

ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA SALUD BUCAL

ANALYSIS OF STRATEGIES TO PROMOTE ORAL HEALTH

Remedios Valdez-Penagos¹ y Sergio Tobón²

¹Profesor de Carrera Asociado "C", Tiempo Completo, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Calle Capiro No. 40, Col. Benito Juárez, C.P. 57000, Ciudad Nezahualcóyotl, Edo. de México. ²Investigador, Centro Universitario CIFE, Cuernavaca, México. CP 62140.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar las experiencias de promoción de salud estomatológica utilizadas en México y algunos países de Latinoamérica, reconocer los alcances obtenidos en los ejercicios de educación para la salud y establecer los retos en las intervenciones de promoción de salud con un enfoque en la socioformación. Para ello, se realizó un análisis documental en el cual se incluyeron artículos científicos y páginas oficiales de las secretarías y ministerios de salud de Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, México, Perú y Venezuela. Se identificaron como estrategias de promoción de salud la gobernanza, la educación para la salud y la construcción de ciudades saludables; respecto a la gobernanza se identificaron a Argentina, Brasil y Cuba como países que han mejorado los perfiles de salud estomatológica gracias a las políticas adoptadas. En la educación para la salud se observó una baja producción de evidencia científica en la mayoría de los países, excepto por Cuba; la producción de evidencia se encuentra relacionada fuertemente al desarrollo de técnicas e incremento de conocimientos, no se identificaron experiencias de trabajo multidisciplinario ni de ejercicios que relacionen de la salud estomatológica con la salud general. Las experiencias de educación para la salud estomatológica reportadas no contribuyen a la creación de ciudades saludables. La socioformación es un enfoque que permite articular las diversas estrategias de promoción de la salud bucal en los ciudadanos.

Palabras clave: educación sanitaria, enfoque socioformativo, salud bucal, salud pública, política de la salud.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the stomatological health promotion experiences used in Mexico and some Latin American countries, to recognize the scope obtained in the health education exercises and to establish the challenges in health promotion interventions with a focus on socioformation. A documentary analysis was carried out which included scientific articles and official pages of the secretariats and ministries of health of Argentina, Brazil, Cuba, Ecuador, Mexico, Peru and Venezuela were analyzed. Governance, health education and the construction of healthy cities were identified as health promotion strategies. Regarding governance, Argentina, Brazil and Cuba were identified as countries that have improved the profile of stomatological health thanks to the adopted policies. In health education, there was a low production of scientific evidence in most countries except Cuba; The production of evidence is strongly related to the development of techniques and increase of knowledge, we did not identify experiences of multidisciplinary work nor of exercises that relate from the stomatological health to the general health. The reported health education experiences do not contribute to the creation of healthy cities. The socialization of health promotion experiences shows the situation of this process in the countries; these jobs should articulate governance, health education and healthy cities; The socioformation is an approach that allows health promotion to achieve this articulation by integrating collaborative work as part of the citizens' ethical life project. **Key words:** health education, health policy, oral health, public health, socioformative approach.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se entiende la salud-enfermedad como un sistema en el cual no se puede desagregar lo biológico, lo psicológico o lo social, sino que es un todo articulado por diversas dimensiones en el marco de procesos históricos y culturales. En lo relativo a la enfermedad, el gremio estomatológico ha generado una gran cantidad de conocimientos y prácticas relacionadas con el tratamiento de las patologías y, pese a que teórica y políticamente se reconoce la importancia de dirigir esfuerzos para alcanzar la salud, los perfiles patológicos de caries dental han cambiado poco en México (SIVEPAV, 2015, 2011).

La salud ha sido considerada como un derecho desde 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y más tarde este derecho fue incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948; en México, el artículo 4to. de la Constitución Política establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, para lo cual ha adoptado, a partir de su reforma de 2003, el Sistema de Protección Social en Salud, buscando con ello la universalidad a través del Seguro Popular (Becerra, 2016). El goce del derecho a la salud es limitado si el individuo es privado de otros derechos; por ello, después de declarar a la Atención Primaria de Salud (APS) como el eje central del sistema de salud, fue lógico que en Ottawa se definiera la promoción de la salud como un proceso que permite a las personas mejorar su salud a través del control sobre los determinantes de esta (WHO, 2017).

