



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES, UNA  
OPCIÓN PARA LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**ROSA ELENA GONZÁLEZ RAMÍREZ**

**DIRECTOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ  
ASESORAS: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ  
MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA**

*Voto  
Hernández*

MÉXICO D. F.

ABRIL 2005

*m. 343267*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: González Ramírez

Rosa Elena

FECHA: 18-07-05

FIRMA: 

*CON TODO MI CARIÑO  
PARA:*

*MI PAPÁ, MI MAMÁ  
Y MIS HERMANOS*

NECESITO MUY POCO  
PARA SER FELIZ...  
TAN SÓLO UN POQUITO  
DE SOL, DE LLUVIA,  
DE ALEGRIA, DE CUIDADOS,  
DE AMOR, DE PACIENCIA,  
DE COMPRESIÓN, DE CONFIANZA

Y GRACIAS A USTEDES

TENGO TODO ESO...

AXEL Y PAUL LOS AMO

## *AGRADECIMIENTOS*

### *A DIOS:*

*Por permitirme existir y por guiarme durante toda mi vida, también gracias por mis padres y mis hermanos y por permitirme llegar al término de mi carrera profesional.*

### *A MIS PADRES:*

*Por enseñarme que cada paso que doy lleva un compromiso y una responsabilidad, pero también satisfacción, es por eso que hoy comparto este momento con mucho orgullo con las dos personas más valiosas en mi vida. Papá y Mamá los admiro, respeto y quiero con todo mi corazón.*

### *A MI PAPÁ: Emiliano González*

*Gracias por todo el apoyo incondicional que siempre me has dado, por todas las palabras de aliento que me dices cuando más las necesito. Eres el mejor papá. Te quiero mucho.*

### *A MI MAMÁ: Carlota Ramírez*

*Aunque hoy no estás físicamente conmigo, en mi corazón siempre estarás presente y siempre habrá un lugar muy especial para ti, y estoy completamente segura de que estarás en un lugar privilegiado muy cerca de Dios porque fuiste una gran mujer y un gran ejemplo para mí. Te amo mamá y te extraño mucho.*

### *A MIS HERMANOS: Nely, Tere, Hugo, Emiliano, Lorena y Carlos*

*Doy gracias a Dios por dejarme compartir mi vida con ustedes, gracias por todo su cariño y apoyo ya que sin ustedes no hubiera logrado esta meta.*

*A MI QUERIDO HIJO: Axel*

*Aunque hoy eres una persona muy pequeñita, para mí eres la más grande.  
Estoy muy contenta y muy orgullosa de tener un hijito como tú, te adoro Axelito.*

*A MI ESPOSO: Paul*

*Nos costó mucho trabajo pero creo que lo logramos, gracias por ser parte fundamental de este trabajo, gracias por ayudarme a lograr este sueño y gracias por compartir tu vida conmigo. Te amo cariño.*

*A MI ABUELITA: Juanita*

*Por darme todo su apoyo y su cariño para que Yo concluyera una carrera profesional.*

*A TODA MI FAMILIA:*

*Sería muy difícil nombrar a todos pero de corazón gracias por todo su apoyo y comprensión.*

*A MIS SUEGROS.*

*Gracias por su apoyo y por su cariño.*

*AL DR. JAVIER DE LA FUENTE:*

*Por su valioso tiempo y por guiarme para la realización de este trabajo.*

*A LAS DRAS. MA. ELENA Y LEONOR:*

*Gracias por todas sus enseñanzas, paciencia y su participación en la elaboración de este proyecto tan importante para mí.*

*A TODOS MIS COMPAÑEROS:*

*Aun que ya se hayan olvidado de mí, yo los recuerdo siempre y les doy las gracias por todo el cariño y la ayuda que siempre recibí de ustedes.*

*AL DR. SALVADOR CARRANZA:*

*Gracias por brindarme su incondicional amistad y por enseñarme los verdaderos valores de la Odontología: la honestidad y la lealtad. Lo admiro y respeto mucho.*

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. Introducción.....  | 1  |
| 2. Marco teórico.....   | 3  |
| 2.1. Municipios y Comunidades Saludables.....                                     | 3  |
| 2.2. Concepto.....  | 4  |
| 2.3. Antecedentes históricos.....   | 5  |
| 2.4. Marco legal.....   | 7  |
| 2.5. Municipios Saludables: Una estrategia de Promoción<br>de la Salud.....       | 10 |
| 2.5.1 Promoción de la Salud.....  | 10 |
| 2.5.2 Participación municipal en la Promoción de la salud.....                    | 11 |
| 2.5.3 Requerimientos para la implementación de la estrategia<br>de promoción..... | 15 |
| 2.5.4. Hacer operativo el concepto de Promoción de la Salud.....                  | 16 |
| 2.5.5. El nivel local en la implementación de la estrategia .....                 | 17 |
| 2.5.6. El movimiento de Municipios y Comunidades Saludables.....                  | 18 |
| 2.5.7. Redes de Municipios Saludables.....  | 19 |
| 2.5.8. Relación entre Municipios Saludables y Promoción de la<br>Salud.....       | 20 |
| 2.6. Líneas de acción.....  | 21 |
| 2.6.1. Compromiso político.....   | 21 |
| 2.6.2. Formulación de políticas.....  | 21 |
| 2.6.3. Creación de ambientes favorables.....                                      | 24 |
| 2.6.4. Participación social / Comunicación social.....                            | 25 |
| 2.6.5. Estilos de vida y desarrollo de habilidades personales.....                | 27 |
| 2.6.6. Reorientación de los servicios de salud.....                               | 30 |
| 2.6.7. Proyecto de Municipios Saludables.....                                     | 31 |
| 2.6.8. El caso México.....  | 33 |
| 2.7. Municipio Mineral del Monte, Edo. De Hidalgo.....                            | 34 |
| 2.8. Características del Servicio Social.....                                     | 39 |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 3. Planteamiento del problema..... | 43 |
| 4. Justificación.....              | 43 |
| 5. Objetivos.....                  | 45 |
| 5.1. Objetivo general.....         | 45 |
| 5.2. Objetivos específicos.....    | 45 |
| 6. Metodología.....                | 46 |
| 6.1. Tipo de estudio.....          | 46 |
| 6.2. Recursos.....                 | 47 |
| 6.2.1. Materiales.....             | 47 |
| 6.2.2. Humanos.....                | 47 |
| 6.2.3. Financieros.....            | 48 |
| 7. Resultados.....                 | 49 |
| 8. Conclusiones.....               | 61 |
| 9. Bibliografía.....               | 62 |
| 10. Anexos.....                    | 64 |



## 1. INTRODUCCIÓN

El principal desafío que enfrenta el Sector Salud es la superación de la falta de equidad tanto en lo relacionado con las condiciones de salud de los diferentes grupos de población como en el acceso de los mismos a la atención sanitaria. Sin embargo, considerando que esta última es reflejo, a su vez, de las diferencias sociales (económicas, políticas, étnicas y de género) que prevalecen en el país, resulta imprescindible erradicar los desequilibrios propios del acceso a los servicios de educación y salud.

Este reconocimiento ha generado un renovado dinamismo en la formulación de políticas públicas que favorezcan la salud y disminuyan las injusticias, tomando en cuenta los siguientes factores: ingreso y posición socioeconómica, redes de apoyo social, empleo y condiciones de trabajo, entornos físicos seguros y limpios, hábitos de salud y estilos de vida, apoyo a los grupos vulnerables y avance de los servicios de salud. Cada uno de estos factores es importante por sí mismo, al tiempo que se interrelaciona con todos los demás.

El programa Nacional de Salud 2001 – 2006 del Gobierno Federal propone identificar y solucionar los problemas que amenazan la salud integral, fortalecer las conductas que la benefician, promover políticas públicas que la favorezcan, apoyar la creación de entornos saludables y reforzar el poder de las comunidades.

Por lo tanto es importante promover que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implementación de políticas que la favorezcan.

Así como promover actividades multisectoriales que incidan en los determinantes de la salud con el fin de promoverla por medio de acciones sociales y educativas que incrementen la conciencia pública en materia de salud, propicien estilos de vida saludables y estimulen la acción comunitaria y la participación social a favor de una mejor calidad de vida.

Se señala en este trabajo los Municipios Saludables desde su creación, así como su estructura; así mismo se establece una propuesta para la Facultad de Odontología, ésta tiene la intención de apoyar con iniciativas encaminadas a lograr la participación organizada de la población en acciones que beneficien su salud bucodental.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES**

El ámbito de acción de este programa es el municipio y a que, como una entidad limitada política, administrativa y geográficamente, constituye el escenario en el cual se generan los problemas de salud y es ahí mismo donde se pueden buscar soluciones específicas.

Es posible también concertar voluntades para establecer la coordinación intersectorial, punto clave en un programa como éste, ya que las decisiones y las acciones dependen de diferentes atribuciones.

El Presidente municipal es la persona con mayor capacidad de convocatoria en el ayuntamiento y puede lograr con mayor facilidad la comunicación y la vinculación entre los diferentes sectores: planificación, finanzas, saneamiento, ecología, educación, salud, tránsito, policía, comercio, organizaciones privadas, medios de comunicación, etcétera.

A través del municipio se puede lograr de manera más efectiva, la participación de la comunidad porque siendo el gobierno municipal el más cercano a la población, su posición, la vinculación con la población y el conocimiento de sus problemas, tradiciones y cultura lo convierten en un instrumento óptimo de movilización de este recurso.

El Sector Salud juega 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, al permitir que los municipios saludables se conviertan en un valioso punto de encuentro entre salubristas,

urbanistas, ambientalistas y comunicadores, entre otros especialistas más, cuyo acercamiento, a través de la acción coordinada permite un sinergismo favorable para las comunidades y el municipio en general.<sup>1</sup>

El Programa de Municipios Saludables se constituye como una estrategia de trabajo que trata de crear compromisos con sectores e instituciones que no han tenido, hasta ahora un protagonismo en las decisiones concernientes a la salud, escenario en el que se puede efectuar la concertación de todas las voluntades y recursos políticos, institucionales, comunitarios y personales que lleva a cabo el proceso.<sup>1</sup>

## **2.2. CONCEPTO**

En la definición global de la salud, los municipios se relacionan con todos los aspectos que garantizan los fundamentos del bienestar de la población: servicios, urbanismo, vivienda, áreas sociales, seguridad, vialidad, organización institucional, salud y educación. A pesar de esta realidad las autoridades municipales y la población en general no siempre tiene en cuenta la estrecha relación que existe entre la actividad del municipio y la salud de la población. El modelo tradicional que relaciona la salud con los servicios u hospitales, induce a subestimar el papel del municipio y a disminuir su compromiso con respecto a la salud.

Con estrategias alternativas y favorecedoras de una distribución más amplia y equitativa de la salud, surgieron los proyectos de ciudades y/o municipios saludables, éste último término utilizado sobre todo en la región de las Américas.

