.

En este trabajo se busca reconocer los siguientes propósitos:

1) Identificar las condiciones por las cuales la educación y la promoción no han logrado incidir en el mejoramiento de las condiciones de salud paciente y nación.

2) Plantear la necesidad de establecer atención sobre la promoción de la salud y de los Municipios Saludables en el área bucodental.

A continuación vamos a incluir una serie de definiciones de términos y conceptos que se van a estar utilizando durante la realización de este trabajo y para su mejor comprensión.

En este trabajo se busca reconocer los siguientes propósitos:

- 1) Identificar las condiciones por las cuales la educación y la promoción no han logrado incidir en el mejoramiento de las condiciones de salud paciente y nación.
  
- 2) Plantear la necesidad de establecer atención sobre la promoción de la salud y de los Municipios Saludables en el área bucodental.

A continuación vamos a incluir una serie de definiciones de términos y conceptos que se van a estar utilizando durante la realización de este trabajo y para su mejor comprensión.

## Definiciones

### Salud:

Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y de otras circunstancias anormales. No es una definición estática, sino que la homeostasis se deriva de un cambio constante y de un conjunto de mecanismos de adaptación al estrés.

Homeostasis (homeostasis) mantenimiento del medio interno en un estado relativamente constante gracias a un conjunto de respuestas adaptativas que permiten conservar la salud y la vida. Diversos mecanismos sensoriales, de retracción y de control, intervienen en este fenómeno, que en gran medida, se basa en que cada parte del cuerpo esté informada en todo momento de lo que sucede en el resto del organismo.<sup>1</sup>

### Municipios:

Municipio libre es la base de la organización política y de la administración pública de los estados, adoptando para su régimen interior la forma de gobierno republicano, representativo y popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el Municipio Libre, conforme a las tres bases siguientes:

I.- Cada municipio será administrado por un ayuntamiento de elección popular directa y no habrá ninguna autoridad intermedia entre éste y el gobierno del estado.

II.- Los municipios administrarán libremente su hacienda, recaudarán todos los impuestos y contribuirán al gasto público del estado en la proporción y término que señale la legislatura local.

III.- Los municipios estarán investidos de personalidad jurídica para todos los efectos legales.

---

<sup>1</sup> MOSBY, Diccionario de Medicina OCEANO.

En este momento existen 2,435 municipios cuya diversidad, complejidad, características y problemática, hacen de México un país con una gran riqueza cultural, económica y política.<sup>2</sup>

## Municipios Saludables:

Un Municipio Saludable es una estrategia para promocionar la salud es aquel en el que sus autoridades, instituciones, organizaciones públicas y sociedad civil, se esfuerzan por mejorar las condiciones de vida, vivienda, educación, alimentación, trabajo y cultura de la población, en relación armoniosa con su entorno, fortaleciendo lazos de solidaridad y equidad. Contribuyen a crear condiciones favorables para desarrollar acciones de Promoción de la salud a partir del compromiso de los alcaldes, autoridades regionales y de otros sectores públicos de la localidad; con la finalidad de generar comunidades saludables mediante políticas públicas saludables e insertar la salud en las agendas públicas.

## Características de un Municipio Saludable

- Un medio ambiente físico de calidad, limpio y seguro.
- Un ecosistema estable y conservable.
- Una comunidad participativa, fuerte y solidaria.
- La cobertura de las necesidades básicas.
- Relación y comunicación entre diferentes sectores.
- Una economía variada y dinámica.
- Nexos culturales, históricos y biológicos fuertes.
- Servicios de salud óptimos y accesibles.
- Buen estado de salud en la comunidad.
- Decisión política por buscar salud y bienestar.

## Cómo funcionan los municipios

---

<sup>2</sup> Arenas L. La Promoción de la Salud y la Educación para la salud en América Latina .

La Dirección General de Promoción de la Salud a través de la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria está implementando en todo el país el Programa de Municipios y Comunidades Saludables que motivará que cada Dirección de Salud comience el trabajo de sensibilizar a los Municipios Distritales y algunas comunidades donde se desarrollarán diagnósticos participativos que ayuden a identificar problemas y necesidades de salud para incorporarlos a la agenda municipal, y generar proyectos y programas municipales y comunales con acciones de promoción de la salud en: alimentación y nutrición saludable, actividad física, seguridad vial y cultura de tránsito, cultura de buen trato, y según la realidad local, se priorizarán acciones vinculadas a la salud materno infantil y prevención de enfermedades transmisibles, entre otros.

De esta manera, los municipios y las comunidades compartirán la responsabilidad de velar por la salud, favoreciendo también la construcción de alianzas estratégicas y la participación ciudadana de la población.<sup>3</sup>

## Promoción de la salud

Trata de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, tanto el individuo como el grupo deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud.

---

<sup>3</sup> Álvarez J. Atención Primaria a la Salud.  
[www.http://es.wikipedia.org/wiki/Municipios\\_saludables](http://es.wikipedia.org/wiki/Municipios_saludables)

## Antecedentes e Historia.

Los descubrimientos de Pasteur y Koch indujeron a explicar la enfermedad como un proceso unicausal y a erigir uno de los paradigmas biomédicos más sólidos, del cual se nutrió el modelo médico dominante durante décadas. La enfermedad causada por un factor podía ser resuelta por otro factor tan o más poderoso: la medicina.

Aún en la actualidad, para la mayor parte de la población el hospital y el doctor son sinónimos de salud; y los servicios de salud continúan acaparando los recursos, la atención política y la hegemonía del modelo de atención, que es curativo. Se sigue considerando al nivel de salud como sinónimo de calidad de los hospitales.

Esta situación no ha cambiado con el avance del conocimiento científico ni con la explicación de la enfermedad a partir de modelos más complicados, como el de la relación equilibrada entre agente, huésped y medio ambiente, cuya ruptura provocaría la aparición de la enfermedad. La triada ecológica no abandonó la explicación lineal unicausal, porque consideraba al agente como el factor causal directo más importante, y al huésped y el medio ambiente como condicionantes secundarios propiciadores de susceptibilidad o exposición. El modelo fue útil a la salud pública para organizar los programas de control de las enfermedades infecciosas; sin embargo, no es tan eficaz para explicar y controlar las enfermedades que comienzan a dominar los perfiles epidemiológicos de casi todos los países de la región.

La historia natural de las enfermedades crónicas no transmisibles, no puede explicarse fácilmente a través del modelo tradicional, debido a que sus relaciones causales generalmente son del tipo causa múltiple-efecto múltiple.

