

Odontología comunitaria y atención primaria en salud: una aproximación conceptual

María Mercedes Lafaurie Villamil

Jaime Alberto Ruíz Carrizosa

María Clara González Carrera

Luis Fernando Restrepo Pérez



**Odontología
comunitaria y atención
primaria en salud:**
una aproximación conceptual

Primera edición, agosto de 2022

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque

Rectora: María Clara Rangel Galvis
Vicerrector de Investigaciones: Gustavo Silva Carrero
Decana Facultad de Odontología: María Rosa Buenahora Tobar

© María Mercedes Lafaurie Villamil
© Luis Fernando Restrepo Pérez
© Jaime Alberto Ruíz Carrizosa
© María Clara González Carrera

ISBN: 978-958-739-278-4 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-280-7 (Digital PDF)
ISBN: 978-958-739-277-7 (Digital e-book)

Editor Universidad El Bosque: Miller Alejandro Gallego Cataño

Coordinación editorial: Leidy De Ávila Castro
Correctora de estilo: Astrid Cárdenas Romero
Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello

Hecho en Bogotá d.c., Colombia
Vicerrectoría de Investigaciones
Editorial Universidad El Bosque
Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A, 6.º piso
(601) 648 9000, ext. 1395
editorial@unbosque.edu.co
www.investigaciones.unbosque.edu.co/editorial

Impresión: Image Printing
Agosto de 2022



Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad El Bosque.

Esta publicación, original e inédita, ha sido editada conforme a los parámetros establecidos por el sello Editorial Universidad El Bosque. Ha sido evaluada por pares académicos bajo la modalidad doble ciego y cumple en su totalidad con los criterios de normalización bibliográfica que garantizan su calidad científica y sus aportes al área de conocimiento respectiva.

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Reacreditación institucional de alta calidad: Resolución 13172 del 17 de julio de 2020, MEN.

362.1976 L13o

Lafaurie Villamil, María Mercedes

Odontología comunitaria y atención primaria en salud : una aproximación conceptual / María Mercedes Lafaurie Villamil, Jaime Alberto Ruíz Carrizosa, María Clara González Carrera, Luis Fernando Restrepo Pérez; edición Miller Alejandro Gallego Cataño. -- Bogotá (Colombia); Universidad El Bosque, 2019. 138 páginas

Incluye tabla de contenido y referencias bibliográficas

ISBN: 978-958-739-280-7 (Digital)

1. Odontología -- Enseñanza 2. Salud pública dental 3. Atención primaria de la salud oral 4. Medicina comunitaria. -- I. Lafaurie Villamil, María Mercedes II. Ruíz Carrizosa, Jaime Alberto III. González Carrera, María Clara IV. Restrepo Pérez, Luis Fernando IV. Gallego Cataño, Miller Alejandro.

Fuente. SCDD 23ª ed. - Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (Julio de 2022) - GH

Odontología comunitaria y atención primaria en salud: una aproximación conceptual

María Mercedes Lafaurie Villamil

Jaime Alberto Ruíz Carrizosa

María Clara González Carrera

Luis Fernando Restrepo Pérez

CONTENIDO

\\\\\\\\\\\\\\	PRÓLOGO	11
\\\\\\\\\\\\\\	PRESENTACIÓN	14
\\\\\\\\\\\\\\	INTRODUCCIÓN	17
\\\\\\\\\\\\\\	CAPÍTULO 1.	
	SALUD COMUNITARIA: BASES CONCEPTUALES	19
	La salud como concepto	20
	Salud pública	21
	Salud colectiva	24
	Salud comunitaria	25
	Odontología comunitaria	27
\\\\\\\\\\\\\\	CAPÍTULO 2.	
	LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:	
	ESTRATEGIA Y ENFOQUE	29
	La atención primaria en salud como instrumento	30
	Antecedentes de la APS	30
	Principios contemporáneos de la APS	34
	APS en salud oral	36
	Competencias de APS en la formación del talento humano en salud oral	43

CAPÍTULO 3.

ENFOQUES ORIENTADORES DE LA ACCIÓN 45

Enfoque de derechos	46
Enfoque bioético	49
Enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS)	51
Enfoque diferencial	52
Enfoque de curso de vida	54
Enfoque de salud familiar	55
Enfoque territorial	56

CAPÍTULO 4.

ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN EN SALUD BUCAL Y APS 61

Estrategias de diagnóstico y lectura de necesidades	62
<i>Análisis de situación</i>	62
<i>Evaluación de necesidades en salud</i>	63
Estrategias de intervención con base comunitaria	64
<i>Prevención en salud centrada en la comunidad</i>	65
<i>Promoción de la salud</i>	67
<i>Cuidado en salud</i>	69
<i>Educación para la salud</i>	71
<i>Comunicación en salud</i>	76
<i>La interdisciplinariedad y el trabajo en equipos de salud</i>	79
<i>Participación social en salud</i>	81
Análisis y evaluación en salud	83
<i>Evaluación de atributos de la APS</i>	84
<i>Evaluación del impacto en salud</i>	84

\\\\\\\\\\\\\\\\	CAPÍTULO 5.	
	INVESTIGACIÓN SOCIAL EN SALUD	87
	La investigación social en salud	88
	Epidemiología social	90
	Investigación cualitativa en salud	91
	<i>Etnografía</i>	93
	<i>Fenomenología</i>	94
	<i>Investigación participativa</i>	94
	<i>Investigación acción participativa</i>	95
	Técnicas de investigación cualitativa	97
	<i>Observación participante</i>	97
	<i>Entrevista a profundidad</i>	99
	<i>Entrevista semiestructurada</i>	99
	<i>Historia y relatos de vida</i>	100
	<i>Grupos focales</i>	100
	<i>Cartografía social</i>	101
\\\\\\\\\\\\\\\\	CONSIDERACIONES FINALES	103
	DE LOS AUTORES	
\\\\\\\\\\\\\\\\	REFERENCIAS	105
\\\\\\\\\\\\\\\\	BIOGRAFÍAS	135

*



PRÓLOGO



En el marco de la salud comunitaria, la Universidad El Bosque desde su creación como Escuela Colombiana de Medicina, hace 45 años, propuso para la formación de sus profesionales un enfoque biopsicosocial y cultural, que trascendiese el modelo biologista bajo el cual se formaban los profesionales de la salud en Colombia. Es así como se estructuró inicialmente un programa de medicina en el año de 1979 y tres años después en 1982 el programa de odontología, con la finalidad de formar profesionales integrales, éticos y humanos que respondiesen a las necesidades de salud de la población colombiana.

Estos dos programas asumieron el modelo biopsicosocial propuesto por el Dr. George L. Engel en 1977, modelo asistencial que plantea abordar al ser humano de manera integral, considerando la interrelación de la totalidad de sus sistemas y el espacio en el que convive y se relaciona con otros miembros de su familia y la comunidad.

Siendo así las cosas, se estableció una propuesta de formación bajo el enfoque biopsicosocial y cultural que contemplase una estructura diacrónica en niveles que corresponden a los niveles de atención en salud en Colombia, en la que se integra la estructura de morbilidad que va desde el cuidado primario hasta el mayor nivel de complejidad. De acuerdo con esta denominación, se estableció igualmente una estructura sincrónica que integrase los conocimientos entre las áreas propuestas: Bioclínica, Psicosocial y Comunitaria, interrelacionando la teoría con la práctica en cada nivel de formación, invitando a que este proceso se integrase de manera activa con el sistema de prestación de servicios en sus diferentes niveles.

Un aspecto relevante de la formación ha sido la práctica comunitaria, en la que el docente y el estudiante se aproximan a las comunidades con el fin de orientar a la familia y a la comunidad en

hábitos saludables o en el análisis y solución de problemas de mayor complejidad (1).

La propuesta de Atención Primaria en Salud fue asumida en los programas de medicina y odontología, partiendo de los primeros niveles de atención (promoción y prevención en salud y diagnóstico precoz) en tanto que en los dos siguientes niveles se preparan y realizan prácticas en atención secundaria (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de mediana complejidad, y consulta ambulatoria). De séptimo semestre en adelante, se enfatiza en el tercer y cuarto nivel (diagnóstico y tratamiento de mayor complejidad a nivel clínico y hospitalario).

Estas actividades se desarrollan en los ámbitos comunitarios, al igual que de manera intra y extra hospitalaria con participación del paciente, la familia y la comunidad, considerando la importancia de la multiculturalidad.

Complementan esta formación humana y social de los profesionales, los seminarios de filosofía e historia de las ciencias. Las Humanidades y la Bioética se incorporaron de manera transcurricular integrándose bajo una reflexión social e histórica, desde una mirada crítica e investigativa teniendo como referente la concepción del cuerpo humano, la salud y la enfermedad, su surgimiento histórico, la macrobioética, los dilemas éticos en la investigación, la bioética clínica y aspectos relacionados con justicia distributiva, integrándose así la bioética al modelo biopsicosocial en el currículo (2). El enfoque biopsicosocial y cultural es un factor diferenciador y distintivo en los programas de formación de la Universidad El Bosque, aspecto que implica la formación de profesionales que reconozcan la integralidad, con una dimensión humana social y ética de su disciplina, y la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario que permita la transformación de la sociedad.

Este referente histórico nos aproxima a la intención de estructurar este libro cuyo propósito ha sido el de recopilar algunos concep-

tos y referentes relacionados con la salud comunitaria y aquellos factores y determinantes sociales que generan diferencias inequitativas en el derecho a la atención en salud de manera individual y colectiva; aspectos relevantes para la formación del odontólogo quien requiere desarrollar un abordaje crítico e interdisciplinario, con una visión holística de la salud de los individuos, la familia y la comunidad.

En el mismo sentido, este texto se propone como marco conceptual que oriente el fortalecimiento de los currículos de los programas de Odontología en términos de la aplicación de las ciencias sociales, la salud comunitaria y la salud pública, con énfasis en el abordaje de un enfoque de Atención Primaria en Salud contrastando así las incidencias de la salud oral y sus implicaciones en la salud general. En esta misma línea, la clarificación de diversas metodologías de intervención y de investigación cualitativa ofrece la posibilidad de contar con orientación para desarrollar proyectos investigativos que permitan construir propuestas de política pública, que contribuyan en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas y las comunidades.

MARÍA CLARA RANGEL GALVIS
Rectora Universidad El Bosque

PRESENTACIÓN



La salud de las personas y los grupos sociales es la resultante de un proceso complejo y dinámico que se produce en los diferentes espacios donde la vida sucede. Es un medio para la realización personal y colectiva en el que confluyen aspectos biológicos, sociales, subjetivos, comunitarios, públicos y privados, del conocimiento y de la acción (3). Como todo proceso social, la salud está estrechamente relacionada con los contextos sociales, económicos y culturales que la circundan. Cuando se habla de salud comunitaria se reconoce la existencia de factores y determinantes sociales que llevan a disparidades entre grupos sociales a la hora de disfrutar de salud y de la necesidad de generar intervenciones en el campo de la Atención Primaria en Salud, introduciendo cambios en la atención individual y en la relación con la comunidad (4).

Como integrante del campo de la salud, la Odontología es una disciplina con carácter social que se compromete éticamente con la calidad de vida de las personas. La práctica profesional de la Odontología más que un fin representa un medio cuya finalidad es cuidar la salud bucal (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucodental es imprescindible para disfrutar de una buena salud y una buena calidad de vida (6). Se han elaborado procesos de reflexión política sobre la práctica odontológica en relación con otras disciplinas; una de estas proposiciones consiste en pensar la salud bucal desde la dimensión colectiva. Se reconoce en ese recorrido la existencia de determinantes sociales, políticos y económicos que inciden en ella (7).

El odontólogo requiere contar con una formación basada en un abordaje interdisciplinario, partiendo de una visión holística de la salud, considerando las condiciones psicosociales y culturales de sus

pacientes, sus familias y la comunidad con una mirada crítica frente a su situación de salud teniendo en cuenta su contexto y su país. Requiere igualmente construir propuestas innovadoras para la toma de decisiones disciplinares en los procesos de promoción y prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, centradas en un alto sentido ético. Asume la responsabilidad de mejorar las condiciones de salud de la población a través de la investigación, las prácticas docente asistenciales y la participación en el diseño e implementación de políticas en salud (8).

En este contexto, se ve la necesidad de construir un modelo educativo en odontología que responda a las necesidades de atención en salud oral de la comunidad. Esto lleva a pensar en un odontólogo formado para el trabajo en equipo, con capacidad de desempeñarse en áreas administrativas y de trabajo comunitario además del ejercicio clínico (9).

Cuenca define la Odontología comunitaria como “la práctica y la ciencia de prevenir las enfermedades orales, promover la salud oral y mejorar la calidad de vida, a través de los esfuerzos organizados de la comunidad”. Su objetivo es, según este autor, diagnosticar problemas de salud oral en la comunidad, detectar causas y planificar intervenciones que puedan ser efectivas para controlarlos (10).

En un diálogo permanente con las Ciencias sociales, la Odontología comunitaria aborda los problemas de salud oral y construye estrategias de intervención para el cambio de paradigmas culturales en torno al cuidado de la salud en los diferentes grupos humanos y el logro de mayor equidad, partiendo del abordaje de los determinantes sociales implicados en el contexto. Planifica, gestiona e implementa procesos de promoción de la salud y desarrolla acciones educativas y de comunicación en salud capaces de impactar en el mejoramiento de las prácticas de cuidado y mantenimiento de la salud oral. De igual modo, desarrolla procesos de investigación orientados al reconocimiento de la situación de salud y de las particularidades de los

ámbitos sociales con miras a alimentar la política pública, buscando desarrollar intervenciones para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que hacen parte de grupos humanos específicos, centradas en una lectura holística de sus necesidades.

El compromiso de la Odontología comunitaria con los grupos sociales implica formar profesionales altamente sensibles a las necesidades humanas, capaces de implementar modelos diferenciales para garantizar la equidad y la igualdad dentro de un contexto donde el reconocimiento de la diversidad es imperioso e irrenunciable. En este sentido, su acción se inscribe en los principios y procesos de la humanización en salud.

Además de ser una herramienta conceptual y una guía didáctica para la formación de competencias en este campo, este texto invita a la reflexión crítica sobre la importancia de humanizar los procesos de intervención comunitaria en odontología, en concordancia con el contexto institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, que asume el modelo biopsicosocial para la formación de sus profesionales buscando incorporar en su ejercicio un abordaje interdisciplinario que considera las realidades psicosociales y culturales de los pacientes, sus familias y la comunidad.

MARÍA ROSA BUENAHORA TOBAR
Decana Facultad de Odontología
Universidad El Bosque

INTRODUCCIÓN



Formar odontólogos integrales capaces de enfrentar el reto de generar transformaciones en contextos marcados por la complejidad, donde los aspectos que conciernen a la cultura y a los determinantes sociales muestran una incidencia innegable en la salud bucal, es un reto que se nos ha presentado como docentes del Área Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque. Es así como nos hemos dado a la tarea de construir este texto, que tiene como objeto aportar a la construcción conceptual de la Odontología comunitaria como un corpus teórico estrechamente ligado a la Atención Primaria en Salud (APS), buscando sensibilizar a odontólogos y estudiantes en torno a tópicos que, en toda su conjunción, permiten visualizarla como un campo de acción con un decidido compromiso con el ser humano en su integralidad, con la humanización de la intervención en salud y con la equidad social.

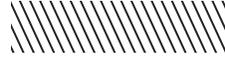
De la mano de los diversos autores que nos han inspirado, esta propuesta surge de la necesidad de proponer un marco conceptual que pueda ser útil para orientar procesos de reflexión y de intervención social en la práctica de la odontología en contextos comunitarios. Es, en buena parte, resultado de las reflexiones que a lo largo de los años han alimentado el trabajo en equipo que venimos desarrollando.

En las siguientes líneas se presenta una panorámica que lleva al lector al reconocimiento de conceptos, metodologías y herramientas útiles para la formación en Odontología comunitaria. A lo largo de la publicación se desarrolla un trayecto que inicia con las bases conceptuales de la salud oral comunitaria, para adentrar al lector en la APS y sus aspectos estructurales y operativos más relevantes, y desde ahí proponer enfoques orientadores, estrategias de diagnóstico y lectura de necesidades, de intervención con base comunitaria y de análisis

y evaluación, para terminar en la investigación social en salud donde nos centramos especialmente en los métodos cualitativos. Este es esencialmente un texto que busca ofrecer fundamentos para dotar de sentido el acto odontológico en contextos comunitarios.

Con la convicción de que el profesional de odontología requiere fortalecer sus competencias para ejercer nuevos roles desde la APS, este texto introductorio invita a asumir una postura abierta a la concepción integral del ser humano y ofrece orientación para avanzar en el desarrollo de propuestas de intervención social y gestión comunitaria mediante estrategias de promoción, prevención y educación para la salud así como a través de procesos de evaluación e investigación, proyectando su labor desde un alto sentido de su responsabilidad social y de su compromiso con el mejoramiento de la equidad social.

CAPÍTULO 1.



SALUD COMUNITARIA:
BASES CONCEPTUALES

En el presente capítulo se desarrollará un recorrido sobre las bases conceptuales donde se enmarca la práctica comunitaria en odontología. Se llevará a cabo una revisión en torno a la salud y a aquellas vertientes de su quehacer que se tocan con la acción social, colectiva y comunitaria en salud oral. Partiremos del concepto de salud para ubicarnos en la salud pública, la salud colectiva y la salud comunitaria, buscando abrir un camino a la Odontología comunitaria que busca ir más allá de la mirada curativa y asistencial para proponer una perspectiva integral de la intervención en salud.

LA SALUD COMO CONCEPTO

Según la definición creada por la oms (11), en 1948, la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición ha sido asumida a nivel global, reconociéndose la importancia de ver la salud más allá de la diada salud/enfermedad. Más adelante, en 1985, la oms propuso esta definición: "La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente" (12).

De acuerdo con lo propuesto por Vélez (13), el concepto de salud se redimensiona yendo más allá de la ausencia de enfermedad hacia un ámbito de derechos, integrando el conjunto de capacidades que facilitan el desarrollo del ser humano en sus diferentes facetas, lo cual permite el acceso a servicios básicos y mejora en los niveles de calidad de vida.

Podríamos, además, considerar la salud como un constructo sociocultural que hace referencia al estado integral de la persona que le provee plenas facultades para asumir de manera activa su desarrollo y su trascendencia, dentro de su contexto, su cultura y su cosmovisión. Es importante destacar que las nociones y formas de actuar re-

lacionadas con los procesos de salud y enfermedad están integrados a la cultura de los grupos humanos en los que estos ocurren. Por ello, la manera como un determinado grupo social piensa y se organiza para mantener la salud y enfrentar eventos relativos a la enfermedad, está asociada con su visión del mundo y con la experiencia. Es únicamente a partir de la comprensión de esta totalidad que se aprehenderán los conocimientos y prácticas ligados a la salud de los sujetos que conforman determinada sociedad, y se podrá intervenir de manera eficaz a favor de su mejor estar en salud. El sistema cultural de salud destaca la dimensión simbólica de la comprensión que se tiene sobre la salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para la definición clasificación, percepción y explicación de la enfermedad propios de una comunidad (14).

SALUD PÚBLICA

La Salud pública es una acción multidisciplinaria y eminentemente social que adelantan los países, cuyo objetivo final es la salud de la población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) la define como “la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas” (15). Las funciones de la salud pública, según la OPS comprenden “el monitoreo, el análisis de la situación de salud; el control de riesgos; la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos; el desarrollo de políticas y la planificación institucional; la regulación y fiscalización; el acceso equitativo a los servicios de salud; la distribución y la capacitación de los recursos humanos; el mejoramiento de la calidad de servicios; la investigación y la reducción del impacto en emergencias y desastres” (16).

La salud pública contemporánea, de acuerdo con lo expuesto por Buss (17), representa un campo de conocimientos y prácticas

con compromisos sociales e históricos que envuelve la identificación de las condiciones de salud de la población y de sus determinantes. Igualmente, conlleva la formulación e implementación de políticas que implican intervenciones resolutivas orientadas a mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de la población, para lo cual se requiere la movilización de diversas fuerzas sociales y sectores gubernamentales. Además, asume la concepción de que la salud hace parte de un sistema de protección social, que es un sistema público comprometido con la defensa de la salud y de la calidad de vida de la población.

La necesidad de abordar la Salud pública hoy desde el pensamiento complejo es destacada por Franco-Giraldo (18), quien plantea que se requiere construir una perspectiva más integral y dinámica de la salud humana. Según el autor se hace necesario para la Salud pública incentivar la cultura de la diversidad y promover la interculturalidad considerando que el diálogo intercultural nutre la Salud pública desde los significados mismos del proceso salud/enfermedad, partiendo de las vivencias y de las alternativas propias de los grupos humanos. El autor propone también una renovación ética en este campo “una ética más comprometida con la vida; una ética humana y social y ecológicamente sustentable; una ética plural en concepciones y alternativas, construida más desde abajo y menos desde las élites profesionales, es decir, una ética más pública, alejada de dominios e intereses privados de los particulares” (18).

Resulta de crucial importancia formar odontólogos en Salud pública, superando la centralidad exclusiva en lo curativo y asistencial. Tanto el sector académico como gremial de la odontología requieren actuar frente a las reformas que se han venido generando en el sector de la salud, y fortalecer la formación social y comunitaria para que los odontólogos adquieran competencias necesarias para hacer parte de los equipos básicos de salud. Se requiere insistir en la de Atención Primaria en Salud (APS) y en la de salud familiar, y formar a los futu-

ros profesionales para hacer parte de equipos multidisciplinarios, con otros profesionales de la salud y de las ciencias sociales, maestros, líderes comunitarios y otros actores para promover el autocuidado y los estilos de vida saludables en los grupos poblacionales (19).

