



Universitas Odontológica

ISSN: 0120-4319

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Montenegro Martínez, Gino

Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública

Universitas Odontológica, vol. 30, núm. 64, enero-junio, 2011, pp. 101-108

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública

A New Approach to Oral Health: A Public Health Perspective

Gino Montenegro Martínez

Odontólogo, Pontificia
Universidad Javeriana, Bogotá,
Colombia. Especialista en
Gerencia de la Salud Pública,
Universidad del Rosario,
Bogotá, Colombia. Coordinador
Ámbito Escolar, Programa Salud
al Colegio, Unidad de Salud
Pública, Hospital Tunjuelito II
Nivel ESE, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

A partir del análisis de algunas estadísticas de morbilidad oral en Colombia que muestran cómo los problemas de salud oral (caries) siguen afectando a un número alto de la población, a pesar de haberse reducido el número de dientes afectados (índice COP-D), el autor plantea que para alcanzar salud es necesario cambiar de perspectiva. Se propone un paso del enfoque individual de riesgo a un enfoque poblacional de salud pública que enfatice los determinantes de la salud, la promoción de la salud y la integración del odontólogo a un equipo más amplio de trabajo. El análisis se apoya en estudios epidemiológicos, documentos de la Organización Mundial de la Salud e investigaciones recientes en el tema de los determinantes de la salud, la promoción de la salud y las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral.

PALABRAS CLAVE

Salud, salud pública, salud oral, promoción de la salud, enfoque de riesgo, enfoque poblacional, determinantes de la salud.

ÁREA TEMÁTICA

Odontología, salud pública.

ABSTRACT

Starting with the analysis of some oral morbidity indicators in Colombia that show how dental diseases (caries) still affect the population in high numbers in spite of the lower numbers of affected teeth (DFM-T Index), the author suggests a change in perspective. A shift from an individual risk-based approach to a population-based approach of public health emphasizing health determinants, health promotion, and dentist joining work teams is presented. The analysis is supported by epidemiology reports, documents from the World Health Organization, and research on health determinants, health promotion and social representations of the oral health-disease process.

KEY WORDS

Health, public health, oral health, health promotion, risk-based approach, population-based approach, health determinants.

THEMATIC FIELD

Dentistry, Public health

El presente ensayo es el resultado de un proceso de estudio y revisión de literatura. Es un ejercicio de carácter académico que busca generar espacios de análisis y discusión que aporten al desarrollo integral de la odontología como ciencia que promueve hábitos que favorezcan la salud oral y a un desarrollo social sostenible.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Univ Odontol. 2011 Ene-Jun; 30(64): 101-108

Recibido para publicación: 02-11-2010

Aceptado para publicación: 07-03-2011

Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

INTRODUCCIÓN

La odontología como práctica y como profesión es de larga y extendida tradición en Colombia. El temprano proceso de institucionalización y profesionalización, acontecido durante el último tercio del siglo XIX, la sitúan como una de las primeras profesiones existentes en el país y la segunda de las denominadas del área de la salud en lograr marcos institucionales. Dichos cambios se materializaron en procesos de formalización y tecnificación de la práctica odontológica, que derivaron en la fundación de diferentes sociedades, revistas especializadas en materia dental y los colegios dentales de Bogotá, en 1888 (que en 1932 se convirtió en la primera facultad de odontología del país), y Cartagena, en 1891.¹

Una de las características que ha marcado este período de tecnificación y formalización de las profesiones de la salud, en particular de la odontología, es que desde su comienzo fueron encauzadas exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, bajo la idea de ser profesiones que se dedicaban al “arte de curar”. La expresión arte de curar se refiere básicamente a la formación de profesionales de las ciencias de la salud bajo un enfoque de riesgo, mismo que ha prevalecido a lo largo del tiempo, y que hoy en día sigue siendo una constante en la formación de nuevos profesionales de la salud oral.