La promoción de la salud incluye cinco áreas de acción prioritarias dirigidas a mejorar las políticas públicas, crear entornos saludables, propiciar la acción comunitaria, desarrollar las aptitudes personales y reorientar los servicios de salud (WHO, 1986; OMS, 1979), la articulación de estas áreas prioritarias en los diseños de intervención supone un resultado favorable en la salud, que ha sido explorado en algunos países como Brasil y que de acuerdo con Silveira-Filho, Moysés, Silveira, Ignacio y Moysés (2017) al ser evaluado a través del Estudio Nacional de Prácticas de Promoción de la salud (ENPROSA), ha identificado áreas con potencial de crecimiento al detectar que el 54.9% de las estrategias implementadas en el país no se encontraban alineadas con los pilares y valores de la promoción de salud.

El diagnóstico llevado a cabo en Brasil identificó que se poseía un potencial bajo para promover la salud bucal; esta experiencia resalta la importancia de la definición de los ejes de trabajo en promoción de salud de un país y la evaluación de las experiencias realizadas en este proceso; sin embargo, son pocas las intervenciones que responden a las áreas de acción prioritarias para la promoción de salud y que utilicen algún instrumento de evaluación relacionado con la calidad de la misma (Cerda, Paredes y López, 2017).

En el campo de la estomatología, el Sistema Nacional de Salud (SNS) mexicano destina un poco más del 50% del trabajo para la atención de las consecuencias de la enfermedad en la consulta externa, descuidando la promoción de la salud bucal (Gobierno de la República, 2014; Secretaría de Salud, 2014). Las principales limitaciones que presenta el SNS para mejorar el perfil patológico de la población, además de los recursos materiales, la infraestructura y los financieros son: el desarrollo de las personas que les permita alcanzar un pensamiento crítico, un compromiso con el beneficio de su patria y, sobre todo, voluntad política para la organización intersectorial; un claro ejemplo de ello es Cuba, que pese a ser un país en vías de desarrollo, ha logrado implementar eficazmente la promoción de salud en su sistema de salud y con ello ha alcanzado un perfil de salud bucal positivo para su población (Linares, 2015).

En México no existe un organismo oficial que muestre la efectividad de la promoción de salud estomatológica nacional, y es poca la evidencia relacionada con esta área; por lo tanto, resulta interesante identificar cuál es la evidencia científica relacionada con la promoción de la salud estomatológica y qué papel tiene México en esta producción respecto a Latinoamérica, con la finalidad de conocer la acción en

las áreas prioritarias y su potencial de efectividad. Es deseable que las intervenciones de promoción de la salud estomatológica vinculen las políticas públicas y generen resultados tangibles para los ciudadanos; sin embargo, las experiencias generalmente se llevan a cabo como ejercicios aislados, con énfasis paternalista o filantrópico y sin garantizar la continuidad una vez que se concluyen los proyectos.

La promoción de la salud reconoce como una de las principales actividades a la acción comunitaria; sin embargo, en Latinoamérica son pocos los países que han abordado esta tarea con éxito, ya que no se tiene claridad en torno a cómo desarrollar el talento en las personas para promover la salud estomatológica y la articulación de esta acción con el trabajo comunitario; por lo tanto, es necesario complementar su aplicación con formas de trabajo enfocadas a alcanzar y dirigir esta acción; una de ellas es la socioformación.

La socioformación presenta dos características aplicables a la promoción de salud; por un lado, el énfasis centrado en el desarrollo de las personas en un contexto social real, situación indispensable para intervenir en el proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático en grupos específicos, respondiendo a las necesidades de la población; la segunda característica es que busca potencializar la capacidad de gestión de los ciudadanos para atender problemas de su contexto, de esta manera las intervenciones de promoción de salud adquieren la firmeza necesaria para mantenerse a través del tiempo por interés de los ciudadanos y no por necesidades políticas o administrativas de los programas de salud (Tobón, González, Nambo y Vazquez, 2015).

