

# **ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA II**

## **GUIA DE CONTENIDOS**

### **UNIDAD 1 ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA**

**AÑO 2019**

**Compiladora Prof. Dra. Marcela Bella**



## UNIDAD 1

### ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

#### INTRODUCCIÓN

Intentar responder al interrogante de qué es la “Odontología Comunitaria”, nos remite a diferentes escenarios y perspectivas del abordaje comunitario. Por ello, consideramos oportuno retomar este concepto a partir de conocimientos previos, los supuestos de cada lector y la evidencia científica.

Es nuestro propósito orientar el desempeño del estudiante en la comunidad con conocimiento capaz de contribuir a resolver la problemática de salud bucal atendiendo a su particularidad sociocultural y epidemiológica- situación de salud y servicios de salud disponibles- procurando organizar un modelo de atención participativo, centrado en el cuidado y atención integral de la salud de las personas, las familias y las comunidades.

#### RELACIONES DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA

La Salud Pública y dentro de ella, la **Salud Comunitaria**, aportan conocimientos específicos que permiten indagar la realidad de las comunidades, social, cultural y epidemiológica, para luego diseñar intervenciones que promuevan y protejan la salud y prevengan, curen y rehabiliten la enfermedad, en las personas y en las comunidades.

En nuestro país y en América Latina, la carga global de la enfermedad bucal sigue siendo elevada. Esta razón, sumada a los costos relacionados con su tratamiento, la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención, la ubican como un problema de salud pública, para el cual la Odontología Preventiva y Comunitaria brinda herramientas que contribuyen a su resolución.

Desde la Odontología Comunitaria se impulsa un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial de la salud, que permita identificar potencialidades y riesgos, necesidades objetivadas por el equipo de salud y percibidas por la población, recursos comunitarios- gubernamentales y no gubernamentales- que den paso a una construcción colectiva en el territorio, que permite reflexionar para diseñar luego acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas y por ende su salud.

#### ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

La Odontología Comunitaria incluye a la Odontología Preventiva. Se define como el “esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo integrándolo de nuevo a su medio social, laboral y cultural<sup>1</sup>”, acciones que se concretan con plena participación de la comunidad.

El campo de práctica de la Odontología Comunitaria (OC), centrado en la necesidad de cada contexto, se realiza con el aporte de distintas áreas como la epidemiología, promoción de salud, prevención y atención de enfermedades y planificación y gestión de los servicios sanitarios.

Necesariamente cuando trabajamos desde una perspectiva comunitaria, nos apoyamos en conocimientos **epidemiológicos** que permiten describir a la población, características socio-

---

<sup>1</sup> Piedrola (2001), citada por Rioboo R: **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. Tomo I. Ediciones Avances. Madrid. Pp. 28

culturales, expectativas, concepciones de salud, recursos, necesidades de atención de la salud, perfil epidemiológico, etc.

En igual sentido, el diseño de las intervenciones en salud está dirigido a **promover acciones interdisciplinarias e intersectoriales** centradas en la salud de las personas y las comunidades; **prevenir nuevas enfermedades y tratar las presentes** cuando ya están instaladas.

Para organizar y planificar su accionar en la comunidad, se apoya en conocimientos de **planificación y gestión de los servicios de salud** con criterio epidemiológico, apoyados en la Planificación Estratégica (Carlos Matus) y en la Planificación Local Participativa, a partir de características propias del grupo, necesidades del mismo, situación de salud-enfermedad, recursos disponibles, etc. junto con la comunidad.

Otro aspecto a considerar, son los cambios que se vienen dando en los últimos tiempos en los patrones de aparición, distribución y evolución de las enfermedades bucales. Estos cambios deben traducirse en diferentes maneras de tratar la salud- enfermedad bucal en la población, por lo tanto son necesarias nuevas prácticas clínicas centradas en el diagnóstico y la evaluación del riesgo de la comunidad y del paciente, que permitan trabajar el control de la enfermedad cuando ya está presente, promoviendo una mejor calidad de vida de la comunidad en su conjunto.



## CAMPO DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

El estudio y la práctica de la Odontología Comunitaria llevan a describir algunas características de su campo de acción, puesto que adquiere diversas y variadas formas, según las personas involucradas, los territorios, los propósitos, las instituciones, etc.

Desde una perspectiva colectiva, la Odontología Comunitaria busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y grupos poblacionales, apuntando a la transformación de las condiciones de salud desde la **Promoción de la Salud**, en forma interdisciplinaria e intersectorial, para mantener a las personas sanas, lo que implica el desarrollo de actividades de concientización, capacitación, información y educación continua que colaboren en el logro de estilos de vida saludable, fomentando el cuidado y la solidaridad.

Se desprende de lo expuesto la importancia de abordar el componente bucal de la salud desde la **dimensión social y biológica**, para sustituir las metas basadas en la enfermedad, por otras sustentadas en la salud, desarrollando una práctica odontológica con sentido de totalidad<sup>2</sup>. Pues la dimensión social es importante en tanto constituye un condicionante capaz

<sup>2</sup> Yajaira Romero: "Las metas del milenio y el componente bucal de la salud". En **Acta Odontológica Venezolana**. vol 44 Nro. 2, 2006. [versión on line].

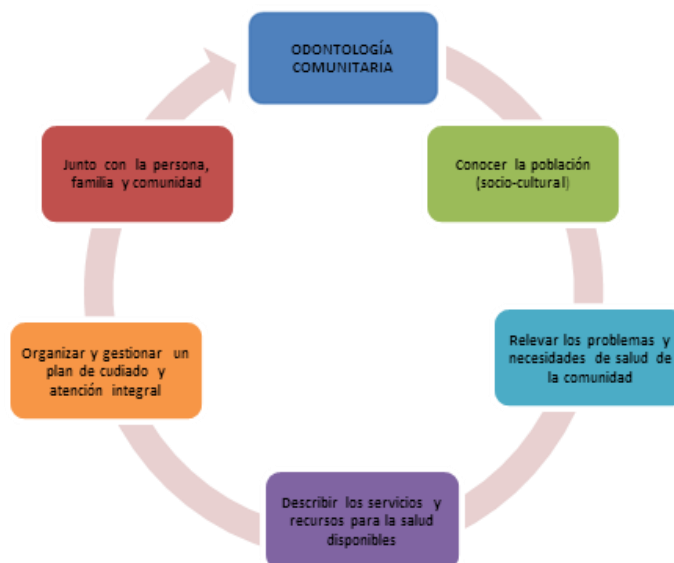
de modificar las condiciones biológicas de vida y de salud. El contexto social “define el comportamiento colectivo del componente biológico y sus expresiones concretas en el proceso de salud-enfermedad colectivo. Es decir, en la organización social y en las contradicciones que se manifiestan a su interior, se encuentran las causas esenciales del complejo proceso salud – enfermedad”.

Es también incumbencia de la Odontología Comunitaria la **prevención y atención** de las problemáticas de salud bucal, en individuos y grupos poblacionales, lo cual supone un conjunto de acciones cuyo propósito es evitar enfermedades específicas, a través de la detección e intervención sobre los factores de riesgo y de protección de la salud.

**De manera sintética podemos enumerar como prácticas inherentes a la Odontología Comunitaria:**

- Promoción de la salud y Educación para la salud (EDSA)
- Atención integral de la salud, centrada en el modelo de cuidado integral, que incluye la prevención, control, tratamiento de las enfermedades prevalentes del componente bucal de la salud.
- Organización del servicio de atención según: las necesidades (percibidas y observadas), los ciclos de la vida y la vulnerabilidad social.