## **Un Municipio Saludable es:**

“Aquel en que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas, los propietarios, empresarios y trabajadores, y la sociedad, dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio físico y natural y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, y la democracia”.<sup>1</sup>

### **2.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Ya los trabajos de Hipócrates incluían 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. En ella el autor describe la importancia de la ubicación de la vivienda, la proximidad al mar y a los ríos o pantanos, la influencia de los vientos y la calidad del agua potable. La salud y el bienestar del ser humano están vinculados a un estado de equilibrio entre él y su entorno.<sup>2</sup>

Hipócrates y otros pensadores influyeron en la estructuración de ciudades griegas que se describen dinámicas pero estables, en equilibrio con la naturaleza y habitables, aun cuando alcanzan grandes tamaños.<sup>3</sup>

Los aztecas, los mayas y los incas también construyeron sus ciudades teniendo en cuenta la relación de las mismas con el sistema ecológico, y desarrollaron en forma sofisticada principios fundamentales de agricultura

urbana. Algunas de estas características de las antiguas ciudades griegas, así como de las de los imperios Azteca, Maya e Inca, constituyen las raíces históricas de lo que se denomina actualmente “Ciudades o Municipios Saludables”.

En América Latina se prefiere hablar de Municipios más que de Ciudades Saludables; esta última expresión se usa con mayor frecuencia en Canadá, Europa y los Estados Unidos. En nuestra región se considera que el poder jurídico-administrativo en el nivel local lo ejerce el Municipio cuyo gobierno se elige por un voto popular. Esta entidad tiene a su cargo no solamente las zonas urbanas cabeceras de gobierno, sino también las zonas rurales circundantes bajo su jurisdicción. Hoy en día este concepto se denomina “municipalización” del territorio. En vez de Municipios también se usan las denominaciones “cantones”, “parroquias”, “islas” o “comunidades” saludables, según las características geográficas y político-administrativas de cada país.<sup>4</sup>

La idea de la Ciudad Saludable surgió en Canadá y evolucionó durante el Simposio de Ciudades Saludables realizado en Lisboa, Portugal en 1986. En dicha reunión se establecieron líneas de acción, políticas, sociales y de desarrollo comunitario local como respuesta a los problemas de salud pública que enfrentaban las ciudades en ese momento<sup>5,7</sup>. A partir de allí se generó un movimiento para crear ciudades saludables que se extendió luego a Europa.

A comienzos del decenio de 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició una serie de actividades con miras a desarrollar y fortalecer el movimiento de Municipios Saludables en los países de América Latina y el Caribe.<sup>6,1</sup>

## 2.4 MARCO LEGAL

En cuanto a salud se refiere, el modelo de desarrollo centralista que caracterizó a nuestro país, a partir de la década de los años cuarenta, trajo como consecuencia que la toma de decisiones se diera fundamentalmente en los centros políticos, fenómeno que se reflejó en un alejamiento de la participación social en la toma de decisiones.

Además de la escasa participación social y de los efectos que sobre ésta tuvo el centralismo, los esfuerzos en materia de participación comunitaria se encaminaron a implantar nuevos estilos de vida ajenos, en la mayoría de los casos, a las realidades sociales concretas.

Ante la necesidad de revertir esta tendencia centralizadora, en la década de los ochenta se iniciaron las siguientes reformas:

En 1983 el Ejecutivo General decreta las bases para el Acuerdo de Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta, el cual fue firmado el 20 de agosto de 1996, el cual define a la salud como: “ el sustento para el pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, por ello no se le puede concebir como un valor biológico. Es también un bien social, entendida de ésta manera la salud constituye un derecho esencial de todos. El nivel de salud poblacional es, sin duda, el más importante de los indicadores que dan cuenta del desarrollo social “. <sup>7</sup>

La política en salud que representa este acuerdo forma parte del proceso del nuevo federalismo que plantea: “ una redistribución profunda de competencias entre los tres órdenes de gobierno con la integración de servicios de atención a la población, que no es derechohabiente de las

instituciones de seguridad social bajo la gestión de los gobiernos estatales, esto responde a tres objetivos: 1) facilitar que los servicios de salud lleguen a más mexicanos, 2) dar mejores respuestas a necesidades de salud específicas de cada región y 3) posibilitar la realización de una gestión más exitosa “.

La descentralización de responsabilidades, recursos y decisiones implica que cada gobierno estatal cuente con toda la infraestructura necesaria esto es, recursos humanos, materiales y presupuestales, para ofrecer los servicios de salud con mayor eficiencia y extenderlos hasta los lugares donde surgen los problemas de salud y al mismo tiempo también refuerza el federalismo al reintegrar a la esfera local de las facultades que les eran propias al suscribir el pacto federal.

De esta forma la entidad federativa se convierte en promotora de los servicios de salud y desarrolla su capacidad de convocatoria institucional y social para hacer más participes a los gobiernos municipales y a los diversos comités de salud en beneficio de la salud municipal.

Otra forma relevante fué la incorporación en 1984 del Derecho a la Protección de la Salud a todos los mexicanos, consignado en el Artículo 4º. de nuestra Constitución Política .

Como complemento se promulga la Ley General de Salud que “establece la integración del Sistema Nacional de Salud, con las dependencias y entidades de la administración Pública Federal y local, y con los sectores social y privado que prestan servicios en la materia, bajo la coordinación de la Secretaría del ramo “ y posteriormente las Leyes Estatales de Salud, “ que reglamentan el derecho a la protección de la salud y otorgan al municipio la categoría de autoridad sanitaria, con facultades de salubridad local “. <sup>7</sup>



También se efectúan reformas al Artículo 115 Constitucional aprobadas en 1983, consisten en precisar las atribuciones y competencias de los tres niveles de gobierno federal, estatal y municipal.

En la Ley Orgánica Municipal, se menciona como objetivo el “ lograr y preservar la salud los municipios, establecer y fortalecer la comunicación y coordinación entre ellos, intercambiar conocimientos y experiencias en la operación de proyectos de salud, así como apoyarse mutuamente en la implementación de estrategias y políticas públicas “.

Estos planteamientos se retoman en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, la constitución de una política integral de desarrollo social, implica avanzar en la consolidación de una nueva institucionalidad que establezca claramente la concurrencia de los gobiernos municipal, estatal y federal; la participación de las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de asistencia pública y las organizaciones de los beneficiarios como participantes directos para mejorar los niveles de vida.

El programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 que incorpora a la participación social como línea de acción prioritaria y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal conforman el sustento jurídico del Programa de Municipios Saludables.

## **2.5. MUNICIPIOS SALUDABLES: UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

### **2.5.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

De acuerdo con la definición contenida en la carta de Ottawa, la promoción de la salud consiste en “promocionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Complementa la definición estableciendo que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el medio ambiente o adaptarse a él”.

La carta de Ottawa puso de relieve el hecho de que la promoción de la salud va más allá de la mera asistencia sanitaria, pues subraya que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y en todos los niveles de gobierno.<sup>8</sup>

La promoción de la salud identifica tres grandes estrategias:

- Promover la creación de las condiciones sanitarias esenciales.
- Facilita que todas las personas puedan alcanzar y conservar un estado de salud integral.
- Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses existentes en la sociedad.

En este contexto, el Programa de Comunidades Saludables contiene y expresa de manera integral las acciones prioritarias de promoción de la salud expresadas en la Carta de Ottawa.

Asimismo, es un medio que permite la implementación de estrategias de promoción de la salud en forma concreta, pues proporciona el espacio, los mecanismos y los recursos para ello, ya que se encuentra inserto en un proceso de democratización en el marco de la gestión local y la participación comunitaria.

Sin duda la promoción de la salud constituye un elemento clave para mejorar la salud de nuestras comunidades, pues con sus estrategias lograremos hábitos de vida saludables que permitan disminuir los costos catastróficos de la enfermedad y promuevan la corresponsabilidad en la recuperación y el mantenimiento de la salud.

### **2.5.2. PARTICIPACIÓN MUNICIPAL EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Consiste en fortalecer la acción de los gobiernos locales para la conducción de proyectos que puedan tener una repercusión importante en la protección de la salud de sus habitantes.

Busca impulsar la participación activa de los ayuntamientos, la sociedad y las organizaciones sociales; los gobiernos municipales que se integren al programa deben tener un comité municipal de salud, elaborar un diagnóstico de la situación, definir prioridades y elaborar un programa de trabajo que considere los siguientes factores: dotación de agua limpia, manejo y disposición de residuos sólidos, control y estabilización de la población canina, control de la fauna nociva y mejoramiento de los mercados.<sup>6</sup>

Con esto se busca mejorar los niveles de salud de la población mediante el establecimiento de un Programa Municipal de Promoción de la Salud, encabezado por el gobierno local y con la participación de la ciudadanía y los sectores vinculados al desarrollo social. Este Programa deberá considerar la experiencia de los comités municipales constituidos para la atención de problemas específicos de salud pública como son la salud mental y la prevención y control del Sida.

Las etapas de la participación municipal para la promoción de la salud son las siguientes:

### **ETAPA 1: Municipio Saludable Incorporado**

Tomando en cuenta el trabajo realizado por los servicios estatales de salud con los gobiernos municipales, se considerarán municipios incorporados todos aquellos que cumplan con la formación de un comité municipal de salud, con la integración de un diagnóstico situacional y su discusión en el taller de planificación de acciones, proyectos y programas que deberán incluirse en el Plan de Desarrollo Municipal.

### **ETAPA 2: Municipio Saludable Activo**

Municipio Saludable Incorporado que tiene en ejecución su programa de trabajo y que comprende, cuando menos los siguientes temas:

- Dotación de agua limpia en sus comunidades
- Manejo y disposición final de residuos sólidos
- Control y estabilización de la población canina
- Control de fauna nociva
- Mejoramiento de mercados municipales

### **ETAPA 3: Municipio Saludable Acreditado**

Municipio Saludable Activo donde, se establece el compromiso de implementación y desarrollo del Programa Municipal de Promoción de la Salud y cuando menos, de un proyecto vinculado a la salud pública que vaya encaminado a la disminución del regazo en la solución de los problemas de salud y a la generación de acciones de promoción de la salud para la prevención y protección en zonas de alto riesgo e incidencia.

### **ORGANIZACIÓN COMUNITARIA PARA LA SALUD**

Consiste en impulsar un proceso gradual de mejoramiento de las condiciones de salud de una población atendida por un primer nivel de atención, aglutinando los recursos institucionales (equipos de salud) y los comunitarios (comités locales de salud, promotores voluntarios, procuradoras de la salud, entre otros).

Las etapas de organización comunitaria para la salud son las siguientes:

#### **ETAPA 1: Comunidad Iniciada**

Es una comunidad que se organiza mediante el comité local de salud y elabora, con apoyo del personal de salud, un plan de trabajo que deberá incluir acciones de mejoramiento comunitario y atención de la salud familiar, por lo menos.