Cada vez resulta más relevante el trabajo en salud oral desde la Salud pública, toda vez que se trata de un campo disciplinar estrechamente relacionado con los cambios sociales, culturales y educativos en la población, que puede tener mejores repercusiones y mayor incidencia, con políticas públicas adecuadamente estructuradas capaces de impactar los sistemas de salud a favor de la promoción de la salud y la calidad de vida.

De acuerdo con la oms “las enfermedades bucodentales afectan de forma desproporcionada a los miembros pobres y socialmente desfavorecidos de la sociedad” (20). De acuerdo con esta Organización “existe una relación muy fuerte y persistente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales” (20). La ops reconoce que las afecciones de la salud bucodental constituyen un grave problema de Salud pública. La caries, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de las mucosas bucales, los cánceres orales, así como las manifestaciones del VIH/SIDA en la cavidad bucal, la estomatitis ulcerativa necrotizante o los traumatismos bucodentales tienen efectos considerables, tanto individuales como colectivos, no solo por el dolor y el sufrimiento que causan sino por la pérdida de capacidad funcional y de calidad de vida que conllevan (21).

Las actividades del Programa Mundial de Salud Bucodental de la Organización Mundial de la Salud (oms) (6) están alineadas con la estrategia de la organización sobre prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Se concede especial énfasis a la elaboración de políticas mundiales de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca, centradas en los siguientes aspectos:

- Instaurar políticas de salud bucodental que permitan avanzar hacia un control eficaz de los riesgos conexos;
- Fomentar la preparación y ejecución de proyectos comunitarios de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca, con énfasis especial en las poblaciones pobres y desfavorecidas;
- Alentar a las autoridades sanitarias nacionales a poner en práctica programas eficaces de fluoración para la prevención de la caries dental;
- Promover enfoques basados en los factores de riesgo comunes para prevenir de forma simultánea afecciones bucodentales y otras enfermedades crónicas;
- Ofrecer apoyo técnico a los países para el fortalecimiento de sus sistemas de atención odontológica y la integración de la salud bucodental dentro de la salud pública. (6)

SALUD COLECTIVA

En América Latina, desde los años 70, se ha venido construyendo una corriente de pensamiento en torno a la medicina social/salud colectiva (ms/sc) que, tal cual lo expresa Casallas, amplía el horizonte al objeto salud “como campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas” (22).

La salud colectiva tiene como eje estructurante de su propuesta conceptual, metodológica y de acción, la denominada determinación social del proceso salud-enfermedad. Propone un análisis de la realidad social a través de la epidemiología crítica, que reconoce en la acumulación de la riqueza la fuente de las múltiples inequidades que afectan los modos de vivir. En consecuencia, propone como alternati-

va una transformación social profunda que garantice la “sustentabilidad, soberanía, solidaridad y salud/bioseguridad integral” (23).

Esta perspectiva, de acuerdo con lo que plantea Casallas (22), puede considerarse en sí misma un proyecto de reforma del saber y de la práctica de la Salud pública en que las alternativas metodológicas y técnicas para abordar el campo de la salud, en las cuales debe apoyarse, requieren avanzar en su complejidad y creatividad con el fin de explicar en mayor medida la producción y distribución de la salud-enfermedad en determinadas sociedades.

En la salud colectiva en odontología, un aspecto central por desarrollar es el reconocimiento de la situación de salud en los diferentes grupos sociales para desde ahí rescatar lo local como sujeto importante en la construcción de mejores indicadores de salud.

SALUD COMUNITARIA

De acuerdo con Montero (24) una comunidad es un grupo humano en constante transformación y evolución que crea, en la interacción, sentido de pertenencia e identidad social. La comunidad es una unidad multideterminada, conformada por individuos que comparten elementos en común y vínculos relacionales. Un elemento esencial de una comunidad es la construcción de identidad entre sus miembros.

La Salud comunitaria, de acuerdo con Segura del Pozo (25), hace parte de una reconfiguración semántica de la denominada Salud pública. Un giro semántico que se da en relación con los “movimientos de desarrollo comunitario” latinoamericanos, gestados a la par de la educación popular, en los cuales los servicios de salud establecen unas relaciones más horizontales con sus comunidades y aportan a dicho desarrollo comunitario. Esto vincula con mayor fuerza conceptos de territorialidad y participación social y comunitaria, los cuales,

en conjunto, se constituyen en fundamento para la declaración de Alma Ata de 1978, que sentó las bases de la Atención Primaria en Salud como se amplía más adelante.

Se entiende la Salud comunitaria como la acción en y desde la comunidad que puede influir positivamente en la salud, actuando sobre los factores de carácter comunitario. La actuación para la mejora de la Salud comunitaria incluye entre otros aspectos la cualificación de los servicios sanitarios, la integración de la atención social y la promoción del autocuidado, la independencia y las redes de soporte familiar pudiéndose reconocer tres frentes fundamentales: 1) mejoramiento de la inclusión social; 2) reducción de la violencia y la discriminación; y 3) el incremento del acceso a los recursos. La intervención comunitaria precisa esfuerzos intensos, en ocasiones de largo alcance y sostenibles en el tiempo, además de procesos de evaluación. Tanto la intersectorialidad como la participación comunitaria requieren del compromiso continuado de los diferentes agentes sociales implicados (4).

La intervención en Salud comunitaria tiene como finalidad el mejoramiento de la salud de determinada comunidad. La Salud comunitaria conlleva una concepción social de la salud en que se reconoce el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad, la implementación de un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, teniendo en cuenta los niveles micro y macrosocial, así como la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones (26).

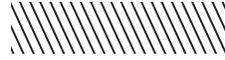
El paradigma salud/enfermedad ha mostrado ser cada vez más insuficiente para englobar la dimensión real del bienestar de las personas y dar respuesta a los problemas de salud en el mundo contemporáneo. En la perspectiva de la salud comunitaria se hace necesario reorientar los sistemas de salud centrados en lo asistencial y curativo hacia la prevención y promoción de la salud (27).

ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

Existe una tendencia actual a visualizar la salud como un producto social. Según lo exponen Martínez y Gispert (28), el enfoque netamente biologicista en odontología no ha logrado impactar positivamente los indicadores de salud en términos de morbilidad, manteniéndose elevadas prevalencias de caries dental y periodontopatías. Cualquier política, estrategia o meta orientada a lograr o mantener salud, según lo exponen estos autores, debe dirigirse hacia los determinantes sociales de salud bucal y la aplicación de la intersectorialidad. Se requiere para ello de un abordaje desde la odontología familiar y social, donde se tengan en cuenta las relaciones entre la salud y sus determinantes sociales, y el odontólogo haga parte de equipos de trabajo y redes con otros profesionales de la salud y otros actores sociales (3).

Ahora bien, con una orientación soportada en la Atención Primaria en Salud (APS), la Odontología comunitaria se compromete con la promoción de la salud, desarrollando procesos de administración, gestión y planificación, además de procesos educativos, de intervención social y de tipo resolutivo que permiten transformar situaciones a favor del bienestar y la calidad de vida de las personas que conforman los diferentes grupos humanos. Un propósito que implica, acudiendo a la perspectiva de salud colectiva, un análisis del proceso salud-enfermedad-atención en salud oral, que vincule el reconocimiento de los modos de vida de individuos y colectivos, determinados por condiciones macroeconómicas, gubernamentales y de consumo (29).

CAPÍTULO 2.



LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: ESTRATEGIA Y ENFOQUE

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD COMO INSTRUMENTO

La Atención Primaria en Salud (APS), como estrategia incluida en la Declaración de Alma-Ata de 1978 para alcanzar “Salud para Todos” proporciona una serie de valores, principios, nociones conceptuales y metodológicas que constituyen un enfoque amplio de la salud, una racionalidad de política de salud y una serie de instrumentos eficaces para promover la creación e implementación de sistemas de salud de cobertura y acceso universal, organizar y operativizar servicios de salud integrales centrados en la persona, la familia y la comunidad, la formulación participativa e intersectorial de políticas públicas para lograr el nivel de salud más alto posible, haciendo énfasis en el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad social (30).

ANTECEDENTES DE LA APS

Es importante conocer los antecedentes de la Atención Primaria en Salud (APS) desarrollados en diferentes lugares del mundo. Como lo expone Apráez:

La historia y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y de la política de salud para todos en el año 2000 no parten de Alma-Ata como se lee en la mayoría de los textos, sino que tienen raíces en la medicina social con el movimiento liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerin entre otros en 1848, al que le anteceden experiencias del siglo XVIII, con Vellermé, Johann Peter Frank y otros, que son reflejo del pensamiento en la construcción de la salud como derecho (31).

El enfoque del pensamiento de la APS desde la medicina social comprende que la salud en el medio social y las relaciones inequitativas e injustas de las sociedades que generan desigualdades han de ser reconocidas por las propuestas de APS las cuales requieren plantear alternativas desde la integralidad y visiones transformadoras que permitan la superación de las relaciones de poder e inequidades en atención de la salud y enfermedad.

Hubo experiencias en Canadá, Sudáfrica, Estados Unidos e Israel con participación de Henry Sigerist, Sidney Kark, John Cassel, Mervin Susser entre otros, quienes desarrollaron la APS de base comunitaria y epidemiología social que influenciaron el desarrollo de propuestas de atención en salud con enfoque integral. Otros autores reconocen antecedentes en China con la iniciativa de “Hospital viajero” y “Médicos descalzos”, impulsadas por el médico John B. Grant desde principios del siglo XX (32). Todos estos antecedentes fueron fundamentales en la formulación de la Política Salud para todos (33) en los albores del año 2000.

Las condiciones de desigualdad en salud de la población a nivel mundial, resultado del contexto social y económico impulsaron a la OMS, entre 1977 y 1978, a realizar reuniones y conferencias con diferentes líderes de los gobiernos internacionales para declarar y comprometerse a realizar cambios en los sistemas de salud, basados en principios como la equidad, solidaridad, justicia social y la participación comunitaria, que permitieran alcanzar el mejor estado de salud para todos los pueblos.

El llamamiento se hace a través de la Declaración de Alma-Ata (30), fruto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud realizada en Kazajistán en 1978 y en la que se recomienda a todos los sectores y a los niveles de gestión y de administración introducir, desarrollar y mantener la APS como estrategia para promover y proteger la salud y alcanzar la salud para todos en 2000. La declaración plantea que, con el suministro de las medidas sanitarias

y sociales adecuadas, a través de la APS, los gobiernos se propongan asumir la responsabilidad sobre la salud de sus poblaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Atención Primaria de Salud como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de las comunidades a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para las comunidades y los países”. De igual forma la considera como el “núcleo del sistema de salud de los países y parte integral del desarrollo socioeconómico general de las comunidades” (34).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud propuso la Atención Primaria de Salud como la:

estrategia ideal para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2015 -conjunto de objetivos y metas cuantificables adoptados en el año 2000 por acuerdo de 189 países, encaminados a combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer- debido a que se encuentran basados en los mismos principios y valores de equidad, solidaridad y justicia social (35).

Los avances en la materialización de este propósito en el Plan de Acción “Salud para todos en el año 2000” (36) marcaron diferencias dadas por las comprensiones de la estrategia, pero también por las posibilidades de los países acorde a sus condiciones económicas y políticas. Lo que resultó en experiencias muy diversas que pasan por la APS selectiva (para poblaciones pobres) hasta proponer transformaciones de sistemas de salud basados en APS como la medicina familiar.

Una vez superada la meta del año 2000 y en diferentes balances que se han realizado de la estrategia, el mundo no puede sentirse satisfecho con los resultados alcanzados. Los altibajos generados por coyunturas políticas, sociales y económicas a escala mundial, regio-

nal y nacional han creado en ocasiones, condiciones favorables y, en otras, “hostiles” a las transformaciones que debieran acompañar el desarrollo de la APS (37).

En la conmemoración de los 40 años de la declaración de Alma Ata, celebrada en Astaná (Kazajstán) en octubre de 2018, se reconocen avances en algunos principios de la propuesta original de 1978; sin embargo, se acepta que persisten disparidades e inequidades en salud, que afectan, especialmente a las poblaciones más pobres y vulnerables a nivel mundial. Surge entonces, la declaración de Astaná, que recoge los principales propósitos de Alma Ata, y los pone a tono con los nuevos retos que enfrenta la Salud pública a nivel global: enfermedades crónicas, cambio climático, violencia, resistencia antibiótica, entre otros. Para esto sus propuestas se alinean con la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a 2030 (38).

La APS, en la intención de cumplir con sus propósitos originales, mantiene vigentes elementos operativos que le permiten actuar frente a los determinantes de las inequidades en salud y dar respuesta integral a las necesidades y expectativas más comunes de las personas y las comunidades. En este sentido, la estrategia, en su versión renovada, continúa destacando, dentro de sus principales pilares: la acción intersectorial por la salud, la participación comunitaria, el acceso a los servicios de salud y la integralidad de la atención (39).

Un sistema de salud orientado por los principios filosóficos y conceptuales de la APS integral, permite la transformación de los modelos de atención y la gestión de los sistemas y servicios de salud, según el contexto y circunstancia de cada país y región. La APS no debe ser entendida como un programa de atención básica de salud, ni como un conjunto de intervenciones en salud, sino como una estrategia para reorientar los servicios que hoy se ofrecen, con la intención de garantizar el derecho fundamental a la salud (40).

Las evidencias acumuladas durante años indican que la APS ayuda a prevenir la enfermedad y la muerte, promover la salud, lograr una

distribución más equitativa de la salud y una asignación más eficiente de los recursos en el sistema de salud. También ha generado debates importantes para la búsqueda de la integración de las acciones de atención individuales y colectivas, la coordinación de las intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, la acción intersectorial y la movilización social que afecten positivamente los determinantes sociales de la salud, mediante el desarrollo de políticas públicas saludables, redistributivas, incluyentes e interculturales (40-41).

PRINCIPIOS CONTEMPORÁNEOS DE LA APS

Partiendo de los avances conceptuales y operativos logrados, y asumiendo los nuevos retos que se plantean a la Salud pública a nivel global y local, estos serían, en consecuencia, los principios contemporáneos de la APS:

- a. *La equidad*: entendida según la máxima “de cada cual, según su capacidad, a cada cual según su necesidad”. La APS en su versión renovada de principios del siglo XXI, ocupa un lugar destacado como mecanismo institucional y social en salud, orientado a garantizar mayores y mejores condiciones para la equidad y el ejercicio del derecho a la salud.
- b. *La solidaridad*: basada en la igualdad de la condición humana. La solidaridad como principio ciudadano que se ejerce entre iguales que atienden a sus mutuas vulnerabilidades.
- c. *La autonomía y participación comunitaria*: sustento del ejercicio de la libertad y la autodeterminación de las personas y los colectivos, que permite reconocer en cada sujeto actuante el ejercicio de sus propias capacidades en función de los valores y metas que le resulten valiosas. En ese sen-

tido, el valor de la autonomía se acerca al de dignidad humana, que, en tanto realizaciones plenas, se constituyen en medio y finalidad de la salud.

- d. *El reconocimiento de las diferencias*: más que el enfoque diferencial, el reconocimiento de las diferencias, referidas al género, la etnia, la generación etc., que en su intersección da lugar a la configuración del espacio dialógico de la interculturalidad. Reconocimiento, respeto y cooperación entre diferentes. (40-42)

Las siguientes serían las categorías operativas:

- a. *Accesibilidad*: tanto geográfica como económica, cultural y organizacionalmente, a los medios y servicios de salud según la necesidad de las familias, grupos sociales y comunidades.
- b. *Integralidad*: tanto de las personas como de las necesidades y los procesos de atención, pues la vida, la enfermedad y la muerte ocurren en la síntesis de la cotidianidad y no en las caprichosas segmentaciones de los procesos administrativos.
- c. *Continuidad*: en la medida en que las soluciones a los problemas de salud requieren seguimiento y permanencia hasta su superación completa.
- d. *Longitudinalidad de la atención*: entendida como la permanencia en el tiempo de la relación entre los equipos de atención, las personas y las comunidades, para garantizar la resolución de los problemas y una mejor calidad de vida.
- e. *Corresponsabilidad social*: en la medida en que los resultados en salud son productos sociales y no solamente derivados de la acción estatal, pero con la claridad de que aquellos no pueden alcanzarse sin el concurso de lo público y lo estatal.
- f. *Intersectorialidad y acción sobre los determinantes*: la constata-

ción de que la salud es un bien que se construye a partir del esfuerzo sinérgico de los diferentes sectores estatales y sociales; del esfuerzo individual, familiar y comunitario, lo que conlleva a que la APS se extienda como concepto y como práctica a los distintos ámbitos de la sociedad en los momentos de la planeación y la acción sobre los determinantes de la salud y de la enfermedad.

- g. *Enfoque familiar y comunitario*: no confundir con la salud o la medicina comunitaria. Este referente hace alusión tanto a los aspectos familiares y comunitarios comprometidos de manera directa con el proceso salud-enfermedad-cuidado, como con la agencia de poder que debe desarrollarse desde estos ámbitos de vida cotidiana para garantizar mejores condiciones para la salud y la vida. (40-41).

APS EN SALUD ORAL

Cuando se quiere estudiar o revisar los servicios de salud oral y su caracterización desde la APS, muy poco es hallado en la literatura científica e incluso desde la normatividad. Se podría mencionar a Brasil como el principal referente en este sentido, ya que ha desarrollado una experiencia amplia en la vinculación de la salud oral a sus programas de APS a nivel nacional.

Actualmente, algunos resultados en los indicadores de salud oral, podrían estar relacionados con la implementación de estrategias de APS. En el caso de la caries dental, las metas propuestas por la OMS en el programa “Salud para Todos” en el año 2000, como lograr un COP inferior o igual a 3 a los 12 años de edad o que el 50 % de los niños de 5 y 6 años se encuentren libres de caries, se han cumplido parcialmente (29-43). Lo que demuestra que los esfuerzos realizados han aportado a una mejoría de estos indicadores, pero que siguen exis-

tiendo grandes inequidades entre países y entre regiones al interior de los países (44). En el caso de la infancia, mientras muchos niños se encuentran sanos, otros presentan altos índices de prevalencia y severidad de problemas como caries dental (45-46).

Otro aspecto que la odontología debe revisar es que la reducción que se logra en problemas como caries dental en la población infantil, pareciera que se pierde con el importante aumento de su incidencia y prevalencia en los adolescentes y jóvenes, como si las medidas de prevención solo lograran retardar la aparición de la caries y no su erradicación (29). Es decir, las medidas de prevención, promoción y atención, muestran resultados favorables solamente en algunos grupos poblacionales, pero no han logrado impactar a otros grupos de población (47). Estos aspectos cuestionan el impacto del programa de educación en salud oral, en la medida en que no logran generar los hábitos adecuados de higiene oral y el autocuidado necesario para toda la vida.

En la población adulta, además de que se mantienen índices muy altos de edentulismo (29), han empezado a aparecer problemas complejos de resolver como la caries radicular, que requiere un manejo preventivo y terapéutico, diferentes al de la caries coronal y el cáncer oral, cada vez con mayor incidencia en la población.

Todos estos retos de los programas preventivos, asistenciales y de salud pública, y las condiciones de enfermedad que persisten en diversas poblaciones, implican una reorientación de los servicios que hoy se ofrecen. La APS integral o renovada que se ha promulgado en los últimos años para superar las dificultades de la APS selectiva, puede aportar nuevas formas de abordar estas problemáticas en el campo de la salud oral, sin desconocer la necesidad primordial de adelantar abordajes interdisciplinarios e integrales en los que se debe vincular la disciplina. Algunos de los aspectos que se pueden tener en cuenta, a la luz de los principios de la APS y reconociendo algunos avances y posibilidades desde la propia práctica odontológica son:

- *Acceso y primer contacto*: el acceso oportuno a servicios de salud oral es fundamental para garantizar un diagnóstico y tratamiento oportuno; así como el mantenimiento de condiciones de salud mediante acciones promocionales y preventivas. Por otra parte, el acceso se relaciona con la posibilidad de un primer contacto con los servicios de salud, consistente en la existencia de una fuente regular de atención disponible dirigida a la salud bucal de la población y que, para muchos, podría constituir el acceso al sistema de salud en toda su amplitud. Sin embargo, este sigue siendo un asunto problemático. Se evidencian muchas barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales en la oportunidad de utilización de los servicios de salud bucal, pero también dificultades en que la consulta odontológica constituya una puerta de entrada al no tener continuidad con el resto de servicios de salud (48-49). Por tanto, es necesario que los servicios de salud oral garanticen una cobertura satisfactoria, con fácil acceso y con contacto con las comunidades en sus sitios de vida cotidiana.

Por otra parte, el servicio de salud oral como primer contacto con los servicios de salud, debe aportar a la caracterización de necesidades de salud de individuos y colectivos, y garantizar la remisión de pacientes con demandas por otros profesionales del equipo de salud. Para todo ello es necesario fortalecer el vínculo entre profesional de la salud oral, otros servicios de salud, usuarios y familias (50-51).

Todo lo anterior debe aportar a mejorar el acceso a los servicios y los programas de salud oral para grupos poblacionales y territorios en los cuales se concentran los indicadores de inequidad, a través de la distribución de la oferta y la disponibilidad de la respuesta en salud oral, así como la ampliación de programas a grupos prioritarios (52).

- *La integralidad e intersectorialidad*: este principio requiere que los servicios de salud oral fortalezcan la capacidad de identificar y caracterizar necesidades y potencialidades individuales y familiares en los territorios. Esto debe conducir a ofrecer una atención global, extensa, no centrada solo en la resolución de los problemas de salud oral que se demandan (53). Más bien debe contener un conjunto de servicios disponibles en salud bucal como también facilitar la atención en servicios de salud general, que permitan cubrir las necesidades y problemáticas de salud bucal y general de los diversos grupos que conforman la población usuaria (54).