A través de la historia y en el marco del desarrollo tecnológico, político y económico de cada época, el ser humano ha construido diferentes modelos conceptuales que intentan explicar las variables que intervienen en el proceso salud-enfermedad, tanto en el plano individual como en el colectivo. De los diferentes modelos desarrollados a través de la historia, se ve que desde la concepción mágico-religiosa, pasando por la sanitarista, médico-social, unicausal, multicausal, ecológica hasta de determinación social, estos modelos se convirtieron en referentes conceptuales que determinaron la formación académica de los profesionales de la salud. De igual forma, se convirtieron en herramientas con las que se desarrollaron modelos y estrategias para la prestación de los servicios de salud, con el fin de promover prácticas saludables en diferentes contextos.

En el desarrollo de los referentes conceptuales que a través de la historia el ser humano ha construido, se debe tener en cuenta que la segunda mitad de siglo XX fue una época de amplia producción de conocimiento, motivada en gran parte por el interés del hombre en

explicar, tratar y prevenir el desarrollo de las enfermedades. Ello ha permitido nuevas interacciones entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, mismas que han hecho posible la construcción de políticas y estrategias de salud en los ámbitos nacional e internacional, en consonancia con las dinámicas sociales, económicas y políticas del mundo. Clave han sido las conferencias mundiales de atención primaria (Alma Ata, 1978) y promoción de la salud (Ottawa, 1986; Adelaida, 1988; Sundsvall, 1991; Yakarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005) y en Colombia la promulgación del Código de Ética Odontológica.²⁻⁹

A pesar de los avances conceptuales, tecnológicos y científicos, cuyo cambio se ha visto más acelerado después de la segunda mitad de siglo XX, hoy aún persiste un enfoque individual donde prima el desarrollo de servicios de salud bajo un modelo ecológico del proceso salud-enfermedad, mismo que no ha mostrado resultados sostenibles en materia de salud y calidad de vida. Se consideró importante, por lo tanto, revisar la literatura y analizar enfoques que permitieran desarrollar un nuevo abordaje de la odontología como ciencia de la salud. Se busca proponer formas novedosas de entender y explicar la salud bucodental y la enfermedad, para poder emprender nuevos esfuerzos que resulten en beneficio para las personas y comunidades que requieren los servicios de los expertos en salud oral.

UNA MIRADA A LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

Concepto de salud

A continuación se desarrollan algunos conceptos parte del enfoque de la salud que se discute aquí y que permiten integrarlo al análisis del proceso salud-enfermedad y las condiciones sociales donde se desenvuelven las personas. Esta revisión permite utilizar herramientas que ayuden a promover áreas menos exploradas de la odontología y se espera que aporten a la construcción de políticas, planes y programas para el desarrollo social sostenible y la autonomía de las comunidades. Dichos conceptos provienen de textos de salud pública e historia de la salud y artículos obtenidos a través del portal SciELO, así como de la experiencia del autor en la creación de programas en salud pública.

Para empezar se argumenta que la salud de las personas y los grupos sociales es el resultado de un proceso complejo y dinámico producido en todos los

espacios sociales donde la vida transcurre (la familia, el barrio, la escuela, el trabajo, las redes de servicios, etc.). Asimismo, el “estar saludable” resulta ser un estado muy importante para la planeación, construcción y desarrollo de un proyecto de vida, pues implica que la persona tenga bienestar físico, psicológico y social.¹⁰⁻¹²

Dentro de las relaciones que se pueden tejer en torno al bienestar social, es importante ver cómo los desarrollos urbanísticos de cada territorio determinan las formas de organización social y comunitaria. Es interesante ver que a partir del urbanismo aparecen fenómenos como el consumo de sustancias psicoactivas, la división de las comunidades, el arraigo por un territorio, la conformación de zonas de delincuencia o la práctica de relaciones sexuales “irresponsables”. Algunos desarrollos urbanísticos generan, en ocasiones, la proliferación de zonas insalubres, que se transforman en espacios para la propagación de diferentes tipos de infecciones y enfermedades, y que a mediano y a largo plazos resultan en endemias, epidemias y, en algunos casos, pandemias.¹⁰⁻¹³