Esta insuficiencia ha dado lugar a que se generen nuevos argumentos de conceptualización del proceso salud-enfermedad, siendo la más novedosa la

del concepto global de la salud o "concepto del campo de la salud", enunciado por Laframboise<sup>1</sup> y expresado y aplicado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar del Canadá, en 1974<sup>2</sup>. Esta concepción global de la salud, está constituida por cuatro elementos principales: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud. La biología humana engloba los aspectos internos del individuo que dependen de su estructura biológica y de su constitución orgánica; el medio ambiente representa los factores externos que inciden en la salud y que escapan al control individual; los estilos de vida son factores relacionados con el modo de vida del individuo, sobre los que puede ejercer algún tipo de control; finalmente, la organización de los servicios de salud, tiene que ver con factores como tipo, orientación, calidad, cantidad, financiamiento y recursos disponibles. Permite un análisis más integral de la salud de la población, otorgando tanta importancia a los factores biológicos, ambientales y de los estilos de vida, como a los relacionados con los servicios de salud, a los que tradicionalmente se les ha otorgado mayor prioridad, además de ser los mayores receptores de recursos.



Marc Lalonde,  
Ministro de Salud y Bienestar del Canadá, en 1974

Cada problema de salud puede analizarse y tratarse con este enfoque, que permite ponderar, en el momento de la planeación y ejecución de programas, el peso específico de cada sector de la estructura estatal, en relación al de la salud, en el momento de otorgar una nueva dimensión e importancia al concepto de promoción de la salud.

## La Promoción de la Salud

<sup>1</sup> Denver A. Epidemiología y administración de los servicios sanitarios. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1991.

<sup>2</sup> Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, Canada: Minister of National Health and Welfare, 1974.

En un trabajo reciente, Milton Terris<sup>3</sup> afirma que la primera vez que se usó el término promoción de la salud fue en 1945, cuando Henry E. Sigerist definió las cuatro grandes tareas de la medicina: a) promover la salud; b) prevenir la enfermedad; c) favorecer el restablecimiento del enfermo; y, d) buscar la rehabilitación del paciente. Al definir las, decía que "la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación".

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud, el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó en Ginebra el 7 de abril de 1948. Tal y como establece su Constitución, el objetivo de OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. La Constitución de la OMS, define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

---

3 Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades de la teoría pública. Trabajo presentado en la Conferencia sobre la Implementación de la Estrategia de la Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS. 1992. Documento no publicado.





## Prerequisitos para la salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud se basará necesariamente en estos prerequisites.

## Actuar como mediadores en las relaciones entre otros países

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. La gente de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal de la salud les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor del bienestar de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Los 193 estados miembros de la OMS gobiernan la Organización por conducto de la Asamblea Mundial de la Salud que ésta compuesta por representantes de estos estados. Los principales cometidos de esta Asamblea son aprobar el programa y el presupuesto de la OMS para cada bienio y decidir las principales cuestiones relativas a sus políticas.

## Aparición de los Municipios Saludables

Los Municipios Saludables tienen su origen en el informe Lalonde de 1974 (denominado entonces como ciudades saludables) pero es en 1984 en la ciudad de Toronto-Canadá, en donde se da inicio a la adaptación para el hemisferio occidental, de exitosas actividades en salud desarrolladas en Europa; continuada en 1992 en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y Equidad de Santa Fé de Bogotá –Colombia, por la Organización Panamericana de la Salud (como municipios saludables) en donde ahora son los municipios los espacios destinados a ser saludables.

La ciudad o el municipio pueden considerarse como un ecosistema orgánico que debe hallarse en equilibrio social, económico, ecológico y político.



## Participación social en los Municipios Saludables

La acción social se da por la interacción de los diferentes actores municipales que tienen que ver con la salud: habitantes, gremios de producción, representantes del estado, instituciones sociales, instituciones de atención médica y demás actores que estén involucrados de una u otra manera, en el mejoramiento del bienestar colectivo.

## Los procesos de descentralización estatal

Casi todos los estados de la región se esfuerzan por consolidar su democracia interna y hacer más eficientes sus gestiones y más accesibles sus objetivos de desarrollo. En ese proceso, invariablemente coinciden en que la descentralización es la estrategia adecuada para hacer más efectiva la administración pública y multiplicar los esfuerzos por el desarrollo en todo el territorio nacional.

En mayor o menor grado, los procesos de descentralización avanzan otorgando a los niveles locales poder y autonomía administrativa.

En este nivel surgen los municipios como el gobierno local, por su proximidad con la población dentro de un espacio geográfico bien definido. Esta es la razón por la que casi todos los países han centrado sus procesos descentralizadores en el fortalecimiento del municipio. Pese a haberse avanzado en este propósito, son múltiples las dificultades y muy desigual el desarrollo alcanzado. La descentralización como una medida de trazado geopolítico, debe acompañarse de medidas complementarias en el orden de la administración pública y la economía, así como de nuevas atribuciones o delegaciones en la atención de los servicios tradicionalmente de manejo centralizado como la educación, la salud y la cultura. Los modelos son diferentes: la heterogeneidad y la complejidad son los fenómenos más generalizados. Los municipios varían de acuerdo a su tamaño, a su potencial en materia de recursos, a su problemática social y a su capacidad administrativa. Para poder contribuir a la democratización de los países, la descentralización debe ser formal e integral y ser útil como un instrumento de equidad y justicia. Por lo que, al recibir mayor delegación de autoridad política, deben también contar con capacitación y facultades legales, jurídicas, administrativas, técnicas y financieras.

Este enfoque integral tiende a facilitar el fortalecimiento de la vida y de las instituciones municipales y a lograr una real participación comunitaria en la solución de los problemas sociales, entre los que sobresalen los de salud pública.

Un municipio es una entidad geopolítica bien definida. En la mayor parte de los países, su área geográfica abarca un espacio urbano y uno rural, aunque existen naciones donde el espacio municipal es únicamente urbano y otros, con ciudades grandes, donde varios municipios pueden conformar una sola urbe. En cada uno de estos casos las estrategias de un proyecto de municipio saludable serán diferentes y deberán adecuarse a su propia estructura. Las estrategias de municipios rurales, o con fuerte componente de ruralidad, se adecuarán a su problemática de carencia de servicios y a su perfil de enfermedad, en gran medida de tipo infeccioso. Las de municipios urbanos buscarán responder a los nuevos desafíos expresados generalmente en el aumento de enfermedades crónicas, accidentes, inseguridad y otros problemas sociales y de falta de servicios. En ambos casos la solución de los problemas reviste diferente grado de complejidad y de recursos.

Por otra parte, los proyectos de ciudades saludables, ampliamente difundidos en Europa y Canadá, se distinguen de los de municipios saludables en que los primeros son una estrategia eminentemente urbana, definida a partir de ponderar la importancia de la ciudad en este tiempo de urbanización acelerada, donde se concentran sujetos y problemas, así como recursos y talentos, organización, tradición, cultura e historia, para interactuar cotidianamente en la satisfacción de sus necesidades. Los segundos son una estrategia urbana o rural; los municipios definen un espacio, una población y una problemática que comprende o sobrepasa la ciudad.