#### CAMPO DE ACCIÓN DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA



## BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DEL TRAYECTO DE LA CIENCIA ODONTOLÓGICA<sup>3</sup>

En relación a la práctica odontológica hubo un reconocimiento, por muchos años, de que un buen desempeño estaba definido por la implementación de obturaciones en las cavidades que sufrían los elementos dentarios como consecuencia del proceso carioso. Este esperar la aparición de los daños en la dentición y a partir de allí iniciar el llamado “tratamiento curativo” de las lesiones representó el paradigma de la Odontología centrado en la técnica y muy poco en la ciencia. Esta odontología “curativa”, basada en un desarrollo absoluto de la investigación tecnológica, llevaba a eliminar generosas porciones de diente sustituyéndolo por materiales restauradores, que aparecían en el mercado de una forma muy acelerada, sabiendo que seguramente con el paso del tiempo iba a ser necesario realizar una restauración mayor, más compleja y naturalmente más costosa. Muchas veces cumpliéndose el círculo vicioso del tratamiento quirúrgico-restaurador se culminaba con la extracción del diente, luego la realización de una prótesis apoyada en amplias restauraciones o coronas totales, implantes, etc. El resto de la historia es bien conocido.

En los años 60 la investigación en epidemiología comienza a ser aceptada en los espacios científicos, concluyendo que la forma de atención odontológica basada exclusivamente en procedimientos restauradores (asistiendo la enfermedad) no se mostraba capaz de controlar las enfermedades bucales, ni evitar que las personas que recibían tratamiento odontológico culminaran perdiendo todos sus dientes a edades tempranas. El paradigma quirúrgico-restaurador condenaba al dentista a ser apenas un espectador actuando como “fiscal de demolición”, De Carvalho, S. (1997)<sup>4</sup>, representando una mayor frustración para los profesionales que para los pacientes. Aún en los grupos más privilegiados que accedían a los sofisticados tratamientos y equipamientos fue imposible documentar un mejor nivel de salud bucal. Asimismo, este sistema privilegiaba la necesidad cada vez mayor de dentistas, aumento en el número de facultades, multiplicación del equipamiento para atender una demanda de restauraciones, extracciones dentarias y protésicas que, paradójicamente, no paraba de crecer a pesar del formidable ejército de recursos humanos, del inmenso aparato tecnológico y de los inconmensurables costos financieros.

El cambio en la filosofía introdujo la importancia del componente social de la salud, de su promoción y de la prevención de enfermedades llevando implícito un cambio de paradigma de la Odontología que se apoya en su aplicación como ciencia de y para la SALUD

En las décadas de los 60 y los 70 muchos países comenzaron a comprender que los considerables volúmenes financieros destinados al tratamiento de las consecuencias de la caries dental a través de procedimientos restauradores no obtenían una buena relación costo-beneficio. Los resultados de la investigación epidemiológica mostraban que este tipo de asistencia odontológica no era capaz de mejorar los niveles de salud bucal de las personas y tampoco reducía la incontrolable demanda de los servicios quirúrgicos-restauradores.

Una evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al final de los 70 mostraba que Nueva Zelanda presentaba paradójicamente la mejor cobertura de las necesidades restauradoras a los 13 años y el mayor porcentaje de adultos edéntulos entre los países industrializados estudiados.

Esa fragilidad conceptual y científica de la Odontología, lleva a que en esos años los países industrializados concentren un importante volumen de recursos en la investigación científica

---

<sup>3</sup> **López Jordi MC.** Tesis de Maestría “La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y perfil profesional”, Montevideo Uruguay 2012.

<sup>4</sup> De Carvalho, S. (1997) A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde: um Desafio para as Novas Gerações. En: L. Kriger (Coord.) *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. Primera edición. (pp.14-22). São Paulo. Artes Médicas.

del proceso salud-enfermedad con el objetivo de llegar a entender las verdaderas causas de las enfermedades, su etiopatogenia y el valor de la cultura y sub-culturas de las comunidades, para su mantenimiento y control. Esto generó un cuerpo básico de conocimientos científicos, que permitió algunos años más tarde, la estructuración de un nuevo paradigma de práctica odontológica. Con esta nueva filosofía de atención, los países desarrollados consiguieron en menos de tres décadas cambiar el perfil epidemiológico de sus poblaciones, elevando sustancialmente el nivel de salud bucal, como muestran los resultados de los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y detallados en su Global Oral Health Data Bank<sup>5</sup>.

El proceso de “crisis del paradigma curativo de la odontología, basado en la enfermedad” comienza a materializarse en la década de los 60 con las investigaciones científicas (en animales de experimentación) de Paul Keyes y Robert Fitzgerald <sup>6</sup> (1961) demostrando que la caries dental es una enfermedad infecciosa, microbiana, y transmisible y de Harold Löe y col. <sup>8</sup> (1966) quienes comunicaban también la naturaleza infecciosa de las patologías gíngivo-periodontales. Poco a poco comenzaron a aparecer los estudios clínicos confirmando en el hombre los resultados del laboratorio.

La concepción infecciosa de las enfermedades bucales más prevalentes (caries y enfermedades gíngivo-periodontales) así como lo determinante de los contextos sociales, desestabilizan todos los pilares en que se edificaba la odontología quirúrgico-restauradora, mostrando una gran fragilidad en sus concepciones.

Entre los años 70 y 80 se han acumulado conocimientos científicos para comprender la etiología, etiopatogenia de las enfermedades bucales, establecer medidas de promoción y mantenimiento de la salud, controlar los factores que puedan alterarla de acuerdo al medio social de referencia y por supuesto también restaurarla.

A partir de los 80 en los países en desarrollo, los odontólogos comenzaron a desistir de centrar su práctica en el tratamiento de lesiones establecidas, ya que reconocían que éste no era un procedimiento que permitiera controlar la infección del ecosistema bucal de las personas y las comunidades. La idea dogmática de que una vez iniciada la enfermedad inexorablemente continuaría hasta cavitarse el diente o aún necesitar su extracción demostró ser absolutamente equivocada, a la luz de los conocimientos científicos sobre el desarrollo de los procesos y la influencia de diferentes y múltiples factores del ecosistema bucal del propio individuo, del estilo de vida, de las creencias y costumbres en y para la salud de ellos mismos y de las comunidades en que están insertos. Es decir entran en la valoración no solamente los seres humanos sino un plano más profundo y amplio, integrado por las condiciones socio-económicas-culturales y las políticas de salud de los gobiernos.

Se inicia entonces la actividad de núcleos de discusión y análisis permanente y comienza la divulgación dentro de la profesión de la necesidad de una filosofía preventiva. La Odontopediatría y la Odontología Social se posicionan como vanguardistas sobre la necesidad de un cambio que se fue dando durante 30 años. En la década de los 80 se llega a la aceptación generalizada de la “Odontología preventiva” dirigiendo el énfasis de los cuidados hacia la salud, promoción y mantenimiento.

A partir de los años 90 la revolución se instaló en los materiales dentales, tanto preventivos como rehabilitadores, para apoyar esta nueva filosofía de la práctica odontológica, surgiendo la denominada “odontología adhesiva” con un desarrollo continuo y dinámico hasta nuestros días.

Estos procesos transformadores dinamizan la ciencia creando nuevas prácticas científicas,

---

<sup>5</sup> Global Oral Health Data Bank.

Disponibile en [www.who.int/oral\\_health/databases/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/databases/en/index.html)

<sup>6</sup> KEYES P.H; FITZGERALD, R. Recent advances in dental caries research bacteriology. Int. Dent. Journal 1961: 12, 443.

<sup>7</sup> KEYES P.H. The Non-Surgical Solution to Oral Health. <http://www.drpaulhkeyes.com>

<sup>8</sup> LÖE H. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. J. Periodont.1966; Res. 1:1-13.

académicas y de investigación relacionadas a las demandas sociales y económicas, destinadas a resolver los problemas del hombre.

En la actualidad, la Odontología Minimamente Invasiva nos convoca a revisar cómo resolvemos los problemas de caries y su prevención, a fin de evitar el avance de la enfermedad.

En la misma línea del pensamiento es necesario diseñar nuevos estudios acerca de las personas, las familias, las poblaciones, que permitan profundizar sobre el comportamiento de los procesos cariosos a la luz de las formas de comer, de relacionarse, de utilizar/vincularse con el cuerpo y con la boca en particular, y con las personas.