De igual forma, la interacción de tendencias políticas, económicas, sociales y científico-tecnológicas en el contexto mundial ha dado como resultado cambios importantes en el desarrollo histórico de todos los países, pues han transformado estructuras, procesos y relaciones de las instituciones y actores individuales y colectivos. En consonancia con estos cambios, las condiciones de vida de las poblaciones y sus determinantes han tenido importantes modificaciones que deben ser motivo de reflexión, análisis y formulación de intervenciones en salud con nuevos enfoques. Para comprender dichos cambios, es necesario ubicarse en el contexto sociopolítico de los países con desarrollos diferentes a los de las grandes potencias mundiales, ya que los países con economías más débiles y con endeudamientos externos muy altos generan recortes presupuestales, especialmente para programas de inversión social.¹⁴⁻²³

En síntesis, cuando se suman las condiciones de vida (entornos saludables, desarrollos urbanísticos que favorezcan la salud, condiciones sociales y económicas, etc.) y la práctica de estilos de vida favorables para la salud (buenas prácticas de higiene, buenos hábitos alimentarios, etc.), surge el concepto de calidad de vida como una variable esencial para obtener el anhelado “estado saludable”. Citando a Julio Frenk, quien hace una explicación sobre el concepto de salud, se dice que:

La salud es un espacio en el que confluyen lo biológico, lo social, el sujeto, la comunidad, lo público, lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y la colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.²

Salud pública

Habiendo presentado el concepto de salud que fundamenta la presente propuesta, se desarrolla ahora el concepto de salud pública. Para comenzar, se debe mirar atrás autores como el médico alemán Rudolf Virchow (1821-1902), quien dijo que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”. En el concepto de medicina social de Virchow, la tarea de “la medicina ya no se limita a atender a los pobres mediante dispositivos de beneficencia y a minimizar el efecto de su “degeneración” a través de medidas de salud privada y de saneamiento ambiental, sino que abarca a toda la población y un amplio espectro de intervenciones. Esta visión de la función de las entidades del Estado se sustenta en el argumento de que este y las instituciones públicas deben asistir a los ciudadanos en su integralidad, esto es, el Estado y sus instituciones están obligados a proveer las condiciones sociales necesarias para promover ambientes y entornos saludables.²

A partir del avance realizado por Virchow en la Alemania del siglo XIX y los avances que hasta el momento se han tenido en esta área, la salud pública es “un campo de conocimiento y un ámbito para la acción”.² Antes que nada, para comenzar a aterrizar el concepto de salud pública y analizar su quehacer respecto de la salud oral, se define la salud pública como “aquellas políticas y actividades que se realizan para y con la comunidad, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad y así contribuir a un desarrollo social sostenible”. En esta definición, como se puede ver, se involucran elementos como la biopolítica, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el trabajo social, el desarrollo humano y el desarrollo de entornos saludables, disciplinas que hacen parte de la salud pública.¹⁻²³

Dentro de los desarrollos que ha tenido la salud pública como disciplina científica y ámbito para la acción, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con ayuda de especialistas del área, ha determinado las funciones esenciales de la salud pública:

- 1) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- 2) Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- 3) Promoción de la salud.
- 4) Participación de los ciudadanos en la salud.
- 5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- 6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- 8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- 9) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- 10) Investigación en salud pública.
- 11) Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.¹²

Este trabajo se basa en estas funciones, ya que la salud oral es un componente y aporta a la salud pública. Del mismo modo, se entiende que la profesión puede hacer un aporte importante al desarrollo sostenible de las comunidades.