**Configura una versión novedosa de SILOS**

Un municipio saludable es un SILOS, o una parte de él, que funciona dentro de su espacio geográfico, cumpliendo con ventaja algunas de sus funciones y objetivos, por su calidad de máximo gobierno local.

## Contenidos Programáticos de un Proyecto de Municipios Saludables

A través del programa para alcanzar un municipio saludable, se busca obtener niveles óptimos de salud, bienestar y desarrollo para la población, por lo que su enfoque es global e integra las actividades de los diferentes sectores, incluyendo el de la salud. Sus características son diversas, dependiendo de muchos aspectos, principalmente del nivel de desarrollo socio-económico del municipio y del compromiso de las autoridades. Los proyectos de municipios saludables de los países en vías de desarrollo, se diferencian sustancialmente de los de las ciudades saludables en países desarrollados, en su contenido programático y sus objetivos inmediatos. En gran medida la preocupación de estos últimos se centra en el mejoramiento de la calidad de vida, en tanto que los proyectos en los otros países giran alrededor de aspectos cuantitativos de mejoramiento de los niveles de salud y de los servicios, aunque sin perder de vista los aspectos de la calidad de vida y de la preservación del medio ambiente. Un proyecto de municipio saludable puede presentarse como un solo programa de desarrollo integral o como una suma de subproyectos, mismos que muchas veces presentan los promotores con la finalidad de introducir el tema de la salud en la agenda política del municipio y lograr un mayor compromiso por parte de las autoridades y de la comunidad. En este sentido, se recomienda evitar en el inicio los proyectos demasiado grandes y de largo plazo y, por el contrario, optar por aquellos que pongan de manifiesto a la comunidad la orientación del municipio hacia la salud, logrando su participación en las acciones emergentes. Para esto es importante seleccionar proyectos de consenso, fáciles de ejecutar, de bajo costo, con resultados concretos y rápidos y que tengan gran capacidad de movilización.

En gran parte de los municipios los aspectos del saneamiento e infraestructura de los servicios aparecen como la preocupación mayor, debido a que en los países en desarrollo estos problemas básicos no han sido resueltos todavía. Poner en primer plano la discusión de los problemas ambientales y ecológicos es una de las cualidades de un proyecto de municipio saludable, por lo que casi invariablemente se consideran los temas de dotación de agua potable, eliminación de excretas y basuras, higiene del medio, contaminación, desperdicios tóxicos, forestación, creación de áreas verdes, urbanización, mantenimiento de calles, vivienda, estética del municipio, etcétera.

Otros aspectos que se presentan como prioritarios, son los relacionados con los estilos de vida de la población, los problemas sociales y económicos y la atención de grupos vulnerables como son los niños, los jóvenes, las mujeres y los ancianos. Los proyectos emergentes fomentan mejores ingresos, estabilidad laboral y estilos de vida saludables. Se refieren a la atención al desempleo, a la protección social y al control de la vagancia, pero sobre todo al control de las adicciones, de la violencia y la delincuencia; a la creación de áreas de recreación y deporte; de ambientes libres de humo; a la regulación del consumo de alimentos, medicamentos, bebidas y tabaco; a la regulación de la vialidad; al fomento de actividades sanas y creativas como las culturales, las folclóricas, las deportivas, etcétera. Por último, están los aspectos relacionados directamente con los servicios de salud, su calidad, cantidad y orientación. Su atención requiere de proyectos que ayuden a adecuar los servicios a la orientación global del municipio, tarea que se facilita cuando dependen del nivel municipal; en caso contrario, se impone una concertación de acciones y una real participación del sector salud, principalmente en las tareas de promoción y prevención. Los servicios de salud han resultado eficaces en el control de algunos problemas infecciosos, quedando otros por resolver al tiempo que aumentan los problemas crónicos, para cuya prevención o tratamiento temprano no están todavía preparados. En general el sector salud puede jugar un importante papel de mediador, de gestor de iniciativas y de promotor del cambio de percepción, con el fin de llevar la salud a un primer plano de la política local. Los municipios saludables se convierten en un valioso punto de encuentro entre salubristas, urbanistas, ambientalistas y comunicadores, cuyo

acercamiento a través de la acción permitirá un sinergismo favorable para la comunidad.

## Las Redes de Municipios Saludables

En general los proyectos de municipios saludables surgen gracias a la acción externa de algún promotor, muchas veces ligado al sector salud. Para ayudar al desempeño de estos promotores es importante institucionalizar una red de municipios saludables que permita ampliar el alcance de los esfuerzos y crear un verdadero movimiento nacional y regional de municipios saludables. Estas redes deberán tener, por lo menos, cuatro funciones básicas:

- 1) Difundir los contenidos del proyecto entre las autoridades municipales, los promotores potenciales y la propia comunidad, estimulando de esta manera la creación y ampliación del movimiento.
- 2) Ser una instancia de acreditación y de incorporación de los municipios a la red. Esta acreditación debe pasar por el enunciado o resolución formal de parte del cabildo municipal, declarándose municipio saludable o resolución municipal que puede ir acompañada o no de un lema o de un logo que la caracterice.
- 3) Acumular e intercambiar experiencias e información entre los miembros asociados, mediante reuniones periódicas y a través de la utilización de diferentes medios de comunicación.
- 4) Reconocer y estimular a los municipios que con mayor eficiencia y eficacia ejecuten sus proyectos. La creación de un movimiento sólido de municipios saludables ayudará a sistematizar y acelerar la búsqueda de soluciones para los problemas sociales y de salud, convirtiéndose en una forma innovadora de contribuir al desarrollo con equidad y participación.



A continuación comentamos la situación que prevalece en algunas partes del continente europeo.

En Francia, la atención primaria y los centros de salud no constituyen la puerta de entrada del sistema sanitario y los que existen son minoría frente a un tipo de organización mayoritaria en la que el médico general trabaja solo, es pagado por servicio médico y su actividad es fundamentalmente curativa.

A pesar de esto, existen en Francia 1.472 centros denominados centros de salud, de los cuales 700 sólo brindan cuidados de enfermería, 230 ofrecen cuidados médicos, 400 prestan cuidados dentales y 142 son polivalentes. El 15% son gestionados por los municipios, el 25% por una mutualidad, otro 25% por una congregación y un 10% por organismos diversos.

En aquellos centros que son multidisciplinarios se realizan Actividades Preventivas (consultas orientadas a pacientes alcohólicos y toxicómanos, consultas anónimas y gratuitas sobre SIDA, consultas para adolescentes, planificación, vacunas, eliminación de tumores, etc.) Promoción de Salud (educación para la salud, información en escuelas, hogares de jubilados, programas de salud prevalentes) y Servicios Curativos.

Para este tipo de centros de salud la participación de la comunidad se sitúa en el centro de sus objetivos, por lo que los representantes de la comunidad se asocian al centro de salud a través de los consejos de administración.