Nuevos riesgos son identificados, tales como los piercing y las lesiones ocasionadas en los tejidos blandos y el esmalte; el ritmo acelerado y exigido de vida que conlleva fracturas y desgastes dentarios, por sobrecarga funcional, bruxismo, entre otros; las recurrentes hipoplasias en los elementos dentarios aceleran la destrucción del mismo; la elevada frecuencia de gingivitis ulcero necrotizante en los jóvenes y de chancros sifilíticos, son algunos de los viejos nuevos problemas que enfrentamos, sumado al tratamiento oncológico, personas inmunodeprimidas, etc.

Cabe entonces reflexionar ¿Cómo debe ser una ciencia hoy para responder a problemas complejos? ¿Es la Odontología aislada del resto de las profesiones de la salud, el tipo de práctica que el hombre y la sociedad actual necesitan?



## SURGIMIENTO DEL MODELO DE CUIDADO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 28ª Asamblea Mundial de la Salud (1975) y en la conferencia de Alma-Ata (1978), proclamó el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, cuando propone “Salud para todos” y la proyecta a nivel mundial como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres, alcanzar un nivel de salud que permita, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano.

---

---

*Surgimiento del modelo de cuidado y atención integral de la salud es un cambio de paradigma.*

La posición del *cuidado* denota relaciones horizontales, simétricas y participativas.

El cambio de orientación en el modelo de atención de salud, establece las diferencias entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos: intersectorial, interdisciplinario, promocional, preventivo, participativo y descentralizado; del de una atención reparativa de ciertas enfermedades, que no impacta en la calidad de vida de las personas y de las sociedades.

Estas declaraciones de los organismos internacionales y regionales de la salud, representan un desarrollo conceptual relevante acerca de qué es la salud, cuyo logro es un objetivo social muy importante en todo el mundo y cuya realización “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos”.

En Alma-Ata (1978), a través de **La estrategia de Atención Primaria de Salud**, se produce un cambio en el eje del modelo asistencial de la salud, al introducir la palabra “care” que significa “cuidado” lo cual tiene una connotación más amplia e integral que atención.

**El modelo del cuidado y atención integral de la salud**, tiene sus orígenes en sistemas de salud como el Canadiense, Sueco, Seguro Nacional de Salud Inglés, en el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). En nuestro país, forma parte de la política de salud implementada en la Municipalidad de Rosario, en la Provincia de Santa Fe y Neuquén, entre otros.

La **producción del cuidado** implica una proposición de acciones y servicios de salud, con responsabilidad compartida, por parte de los usuarios y del equipo de salud, para establecer la posible respuesta a los problemas, dolores, angustias y aflicciones, de tal manera que no solamente se lleven a cabo consultas y atenciones, sino que el

proceso de atención se traduzca en conocimiento, responsabilidad y autonomía para cada persona.

**El modelo de atención y la organización del sistema**, debe ser flexible y dinámico, en constante revisión y construcción; ya que debe acompañar los cambios de las sociedades a las cuales se destina, considerando las diferencias sanitarias, epidemiológicas y culturales, de las poblaciones, las personas y los equipos de salud.

De ese modo, las acciones y los servicios deben resultar de un conocimiento adecuado de la realidad en cada lugar (territorio) para construir una práctica resolutive. Es necesario conocer a las personas en su medio, lo que implica conocer su condición de vida, las representaciones y concepciones que tienen sobre su salud, sus hábitos, las medidas que toman para remediar sus problemas cuando los padecen y lo que hacen para evitar las enfermedades.

El trabajo profesional se organiza en torno a la “salud” y a la “enfermedad”, centrando el proceso en el “cuidado”, reconociendo problemas y demandas diferentes, en el encuentro entre el saber y el hacer entre los usuarios del sistema de salud (comúnmente llamado paciente) y los agentes de salud.

Desde la perspectiva de la **salud bucal**, el **modelo de cuidado y atención integral** plantea la reorganización del sistema y de la atención en salud bucal en todos los niveles, con el cuidado como eje orientador del sistema. El plan de salud está centrado en la promoción de la salud, la intervención en los factores que la ponen en riesgo y en la atención de la enfermedad. Enfoca la resolución de los problemas de la salud bucal en su totalidad- tejidos duros dentarios, blandos, encía, oclusión, etc.- desde la perspectiva de hombre -sujeto de derecho- perteneciente a una determinada comunidad, con características y necesidades particulares.

Por lo expuesto, desde Odontología Preventiva y Comunitaria II, se impulsa el **abordaje integral de la salud de la comunidad**, que implica la promoción y protección de la salud, la prevención y curación de la enfermedad. El eje del trabajo es el cuidado de la salud de la persona, la familia y la comunidad/territorio<sup>10</sup>, por medio de prácticas de salud integral, interdisciplinaria e intersectorial, con responsabilidades compartidas entre todos los involucrados en el proceso de sanar, curar y enfermar.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR EL MODELO DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD BUCAL**

El abordaje de los problemas de salud en el espacio comunitario, se realiza a partir de la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud**<sup>9</sup>, que permite articular prácticas que posibiliten mayor acceso de la población al sistema de atención de la salud, pertinentes a la realidad socio-cultural y epidemiológica de la población.

**1. Interdisciplina:** el desempeño del odontólogo no debe limitarse solo al campo biológico o al científico-técnico. Debe interactuar con otras disciplinas, para aproximarse a un análisis holístico de los problemas de salud bucal, consciente del contexto socio-económico-cultural de la población a cargo; centrando en el cuidado integral de las personas y las comunidades, sin perder la especificidad de la salud bucal.

**2. Integralidad de la atención:** los profesionales deben estar capacitados para ofrecer acciones de promoción, protección, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto a nivel individual como colectivo.

**3. Intersectorialidad:** las acciones de promoción de salud son más efectivas cuando involucran a diferentes actores y sectores de la sociedad, por ejemplo: la escuela, el centro de salud, el comercio, los medios de comunicación, la industria, el gobierno, las organizaciones no-gubernamentales, etc.

**4. Ampliación y calidad en la asistencia:** organizar el sistema de atención de salud, para garantizar los procedimientos más complejos en diferentes niveles de atención (referencia-contrarreferencia), dar respuesta a la necesidad que produjo la búsqueda de asistencia, evitando el agravamiento del cuadro. Los servicios deben dedicar un tiempo de consulta suficiente y apropiada a la complejidad de las necesidades de las personas (según problemas de salud-enfermedad bucal).

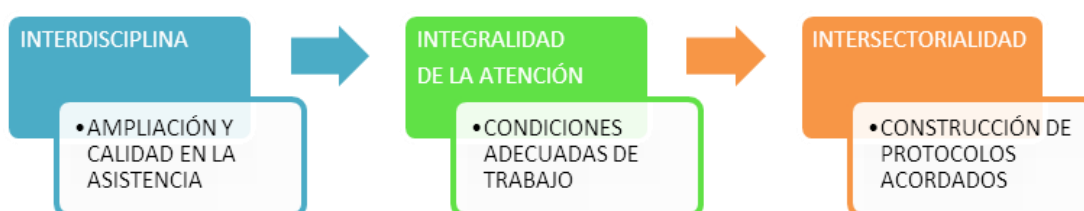
---

<sup>9</sup> Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas- OPS, 2005.

**5. Condiciones de trabajo adecuadas** para asegurar el ejercicio de la práctica profesional en ambientes saludables, que mejoren el uso de la capacidad instalada de la red de servicios, con el adecuado suministro de instrumental, materiales, equipamiento, conocimientos, condiciones dignas de trabajo, etc.

**6. Construcción de protocolos acordados** con el resto de integrantes del equipo de salud para garantizar la calidad de los servicios a las personas, con respeto por las normas de bioseguridad.

## ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO PROFESIONAL EN EL MODELO DEL CUIDADO INTEGRAL



## PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES EN SALUD

El desarrollo de acciones desde la perspectiva del cuidado integral en salud cuenta con los siguientes principios:

**Universalidad** hace referencia al derecho que toda persona tiene a que el Estado y las instituciones le garanticen igualdad de oportunidades para la búsqueda y el logro de su desarrollo físico, social y laboral.

**Integralidad** en las acciones en salud bucal, articulando lo individual con lo colectivo, la promoción con el tratamiento, la recuperación de la salud y la atención de cualquier ciudadano en situación de urgencia.

Este enfoque implica sustituir el tratamiento por enfermedad por la **atención continua del mismo** (sano y enfermo), dentro de un ámbito familiar y social, complementando esfuerzos curativos con un número importante y creciente de acciones de fomento y mantenimiento de la salud.

**Equidad**<sup>10</sup> El concepto es muy potente, si se lo considera en su acepción jurídica como “el perfeccionamiento de lo que es justo”. Esta perspectiva puede suponer que no basta la igualdad sino que hace falta brindar más a quien más necesita.

La asociación más frecuente del derecho a la salud es con la **equidad en la atención** que puede suponer la garantía del acceso igualitario a servicios de salud de una calidad homologable.

<sup>10</sup> Módulo Atención primaria de la salud: evolución histórica de un concepto polisémico  
Curso de Postgrado Análisis y Administración de Políticas Estatales Salud. Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública Universidad Nacional de Córdoba

**Gestión participativa:** definir democráticamente las acciones y/o la política de salud bucal, garantizando la participación de los usuarios, trabajadores del sector salud, educación, acción social, etc.

**Ética:** garantizar que cualquier acción sea gobernada por los principios universales de la ética en la salud.

**Acceso:** buscar el acceso universal a la asistencia y atender toda demanda expresa, desarrollando acciones colectivas que partan de situaciones individuales y viceversa, asumiendo la responsabilidad con respecto a los problemas de salud de la población de un determinado espacio geográfico. Debe darse prioridad absoluta a los casos de dolor, infección, sufrimiento y vulnerabilidad social.

**Acogimiento:** desarrollar acciones para los sujetos, considerándole en su integridad biológica-psicológica-social. El acogimiento presupone que el servicio de salud sea organizado de una manera enfocada en la persona, garantizado por un equipo multiprofesional, para recibirla, escucharla, orientarla, atenderla y acompañarla. Representa la base de la humanización de las relaciones y caracteriza el primer acto de cuidado a los usuarios, contribuyendo a la resolución.

**Vínculo:** responsabilizar al servicio de salud de la solución de los problemas en el área a su cargo, por medio de la oferta de acciones calificadas, eficaces y que permitan el control por parte del usuario durante su ejecución. El vínculo es la humanización de la relación con el usuario y su construcción requiere la definición de las responsabilidades de cada persona, en las tareas necesarias para la atención en situaciones rutinarias o imprevistas.

**Responsabilidad profesional:** involucrarse con los problemas y demandas de los usuarios, garantizando respuestas resolutivas, volviéndose co-responsable por el enfrentamiento de los factores asociados al proceso salud-enfermedad en cada territorio. Corresponde al desarrollo de prácticas profesionales basadas en el respeto a la identidad del sujeto, conocimiento de su contexto familiar y laboral, permitiendo el tiempo necesario para escuchar la queja, atenderlo y tomar las medidas oportunas, creando las bases para una atención integral de la salud y las necesidades de los distintos grupos poblacionales.

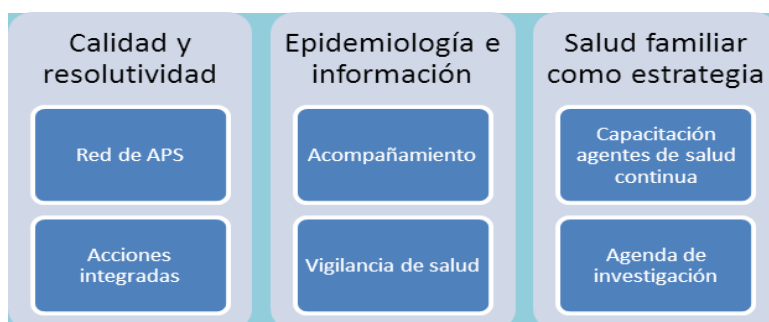
#### PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES EN SALUD



**Reorientación del modelo de atención en salud bucal centrado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud:**

1. Asumir el compromiso de garantizar la **calidad y resolutivez** del primer nivel de atención (atención primaria calificada), independientemente de la estrategia de organización adoptada por el municipio, provincia y/o nación.
2. Garantizar una **red de atención primaria articulada** con toda la red de servicios, como parte indisoluble de la misma.
3. Asegurar que las acciones de salud bucal estén **integradas** con el equipo de salud, articulando lo individual a lo colectivo, la promoción y la prevención al tratamiento y la recuperación de la salud de la población adscrita.
4. Emplear la **epidemiología y la información sobre el territorio**, para apoyar la planificación, procurando contar con un diagnóstico previo sobre las condiciones de la salud-enfermedad de la población, que cuente con un abordaje familiar y un conocimiento de las relaciones que se establecen en el territorio en el que se desarrolla la práctica de salud.
5. Realizar un **acompañamiento del impacto de las acciones en salud bucal** por medio de indicadores adecuados, lo que implica la existencia de registros simples, confiables y continuos.
6. **Centrar la actuación en la Vigilancia de la Salud**, incorporando prácticas de evaluación y acompañamiento de los daños, riesgos y determinantes del proceso salud-enfermedad, con actuación intersectorial y acciones sobre el territorio.
7. Incorporar la **Salud Familiar como una estrategia importante** en la reorganización de la Atención Primaria de la Salud.
8. Definir la política de **enseñanza continua para los trabajadores de la salud bucal**, con el fin de implementar proyectos de cambio en la formación para que atiendan las necesidades de la población y los principios del cuidado integral de la salud.
9. **Definir una agenda de investigación científica** con el objetivo de investigar los principales problemas relativos a la salud bucal, además de desarrollar nuevos productos y tecnologías necesarias para expandir las acciones de los servicios públicos de salud bucal en todos niveles de atención.

#### MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA



#### LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

El concepto ampliado de salud, debe orientar el cambio progresivo de los servicios, evolucionando de un modelo asistencial enfocado en la enfermedad y asentado en la atención a quien la solicita, hacia un modelo de atención integral de la salud, donde se incorporen progresivamente acciones de promoción y protección, junto con aquellas de recuperación propiamente dicha.

Para identificar mejor las principales acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que han de desarrollarse, hay que conocer las características del perfil epidemiológico de la población a cargo, no solamente en lo que respecta a las enfermedades

más comunes, sino también las condiciones socio-económicas de la comunidad, sus hábitos y estilos de vida y sus necesidades de salud, percibidas o no, la infra-estructura y extensión de la red de salud.

Las acciones de salud bucal deben articularse con las demás estrategias planificadas por el equipo de salud en una inter-relación permanente con las acciones del centro de salud.

Por ejemplo, si se realiza una campaña de vacunación contra la gripe a los adultos mayores, sería oportuno acompañar esta campaña con un control clínico odontológico de exploración de tejidos blandos y de las rehabilitaciones protéticas, que suelen ser un problema de este grupo poblacional.

De igual manera, si la mamá lleva su bebé a control de peso y talla (programa que se realiza mensualmente hasta que el niño cumple un año de edad) el profesional debe ir ofreciendo información que oriente la forma de amamantar, alimentar e higienizar al niño, para contribuir al normal desarrollo del sistema estomatognático.

Pensar las acciones comunitarias no necesariamente nos lleva a una práctica profesional realizada solo por odontólogos en un consultorio odontológico; por el contrario, estas acciones se pueden concretar en otros espacios y con otros actores. Algunas de estas acciones pueden realizarse junto con el agente comunitario, cooperadora de padres, médicos, enfermeros, trabajadores de la salud en general, etc.

## LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

**Acciones de promoción de salud:** este grupo de acciones puede ser desarrollada por múltiples y diversos actores de la sociedad; están orientadas a la identificación y difusión de, los factores de protección de la salud y a reducir los factores de riesgo que constituyen una amenaza para la salud de las personas y las comunidades.

Las acciones de promoción de la salud incluyen también trabajar con los factores de riesgo comunes a varias enfermedades crónicas (Estrategia de factor de riesgo común de la OMS, 2003) tanto para las enfermedades de la cavidad bucal, como para otras enfermedades como diabetes, hipertensión, obesidad, trauma y cáncer, a través de políticas de nutrición sana para reducir el consumo de azúcares, análisis comunitario para incrementar el auto cuidado con la higiene corporal y bucal, política de eliminación del tabaquismo y disminución de accidentes, etc.

Otro ejemplo lo constituye la fisura labial o palatina, relacionada con el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo y con déficit nutricional.

Estas acciones son predominantemente concientizadoras, pedagógico-preventivas.

El equipo de salud debe hacer un esfuerzo simultáneo para aumentar la autonomía y estimular prácticas de cuidado por parte de los pacientes, sus familias y comunidades. Es recomendable que se trabaje en una línea que permita reflexionar sobre la automedicación.

**Las acciones de protección para la salud** pueden desarrollarse al nivel individual y/o colectivo. Es importante analizar el acceso a los cepillos dentales, pastas fluoradas. Incluyen acciones pedagógico-preventivas (educativo-preventivas) realizadas en el consultorio particular; en los centros de salud, en grupos de ancianos, etc.

**Fluoración del agua:** se entiende que el acceso al agua fluorada es fundamental para la salud de la población. Apoyar y estimular las políticas públicas que garanticen la implementación de la fluoración del agua y vigilancia de los niveles regionales de Fluor en el agua de bebida, constituye la manera más amplia y socialmente justa de acceso al flúor.

**Educación en salud:** incluye las acciones destinadas a la apropiación del conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, incluyendo factores de riesgo y de protección de la salud

bucal, así como posibilitar en la población el cambio de hábitos, promoviendo el intercambio de saberes que contribuye a crear conciencia sanitaria apoyada en su autonomía.

Desde la perspectiva de la salud bucal, cuando se trabajan aspectos como hábitos de higiene, alimentación, cuidados en general, se debe considerar tanto las diferencias sociales como las singularidades culturales. Otro aspecto a considerar es que la boca interviene en funciones esenciales del hombre, tales como la comunicación, alimentación, expresión de afecto, cuyo significado es diferente según la trayectoria de vida de la persona y su pertenencia socio-histórica-cultural.

Los contenidos de la educación en salud bucal deben trabajarse pedagógicamente, preferentemente de manera integrada con las demás áreas, considerando los saberes y conocimientos previos, aspectos socio-culturales de la población destinataria. Pueden desarrollarse en forma de debates, talleres de salud, videos, teatro, discusiones de grupo, carteles, catálogos y otros medios. Estas actividades pueden estar a cargo de un odontólogo (O), un higienista dental (HD), un agente comunitario de salud (ACS), etc.

Las escuelas, guarderías infantiles, asilos y espacios institucionales son los espacios de preferencia para este tipo de acción.

**Higiene bucal supervisada:** la higiene bucal es un elemento fundamental de la higiene corporal de las personas. Sin embargo, para realizarla adecuadamente se requiere un aprendizaje. Una de las posibilidades para este aprendizaje es el desarrollo de actividades de higiene bucal supervisada (HBS) por parte de los servicios de salud en distintos espacios sociales. Se recomienda cautela en la definición de técnicas “correctas” y “erróneas”, para evitar estigmatizaciones. Su fin es la búsqueda de la autonomía con vistas al cuidado de la salud.

**Aplicación tópica de flúor:** la aplicación tópica de flúor (ATF) tiene como objetivo la prevención y control de la caries por medio del empleo de productos fluorados (gel fluorado y barniz fluorado).

Para realizar la ATF se recomienda tener en cuenta la situación epidemiológica (riesgo) de los distintos grupos poblacionales.

La utilización universal de las topicaciones de fluor se recomienda en las poblaciones en las que se constaten una o más de las siguientes situaciones:

- a) Exposición al agua de bebida (red) sin flúor o que contenga por naturaleza bajos contenidos de flúor (hasta 0,54 ppm F);
- b) CPOD superior a 3 en niños de 12 años de edad;
- c) Menos del 30% de los niños de 12 años de edad del grupo están libres de caries.

**Acciones de recuperación:** este grupo de acciones incluye el **diagnóstico y tratamiento de enfermedades**.

El diagnóstico debe realizarse lo más tempranamente posible, del mismo modo que el tratamiento debe instituirse de inmediato para interrumpir el avance de la enfermedad e impedir el surgimiento de eventuales lesiones y daños recurrentes. Se destaca también la inclusión de rutinas de exploración de los tejidos blandos para la identificación precoz de lesiones de la mucosa bucal, garantizando el acompañamiento y orientación para el tratamiento, en los niveles de mayor complejidad.

El tratamiento debe priorizar procedimientos preventivo-conservadores, entendidos como aquellos que son ejecutados para el mantenimiento de los elementos dentarios – invirtiendo la lógica de extracción, predominante en algunos servicios.

**Acciones de rehabilitación:** Consisten en la recuperación parcial o total de las capacidades perdidas como consecuencia de la enfermedad y en la reinserción del individuo a su entorno social y laboral.

**Prevención y control de cáncer bucal:** realizar exámenes preventivos para identificar lesiones precancerosas; exploración de la cavidad bucal en visitas domiciliarias o campañas específicas (vacunación de ancianos); articular, con los servicios de referencia la atención de los casos detectados acompañando el seguimiento de su tratamiento.

**Resolución de la urgencia:** organizar el servicio para dar respuesta a las urgencias más frecuentes en el grupo poblacional a cargo, viables de ser resueltas en el primer nivel de atención o bien orientar su derivación.

**Inclusión de procedimientos más complejos** en la atención del primer nivel o atención básica, restauración de cavidades complejas y/o restauraciones post endodoncia, pequeñas fracturas dentarias, instalación de prótesis básicas, tratamientos periodontales que no requieran intervención quirúrgica, desgaste de interferencias dentarias, etc.

## **LINEAS DE CUIDADO**

Con el propósito de superar el modelo de atención de la salud centrado en las enfermedades (biomédico), se plantean dos **líneas de acción** para contribuir al desarrollo del **modelo del cuidado integral de la salud bucal** a través de la organización del trabajo profesional según los **ciclos de la vida** y según la **condición de vida o vulnerabilidad**.

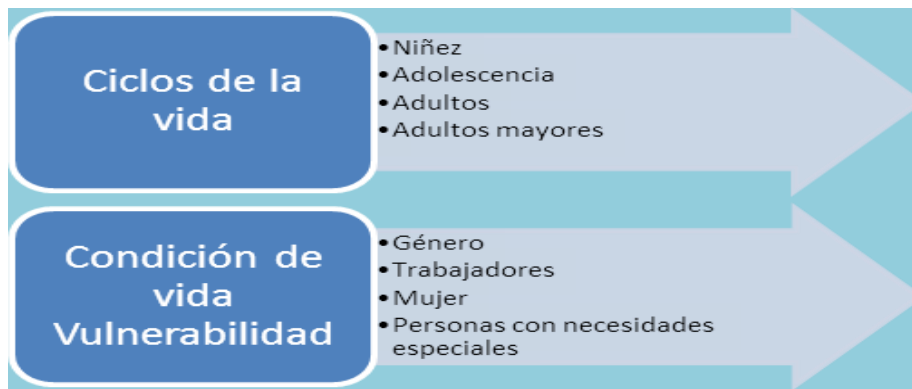
En este sentido para la organización del servicio según los ciclos de la vida del hombre, también llamado **las líneas del cuidado** (del niño, adolescente, adulto y anciano), se crean flujos de procedimientos que implican acciones resolutivas de los equipos de salud, centrados en recibir (acoger), informar, atender y derivar de ser necesario (referencia y contra-referencia) a las personas.