LA SALUD ORAL Y ALGUNOS ANTECEDENTES

La salud oral ha tenido desarrollos importantes frente a los temas clínicos. Es muy interesante ver cómo cada vez se crean y comercializan nuevos materiales para la restauración de dientes perdidos por accidentes y enfermedades de las encías, entre otras causas. También se mejoran materiales, colores, texturas y técnicas para la restauración de las estructuras dentarias perdidas por caries o por pequeños traumatismos. Asimismo, en las diferentes especialidades de la odontología, como la implantología, la ortodoncia, la periodoncia, la cirugía oral, la cirugía maxilofacial, la odontopediatría, la endodoncia, etc., se han tenido avances no sólo tecnológicos, sino conceptuales, que le han dado a esta disciplina una connotación artística y que así es entendida e identificada por otras profesiones del área de la salud.

En un estudio de Escobar y colaboradores²⁴ se hacía referencia a la caries dental como un problema de salud pública. En esta investigación, llevada a cabo por una administradora de empresas, una enfermera especialista en gerencia hospitalaria y una odonto-

pediatra, se analiza la situación de la enfermedad en Colombia, teniendo como fuente importante para este análisis los tres estudios nacionales que a la fecha se han realizado en torno a la salud bucal (1965-1966, 1977-1980 y 1998).²⁵⁻²⁷ El estudio de 1998 muestra que el índice dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) en niños de 12 años de edad se redujo de 7,1 en 1966 a 4,8 entre 1977 y 1980, y a 2,3 en 1998. Estos datos muestran una disminución en la severidad del problema, y de acuerdo con la escala de la OMS, el país pasó de un índice muy alto a uno bajo de caries dental en un período de 32 años.²⁷

De acuerdo con lo encontrado en los índices COP-D de los tres estudios nacionales de salud bucal, se podría pensar que la caries dental es una enfermedad con tendencia a desaparecer y que ha sido controlada a través del tiempo. Sin embargo, es necesario considerar que el índice COP-D indica que las personas tienen cada vez menos dientes con eventos relacionados con la caries (afección y tratamiento). A pesar de la reducción en el índice CPO-D, esta patología dental afecta a un porcentaje muy alto de la población, ya que el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) III muestra que el 88,7% de los colombianos posee historia de caries en la dentición permanente.²⁶ Adicionalmente, en la Encuesta Nacional de Salud del 2007 se observó que la consulta odontológica por algún problema en la cavidad oral se encuentra como el tercera causa de atención en consulta externa, mientras que la consulta preventiva en salud oral está relegada al puesto catorce.²⁸

En consecuencia, explicar por qué aun con los avances tecnológicos, metodológicos y conceptuales de la odontología y sus especializaciones, la caries dental y, en general, las enfermedades de la boca siguen siendo unos de los motivos de consulta más apremiantes en las instituciones prestadoras de salud, es necesario comenzar a mirar el sistema estomatognático y sus funciones desde otro punto de vista. Es igualmente necesario comenzar a identificar cómo, desde las mismas acciones de los profesionales del área de la salud, se aporta al logro de la calidad de vida y a un desarrollo social sostenible, fin último de las políticas y las redes de servicios de salud donde el centro de atención es la comunidad que se beneficiará de estos servicios.

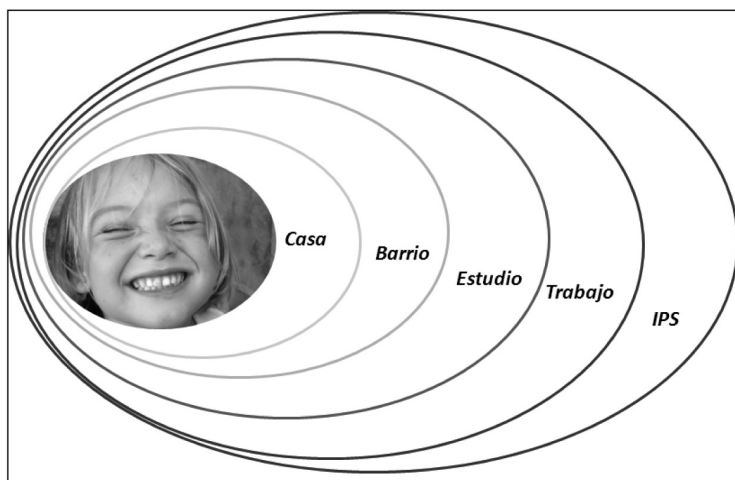
NUEVO ENFOQUE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD ORAL