A partir de lo anterior, el presente estudio realiza una revisión sistemática de la literatura y se plantean los siguientes objetivos: 1) identificar las experiencias de promoción de salud estomatológica utilizadas en México y compararlas con las llevadas a cabo en algunos países de Latinoamérica; 2) reconocer los alcances obtenidos en los ejercicios de educación para la salud; 3) establecer los retos en las intervenciones de promoción de salud con un enfoque en la socioformación.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un análisis documental, el cual “es una técnica o un método para interpretar diversas clases de textos” (Arbeláez y Onrubia, 2014, p. 19; Sánchez y Vega, 2003). Este tipo de estudio, en su variante cualitativa, fue seleccionado por su capacidad para analizar la evidencia científica relacionada con las estrategias para promover la salud estomatológica e identificar la aportación de la socioformación.

Categorías de análisis

Con la finalidad de analizar los documentos se delimitó la información en tres categorías (*Cuadro 1*).

Cuadro 1. Categorías de análisis de la información

| Categorías | Preguntas |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caracterización de la promoción de salud | ¿Qué es la promoción de salud estomatológica? ¿En qué consiste la aplicación de la promoción de salud estomatológica? |

| | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estrategias de la promoción de salud estomatológica | ¿Cuáles son las experiencias de promoción de salud estomatológica en México y Latinoamérica? ¿Cuál ha sido el impacto de las estrategias de promoción de la salud estomatológica en México y Latinoamérica? |
| Promoción de salud estomatológica y socioformación | ¿Cuáles son los alcances obtenidos en los ejercicios de educación para la salud estomatológica? ¿Cuáles son las aportaciones del enfoque socioformativo en la educación para la salud estomatológica? |

Criterios de selección de los documentos

La búsqueda de información se centró en programas y manuales oficiales, así como en artículos científicos; para ello se utilizaron las páginas oficiales del Sistema Nacional de Salud o Ministerios de Salud y las siguientes bases de datos: Google Académico, Science Direct, Scielo, Redalyc, Medigraphic, IMBIOMED y Latindex. Los descriptores empleados fueron: “salud bucal”, “promoción de salud”, “empoderamiento”, “salud”, “políticas de salud”, “programa”, “educación en salud”, “intervención”, “oral health”, “oral health promotion”, “health education”, y “empowerment”. La búsqueda se limitó al periodo 2007-2017. Fueron seleccionados los documentos oficiales y los artículos de revistas indizadas que respondieran a las categorías empleadas en el estudio.

Documentos analizados

La información recolectada se dividió en tres grupos de documentos: artículos teóricos, artículos empíricos y documentos oficiales. Se incluyó un rubro para contextualizar la definición de promoción de salud e identificar las estrategias para promover la salud estomatológica (*Cuadro 2*).

Cuadro 2. Documentos analizados en el estudio

| Tipo de documentos | Documentos revisados | Latinoamericanos | De otros contextos |
|----------------------|----------------------|------------------|--------------------|
| Artículos teóricos | 12 | 8 | 3 |
| Artículos empíricos | 51 | 51 | 0 |
| Documentos oficiales | 23 | 21 | 1 |

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterización de la promoción de la salud

La promoción de la salud tiene como antecedente el Informe Lalonde (1974) en el cual se reconocen algunos factores relacionados con el proceso salud-enfermedad como el ambiente y los servicios de salud (Alcalde, Molina y Castillo, 2013); posteriormente, se encuentra la Carta de Ottawa (WHO, 1986), que reconoce la amplitud del concepto de promoción de salud al destacar la importancia de las políticas públicas, el ambientalismo y el empoderamiento de las comunidades. Con la celebración de las nueve

conferencias de promoción de la salud; este concepto se ha nutrido incorporando elementos como: apoyo a la salud de las mujeres (WHO, 1988), reconocimiento de la humanidad como parte del ecosistema (WHO, 1991), responsabilidad social y empresarial en materia de salud (WHO, 2000; 2005) y desarrollo sostenible (WHO, 2016).