El caso de *Bélgica* es especialmente interesante a pesar de tratarse de un sistema sanitario bismarkiano<sup>4</sup>, Desde 1972 se han puesto en marcha “les Maisons Médicales”<sup>5</sup>, y en la actualidad existen 43 en la comunidad franco parlante (21 en la región de Bruselas y 22 en la región Valona) y sólo 9 en la comunidad flamenca.

---

<sup>4</sup> Cazado V. De paseo por los países desarrollados con la salud comunitaria. Estandarización de formas educativas para la salud.

<sup>5</sup> Muñoz F, Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Casas o lugares saludables.



Entre sus debilidades el número es escaso, su menor fuerza política frente a la medicina liberal y al sector especializado, la ausencia de estructuración del sistema sanitario y la función de puerta de entrada. Entre sus fortalezas se encuentran su accesibilidad y la proximidad a la población, la pertinencia en su ofrecen de servicios, la relación con las redes locales y, por último, el hecho de que presten una atención integral e integrada.

La participación de la población se inscribe entre los objetivos desde las primeras "Maisons Médicales". Sus modalidades son diferentes: comités de pacientes, cooperativas de pacientes. La evaluación de necesidades y problemas a través de encuestas y de informadores clave, es puesta en marcha en los diferentes centros. Las acciones conjuntas con grupos de población en el terreno comunitario y la implicación de los centros de salud en la vida local, al lado de otras asociaciones es una realidad, principalmente en el campo de la promoción educación para la salud.

## Servicios de Salud del Reino Unido

Los servicios de salud comunitarios existen en el Reino Unido, aunque son menos conocidos internacionalmente que los servicios de medicina de familia (GPs)<sup>1</sup>. Su desarrollo organizativo y profesional se realiza de forma separada pero conjuntamente, constituyen y permiten contemplar la noción de atención primaria. Entre ellos permitieron la reforma política del Servicio Nacional de Salud (NHS)<sup>2</sup>, aliviando la carga de los hospitales, permitiendo el apoyo en los hogares, un cuidado más flexible en la comunidad y un uso más eficiente y eficaz de los recursos hospitalarios.

Hasta mediados de los años setenta, los servicios de salud comunitaria habían sido descuidados en términos de política sanitaria, pero con el tiempo el gobierno comienza a dar prioridad a este cuidado, el potencial papel de los servicios de salud comunitarios empieza a ser reconocido. A partir de 1982, los servicios de salud comunitaria son organizados en unidades de gestión en la mayor parte de los distritos, para concederles una única voz autorizada estableciendo su propia identidad en el documento "los pacientes, primero", que introdujo ideas de descentralización. Aunque el desarrollo a través del país es desigual y las diferencias entre unos y otros son muy amplias.

El NHS proporciona una cobertura casi universal de atención primaria, sin embargo, la participación comunitaria no se desarrolla en estos servicios. A pesar de esto existen experiencias con clara orientación hacia la comunidad que son dignas de mención.

El resultado en Gran Bretaña no se ha involucrado en un sistema de centros de salud comunitarios (con intervención y participación comunitaria) En parte esto es debido a que los servicios de atención primaria se organizan en el NHS y

---

<sup>1</sup>Le Grand J, Mossialos E, editores. Health care and cost containment in the European Union. Servicios de medicina familiar.(GPs)

<sup>2</sup>Cabiedes L, Guillen A. ¿Hacia la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? Servicio Nacional de Salud (NHS) por sus siglas en inglés.

factores como el aumento del poder de los profesionales y el control sobre los recursos no han favorecido este desarrollo.

En 1994, Irlanda del Norte establece una red de salud comunitaria; Escocia incluye el desarrollo comunitario en el Consejo de Educación Sanitaria; El Health Promotion de Gales<sup>3</sup> estableció una red para mejorar la salud de las comunidades y en 1995 tuvo lugar una conferencia nacional en Bradford, Inglaterra; reuniendo más de 100 personas que representaban a un gran número de proyectos comunitarios.

Términos tales como "participación de la comunidad", "desarrollo comunitario " y " empowerment<sup>4</sup> " se convierten en términos de uso común, en la retórica del NHS de la década pasada.

Las nuevas iniciativas de la política, animan a la descentralización y a la consulta de la comunidad local, sobre la clase de servicios que necesitan y desean. La carta del paciente, por ejemplo, precisó los derechos de los mismos y refuerza la necesidad de las autoridades sanitarias, de buscar las opiniones de la gente y una mejor información sobre la provisión de servicios médicos. Las autoridades sanitarias se encargan de dar a la comunidad una voz eficaz en la compra del cuidado médico. El nuevo contrato del GPs se enfoca por primera vez hacia la mejoría de la salud individual y colectiva.

Para 1994 el Royal College de Médicos Generales ha publicado un documento de discusión sobre la participación de la comunidad en Atención Primaria (Hermitage Z.).

El proyecto de salud de Heeley puede ser una muestra de los proyectos de orientación comunitaria en el Reino Unido. En éste se vincularon sus impulsores con los GPs en Sheffield. El proyecto de salud de Wells Park Health en el sur de Londres es similar. Ambos emplean trabajadores sanitarios de la comunidad, que se coordinan con los médicos generales, pero manteniendo

---

<sup>3</sup> Trevor Llanckok. Fomento a la salud en el contexto urbano.<sup>1995</sup>.  
<sup>16</sup>- Arnstein, Sherry R. (1969), A ladder of citizen participation,  
En la actualidad es utilizado el Servicio Nacional de Salud en lugar de NHS

ambos su autonomía y con sus propias comisiones administradoras que proceden de la comunidad. La financiación proviene de la autoridad local, de los servicios medicina de familiar y de organizaciones no gubernamentales.

Los profesionales de Wells Park describen con sorpresa, el efecto que algunas soluciones tienen sobre la salud. Observaron por ejemplo, que poner en marcha, por parte de la comunidad, una ruta de autobús hasta el supermercado, tuvo más impacto sobre bronquíticos y anginosos que el aumento de medicación, que era lo que el sistema sanitario podía ofrecer. Otro ejemplo, será la lucha de los médicos por ayudar a algunos pacientes ancianos deprimidos, mediante soluciones convencionales inútiles como ejemplo: El grupo de autoayuda de personas mayores, proporcionó apoyo para la gente mayor apoyo, y tuvo más efecto sobre la movilidad y la motivación.

Los grupos de participación de pacientes son otra manera de aproximar a la gente con los profesionales de la salud en atención primaria. La extensión de estos grupos, ha sido lenta ya que solamente un 3% de las clínicas lo empezó a practicar después de veinte años de las primeras experiencias.

En definitiva, y después de este breve paseo por el camino recorrido por la maisons médicales se puede observar que la acción comunitaria está presente en muchos países desarrollados, aunque en cada una de ellas su estructuración es muy diferente, dependiendo del sistema de salud del que se trate.