Para iniciar con este “nuevo” enfoque, se dirá que la salud oral cumple diferentes funciones. Por un lado,

están las biológicas, como la alimentación, algunos procesos inmunológicos, en ocasiones la respiración y la percepción de sabores. Por el otro, están las sociales,²⁹ como la construcción de las redes a partir de la comunicación, el desarrollo de la sexualidad y la participación comunitaria.

La figura 1 indica cómo para desarrollar programas y prácticas que favorezcan la salud oral de las comunidades es necesario entender y aceptar que la salud oral va más allá del simple “tener”, como se menciona en la ENSAB III²⁷ (1998) y se referencia en la Resolución 3577 del 2006 (Plan Nacional de Salud Bucal, del Ministerio de la Protección Social): no tener caries y tener dientes blancos y parejos.²⁸ Esta tendencia hacia una representación estética de la boca pierde de vista la importancia de otros tejidos, órganos y sistemas corporales, así como las necesidades, las expectativas y las potencialidades del individuo.

FIGURA 1
RELACIÓN ENTRE LOS ÁMBITOS DE VIDA COTIDIANA Y LA SALUD ORAL



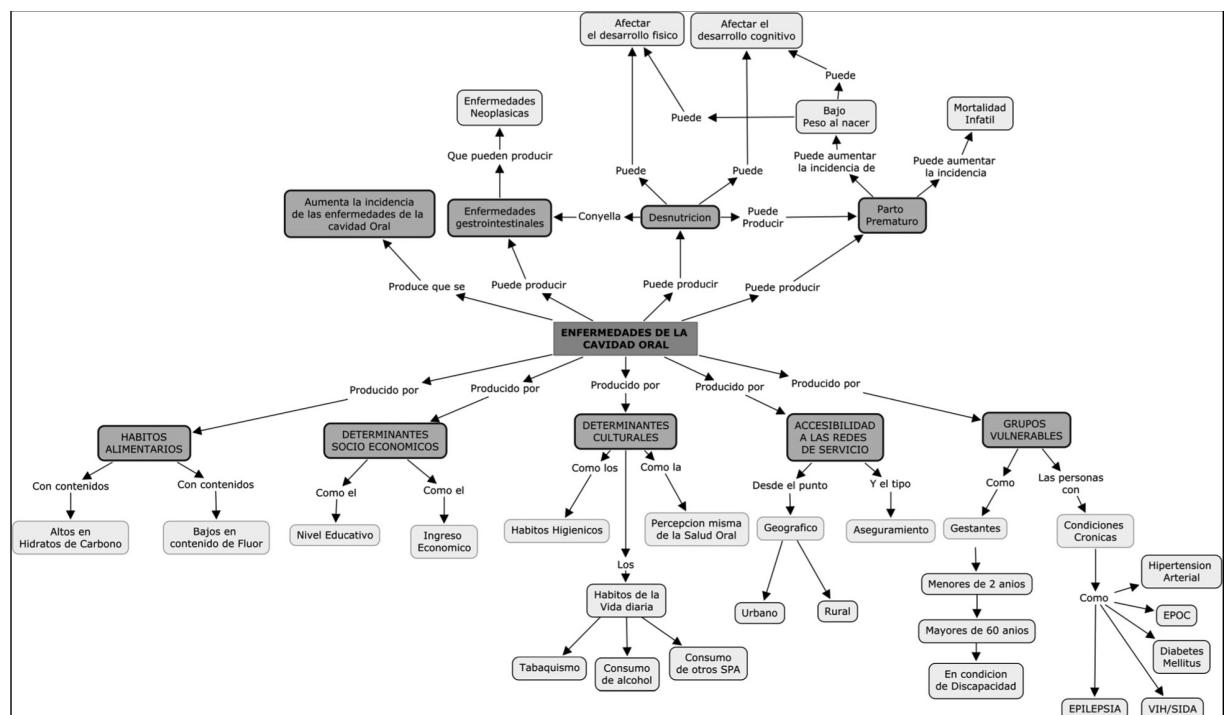
La definición de salud oral debe ir más allá. La salud, como se había discutido, es el resultado de un bienestar físico, mental y social³⁰ y en una relación armónica con el medio ambiente. A partir de esto, los profesionales de la salud deben enfocar su conocimiento hacia la promoción de prácticas saludables sin perder de vista que el individuo es parte de una familia, un barrio y otros espacios donde adquiere conocimientos, trabaja y usa una red de servicios que deben estar diseñados y dirigidos al beneficio de quien los necesita y no de quien los ofrece.³¹