La implementación de la promoción de salud ha seguido dos caminos: el enfoque de estilos de vida saludable y el enfoque relacionado con la capacidad de potenciar el desarrollo humano. Ambos buscan modificar los determinantes sociales de la salud: el primer enfoque confiere a las instituciones la responsabilidad de promover la salud y el segundo establece la necesidad de propiciar un trabajo intersectorial que favorezca la equidad y la responsabilidad social, potencializando el empoderamiento de las comunidades, lo que incluso se puede traducir en el reconocimiento legal de los derechos civiles de los ciudadanos.

La Organización Mundial de la Salud identifica cinco componentes esenciales de la promoción de la salud, de los cuales han sido tomados tres para el estudio de las experiencias de promoción de salud estomatológica. El primero de ellos se refiere a la buena gobernanza sanitaria, referente al establecimiento de políticas públicas con capacidad de articular los diferentes sectores e instituciones dirigidas a disminuir las inequidades en salud estomatológica; la segunda estrategia es la educación sanitaria, ya que la orientación, el enfoque y cobertura definirán la participación comunitaria, la inclusión del impulso de las aptitudes humanas y permitirán la implementación de la tercer estrategia orientada a la construcción de ciudades saludables; estos elementos serán utilizados para realizar un diagnóstico de la situación de promoción de salud bucal en el campo de la estomatología en México y algunos países de Latinoamérica.

En el área estomatológica, la promoción de salud incluye, por lo tanto, acciones integradas a las políticas públicas y a las acciones propuestas por organizaciones no gubernamentales, empresas y grupos comunitarios enfocadas en mejorar la salud estomatológica y potenciar la calidad de vida a partir de esta dimensión.

Promover la salud estomatológica en una comunidad significa incluir prácticas saludables en las actividades cotidianas; por ejemplo, el consumo de los alimentos escolares acompañado de la higiene bucal, la construcción de espacios físicos que faciliten estos hábitos al procurar la instalación de más de un lavamanos en las escuelas, incluir información sobre la autoexploración y reconocimiento bucal como parte de los contenidos curriculares de la educación básica, propiciar el acceso y consumo de una dieta con bajo índice cariogénico en los ambientes escolares, fomentar el reconocimiento en las familias de la importancia de los hábitos de higiene bucal desde el nacimiento, propiciar la organización ciudadana en la conformación de comités de salud y fomentar la utilización de los servicios de salud, por mencionar algunas de las actividades.

Estrategias para la promoción de la salud estomatológica

Una estrategia es definida por Contreras (2013) como la mejor respuesta para enfrentar un desafío, por lo tanto, se refiere a las principales acciones para dirigir los recursos disponibles en un entorno definido y garantizar la promoción de la salud estomatológica; para efectos de este estudio se tomaron como estrategias básicas a la buena gobernanza, la educación para la salud y la construcción de ciudades saludables.

Experiencias relacionadas con la buena gobernanza

En la novena conferencia de promoción de salud, llevada a cabo en Shanghái (2016), se consideró a la salud como un derecho universal, un recurso esencial para la vida cotidiana y prioridad política de los países; por lo tanto, la buena gobernanza sanitaria es indispensable para la promoción de la salud. De esta acción depende la carga y la proyección de las alteraciones estomatológicas de los ciudadanos; implica que los responsables de las políticas en todos los sectores tomen en cuenta las repercusiones de salud estomatológica y favorezcan el trabajo intersectorial; asimismo, se encuentra la necesidad de que se incluya a los diferentes actores sociales y se asegure que las organizaciones o asociaciones actúen de manera eficaz, eficiente y ética para alcanzar sus resultados y sumar a la construcción de ciudades saludables; por lo tanto, la gobernabilidad incluye articular la regulación y la gestión (Gallagher y Eaton, 2015).

La estrategia de promoción de salud estomatológica desde la gobernanza inicia con la organización del sistema y la inversión económica destinada para llevarlo a cabo, de tal manera que la búsqueda delimitada a los siete países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, México, Perú y Venezuela) permitió identificar que solo Brasil y Cuba tienen un Sistema de Salud Unificado, el resto de los países proveen el servicio de salud segmentado en el que integran dos o tres sectores (público, seguridad social y privado); la organización de los recursos humanos permite identificar la conceptualización de salud bucal, de tal manera que es posible deducir que los países en los cuales se comprende que la salud bucal es parte de la salud integral han organizado los denominados “equipos básicos de salud”, integrados por profesionales de estomatología, medicina y enfermería, tal como sucede en Argentina, Brasil y Cuba.