## **ETAPA 2: Comunidad Orientada**

Es la Comunidad Iniciada donde el comité local y el personal de salud ejecutan su plan de trabajo, dando énfasis a las acciones de saneamiento básico a nivel familiar y de orientación sobre la salud del niño, la mujer y la maternidad sin riesgos a todas las mujeres en edad fértil.

## **ETAPA 3: Comunidad Activa**

Es la Comunidad Orientada donde el comité local y el personal de salud mantienen la participación de las personas en las acciones de saneamiento básico familiar y trabajan para lograr que en la localidad se consuma agua limpia, se manejen adecuadamente los residuos sólidos domiciliarios y se tenga una disposición adecuada de excretas.

Asimismo, las mujeres embarazadas acuden a control prenatal y las mayores de 25 años se han realizado la prueba de Papanicolaou, mientras que los menores de 5 años tienen cubierto un esquema de vacunación y están en control de peso y talla.

## **ETAPA 4: Comunidad Saludable Certificada**

Comunidad Activa donde el comité de salud y el personal de salud continúan con la ejecución de su plan de trabajo, dando prioridad a la información y capacitación de todas las mujeres, madres de menores de 5 años, embarazadas o en edad reproductiva, sobre los contenidos del Paquete Básico de Servicios de Salud.

Todas las familias consumen agua limpia, manejan adecuadamente sus alimentos y mantienen limpias sus viviendas y se cuenta con el aval de

certificación del Comité Estatal de Comunidades Saludables y en consecuencia de los responsables de programas de prevención y protección de la salud en función de criterios establecidos por las unidades administrativas encargadas a nivel.<sup>9</sup>

### **2.5.3. REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN**

El sector salud debe experimentar cambios importantes que le permitan ejercer la función requerida frente al resto de los sectores y las comunidades.

Aparece como un requisito básico la transformación del rol tradicional de “experto” que entrega normas y acciones a ejecutar por los demás, hacia uno en el que aporta información y conocimientos, y entrega herramientas que permitan la realización de las tareas en forma conjunta.<sup>8</sup>

Esto implica otorgar una mayor autonomía, lo que a su vez significa compartir las responsabilidades y entregar poder al resto de los sectores sociales, como forma de permitir una real participación y capacidad de decisión en todas las etapas del proceso de mejoramiento del nivel de calidad de vida de los ciudadanos.

El sector salud coordina e impulsa la promoción de la salud, pero el proceso de obtenerla pertenece y debe pertenecer a los actores de la comunidad entera.

Por otra parte el sector salud debe reforzar su capacidad metodológica y técnica en los procesos de diagnóstico, control y evaluación de situaciones e

intervenciones, de forma tal, que permita asegurar validez e impacto de las acciones realizadas; al mismo tiempo, debe estar preparado para utilizar metodologías para la difusión de información oportuna y adecuada.<sup>10</sup>

#### **2.5.4. HACER OPERATIVO EL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La Carta de Ottawa propone para alcanzar las metas e implementar la estrategia de la promoción, cinco grandes líneas de acción:

- Elaboración de políticas públicas saludables
- Creación de ambientes favorables
- Reforzamiento de acción comunitaria
- Desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida
- Reorientación de los servicios de salud

Las experiencias exitosas muestran que no existe una manera única para enfrentar los problemas, sino que los mejores resultados se consiguen con proyectos y programas integrales que combinan las diferentes estrategias de acuerdo con los objetivos deseados, dentro de un marco global de intervención.

El análisis de estas líneas de acción y de las experiencias desarrolladas muestra que es en el nivel local donde se dan mejores condiciones para la ejecución de programas y acciones de promoción, sin olvidar que el compromiso y apoyo del nivel nacional e internacional es fundamental para dar el marco que permita y refuerce dichas acciones.<sup>10</sup>



### **2.5.5. EL NIVEL LOCAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Para mejorar la salud y la calidad de vida de los pueblos, se requiere rescatar la capacidad de cada persona de actuar en beneficio de su salud y lograr la concertación de todas las voluntades y recursos políticos, institucionales, comunitarios y personales para llevar a cabo el proceso.

El nivel local, definido para fines de este documento como municipio, constituye una unidad limitada política, administrativa y geográficamente; tiene el mandato, la autoridad y gran parte de los recursos y mecanismos para desarrollar actividades concretas de promoción y una población definida que comparte tradiciones y culturas.

Los gobiernos locales constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos, y con sus recursos pueden lograr importantes mejorías en salud sin necesidad de recurrir a otros niveles.

Como representante de la comunidad, los gobiernos municipales están en la mejor posición para involucrar a políticos y administradores de otros sectores y a la comunidad misma y, por lo tanto, coordinar proyectos conjuntos.

Los gobiernos municipales tienen también posibilidad de influir sobre las condiciones de vida a través de sus atribuciones en economía y empleo, vivienda, cultura, recreación, seguridad, ambiente, planeación urbana y organización comunitaria.

Finalmente en el nivel local es posible concertar voluntades en torno a problemas y soluciones propios y específicos de cada grupo sociocultural y convertirlas en acciones concretas que conduzcan a un mayor bienestar.<sup>10</sup>

## **2.5.6. EL MOVIMIENTO DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES**

Tiene una historia relacionada con los hechos ya destacados para la promoción de la salud.

El contexto socioecológico de la salud hace énfasis en la importancia del entorno global dentro del cual el ambiente urbano, en aumento progresivo, crea situaciones y problemas propios que requieren también soluciones particulares.

En Europa el movimiento de ciudades saludables surge en el contexto de la necesidad de implementar la estrategia de Salud para Todos<sup>11</sup>

Cabe destacar algunos de estos cambios relevantes de significación para el movimiento de municipios saludables, tales como los cambios políticos en el continente, la tendencia a la reducción del Estado y la restricción del gasto social; el estancamiento o retroceso del desarrollo social, las repercusiones de estos procesos en el nivel de vida y de salud de los pueblos; los cambios epidemiológicos y demográficos de la región; las transformaciones socioculturales asociadas a la urbanización acelerada y, por último la incapacidad de los sistemas de salud actuales para hacer frente a esta situación.

El movimiento se ha visto favorecido por los procesos de descentralización y de cambios en las responsabilidades de los gobiernos locales, por la acogida otorgada a las acciones de promoción de la salud, como respuesta a la

situación actual, y por el progresivo interés del público y gobernantes sobre los temas relacionados con el ambiente.<sup>11</sup>

### **2.5.7. REDES DE MUNICIPIOS SALUDABLES**

El movimiento debe concebirse como una idea-fuerza para dinamizar la salud en el desarrollo.

Además de crear las vías para el trabajo conjunto de diferentes sectores y grupos, permite la creación de redes entre los municipios, ciudades y comunidades involucradas.

Esto presenta múltiples ventajas, tanto para el fortalecimiento del movimiento y su difusión, como para el aprendizaje conjunto que permite acciones más efectivas.

Las redes cooperan en el intercambio de experiencias y facilitan el abordaje de materias que suelen ser difíciles de definir y de operar en forma de intervenciones; ofrecen por lo tanto un apoyo técnico operativo y motivacional.

A través de las redes se produce la coordinación y unión entre diferentes localidades; se comparten modelos de programas que ya se probaron; se facilitan los procesos de entrega de poder a los niveles locales, y se favorece la multiplicación del movimiento. Así también, se simplifica el diagnóstico de situaciones y la evaluación de acciones, y se posibilita descubrir intereses comunes y situaciones que requieren del apoyo mutuo o de otros niveles para su solución.

Finalmente las redes confieren mayor fuerza al movimiento para transmitir logros y necesidades a otros grupos y niveles, tales como sector privado, gobierno central y organizaciones internacionales y pueden llegar a constituir un importante vehículo para la integración regional.<sup>1</sup>

### **2.5.8. RELACIÓN ENTRE MUNICIPIOS SALUDABLES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La promoción de la salud requiere hacer operativos los conceptos y valores; el movimiento de municipios saludables aparece como uno de los medios efectivos para ello.

Por otra parte este tipo de movimientos ha demostrado su capacidad de despertar el interés de instancias políticas y sociales.

Sin embargo en la mayoría de los países de la región el tema de la salud no se ha logrado incorporar con la fuerza necesaria en las agendas políticas. La intersectorialidad y la participación social no han encontrado su espacio y los sistemas de salud aún se orientan a la atención de la enfermedad, con muy escasas actividades de promoción y prevención.

Es por ello, que el movimiento a nivel local ofrece un medio para reforzar las estrategias para el cuatrienio de la OPS: Salud y Desarrollo; Promoción de la Salud; Fortalecimiento de Silos; Salud Ambiental; uso de la Comunicación Social. Al tener un espacio en el contexto local, estas estrategias serían más efectivas, en la medida que las acciones y proyectos sean coherentes y tomen en cuenta las experiencias existentes.<sup>12</sup>

## **2.6. LINEAS DE ACCIÓN**

### **2.6.1. COMPROMISO POLÍTICO**

Disponer de una política que privilegie la salud como recurso y como objetivo necesario y deseable, creará el entorno que se requiere para dar sustento y posibilidades al resto de las líneas de acción definidas.

Se ha demostrado que la idea de municipios saludables presenta un gran atractivo político y popular que permite comprometer a estos niveles y a través de sus actividades y atribuciones, llegar a desarrollar proyectos que involucren a los diferentes sectores sociales a nivel local.

Este primer apoyo es indispensable para lograr la participación necesaria y en la etapa posterior de desarrollo de proyectos, lograr las reglamentaciones necesarias, los presupuestos y la prioridad requeridos.<sup>1</sup>

### **2.6.2. FORMULACION DE POLÍTICAS**

La formulación de estas políticas, leyes y recomendaciones puede abarcar una gran cantidad de áreas dependiendo de las necesidades y realidades locales. Asimismo recopilar información de las alternativas existentes ya utilizadas puede servir como ejemplo y como base para el diseño de políticas en cada programa específico.

Entre otras, es posible formular políticas efectivas en las áreas de:

## **SALUD**

1. Reformulación y redistribución de presupuestos orientados hacia actividades de promoción.
2. Planificación en salud basada en orientaciones epidemiológicas y en los conocimientos disponibles.
3. Políticas de entrenamiento y capacitación del personal.
4. Políticas referentes a monitoreo y detección de factores de riesgo y detección precoz de enfermedades.

## **EDUCACIÓN**

1. Capacitación de profesores
2. Incorporación de contenidos de promoción de la salud en los programas escolares.

## **ECONOMÍA**

1. Políticas orientadas a lograr el balance entre desarrollo económico, bienestar, calidad de vida y conservación del medio ambiente.

## **AMBIENTE**

1. Políticas que protejan y conserven ambientes globales saludables.

## TRANSPORTE

2. Disponibilidad y seguridad en el transporte
3. Medios de transporte libres de factores de riesgo como tabaco y alcohol

## TRABAJO

1. Ambiente laboral seguro
2. Leyes laborales
3. Vigilancia y detección precoz de riesgos o daños causados por el trabajo
4. Ambiente laboral libre de factores de riesgo
5. Alimentación saludable en el lugar de trabajo

## AGRICULTURA

1. Subsidios a cultivos saludables

Los políticos y administradores de nivel nacional y local deben disponer de la información necesaria para poder evaluar y formular opciones políticas que conduzcan a estilos de vida saludables y que sean adecuadas a las necesidades y posibilidades de cada lugar.