Cuando se tienen presentes las relaciones de la persona en sus diferentes redes, se ve también que sus hábitos no son sólo el resultado de sus creencias o prácticas particulares. Es necesario ver que son el resultado de un desarrollo cultural en los diferentes ámbitos donde se desarrolla una persona. Por ejemplo, la familia es uno de los centros donde se aprenden las primeras prácticas, como comer, bañarse, peinarse, vestirse, comunicarse y comportarse. La frecuencia con que el individuo las realiza, además de los instrumentos que las acompañan, generan hábitos. Las creencias y los hábitos favorecen de muchas maneras la salud oral.^{27-29,31}

Adicionalmente, existe una relación estrecha entre el nivel educativo de la madre y la salud bucal de los niños. Los hallazgos muestran que un bajo nivel educativo de la madre, más el estrés del padre o cuidador, son factores importantes para la presencia de caries y de otras enfermedades prevenibles en la infancia temprana.²⁹ Es muy importante señalar que las prácticas promovidas desde la infancia y desde el núcleo familiar son una variable importante para llevar a cabo acciones que favorezcan la salud, pues la adopción de comportamientos que promuevan la salud desde una edad temprana influyen de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y que a largo plazo permiten mantener la salud.^{3,6,31}

Como se puede apreciar, el simple hecho de apropiarse de este esquema y visualizar cómo ocurren y se desarrollan las enfermedades orales, entendiendo y valorando desde los diferentes ámbitos donde la vida se desarrolla, permite que las intervenciones se potencien. Esto ocurre a través de la promoción de la salud.³⁻⁸ En la figura 2 se intenta representar esto gráficamente: las enfermedades orales, sus determinantes y su asociación con la salud general. Es importante tener en cuenta estas redes de relaciones, ya que desde ahí se puede empezar a ver nuevas posibilidades de acción para la profesión odontológica, con respecto al diseño de programas y estrategias con un enfoque poblacional y de gestión del riesgo para la atención de problemas en salud de las personas. En la misma figura se observa que a fin de explicar el origen y los procesos de las enfermedades orales, se identifican los determinantes sociales básicos que intervienen de manera indirecta en los procesos de salud-enfermedad.¹⁴⁻²³

FIGURA 2
LAS ENFERMEDADES ORALES, SUS DETERMINANTES Y ASOCIACIÓN CON LA SALUD GENERAL



Ellos incluyen el ingreso económico, los hábitos alimentarios, las prácticas culturales, el sitio de vivienda (si es urbano o rural) y algunos grupos vulnerables entre quienes las enfermedades bucales pueden tener mayor probabilidad de una rápida progresión. En estos grupos vulnerables el grado de “discapacidad” como resultado de las enfermedades de la cavidad oral puede volverse una variable de gran interés. Ahí es donde se debemos potenciar la acción y buscar básicamente integrar el quehacer odontológico con los demás servicios, tanto de salud como de asistencia social, a los que estas poblaciones deben y tienen el derecho de usar.