Los países con sistemas nacionales de salud fuertemente descentralizados, tienen mayor acción comunitaria como los nórdicos. Le siguen los países con sistemas nacionales de salud pero con organizaciones centralizadas (España, Portugal y Reino Unido). La organización de los sistemas bismarkianos no facilita la acción comunitaria, pero ésta aflora a través de grupos que se unen para organizar la atención primaria (Francia, Bélgica, Canadá). Incluso en los países fuertemente privatizados como EEUU, los centros de salud se organizan y cuando lo hacen tienen una fuerte orientación comunitaria.

A medida que un sistema sanitario va bajando en la escalera de Arnstein se observa que la tendencia de los centros de salud comunitarios se orienta fundamentalmente hacia la población marginal y socialmente desfavorecida.

## Servicios de salud de Estados Unidos de América

En EEUU existen aproximadamente 2.200 centros de salud que dan atención primaria a 8,8 millones de personas, fundamentalmente orientados a la atención de comunidades urbanas y de zonas rurales desfavorecidas.

Los consejos de dirección de los centros de salud fomentan el sentido de pertenencia de la comunidad y la participación local. Se reúnen regularmente y, de conformidad con las leyes del estado, las federales y las regulaciones locales, tienen las siguientes funciones: aprobación del presupuesto del centro de salud, gestión financiera, establecimiento de políticas y de prioridades del centro, política de personal y, por último, evaluación de las actividades del centro, incluyendo los servicios prestados en los diferentes programas y la satisfacción de los pacientes.

Los centros de salud son dirigidos por un equipo que incluye un director ejecutivo o gerente, un director médico responsable de los programas clínicos y un director de gestión, con responsabilidad sobre los asuntos financieros.

Los centros de la salud, cuyo mantenimiento depende de su rentabilidad y de la excelencia del cuidado proporcionado, consiguen altos estándares de calidad a nivel nacional.

Deben informar periódicamente de los servicios prestados y su utilización, las medidas de calidad (programa perinatal, programa del niño, adolescente, adulto y los servicios geriátricos, peso al nacimiento, y mortalidad infantil; las admisiones en hospitales y tiempo de la estancia), estado financiero, facturaciones y la satisfacción de los pacientes.

Además, deben presentar sus planes de salud donde se incluyen además de los servicios que brindan, las necesidades y demandas de cada población, así como el impacto de su intervención.

Los centros de la salud llevan 30 años proporcionando calidad y atención eficiente.

Los estudios demuestran que los costos del cuidado médico para los pacientes del centro de salud, son un 30 por ciento más bajos que para otros proveedores que sirven a las mismas poblaciones. Los centros de la salud también alcanzan ahorros significativos reduciendo la necesidad de admisiones de hospital y de urgencia.

Una serie de estudios independientes, documentan igualmente el impacto sobre la salud de estos centros. Las comunidades atendidas por los mismos han disminuido las tasas de mortalidad infantil entre un 10 y un 40 por ciento con respecto a otras comunidades atendidas por otros tipos de establecimientos. Además, los centros han incrementado la proporción de los niños inmunizados y el uso de los servicios médicos preventivos. Los pacientes también han expresado la elevada satisfacción con los cuidados recibidos.

La planeación de los ciudadanos en la planificación y la gestión, ha sido la constante básica que ha permitido a los centros de salud diferenciarse del resto. La comunidad está implicada directamente en el funcionamiento del centro: define los servicios que ofrecen y ofrece la información necesaria para la definición de las necesidades.

Los consejos de dirección de los centros de salud se integran por líderes de la comunidad, lo que ha aumentado la participación del ciudadano, y los miembros y el personal de centro tienen fuertes lazos con la comunidad. Están implicados activamente con las escuelas, hospitales, departamentos de salud locales y estatales, grupos comunitarios, las iglesias y otros, en el desarrollo de programas de salud y de educación, identificando las necesidades de salud de la comunidad y creando redes integradas de salud. Consiguen apoyos y recursos de la comunidad, adicionales a la inversión para los programas del

centro de salud. Como ejemplo cabe citar que esta colaboración está contribuyendo a que en la actualidad 337 centros de salud puedan prescribir medicamentos gratuitos para los pacientes con ingresos bajos. Por otra parte, la colaboración de los centros con las universidades y las escuelas médicas están fomentando la formación de profesionales en materia comunitaria y en promoción para la salud.

Los centros de salud son los abogados y defensores de los pacientes y de las comunidades de referencia. Como una red a nivel nacional, están utilizando su experiencia, maestría, ideas, para ayudar a los líderes comunitarios y de los gobiernos a encontrar soluciones por las necesidades de salud.

En tres décadas de crecimiento y desarrollo, los centros de salud forman parte integral del sistema sanitario de Norteamérica como una red segura para la población pobre y sanitariamente no cubierta.

Con todo, estos centros enfrentan un serio desafío, ya que compiten no solamente por los recursos escasos, sino que la industria sanitaria americana, consolida rápidamente sus gastos y, para contener costos, el gobierno federal reduce el gasto público y traslada el dinero de la atención primaria y otros programas sociales al sector privado. La realidad es que el centro de salud está siendo empujado a un mercado competitivo por la atención médica.

Mientras que los centros de la salud de Norteamérica están decididos a sobrevivir, el problema es que tienen enfrente a proveedores fuertes y bien financiados y otros consorcios que desplazan el mercado, compitiendo por los contratos de gestión exclusivos y lucrativos con los estados. En algunos casos, los centros están siendo forzados a efectuar contratos con compradores y proveedores que tienen poco o ningún interés en financiar servicios de interés social.

**Servicios de salud de Canadá**

Los Centros Locales de Salud Comunitaria de Canadá, son un ejemplo en cuanto a desarrollo comunitario y tienen un enfoque socio-sanitario muy importante, aunque sólo el 13% de la población canadiense es atendida por estos. Conviviendo con un modelo largamente dominado por las instituciones de segundo nivel y por una red de asistencia sanitaria liberal de primer nivel, que no son el paso previo para el acceso al sistema. De todas las provincias de Canadá la que más ha desarrollado este modelo es Quebec.

Los Centros Locales de Salud Comunitaria tienen una fuerte orientación comunitaria, y su demanda de servicios es muy distinta de unos a otros, dependiendo de las necesidades detectadas en cada comunidad atendida. Todos proveen servicios sociales pero sólo el 73 % ofrece atención médica, que cuando está incluida la atención integral e integrada.

Los Consejos de Dirección de los Centros están compuestos por 11-14 personas: de ellos son 5 elegidos entre los miembros de la comunidad, 3-5 son miembros del personal del centro, dos personas de las asociaciones de usuarios y una representante de la fundación, si esta existe. El consejo de dirección es decisivo y los representantes comunitarios son mayoría. Se establecen procesos de consulta a la población para la definición de las prioridades y de los programas. Este entramado social permite la solidaridad y la puesta en marcha de actividades como cocinas colectivas, programas de vida activa para las personas mayores, asociaciones y grupos de ayuda para familiares de enfermos mentales y grupos de autoayuda de todo tipo.