Algunas políticas requerirán del apoyo del nivel federal y otras pueden ser elaboradas e implementadas por el nivel local (alimentación sana en escuelas y lugares de trabajo, zonas libres de tabaco en hospitales,

restaurantes, líneas aéreas u otros, facilidades en escuelas, parques y clubes para realizar ejercicio, etc.).<sup>13</sup>

### **2.6.3. CREACIÓN DE AMBIENTES FAVORABLES**

Para los efectos de la estrategia de promoción de la salud, se considera al ambiente en un contexto global que incluye el entorno físico y psicosocial.

Actualmente en la región, millones de personas viven en ambientes nocivos para la salud, en condiciones de pobreza, deterioro del saneamiento básico, contaminación, viviendas inadecuadas, sitios de trabajo inseguros e insatisfactorios, ausencia de espacios de recreación, etcétera.

Por otra parte, la carencia de apoyo social formal disminuye la capacidad de enfrentar los problemas y deteriora por tanto la salud y la calidad de vida. La meta es modificar y conservar un ambiente que no sólo sea dañino para la salud, sino que la promueva y la favorezca. Se trata de crear ambientes de vida y trabajo que sean seguros, estimulantes y satisfactorios.

Para ello, se requiere fomentar el apoyo recíproco entre personas y comunidades y su interrelación con el entorno, protegiendo los recursos naturales y artificiales.

Para la implementación de la estrategia de la promoción de la salud, además de los requisitos del ambiente físico, tiene especial importancia el ambiente social y específicamente las redes de soporte social.



Las redes de soporte social son necesarias como complemento del resto de las acciones desarrolladas en los programas de promoción de la salud para el logro de las metas propuestas.

En los programas de promoción, los medios masivos de comunicación son un medio efectivo para introducir nuevas informaciones y cambiar actitudes; pero los canales interpersonales son necesarios y más importantes para lograr y mantener cambios de conducta.

Con relación a los estilos de vida y la modificación de las conductas se han descrito factores personales y ambientales de tipo predisponente, capacitante y de refuerzo. Dentro de ellos, los valores, actitudes y acciones que componen el entorno social más cercano a las personas, facilitan o dificultan la adopción de conductas saludables.

El entorno social incluye la familia, los grupos de padres, las organizaciones comunitarias y grupos de auto-ayuda, las iglesias, los proveedores de salud, los empleadores, los líderes comunitarios, etcétera.<sup>1</sup>

#### **2.6.4. PARTICIPACIÓN SOCIAL / COMUNICACIÓN SOCIAL**

Si se consideran las condicionantes sociales de la salud y la influencia de los estilos de vida sobre la salud y la enfermedad es indispensable la participación activa de las comunidades y las personas para lograr cambios efectivos.

La participación real implica capacidad de ejercer influencia, lo que a su vez determina obtener parte del poder; esto refuerza la necesidad de información y educación para posibilitar el mejor ejercicio de ese poder y de la

transformación de las prácticas tradicionales, no sólo del sector salud, sino de todos los sectores estatales y privados.

Por ello y de acuerdo con lo expresado en la Carta de Ottawa, el propósito de la participación social es la realización de la necesidad de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La participación social en salud es comprensible sólo en relación con el desarrollo del conflicto social, como factor que impulsa el mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos y que parte de identificar las fuerzas sociales, cuyos intereses definen las formas de producción y distribución de los bienes y servicios de la sociedad. Las fuerzas o actores sociales que definen este conflicto dentro del modelo prevaleciente de prestación de servicios de salud son: el complejo médico industrial; el Estado, particularmente el Sector Salud, y la sociedad (comunidad). De estas tres fuerzas, el complejo es la más poderosa con capacidad de definir el quehacer y el saber en salud. El Estado como espacio de mediación, refleja el balance de poder del complejo y la sociedad. La sociedad (comunidad) ha sido transformada históricamente en el factor consumo y demanda de bienes y servicios. Tanto la concepción como la prestación de servicios y las políticas de salud son definidas por expertos para la sociedad; sin embargo reflejan los intereses del complejo.<sup>14</sup>

El proceso de participación social para la promoción de la salud consiste en el desarrollo sistemático de actividades que permitan a los ciudadanos tener los conocimientos, la capacidad, la información y el poder suficientes para garantizarse condiciones de vida sana y acceso equitativo a bienes y servicios apropiados.

Para el desarrollo de municipios saludables es fundamental contar con información adecuada que permita analizar, planificar, poner en marcha y evaluar acciones. Para que la información sea realmente útil, debe sistematizarse de manera que esté correctamente organizada y pueda actualizarse. Cuando la información apropiada se maneja bien, permite medir la situación real, identificar problemas, definir necesidades, seleccionar tecnologías pertinentes y evaluar los efectos de las intervenciones.

Una estrategia importante que complementa el trabajo en la comunidad es la ejecución de campañas de comunicación social para promover estilos de vida saludables. En éstas las autoridades sanitarias conjuntamente con los líderes comunitarios y los trabajadores de salud, son responsables de proporcionar información, consejo, estímulo, apoyo y servicio para que la población alcance el mejor estado de salud posible. La función de los trabajadores de salud de base es indispensable para promover la difusión de las ideas que servirán de fundamento a las decisiones que tome la comunidad.<sup>11</sup>

### **2.6.5. ESTILOS DE VIDA Y DESARROLLO DE HABILIDADES PERSONALES**

Como consecuencia en los cambios en los perfiles demográficos y socioculturales, la mayoría de los países de la región están experimentando el aumento en la esperanza de vida y por ende en el envejecimiento de la población. Además se ven afectados por una creciente urbanización y cambios en los patrones de consumo y de comportamiento.

Todo ello ha conducido a un incremento en la presencia de factores de riesgo, tales como tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo, y a cambios en los perfiles epidemiológicos que se caracterizan por la emergencia de morbimortalidad atribuible a las enfermedades crónicas no transmisibles y a los accidentes y la violencia.

Estos problemas de salud están ocasionando también la utilización creciente de servicios de salud; la pérdida de productividad y el deterioro de la calidad de vida, cuyas implicaciones económicas y sociales son considerables.

En las últimas cuatro décadas la evidencia epidemiológica ha logrado establecer la relación causal entre diversos comportamientos (estilos de vida), factores de riesgo y enfermedades no transmisibles. Se ha demostrado también que tales factores de riesgo.

Pueden ser modificados tanto en condiciones experimentales como en intervenciones comunitarias, y que con ello disminuirá la mortalidad por algunas enfermedades no transmisibles.

Enfrentar estos problemas requiere, la adopción de enfoques de promoción y prevención que sobrepasan el ámbito tradicional del Sector Salud, de la participación activa de las personas y de la concurrencia de acciones multidisciplinarias e intersectoriales.

Los estilos de vida se traducen en conductas personales, pero son influenciados por el contexto social, político, cultural, económico y ambiental. Por ello, para lograr modificaciones en los estilos de vida será necesario actuar tanto sobre las personas, como sobre su entorno.

Las acciones para modificar estilos de vida requerirán de programas integrales que utilicen diversos mecanismos para lograr sus objetivos y que ofrezcan soporte a los cambios propuestos; entre ellos destacan la educación para la salud, la información y las técnicas de comunicación social, legal, etcétera.

Las experiencias muestran que la sola información no es suficiente para producir cambios de conducta, y que sólo se llega a cambiar a través de un proceso que en sus distintas etapas utilizar diversos mecanismos. La información debe acompañarse de las modificaciones ambientales y del desarrollo de habilidades personales que permitan a las personas enfrentar el medio, resolver problemas y tomar decisiones, aumentando así su autonomía en la creación de su propia salud.

Los municipios pueden abordar los programas de modificación de estilos de vida desde muchos ámbitos, ya que es más factible crear o reforzar el entorno más cercano, que finalmente produce los cambios a nivel de interacciones interpersonales (familia, lugar de trabajo, iglesias, grupos de pares, etcétera).

Aunque el enfoque de los estilos de vida tiene lógica y justificación epidemiológica, económica y política, debe abordarse con precaución de modo de no traspasar toda la responsabilidad a la sociedad, eludiendo así la responsabilidad social y política al respecto.<sup>15</sup>

## 2.6.6. REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Tradicionalmente, los servicios de salud dedican la mayor parte de sus recursos a las actividades de atención a la enfermedad, con predominio del área materno-infantil y con un alto nivel de complejidad y medicamentación; en consecuencia, la formación del personal de salud está orientada en ese sentido.

Reconociendo la necesidad e importancia de una adecuada cobertura y atención de salud en el área curativa, los servicios deben también crear y reforzar los enfoques preventivos y de promoción de la salud; incorporar los elementos necesarios para la atención de los problemas de salud del adulto y del anciano, capacitar a su personal y buscar las vías para que la comunidad pueda tener influencia en la distribución de los recursos y los servicios ofrecidos.

La reorientación de los servicios, tanto los dirigidos a asuntos del ambiente como a las personas, es una necesidad urgente.

Dentro del proceso del cambio político-administrativo, la descentralización también involucra todos los servicios sociales: es la oportunidad de revisar y cambiar sus prácticas y de obtener las atribuciones necesarias para poder ejercer una verdadera gestión local.

El movimiento de municipios saludables permite al sector salud incorporarse con otros sectores en una tarea conjunta y acercarse más a las necesidades reales de la población, colocándose como parte de un todo integral, que

aborde el campo de la salud; esto facilitará los cambios propuestos y la entrega de responsabilidad y capacidad de decisión a los grupos locales.<sup>15</sup>

Si se lograra implementar proyectos concretos dentro del concepto de Municipios Saludables, todos los servicios dirigidos al ambiente y a las personas estarían efectivamente comprometidos con el mejoramiento de la calidad de vida de la población.<sup>15</sup>

### **2.6.7. PROYECTO DE MUNICIPIOS SALUDABLES**

La implementación de un proyecto de municipios saludables puede entenderse como un proceso que busca hacer efectivo, en el nivel más cercano a las personas, los valores y principios de la promoción de la salud en el contexto de la calidad de vida.

Esto es posible por medio de acciones cooperativas concretas que involucran a diferentes sectores y a las comunidades.

Los proyectos para ser efectivos requieren de un entorno general que les facilite el apoyo de las autoridades de nivel municipal así como el desarrollo gradual de las actividades necesarias.<sup>5</sup>

Para declarar un municipio como municipio saludable debe existir un marco de referencia que defina requisitos mínimos, que permitan considerarlo como tal. Esto asegura que los que se incorporan al proceso, asumen el compromiso y cuentan con los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto y alcanzar los objetivos; sin desconocer el hecho que los programas y acciones que se desarrollen serán diferentes en cada municipio, de

acuerdo con el diagnóstico de su situación y con las prioridades que esa comunidad fije.