Cuando se habla de promover los estados de salud en las personas, no se debe dejar de lado su entorno económico, social, político y geográfico. Las condiciones de salud de las personas se deben afectar desde las causas profundas y no solamente con intervenciones mediáticas, ya que el resultado no va a ser sostenible en el tiempo.⁵ Si se trata de resolver los problemas de salud mediante acciones mediáticas y no se propone desarrollar un apoyo social para las personas, se pierde el verdadero sentido de la “promoción de la salud”, donde se busca básicamente generar la autonomía de las personas en sus diferentes contextos e incidir en los determinantes que afectan la salud. Ello es posible a través de la participación y el empoderamiento de las comunidades sobre su situación, que a futuro se espera mejoren sus condiciones y estilos de vida, y que se reflejará en el establecimiento de una óptima calidad de vida.

Existen muchas tareas por delante, pero la primera es comenzar a ver la profesión odontológica desde otro punto de vista, no sólo desde el área clínica curativa. De igual manera, se deben identificar y desarrollar nuevas habilidades para el desarrollo progresivo e integral de la odontología como disciplina científica que tenga como fin promover la salud y afectar de manera positiva los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad, viendo asimismo el papel tan importante que se puede cumplir en la construcción de comunidades y su desarrollo sostenible.

Es importante evidenciar en este punto de comprensión de la generación de salud que definitivamente la información y la educación que reciban las comunidades deben estar en consonancia con sus necesidades y representaciones sociales, y no sólo desde la mirada científica impositiva. Por lo tanto, son prioritarios programas de promoción de prácticas que favorezcan la salud oral, que integren no sólo al individuo objeto

de la intervención, sino a la familia, al tiempo que se reconocen las condiciones sociales donde se dan.^{32,33}

CONCLUSIÓN

Limitar la atención “integral” en salud oral al sillón odontológico no permitirá generar salud. Es imprescindible avanzar en la construcción de ambientes y contextos saludables, lo que a largo plazo puede influir en la reducción de los costos de los servicios de salud. El presente trabajo propone reorganizar la atención en salud oral bajo una estrategia de odontología familiar y social, en la que se tengan en cuenta las relaciones entre la salud y sus determinantes sociales. En este contexto, el odontólogo debe formar parte de equipos de trabajo y redes con otros profesionales de la salud y otros actores de la sociedad.

REFERENCIAS

1. Fonseca ME, Sánchez LA, Nieva BC, Morales MC. Salud e historia: 8 miradas profanas. 1a ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud [internet]. Alma Ata, USSR: OMS; 1978. Disponible en: <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/AlmaAta-02-1.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud [internet]. Ottawa, Canadá: OMS; 1986. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de Adelaida: políticas públicas para la salud. Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud [internet]. Adelaida, Australia: OMS; 1988. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud [internet]. Sundsvall, Suecia: OMS; 1991. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf.
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud [internet]. Yakarta, Indonesia: OMS; 1997. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Informe final [internet]. México: OMS; 2000. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf.
8. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [internet].