La colaboración con otros organismos y otros sectores forma parte de la cotidianeidad de estos centros. Esta relación se hace evidente en el abordaje de los principales problemas sociales: fracaso escolar, violencia familiar y conyugal, pobreza, envejecimiento e integración de emigrantes, entre otros.



## Servicios de Salud de México.

En la antigüedad, Hipócrates incluía en sus trabajos una sección titulada “Aires, Aguas y Lugares”, en la cual se destacaban las condiciones ambientales que influían sobre la salud y la calidad de vida. Él insistía en que la salud y el bienestar del ser humano estaban vinculados a un estado de equilibrio entre el mismo y su entorno.; sentó así algunos principios que más adelante demostrarían gran utilidad para la planificación del desarrollo urbano. De igual manera, los aztecas, mayas e incas, al construir sus ciudades siempre tomaron en cuenta la relación de estas con el sistema ecológico, y desarrollaron en forma sofisticada principios fundamentales de agricultura urbana. Algunas de las características de las antiguas ciudades griegas, así como de las culturas mesoamericanas, constituyen las raíces históricas de lo que se denomina actualmente “Ciudades o Municipios Saludables”

En México, en noviembre de 1993 se constituyó la primera red entre países latinoamericanos, con el nombre de Red Nacional de Municipios por la Salud, organizada con el apoyo de la Secretaría de Salud y conformada inicialmente por 10 municipios de diversos estados



### El caso de México

En México existen 2,378 municipios caracterizados por su gran heterogeneidad. Cincuenta millones de personas se concentran en 300 ciudades de tamaño mediano y grande y otros 30 a 35 millones en 130 mil comunidades pequeñas, organizadas de diversa forma de acuerdo a su

pertenencia municipal.<sup>1</sup> Los municipios urbanos son grandes, al contrario de los rurales que pueden ser extremadamente pequeños. El 85 por ciento de los municipios es rural y cubre al menor porcentaje de la población de México, con problemas propios de dispersión y falta de servicios. Para fortalecer a los municipios, en los últimos años se emitieron una serie de medidas viables, siendo una de las más importantes la reforma al Artículo 115 de la Constitución, aprobada en 1983, que define los poderes y las funciones del municipio, reforzándolos en cuatro sentidos: a) otorga mayor poder al municipio para organizarse, reglamentar y manejar presupuestos; b) posibilita mayor dominio de la población sobre su territorio, lo cual incrementa la participación social; c) aumenta su capacidad para generar las condiciones de bienestar de la comunidad, al responsabilizarle por los servicios públicos de agua potable, alcantarillado, mercados, panteones, abasto, parques, jardines y otros, como los de salud, que pueden también ser incluidos entre sus responsabilidades; d) le otorga mayores facultades para establecer relaciones con otros municipios o con otras instancias públicas, privadas o sociales. El camino para fortalecer los municipios y asumir responsabilidades, ha sido diferente en cada estado de la República. En lo que respecta a salud, probablemente sea en Guerrero donde se han hecho los cambios más notorios, al descentralizar sus servicios a nivel municipal y crear direcciones municipales de salud, gracias a la facultad que tienen los gobiernos estatales de transferir la operación de los servicios locales a los municipios.<sup>2</sup>



## Conceptualización y evolución de la educación y la promoción de la salud.

<sup>1</sup> Ruiz M, Martínez G, Márquez M, Fortalecimiento de los sistemas locales de salud: jurisdiccionales y municipales.

<sup>2</sup> Sotelo J. M, Rocabado F. SALUD DESDE EL MUNICIPIO: UNA ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO.

Las condiciones políticas y económicas de nuestro país así como la influencia de las concepciones y políticas internacionales con respecto a la salud y la enfermedad, han aportado elementos al concepto de educación para la salud, dando paso a sus diferentes etapas de evolución.

Las distintas concepciones propias y adoptadas por influencia externa conforman el sustento de marcos legales y disposiciones nacionales que norman la aplicación de medidas y acciones en el campo de la educación y la promoción de la salud en México.

En el proceso de evolución de dichos conceptos se pueden identificar etapas claramente diferentes: periodo higienista, primera revolución epidemiológica, segunda revolución epidemiológica modelo medicalizado. Enfoque Sanitarista y el nuevo concepto de la Promoción de la Salud.

La política y condiciones económicas de nuestro país así como la influencia de las concepciones y políticas internacionales con respecto a la salud y la enfermedad, han aportado elementos al concepto de educación para la salud, marcando las diferentes etapas de evolución.

Los aztecas sabían que existía una relación entre la higiene con la salud de las personas y la protección del medio “al principio de las comidas se lavaban las manos y recogían lo que se había caído al suelo” y “barrerás el lugar de la comida y también te lavarás las manos, la boca y los dientes” e incluso plasmaron medidas de higiene personal y públicas en códigos indígenas.<sup>3</sup>

En Tenochtitlán que estaba habitada por más de trescientas mil personas, recolectaban la basura y la quemaban y se organizaban en brigadas, con un total de más de mil individuos, velaban en forma permanente, por el aseo de las calles y plazas, y por la correcta erradicación de los desechos humanos y basura, servicios de higiene pública que se hacía en lanchas destinadas a ese único uso y transporte, gracias a lo cual, el estado de salud era bastante bueno

---

<sup>3</sup> Educación para la Salud. Normas Dir. Gral. de Educación para la Salud SSA.

en tiempos de Moctezuma II<sup>4</sup>. En lo que se refiere a las excretas humanas, se construían letrinas públicas y las aguas negras eran dispersas por corrientes naturales de la laguna.

Para 1519, se considera que la salud no puede conservarse únicamente con medidas higiénicas individuales y aisladas, se tiene una orientación de la salud pública al considerarla como resultado de acciones de la colectividad.

Las ordenanzas municipales de la ciudad de México en 1879 como acción “prohíbe echar basura en las calles, plazas, acequias y pilas; que no se eche agua ni sucia ni limpia por las ventanas, ni de día de noche, por el poco cuidado que se tenía al sacar las bestias muertas, y el mal olor, que al dejarlas en las calles y plazas, siendo la causa de enfermedades de esa época.”<sup>5</sup>

Ingresando con estas medidas higiénicas la limpieza de las calles y lotes baldíos y la protección de los depósitos de agua, abriendo paso en el campo de la salud pública al enfoque de la medicina preventiva en 1804.

Se crearon en todo el país Juntas de Sanidad las cuales se constituyeron más tarde en los Consejos de Salubridad que se convirtieron en los primeros órganos administrativos de la Salud Pública.