Este principio incluye el desarrollo de estrategias de atención individual y colectiva, donde se integran las respuestas preventivas y resolutivas acorde con la necesidad de la familia y el sujeto en diferentes niveles de atención: promoción-trabajo sobre determinantes sociales de la salud y prevención; visitas a los hogares y soporte a los cuidadores mediante educación estructurada, valoraciones o tamizajes. En lo específico de la profesión incluye: aplicaciones de flúor y suministro de elementos para la higiene a cuidadores; identificación de conocimientos, actitudes hacia la salud oral, así como de expectativas y autoeficacia desde la percepción de los usuarios. Por otro lado, se debe garantizar la curación, rehabilitación y atención de urgencias/emergencias odontológicas por parte de equipos multiprofesionales (55).

Finalmente, la integralidad requiere de sólidos procesos de vigilancia en salud, gestión comunitaria e intersectorial para la sustentabilidad de las respuestas y la incidencia en procesos determinantes.

- *Vínculo, longitudinalidad y continuidad*: estos principios hacen referencia a la posibilidad de lograr una atención en salud oral permanente en el tiempo, con regularidad en la rela-

ción entre el usuario y un proveedor estable de los servicios odontológicos (54).

En cuanto a las dificultades y grandes retos que impone este principio se encuentra que la infraestructura de los servicios de salud oral es insuficiente, con servicios y modelos de salud fragmentados entre niveles de atención y entre acciones individuales y colectivas (56). A esto se suma, en muchos contextos, las condiciones de trabajo precarias que no garantizan un vínculo de los profesionales con los individuos y comunidades en el tiempo (57).

Es, por tanto, fundamental avanzar en la estructuración de modelos y servicios de salud oral que fortalezcan una oferta colectiva e individual de servicios; que vincule con decisión, un trabajo desde los ámbitos de vida cotidiana de las personas, hasta la atención individual en todos los niveles de complejidad que se requiera. Que integren la atención individual y colectiva en salud, y garanticen el vínculo, la continuidad y la integralidad de las acciones para mejorar las condiciones de salud bucal de la población a través de una respuesta oportuna y articulada de los actores responsables.

- *Coordinación*: como parte del fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud oral y la posibilidad de garantizar buena parte de los principios de la APS, se hace fundamental fortalecer el principio de coordinación. Este implica la existencia de mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia entre los diversos proveedores de servicios de salud oral con otros servicios y otros sectores, para evitar la fragmentación de la atención en salud y las necesidades de salud.

Los retos y dificultades que se han evidenciado en relación con este principio tienen que ver con insuficien-

cia y utilización inadecuada de los sistemas de información, protocolos y diagrama de flujo, instrumentos de salud de la familia, monitoreo de metas. También, como ya se ha mencionado en otros principios, existen dificultades en la referencia y contrarreferencia, tanto entre servicios y especialidades de salud oral; pero, sobre todo, con otros servicios (58).

Se requiere, por lo tanto, desarrollar instrumentos de caracterización y de técnica grupal en espacios sociales, que permitan identificar necesidades en el contexto particular de cada individuo y colectivo. Además, generar herramientas que permitan monitorear de manera periódica la calidad de las prácticas de cuidado, de la efectividad de la canalización a servicios y del desarrollo de las acciones de atención primaria. Todo esto implica sistemas de información robustos dentro del modelo de atención en salud (59).

Es necesario, entonces, en relación con la coordinación, un nivel óptimo de rectoría de los servicios que promuevan la calidad en la atención odontológica con el fin de garantizar el derecho a la salud y la humanización del servicio.

- *Enfoque familiar y comunitario, competencia cultural y enfoque diferencial*: es prioritario el fomento de la participación comunitaria en la definición de necesidades en salud oral y en las alternativas para su intervención. Esto requiere la identificación de diversas variables en los procesos de caracterización de la salud oral en escenarios como la familia, la escuela o los territorios. Al reconocer a la familia como núcleo fundamental de la sociedad, se enfatiza en la importancia del reconocimiento del entorno y los antecedentes familiares dentro de los condicionantes del proceso salud-enfermedad-cuidado bucal, así como la necesidad de

facilitar y fomentar la participación y apoyo familiar en la atención en salud, todo esto articulado con los servicios de atención individual.

Dentro de las principales dificultades identificadas en el desarrollo de estos principios se encuentra un predominio de la atención curativa, especializada en intramuros. Situación que puede estar relacionada con la ausencia de educación permanente y específica en salud familiar y comunitaria en los odontólogos, tanto en el pregrado como en el posgrado (60-61).

Una perspectiva familiar, comunitaria y territorial, requiere entonces, promover la vinculación de la odontología y las comunidades a la gestión de las políticas públicas en salud, así como fortalecer acciones de promoción y prevención en espacios de vida cotidiana; planificación y monitoreo de las acciones de la APS en consejos de salud o su equivalente en el contexto local; reconociendo la cultura local y las diferencias de género, curso de vida, etnia, clase social en el desarrollo de las acciones; y la evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios (55, 62).

En cuanto a las competencias de los profesionales de la odontología, implica que estos deben adaptarse y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud con las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada, con el fin de desarrollar programas de promoción de la salud bucal y prevención, innovadores, en espacios sociales cotidianos de la población, que orienten técnicamente la resignificación de las nociones y las prácticas en torno al cuerpo, la boca y el bienestar general con el fin último de mejorar la calidad de vida.

COMPETENCIAS DE APS EN LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD ORAL

A partir de la caracterización de atributos de la APS en salud bucal, se considera necesario proponer las competencias particulares que se deben gestar desde la formación en odontología. En esta dirección, se pueden identificar “atributos particulares en el contexto de docencia servicio en las facultades de odontología”, que son cruciales en la prestación de servicios odontológicos clínicos y comunitarios. Entre ellos están las competencias en APS que deben obtener los odontólogos en las clínicas y en el trabajo comunitario. Dado el cambio de paradigma, desde un modelo biomédico tradicional y de una atención centrada en la curación hacia un enfoque de atención integral en salud, se requiere que el recurso humano tenga una capacitación, tanto de pregrado como de posgrado, coherente con las características específicas del enfoque de APS, de tal manera que garantice la apropiación y aplicación efectiva de sus principios, valores y atributos (56, 63). Gontijo, en Brasil, definió una serie de competencias que debería tener el odontólogo para trabajar en la APS:

- a. *Competencias técnicas y de servicio*: conocimiento técnico-científico con intervención clínica humanizada; diagnóstico preciso; coordinación y ejecución de acciones colectivas de promoción y prevención en salud; promoción y educación en salud; educación permanente; ejecución de visitas domiciliarias cualificadas; atención adecuada a grupos específicos; atención odontológica con enfoque para gestantes y bebés; interacción y conocimiento de la comunidad que actúa; trabajo en equipo multiprofesional y habilidad manual.

- b. *Competencias personales y comunicativas*: creatividad y capacidad de adaptación; creatividad con iniciativa y flexibilidad; liderazgo; seguridad y confianza.
- c. *Competencias del cuidado y organizacionales o metódicas*: acogida al usuario y humanización; planificación en salud; gestión y organización.
- d. *Competencias sociopolíticas*: análisis e interpretación de la realidad sociopolítica del contexto.
- e. *Docencia servicio*: procesos de evaluación, formación, requisitos, etc.
- f. *Calidad técnica de la atención clínica odontológica en las facultades*: es primordial entonces, potenciar la relación y la articulación entre sectores académicos y de servicios y programas de salud y sociales, a través de estrategias y modelos integrales, que reorienten los procesos institucionales en pro de la formación en salud bucal en escenarios reales que desarrollen las competencias mencionadas (64).

CAPÍTULO 3.



ENFOQUES
ORIENTADORES
DE LA ACCIÓN

Un enfoque es el conjunto de referentes epistemológicos y teóricos (65) que permiten la interpretación de determinada realidad. Los enfoques seleccionados para este capítulo constituyen marcos de referencia que pueden ayudar a orientar la acción en salud centrada en la APS y los procesos de investigación dentro de la odontología comunitaria.

ENFOQUE DE DERECHOS

La inclusión del enfoque de derechos en los compromisos internacionales sobre salud, población y desarrollo, lleva a ver la importancia del diálogo como medio para mejorar la salud y la calidad de vida. Esto ha conducido a nuevas miradas orientadas a profundizar en los hechos de la salud desde la perspectiva de los actores sociales, atendiendo al peso de la cultura y la organización social en el modo como los grupos humanos asumen su salud y la cuidan, dando cabida con ello a procesos de construcción de ciudadanía, desde la participación social. En la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, se destacó el compromiso de construir y fortalecer las políticas y los servicios universales de cuidado, partiendo del reconocimiento de la necesidad de cuidado y con fundamento “en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares así como entre hombres y mujeres” para lo que se requiere avanzar en cuanto al diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas” (66).

La salud es un derecho humano básico y a pesar de que las problemáticas bucales no constituyen causas de muerte inmediata para las personas, sí afectan su calidad de vida “porque prolongan estados de dolor y sufrimiento, limitaciones y desventajas sociales y funcionales, hasta el componente estético y el psicológico”, tal cual lo señalan Agudelo y Martínez (7), quienes afirman que la salud oral

como derecho fundamental se liga a la calidad de vida y al bienestar de los individuos y de las comunidades.

En la salud bucal, aspectos como la equidad y los determinantes sociales cobran valor cuando la población con menos acceso a este campo de servicios se enfrenta a la marginalidad en su diario vivir y con ello a aspectos como la mala nutrición, la higiene deficiente, el sobrepeso/obesidad y hábitos como consumo de tabaco y alcohol (67). La falta de acceso a la atención odontológica representa una problemática de salud pública relevante en buena parte de los países en vías de desarrollo, y se acentúa más en grupos vulnerables y en edades extremas de la vida (68). Los ingresos familiares, la edad, la raza y la educación parental, se correlacionan con la necesidad dental insatisfecha, así que la desventaja social que esto genera se asocia con el aumento de casos de enfermos no tratados (69).

La inequidad en salud se refiere a una diferencia injusta y prevenible (70). La equidad se relaciona con la adecuada distribución de bienes y servicios en la población en tanto que la desigualdad en salud significa la diferencia en los perfiles epidemiológicos de clases y grupos sociales; es decir, es la forma en que se distribuye el proceso salud enfermedad en las poblaciones (71).

El concepto de equidad en salud puede ser asumido como igualdad de oportunidades de acceso a los recursos disponibles. Implica “una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud; una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal, una sentencia que presenta importantes fracturas cuando se penetra en el interior de las realidades sociales de los pueblos” (72).

Al analizar las desigualdades e inequidades en salud bucal en el contexto mundial, autores y organismos internacionales reconocen que, a menor nivel de desarrollo cultural y económico, se presentan mayores niveles de patologías bucales; lo cual quiere decir, que existe

un desequilibrio en cuanto al acceso a la prevención en salud bucal llegándose a ofrecer prevención a quienes poseen mejores condiciones y tratamientos generalmente agresivos, como las exodoncias, a los que tienen menos. Se observa también que existe una distribución desigual de los recursos humanos, estando estos mayormente concentrados en las ciudades con mayor desarrollo económico y social (73). Existen profundas disparidades en los recursos humanos y financieros, la fuerza de trabajo dental y tipos de personal capacitado entre los países que componen Iberoamérica (74).

Hoy en día es más frecuente que los odontólogos reconozcan la caries como consecuencia de un proceso multifactorial localizado que puede influir directamente en el bienestar general de la persona. Esta enfermedad, no es solo resultado de un proceso bioquímico de transformación de azúcares presentes en la boca sino el reflejo del recorrido que la persona hace a largo de su vida. Acciones de salud en promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno por parte de los países han mostrado ser la principal herramienta para el mejoramiento del estado oral de los niños e individuos en general (75).

El acceso universal a una atención de alta calidad y un enfoque en resultados equitativos, es fundamental para desafiar las inequidades en salud. Lo mismo ocurre con el desafío de las inequidades que se presentan en las condiciones sociales que conducen a desigualdades en la salud (76). Para reducir las desigualdades en la salud, es necesario pasar del paradigma biomédico orientado a enfrentar los problemas de salud al modelo de los determinantes sociales de la salud que ubica la responsabilidad principal en el ámbito sanitario que implica la política pública y la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico y el diseño de proyectos y programas (77).

Las características de la Atención Primaria de Salud la hacen idónea para reducir la brecha de la desigualdad. En el camino hacia la equidad efectiva en salud, la igualdad en el acceso a los servicios, la

atención proporcional a las necesidades de las personas y el trabajo integrado de tipo intersectorial pueden tener un efecto significativo. Hernández-Aguado y colegas proponen estas cinco líneas de intervención en APS para el logro de la igualdad en salud: información para la acción, participación social, capacitación, intersectorialidad y reorientación de la atención a la salud (78).

ENFOQUE BIOÉTICO

El modelo social en odontología conlleva la responsabilidad conjunta de los diferentes actores que interactúan en los procesos del cuidado y mantenimiento de la salud oral. En este contexto ocupan un lugar central los derechos del paciente, lo que implica el reconocimiento a su autonomía en la toma de decisiones relacionada con su cuerpo y su salud. La bioética lleva al odontólogo a ver de manera crítica y reflexiva su ejercicio profesional, especialmente en lo que atañe a la relación con el paciente, a los dilemas éticos que se presentan en la práctica y al cumplimiento de los principios deontológicos de la profesión (79).

El enfoque bioético en la práctica del odontólogo promueve una atención odontológica con calidad, en donde se fomente la responsabilidad del paciente y se excluya su subordinación (80). Barrena-Escurra y colegas (81) afirman que la importancia de la bioética en el contexto del trabajo con las comunidades obedece, entre otras circunstancias, al cambio social y a la mayor complejidad en el seno de las colectividades, en las que se dan hoy fenómenos diversos y determinantes como longevidad, precariedad, movilidad, insostenibilidad, innovación, diversidad, fragmentación o desigualdad. La incorporación de contenidos y enfoques bioéticos se requiere en la intervención comunitaria de los servicios sanitarios de atención primaria, dada la necesaria contribución tanto del sistema sanitario público

como de la bioética a la construcción de ciudadanía y al fortalecimiento ético de la comunidad.

Es así como la inclusión de la dimensión bioética en las acciones de la odontología en la APS es un imperativo. La mirada bioética responde a la necesidad de enfrentar los cambios que la sociedad va introduciendo mediante nuevos valores en los profesionales, buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes, que son su razón de ser (82).

Señala Rangel (83) que resulta imperiosa la necesidad de construir nuevas alternativas en los procesos de enseñanza-aprendizaje que integren la interdisciplinariedad y la humanización de la relación odontólogo-paciente, que la reestructuren o la adapten a las realidades sociales, buscando de manera primordial el beneficio del paciente. Para la autora (84) la intersección entre la bioética y el modelo biopsicosocial en salud tiene como finalidad la promoción de la dignidad humana en su integridad. A partir de esta unión se pretende generar una cultura de la vida basada en la justicia, su calidad y su sentido.

La humanización en salud asume al paciente como el protagonista de la atención y destaca la importancia de responder a sus necesidades, teniendo en cuenta sus particularidades y su contexto social y cultural. Entre los atributos de la humanización se pueden destacar los siguientes: a) reconoce a la persona como un ser integral, desde sus dimensiones biopsicosociales y culturales, sobrepasando el hecho biológico; b) promueve el derecho a la salud como premisa inalienable que se revierte en equidad y justicia en la atención, más allá de circunstancias personales y condiciones de clase, étnicas y de género de las personas; y c) implica superar barreras administrativas, económicas y operativas para ofrecer servicios que den respuesta a las necesidades de los usuarios y reconozcan sus derechos (85). La humanización en la atención exige por parte de los profesionales el desarrollo de una conciencia crítica que los lleve a comprender el valor y la responsabilidad que implica su ejercicio (86).

ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

En la salud ha prevalecido un enfoque de riesgo que propone que los comportamientos poco saludables conducen a la mala salud. Este enfoque considera que las personas son en gran parte responsables de su propia salud y pueden mejorar la salud a través de mejores comportamientos y hábitos de salud. Sin embargo, es necesario entender la importancia de mejorar los determinantes sociales para reducir las desigualdades en la salud y mejorar la salud al mismo tiempo que intentamos facilitar y apoyar la implementación de mejores comportamientos en las personas. Existe una amplia evidencia que muestra la relación entre los factores sociales y ambientales y los resultados de salud, a la vez que la incidencia de programas y decisiones políticas en el cambio de condiciones (76).

Luego de un proceso de análisis y de estudio de la evidencia científica, que desembocó en la Conferencia Mundial de los Determinantes Sociales en Salud de Río de Janeiro, en 2011, la OMS logró, mediante consenso político, el compromiso de los Estados a tomar acciones frente a las inequidades en salud a través de una acción decidida en sus determinantes sociales. La Declaración política de Río estableció cinco áreas centrales para la toma de decisiones orientadas a impactar en los determinantes sociales de la salud que contribuyen a reducir las inequidades en salud: gobernanza, trabajo intersectorial, apoyo internacional, medición y monitoreo, y participación social. Villar Montesinos las resume de este modo:

La *gobernanza* se refiere a que los Estados y los gobiernos desarrollen mecanismos que favorezcan un gobierno intersectorial, con la vinculación de los diferentes sectores sociales y políticos, de tal modo que sea posible abordar los determinantes sociales más allá del sector salud. Los mecanismos de

gobernanza permiten poder abordar coherentemente el tema involucrando diferentes sectores.

El *trabajo intersectorial* se lleva a cabo al interior del sector salud. Los ministerios de salud requieren transversalizar el tema de la equidad y de los determinantes sociales en los diferentes programas y en los diferentes sistemas de salud.

El *apoyo internacional* conlleva un llamado para que los Estados nacionales puedan tener coherentemente un apoyo internacional que consienta abordar intersectorialmente las diferentes acciones. Implica el trabajo integral y de cooperación entre los países.

La *medición y monitoreo* se enfoca en medir los resultados de la inequidad en salud para evaluar el impacto de las políticas sobre la salud. Se requiere igualmente orientar esfuerzos a la medición y monitoreo de las políticas que abordan los determinantes sociales de la salud para influir los resultados de equidad e inequidad.

La *participación social* está orientada a involucrar no solo a diferentes sectores del Estado, sino a los diferentes actores de la sociedad, como la academia, la sociedad civil y el sector privado, de tal modo que las políticas puedan ser no solamente intersectoriales con una base interdisciplinaria, sino que puedan ser desarrolladas con la participación de los diferentes actores sociales. (87)

ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial surge como un desarrollo progresivo del principio de igualdad y no discriminación (86). Este enfoque surge basado en los Derechos Humanos Universales, que establecen la igualdad entre las personas más allá de sus especificidades individuales y cultura-

les y reconoce el derecho a la igualdad y a la diferencia, considerando categorías relacionadas con dimensiones como el género, el ciclo vital o el contexto situacional (89).

Según Zapata-Barrero (90) existen nuevas dinámicas de diversidad frente a las que la innovación administrativa y política tiene que actuar hoy. El enfoque diferencial se concibe tanto frente a la protección de los sujetos como a la intervención de condiciones y situaciones generadoras de vulneraciones y dinámicas de vulnerabilidad en sujetos y colectivos que causan discriminación, segregación y exclusión. Igualmente, reconoce la diversidad asociada a múltiples condiciones humanas y situaciones vitales como un componente imprescindible de la materialización de los derechos humanos (91). Este enfoque tiene en cuenta el posicionamiento de los actores sociales como sujetos de derecho, considerando aspectos como el grupo socioeconómico, el género, la orientación sexual, la etnia e identidad cultural además de variables implícitas en el ciclo de vida, que incluyen la infancia, adolescencia, adultez y vejez (92).

Se considera como población vulnerable al grupo de personas en estado de desprotección y exclusión, en quienes las inequidades por diferencias socioeconómicas, culturales y de estilo de vida, en conjunción con el sexo, la raza, la edad y la susceptibilidad genética, incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades orales y amenazan la salud general (93). Es por ello, que en los ámbitos de la salud oral se hace necesario reconocer a aquellos grupos que por sus condiciones están en riesgo de exclusión, y ofrecerles una atención que considere sus necesidades particulares. Es así como las niñas, niños y adolescentes, gestantes, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, aquellas afectadas por el desplazamiento o la migración, colectivos LGBTI (Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales) y minorías étnicas y raciales, entre otros, requieren ver protegido su derecho a la salud. En consecuencia, los programas comunitarios en salud oral destinados a estos grupos humanos requieren partir de un reconocimiento de sus necesidades y particularidades.

ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

Según la Organización Panamericana de la Salud (92), el enfoque de *curso de vida* considera el modo en que la salud de las personas, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras se interconectan a lo largo de la vida, está enmarcado en un concepto de la salud como un proceso dinámico que requiere ir más allá de las intervenciones orientadas a enfermedades específicas. Considera que la salud representa un recurso esencial para la producción y el mantenimiento de capacidades en individuos y poblaciones. Igualmente, concibe la salud como una dimensión importante del desarrollo humano más que como un fin en sí mismo.

El enfoque de *curso de vida* es aplicado a la comprensión de los cambios en la vida de las poblaciones, considerando sucesos de larga duración, sucesos que acontecen a lo largo de la vida con un calendario y una intensidad determinada inherente al momento histórico que se vive y a las condiciones propias de los grupos humanos. Este enfoque, según Cenobio-Narciso y colegas (93) implica distintos postulados y principios que conforman su construcción conceptual. Los postulados que conforman el enfoque del *curso de vida* son los siguientes: transición, trayectoria y punto de inflexión (*turning point*).

La transición: el concepto de transición se relaciona con los cambios de estado, posición o situación. Algunos tienen más o menos probabilidades de ocurrir por la edad y las condiciones culturales o sociales de cada individuo, pero no son necesariamente predeterminados o totalmente previsibles.