Entre esos requisitos, se plantean como elementos básicos:

- Compromiso político manifiesto
- Política de salud definida
- Compromiso de los recursos necesarios
- Difusión e intercambio de información que favorezca el desarrollo de redes.
- Planificación y ejecución de programas concretos en un plazo razonable

Como orientación general, para facilitar el proceso de conformación de un municipio saludable, se sugiere seguir las siguientes etapas:

1. Difundir la información y conceptos que promuevan el compromiso político y comunitario, y que permitan la elaboración del plan de salud basado en la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa.
2. Convocar a los actores políticos y sociales más importantes; tanto gubernamentales como no gubernamentales, procurando la mayor participación posible.
3. Identificar problemas concretos e iniciar acciones concretas para su solución.
4. efectuar monitoreo y seguimiento de los programas y evaluar resultados.
5. Difundir conceptos y experiencias entre los diferentes municipios.



6. Estimular el apoyo y colaborar en el aprendizaje e intercambio cultural entre ellos.
7. Consolidar las redes.<sup>11</sup>

### **2.6.8. EL CASO DE MÉXICO**

En México existen 2429 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 ciudades pequeñas, organizadas de diversa forma, de acuerdo a su pertenencia municipal. Los municipios urbanos son grandes, al contrario de los rurales que pueden ser extremadamente pequeños. El 85% de los municipios es rural y cubre al menor porcentaje de la población, con problemas propios de dispersión y falta de servicios.

Para fortalecer a los municipios, en los últimos años se emitieron una serie de medidas viabilizadoras, 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) otorgar 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 responsabilizarse por los servicios públicos de agua potable, alcantarillado, mercados, panteones, 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.<sup>1</sup>

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.

## **2.7. MUNICIPIO MINERAL DEL MONTE, ESTADO DE HIDALGO**

Población minera situada a 2,770 m. sobre el nivel del mar, la más alta de la República Mexicana. Se localiza a 103 km. De la Ciudad de México dentro del corredor turístico de la montaña. Está ubicado  $20^{\circ} 08', 21$  de latitud norte y a  $98^{\circ} 40', 47$  de longitud oeste.

Mineral del Monte o mejor conocido como Real del Monte cuenta con una superficie de  $30.68 \text{ km}^2$ . y se encuentra a sólo  $12 \text{ km}^2$  de Pachuca, capital del Estado de Hidalgo.

El clima se considera frío y con lluvias en verano. La temperatura promedio anual es de  $12^{\circ} \text{C}$  y la precipitación pluvial anual es de aproximadamente 951 mm.

Este Municipio cuenta con 12,851 habitantes hasta el año 2002 y ésta ocupa el 0.58% del porcentaje relativo al Estado de Hidalgo.

En 1799 se registró aquí el primer movimiento laboral de huelga en contra del empresario minero Pedro Romero de Terreros y fue aquí donde se realizó por primera ocasión un partido de fútbol en México.

En 1577 recibió el nombre de Real del Monte y fue hasta después de 1824 cuando cambió a Mineral del Monte.

Este Municipio está próximo a acreditarse como Municipio Saludable ya que más del 50% de sus comunidades son Comunidades Saludables. La acreditación está programada para el 01 de agosto de 2005.



Figura 1. Entrada al Municipio Mineral del Monte



Figura 2. Vista panorámica del Municipio



Figura 3. Iglesia



Figura 4. Centro de Salud del Municipio

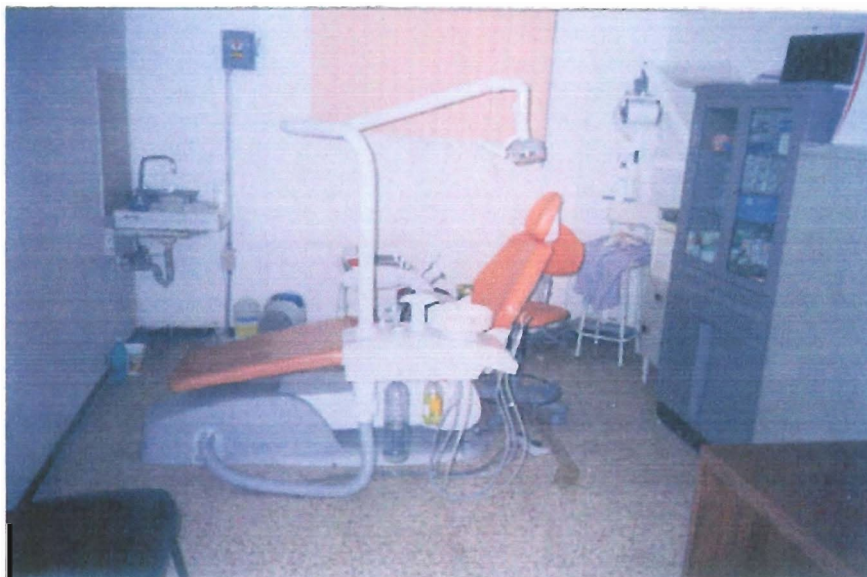


Figura 5. Consultorio dental del Centro de Salud



Figura 6. Sala de espera del centro de salud

## 2.8. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO SOCIAL

El servicio social constituye una práctica profesional que permite al estudiante vincular lo aprendido en aulas, clínicas y laboratorios con la realidad social, valorando su campo de trabajo y complementando su formación integral.

Por este motivo es indispensable para la obtención del título de Cirujano Dentista, la realización del servicio social, el cual dentro de la Constitución Política Mexicana está contemplado como una retribución de educación superior con la sociedad.<sup>17</sup>

### REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA UNAM

**Artículo 3<sup>o</sup>** Se entiende por servicio social universitario, la realización de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad.<sup>17</sup>

**Artículo 22** Los responsables del servicio social en las facultades y escuelas y en su caso la Comisión Coordinadora del Servicio evaluarán la prestación del servicio por parte de los estudiantes una vez que concluya su servicio social para comprobar el cumplimiento de las actividades programadas. En caso contrario indicará al estudiante las actividades complementarias que estimen convenientes para poder otorgarles la certificación.

## REGLAMENTO INTERNO

Podrán realizar su servicio social todos aquellos alumnos que cumplan con el porcentaje de créditos mínimos autorizados por el H. Consejo Técnico de la Facultad (66.74%). La duración del servicio constará de 960 horas.<sup>17</sup>

En las brigadas del servicio social normalmente se hacen extracciones, amalgamas, resinas y profilaxis, pero en este proyecto se propone trabajar la Promoción de la Salud Bucodental.



Figura 7

Las figuras 7,8,9,10 y 11 son representativas del servicio social de brigadas que se realiza de manera convencional.





Figura 8.



Figura 9.



Figura 10.



Figura 11.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud integral de una comunidad o de un municipio, ha sido uno de los principales compromisos de los gobernantes. Es por esto que se han dedicado a realizar proyectos que eleven la calidad de vida de los habitantes, como es el caso del Programa de Municipios y Comunidades Saludables.

¿Es importante que la Facultad de Odontología se vincule con los Municipios Saludables, para contribuir al desarrollo de las Comunidades?

### **4. JUSTIFICACIÓN**

La salud es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, socioeconómicos y culturales que ocurren en la sociedad. Por lo tanto, la salud está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico, por la forma de organización del Estado, y por las condiciones en que la sociedad se desarrolla, como el clima, la ubicación, el suelo, las características geográficas y los recursos naturales disponibles.

El vínculo entre salud y desarrollo es recíproco y complejo, es decir, son conceptos inseparables. La salud es el resultado del nivel y las formas de desarrollo de una sociedad, por cuanto éste determina los límites y la disponibilidad de recursos para el beneficio de los diversos grupos de la población.

La Secretaría de Salud se ha comprometido con la O.M.S. y la O.P.S. en impulsar los Municipios Saludables, adecuando este proyecto a sus condiciones sociales específicas.

El programa de Municipios Saludables abarca muchas líneas de acción que se relacionan principalmente con el saneamiento del Municipio y los servicios públicos. También toma en consideración la salud integral del individuo, pero no se enfoca en la salud bucodental, por tal motivo es importante que la Facultad de Odontología se vincule al programa para fomentar la atención dental.

Por lo tanto se considera que las Instituciones de Educación Superior, sobre todo en el área de la salud, se vinculen a estos programas, es por ello que en este trabajo se presenta una propuesta para que el Servicio Social de Brigadas se integre a los Municipios Saludables para poder contribuir a consolidar intervenciones que en el largo plazo incidan en las tendencias epidemiológicas de la población.

Para realizar esta propuesta se escogió Mineral de Monte (Real del Monte), Municipio del Estado de Hidalgo por su cercanía con el Distrito Federal y por su fácil acceso, pero principalmente por que este Municipio está próximo a acreditarse como Municipio Saludable.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL:**

Elaborar una propuesta donde se vincule o se integre el Servicio Social de Brigadas de la Facultad de Odontología con el Programa de Municipios y Comunidades Saludables:

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS :**

- Conocer el origen y evolución del Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
- Identificar las estrategias que se llevan a cabo en el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
- Crear una opción más para la realización del Servicio Social en el Municipio Mineral del Monte.
- Mejorar el estado de salud bucal de los habitantes para elevar su calidad de vida.

## **6. METODOLOGÍA**

El presente trabajo se llevó a cabo primero, realizando una revisión bibliográfica del Programa de Municipios Saludables, para hacer esto se acudió a la Secretaría de Salubridad a solicitar información y fuentes documentales con el propósito de elaborar una síntesis de cómo funcionan y cómo está estructurado el Programa de Municipios Saludables.

Posteriormente se realizó una visita a Pachuca, capital del Estado de Hidalgo para conocer cuales eran los Municipios Saludables acreditados y como resultado obtuvimos la oportunidad de realizar la propuesta en el Municipio Mineral del Monte, en donde tuvimos una entrevista con el Doctor Steve Chi Mickel quien es el Coordinador Médico Municipal encargado de llevar a cabo el Programa en su Municipio.

La visita fue con el fin de solicitarle al Doctor su autorización para tomar fotografías del Centro de Salud y del consultorio dental con el que cuentan en el Pueblo, así también le pedimos que nos informara sobre la atención dental que reciben los habitantes.

El Doctor Steve Chi nos brindó todo el apoyo y colaboración para que se pueda llevar a cabo este proyecto.

### **6.1. TIPO DE ESTUDIO**

\* Observacional descriptivo

## **6.2. RECURSOS**

Para llevar a cabo la propuesta se utilizaron los siguientes recursos:

### **6.2.1. MATERIALES:**

- \* Hojas tamaño carta blancas
- \* Fotocopias
- \* Cuadernillo
- \* 3 disquettes de 3 ½
- \* 1 computadora
- \* Programa Windows XP
- \* Programa Word
- \* Programa Power Point
- \* 1 impresora
- \* Cartuchos de tinta
- \* Lapices
- \* Engrapadora
- \* Plumas
- \* Biblioteca de la Facultad de Odontología
- \* Biblioteca de la Secretaría de Salud
- \* Folders

### **6.2.2. HUMANOS:**

Director de tesina:

Mtro. Javier de la Fuente Hernández.