Comienza a funcionar el Consejo Superior de Salubridad, también se expidió el Primer Código Sanitario. Para 1879, se establecen las reglas que deben seguir los hospitales, las escuelas y otros establecimientos públicos, el suministro de agua potable, el tratamiento de los desechos humanos, también imponía normas de higiene en alimentos y viviendas y establecía las bases para las relaciones entre las instituciones de salubridad mexicana y extranjera.

Se empieza a desempeñar el control sobre las de enfermedades y evitar epidemias tomando a la población como principal actor de las medidas

---

<sup>4</sup> Alvarez Amezcuita, José. Elat., Historia de la Salubridad y la asistencia en México SSA.

<sup>5</sup> [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud\\_Publica/1\\_1.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_1.html)

higiénicas, planteando el concepto de Educación para la Salud. Promulgan la ley Orgánica de la Institución Pública al que se le incluyeron disposiciones sobre higiene.

El concepto de medicina preventiva se refuerza con la ideología “medico-sanitarias” del Doctor Manuel Septién Llata, quien establece: en primer lugar, una relación de causa-efecto entre el buen estado de salud de un pueblo y la vigilancia médica anterior. En segundo lugar que: “la medicina preventiva y asistencial, no debe ser una carga para el gasto público únicamente.

El Doctor Liceaga presenta un proyecto de salubridad donde propone conservar la salud, prolongar la duración de la vida y mejorar la condición de la vida física de la especie humana y para conseguirlo no cura los enfermos, sino evita que los sanos se enfermen, “más vale evitar las enfermedades que curarlas”<sup>6</sup>.

### Causas generales unicausalidad de la enfermedad.

Esta teoría se enfoca en los gérmenes teniendo repercusiones en la salud, considerando condiciones de vida y trabajo condicionando el proceso de salud-enfermedad en las reducciones de mortalidad y morbilidad en varios países debidas a las mejoras sociales y económicas en el fomento de la salud pública y privada.<sup>7</sup>

En 1909, Luowig Teleky declaró los factores nocivos del medio físico y social, de las condiciones de vida determinando el estado de salud del grupo o clase social.

En 1917, en México la educación para la salud; se considera como la proyección individual y colectiva de contenidos educativos sobre higiene, alimentación, vivienda y saneamiento.

---

<sup>6</sup>En busca de una Primera Explicación.

<http://www.insp.mx/rsp/articulos/win>.

<sup>7</sup> Alvarez S. Salud: Concepciones y Consecuencias Historias. Institución de la Salud Veracruzana.

En 1970 se impulsó la información por medio de comunicación educativa como una estrategia para la salud a través de la radio, prensa, televisión y cine, cuya importancia radicó en su proyección geográfica y masiva, ya que sus acciones se extendían hasta las comunidades urbanas y rurales.

El concepto de educación para la salud es limitado puesto que continua aplicando un enfoque informativo y trasmisor de los contenidos educativos, y toman en consideración la enseñanza de la población a fin de que cambie o modifique sus conductas para conservar su salud “eleve el concepto de salud en sus valores; acepte y coopere con la enseñanza que le facilite el aprendizaje de mejores conductas, para mejorar y conservar su salud; que haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención de la salud”<sup>8</sup>

En el proceso de enseñanza-aprendizaje intervienen: el Educador (promotor social, enfermera y médico), quien orienta, motiva, y dirige el proceso, el educando que es el destinatario de los mensajes educativos, el acto docente que es la enseñanza a través de las clases a los educandos y el contenido educativo que es el mensaje de salud que trasmite el educador.

La Educación para la Salud es “la ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores, tendiente a crear en los individuos conductas favorables a su salud”<sup>9</sup>

Las acciones educativas limitadas a la información son insuficientes brotes epidemiológicos a largo del país, por lo que la población desempeñe un papel activo en las actividades de salud para lo cual se plantean otros conceptos que forman parte del proceso educativo en salud.

Estos conceptos son: comunidad, entidad como “una unidad social cuyos miembros de algún rasgo, interés, elemento o función común, con conciencia

---

<sup>8</sup> Educación para la Salud.

<sup>9</sup> Terris M, Temas de epidemiología y salud publica ed. Ciencias medicas.

de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre si “<sup>10</sup>

Participación comunitaria de la población en actividades de protección materno-infantil, alimentación popular, promoción educativa y cultural, saneamiento, promoción de obras públicas y campañas sanitarias para el control de enfermedades contagiosas: fiebre amarilla, tifo, paludismo y la viruela (que fue erradicada en 1950). Dichos conceptos impulsan y refuerzan la política en salud gubernamental.

A partir de los años setenta, se impulsa la educación sanitaria, en 1973 el nuevo artículo 33 del Código de los Estados Unidos Mexicanos refiere sobre los programas de promoción de la salud que formuló la Secretaría de Salud y Asistencia dará atención preferente a la educación para la salud de la población con el fin de crear y mantener la salud individual y colectiva <sup>11</sup>

## Procesos de Cambio en México.

En 1981 en México predomina la atención hospitalaria, la prevención se orienta hacia el control del paludismo, la vacuna antipolio, la penicilina y el agua potable.

Las Naciones Unidas plantean la expresión “desarrollo de la comunidad” y lo definen como “aquellos procesos en virtud de los cuales los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para las mejoras económicas, sociales y culturales de las comunidades, contribuyendo en el progreso del país.”<sup>12</sup>

## Fomento de la salud en México.

---

<sup>10</sup> Ander Egg, Ezequiel. Metodología y Práctica de Desarrollo de la Comunidad.

<sup>11</sup> ..Organización Panamericana de la Salud. Municipios Saludables.Educación para la Salud.

<sup>12</sup> Ander Egg, Ezequiel. Metodología y Practica de Desarrollo de la Comunidad.

En nuestro país en el plan nacional de desarrollo 1989-1994, en la parte relativa a la salud, asistencia y seguridad social, se establece que se impulsará vigorosamente en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva, esto será a través de la Educación para la Salud y el desarrollo de acciones de fomento y protección donde colaboren empresas, centros de educación, gobierno, asociaciones sociales y cívicas que compartan responsabilidades en la protección de la salud.

Para ello se crea la Dirección General de Fomento de la Salud, como estrategia de atención primaria que interactúa con el entorno en el cual el ser humano nace y se desarrolla.

El término fomento, se define como el proceso social que integra, promueve, organiza, desarrolla y evalúa una serie de programas y acciones a través de las cuales la salud se transforman en un recurso y un propósito de vida cotidiana.



## Conclusiones.

La Educación para la Salud como una disciplina auxiliar de la Salud Pública se ubica en el campo de la medicina preventiva, sin embargo se desarrolla en el seno de un modelo de atención homogéneo dominante del que toma parte, pero que al mismo tiempo lo aisló, obstaculizó y contradice sus propósitos puesto que en la práctica se concreta a un modelo de “atención para la enfermedad”, que la considera como una materia individual y la separa de las demás áreas de salud.