La trayectoria: se refiere a un camino de larga duración en el tiempo, no necesariamente permanente y estable, pero con cierta continuidad. Para el enfoque del *curso de vida*, la trayectoria no conlleva alguna secuencia en particular ni cierta velocidad en el proceso del propio tránsito, a pesar de que sí existen mayores o menores probabilidades en el desarrollo de ciertas trayectorias vitales. Se dice

que las transiciones siempre están integradas en las trayectorias. Determinados eventos vitales pueden conducir a resultados de largo plazo. El matrimonio, por ejemplo, representa una transición que puede implicar varios cambios en la trayectoria de vida de una persona, ya que puede ser el inicio de la fecundidad y de la vida laboral, así como el fin de la etapa escolar.

Por su parte, Blanco (94) explica que la trayectoria se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la estructura de edad. Las trayectorias abarcan diferentes ámbitos o dominios que son interdependientes como lo son el trabajo, la escolaridad, la vida reproductiva, la migración. El análisis del entrelazamiento de las trayectorias vitales tanto en un mismo individuo como en su relación con otros individuos o conglomerados (de manera muy importante, con la familia de origen y procreación), es central para el enfoque del *curso de vida*. En cambio, la transición es el paso que se puede dar de la adolescencia a la adultez, así como la de la edad adulta a la ancianidad.

El punto de inflexión: constituye un momento en el que se producen cambios importantes en la trayectoria del ciclo de vida; implica eventos que causan fuertes modificaciones en la dirección del ciclo de una vida. Se trata de cambios que implican la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales, que pueden surgir de acontecimientos fácilmente identificables, o bien de situaciones que pueden ser consideradas como subjetivas. El punto de inflexión causa un cambio duradero más que un desvío temporal y ubica a los sujetos y a sus familias en otra perspectiva distinta a la que se tenía con anterioridad.

ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo; se reconoce su función protectora ante las tensiones que

genera la vida. Es también el principal recurso de promoción en salud y prevención de la enfermedad y cumple una función cuidadora y protectora de sus miembros, sobre todo aquellos que son enfermos y dependientes. En la familia se desarrollan, mantienen y cambian los hábitos de salud, los cuales suelen ser compartidos por sus miembros. Es por ello que realizar trabajo con la familia puede tener un efecto general en la salud de sus integrantes (95).

Tal cual lo exponen Díaz Cárdenas et al. (96), la salud familiar es resultado del equilibrio armónico entre tres componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales, y el funcionamiento familiar. El funcionamiento familiar refleja la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad del grupo para enfrentarse a las crisis. La salud familiar implica la relación individuo-familia-sociedad. Esto significa que la salud de la familia depende de la interacción entre factores personales, como aquellos de tipo psicológico, biológico y social; factores propios del grupo familiar tales como estructura, funcionalidad, economía de la familia, ciclo vital, afrontamiento de las crisis y factores sociológicos relacionados con el modo de vida comunitario y social, entre otros aspectos. El modelo de atención en odontología con enfoque en salud familiar mejora la calidad de vida de los pacientes, ya que al atenderlos de manera integral mejora su salud desde el plano biopsicosocial, observando los factores que están contribuyendo a desmejorar su salud física y mental a través de la detección oportuna y apoyándose en las demás disciplinas de la salud para desarrollar una atención odontológica transdisciplinaria "viendo más allá de la boca".

ENFOQUE TERRITORIAL

El enfoque territorial es una perspectiva heurística que considera el territorio como el escenario construido socialmente donde ocurre

todo lo social y simbólico. El territorio es a la vez natural, espacial, social, cultural, económico, político e histórico (97).

De acuerdo con Fernández et al., el territorio puede ser concebido como “una construcción social, donde los actores son quienes configuran con sus relaciones el significado y la apropiación de un determinado espacio físico y social. Estas relaciones son tanto de colaboración como de conflicto y el espacio que es apropiado y significado por los actores (dotado de territorialidad) es a la vez un medio de afirmación para ellos mismos y su identidad” (98).

La salud supera el ámbito hospitalario, más allá de la alta tecnología. Para producir más salud y para disminuir las enfermedades, es necesario estar lo más cercanos a los lugares por donde transita y se realiza la vida cotidiana: el hogar, el barrio, la escuela, el lugar de trabajo. Es así como se requiere incorporar la gestión territorial en salud (99).

Tobar (100) afirma que es posible contemplar el desarrollo de una gestión territorial en salud, pero esta requiere cumplir cuatro condiciones básicas. La primera es promover un abordaje poblacional; la segunda, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado; la tercera, avanzar hacia un abordaje integral; y la cuarta promover la regulación de la oferta. Veamos a continuación un resumen de la propuesta de este autor:

a) *Abordaje poblacional.* Este modelo de atención en salud establece prioridades apuntando a mejorar la salud del conjunto de la población antes que la erradicación de afecciones o enfermedades. Privilegia la detección precoz sistemática en poblaciones conocidas mediante un esquema de cuidados programados y continuos. Implica como primer paso, la identificación y nominación del grupo poblacional. A partir de una población definida y conocida es posible asumir un enfoque centrado en las necesidades epidemiológicas, establecer cui-

datos programados y una lógica de cuidados progresivos en red, siendo más factible desplegar acciones extramurales o comunitarias y más viable incorporar esquemas de monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios y redes.

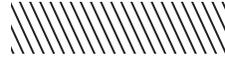
b) *Abordaje horizontal y descentralizado.* El paradigma organizacional en salud ha sido tradicionalmente vertical. Alma Ata y la estrategia de APS enfatizaron las actividades intersectoriales, la participación de la comunidad y el uso de medicamentos esenciales, considerando una forma integrada y holística de aproximación a la salud, en vez de aproximaciones técnicas, de arriba hacia abajo. Resulta fundamental recuperar el abordaje territorial de tipo horizontal, apuntando a la construcción y fortalecimiento de servicios locales sostenibles, con población a cargo, cuya competencia central sea asumir cuidados continuos y programados y siendo evaluados por los logros obtenidos a través de ello.

c) *Abordaje integral.* Al asumir un abordaje integral se requiere no solo trabajar desde la promoción y la prevención sino fundamentalmente incorporar en el equipo de salud la definición de quiénes son los responsables primarios de los resultados de salud de la población residente. Esto implica notables desafíos de coordinación y funcionamiento en red porque con frecuencia los servicios locales se limitan al primer nivel de atención y se percibe que para brindar respuesta integral hace falta disponer de servicios de alta complejidad. La telemedicina y los sistemas de información permiten optimizar el funcionamiento de los servicios en red, potenciando la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención sin necesidad de multiplicar permanentemente la oferta.

d) *Regulación de la oferta.* Un modelo de gestión territorial no es compatible con el surgimiento y la habilitación indiscriminada de servicios de salud. Si la población es referida a los servi-

cios, los servicios disponibles también deben ser referidos al territorio y a la población que en él habita. Las revisiones de la ecología de la atención médica confirman que es imprescindible contar con servicios de primer nivel muy próximos al lugar de residencia de los ciudadanos, pero no así con los servicios especializados y de complejidad. Para que se justifique la disponibilidad de un servicio de complejidad dentro de una determinada localidad debería haber alrededor de un millón de habitantes y ningún otro servicio con la misma capacidad resolutiva próximo. Es que el problema del acceso más que una cuestión geográfica es de modelo de atención. Un modelo de gestión territorial en salud demanda que las autoridades sanitarias operen con un mapa sanitario que autorice (habilite y acredite) la oferta de servicios en función de las necesidades de la población y de la evaluación de su desempeño sanitario (100).

CAPÍTULO 4.



ESTRATEGIAS PARA
LA ACCIÓN EN SALUD
BUCAL Y APS

Para la acción en Odontología comunitaria dentro del contexto de la APS, la implementación de las estrategias, procesos y recursos depende de los momentos, los contextos, las necesidades de los colectivos y las particularidades educativas y culturales de los sujetos, así como de los enfoques presentados en el capítulo anterior. A continuación, presentamos algunas estrategias con sus recursos y herramientas, que pueden aportar al diagnóstico, planeación, implementación y seguimiento de acciones integrales en salud bucal con perspectiva de Atención Primaria en Salud.

ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO Y LECTURA DE NECESIDADES

Como se ha venido exponiendo, es fundamental que cualquier acción de salud bucal que se pretenda adelantar, a nivel comunitario, parta por el reconocimiento del contexto social, cultural y económico. En este orden de ideas, se exponen algunas herramientas que permiten esa lectura del contexto, como garantía para el desarrollo de acciones coherentes con la realidad particular de cada colectivo o individuo.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una importante herramienta científico-metodológica para los recursos humanos en los servicios estomatológicos en que se pone de relieve la información recogida al respecto en los grupos de población vinculados. Representa el primer paso para lograr procesos de intervención que puedan impactar de manera positiva la salud de una comunidad. Este proceso de investigación de la Atención Primaria de Salud, utiliza métodos cuantitativos y cualitativos y proporciona una mejor caracterización del estado de

salud bucal de la población, por lo que el profesional de la salud debe estar preparado para ver la realidad de salud integralmente. Se requiere reflejar el comportamiento de los indicadores de salud bucal, abordar la comunidad con el uso de técnicas cualitativas y profundizar en el fenómeno estudiado a través de los determinantes sociales de la salud, hasta llegar a su esencia (101).

La situación de salud se enmarca dentro de un contexto social e histórico y tiene en cuenta la capacidad de las personas para acceder a oportunidades para el desarrollo, al igual que su acceso a programas y estrategias en atención primaria, entre otras (7).

La formación integral de los profesionales de la salud, como los odontólogos, debe incluir una amplia perspectiva del contexto histórico, económico, político y social de la población en la que se centra su atención profesional, por lo que es necesario trascender el enfoque biomédico tradicional y formar individuos críticos y analíticos, encaminados a mejorar la calidad de vida de las personas en su quehacer profesional (75).

EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD

La evaluación de necesidades en salud “posee una estrecha importancia en el establecimiento de prioridades en relación con la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud”, de acuerdo con lo expuesto por Torres-Arreola et al. (102). La evaluación de las necesidades de la comunidad indica las áreas donde es necesario actuar en el entorno más cercano a las personas, lo cual no solo implica la intervención sanitaria sino en otras esferas del desarrollo social (4).

Considerando la salud comunitaria como la salud individual y de grupos en un contexto comunitario específico, tanto la salud pública como la APS requieren trabajar mancomunadamente, involucrando

diferentes agentes territoriales que incluyen la población misma, buscando dar respuesta a sus necesidades, las cuales muy posiblemente se hallan en el ámbito de los determinantes sociales. En ese caso, el equipo de APS requiere recoger necesidades y planificar programas comunitarios en tanto que el equipo de Salud pública requiere centrarse en la atención/cuidado de la salud (103). En ese proceso es importante tener en cuenta los activos de la propia comunidad, es decir, los recursos colectivos que pueden ayudar a promover la salud o a proteger a la comunidad frente a problemas de salud (104).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON BASE COMUNITARIA

Una vez definidos los diagnósticos del contexto, estos deben dar paso a la definición de acciones de intervención, acordes a la realidad de cada individuo o comunidad. Generalmente, estas estrategias se deben implementar de manera articulada con otras disciplinas y sectores en los territorios, e igualmente procurando la articulación entre actividades de orden individual y colectivo, con el fin de lograr los propósitos de responder a las necesidades y potenciar las capacidades de individuos, familias y colectivos.

En la medida en que los contextos sociales son cambiantes, estas estrategias deben ser flexibles y dinámicas con el fin de poderse ajustar a las transformaciones constantes de la realidad. Por otra parte, es fundamental que las acciones partan de reconocer antecedentes de otros programas o intervenciones que se hayan realizado en el territorio específico y que hayan mostrado resultados favorables, así como reconocer aquellos proyectos que no han funcionado. Son fundamentales para el desarrollo de estas iniciativas factores como: la participación comunitaria en la implementación, la generación de confianza, el respeto por la diferencia y el fomento del interés com-

partido por el trabajo que aporte a la disminución de las desigualdades que determinan la salud (105).

A continuación, se amplían algunas estrategias que aportan a un abordaje integrado e integral de la salud bucal, desde una apuesta comunitaria de Atención Primaria en Salud.

PREVENCIÓN EN SALUD CENTRADA EN LA COMUNIDAD

La prevención en salud suele reconocerse como “la ejecución de acciones orientadas por programas de salud, para evitar enfermedades e informar a la población sobre las pautas de conducta a seguir para lograrlo”. Es esencial el papel activo de personas, grupos y comunidades para prevenir enfermedades, así como la realización de la acción conjunta de instituciones dentro y fuera del campo de la salud, a través la intersectorialidad (106).

En los años recientes, con los múltiples cambios en los sistemas de salud, se ha venido reconociendo el verdadero valor del principio preventivo de la enfermedad, que se constituye como la base de la Atención Primaria en Salud. Para que este principio logre su objetivo, es central la proyección social en la formación profesional en las áreas de la salud, que lleve al odontólogo a sensibilizarse acerca de los determinantes de la salud, la valoración y gestión del riesgo y los mecanismos de prevención, los cuales en conjunto son los encargados y responsables del bienestar de las personas (9).

La gestión integral del riesgo en salud (GIRS) se basa en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La

GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos.

La GIS en salud se puede realizar considerando tres niveles: poblacional, colectivo e individual. El componente poblacional está encaminado primordialmente a implementar estrategias de promoción de la salud como son las políticas públicas saludables y la conformación de entornos y ambientes saludables. El componente colectivo incluye las intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a las comunidades a lo largo del curso de la vida, buscando actuar sobre algunos de los determinantes sociales de la salud, propiciar entornos saludables, desarrollar capacidades y minimizar la probabilidad de aparición de nuevas morbilidades. El enfoque individual, por su parte se relaciona con el análisis del impacto de los determinantes biológicos y sociales sobre la exposición y vulnerabilidad diferencial a riesgos, a la vez que con las diversas condiciones de vida y salud (107).

Se requiere una visión integral y un cambio de paradigma sobre la salud oral con respecto a la necesidad de consulta y control por parte de un odontólogo, siendo necesario que todo el equipo de salud trabaje de manera integrada en su evaluación y en la remisión cuando esta sea necesaria (108).

Los problemas de salud bucal están profundamente enraizados en las formas de pensar y en los sistemas de valores propios de los grupos sociales, haciendo necesario profundizar y explicar fenómenos que se asocian al contexto cultural en que están inmersos los y las habitantes, los cuales pueden ser prevenibles en la medida en que se cuente con dos elementos clave:

- a. Un marco de referencia que permita reconocer las coordenadas sociodemográficas y culturales que juegan un papel en la presentación de estas realidades.
- b. Una estrategia de intervención social capaz de incidir en el cambio hacia nuevos paradigmas culturales que susciten prácticas de autocuidado sostenibles y significativas.

La evidencia científica indica que la prevención en el nivel comunitario es una estrategia factible y efectiva. Pero, para conseguir que la caries y las periodontopatías dejen de representar problemas de salud pública, hace falta el diseño, planificación y participación activa de las comunidades, además de voluntad política de gobiernos, entidades locales y autoridades, los cuales deben reconocer la salud oral como una necesidad a ser satisfecha en la población (109).

Al interactuar con la comunidad se elabora una concepción de prevención menos centrada en los aspectos individuales, con más sentido social y en su práctica se aprovecha la cercanía con la colectividad para lograr una mayor identificación, descripción y análisis de factores asociados con el proceso salud-enfermedad al tiempo que busca su control o eliminación; de otra parte, crea en la comunidad o a nivel institucional conciencia del autocuidado en salud (97).

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud se reconoce como un proceso orientado a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para actuar, y la capacidad de los grupos o las comunidades para generar acciones de manera colectiva, con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud (109). Se constituye “en una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad, una respuesta de los diferentes sectores di-

rigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir de la población”. Esta estrategia surgió en 1986 con la carta de Ottawa como una vía para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 2016, en la Conferencia de Shanghai sobre Promoción de la Salud, sigue siendo vigente su compromiso en pro de la salud y el bienestar a nivel global al hacer parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (107)

La idea de la promoción involucra el fortalecimiento de la capacidad individual y colectiva para interactuar positivamente con la multiplicidad de factores que determinan la salud (27). La promoción de la salud constituye una de las acciones sanitarias más importante relacionadas con la labor del odontólogo. Es un concepto más amplio que la prevención, por cuanto implica las esferas biológica, ambiental, social y cultural, entre otras, estando en la voluntad política del Estado la implementación de este pilar fundamental para mejorar día a día la calidad de vida de la población (110). La promoción de la salud está orientada a llevar a las personas a ser gestoras de su propia salud, mediante el ejercicio del autocuidado. Implica generar consciencia de aquellas prácticas que ayudan a tener una salud oral sana, dentro de las cuales se encuentran los hábitos de higiene, la buena alimentación y el limitar o actuar decididamente frente a aspectos que pueden afectarla. Pero como la salud bucal está inmersa en la vida de sujetos que tienen conceptos propios, que viven en determinados contextos y que pertenecen a determinadas culturas, es importante que sean abordados considerando sus propias realidades.

Fortalecer las habilidades de los actores sociales y sus capacidades para emprender acciones, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el objetivo de ejercer control sobre los determinantes de la salud, es la razón de ser de la promoción de la salud. Algunos de estos determinantes pueden estar bajo el control de las personas, como por ejemplo aquellas conductas

individuales enfocadas a la salud y la utilización de servicios de salud, en tanto que otros no pueden controlarse individualmente pues incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como aspectos relacionados con la prestación de servicios. Los profesionales de odontología inciden de manera importante en la promoción de la salud oral ya que influyen en la política pública, construyen entornos saludables y pueden reorientar los sistemas de atención de la salud oral (109).

Es necesario abordar los determinantes sociales, culturales y económicos de la salud, construyendo intervenciones que incluyan los entornos socio-sanitarios que posibilitan el desarrollo de lo educativo, enfocado en la promoción de salud y el avance en lo relativo a ambientes dignos. Se requiere generar redes de trabajo que impliquen el trabajo en equipo en la puesta en marcha de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (111).

El trabajo de promoción de la salud bucal integrada a la salud general en las poblaciones resulta innovador. El odontólogo en ese contexto trabaja por la salud de la gente, se integra a los equipos de salud, adquiere nuevos roles como salubrista y genera impacto en las enfermedades no transmisibles. La promoción de la salud oral ha logrado un descenso de la caries dental y de las enfermedades periodontales en países que han introducido políticas y prácticas eficaces de promoción de la salud oral (20).

CUIDADO EN SALUD

Buscando trascender el enfoque de riesgo, surge el cuidado en salud que, como lo propone Hernández (112), puede ser entendido desde dos perspectivas: por una parte, como la responsabilidad que cada persona asume frente a su salud y de quién la rodea, ubicado en un plano más privado y familiar y, por otro lado, desde la perspectiva

que vincula los servicios de salud individual y colectiva en el marco de un sistema específico, que incluye los cuidados de profesionales, auxiliares y técnicos en salud, aspectos más relacionados con el plano de lo público.

En relación con el autocuidado y la autoatención, Colángelo et al. (113) afirman que son la expresión de prácticas endógenas de salud que se llevan a cabo generalmente en el hogar y que involucran, en el primer caso, actividades cotidianas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, y en el segundo, prácticas que se activan ante contingencias de enfermedad. Ambas estrategias se desarrollan a partir de diversidad de recursos propios (representaciones, conocimientos, prácticas) para el cuidado de la salud, al margen de la prescripción por parte de los sistemas especializados. Ese caudal de recursos que funciona como referencia para las prácticas domésticas de cuidar y curar, constituye una síntesis ecléctica de saberes expertos y alternativos, que aporta elementos de diagnóstico, intervención y pronóstico. En lo institucional, el cuidado implica compromiso en lo referente a la asistencia, al manejo de la tecnología, a la destreza para evitar complicaciones, a las acciones de apoyo y a las actitudes orientadas a dignificar la condición humana (114).

Retomando a Hernández (112), el cuidado en salud en el ámbito privado y en el ámbito público se relacionan estrechamente y en la medida en que se afecte uno de ellos se ve impactado el otro. Según lo exponen Vega y Rodríguez (115), cualquier política debe contemplar de manera articulada los distintos espacios y sujetos que intervienen en el cuidado en aras de una organización social bajo criterios de justicia que contemple derechos universales de ciudadanía no dependientes del mercado. La mirada del cuidado en salud pone a la persona en el centro, promueve la integralidad y desde el punto de vista ético, hace referencia a valores como la responsabilidad, el respeto, la solidaridad y la empatía, encaminándose a la humanización de la atención en salud.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Desde un contexto social e histórico, la Educación para la salud constituye un punto de encuentro entre las Ciencias sociales y la salud, responde a una construcción social e incide en el desarrollo socioeconómico y cultural de los grupos humanos. Es un componente fundamental en el proceso de promoción de la salud, y puede abordarse desde diferentes enfoques, modelos y con diferentes herramientas y técnicas, dependiendo del contexto, de las percepciones y de los conceptos frente a la vida y el ser humano sobre el proceso salud-enfermedad, así como del reconocerse como comunidad y frente a las formas de interrelación con los otros. La Educación para la salud, como proceso de aprendizaje, es dinámico, flexible y capaz de adaptarse a las diferentes necesidades (116).

La Educación para la salud se concibe como el conjunto de oportunidades para el aprendizaje que se desarrollan mediante estrategias de comunicación e información orientadas a la formación de habilidades para el mantenimiento de una salud individual y colectiva, las cuales requieren estar mediadas por la motivación. Las intervenciones educativas en salud en el ámbito comunitario, requieren la participación de los diferentes actores sociales, siendo necesario reconocer no solo el saber académico y científico sino otros saberes y conocimientos, de tal modo que se favorezca el diálogo entre los profesionales de la salud y los miembros del grupo humano en su multiculturalidad, dentro de un ambiente de respeto y tolerancia hacia los otros y la definición de sus intereses (117).