Asesoras:

C.D. María Elena Nieto Cruz.

Mtra. . Leonor Ochoa García.

Pasante de la Facultad de Odontología:

Rosa Elena González Ramírez.

### **6.2.3. FINANCIEROS:**

Corren a cargo de la pasante.



**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA****7. RESULTADOS****PROPUESTA DEL SERVICIO SOCIAL DE ODONTOLOGÍA PARA LOS  
MUNICIPIOS SALUDABLES**

Esta consiste en dar la oportunidad a los alumnos pasantes de la Facultad de Odontología de realizar su servicio social por medio de brigadas en el Municipio Mineral del Monte, las cuales consisten en hacer visitas cada ocho días para realizar actividades relacionadas con la Promoción de la Salud bucodental por medio de pláticas informativas con temas de mucho interés para la población como son: caries, enfermedad periodontal, higiene, alimentación, traumatismos, hábitos nocivos para la salud bucodental, etc.

Estas pláticas serán impartidas por alumnos de la Facultad con el propósito de enseñar a la comunidad como pueden prevenir todos estos problemas o situaciones que afecten su salud, y así mismo crear Promotores de Salud de la misma comunidad como pueden ser los maestros y padres de familia.

Todos estos temas serán abordados de una manera fácil y sencilla para que todas las personas los puedan comprender, se realizarán de diferentes maneras de acuerdo a la edad de las personas por ejemplo en el caso de los niños se realizarán con juegos o didácticas que les llamen la atención para que sea más fácil la captación de los contenidos.

También se realizarán tratamientos de prevención como son profilaxis, aplicación de fluoruro y colocación de selladores de fosetas y fisuras.

Estos servicios se brindarán los sábados y domingos en algún sitio público que nos faciliten, ya sea alguna escuela o alguna institución donde haya espacio y además se darán sin ningún costo.

El transporte, el material y el equipo correrán por cuenta de la Facultad de Odontología y solicitamos al Municipio, la difusión y promoción de las brigadas.

Estamos completamente seguros que con estas actividades el Municipio se verá favorecido porque contribuiremos a mejorar la calidad de vida de los habitantes y sobre todo queremos llegar a todos aquellos que no tienen ninguna posibilidad de recibir atención dental, ya sea por ignorancia o por cuestiones económicas.

De esta manera queremos que la Facultad de Odontología por medio de las brigadas del Servicio Social se integre al Programa de Municipios Saludables, ya que este Programa no cuenta con ningún punto que se enfoque específicamente a la Salud Bucal.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Elaborar una propuesta para realizar las brigadas del servicio social de la Facultad de Odontología en el Municipio Mineral del Monte.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Brindar atención dental sin costo

- Realizar brigadas con 20 alumnos de la Facultad y 1 coordinador de actividades
- Informar a la población sobre medidas de prevención de caries.
- Dar instrucción sobre técnica de cepillado
- Realizar profilaxis y eliminación de cálculo
- Colocación de selladores de fosetas y fisuras principalmente en los niños
- Dar pláticas sobre alimentación ( ingesta adecuada de carbohidratos, alimentación infantil, biberón )

## **METODOLOGÍA**

Para realizar este trabajo nos basaremos en el Modelo PRECEDE-PROCEED, y las características más importantes de éste son las siguientes:

### **MODELO PRECEDE-PROCEED**

Las teorías del cambio individual, interpersonal y comunitario, los folletos, los videos, los anuncios de servicios públicos representan sólo algunas de las herramientas disponibles por los profesionales de salud para diseñar, implementar y evaluar programas para el cambio conductual de salud. La selección apropiada y la aplicación de estas herramientas podrían significar la diferencia entre el éxito o el fracaso de un programa. Tradicionalmente, se identifica algún problema que afecta a una población particular, en que el profesional de salud deberá “hacer algo” para prevenir el problema.

La habilidad del profesional de salud para la aplicación de teorías acerca de las conductas de salud se considerará una de sus habilidades más críticas, muy necesaria para el diseño de programas dirigidos a resolver problemas de salud.<sup>18</sup>

Un modelo de planeación como el modelo PRECEDE-PROCEED podría servir de guía durante este proceso proporcionará una estructura, para que mediante la aplicación de distintas teorías, se logren identificar y ejecutar las estrategias de intervención más apropiadas. El modelo PRECEDE-PROCEED hace énfasis en la prestación de servicios a través de programas ejecutados en escenarios prácticos, potencialmente este marco de referencia conceptual también resulta útil a los investigadores que conducen estudios de intervención sobre el cambio conductual.

El marco de referencia original del modelo PRECEDE-PROCEED se desarrolló durante los años setenta por Green y colaboradores, el acrónimo de PRECEDE es por Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ( Causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educativos ), se basa en la premisa que así como el diagnóstico médico deberá preceder a un plan del tratamiento, también el diagnóstico deberá preceder a un plan de intervención educativa de salud.

En 1991, se agregó al marco de referencia el acrónimo PROCEED es por Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development ( Constructor para la acción política, regulatoria y organizacional durante, el desarrollo educativo y ambiental ), el cual se sumó al modelo para reconocer la importancia que adquieren los factores ambientales como determinantes de la salud y sobre las conductas de salud. Durante las últimas dos décadas se ha reconocido una interrelación cada vez mayor entre los factores denominados como “estilos de vida” con la salud y con el bienestar general de la población. Bajo la categoría “estilos de vida” se encontrarán: patrones de dieta, ejercicio, consumo de cigarro y alcohol, prácticas sexuales y estrés; los cuales se relacionan con longevidad y calidad de vida.<sup>18</sup>

Este proceso de planeación principia con la propuesta de que todas las conductas de salud son complejas, multidimensionales; además son influenciadas por una gran variedad de factores.

Así, el modelo PRECEDE-PROCEED se entenderá como un proceso de planeación dividido en una serie de nueve pasos, que comenzará planteando el final del proceso y se enfocará en los resultados últimos relacionados con la salud; al mismo tiempo, dicho modelo funcionará hacia atrás y con ello se logrará diagnosticar las estrategias de intervención que podrían combinarse para alcanzar de la mejor manera los objetivos.

### **FASE 1: Diagnóstico Social**

La evaluación que se realizará durante el diagnóstico social ayudará a determinar las percepciones que las personas sostienen sobre sus propias necesidades y sobre cómo afectan su calidad de vida. En esta fase los diseñadores de programas ampliarán su comprensión acerca de la comunidad en la cual ellos trabajan y conducirán múltiples actividades de recolección de datos, por ejemplo a través de entrevistas o realizando observaciones, estudios y grupos focales con miembros de la comunidad.

Además de articular las necesidades y los deseos de la comunidad para resolver problemas, para utilizar sus fortalezas y recursos, así como para identificar su disposición de cambiar. El diagnóstico social resultará importante por varias razones. Por la relación recíproca que existe entre salud y calidad de vida ya que cada una afecta a la otra.

Cuando los diseñadores comprenden estas preocupaciones de la audiencia intencional, probablemente podrán desarrollar programas relevantes y con

ello acrecentarán las oportunidades de que dichos programas pueden ser bien recibidos y resulten efectivos.

## **FASE 2: Diagnóstico epidemiológico**

Ayudará a determinar cuáles son los problemas de salud más importantes y en qué grupos de una comunidad se presentarán con mayor frecuencia. Esta evaluación, cuando se encuentre ligada a las preocupaciones que la población tenga sobre su calidad de vida claramente dejará ver las limitaciones con que los recursos son utilizados para atacar los problemas de salud.

En un diagnóstico epidemiológico los diseñadores de programas podrían realizar el análisis de datos utilizando fuentes secundarias. Estos datos proporcionarán indicadores de morbilidad y mortalidad en la población ayudarán a especificar subgrupos de alto riesgo. Estos subgrupos podrían caracterizarse por edad, género, ocupación, etnicidad, educación, ingreso, estructura familiar, situación geográfica, etc. Con datos sobre los problemas de salud de la comunidad los diseñadores estarán listos para establecer las prioridades, así como para establecer metas y objetivos del programa.

## **FASE 3: Diagnóstico conductual y ambiental**

Abarcará la evaluación de los factores que contribuirán a que se presenten o se agraven aquellos problemas de salud considerados. Los factores ambientales son aquellos factores sociales y físicos externos al individuo, que a menudomás allá de su control personal y que podrían modificarse para apoyar conductas o influir en los resultados de salud. Modificar los factores ambientales frecuentemente requerirán de otras estrategias aparte de la educación.<sup>18</sup>

Utilizando las teorías, los informes publicados y la experiencia del propio grupo de planeación se realizará un inventario de la influencia de los factores conductuales y ambientales sobre la situación.

En esta fase de la evaluación deberán considerar de que manera estos constructos podrían ayudar a resolver los problemas de salud de interés.

#### **FASE 4: Diagnóstico educativo y organizacional**

Después de seleccionar los factores conductuales y ambientales apropiados para la intervención, se identificarán los factores antecedentes y reforzadores que deberán considerarse para empezar y sostener el proceso de cambio. Estos factores serán clasificados como factores predisponentes, reforzadores y facilitadores, debido a que intervendrán colectivamente sobre la probabilidad de que ocurran los cambios conductuales y ambientales.

Los factores predisponentes son los antecedentes de las conductas que proporcionarán la razón o motivación de las mismas, ellos incluirán conocimientos, actitudes y creencias que poseen los individuos.

Los factores reforzadores son la consecuencia de las conductas. Los factores facilitadores son también los antecedentes de las conductas que permitirán comprender la motivación para que éstas se realicen. Estos factores facilitadores podrían afectar directa o indirectamente a las conductas a través de algún factor ambiental. Estos factores antecedentes y reforzadores se ordenarán de acuerdo a su importancia y grado de asociación o mutabilidad.

### **FASE 5: Diagnóstico administrativo y de las políticas**

En esta fase se fijarán las estrategias de intervención y se elaborará la planeación final para su implementación. Su propósito será identificar políticas, recursos y circunstancias que prevalecen en el contexto organizacional y que podrían facilitar o impedir la aplicación del programa.

En esta fase se ordenarán las estrategias de intervención basadas en las etapas anteriores y los diseñadores de programas evaluarán la disponibilidad de los recursos necesarios. Deberán evaluarse las barreras para la implementación, tales como los compromisos con el personal o la falta de espacio, y cómo se planea poner todo en su lugar para comenzar el programa. Este diagnóstico administrativo y de las políticas será específico para el contexto y las organizaciones patrocinadoras del programa; además requiere de mucho tacto político y conocimiento teórico y empírico de la realidad.