Está ya ampliamente demostrado que para tener éxito, las acciones que se pongan en marcha, deben enfocar no solamente las necesidades sino también las prioridades de los grupos de la población a los que están dirigidas. Dichas prioridades no siempre coincidirán con las de la entidad o rama de gobierno a cargo del proyecto. Es por ello, que se debe contar con flexibilidad para modificar los métodos, de modo que lleven a lograr soluciones justas y efectivas, en las que participen todos los interesados. La clave del éxito está en el establecimiento de una articulación estructural, funcional y temporal entre las políticas sociales, económicas y de desarrollo urbano.

Con base en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que la importancia se pueden establecer sin duda, que la más importante aproximación a la solución de los problemas comunitarios en este sentido, es establecer estrategias para el fomento de la salud con el fin de aplicarlas a los municipios o ciudades saludables.

El crecimiento continuo de este Movimiento de Municipios Saludables se beneficia de las alianzas establecidas dentro y fuera del sector salud, y de la formación de redes de cooperación internacional. En ese sentido, la formación de redes como las que existen en Cuba, México y Venezuela ya ha demostrado sus ventajas, tanto para el fortalecimiento del movimiento y su difusión, como para compartir experiencias y beneficiarse del aprendizaje mutuo.

La colaboración entre ciudades está creciendo cada vez más en todas las regiones.

Finalmente, es preciso insistir en la importancia de la gestión compartida de los recursos entre la comunidad y los técnicos municipales, la institucionalización del diálogo entre los principales participantes y la difusión de la información y de las experiencias como un elemento dinámico de prevención y educación.

Es imprescindible continuar creando entornos saludables y estéticos, y utilizar los recursos con la máxima eficiencia y el mínimo desperdicio. La satisfacción de las necesidades actuales no debe comprometer la capacidad de las generaciones futuras de resolver sus propios problemas. Cuando estos fines se logren, los habitantes de las ciudades y municipios modernos podremos decir que hemos logrado el difícil equilibrio entre el mantenimiento y el crecimiento armonioso de nuestros municipios y ciudades, habiendo respetado al mismo tiempo el medio ambiente y los recursos naturales. La riqueza más importante en la creación de municipios y ciudades saludables está constituida por el conocimiento, el entusiasmo, la originalidad y la capacidad organizativa de sus habitantes. El futuro de las ciudades está en las manos de sus habitantes.

## Bibliografía.

- 1.-Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1996. (Publicación Científica no.557).
- 2.-Estrategia Mundial de la salud para todo el año 2000. OMS SERIE DE SALUD PARA TODOS. No.3. GINEBRA, 1981.
- 3.-INEGI, municipios prioritarios Dirección General de Promoción de la Salud SSA México nov. 1998.
- 4.-Encuesta Nacional sobre el perfil de los municipios de México. INEGI. México 1998 pp.15.
- 5.-Mosby, DICCIONARIO DE MEDICINA, Oceano 2005 pp.1137-696.
- 6.-Arenas L, La Promoción de la Salud y la Educación para la salud en América Latina Rev. Salud Pública Méx., mayo/junio 1998 vol.40, no.3, pp.304-306.
- 7.-Álvarez J. Atención Primaria a la Salud. Salud Pública. SSA México, 1988.  
[www.http://es.wikipedia.org/wiki/Municipios\\_saludables](http://es.wikipedia.org/wiki/Municipios_saludables)
- 8.-Denver A. Epidemiología y Administración de los Servicios Sanitarios. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1991.
- 9.-The inform Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, Canada: Minister of National Healthy and Welfare, 1974.
- 10.-Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades de la teoría pública. Trabajo presentado en la Conferencia sobre la Implementación de la Estrategia

de la Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington. D.C.: OPS. 1992. Documento no publicado.

11.-Cazado V. De paseo por los países desarrollados con la salud comunitaria. MEDIFAM 1995; (5) vol.5 n.5 pp. 253-257.

12.-Muñoz F, López/ Acuña de, Halversum P, Guerra de Macedo Hanna W; Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Rev. Panamericana de la Salud Publica Vol.8 n.1/2 Washington jul. /ago. 2000.

13.-Le Grand J, Mossialos E, editores. Health care and cost containment in the European Union. Ashgate: Aldershot; 1999.

14.-Cabiedes L, Guillen A. ¿Hacia la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? En: Moreno L, editor. Unión Monetaria y Estado de Bienestar. Madrid: CSIC; 1997. pp. 373-403.

15.-Trevor LLancok. Fomento a la salud en el contexto urbano. Traducción de OPS-Lisboa. 1965. pp.5.

16.-Arnstein, Sherry R., A ladder of citizen participation, Journal of the American Institute of Planning, (1969) 35 (3), pp.216-224.

17.-Ruiz M, Martínez G, Márquez M, Desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud: jurisdiccionales y municipales. México, D.F.: SSA, SPP, OPS/ OMS, Gobierno del Estado de Tlaxcala, 1986; no.2 pp.61-66.

18.- Sotelo J.M, Rocabado F, SALUD DESDE EL MUNICIPIO: UNA ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO Rev. Salud Publica Méx. 1897 pp. 5<http://www.insp.mx/rsp/articulos/win.php>

19.-Educación para la Salud. Normas Dirección General de Educación para la Salud SSA. México. 1993. pp.17.

20.-Álvarez J, Historia de la Salubridad y la asistencia en México SSA. México D.F 1960 pp. 29-30.

21.-Los desafíos de la Salud Pública. Disponible en URL: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud\\_Publica/1\\_1.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_1.html)

22.-García R, Pérez A., Satín L. LA ACCION DE LOS GOBIERNOS MUNICIPALES EN LA POLÍTICA DE LA SALUD PUBLICA: en busca de una primera explicación <http://www.insp.mx/rsp/articulos/win>.

23.-Alvarez S, Salud: Concepciones y Consecuencias Historiacas. Institución de la Salud Veracruzana. Primera Edición Xalapa,Ver 1994 pp.16.

24.-Sotelo J.M, Rocabado F. SALUD DESDE EL MUNICIPIO: UNA ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO EDUCACION PARA LA SALUD. Rev. Salud Publica Méx. 1987 pp.16.

25.-Terris M, Temas de epidemiología y salud publica ed. Ciencias medicas, La Habana 1989: 8-173.

26.-Ander E, Metodología y Práctica de Desarrollo de la Comunidad, ed. Humanitas Argentina. 1964. pp. 21.

27.-Organización Panamericana de la Salud. Municipios Saludables Washington DC: OPS; 1997 pp. 33-36.

28.-Ander E,. Metodología y Práctica de Desarrollo de la Comunidad, ed. Humanitas Argentina. 1964. pp. 24.