La educación requiere centrarse en las necesidades, intereses y aspiraciones de los grupos humanos. En este sentido, debe comprender la cultura, interpretada como acción cultural, la cual va más allá de ser la transmisión de un patrimonio. Debe verse reflejada en el protagonismo de las actividades que se desarrollan en un contexto

para atender la calidad de la vida. La educación es un elemento fundamental en la constitución de sociedad, paz y equidad (111).

Los profesionales de odontología requieren desarrollar habilidades y competencias para el cuidado de la salud bucal de la población, por lo que es imprescindible que cuenten con conocimientos, aptitudes y actitudes para abordar con suficiencia, desde la educación para la salud hasta el cuidado de la salud bucal de la comunidad, especialmente el de aquellos grupos más vulnerables (118).

Es imperioso motivar a las personas a interactuar entre sí, a compartir experiencias, mostrándoles cómo deben cuidarse y aplicar lo aprendido. La comunicación en grupos, colectiva, que se implemente mediante experiencias compartidas en la comunidad, basada en la creatividad, promotora de valores como la cooperación y la solidaridad, logra mejores resultados que la que se basa en paradigmas centrados en el educador. Es necesario desarrollar estrategias dirigidas a construir y reconstruir conocimientos a través de la participación humana, en que las distintas opiniones y actitudes sean valoradas (119).

El enfoque de salud comunitaria orientado a fortalecer la corresponsabilidad en la salud de las personas y de la comunidad, implica reconocer el papel que juegan los determinantes sociales como el desempleo, la falta de educación y la pobreza en la salud. En concordancia con esto, la Pedagogía social como disciplina socializadora se encarga de promover procesos y prácticas educativas a través de la educación social en contextos no formales como los hospitales, y a realizar atención a grupos en dificultad como farmacodependientes y adolescentes en situación especial (111). La educación dental basada en la comunidad (EDBC) mejora la experiencia clínica de los estudiantes, mejora su competencia cultural, aumenta el acceso a la atención y fomenta la participación de la comunidad (120).

Las acciones educativas pueden ir desde las primeras aproximaciones, con la divulgación de mensajes informativos o motivacionales, hasta llegar a intervenciones planeadas y construidas conjun-

tamente con el objetivo de hacer conciencia sobre situaciones que afectan la salud, o para desarrollar capacidades y habilidades sobre aspectos específicos (121-122).

Uno de los enfoques más extendidos de la Educación para la salud está centrado en lo individual y biológico, planteando como objetivo la transmisión de información para el cuidado de la salud, donde los individuos actúan en forma pasiva, como receptores de información (116). En el foco de esta visión se encuentran los comportamientos de los individuos y su efecto en la salud. Desde ahí, la comunicación persuasiva se constituye en la principal herramienta que pretende cambiar conocimientos y creencias que lleven a modificar actitudes, prácticas o hábitos. Aunque no se desconocen los efectos positivos frente al cambio de comportamientos de estrategias prescriptivas, como las expuestas, este abordaje puede sobreestimar la capacidad real de que los conocimientos por sí solos determinen cambios de comportamiento (116). Por lo anterior, se reconoce la pertinencia e importancia de estas actividades informativas, pero vinculadas a una apuesta mucho más integral de Educación para la salud como las que se presentan más adelante.

Por otra parte, desde una perspectiva que reconoce la influencia de diversos factores sociales, ambientales y económicos en la salud, se llega a un modelo crítico que supera lo biológico y tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales frente al proceso salud-enfermedad (116). Desde este enfoque, la Educación para la salud plantea una búsqueda participativa, que no se limita a la transmisión de un saber y que busca desarrollar conciencia del individuo en cuanto a su contexto de vida, en un esquema de trabajo representado en muchos aspectos por la educación popular y la investigación participativa, que trasciende el hecho de transmitir información, y se relaciona con la acción comunitaria para lograr una participación que implica responsabilidad, integración, sentido de pertenencia, capacidad de organización y de compartir experiencias (116-123).

Lo anterior plantea un enfoque mucho más retador, que se relaciona a la promoción de la salud con el logro de la equidad. A manera de ilustración, trabajos como el de Ghalib Qadri et al. (124), que pretendía evaluar el efecto de una estrategia de educación en salud oral como parte de un programa de promoción para la salud inmerso en los planes de estudio y actividades de escuelas primarias, demostraron que un mismo programa educativo puede lograr el efecto deseado en un grupo de estatus socioeconómico alto, mientras que no lo logra en uno de menor estatus. Otros autores e instituciones también han llamado la atención sobre estos aspectos, ampliando la discusión sobre cuál es la forma adecuada de llegar mediante la educación para la salud a quienes más lo necesitan con el fin de lograr mejorar las condiciones de vida, bienestar, salud y salud oral reduciendo las desigualdades (76, 125).

Para mejorar la efectividad de los procesos educativos para la salud se han desarrollado modelos de planificación como “Precede-Proceed” propuesto por Green y Kreuter, apropiado en diferentes contextos y países, el cuál plantea objetivos de trabajo a partir de un diagnóstico epidemiológico y social que identifica las necesidades, los factores que predisponen al individuo (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes, habilidades y prácticas), así como factores medioambientales, ocupacionales, familiares y aquellos que pueden ser útiles en reforzar las acciones deseadas, e igualmente recursos disponibles para desarrollar las actividades (126). En relación con este modelo, desde la Teoría social y ecológica se reconoce un marco para comprender las interrelaciones de las personas con su entorno. Los entornos favorables para las personas vulnerables son aquellos en los que los diferentes factores se organizan para complementar los esfuerzos individuales. Este modelo ecológico social se ha utilizado para abordar situaciones en diferentes poblaciones como son los indígenas, grupos de bajos ingresos, personas con enfermedades mentales y con personas que viven con VIH, entre otros (122).

El individuo como ser biopsicosocial y cultural experimenta, desde el nacimiento y a lo largo de la vida, cambios y transiciones que se producen en interacción con el medio, desarrollando condiciones y sentimientos que a su vez afectan su modo de comportarse. Los comportamientos tienen carácter cultural, social, biológico, psicológico, afectivo y moral (121). Las formas de entender estar sano, enfermar y curar están contextualizadas con significados propios que no pueden desconocerse al desarrollar estrategias de Educación para la salud (127).

Para definir la técnica a implementar al desarrollar Educación para la salud, además de conocer la comunidad, el individuo y su contexto, se requiere de creatividad y evitar utilizar de manera mecánica procedimientos preestablecidos. Se pueden utilizar herramientas virtuales o presenciales, individuales o grupales. Entre las individuales son conocidas la entrevista, la demostración y la charla educativa en tanto que entre las grupales se puede considerar la inclusión del panel, la mesa redonda, las técnicas dramáticas, la dinámica de grupo y las técnicas de animación o de reflexión entre otras (124). La Educación para la salud debe permitir desarrollar confianza y participación colectiva en la construcción de conocimiento y desarrollo de habilidades (128).

Formar los futuros profesionales en la comunidad mejora la experiencia clínica de los estudiantes, fortalece sus competencias culturales, profesionales y comunicativas, crea conciencia sobre la necesidad de la odontología en entornos comunitarios, genera confianza y fomenta un entorno laboral positivo. Para la comunidad esta práctica mejora el acceso a la atención y fomenta su participación (129-130). La experiencia educativa requiere incrementar factores estructurales del conocimiento impactando el acceso al cuidado. Es así como el conocimiento de los estudiantes sobre aspectos tales como el acceso a la atención, los determinantes sociales de la salud, la práctica interprofesional y la política de salud bucal brinda evidencia y valor adicional a la educación en odontología (129).

Para concluir, es importante resaltar que el abordaje de la Educación para la salud y la salud bucal no es diferente al abordaje de la salud general por cuanto la salud bucal es parte de esta. Partiendo de ello, la aproximación a los sujetos en salud oral debe hacerse en forma integral e interdisciplinaria. El desarrollo de sistemas de atención integrados y orientados a prevenir y mantener la salud de la población, incluida la educación para la salud, requiere muchas veces de rediseñar la organización o la forma en que se prestan los servicios. Las estrategias de rediseño requieren de creatividad e innovación, incluyen centrarse en la salud y la calidad de vida, buscar la acción intersectorial y las alianzas, priorizar los grupos vulnerables e intervenir la amplia gama de factores determinantes de la salud, incluida la mejora de los servicios de salud dirigidos a prevenir enfermedades y a garantizar la equidad en salud a nivel poblacional e individual (131).

COMUNICACIÓN EN SALUD

La comunicación en salud constituye un proceso social, educativo y político que promueve la acción comunitaria en favor de la conciencia pública sobre la salud (132). Los enfoques en comunicación y salud han venido evolucionando a partir de un debate a nivel global que permea las experiencias de comunicación y desarrollo. Al igual que en la educación, el trayecto ha ido de una aproximación centrada en una comunicación vertical, orientada hacia cambios individuales de comportamientos, para llegar en nuestros días a una comunicación fundada en el diálogo y la participación, enfocada hacia el logro de cambios estructurales que competen a la salud pública. Es así como hoy la participación y el empoderamiento de los directos implicados juegan un papel definitivo en la Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (133).

El modelo de comunicación grupal y comunitaria soportado en las experiencias compartidas, la cooperación, solidaridad y creatividad, se impone hoy sobre otros modelos comunicativos. Es por ello que resulta necesario crear espacios de participación e interacción, donde los miembros de las diferentes colectividades puedan construir y reconstruir conocimientos, valorar opiniones y actitudes, compartir experiencias, conocer cómo deben cuidarse y poner en práctica lo aprendido (134). La Acción comunicativa resulta efectiva cuando los planes de acción de los actores implicados se coordinan mediante actos de entendimiento. En la acción comunicativa, los participantes se orientan hacia acciones de beneficio mutuo sustentadas sobre la base de una definición compartida de la situación (135).

Hoy a nivel institucional es muy alto el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), como medio a través del cual se produce una acción comunicativa en salud aplicada a la atención, educación, gestión y dirección de sistemas de salud. A pesar de los innegables avances en este campo, a través del uso de aplicaciones, redes sociales y diversas estrategias basadas en la tecnología, hay todavía un largo camino por recorrer hacia la comprensión del proceso comunicativo soportado en la TIC como un proceso interactivo dotado de sentido y orientado hacia el empoderamiento de los grupos sociales y el fortalecimiento de la dimensión relacional (135).

Se requiere asumir, como punto de partida para la construcción de estrategias mediadas por la TIC en el campo de la educación en salud oral, el desarrollo de procesos participativos basados en la interacción y el diálogo que permitan reconocer las necesidades comunitarias y centrar los esfuerzos en el fortalecimiento de las dimensiones de autocuidado y cuidado de otros, para hacerlos sustentables en el tiempo y para llevar a las personas a una mayor conciencia de su salud. Esto lleva a que sea de importancia crucial el diálogo, la interacción y el trabajo conjunto de carácter interdisciplinario entre

los odontólogos y otros profesionales, tanto de las Ciencias sociales como expertos en el desarrollo tecnológico para la construcción conjunta de nuevos avances. Las TIC ayudan al desarrollo de la innovación con un alto potencial didáctico y motivacional, aportando al cambio en la generación de conocimiento (134).

En el ámbito de la relación profesional de la salud oral-paciente, según lo señalan Woelber et al. (136), se requiere desarrollar competencias para fortalecer el diálogo, la confianza y la adherencia al tratamiento, lo cual debe estar enfocado a fortalecer la autonomía del individuo y su autocuidado, por cuanto la convicción del paciente es un determinante del cambio de comportamiento en salud. La capacidad comunicativa del odontólogo requiere mantener el sentido de coherencia a través de una comunicación comprensible, con significado e innovadora. El profesional de odontología requiere actuar como mediador entre los procesos comunicativos masivos y sus pacientes, considerando sus circunstancias y actuando para superar y compensar las asimetrías en el conocimiento. En este quehacer es importante estar seguros de que el paciente comprende la información sobre los beneficios de cuidarse y los riesgos de no hacerlo, por lo que el lenguaje debe estar adaptado a la capacidad comprensiva del sujeto y tener el impacto suficiente para generar acciones positivas. Es necesario trabajar desde la academia y las sociedades científicas para lograr una oferta educativa permanente y actualizada donde diferentes estrategias comunicativas puedan ser desarrolladas, siempre teniendo en la mira las necesidades del contexto. En ello, la investigación que permita conocer la efectividad de las estrategias y la combinación de las mismas, en los diferentes ámbitos, ejerce un papel determinante.

LA INTERDISCIPLINARIEDAD Y EL TRABAJO EN EQUIPOS DE SALUD

La interdisciplinariedad en salud, a diferencia de la multidisciplinariedad, que supone el abordaje colindante de distintas disciplinas sobre una o más cuestiones, implica la concurrencia de diferentes disciplinas (de la salud y de las ciencias sociales) en varios núcleos de convergencia, lo cual da pie a la ampliación del concepto de salud (137). Los enfoques robustos para la prevención en salud oral requieren colaboración lineal e interprofesional. La literatura científica apoya la importancia de integrar la odontología y la atención médica en el sistema de atención primaria. En todo el mundo la política de la oms, pide un esfuerzo profesional de tipo interdisciplinario para aumentar la capacidad de producción de salud bucodental (138).

El trabajo interdisciplinario en salud oral se integra en la gestión, el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado, la atención, la rehabilitación y la promoción de la salud. Entre sus bondades está la posibilidad de innovar y ser más efectivos en los procesos de intervención, además de enriquecer las estrategias para el abordaje de necesidades y problemáticas desde una visión holística del ser humano, partiendo de que la salud oral abarca aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales que son parte integral de la salud general. Requerimos tener presente que existe una relación transversal entre la salud bucodental y la salud general, toda vez que diversas enfermedades sistémicas tienen síntomas orales mientras que la mala salud oral puede agravarlas, por lo que trabajar de manera colaborativa e integrada entre odontólogos y otros profesionales de la salud resulta ser una tarea urgente (139). A pesar de los diversos vínculos entre la salud bucodental y la salud sistémica general, la atención de la salud bucodental generalmente permanece independiente de otros campos, lo cual es palpable, por ejemplo, en el ámbito pediátrico donde sería necesario el trabajo integrado de los odontólogos con los médicos pediatras y

con otros profesionales que trabajan en la prevención en salud con la población infantil (140). Para que se logre la cooperación interdisciplinaria en el cuidado preventivo, la promoción y la rehabilitación de la salud bucal, es esencial que las disciplinas y profesiones involucradas adopten una visión común sobre los objetivos del proceso, sus funciones y la salud bucal (141).

Cumplir con el propósito antes mencionado implica adelantar procesos de educación interprofesional que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se logra "cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre, de y entre ellos para permitir una colaboración efectiva y mejorar los resultados de salud". Implica experiencias de aprendizaje compartidas entre estudiantes de diferentes profesiones de la salud, con el objetivo de crear equipos de trabajo clínicos sólidos y mejorar la atención al paciente (142). Existen suficientes reportes sobre experiencias exitosas e innovadoras de formación interprofesional y su aplicación en la comunidad que aportan a la equidad al disminuir desigualdades y abrir nuevas oportunidades de acceso para la población vulnerable. La educación interprofesional lleva a los estudiantes a participar, más allá de sus saberes específicos (143), reduce la percepción de que la educación para la salud sea un intangible y pasa a ser una posibilidad real de desarrollarse profesionalmente (144).

Ahora, la formación interdisciplinaria debe tener su correspondencia en el campo del trabajo en odontología. Los equipos que, desde los diferentes principios de la atención primaria, articulan diversas disciplinas del sector salud con el propósito de brindar una atención integral, han tenido diferentes denominaciones: los equipos básicos de salud, equipos de atención primaria, los equipos de salud familiar, los equipos de salud multidisciplinarios o equipos multidisciplinares en salud, constituyen apuestas que buscan articular diferentes disciplinas tanto en los diagnósticos, como en las acciones de salud y su seguimiento (145, 146).

Los equipos multidisciplinarios en salud tomaron mayor relevancia en la región, a partir de las propuestas de atención primaria renovada de la Organización Panamericana de la Salud, a principios del milenio, en la cual se pone en el centro el fortalecimiento de competencias del talento humano, tanto para el desarrollo de sus acciones específicas, como para el trabajo en equipo. Aunque en la mayoría de países de la región, estos equipos se encuentran conformados por médicos, enfermeras y técnicos ambientales, programas como los de Cuba y Brasil incluyen odontólogos que se vinculan a los diagnósticos familiares, comunitarios y territoriales, y las respuestas integrales en salud (146). Como se mencionó más arriba, la intención de trabajar de manera interdisciplinaria exige que todos los integrantes adquieran y pongan en juego competencias de comunicación, flexibilidad, apertura a las ideas de otros, así como la capacidad de dar relevancia a sus intereses en diálogo con los de los demás, con el fin de que la participación de los odontólogos empiece a ser valorada dentro de los equipos interdisciplinarios de salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

La participación social representa una dimensión esencial para la educación y promoción en salud; el autocuidado es el resultado de un proceso participativo en que los sujetos, con el apoyo de herramientas derivadas de la educación, toman las riendas de su salud. Los progresos en cuanto al cuidado preventivo de la salud, están en buena parte asociados a procesos de interacción social en que los profesionales y miembros de los equipos de salud logran llevar a los grupos sociales la conciencia frente a su salud bucal como una dimensión esencial de su salud integral, y a adoptar prácticas de autocuidado sostenibles en el tiempo. Para ello, se requiere empoderarlos y ha-

cerlos partícipes de los procesos; cuando la comunidad se integra, las posibilidades de lograr los objetivos trazados se potencializan.

El diálogo entre las partes involucradas, como medio para mejorar la salud y la calidad de vida, fue destacado en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo (147). La Carta de Sao Paulo sobre la Salud Bucal de las Américas, destaca la “importancia de motivar la participación popular y de los propios profesionales para la definición de políticas y cambios conceptuales de cuidados en la salud” (148). La participación social concibe como ciudadanos(as) a todas las personas quienes son sujetos de derechos en términos de salud y que pueden ejercer control sobre los mecanismos que se han desarrollado con el fin de garantizar este derecho (149). La participación social es un reflejo de la voluntad de los individuos en un marco de uso de sus derechos (150).

La consideración del modelo participativo como estrategia para la construcción de procesos educativos en este campo facilita la consolidación no solo del conocimiento sino de la práctica en las comunidades (151). En el campo de la salud bucal, las técnicas participativas se insertan en una metodología que concibe a los participantes “como sujetos activos, democráticos, capaces de buscar y construir nuevos conocimientos, de influir positivamente en la transformación del entorno y en el fortalecimiento de una conducta ética y beneficiosa” (152).

La acción comunitaria para la mejora de la salud debería superar la manera clásica de las intervenciones en salud, definidas de forma vertical de arriba hacia abajo, desde la academia o el gobierno hacia la población. Las intervenciones deberían más bien generarse en el sentido contrario: desde la comunidad y el equipo hacia el nivel central-superior (27).

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN EN SALUD

En el proceso de gestión en salud oral comunitaria es fundamental hacer un seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas, teniendo en cuenta que este debe ser un proceso constante y no solo al final de programas o proyectos. La evaluación puede estar dirigida a diferentes componentes de un plan, programa o proyecto; también puede darse en diferentes momentos del desarrollo de las acciones y puede tener distintas intenciones.

Lo anterior implica que, previo al desarrollo de un plan, programa, proyecto o actividad en salud bucal comunitaria, es preciso definir el enfoque y las herramientas que van a permitir evaluar su desarrollo. En ese sentido, los procesos evaluativos deben estar alineados con los objetivos y las metas del proyecto, lo cual abre una amplia gama de alternativas de evaluación que superan el propósito de este texto.

Sin embargo, en el caso de proyectos comunitarios en salud bucal, con una perspectiva de atención primaria, se podría acudir a dos grandes componentes a ser evaluados. Por una parte, se encuentra una evaluación de la implementación de los atributos de la APS (expuestos en el Capítulo 2), en el marco de un modelo de atención específico. En segundo lugar, se encuentra la evaluación del impacto en la salud y el bienestar de individuos y colectivos, producto de la implementación de modelos y sistemas de atención basados en APS (153-154). A continuación, se amplían algunos elementos de estos dos niveles de evaluación, que se deben dar, preferiblemente, de manera articulada y complementaria.

EVALUACIÓN DE ATRIBUTOS DE LA APS

Son múltiples los instrumentos que reporta la literatura para evaluar la implementación de los atributos de la APS en un proyecto de salud comunitario en contextos específicos. Estos pretenden identificar hasta qué punto, una política, plan, modelo, programa o proyecto de salud, vincula principios como la accesibilidad, intersectorialidad, la integridad, la coordinación, continuidad, el primer contacto o la participación comunitaria (155). A su vez, se espera que esta evaluación vincule la mirada, tanto de los usuarios y los prestadores que participan de programas de APS, como de aquellos que no participan (153).

El instrumento más usado y validado a nivel mundial para este tipo de evaluación se denomina PCAT (*Primary Care Assessment Tools*). Aunque tiene múltiples versiones, ajustadas a diferentes edades, contextos y tipos de usuarios, el cuestionario original está dirigido a adultos, con una versión corta de 43 preguntas y una extensa de 74 (156). El ámbito de aplicación es el de los servicios que vinculan la APS y su entorno inmediato. Como ya se mencionó, esta herramienta incluye la evaluación de los principios operativos de la APS, pero también evalúa el cumplimiento de acciones concretas frente al desarrollo de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación (154).

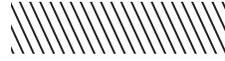
EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD

En todo servicio de salud constituye un paso de suma importancia el comparar los resultados obtenidos con metas establecidas y resultados esperados, implicando un proceso de evaluación, control y monitoreo de las actividades realizadas en función de su eficacia y eficiencia tras el logro de los objetivos planteados (157).