La atención centrada en la línea del cuidado implica un re-direccionamiento del proceso de trabajo, en el que **el trabajo en equipo** es uno de sus principales fundamentos. En igual sentido a partir de la realidad y diversidad de las personas que utilizan el sistema, **la intersectorialidad** permite que surjan lazos de confianza y vínculos, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar la humanización de estas prácticas.

Es así que las acciones de salud suelen ser planificadas y desarrolladas en conjunto con agentes del sector de educación, acción social, salud, cultura, saneamiento ambiental, etc. es decir todos los sectores que en el territorio comparten la responsabilidad de cuidar la salud de un grupo de personas.

Este abordaje en equipo permite desde el ámbito de la asistencia, la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso a los diferentes grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando la atención/derivación en los niveles secundario y terciario con el fin de organizar la red de los servicios de atención (este concepto es aplicable para la organización de los servicios del estado y privados).





1- **Ciclos de la vida:** consiste en el reconocimiento de especificidades propias de la edad, pudiendo trabajar la salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor. Esto se torna de gran importancia si reconocemos que la mayoría de las acciones que se realizan a nivel de la salud pública van dirigidas a escolares de 6 a 12 años de edad, quedando en general para los otros grupos, reducido su acceso a situaciones de urgencias, resueltas con prácticas en general mutilantes.

2- **Condición de vida,** hay situaciones de vida que convierten a determinados grupos en más proclives a padecer determinados riesgos y por ende posibilidad de enfermar. Por ello a partir de la identificación de condiciones de vulnerabilidad social, se hace necesario diseñar intervenciones que tiendan a subsanar dicho problema para hacer más accesible el sistema de atención para ellos. En este sentido se incluye en este grupo la salud de la mujer, perspectiva de género, la salud del trabajador, personas con discapacidad, hipertensos, diabéticos, entre otros.

**Para el trabajo con los diferentes grupos se pueden señalar los siguientes aspectos a tener en cuenta:**

Grupo de 0 a 5 años: las actividades con estos niños se visualizan como un espacio de interacción con los padres y cuidadores, abordando aspectos relacionados con el cuidado de la salud y en particular de la salud bucal. Es fundamental la orientación desde el embarazo, informando sobre aspectos vinculados a la ventana de infectividad, amamantamiento y desarrollo del niño, hábitos orales y de higiene, etc.

Se planifican actividades organizadas junto con campañas de vacunación, consultas clínicas con pediatras, actividades en espacios sociales como comedores, etc. Se busca ofrecer información que oriente el cuidado de la infancia para estimular su crecimiento y desarrollo, y la identificación y derivación de los niños con necesidades de atención

Grupo de niños de 6 a 11 años: la atención debe ser pensada en función de la situación epidemiológica, identificando y controlando los grupos de riesgo y buscando garantizar la atención integral. En esta etapa se puede trabajar con los niños a través de las escuelas, espacio apropiado para promover y proteger la salud. Se abordan aspectos vinculados a la higiene bucal incorporada a los hábitos cotidianos, alimentación, cambio dentario, uso de pastas fluoradas, introduciendo una perspectiva de cuidado y seguimiento de la salud.

Es importante identificar aspectos vinculados a la prevención y tratamiento temprano de alteraciones como caries, gingivitis, desgastes dentarios excesivos, traumatismos, descamación de tejidos blandos, mordisqueo de mucosa, etc.

Grupo de adolescentes: Es importante ofrecer un espacio en el cual puedan compartir sus pensamientos, experiencias y preocupaciones, en donde se piensen actividades acordes a su realidad.

El adolescente suele cambiar sus hábitos en lo relacional, alimentario, higiene, sueño, etc. Son diferentes cambios que impactan en la calidad de vida.

Es una etapa oportuna para trabajar la comunicación, la expresión, solidaridad, los hábitos saludables, las conductas de pares, etc.

Desde la perspectiva clínica se debe estar preparado para reforzar la higiene para control de caries y gingivitis, aplicación tópica de fluor, control de tatuajes o pircing si los tuvieran, restauraciones oportuna que limiten el daño, etc.

Grupo de embarazadas: Considerando que la madre tiene un papel fundamental en los patrones de comportamiento durante la primera infancia, las acciones educativo-preventivas con ellas son de suma importancia para repensar los hábitos desde el inicio de la vida de los niños, con acciones a nivel colectivo y garantizando la atención individual. En el trabajo conjunto con el equipo, al inicio de las consultas prenatales, debe derivarse a una consulta odontológica que incluya mínimamente las siguientes actividades: orientación sobre las posibilidades de atención durante el embarazo; identificación de patologías bucales; diagnóstico de lesiones de caries y necesidad de tratamiento, lo que provocará una mejor alimentación y bienestar en la embarazada; diagnóstico de gingivitis y lesiones periodontales, reparando en los estudios que asocian las patologías periodontales severas con los partos prematuros y el bajo peso al nacer; orientación sobre hábitos alimentarios e higiene bucal; en todos los casos se respetara la decisión y voluntad de la embarazada.

Grupo de adultos: Los adultos, en especial los trabajadores, tienen dificultad en el acceso a los centros de salud en los horarios convencionales de dichos servicios. Estas situaciones conducen a un agravamiento de los problemas existentes, transformándose en urgencias o motivo de falta al trabajo, además de la consecuencia de la pérdida de la pieza dentaria. Se sugiere considerar aspectos como: disponibilidad de horarios compatibles para las necesidades de atención de este grupo, indagar sus necesidades en los servicios de salud del trabajo (si lo hubiera) viabilizando la detección de riesgos específicos.

Grupo de ancianos: La salud bucal representa un factor decisivo para el mantenimiento de una buena calidad de vida. Se debe garantizar el acceso a la atención clínica individual del anciano, es importante destinar un día para su atención evitando la espera. El servicio puede organizar grupos de ancianos para desarrollar actividades de educación y prevención. Acordar espacios compartidos con generalistas y clínicos, entrega de medicamentos a pacientes crónicos, para incorporarlos a los controles periódicos.

## **LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA**

Forma parte de la organización de la **atención primaria de la salud** en el territorio, con población a cargo (adscrita), cuyos ejes son el trabajo en equipo y la intersectorialidad. Las visitas a los hogares por parte del agente de salud es una de sus principales estrategias, buscando ampliar el acceso a los servicios y establecer vínculos con la población.

Son situaciones en las que **“el hacer”** se acerca a la realidad de vida de las personas y viabiliza un espacio de trabajo junto con ellos. En tales situaciones, es primordial que se tenga cuidado con las personas: su condición de vida, valores, hábitos, etc. Es imprescindible ser consciente de las diferencias sociales y culturales entre expertos del servicio y los usuarios.

Tales diferencias son reales y perfectamente sentidas por los interlocutores, sea en la atención que ocurre en la unidad de salud, sea en una visita al hogar.

Para la salud bucal, esta nueva manera de “**hacer**” frente a las acciones cotidianas, representa a la vez un avance significativo y un desafío.

Un nuevo espacio de prácticas y relaciones que se plantean construir con posibilidades de reorientar el proceso de trabajo y la propia inserción de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud.

Se entiende que esta estrategia permite un incremento en la ampliación de la cobertura de programas, mejoran la capacidad de atender a las demandas de la población con el alcance de las medidas de carácter colectivo. Los mayores beneficios están en el trabajo en equipo, las relaciones con los sujetos y la gestión, implicando una nueva manera de producir el cuidado en salud bucal.