### **FASE 6 A LA 9 : Implementación y evaluación de programas**

En este punto los programas de educación de la salud se encontrarán listos para su puesta en marcha. La evaluación de proceso determinará hasta qué punto el programa se implementará de acuerdo al protocolo. La evaluación de impacto valorará los cambios en los factores predisponentes, reforzadores y facilitadores, así como en los factores conductuales y ambientales. Finalmente la evaluación de resultados determinará el efecto del programa sobre la salud y sobre los indicadores de calidad de vida. Generalmente los objetivos cuantificables que hayan sido establecidos durante cada paso del modelo PRECEDE-PROCEED constituirán ahora puntos de referencia para evaluar los logros del programa.<sup>18</sup>



Con la ayuda de este modelo podemos obtener mejores resultados, los cuales nos darán información más precisas del impacto que causó nuestro Programa en una comunidad.

### **TIPO DE ESTUDIO:**

De intervención comunitaria

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

- Quiénes? Población abierta que acuda a solicitar atención dental a las brigadas.
- Dónde? En Mineral del Monte (Real del Monte)
- Tiempo: Aproximadamente durante un año.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Población que si asista a solicitar atención dental a las brigadas

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Población que no asista a solicitas atención dental a la brigadas.

### **RECURSOS:**

#### **MATERIALES:**

- \* Espejos número 5
- \* Exploradores
- \* Pinzas de curación
- \* Algodón
- \* Alcohol
- \* Algodonera
- \* Vasos desechables

- \* Pañuelos desechables
- \* Guantes
- \* Cubre bocas
- \* Godetes
- \* Gasas
- \* Fluoruro
- \* Pasta para profilaxis
- \* CK6
- \* Cepillos para profilaxis
- \* Rollos de algodón
- \* Historias clínicas
- \* Plumas
- \* Lápices
- \* Lápices de colores
- \* Grapas
- \* Engrapadora
- \* Diurex
- \* Tijeras
- \* Trípticos
- \* Material didáctico

### **HUMANOS:**

- \* 20 alumnos de la Facultad de Odontología
- \* 1 coordinador de actividades

### **FINANCIEROS:**

Correrán a cargo de la Facultad de Odontología y del Municipio

**METAS:**

Que el Municipio con las pláticas y con todas las actividades realizadas sea capaz de cambiar su estilo de vida y sus hábitos para mejorar su calidad de vida, que en el Municipio baje considerablemente su índice de caries, enfermedad periodontal y problemas bucodentales.

De esta manera lograreremos que en agosto de 2005 el Municipio de Mineral del Monte se acredite como un Municipio Saludable.

**ESTRATEGIA:**

Para llevar a cabo esta propuesta se necesitan 20 alumnos de la Facultad de Odontología que cubran los requisitos para realizar su servicio social. Estos tendrán que registrarse en la Coordinación de Servicio Social. Una vez seleccionados se les dará una plática informativa en donde se les informará las actividades que se van a realizar en las Brigadas.

Ya que están realizados todos los trámites, se llevan a cabo las brigadas y se hacen informes de las actividades realizadas con el fin de tener un control de las mismas y demostrar que tan favorecedor es este servicio para una población.

**ESPECIFICACIÓN DE ACTIVIDADES:**

| <b><u>HORA</u></b>  | <b><u>ACTIVIDAD A REALIZAR:</u></b>                 |
|---------------------|---|
| 9:30 am.            | Llegada al Municipio                                |
| 10:00 am a 11:00 am | Primera plática                                     |
| 11:00 am a 2:00 pm  | Actividades preventivas y de promoción de la salud. |
| 2:00 pm a 3:00 pm   | Comida  |
| 3:00 pm a 4:00pm    | Segunda plática                                     |
| 4:00 pm a 6:00 pm   | Actividades preventivas y de promoción de la salud. |

## 8. CONCLUSIONES

El programa de Municipios Saludables tiene aproximadamente 20 años funcionando con muy buenos resultados especialmente en Canadá y Cuba, por eso es muy importante que nuestro país se sume a esta lista de países que cuentan con un elevado nivel de Calidad de vida y de salud.

Por lo tanto es de gran importancia que una Institución como la nuestra se integre a este Programa para contribuir al mejoramiento de la salud de la población, especialmente la de bajos recursos que no tiene acceso a recibir atención dental.

De la misma manera es muy importante dar mayor difusión a la atención dental y a la promoción de la salud ya que en nuestro país existe un gran desconocimiento referente al la salud dental.

El Servicio Social es necesario como complemento del resto de las acciones desarrolladas en los Programas de Promoción de la Salud para el logro de las metas propuestas.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Sotelo J M, Rocabado F. Salud desde el Municipio: una estrategia para el desarrollo. OPS-OMS Revista de Salud Pública 1994; 15 – 35, 93 – 109.
2. Violaki-Paraskeva M. Hipócrates:an ideal that lives. World Health Forum 1995; 394-397.
3. Lowe M.D. Shaping Cities: the environmental and human dimensions, Woldwtch Institute, Washington, D.C. 1991;54.
4. Organización Panamericana de la Salud. El movimiento de Municipios Saludables: Una estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina, Washington, D.C. agosto 1996.
5. Hancock T. Duth L. Ciudades Saludables. El fenómeno de la Salud en el contexto urbano. Documento de trabajo para el Simposio de Ciudades Saludables. Lisboa, Portugal 7-11 de abril de 1986.
6. Ashton J. Los orígenes de las Ciudades Saludables. En: Ciudades Sanas. Barcelona: Masson, S.A. 1993.
7. López Acuña D. Romero A. Consideraciones conceptuales y Metodológicas sobre la Programación Local en los Sistemas locales de Salud. OPS. Washington D.C. 1990;341
8. Declaración ministerial para la Promoción de la Salud. Quinta conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México, 2000.

9. Programa de acción: Comunidades Saludables. Secretaría de Salud. Primera edición, 2002; 56-57
10. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: Una antología. Publicación científica No. 557. Estados Unidos, 1996; 85-87
11. Organización Panamericana de la Salud. Municipios Saludables, Comunicación para la Salud. No. 11 Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la OMS. Washington D.C. Estados Unidos 1997; 96
12. Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. Tipo: Dirección General de Fomento de la Salud S.S.A. México, 1990;7
13. Colombia Ministerio de Salud. Municipios Saludables Santa Fe de Bogotá.1999; 46
14. Olmedo R. La Salud y el Municipio Editorial Comuna. Primera edición 2000; 86
15. Organización Panamericana de la Salud. Educación para la Salud en la Comunidad: experiencias latinoamericanas. Washington D.C. 1996; 38
16. Organización Panamericana de la Salud. La Participación Social en el desarrollo de la Salud. Washington D.C. 1995; 45
17. Universidad Nacional Autónoma de México. Reglamento oficial de Servicio Social.
18. Gielen AC. Mc Donald EM. Using the PRECEDE-PROCEED planning model to apply health behaviour theories. In: Glanz, Rimer BK. Lewis FM.

Health behavior and health education: theory, research, and practice. 3<sup>rd</sup> ed.  
San Francisco: Jossey-Bass; 2002. 409-436.

## 10. ANEXOS



Health behavior and health education: theory, research, and practice. 3<sup>rd</sup> ed.  
San Francisco: Jossey-Bass; 2002. 409-436.

## **10. ANEXOS**

**REGLAMENTO INTERNO DE SERVICIO SOCIAL  
PRÁCTICAS DE CAMPO, VISITAS GUIADAS, VISITAS DE OBSERVACIÓN, CLASES Y EJERCICIOS FUERA  
DEL AULA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM**

El servicio social constituye una práctica profesional que permite al estudiante vincular lo aprendido en aulas, clínicas y laboratorios con la realidad social, valorando su campo de trabajo y complementando su formación integral. Por este motivo es indispensable para la obtención del título de *Cirujano Dentista*, la realización del servicio social, el cual dentro de la Constitución Política Mexicana está contemplado como una retribución de educación superior con la sociedad.

**REGLAMENTO GENERAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Artículo 3º** Se entiende por servicio social universitario, la realización obligatoria de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad.

**Artículo 4º** El servicio social tiene por objeto:

- I. Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad.
- II. Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del servicio social.
- III. Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.

**Artículo 17** Corresponde a los Consejos Técnicos de las facultades y escuelas:

- I Establecer las modalidades para el cumplimiento del servicio social en cada una de las facultades y escuelas a través de los respectivos reglamentos internos.

**Artículo 22** Los responsables del servicio social en las facultades y escuelas y en su caso la Comisión Coordinadora del Servicio evaluarán la prestación del servicio por parte de los estudiantes una vez que concluya su servicio social para comprobar el cumplimiento de las actividades programadas. En caso de ser satisfactoria la prestación del servicio social, se procederá a certificarlo. En caso contrario indicará al estudiante las actividades complementarias que estimen convenientes para poder otorgarles la certificación.

**REGLAMENTO INTERNO**

Podrán realizar su servicio social todos aquellos alumnos que cumplan con el porcentaje de créditos mínimos autorizados por el H. Consejo Técnico de la Facultad (66.74%).

Los alumnos tendrán los siguientes derechos y obligaciones:

**DERECHOS:**

- 1) Tener un trato profesional digno
- 2) Supervisión y asesoría en las actividades del servicio social mediante:
  - a) Comunicación continua
  - b) Orientación de las actividades a realizar
  - c) Revisión del informe de actividades desarrolladas
  - d) Firma oportuna de los reportes mensuales
- 3) Respeto del horario y número de horas a cubrir diariamente (de acuerdo al programa).
- 4) Apegarse al calendario escolar para programas internos
- 5) Respeto del número total de horas a cubrir en el servicio social que son 960 horas, en el período estipulado por el programa (6 meses mínimo a 2 años máximo). Alumnos que han cubierto el 100% de créditos, podrán prestar el servicio social 6 u 8 horas diarias, reduciéndose el servicio a ocho o seis meses, previamente autorizado por esta Coordinación.