Según la OMS la evaluación del impacto en salud (EIS) es “una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos” (158).

Es imprescindible desarrollar un enfoque integral de las intervenciones institucionales que permita realizar la evaluación del impacto en la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad tal cual lo exponen Suárez et al. (159). Los autores proponen para evaluar intervenciones comunitarias incluir ocho ejes de desigualdad para cada una de estas tres fases del ciclo de intervención: grupo de trabajo, diagnóstico e intervención. Estas dimensiones serían: clase social, género, edad, etnia/cultura, territorio, diversidad funcional, orientación sexual/identidad e ideología/creencias. Como metodología proponen la autoevaluación realizada por la/s persona/s responsable/s de la intervención, la cual puede ser gestionada online. De igual modo, proponen integrar una escala Likert de 0 a 5 puntos, acorde con el nivel de participación de la población dentro de cada uno de los ejes a evaluar. Este ejercicio “daría como resultado un informe cuantitativo y cualitativo sobre el grado de inclusión de los diferentes ejes de desigualdad y la coherencia entre las tres fases del ciclo de intervención con respecto a cada uno de los ejes” (159), en que se elaboraría una representación gráfica y numérica de los hallazgos además de un listado de recomendaciones generales y específicas.

CAPÍTULO 5.



INVESTIGACIÓN
SOCIAL EN SALUD

Pensar la Odontología comunitaria como un escenario donde cobran importancia crucial aspectos como los determinantes sociales y culturales, implica retomar la investigación social en salud como recurso metodológico, como perspectiva y como práctica. En el presente capítulo, se hará una aproximación a esta importante dimensión para el quehacer del odontólogo centrado en la práctica comunitaria, haciendo un especial énfasis en la investigación cualitativa en salud.

LA INVESTIGACIÓN SOCIAL EN SALUD

La investigación social lleva al conocimiento de la realidad y se realiza con la finalidad de intervenir en ella para transformarla. No consiste en la simple contemplación de la realidad pues está vinculada a la acción transformadora de la realidad. Entre la investigación, la sociedad y la salud se presentan relaciones de correspondencia mutua (160). La investigación social como propuesta plural de comprensión de la salud busca entender e interpretar de qué modo las personas explican las causas de la salud y de la enfermedad, las formas de prevenir la enfermedad y conservar la salud, al igual que los tipos de tratamiento y rehabilitación en los que estas creen además de explorar aspectos como a quién acuden cuando están enfermos. Pretender hacer investigación social en salud, representa intentar comprender lo que hay de complejo de lo habitual y complejizar lo que consideramos cotidiano, tal cual lo plantea Cortés García (161). Según este autor, al concebir una realidad de salud como fenómeno de indagación social se requiere convertirla en un objetivo de investigación con sustento teórico y claridad metodológica, para después ir a esa realidad concreta: personas, saberes, prácticas, culturas y demás, con el fin de recopilar información requerida, la que tendrá posteriormente que ser analizada, conceptualizada y teorizada. Dentro de esta perspecti-

va, la salud se comprende como un proceso “dinámico, responsable, participativo y equilibrado” cuya finalidad es aproximarse a un estado ideal de bienestar de una persona y una colectividad .

La investigación social implementa diversidad de herramientas metodológicas para abordar los contextos sociales propios de las comunidades. El contacto directo con las personas es una de las principales características de la investigación social. Siendo la principal fuente de información el sujeto social, esta forma de la investigación tiene como tarea recuperar su experiencia, sus puntos de vista y sus percepciones (162).

La aproximación desde la investigación social a la salud pretende dar respuesta a variedad de preguntas en relación con tópicos como la relevancia de la investigación cualitativa y su relación con la investigación cuantitativa, los métodos utilizados en la recolección y análisis de la información, las formas de concebir los determinantes sociales y culturales en referencia a la salud y los vínculos entre los niveles micro y macro de una organización social en salud definida por elementos estructurales de tipo político y económico. De igual modo, la relación entre la modernidad, la modernización y la salud, las relaciones entre los recursos materiales y los modos sociales en los que se utilizan, y las relaciones entre estos y la expresión de la persona humana (161).

Igualmente, los programas comunitarios de educación para la salud requieren adelantar estudios para entender las formas de vida, conceptos, deseos, necesidades y temores relacionados con el proceso salud-enfermedad que apoyen el desarrollo de procesos de fortalecimiento de conductas positivas y promoción de cambios de comportamiento frente a la salud, la enfermedad y el uso de los servicios de salud (163).

EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

La preocupación principal de la epidemiología social, según la OPS (164) es el estudio de cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. En particular, estudia la frecuencia, la distribución y los determinantes sociales de los estados de salud en las poblaciones.

La epidemiología estudia las relaciones entre exposiciones y enfermedades a nivel poblacional, en tanto que la epidemiología social constituye un subcampo de la epidemiología que se caracteriza por centrar su estudio en las exposiciones que vinculadas de alguna manera a un estado, posición o rango social, abarca las diferentes etapas del ciclo vital, las diversas formas de enfermedad y daño; de igual modo, recurre a una amplia gama de medidas y conceptos. Las comunidades y los territorios representan un relevante foco de estudio en la epidemiología social, puesto que las personas viven en maneras que son “conscientemente determinadas, socialmente segregadas y políticamente sensibles” (165).

La epidemiología social investiga de modo específico los determinantes sociales relacionados con las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en lugar de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos, de acuerdo con lo expuesto por Borrell (166). Entre los aspectos que ocupan el interés de la epidemiología social, según esta autora, están las desigualdades socioeconómicas en salud, las cuales se producen socialmente porque son consecuencia de procesos sociales y no de procesos biológicos. En este sentido, las desigualdades en salud no están relacionadas, por ejemplo, con factores hereditarios, sino que están asociadas con el funcionamiento de la sociedad siendo injustas porque vulneran derechos de las personas. Aspectos como clase social, género y discriminación juegan un papel importante en el modo como las personas enferman y mueren.

En la epidemiología social se desarrolla una reflexión sobre el origen de las desigualdades en salud, buscando explicarse por qué enferman unas personas y otras no y construir un marco teórico que las explique. La misión del epidemiólogo social es desvelar las causas de las desigualdades sociales en salud contribuyendo a que se reduzcan o a minimizar su incidencia sobre la salud. En la epidemiología social latinoamericana, propia de la salud colectiva, se ha venido desarrollando la conciencia (y la práctica) sobre la importancia de integrar el pensamiento complejo y las metodologías de investigación de tipo cualitativo para operar sobre la complejidad propia de la sociedad y las poblaciones, para lo que es necesario construir un nuevo paradigma que incluya el reconocimiento de las subjetividades (167).

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Los acercamientos metodológicos de tipo cualitativo funcionan como un complemento ideal de los abordajes clásicos de tipo epidemiológico, proporcionando visiones alternativas al fenómeno de la salud que, por su origen social, se encuentra cargado de historia y de cultura. En el terreno de la salud pública la investigación de las subjetividades individuales y colectivas representa un elemento necesario para comprender las necesidades reales de los usuarios de los servicios de salud y para integrar los avances científicos de todas las áreas del saber humano al conjunto de alternativas propuestas para resolverlas. El estudio de los aspectos subjetivos de la salud no es solo una opción metodológica más, sino una de las formas más apropiadas de comprenderla y de mejorar el modo de diseñar los servicios, incorporando el punto de vista de sus usuarios -sanos o enfermos- y respondiendo con ello al compromiso de los investigadores con la sociedad (168). González Martínez et al. (169) destacan la importancia de reali-

zar estudios cualitativos en que se involucren las percepciones de los miembros de los grupos sociales, teniendo en cuenta que no existen verdades absolutas en lo relacionado con las metodologías y los contenidos de las acciones de salud.

De acuerdo con Oliva et al., la metodología de la investigación cualitativa en salud ha establecido un enfoque diferenciador centrado en los siguientes atributos:

- El estudio sistemático de la experiencia cotidiana, con énfasis en la subjetividad, de manera particular cómo las experiencias son vividas e interpretadas por quienes las experimentan.
- Poseer una metodología que se basa en los discursos. Su herramienta no es la cuantificación sino el análisis e interpretación del lenguaje. Su propósito final es proporcionar una imagen fiel de lo que la gente dice.
- Definir a la salud como algo cultural, entendiendo que la mayoría de los aspectos de la salud son de naturaleza social. El concepto de salud-enfermedad se encuentra asociado a creencias y valoraciones, entre otros elementos (170).

Este tipo de metodología se ha utilizado en salud con éxito en problemáticas de adherencia a terapias, en la definición de roles en salud, en cómo se explican los procesos de atención desde una cultura local entre otras temáticas.

Veamos a continuación algunos paradigmas de la investigación cualitativa en salud, útiles en el abordaje en el contexto de la Odontología comunitaria.

ETNOGRAFÍA

La etnografía es un campo de abordaje que se encuentra especialmente vinculado a la antropología, en que el investigador se ve inmerso en el contexto como modo de aprehenderlo holísticamente. La etnografía, como enfoque, propone una concepción y práctica de conocimiento que tiene como fin comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los sujetos (171). Utiliza la observación participante como técnica, mediante la que el investigador se integra en los procesos sociales que desea explorar para obtener una información primaria, con interlocutores válidos y con el objetivo de comprender sus estructuras de significación (172).

La etnografía describe de manera detallada situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos. Trata de captar el sentido que los sujetos otorgan a sus acciones, a sus ideas y al mundo que les rodea (173).

El diario de campo es uno de los instrumentos por excelencia de la investigación etnográfica. Está ligado a la observación participante; permite el registro de datos del investigador de campo; contiene las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada (174). Las notas se ordenan por lugar y fecha, y describen con detalles situaciones que han sucedido en terreno e interpretaciones realizadas por el investigador (175). Hoy las notas de campo se pueden acompañar con fotografías y registros de video, y con otro tipo de registros gracias a la tecnología.

En el campo de la salud, el método etnográfico ha ido ganando terreno como una posibilidad para comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad a nivel comunitario. Primero fueron los investigadores sociales los que adelantaron trabajos relacionados con la antropología médica, pero, poco a poco, los profesionales de la sa-

lud han empezado a utilizar sus técnicas para ampliar su comprensión frente a los problemas en salud de diversas comunidades. Esto, a la par de procesos de Atención Primaria en Salud, ha implicado que el personal sanitario adelante procesos de observación, que lo llevan a una vinculación estrecha y horizontal con las comunidades en los ámbitos donde transcurre la cotidianidad de la vida. Claramente es un reto y una ruptura al modelo de investigación hegemónica en ciencias de la salud, que exige al profesional sanitario capacidades de pregunta constante, reflexión y flexibilidad (176).

FENOMENOLOGÍA

Uno de los campos de indagación importantes en odontología está referido a la experiencia y a la perspectiva de los sujetos. Dentro de la investigación cualitativa, la fenomenología se orienta al abordaje de la realidad partiendo del marco de referencia de los sujetos, conformado por experiencias, percepciones y recuerdos que la persona puede evocar en un determinado momento. La entrevista fenomenológica es un recurso para buscar, en el discurso de los sujetos, los significados atribuidos por ellos a su experiencia frente a una determinada situación (177).

INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA

La investigación participativa es una propuesta metodológica que involucra a la comunidad en el reconocimiento y solución de sus problemas. El proceso de investigación participativa se basa en una integración del diálogo, la investigación y el análisis en el cual los miembros de la comunidad, así como los investigadores, son parte del proceso (178). Esta metodología es no convencional en la medida

en que involucra a quienes viven la problemática en el análisis de su realidad. Se caracteriza por la unión entre teoría y práctica, reflexión, educación, transformación y otros valores asociados al cambio de realidad (179).

INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA (IAP)

Para avanzar en procesos educativos y de participación social en Odontología comunitaria, resulta pertinente conocer la propuesta metodológico-conceptual de la investigación acción participativa (IAP), la cual parte de la idea de que las comunidades transforman sus condiciones de vida cuando adquieren la capacidad de definir sus problemas, necesidades y soluciones (180).

La puesta en práctica de un modelo de investigación-acción participativa puede ayudar en los procesos de cambio en que los sujetos sociales son protagonistas de la intervención social. Esta forma de pensar la investigación conduce a la formación de ciudadanía (181). La IAP articula el conocimiento y la práctica, y ayuda a contextualizar la intervención social privilegiando procesos de reflexión con amplia participación de la comunidad (182).

Las aproximaciones basadas en esa perspectiva identifican necesidades y fortalezas en los contextos y llevan a las personas a la acción (183). La IAP contempla la consulta a diferentes actores sociales en búsqueda de sus visiones, ideas y puntos de vista sobre un tema o problemática susceptible de cambiar, llevándolos a ser protagonistas centrales del proceso (184). Se trata de un proceso de aprendizaje mutuo que busca transformar lo que las personas hacen, el modo como interactúan con otros, el significado y el valor que le dan a las otras personas y los discursos en torno a cómo se entiende e interpreta la realidad (185). Becerra y Moya, retomando elementos propuestos por Lanz, proponen las siguientes etapas:

- a. *Contextualizar la situación*: acercamiento entre los participantes mediante conversaciones abiertas, la realización de exposiciones sobre los puntos críticos que afectan al grupo sobre la praxis instaurada; propicia también la indagación sobre los principales problemas que se confrontan.
- b. *Objeto de estudio*: se determina con mayor precisión qué es lo que se quiere investigar, se diseñan los objetivos de acción y se establecen planes de acción.
- c. *Delimitación del objeto de estudio*: se responde en este momento preguntas como: Qué, Quién, Dónde y Cuándo, tratando de precisar el problema de investigación. En este orden se delimitan: la acción social problematizada, los sujetos sociales involucrados en la investigación, tanto de manera directa como indirecta, y se determina tanto la dimensión espacial como el ámbito temporal de la misma.
- d. *Reconstrucción del objeto de estudio*: se privilegian los elementos de síntesis y se combina, por una parte, la ubicación de algunos aspectos internos del objeto y, por otra, la medición del conocimiento.
- e. *Perspectiva teórico-metodológica*: se examina y discute la perspectiva teórico-filosófica bajo la cual se hace la investigación. También en este momento se esbozan las principales premisas de la investigación-acción y se definen las claves teóricas que provienen de la matriz de este tipo de investigación.
- f. *Direccionalidad de la investigación*: se define el cambio propuesto. A partir del análisis y reflexión de la praxis colectiva, se formulan los objetivos cognoscitivos e, igualmente, se establecen algunas de las estrategias de articulación.
- g. *Diseño operacional*: definición de técnicas e instrumentos de recolección de datos y las formas de presentación de esa información. Todo esto converge en el análisis e interpre-

tación de los datos, que comprende: la clasificación de la información por unidades temáticas, la categorización de esa información y, por último, la elaboración teórica bajo un enfoque explicativo-comprensivo.

- h. *Conclusiones y resultados*: se presentan los resultados evaluando la estrategia de intervención utilizada. El modelo en el ámbito educativo propicia la reevaluación de teorías; sus resultados tienen una gran influencia en lo que se conoce acerca del aprendizaje y la educación en general (181).

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Las técnicas de investigación cualitativa, estrechamente ligadas a las Ciencias sociales, implican una relación particular entre el investigador y el fenómeno investigado que puede estar centrado en el territorio, colectivo, familia o sujetos. El hecho de pretender comprender una realidad social a partir de las experiencias, puntos de vista y saberes de una comunidad, implica acudir a una serie de herramientas que se definen desde la particularidad de la realidad que se quiere investigar y no tanto desde los conceptos previos que trae el investigador (186).

Aspectos como el enfoque, el contexto del estudio, la adecuación a los sujetos, la viabilidad de su implementación y criterios éticos de confidencialidad, equidad, respeto y autonomía, ayudan a definir las técnicas a ser implementadas en un estudio cualitativo en el contexto de la salud. Veamos a continuación las más utilizadas.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Utilizada con frecuencia en la etnografía, en la observación participante el investigador se integra al ambiente cotidiano de los actores sociales participando en él y se apoya en la pregunta o problema de investigación o en categorías teóricas establecidas con anterioridad para orientar sus observaciones (187). Esta técnica permite al investigador conocer información sobre los actores sociales en sus propios contextos (180).

Algunos aspectos a tener en cuenta para adelantar un acercamiento a la comprensión de la vida cotidiana de una comunidad mediante esta técnica, son los siguientes, de acuerdo con Amezcua:

- a. *Preparación del campo*: el campo se entiende como el lugar donde el investigador va a adelantar su proceso de observación. Es importante generar confianza para poder ingresar al campo de observación; para esto, se recomienda identificar líderes de la comunidad que permitan la entrada; también es importante lograr vincularse al desarrollo de alguna actividad cotidiana con el fin de participar de ella y desde allí poder acercarse mucho mejor al contexto.
- b. *Relaciones en el campo*: es muy importante que el investigador tenga claro que, al acercarse a un campo de trabajo, donde él o ella, es desconocido, va a generar una reacción en la comunidad. Por tanto, se debe ir ganando un espacio en la comunidad y hacerse familiar; pero además no perder de vista que su presencia genera cambios en el comportamiento habitual de los sujetos (reflexividad).
- c. *Los informantes*: como ya se mencionó, es muy importante reconocer líderes en la comunidad que, no solo permitan la entrada al campo, sino que brinden información inicial y que permitan conocer a otros informantes, generando un efecto de “bola de nieve” en el que un informante nos

lleve a otros, con el fin de tener una mirada amplia y desde diferentes perspectivas, de un mismo fenómeno.

- d. *El diario de campo*: el investigador, en la implementación de esta técnica, se apoya en el diario de campo el cual permite el registro de datos, observaciones o notas de campo completas, precisas y detalladas. Las notas se ordenan por lugar y fecha y describen con detalle situaciones que han sucedido en campo e interpretaciones realizadas por el investigador.
- e. *Retirada del campo*: es muy importante saber identificar en qué momento se debe salir del campo de estudio. Aquí se propone el principio de “saturación” de los datos. Es el momento en que el investigador siente que ya se repite la información, que no está observando, analizando y sintetizando nada nuevo (176).

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Las entrevistas a profundidad se dirigen a la comprensión de las perspectivas de los entrevistados respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, y busca excavar en la historia de la persona entrevistada desde su propia experiencia y a partir de sus propias palabras (174). Generalmente suelen cubrir solamente uno o dos temas, pero de manera profunda. Las restantes preguntas que se realizan, van emergiendo de las respuestas del entrevistado y se centran especialmente en ampliar detalles para profundizar en el tema de estudio.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista de investigación busca, mediante la recogida de un conjunto de saberes propios de la persona, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo. En la entrevista semiestructurada o focalizada se realiza una serie de preguntas que definen el área a investigar, pero el investigador tiene libertad para profundizar en alguna idea que pueda ser relevante, realizando nuevas preguntas (188). Se determina de antemano cuál es la información primordial que se quiere conseguir (189).

HISTORIAS Y RELATOS DE VIDA

Ramírez y Zwerg señalan que “la historia de vida es más que una biografía, pues busca encontrar el sentido de un fenómeno social que va más allá del individuo; detrás de la historia de vida se pueden establecer indicios generales de una comunidad o un fenómeno” (190).

La historia de vida se diferencia del relato de vida, especialmente porque la primera suele abarcar la experiencia vivida en su totalidad en tanto que el relato de vida es una historia puntual sobre situaciones, experiencias o hechos específicos de la vida del sujeto (191). Las historias de vida temáticas (o relatos de vida) comparten muchos rasgos de las historias de vida completas, pero delimitan la investigación a un tema, asunto o período de la vida del sujeto, realizando una exploración a fondo del mismo (192).

GRUPOS FOCALES

Según Hamudi-Sutton y Varela-Ruíz (193) los grupos focales constituyen un espacio de opinión “para captar el sentir, pensar y vivir de los

individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos”. Las entrevistas obtenidas a través de la estrategia de grupos focales tienen como objeto registrar cómo elaboran los participantes grupalmente su realidad y experiencia. En este tipo de entrevistas se seleccionan tópicos de conversación acorde con los propósitos del estudio. Esta modalidad de entrevista grupal es abierta y estructurada, y generalmente toma la forma de una conversación grupal (194). En lo que se refiere al número de participantes que deben componer el grupo focal, no hay consenso en la literatura. Se recomiendan mínimo 4 y máximo 12, buscando que el tamaño del grupo se adapte a los propósitos de la investigación (195).

CARTOGRAFÍA SOCIAL

La cartografía social constituye una herramienta fundamental para leer el territorio. Como se mencionó más arriba, un territorio social que trasciende el espacio físico y geográfico. Un territorio entendido como espacio de experiencias en el que se construyen sentidos y modos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad (196).

Al entender un territorio de manera dinámica, los mapas sociales permiten hacer una lectura que va más allá de la exclusiva representación físico-geográfica, para dar paso a las representaciones de aquellos que lo habitan, lo sienten y le dan sentido a través de sus relaciones (186).

En el campo de la salud pública y comunitaria, los mapas sociales han sido utilizados para reconocer los activos en salud de una manera participativa. Es decir, la representación de un territorio permite identificar, no solo los problemas, sino también las relaciones, saberes y prácticas que ha desarrollado una comunidad para transformar su realidad y de esta manera generar procesos de promoción de su calidad de vida y salud (197).

A nivel metodológico, la cartografía social propone talleres de elaboración de mapas, en el que los participantes representan las relaciones que se tejen en el territorio, los activos y recursos con que cuentan y el sentido que tiene para ellos este espacio físico. La elaboración de estas representaciones se convierte en un pretexto para reconocer su territorio, generar diálogos culturales y resignificarlo.