- Bangkok, Tailandia: OMS, 2005. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.
9. República de Colombia. Ley 35 de 1989 (marzo 8) sobre ética del odontólogo colombiano. Diario Oficial [internet]. 1989 Mar 9; CXXV(38.733): 1-12. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-104683_archivo_pdf.pdf.
 10. Canadian Institute for Health Information. Urban physical environments and health inequalities. Ottawa: CIHI; 2011.
 11. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. 2a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.
 12. Ramírez BS, Martínez CM, López V. Funciones esenciales de la salud pública y sus implicaciones sobre la salud bucal colectiva [monografía en internet]. Medellín: Universidad de Antioquia, Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica; 2008. Disponible en: <http://onsb.udea.edu.co/>.
 13. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larriau M, Ubilla S, Zeballos JL. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Rev Panam Salud Pública [internet]. 2000; 8(1/2): 126-34. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>.
 14. Determinantes sociais da saúde [editorial]. Cad Saude Publica [internet]. 2006 Sep; 22(9): 1772-3. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/01.pdf>.
 15. Faerstein E. Determinantes sociais da saúde: alguns avanços na pesquisa epidemiológica. Physis. 2008 Sep; 18(3): 411-3. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a02.pdf>.
 16. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2007 Ene-Mar; 33(1): 1-14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu03107.pdf>.
 17. Barreto ML. Os determinantes das condições de saúde das populações: qual o papel do sistema de saúde? Cad Saude Publica [internet]. 2004; 20(Supl. 2): S147-73. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/04.pdf>.
 18. Salgado-de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública Mex [internet]. 2007; 49(Supl. 4): S515-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a11.pdf>.
 19. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit [internet]. 2008 Sep-Oct; 22(5): 465-73. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v22n5/politicas.pdf>.
 20. Sobral A, Machado de Freitas C. Modelo de organização de indicadores para operacionalizações dos determinantes socioambientais de saúde. Saude Soc [internet]. 2010 Jan-Mar; 19(1): 35-47. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/04.pdf>.
 21. Díez AV. La necesidad de un informe multinivel en epidemiología. Región y Sociedad [internet]. 2008; 20(Supl. 2): 78-92. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v20nspe2/v20nspe2a4.pdf>.
 22. Tomita NE, Sheiham E, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. Pesqui Odontol Bras [internet]. 2000 Abr-Jun; 14(2): 169-75. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pob/v14n2/v14n2a12.pdf>.
 23. Celeste RK, Bastos JL, Faerstein E. Trends in the investigation of social determinants of health: selected themes and methods. Cad Saude Publica [internet]. 2011 Jan; 27(1): 183-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/19.pdf>.
 24. Escobar G, Ortiz AC, Mejía LM. La caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública [internet]. 2003; 21(2): 107-18. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/759/655>.
 25. Mejía R, Agualimpia C, Torres J, Galán R, Rodríguez W. Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia. Investigación nacional de morbilidad: morbilidad oral [1965-1966]. Bogotá: República de Colombia, Ministerio de Salud pública; 1971.
 26. Moncada O, Herazo B. Estudio nacional de salud. Morbilidad oral colombiana [1977-1980]. Bogotá: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Ascofame; 1984.
 27. República de Colombia, Ministerio de Salud. Tercer estudio nacional de salud bucal y segundo estudio nacional de enfermedades crónicas. Bogotá: El Ministerio; 1999.
 28. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Sistemas Especializados de Información (SEI), Centro de Estudios para el Desarrollo (Cendex), Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud ENS 2007. 1a. ed. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2009. Disponible en: http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/Pub_LibrosENS.html.
 29. Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas, Salud Oral. Bogotá: La Secretaría; 2008.
 30. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición [Modificaciones adoptadas por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud; [internet]]; Octubre de 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
 31. Morrison JJ, Macpherson LMD, Binnie VI. A qualitative investigation of the perceived barriers to and inducements for the early registration of infants with general dental practitioners. Int J Health Promot Educ. 2000; 38(1): 4-9.
 32. Nieva BC, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales [primera parte]. Rev Fed Odontol Colom [internet]. 1999 Oct-Dic; (194). Disponible en: http://www.encolombia.com/representaciones_odonto.htm.
 33. Nieva BC, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales [segunda parte]. Rev Fed Odontol Colom [internet]. 1999 Ene-Mar; (195). Disponible en: http://www.encolombia.com/representaciones_odonto.htm.

CORRESPONDENCIA

Gino Montenegro Martínez
ginodonto@hotmail.com