## REFLEXIONES ACERCA DE DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL

### PRESENTES EN NUESTRA SOCIEDAD<sup>11</sup>

Si reflexionamos en relación a discursos instalados en nuestra sociedad sobre salud bucal, nos surgen preguntas como: ¿Cuál es el mensaje instalado sobre el cuidado de la salud bucal? ¿Quién enseña a proteger y cuidar la salud bucal? ¿Se puede cuidar la salud bucal o hay que esperar que aparezca la enfermedad? Para intentar respuestas es oportuno recordar que la salud bucal es un problema de todos, con diferentes grados de responsabilidad según nuestro rol en la sociedad. No es lo mismo la responsabilidad del Estado, que es **garante y promotor** de la salud, que la del odontólogo que atiende en el centro de salud o en un consultorio particular y la de la maestra o profesora que da en sus clases cuidados de la salud, que **efectivizan** los derechos a través de sus prácticas en espacios de la vida pública de las personas, que la de los papás/mamás o la del niño de 2 años o la del de 17 años, que los construyen en el ámbito de sus vidas privadas.

En relación a los cuidados de la salud, Menéndez E (2009) plantea que la **auto atención** es el primer nivel de atención de los padecimientos. Cuando enseño a mi hijo a lavarse los dientes, concreto una práctica de cuidado de la salud que él puede realizar. Cuando lo llevo a los controles periódicos con el odontólogo, le transmito la importancia de consultar al profesional para tener un control de salud. Entonces surge la pregunta Cuando solo consulto al odontólogo por dolor de muelas, ¿cuál es el mensaje?

Las sociedades en general, suelen tener pautas de cuidado de la salud, que buscan proteger a sus integrantes. Es importante identificar los mensajes sobre el cuidado de la salud bucal instalados en los grupos con los que trabajamos, qué origen tienen y si constituyen legítimas herramientas de cuidado de la salud. En las ciudades argentinas, la mayoría de las personas relatan la importancia de lavarse los dientes después de cada comida, no comer golosinas, usar pasta dental, etc. Sin embargo, si les preguntamos si practican estas acciones de cuidado, o auto-cuidado como lo nombran algunos autores, la respuesta más frecuente es con mucha duda “...a veces sí, a veces no”.

Algunos interrogantes pertinentes a la problemática de los **discursos de salud instalados en nuestra sociedad, que no constituyen prácticas cotidianas, podrían ser** ¿Cuál es el origen de estos mensajes? ¿Quiénes son los destinatarios? ¿En quién impactan?

---

<sup>11</sup> Este apartado forma parte del trabajo “Formación de mediadores de salud”- PROTRI 2011.

Supongamos que estos mensajes se originaron en la ciencia odontológica a partir del estudio de los agentes etiológicos de la caries dental, cuya difusión fue generalizada en medios masivos de comunicación. Ahora bien ¿por qué estos mensajes que son recitados como un versito en aulas de todos los niveles de educación de nuestra provincia, sin embargo son recuperados como hábitos por pocas personas de nuestras comunidades? ¿Cómo fue transmitida esta información? Cuando se transmitió este conocimiento, ¿se consideraron pautas culturales, sociales, económicas e históricas de los destinatarios, que les permitan identificarse y apropiarse del discurso?

Repensar las acciones de las personas implica abordajes complejos que abren un sin número interrelaciones que encuentran en el trabajo interdisciplinario una herramienta estratégica para su estudio. Desde esta perspectiva se plantea la necesidad de **interpelar “la forma en que tradicionalmente enseñamos educación para la salud”**.

Las recetas, ya conocidas pero no internalizadas, deben dejar de ocupar el primer plano del escenario educativo, abriendo paso a la voz de los actores principales, los niños y sus familias. Que sus interrogantes, inquietudes y necesidades, interpelen, movilicen y permitan buscar respuestas, en una construcción colectiva local y singular que atiende a sus problemas cotidianos.

Si reflexionamos sobre estos mensajes surge la pregunta ¿si todos sabemos qué se debe hacer para cuidarse, por qué la mayoría de las personas no lo hacen? Seguramente las repuestas son múltiples y las causas obedecen a variadas razones, algunas vinculadas a la oposición a una pauta instalada en la familia, o bien al desgano, a veces se relaciona con la inaccesibilidad económica al no contar con un baño con agua de red dentro de la casa, o con un odontólogo que enseñe cómo cuidarse y que le dé importancia a esta práctica o bien que relate otras formas de cuidados cuando no se puede acceder a comprar un cepillo de dientes, etc.

Pensar las causas de estas acciones nos llevaría por el sendero de cuestionarnos, por ejemplo, que si no tengo posibilidades económicas para acceder a la atención de un profesional de la salud, hay una serie de situaciones que se transforman en inaccesibilidades, que van conformando lo que algunos llaman “estilos de vida”. Pero cabe la pregunta **¿son “estilos de vida elegidos” o son los posibles según la “condición de vida”?**

Los mensajes suelen ser confusos y a veces contradictorios, por ejemplo los padres/madres suelen decir a sus hijos “...si te portas bien te doy un caramelo...”; “... portate bien o te llevo al dentista...” Luego ese mismo papá o mamá cuando lleva al niño al dentista, en relación a la cantidad de caries que presenta su hijo, ellos dicen “...es que come muchas golosinas!”. Como si ello explicara las caries del niño, ergo comer golosinas está mal, entonces cabe la pregunta para el niño ¿en casa me dan caramelos para premiarme, tan malos no pueden ser?

A este mensaje se suma la propaganda en la televisión, en el kiosco, en las revistas, que muestran a las golosinas como algo tentador, apetecible, dirigidas directamente a sus consumidores preferenciales “los niños”. Entonces el niño razona: “si mi mamá me dá dulces, los chicos los comen, la propaganda los muestra como algo tentador y que todos quieren...entonces ¿por qué no comerlos?

Sin ánimo de plantear explicaciones solo presentando contradicciones, proponemos que para enseñar educación para la salud bucal, primero escuchemos y miremos a los destinatarios

de la acción educativa, pues el discurso que empodera para la salud se construye en forma colectiva entre todos los participantes del proceso educativo a partir de la acción-reflexión-acción.

Si analizamos lo que suele suceder con nuestros niños en el trayecto escolar, vemos que en jardín trabajamos los hábitos de higiene, cuidados, cooperación, meriendas saludables, compartir, Acompañamos su crecimiento niños, padres y docentes.

Luego en la primaria un mundo nuevo por transitar, “el kiosco de los chicos grandes”. Mientras tanto las maestras/os y los papás/mamás preocupados porque aprendan a leer y escribir, sumar y restar, dejan de lado lo trabajado en el jardín. Entonces ¿Quién enseña en la primaria la alfabetización para la vida, cuidarme, cuidar al otro, respeto, hábitos higiene, etc.? Y se escucha a lo lejos una docente que dice “...se trabaja en todos los grados como contenido transversal”.

Ahora bien, si el cuidado de la salud es un contenido que debe ser trabajado en forma transversal, por lo tanto preferentemente con un enfoque integral, entonces ¿se podrá desarrollar con participación y creatividad de los destinatarios?

El mensaje de salud, suele ser reducido a su aspecto biológico, por ejemplo para enseñar educación para la salud bucal, el contenido que se desarrolla es la estructura de los dientes y surge el interrogante ¿este concepto es el más apropiado para enseñar a cuidar la salud bucal o debe formar parte de una serie de contenidos que le den sentido? ¿Permite crecer y aprender para la vida o solo es un recitado que se evalúa para aprobar la materia?

¿Cuál es el objetivo de enseñar Educación para la Salud? ¿Reproducir mensajes y contenidos? O como participes de un momento histórico particular, dar lugar a la voz de los actores principales y trabajar los contenidos desde sus inquietudes, preocupaciones, desde su cotidiano, para reflexionar colectivamente y definir pautas de actuación que acompañen su crecimiento, con conocimientos significativos construidos a partir de la realidad local?

Si analizamos los problemas frecuentes en las escuelas argentinas de cualquier estrato socio-económico o nivel educativo, aparecen en escena aspectos relacionados con la disciplina, el respeto por sus pares y por los mayores, los hábitos de cuidados, la violencia, etc.