CONSIDERACIONES FINALES DE LOS AUTORES

El texto que hemos compartido con ustedes ha tenido como objeto aportar algunas alternativas a la profesión odontológica para ampliar la mirada y el abordaje de la salud oral desde la Odontología comunitaria, con un enfoque de Atención Primaria en Salud. Un reto que, a partir de lo expuesto en cada capítulo, nos remonta a la complejidad que implica el hecho de pensar la salud oral vinculada a los fenómenos de la salud y la vida donde lo social cobra una importancia decisiva.

En este sentido, el recorrido por los conceptos, metodologías y herramientas, que hemos propuesto, no se debe entender como una guía secuencial ni obligada para cualquier iniciativa que pretenda adelantar un trabajo comunitario en salud oral. Al contrario, los elementos expuestos pretenden abrir caminos, al reconocer que una apuesta por la Atención Primaria en Salud, despliega múltiples alternativas teóricas y orientaciones metodológicas. En este orden de ideas, esperamos que el recorrido realizado permita adelantar una reflexión sobre las prácticas cotidianas del odontólogo en contextos comunitarios y también explorar nuevos horizontes para la acción.

Este libro constituye entonces una invitación a no conformarse con una única visión de la realidad y a reconocerla como compleja y multideterminada. Hace un llamado a construir nuevas formas de comprender la salud oral inmersa en los fenómenos sociales y partir de allí para generar nuevas preguntas, que se traduzcan en alternativas de respuesta a los problemas y demandas sociales más urgentes, los cuales, sin duda, superan con creces lo expuesto en estas páginas.

*



REFERENCIAS

1. Fundación Escuela Colombiana de Medicina. Filosofía de un programa. Colección Educación Médica, v. 1. Bogotá: Kimpres; 1984.
2. Cárdenas H (Comp.). El enfoque biopsicosocial y cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque. Procedencias, despliegues y desafíos. Colección Educación Médica, n. 62. Bogotá: Universidad El Bosque; 2016.
3. Montenegro-Martínez G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Univ Odontol.* 2011; 30(64): p. 101-108.
4. Pasarín MI, Díez E. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias. *Gac Sanit.* 2013; 27(6): p. 477-478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.008>
5. Hernández J de la F. Una odontología latinoamericana, ¿quime-
ra? *Revista Odontológica Mexicana.* 2011;11(1): p. 53-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2007.11.1.15887>
6. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental Nota in-
formativa N° 318 [Internet]. Abril de 2012 [citado 2021 ene.18]
Disponible en: [https://es.scribd.com/document/396643618/
NOTA-INFORMATIVA-N318-de-la-OMS-pdf](https://es.scribd.com/document/396643618/NOTA-INFORMATIVA-N318-de-la-OMS-pdf)
7. Agudelo-Suárez AA, Martínez-Herrera E. La salud bucal colec-
tiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc.
Polit. Salud.* 2009; 8(16): p. 91-105.
8. Lantz MS, Bebeau M, Zarkowski P. The status of ethics tea-
ching and learning in U.S. dental schools. *J Dent Educ.*
2010; 75(10): p. 1295-1309. DOI: [https://doi.org/10.1002/
j.0022-0337.2011.75.10.tb05174.x](https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2011.75.10.tb05174.x) Recuperado de
9. Latorre-Uriza C, Bermúdez de Caicedo C, Botía-López MA. Las
prácticas sociales desde la Carrera de Odontología. *Investiga-
ción en Enfermería: Imagen y Desarrollo [internet]* 2009 [ci-
tado 2020 nov. 12]; 11(2): p. 93-105. Disponible en: <https://>

- revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1619
10. Cuenca E. Odontología comunitaria. Evolución histórica, principios y aplicaciones. En: Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Cuarta ed. Barcelona. Masson. 2013. p. 11-16.
 11. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición [Internet] 2006 [citado 2020 nov. 12]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
 12. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud Mental. [Internet] 2004 [citado 2020 nov. 12]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
 13. Vélez A. Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. Hacia la promoción de la salud. 2007; 12: p. 63-78.
 14. Langdon EJ, Baraune WF. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2010 [citado 2021 ene. 10]; 18(3): p. 459-466. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.
 15. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción [Internet] 2000 [citado 2020 nov. 14]. Washington, DC: OPS.
 16. Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal. [Internet] 2017 [Citado 2021

- ene.10] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Buss P. Conferencia Inaugural II Congreso Chileno de Salud Pública Desafíos para la salud pública contemporánea en tiempos de cambio. *Rev Chil Salud Pública*. 2011; 14(2-3): p. 86-116. DOI: <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2010.11588>.
 18. Franco-Giraldo Á. La salud pública en discusión. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2019; 37(1): p. 15-28. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a04>
 19. Contreras A. La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. *Revista biomédica*. 2013; 33(1). DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i1.1617>
 20. Organización Mundial de la salud. Salud bucodental. Sitio Web (Internet) s/f [citado 2020 dic. 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
 21. Organización Mundial de la salud. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. Informe de la Secretaría. 60° Asamblea Mundial de la Salud, 22 de marzo de 2007 [Internet] 2007 [citado 2021 dic.22]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA60/A60_16-sp.pdf
 22. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Cienc Salud*. 2017; 15(3): p. 397-408. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
 23. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31(Supl 1): S13-S27.
 24. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria, Buenos Aires: Ed. Paidós; 2007.

25. Segura del Pozo J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gac Sanit*; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.004>
26. Pasarin MI, Forcada C, Montaner MI, De Peray JL, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010; 24(Suppl 1): p. 23-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.007>
27. Pimentel-González JP, Correal-Muñoz CA. Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Revista Científica Salud Uninorte*. 2015; 31(2): p. 415-423. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.2.7657>
28. Martínez-Abreu J, Gispert-Abreu E, Castell-Florit SP, Alfonso-Pacheco C L, Diago-Trasancos H. Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2014 [citado 2019 oct. 15]; 36(5): p. 671-680. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500015&lng=es.
29. República de Colombia. Ministerio de salud y protección Social. IV Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB IV Situación de Salud Bucal. ENSAB IV. [Internet] 2014 [citado 2020 nov 22]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306646030_IV_Estudio_Nacional_De_Salud_Bucal_-_ENSAB_IV_Situacion_de_Salud_Bucal
30. Organización Mundial de la Salud. Política de Salud para todos para el Siglo XXI [Internet] 1997 [citado 2020 nov 22]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfs-pa/spa9.pdf
31. Apraez-Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis* [Revista en línea] 2010 [citado 2019 abril 30]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/958>

32. Restrepo-Espinosa MH, Molano J. y Sierra JD. Orígenes y trayectorias de la atención primaria en salud. Desde Kazajistán a América. *Revista Nova et Vetera [Revista en línea]* 2016 [citado 2020 septiembre 23] 2(22). Disponible en: <https://www.urosario.edu.co/Revista-Nova-Et-Vetera/Vol-2-Ed-22/Omnia/Origenes-y-trayectorias-de-la-atencion-primaria-en/>
33. Organización Mundial de la Salud. Política de salud para todos en el Siglo XXI. [Internet] 1997 [citado 2020 ene. 16]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa9.pdf
34. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria en Salud [Internet] 1978, 6-12 sept. (citado 2019 dic 22). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=0D-1FFF304C6CD8FFC5416AE8043D3521?sequence=1>
35. Periago MR. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. *Rev Panam de Salud Pública [Internet]* 2007 [citado 2020 ene.16]: 21(2/3): p. 65-68 Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7893>
36. Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en 2000 [Internet] 1982 [citado 2020 ene. 18]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/39468/4288.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. República de El Salvador. Ministerio de salud pública y asistencia social. Salud para todos: una meta posible [Internet] 2010 [citado 2020 ene. 15] Disponible en: https://www.academia.edu/357453/Un_abordaje_radicalmente_nuevo_para_la_salud_global_Salud_para_todos
38. Organización Mundial de la Salud-UNICEF. Declaración de Astaná. Global Conference of Primary Health Care. Astana, Kazajistán. [Internet] 2018 [citado en 2020 septiembre 23].

- Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
39. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud OPS/Organización Mundial de la salud OMS [internet] 2007 [citado 2020 octubre 17] Disponible en: https://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
 40. Vega-Romero R. El papel de la Atención Primaria de Salud en la transformación de los sistemas de salud. En: Vega-Romero R, Acosta-Ramírez N, Mosquera-Méndez PA, Restrepo-Vélez O, (eds): Atención Primaria Integral de Salud: estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. 1.ª ed. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud Bogotá; 2009. p. 17-34.
 41. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2000.
 42. Brommet A, Lee J, Serna JA. Atención primaria: Una estrategia renovada. Colombia Médica. 2011; 42(3): p. 379-87.
 43. Nithila A, Bourgeois D, Barmes DE, Murtomaa H. Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental a los 12 años de edad. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998; 4: p. 411-418.
 44. Pitts N, Amaechi B, Niederman R, Acevedo AM, Vianna R, Ganss C, Ismail A, Honkala E. Global oral health inequalities: dental caries task group—research agenda. Advances in dental research. [Internet] 2011 [citado 2020 octubre 17]; (2): p. 211-20.
 45. Franco-Cortés ÁM, Otálvaro-Castro GJ, Ochoa-Acosta E, Ramírez-Puerta S, Escobar-Paucar G, Agudelo-Suárez AA, Hernández-Paternina G, Manrique N. Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia, Colombia.

- Un análisis desde la epidemiología crítica. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2016; 15(31).
46. Vargas CM, Ronzio CR. Disparities in early childhood caries. In *BMC oral health* [Internet] 2006 [citado 2020 octubre 17] 6: S1- S3. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-6-S1-S3>
 47. Suárez A, Herrera EM. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2009; 8(16): p. 91-105
 48. Federación Dental Internacional. El desafío de las enfermedades bucodentales- una llamada a la acción global. *Atlas de Salud Bucodental*. [Internet] 2015 [citado en noviembre 5 de 2020]; 2(1). Disponible en: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
 49. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2013; 12(25): p. 96-112. DOI <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp12-25>
 50. Moimaz SA, Bordin D, Fadel CB, Santos CB, Garbin CA, Saliba NA. Qualification of care in oral health services. *Cadernos Saúde Coletiva*. [revista en línea] 2017 (citado 2020 octubre 17); 25(1): p. 1-6. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2017000100001&script=sci_arttext
 51. Pedroso MA, Krieger MV. Extensão do atributo acesso nos diferentes modelos de atenção primária em saúde bucal de Porto Alegre. *Salão de Iniciação Científica*. Porto Alegre: Repositório Digital Universidad General Grande do Sul [Internet] 2013 [citado 2021 nov 15] Disponible en: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/92252>
 52. Batra M, Rajwar YC, Agarwal N, Singh A, Dutt M, Sinha A. Basic package for oral care: A step towards primary oral health care. *TMU J Dent*. 2014; 1(2): p. 57-60.

53. Lamster IB. Primary Health Care in the Dental Office, An Issue of Dental Clinics-E-Book. Elsevier Health Sciences [Internet] 2012 [citado 2021 jun. 22]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/primary-health-care-in-the-dental-office-an-issue-of-dental-clinics/978-1-4557-4932-4>
54. Reis ML. A avaliação dos cirurgiões-dentistas acerca dos atributos longitudinalidade e integralidade do cuidado [Trabalho de grado Odontologia]. Porto Alegre: Repositório Digital Universidad General Grande do Sul [Internet] 2012 [citado 2021 nov 15]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0CITnhFx03AJ:https://lume.ufrgs.br/handle/10183/78969+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
55. López-Puig P. Redes integradas de servicios estomatológicos. El caso cubano. *Revista Cubana de Estomatología*. 2015; 52: p. 68-75.
56. da Cruz DB, Gabardo MC, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Revista de APS [internet]*. 2009 [citado 2020 abril 12]; 12(2). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/255993839_Processo_de_trabalho_na_estrategia_de_saude_da_familia_uma_perspectiva_a_partir_da_equipe_de_saude_bucal
57. Otálvaro-Castro GJ, Zuluaga-Salazar SM. Otálvaro GJ, Zuluaga SM. Changes of dental practice in the context of structural reform of the state in the late xx century. Confluence towards deprofessionalization of dentistry in Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2014; 25(Suppl): S27-S38.
58. Tajra FS, Lira GV, Rodrigues AB. Auditoria em odontologia: possibilidades de atuação na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. 2012; (3): p. 602-16.
59. Fagundes DM, Thomaz EB, Queiroz RC, Rocha TA, Silva NC, Vissoci JR, Calvo MC, Facchini LA. Diálogos sobre o processo

- de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*. [Internet] 2018. [citado 2020 noviembre 8] 6; 34: e00049817. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n9/e00049817/pt/>
60. Santos NM, Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Revista en línea] 2018 (citado 2020 24 de oct); 23: p. 4319-29.
 61. Vásquez N, Couto C. Paradigmas de la práctica odontológica. *ODOUS científica*. 2006: p. 14-22.
 62. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [Revista en línea]. 2012 (citado 2020 octubre); 28: s9-19.
 63. Dolce MC, Aghazadeh-Sanai N, Mohammed S, Fulmer TT. Integrating oral health into the interdisciplinary health sciences curriculum. *Dent Clin North Am*. 2014; 58(4): p. 829-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2014.07.002>.
 64. Gontijo LPT. Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde. [Tesis de grado Enfermería] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de Sao Paulo [Internet] 2007 [citado 2020 ene. 28]. Disponible en: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-10052007-135113/publico/LilianeTannusContijo.pdf>
 65. Barbosa-Chacón JW, Barbosa-Herrera JC, Rodríguez-Villabona M. Concepto, enfoque y justificación de la sistematización de experiencias educativas. Una mirada "desde" y "para" el contexto de la formación universitaria. *Perfiles Educativos* [Internet] 2015 [citado 2021 ene 10] xxxvii (149): p. 130-149. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/132/13239889008.pdf>
 66. Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia internacional de Población y Desarrollo. El Cairo: ONU; 1994 [Internet]

- 1994 [citado 2020 nov 13]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/cairo-conferencia-internacional-sobre-poblacion-y-desarrollo>
67. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2013; 12(25): p. 96-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2424.9448>
 68. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-Quispe G, Arroyo-Hernández H, Vilcarrromero S, Agudelo-Suárez A. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú. *Salud Colect.* 2016; 12(3). DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.912>
 69. Benavides J, Cerón X. Salud oral en poblaciones vulnerables. *Revista Criterios* [Internet] 2017 [citado 2020 nov 30]; 24(1): p. 381-394. Disponible en: <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/Criterios/article/view/1780>
 70. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 2015; 8: p. 2061-2271. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
 71. Eibenschutz C, Támez S, Camacho I. Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México. *Rev. salud pública.* [Internet] 2008 [citado 2020 dic 02]; 10 sup(1): p. 119-132. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217847011>
 72. Artiles L. Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet] 2007 [citado 2020 sep 02]; 33(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu08307.htm
 73. García-Zavaleta C. Equidad y salud bucal. *Rev Estomatol Heredia* [Internet] 2015 [citado 2020 nov 30]; 25(2): p. 85-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a01v25n2.pdf>
 74. Contreras A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista Clínica de Periodoncia, Im-*

- plantología y Rehabilitación Oral. 2016; 9(2): p. 193-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>
75. Sanabria-Castellanos CM, Suárez-Robles MA, Estrada-Montoya JH. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2015; 14(28): p. 161-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps18-28.rdsc>
 76. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012 Sep 15; 380(9846): p. 1011-29. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8).
 77. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit [Internet]* 2008 [citado 2020 sep 02]; 22(5). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213->
 78. Hernández-Aguado I, Santaolaya-Cesteros M, Campos-Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. *Informe SESPAS 2012. Gaceta sanitaria.* 2012; 26(1): p. 6-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>
 79. Aranguren-Ibarra ZM. Ejercer la odontología desde una perspectiva bioética. *Acta Odontológica Venezolana [Internet]* 2014 [citado 2020 feb. 22]; 52(1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-4/>
 80. Rillo AG. Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología. *Humanidades Médicas [Internet]* 2013 [citado 2020 sep 02]; 22(5)13(2): p. 393-411. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000200007&lng=es&tlng=es
 81. Barrena-Ezcurra A. Bioética para la comunidad: identificación y transmisión de nociones relevantes de bioética para la comunidad. *Rev. Bioética y Derecho [Internet]* 2017 [citado 2019 jul.

- 07]; (41): p. 209-226. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300015&lng=es.
82. Mejías-Taissé D, Turcáz-Castellanos IM, González AM. Valores éticos en la práctica estomatológica. Compromiso desde la atención primaria. Rev. Med. Electron [Internet]. 2014 dic. [citado 2019 jul. 06]; 36(6): p. 846-854. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600005&lng=es.
 83. Rangel MC. Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad el Bosque. Revista Salud Bosque. 2012; 1(2): p. 87-98. DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v1i2.99>
 84. Rangel MC. Una mirada bioética a la formación del odontólogo. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque; 2017.
 85. Lafaurie MM, Perdomo A, Tocora JC, González MC, Amaya M, Barbosa R, et al. La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo. Revista Salud Bosque. 2018; 8(2): p. 97-105. DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2498>
 86. Sanches MJ, Vergian L, Moravcik MY. La humanización del cuidado bajo la perspectiva de los equipos de la estrategia de salud de la familia en un municipio del interior paulista, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2010 [citado 2018 mayo 15]; 18(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_15.pdf
 87. Villar-Montesinos E. Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. En Fellel M (Editora): Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”. México: EUROsocial [Internet] 2015 [citado 2021 ene 09]

- Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-de-terminantes-sociales.pdf>
88. República de Colombia. Ministerio del Interior. El enfoque diferencial y étnico en la política pública de víctimas del conflicto armado. Bogotá: Ministerio del Interior [Internet] s/f [citado 2020 jun 04] Disponible en: https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla_enfoque_diferencial_fin_1.pdf
 89. Sáenz A. Aportes conceptuales y metodológicos para la incorporación del enfoque diferencial de género en el abordaje psicosocial a víctimas de explotación sexual comercial. Trabajo de Grado, Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia, Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 2010 [citado 2020 sep. 24] Disponible en: http://bivipas.info/bitstream/10720/555/1/TT-134-Saenz_Andrea-2010-253.pdf
 90. Zapata-Barrero. R. Diversidad y Política Pública. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. [Internet] 2009 [citado 2021 ene.25]; 104: p. 93-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2912485>
 91. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022.
 92. Organización Panamericana de la Salud. El abordaje al curso de vida. [Internet] s.f [citado 2021 ene. 25]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13903:the-healthy-life-course-approach&Itemid=40283&lang=es
 93. Cenobio-Narcizo JH. Guadarrama-Orozco; Medrano-Loera G, Mendoza-de la Vega K, González-Morales D. Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. Bol

- Med Hosp Infant Mex. 2019; 76: p. 203-209. DOI: <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000007>
94. Blanco, M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*. 2011; 5(8): p. 5-31. DOI: <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
 95. García-Huidobro Diego. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2010 [citado 2019 Sep 15]; 138(11): p. 1463-1464. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001200019>
 96. Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador LR, Madera-Anaya MV. Odontología con enfoque en salud familiar. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet] 2014. [citado 2019 ago. 07]; 40(3): p. 397-405. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300010&lng=es.
 97. Villalobos-Cavazos O. ¿Qué es el enfoque territorial? *Journalrural.com*. [Internet] s/f [citado 2020 oct 10]. Disponible en: <https://journalrural.com.mx/2022/01/22/que-es-el-enfoque-territorial/>
 98. Fernández J, Fernández MI, Soloaga I. Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Internet*. 2019 [citado 2020 dic. 28] Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44905/1/S1900977_es.pdf
 99. Universidad de Antioquia. *Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica*/Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017.
 100. Tobar F. Gestión territorial en salud. En: Chiara M, Moro J (Compiladores). *Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos*. Universidad Nacional General Sar-

- miento. Instituto del Conurbano. Internet]. s.f. [citado 2020 sep. 24]. Disponible en: http://www.fsg.org.ar/20140328_Gestion_territorial_en_salud.pdf
101. Gispert-Abreu E, Castell-Florit-Serrate P, Herrera-Nordet M. Salud con todos para el bienestar de todos: una necesidad apremiante. *Rev Cubana Estomatol* [Internet] 2011 [citado 2020 abr.04]; 48(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300001
 102. Torres-Arreola L, Vladislavovna-Doubova S, Reyes-Morales H, Villa-Barragán JP, Constantino-Casas P, Pérez-Cuevas R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria* [Internet] 2006 [citado 2020 oct. 13]; 38(7): p. 381-386. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82297020.pdf>
 103. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, De Peray JL, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. InformeSESPAS2010. *GacSanit.* 2010; 24(Suppl 1): p. 23-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.007>
 104. Pasarín MI, Diez E. Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit.* 2013; 27(6): p. 477-478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>
 105. Calaf CP, González-Viana A. Herramientas para una orientación comunitaria de la atención primaria: el mejor sustrato para la prescripción social. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2021; 28(3): p. 21-32.
 106. Rodríguez-Méndez M, Echemendía-Tocabens B. La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2011 abr [citado 2020 feb 23]; 49(1): p. 135-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100015&lng=es.

107. Glick M, Williams DM, Ben-Yahya I, et al. Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. Geneva: FDI World Dental Federation; 2021.
108. González-Fonseca M, Rocha-Navarro Ml, González-Fonseca AC. Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. Revista ADM [Internet] 2017 [citado 2020 feb 23]; 74(2): p. 64-68. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od172c.pdf>
109. Cámara-Seba A. Proyecto de odontología social Yucatán -México-. Fundación odontología social - Secretaría de salud del Yucatán -Universidad Anáhuac Mayab - Dif. Yucatán. Sevilla: Universidad de Sevilla, Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología [Tesis doctoral] 2015 [citado 2021 ene 16]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/34802>
110. Lugo-Angulo E, García-Cabrera L, Gross-Fernández C, Casas-Gross S, Sotomayor-Lugo F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN [Internet]. 2013 abr [citado 2019 abr 26]; 17(4): p. 677-685. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015&lng=es.
111. Borja-González J, del Pozo-Serrano FJ. Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. Salud Uninorte. 2017; 33(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.33.2.10550>
112. Hernández-Bello A. El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009 Dec; 8(17): p. 173-85.
113. Colángelo MA, Ortale MS, Weingast D. Los sentidos sobre el cuidado infantil. En: Colángelo MA, Cantore A, Weingast D, Pozzio M, Lorenzetti M, Del Monaco R. Castilla V. Trayectorias antropológicas y trabajo en salud: diálogos intersecciones y desafíos. México: CIESAS; 2020. p. 111-123.