## OBLIGACIONES:

- 1) Demostrar buena conducta, disciplina y actuar con ética profesional
- 2) Presentarse puntual y adecuadamente vestido
- 3) Realizar con eficiencia las actividades previamente asignadas
- 4) Realizar exclusivamente las actividades y tareas correspondientes al servicio social adscrito y en el horario asignado
- 5) Presentar puntualmente a la Coordinación de Servicio Social el reporte mensual de actividades, previamente firmados y fechados por el responsable del programa (original y copia), no excediendo la entrega de tres días hábiles posteriores a la fecha establecida.
- 6) Cumplir con el horario y número de horas asignadas diariamente

### Causas de suspensión del Servicio Social

El Servicio social será suspendido, *reconociéndose el tiempo que haya laborado* cuando:

- a) Se modifique el programa de trabajo sin autorización de la Coordinación del Servicio Social de la Facultad
- b) No existan condiciones adecuadas para el desarrollo del programa de trabajo
- c) No reciba trato profesional en la institución donde se preste el servicio
- d) Exista documentación comprobatoria oficial (ISSSTE o IMSS) certificándose que por enfermedad o embarazo se imposibilita a realizar las actividades específicas del programa asignado

El Servicio Social será suspendido *sin reconocerse el tiempo que se haya laborado* cuando:

- a) Actúe fraudulentamente o carente de ética
- b) Consumir bebidas alcohólicas, estupefacientes y/o psicotrópicos durante el horario de trabajo, o presentarse bajo los efectos de estos
- c) La impuntualidad en la entrega de dos reportes mensuales de actividades durante el servicio social
- d) Abandonar el servicio social sin información previa al responsable del programa y a la Coordinación
- e) Al solicitar un cambio de asignación a otro programa
- f) Cuando acumule 3 faltas injustificadas en un período de 30 días u 8 faltas en todo el período del servicio social, excepto en programas especiales (brigadas 2 faltas injustificadas en todo el período del servicio social). Otros programas especiales (será de acuerdo a los lineamientos que se establezcan en él )
- g) Cuando realice actividades personales o escolares dentro del área y horario asignado ajenas de las actividades del servicio social
- h) Abandonar el servicio social para realizar tareas y actividades ajenas al mismo, por ejemplo: tareas escolares, utilización de servicios de biblioteca, laboratorio, cómputo, cafetería, jardines, actividades recreativas y deportivas, cuidados maternos, etc., así como consumir alimentos y recibir visitas y/o llevar a familiares o acompañantes ajenos al servicio social que permanezcan en el área de trabajo en el horario correspondiente

### Anexos:

- ❖ Una vez asignada la plaza del servicio social *no se realizarán cambios*, por lo que el alumno deberá presentar la renuncia a la plaza y podrá solicitar nueva asignación un año posterior a la fecha de renuncia
- ❖ La suspensión del servicio social por las causas **a, b y d**, no permiten reasignación de inmediato, deberán solicitarlo nuevamente un año posterior a la suspensión
- ❖ Si el servicio social es suspendido, por la causa **c y f** podrá continuarlo cuando así lo determine la Coordinación
- ❖ En caso de una segunda suspensión del servicio social por las causas mencionadas en **a, b y d**, el caso se turnará al H. Consejo Técnico de la Facultad para que determine su resolución
- ❖ La fecha de finalización del servicio social será recorrida los días que se haya retrasado en la entrega de reportes mensuales, así como las inasistencias acumuladas sin justificación serán cubiertas con el doble de los días faltados
- ❖ Para la tramitación de la carta de liberación del servicio social, deberá presentar a la Coordinación de Servicio Social un reporte global de actividades así como una carta de terminación expedida por la entidad o institución en donde se realizó el servicio social en los términos requeridos por ésta Coordinación

- ❖ El servicio social en instituciones ajenas a la Universidad (programas externos), el alumno deberá cumplir tanto el reglamento de dicha institución así como el de la Universidad, además los **estímulos económicos deberán ser tramitados** por la institución donde se preste el servicio social.
- ❖ Ninguna actividad podrá autorizarse como servicio social de manera retroactiva; es decir sin que haya sido oportunamente registrada en la Coordinación de servicio social de la Facultad de Odontología

## MODALIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

### I: LIBERACIÓN POR ARTÍCULO 91

Para los alumnos y profesionales, trabajadores de la Federación y el Gobierno del D.F., independientemente de las actividades que desarrollen; deberán de contar con un mínimo de 2 años de antigüedad en la institución.

#### REQUISITOS:

- Solicitar por escrito su liberación en esta Coordinación 6 meses antes de que la requieran
- Presentar los siguientes documentos:
  1. Constancia de nombramiento original, que deberá incluir:
    - Fecha de ingreso (antigüedad)
    - Puesto asignado
  2. Último talón de pago (copia)
  3. Credencial de empleado (copia)
  4. Dos fotografías tamaño infantil
  5. Carta de créditos
- Para recoger la carta de liberación, deberá presentar copia del último talón de pago de nómina.

### II. BRIGADAS O PRÁCTICAS DE CAMPO

#### I. Antes de realizar la práctica

Las instancias que autorizan y los profesores responsables de la práctica deberán considerar los siguientes aspectos:

- a) Programar las prácticas en periodos que no afecten las actividades escolares, en este caso la facultad realiza brigadas en los periodos interanuales y los fines de semana (sábados y domingos) en programas ya establecidos.
- b) Cumplir con el procedimiento que cada entidad estipula para solicitar la autorización de las prácticas acudiendo a la instancia indicada (Secretaría de Relaciones Estudiantiles a través de la Coordinación de Servicio Social), en este sentido la facultad no se hará responsable de cualquier tipo de práctica que no este autorizada por dicha Secretaría y con el visto bueno de la Secretaría General.
- c) Únicamente se autorizará la realización de prácticas en lugares que presenten condiciones de seguridad para los asistentes. El coordinador o profesor responsable cuidará de que no se realicen actividades que pongan en riesgo la integridad física de los alumnos, como nadar en ríos, lagos y presas entre otros.
- d) No se permitirá transportarse en vehículos diferentes a los asignados por el programa y en mal estado mecánico.
- e) Una vez que la brigada ha salido de la facultad, queda prohibido que los prestadores de Servicio Social que no llegaron a la hora señalada intenten alcanzar el transporte o lleguen por su cuenta al lugar de la brigada.
- f) Todo alumno deberá contar con el carnet de consulta (IMSS) del seguro facultativo y llevarlo siempre consigo al realizar las brigadas:
- g) Sin excepción, es obligatorio contratar el seguro de vida correspondiente ante la UNAM, el no contar con el mismo será motivo de exclusión de la práctica.
- h) Se recomienda a las alumnas del servicio social que al iniciar el servicio social en brigada no estén embarazadas, debido al probable riesgo que se pueda presentar por las actividades o tareas a realizar en las comunidades.

- i) Se recomienda a todos los prestadores de servicio social, que si padecen alguna enfermedad que ponga en peligro su vida, se notifique en el momento de registro al programa de brigadas con la finalidad de tomar todas las precauciones para evitar riesgos innecesarios así como también a aquellas personas que se encuentren bajo tratamientos específicos, ejemplo: asma, epilepsia, etc., por lo cual se les solicitará información de medicamentos administrados e indicaciones médicas en caso de emergencia.
- j) EN NINGÚN CASO SE REALIZARÁN PRÁCTICAS EN PERÍODOS VACACIONALES ADMINISTRATIVOS DE LA UNAM.
- k) En el caso de visitas en el área metropolitana se considera la conveniencia de citar a los alumnos en un mismo sitio, de preferencia dentro de las instalaciones de la UNAM.
- l) NO ASISTIRÁ NINGUNA PERSONA AJENA A LA PRÁCTICA.
- m) Se debe anexar a la lista de asistencia de la práctica, el visto bueno de los padres o tutores y las cartas compromiso de los alumnos en donde se responsabilizan de leer y respetar la Legislación Universitaria, así mismo guardar el orden y condiciones con respecto a los demás asistentes durante la práctica, dicha lista de asistencia se entregará con 15 días de anticipación a la Secretaría de Relaciones Estudiantiles con número de cuenta de los alumnos que asistirán, domicilio y teléfonos.
- n) Los profesores o coordinadores responsables deberán aprobar un curso de primeros auxilios, RCP y elaborar un plan de acción de emergencias, un registro de los alumnos con sus datos generales; antecedentes clínicos (tipo de sangre, alergias, cirugías, estado general de salud), de igual forma deben asegurarse de contar con material de emergencia suficiente y estudiar normas de seguridad para prevenir accidentes.
- o) El profesor o coordinador siempre deberá viajar en el mismo transporte que el alumno.
- p) Hacer del conocimiento tanto a profesores como alumnos de las sanciones a las que se hacen acreedores en caso de incurrir en alguna falta.

## 2. Durante el desarrollo de la práctica:

- a) Al momento de salir el responsable entregará a la Secretaría de Relaciones Estudiantiles lista de asistentes confirmada (mismos que deberán estar inscritos en el grupo del profesor o coordinador) a su vez recibirán información de los seguros contratados, servicios de emergencia a los que puede recurrir como las direcciones de servicios generales, de atención a la Comunidad Universitaria, de asuntos jurídicos y de servicios médicos de la UNAM
- b) Los alumnos prestadores de Servicio Social que participen en estos programas deberán adaptarse a la alimentación y al hospedaje que las comunidades proporcionan para ello
- c) Alumnos y profesores deberán portar su credencial de la UNAM vigente
- d) Los alumnos deberán llevar su carnet del IMSS.
- e) Está prohibido consumir alimentos y/o fumar en horas de trabajo.
- f) NO INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS NI DROGAS
- g) No separarse del grupo para realizar actividades personales y/o de otro tipo
- h) No se autoriza hospedarse en lugares distintos al resto del grupo
- i) No se deberá recibir dinero de los pacientes por los servicios realizados, así como su comportamiento será con ética profesional, disciplina y respeto con pacientes, compañeros y responsables de la práctica.
- j) No se permiten visitas en la brigada, así como acompañantes a esta.
- k) Las relaciones interpersonales como el involucrarse sentimentalmente, no se permitirán durante el tiempo de brigada o práctica, exclusivamente se permite un ambiente de compañeros de trabajo.
- l) No se permiten visitas turísticas a las zonas alejadas al área de trabajo sin la autorización de la coordinación.
- m) **SERA MOTIVO DE BAJA DEFINITIVA DEL ALUMNO:** acumular dos faltas injustificadas, comprobación de robo de instrumental y/o equipo de la facultad, de las instituciones participantes y/o de sus compañeros, así como realizar actividades ajenas a las asignadas en las horas de trabajo.
- n) Durante el desarrollo de la práctica se deberá contar con un botiquín de primeros auxilios y extintor.
- o) Por seguridad durante la estancia en brigadas no se deberá viajar de una comunidad a otra después de las 22 horas, y el regreso a la UNAM, será máximo a las 19 horas, así como está prohibido pernoctar en el vehículo.
- p) Los operadores de vehículos deberán contar con gasolina, herramientas, señalamiento y refacciones necesarias, así como un suplente cuando se trate de trayectos mayores de 8 horas continuas.

**3. Al finalizar la práctica:**

- a) Los responsables deberán entregar el reporte de actividades realizadas con su nombre y firma. En el caso de brigadas interanuales y programas especiales, este se entregará en el transcurso de la siguiente semana de haber concluido la brigada o práctica.
- b) En el caso de programas internos y externos de servicio social, el alumno deberá entregar el reporte de actividades en las fechas estipuladas teniendo tres días hábiles como máximo de tolerancia.
- c) En caso de prácticas no obligatorias curricularmente, se deberá justificar la necesidad o importancia de la asistencia.
- d) Los informes presentados quedarán como antecedentes para futuras autorizaciones.
- e) Se otorgará algún tipo de constancia para los alumnos y profesores que participen en las prácticas que podrán ser de asistencia, reconocimiento o participación, según sea el caso.
- f) El responsable y los alumnos participantes deberán concluir la práctica transportándose en el mismo vehículo y regresar a un mismo punto.

**SE EXIME DE RESPONSABILIDAD A LA UNAM DE CUALQUIER SALIDA QUE SE EFECTÚE FUERA DEL PROGRAMA AUTORIZADO**