Entonces surge la pregunta ¿quién, cuándo y cómo, debe trabajar estos aspectos que hacen a la integridad de la vida? ¿Se relacionan con la educación para la salud bucal? ¿la fractura dentaria por un golpe se vincula con las maneras de relacionarse?

Algunas aproximaciones nos llevan a pensar que si estos aspectos afectan la vida de relación de las personas, por ende afectan su salud y son un problema del ámbito de la educación para la salud. Trabajar su problematización puede hacer la diferencia.

Por ello es oportuno y apropiado cuando se enseña educación para la salud, preguntar a los alumnos y/o a sus familiares sobre qué tema de salud quieren estudiar, qué les preocupa. Para construir el mensaje que el grupo necesita, desde su potencialidad, dando significado, en la construcción de salud y no en la mera repetición de mensajes predeterminados sin atención a las pautas culturales de los destinatarios.

El abordaje preventivo de la salud bucal, suele ser concretado a través de la atención clínica odontológica, a la cual no todas las personas tienen acceso, está centrado en el control

de las condiciones de riesgo biológicas individuales con acciones que son realizadas por un profesional en forma individual como: selladores de fosas y fisuras para los molares permanentes, fluor para reforzar al niño, asesoramiento dietético referido al consumo de hidratos de carbono, enseñanza de higiene oral, etc.

Sin embargo hay estudios que explican que, para la caries, al igual que para la mayoría de las enfermedades, se han determinado numerosas condiciones de *riesgo social*, referidas a: problemas socio-culturales, económico-laborales, relacionados con la condición de vida de las personas, que a su vez están vinculados con el acceso a: trabajo digno, alimentación necesaria, suficiente y apropiada, vivienda e infraestructura en salud, servicios como el agua potable, recolección de basura, tratamiento de residuos cloacales, información o conocimientos específicos de cuidados de la salud, sistema de atención de la salud integral que incluya la promoción de la salud y la atención y prevención de la enfermedad.

En la actualidad, encontramos bibliografía que avanza en el estudio del proceso salud enfermedad atención de la caries desde la perspectiva de los determinantes sociales del mismo. Sin embargo, este desarrollo conceptual suele no evidenciarse en el diseño de las intervenciones, que siguen siendo individuales en lugar de colectivas.

Desde el abordaje de la epidemiología moderna, el análisis de las problemáticas de caries en la infancia refleja las limitaciones actuales, puesto que contamos con un conjunto de métodos para “clasificar a los individuos con riesgo o sin riesgo”, centrados en lo “individual y biológico”, que no suele estar contextualizado en el proceso histórico y cultural que transitamos” ([Diez Roux 2007](#)).

Describir, entender y explicar las razones de por qué se enferman más unos grupos que otros, de qué se enferman, qué factores actúan favoreciendo y cuáles protegiendo, son preguntas que debemos hacernos para explicarnos la singularidad del PSEA de las comunidades y así poder diseñar intervenciones que busquen el control de las causas para romper el circuito de la enfermedad.

Será en esta búsqueda local y singular en la que encontraremos los temas de la promoción de salud y la educación para la salud que trabajaremos en la escuela, en el centro de salud, en el consultorio, que cobrará sentido y significado en la importancia que tendrá el tema para la comunidad. Ésta se apropia y asume un rol activo que permite generar el trabajo de educación en salud “con conciencia”, que es un tránsito necesario para transformar o reforzar las acciones positivas.

En concordancia con la línea de pensamiento que se viene desarrollando, Almeida Filho plantea, “*los factores de riesgo nada significan por fuera de los contextos sociales culturales e históricos en que ocurren, son la expresión del modo de vida de grupos poblacionales*”.

*Desde la perspectiva colectiva de la salud, se procura identificar vulnerabilidades y protecciones de los grupos sociales, para explicarla y comprenderla, y desde ellas diseñar las intervenciones que: fortalezcan los procesos protectores (estrategias de promoción) o eviten o atenúen los procesos deteriorantes (estrategias de prevención).*

Desde este enfoque podríamos pensar que si los niños aumentan sus riesgos de enfermar, como por ejemplo por lo que consumen en la escuela y los hábitos que allí incorporan en la primaria o en la secundaria, en la búsqueda de “identidad con sus pares”, o por consumir en una “sociedad de consumo”, la pregunta que corresponde es: ¿no serán [acciones colectivas](#) las que tienen la capacidad para dar respuesta a estos problemas colectivos? ¿Será necesario en este nivel de abordaje y análisis conocer y reconocer qué hacen y por qué lo hacen, y desde allí develar las razones de sus acciones y definir pautas de protección colectivas?

*Entonces, podríamos decir que pensar en salud, no es sólo disponer de atención de la enfermedad. Los servicios de salud no pueden ser más la meta de la salud pública. Es pensar en acciones colectivas positivas para la salud y la vida de relación de las personas. Pensar en trabajar en las condiciones de riesgo también en términos colectivos y abordarlas con la fuerza del trabajo colectivo.*

*EL DERECHO A LA VIDA es un derecho primario, fundante y esencial de la condición humana. Del derecho a la vida derivan derechos como tener dónde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, acceder a otros componentes de la salud, tales como: la paz, la justicia, las opciones de vida digna, la calidad de esa vida, la posibilidad de crear... de sentir placer, de tener acceso al arte y a la cultura.*

## BIBLIOGRAFÍA:

- **Almeida Filho N, Castiel L, Ayres J.** *Riesgo: concepto básico de la epidemiología.* Revista Salud Colectiva, 2009; 5: 323-344.
- **Bella M, Ceballos M.** "Crecer en Salud...Planificación local participativa en salud: Una experiencia de intervención comunitaria en jardines maternos de la ciudad de Córdoba, Argentina". Revista Cúspide. Año 12. Nº 20, 2009, Córdoba Argentina; pp 7-13.
- **Breve reseña de la estrategia de APS y los niveles de atención.** Material del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública Universidad Nacional de Córdoba (IIFAP); elaborado por Iván Ase y Jacinta Buriyovich
- **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Organización Mundial de la Salud. *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, Ottawa Canadá 1986.*
- <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- **47º Consejo Directivo,** 58ª sesión del Comité Regional de OPS-OMS. *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.* Washington D.C. E.U.A septiembre de 2006; 25-29.
- **Cuenca Sala E.; Baca García P.** Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª edición. Masson S.A. Barcelona España. 2005; cap. 1, 13.
- **Diez Roux A.** *En defensa de una epidemiología con números.* Salud Colectiva, 2007; 3:117-119.
- **Directrices de la política nacional de salud bucal Brasilia, enero 2004.**
- [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie\\_tecnica\\_11\\_esp.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_esp.pdf)
- **Escuelas del Bicentenario:**  
<http://www.ebicentenario.org.ar/documentos/Area%20de%20Salud.pdf>
- **Jaime Gofin; Gofin R.** Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007.
- **Kornblit AL, Mendes Diz AM.** *Salud y adolescencia.* 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires-Aique Grupo Editor, 2005; Cap 1.
- **Kornblit AL, Mendes Diz AM.** *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales.* Contenidos curriculares, Grupo Editor Aique, Capital Federal, 1º ed. 2000.
- **López Jordi MC.** Tesis de Maestría "La clínica odontológica como espacio de práctica: eje del nuevo modelo pedagógico y perfil profesional", Montevideo Uruguay 2012.
- **Menéndez E.** *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009
- **Montenegro Martínez G.** Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Univ. Odontol. 2011 Ene. Jun: 30 (64):101-108.  
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231218581013>
- **Moysés Simone T, Kriger L, Moysés S J.** Saúde bucal das famílias-Trabalando com evidências. Sao Paulo: Artes Médicas, 2008; Cap. 8.
- **OPS; Renovación de la Atención Primaria de la salud;** agosto de 2005.
- **Ulloque MJ, Lasagno C, Castellanos E, Pizza H, Zuazquitta E.** Área odontológica en la residencia en salud familiar del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Rev. El Espejo. Año 7. Nº 27. Dic 2004.