114. Quintero M, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. *Rev. Aquichan* [Internet]. 2010 [Citado 17 febrero 2018]; 10(1): p. 8-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n1/v10n1a02.pdf>.
115. Vega C, Gutiérrez-Rodríguez E. Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. *Íconos-Revista de Ciencias Sociales* [Internet]. 2014 [citado 2022 may 21]; (50): p. 9-26. Disponible en: <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/1425>
116. Villa-Andrada JM, Ruiz-Muñoz E, Ferrer-Aguareles JL. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo [Internet] 2006 [citado 2021 ene 04] Disponible en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/antecedentes-y-conceptos-de-eps.pdf>
117. Inocente-Díaz ME, Pachas-Barrionuevo FM. Educación para la Salud en Odontología. *Revista Estomatológica Herediana*, vol. 22, núm. 4, octubre-diciembre; 2012. p. 232-241. DOI: <https://doi.org/10.20453/reh.v22i4.91>
118. González-Castro GE. Salud bucal individual y colectiva del niño y del adolescente: una experiencia pedagógica en la Universidad Nacional de Colombia. *Acta Odontológica Colombiana* [Internet] 2017 [citado 2020 jun 05]; 7(1): p. 101-119. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/64078/59396>
119. Kaplún M. Una pedagogía de la comunicación. Madrid: Ediciones de la Torre. 1998.
120. Mays KA. Community-Based Dental Education Models: An Analysis of Current Practices at U.S. Dental Schools. *Journal of Dental Education* Volume 80, Number 10: p. 1188-1195. DOI:

- <https://doi.org/10.1002/J.0022-0337.2016.80.10.TB06201.X>
121. Oldroyd JC, White S, Stephens M, Neil AA, Nanayakkara V. Program Evaluation of the Inner South Community Health Oral Health Program for Priority Populations. *J Health Care Poor Underserved*. 2017; 28(3): p. 1222-1239. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0107>.
 122. Bell D, Cox ML. Social Norms: Do We Love Norms Too Much? *J Fam Theory Rev*. 2015 Mar 1; 7(1): p. 28-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/jftr.12059>.
 123. Díaz-Brito Y, Pérez-Rivero JL, Báez-Pupo F, Conde-Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]* 2012 [citado 2020 feb. 12]; 28(3): p. 299-308. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n3/mgi09312.pdf>
 124. Ghalib Q, Mohammad A, Marco F, Wolfgang Hoffmann and Christian Splieth. School-based oral health education increases caries inequalities. *Community Dental Health* (2018); 35: p. 153-159. DOI: https://doi.org/10.1922/CDH_4145Qadri07
 125. Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health? *Community Dental Health*. 1994; (11): p. 97-100.
 126. Pérez-Jarauta MJ, Echauri-Ozcoidi M, Ancizu-Irure E, Chocarro-San Martín J. Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de Salud. Navarra: Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. ONA Industria Gráfica; 2006. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E332002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
 127. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Promoción de la salud: glosario [Internet]. 1998 [citado 2020 nov. 12] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

128. Rodriguez A, Beaton L, Freeman R. Strengthening Social Interactions and Constructing New Oral Health and Health Knowledge: The Co-design, Implementation and Evaluation of a Pedagogical Workshop Program with and for Homeless Young People. *Dent J (Basel)*. 2019; 7(1): p. 11. DOI: <https://doi.org/10.3390/dj7010011>.
129. Smith PD, Mays KA. Dental Students' Non-Clinical Learning During Community-Based Experiences: A Survey of U.S. Dental Schools. *J Dent Educ*. 2019; 83(11): p. 1289-1295. DOI: <https://doi.org/10.21815/JDE.019.130>.
130. Verma A, Muddiah P, Krishna-Murthy A, Yadav V. Outreach programs: an adjunct for improving dental education Rural Remote Health. [Internet] 2016 [citado 2021 mayo 12]; 16(3): p. 3848. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27435572/>
131. Farmanova E, Baker-G R, Cohen D. Combining Integration of Care and a Population Health Approach: A Scoping Review of Redesign Strategies and Interventions, and their Impact. *International Journal of Integrated Care*. 2019; 19(2): p. 5, 1-25. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4197>
132. Reyna LA. Comunicación en salud y atención primaria. Retos y propuestas de solución. *Hacia promoc*. 2021; 26(1): p. 15-16. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.2>.
133. Vega J, Vega L, Arroyave J. Lecciones aprendidas en la comunicación en salud y de riesgo en el manejo del virus del Chikungunya y otras enfermedades transmitidas por el mismo vector. *Salud Uninorte*. 2016; 8, 31(1). DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.14482/sun.32.1.8472>
134. Castelblanco M, Grillo C, Lafaurie MM. Juego e interactividad en la educación familiar: Presentación de una estrategia innovadora en comunicación para la salud oral. *Revista Na-*

- cional de Odontología. 2020; 6(2): p. 1-20. DOI: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.02.05>
135. Segura-Vera M. Atención primaria en salud y TIC: Una mirada desde la perspectiva de Habermas. *Salus* [Internet]. 2015 [citado 2022 mayo 01]; 19(Suppl): p. 5-10. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000400002&lng=es.
 136. Woelber JP, Lessing C, Oesterreich D. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 Aug; 64(8): p. 986-992. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03370-5>.
 137. Azcona MS. Interdisciplinariedad, ciencias sociales y odontología social, preventiva y sanitaria. *Papeles de trabajo - Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural* [Internet]. 2016 [citado 2022 mayo 21]; (32): p. 21-34. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082016000200002&lng=es&tlng=es.
 138. Bernstein J, Gebel C, Vargas C, Geltman P, Walter A, Garcia R, Tinanoff N. Listening to paediatric primary care nurses: a qualitative study of the potential for interprofessional oral health practice in six federally qualified health centres in Massachusetts and Maryland. *BMJ Open*. 2017; 7(3): e014124. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014124>. PMID: 28360245; PMCID: PMC5372099.
 139. Gaffar B, Farooqi FA, Nazir MA, et al. Oral health-related interdisciplinary practices among healthcare professionals in Saudi Arabia: Does integrated care exist? *BMC, 2022 Oral Health* 22, 75. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02113-5>
 140. Cooper D, Kim J, Duderstadt K, Stewart R, Lin B, Alkon A. Interprofessional Oral Health Education Improves Knowledge, Confidence, and Practice for Pediatric Healthcare Providers. *Front.*

- Public Health. 2017; 5: p. 209. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00209>
141. Blomma C, Krevers B. Important aspects of conducting an interdisciplinary public preventive oral health project for children in areas with low socioeconomic status: staff perspective. *BMC Oral Health*. 2020; 20: p. 362. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01352-8>
 142. McGregor MR, Lanning SK, Lockeman KS. Dental and Dental Hygiene Student Perceptions of Interprofessional Education. *J Dent Hyg*. [Internet] 2018 [citado 2020 oct. 02]; 92(6): p. 6-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30642999/>
 143. Valachovic RW. Integrating Oral and Overall Health Care: Building a Foundation for Interprofessional Education and Collaborative Practice. *J Dent Educ*. 2019; 83(2 Suppl): S19-S22. DOI: <https://doi.org/10.21815/JDE.019.038>.
 144. Ocampo-Rivera DC, Arango-Rojas ME. La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible” *Rev Univ. salud*. 2016; 18(1): p. 24-33. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.161801.16>
 145. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles del país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
 146. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. [Internet]. 2013 [citado 2022 mayo 23]; 12(25): p. 28-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54529181003.pdf>
 147. Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia internacional de Población y Desarrollo, El Cairo [Internet] 1994 [citado 2014 abr. 20]. Disponible en: <http://www.unfpa.or.cr/cairo-conferencia-internacional-sobre-poblacion-y-desarrollo>

148. Red Latinoamericana por la Salud Bucal. Carta de Sao Paulo sobre Salud Bucal de las Américas. RAAO. 2006; XLVII (3): p. 51.
149. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá: Política de salud oral para Bogotá; 2012.
150. Jaime SF. Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿Una relación virtuosa? Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): p. 38-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.psss>
151. Avellaneda-Duarte DP, Casa-López GP, González-Pedraza DG, Silva-Rojas YL, Jácome-Liévano S, Harold-Estrada J. Capacitación en Promoción de salud oral a través de una metodología participativa en promotores y en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Cundinamarca) y Duitama (Boyacá). Rev Fed Odontol Colombia [Internet] 2004 [citado 2020 abr. 14]. 2004; (194): p. 8389. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-249135>
152. Crespo MI, Riesgo Y, Lobaina YL, Torres P, Márquez M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas, MEDISAN [Internet] 2009 [Citado 2014 jun. 24] 13 (1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san14109.pdf
153. Acosta-Ramírez, N. Evaluación de los atributos de la APS en la localidad de Suba. En: Vega-Romero R, Acosta-Ramírez N, Mosquera-Méndez PA, Restrepo-Vélez O, (eds): Atención Primaria Integral de Salud: estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. 1.ª ed. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud Bogotá; 2009. p. 199-207.
154. Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J, Escaramis-Babiano G. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. Gaceta sanitaria. 2006;

- 20: p. 209-219. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv20n3/original7.pdf
155. Giraldo-Osorio A, Vélez-Álvarez C, Berra S, Perdomo-Rubio A. Calidad de los instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria: revisión sistemática. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25(1): p. 109-129 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.8
156. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C, Pasarín MI. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10. *Atención Primaria.* 2021; 53(1): p. 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.004>
157. Domínguez BM, Díaz CE. Impacto de la acción odontológica comunitaria de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. *Odous Científica.* [Internet] 2011 [citado 2020 nov 21]; 12(2): p. 31-41. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol12-n2/art4.pdf>
158. oms. Evaluación del impacto de salud [Internet] s.f. [citado 2020 nov. 12]. Disponible en: https://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/es/
159. Suárez-Álvarez O, Fernández-Feito A, Vallina-Crespo H, Aldasoro-Unamuno H, Cofiño R. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad *Gaceta Sanitaria.* 2018; 32(6): p. 579-581. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.008>
160. Achig-Subía L, Achig-Balarezo D. La investigación social en salud. *Rev. Med Ateneo* [Internet] 2019 [citado 2021 ago. 17]; 21(1): p. 83-92. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/334520665_Investigacion_social_en_salud
161. Cortés-García CM. La investigación social en salud: un punto de encuentro para las ciencias sociales y las ciencias de la salud. *Rev Facultad de Medicina* [Internet] 2010 [Citado 2020 sep.12];

- 58(4): p. 259-262. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/18579#textoCompletoHTML>
162. Pelcastre-Villafuerte BE, Domínguez-Esponda R, González-Vasquez T. Health social research in a context of violence: a look from the ethics. *Saude soc.* 2015; 24(3): p. 816-825. DOI: <http://dx.doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1590/S0104-12902015130180>.
 163. Montenegro G, Sarralde AL, Lamby CP. La educación como determinante de la salud oral. *Univ Odontol.* 2013; 32(69): p. 115-121.
 164. Organización Panamericana de la Salud. Introducción a la Epidemiología Social. *Boletín epidemiológico [Internet]* 2002 [citado 2020 jun 12]. Disponible en: https://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n1-cover.htm
 165. Kaufman J, Mezones-Holguín E. Una epidemiología social para América Latina: una necesidad más allá de la reflexión sobre las inequidades en salud. *Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]*. 2013 oct [citado 2021 ene. 24]; 30(4): p. 543-546. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400001&lng=es.
 166. Borrell C. Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve [Internet]* 2015 [citado 2020 oct- 02]; 32. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/39145562>
 167. Segura-del Pozo J. Epidemiología de campo y epidemiología social *Gac Sanit. [Internet]* 2006 [citado 2020 jun 12]; 20(2): p. 153-158. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911106714741>
 168. Fuentes-Ramírez M, López-Moreno S. La investigación social en salud: comunicaciones recientes en SPM [Internet] 2005 [citado 2020 jun 12]; 47(1): p. 5-7. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2005.v47n1/5-7/es/>

169. González-Martínez F, Hernández-Saravia L, Correa-Mulett K. Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 2014 jun 14]; 39(1): p. 59-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100006&lng=es.
170. Oliva-Mella PF, Buhring K, Narváez C. Investigación cualitativa en odontología, análisis narrativo de la evidencia existente. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2014 [citado 2020 abr. 15]; 51(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/359>
171. Guber R. *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma, 2001.
172. Meneses-Cabrera T, Cardozo-Cardona, J. La Etnografía: una posibilidad metodológica para la investigación en cibercultura. *Revista Encuentros*. [Internet] 2014 [citado 2020 jul. 15]; 12(2): p. 93-103. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-58582014000200007
173. Murillo J, Martínez-Garrido C. *Investigación Etnográfica*. Madrid: UAM, 2010.
174. Taylor SJ, Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1987.
175. Restrepo E. *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Envión Editores. Colección Caja de Herramientas; 2016.
176. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de enfermería* [Internet] 2000 [citado 2020 mar.02]; 9(30): p. 30-35. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>
177. Ricard M. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista [Internet] 2010 [citado 2015 nov. 15]: p. 113-133. Disponible en: <http://revistes.publicacionsurv.cat/index.php/ute/article/download/643/622>

178. Shutter A. El proceso de investigación participativa. México: Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario, A.C.; 1983.
179. Paredes A, Castillo MT. Caminante no hay [un solo] camino. Se hace camino al andar. Investigación acción participativa y sus repercusiones en la práctica. *Rev Colomb Soc.* 2018; 45(1): p. 31-50. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcs.v41n1.66616>
180. Restrepo H. Participación social en salud: un reto para la promoción de la salud. Facultad Nacional de Salud Pública, [Internet]2009 [citado 2020 marzo 01]; 21(2). Disponible en: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/764>>.
181. Becerra R, Moya A. Investigación-acción participativa, crítica y transformadora: Un proceso permanente de construcción. *Integra Educativa.* 3(2): p. 133-156 [Internet] s/f [2019 mar 03]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7kLcrRcjWkKJ:www.scielo.org.bo/pdf/rieiii/v3n2/a05.pdf+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
182. Cifuentes R. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires. Argentina: Noveduc; 2011.
183. Arellano R, Balcazar F, Suarez S, Alvarado F. A Participatory Action Research Method in a Rural Community of Mexico. *Universitas Psychologica.* 2016; 14(4): p. 1197-1208. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-4.parm>
184. Colmenares AM. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación* [Internet] 2012 [citado 2020 dic 12]. 3(1): p. 102-115. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4054232>
185. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS (Eds.). *The Sage handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 559-603.

186. Herrera JD. Los métodos de investigación: entre la reflexividad y la construcción de lo social. 2016. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP). [Internet] 2016[citado 2020 dic 12]; 4(6): p. 275-288. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo1124147-los-m%C3%A9todos-de-investigaci%C3%B3n-entre-la-reflexividad-y-la-construcci%C3%B3n-de-lo-social
187. Ramírez-Atehortúa F, Zwerg-Villegas AM, Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*. 2012; (20): p. 91-111.
188. Blasco T, Otero L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. *Nure Investigación* [Internet] 2008 [citado 2020 jun 21]; 33 Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/408>
189. Peláez A, Rodríguez J, Ramírez S, Pérez L, Vásquez A, González. La Entrevista. Curso 10. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, [Internet] 2010 [citado 2020 jul 12]. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf
190. Ramírez-Atehortúa F, Zwerg-Villegas AM. Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*[Internet] 2012 [citado 2021 jun 22]; (20): p. 91-111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4044261>
191. Ulloa J, Mardones R. Tendencias paradigmáticas y técnicas conversacionales en investigación cualitativa en ciencias sociales. *Perspectivas de la Comunicación* [Internet] 2017 [citado 2020 jul 14]; 10(1): p. 213-235. Disponible en: <http://revistas.ufro.cl/ojs/index.php/perspectivas/article/view/662>
192. Chárriez M. Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot* [Internet] 2012 [citado 2020 jul 13]; 5(1): p. 50. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1775>

193. Hamudi A, Varela M. La técnica de grupos focales. *Inv Ed Med*. [Internet] 2013 [citado 2020 feb 12]; 2(5): p. 55-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n5/v2n5a9.pdf>
194. Ainegren M. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Medellín: Universidad de Antioquia. Centro de Estudios de opinión [Internet] 2009 [citado 2020 jun 18]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/1611>
195. Buss M, López MJ, Rutz A, Coelho S, Oliveira IC, Mikla M. Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2019 dic 12]; 22: p. 1-2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100016
196. Borde E, Torres M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017; 41(especial): p. 264-275.
197. Betancurth-Loaiza DP, Vélez-Álvarez C, Sánchez-Palacio N. Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. *Entramado*. 2020; 16(1): p. 138-151. DOI: <https://dx.doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.1.6081>

*



BIOGRAFÍAS



MARÍA MERCEDES LAFAURIE VILLAMIL

María Mercedes Lafaurie Villamil es Psicóloga de la Universidad Javeriana y Magíster en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado de la Universidad Jaime I (UJI) de Castellón, España. Es consultora e investigadora social en asuntos de salud con perspectiva de género y derechos. Experta en el abordaje y la intervención social en salud con grupos especialmente vulnerables. Académica y conferencista en el campo de la psicología cultural y de las metodologías cualitativas de investigación social. Investigadora asociada a MinCiencias y par evaluador reconocido por la misma entidad. Es profesora titular en la Universidad El Bosque, docente del Área Comunitaria en la Facultad de Odontología e Investigadora del Grupo de Investigación en Salud Bucal y Comunitaria (INVBOCA).

LUIS FERNANDO RESTREPO PÉREZ

Odontólogo de la Universidad de Antioquia, Magíster en Desarrollo Educativo y Social de la Universidad Pedagógica Nacional-CINDE, Candidato a Doctor en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Con experiencia de 18 años en los campos de la salud pública, la salud colectiva, la Atención Primaria en Salud (APS) y la promoción de la salud, así como en la gestión de políticas públicas, planeación y ejecución de proyectos comunitarios en salud en ámbitos comunitarios, tanto del sector público como privado. Actualmente es profesor asociado de la Universidad El Bosque, docente del Área Comunitaria de la Facultad de Odontología, en la cual desarrolla acciones de docencia, investiga-

ción y proyección social con estudiantes de pregrado en diferentes contextos sociales, urbanos y rurales. Es Director del Grupo de Investigación en Salud Bucal y Comunitaria (INVBOCA).

JAIME ALBERTO RUÍZ CARRIZOSA

Odontólogo de la Pontificia Universidad Javeriana, Especialista en Epidemiología Oral para la Administración de Servicios de Salud y Magíster en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Ha ocupado cargos como director del Área Comunitaria y Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO), Magistrado del Tribunal Nacional de Ética Odontológica y ha pertenecido a diferentes grupos de investigación. Actualmente se desempeña como Profesor Titular de la Universidad El Bosque, docente del Área Comunitaria y de los posgrados clínicos de la Facultad de Odontología, responsable de la línea de Profundización en Administración en salud.

MARÍA CLARA GONZÁLEZ CARRERA

Odontóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Odontopediatría clínica y Ortodoncia preventiva del CES de Medellín. Especialista en Docencia Universitaria de la Universidad El Bosque. Investigadora asociada MinCiencias. Experta en el manejo clínico integral del paciente pediátrico. Miembro del grupo gestor de la Alianza por un Futuro libre de Caries, Capítulo Colombia. Profesora Titular de la Universidad El Bosque; hace parte del equipo de trabajo del Área Comunitaria, es docente coordinadora del énfasis de Crecimiento y

Desarrollo de la Maestría en Ciencias Odontológicas de la Facultad de Odontología y directora de la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales (UMIMC).

Odontología comunitaria y atención primaria en salud: una aproximación conceptual

Fue editado y publicado por la Editorial Universidad El Bosque

Agosto de 2022

Bogotá, Colombia

Para esta edición, se usaron las familias tipográficas:

Ancizar Serif 11 puntos y Montserrat de 12 a 25 puntos.

El formato de este ejemplar es 16 x 24 centímetros.

Este libro tiene como propósito aportar a la construcción conceptual de la Odontología comunitaria a partir de un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), de manera que profesionales y estudiantes puedan vislumbrarla como un campo de acción comprometido con las personas y en el cual la integralidad, la humanización y la equidad social son dimensiones de decisiva importancia. Los autores exponen los elementos conceptuales clave para la Odontología comunitaria y su práctica, soportados en desarrollos de las ciencias sociales y la salud pública. De igual forma, presentan los fundamentos de la salud oral comunitaria, plantean una aproximación a la APS y sus aspectos más relevantes, y formulan enfoques orientadores, estrategias de diagnóstico, lectura de necesidades e intervención con base comunitaria de análisis y evaluación. Por último, abordan la investigación social en salud, haciendo énfasis en los métodos cualitativos.

The purpose of this book is to contribute to the conceptual construction of Community Dentistry from a Primary Health Care (PHC) approach, so that professionals and students can envision it as a field of action committed to people and in which comprehensiveness, humanization and social equity are dimensions of decisive importance. The authors expose the key conceptual elements for Community Dentistry and its practice, supported by developments in social sciences and public health. Likewise, they present the fundamentals of community oral health, propose an approach to PHC and its most relevant aspects, and formulate guiding approaches, diagnostic strategies, reading of needs and intervention, with community-based analysis and evaluation. Finally, they address social research in health, emphasizing qualitative methods.