En cuanto al gasto público en salud, la OMS (2011) y el Grupo Banco Mundial (2017) refieren que el país que ha invertido con mayor fuerza en este sector de forma sostenida es Cuba, seguido de Ecuador y Brasil, a diferencia de Argentina en el que se observa un considerable decremento (*Figura 1*).

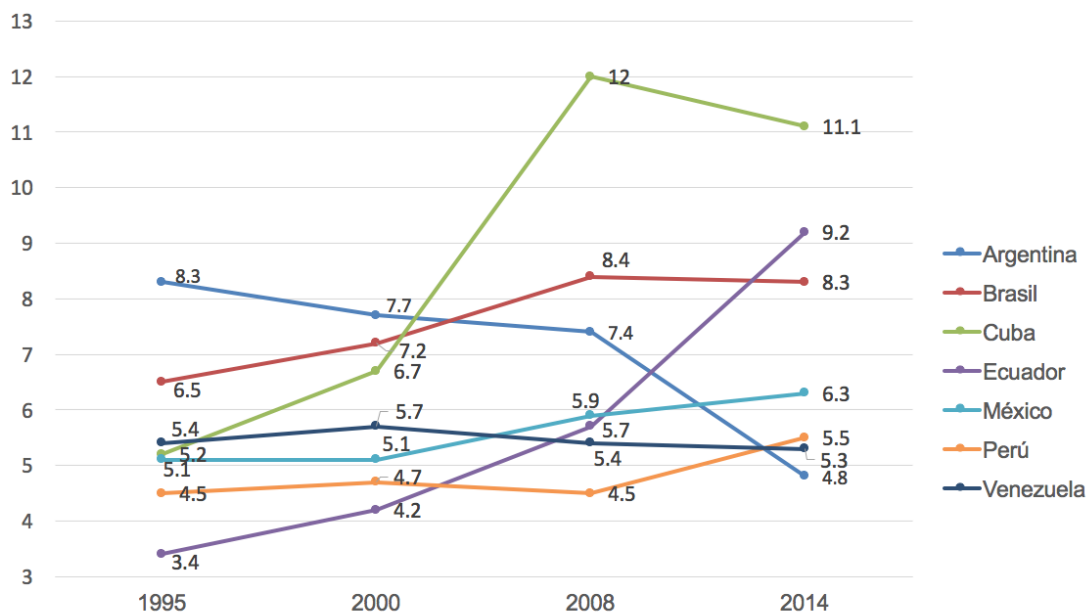


Figura 1. Porcentaje del PIB invertido en salud
Fuente: OMS, 2011; Grupo Banco Mundial, 2007.

La creación de los equipos básicos en salud no solamente muestra el avance de trabajo multidisciplinario: el trabajo operativo de estos equipos se lleva a cabo en escenarios externos a los clínicos, de tal manera que forman parte natural de los ambientes escolares y laborales, tal es el caso de Argentina con el Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) (Ministerio de Salud Argentina, 2016); y de Cuba, el cual ha incluido en la ejecución del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a los ciudadanos en los distintos grupos de edades, concediendo un papel activo a los directores de los proyectos y solicitando que estos rebasen los ambientes institucionales e incorporen otros espacios (Ministerio de Salud Pública Cuba, 2002).

En México, la Secretaría de Salud y de Educación Pública han planteado la implementación de trabajo interinstitucional con los programas de salud bucal para el preescolar y escolar (Secretaría de Salud México, 2011) y el adolescente (Secretaría de Salud México, 2012) así como el programa de acción contra el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud México, 2010); sin embargo, no se muestra evidencia en las páginas oficiales del seguimiento a la implementación nacional de estos programas, ni de la participación o articulación que pueden tener los profesores de las instituciones educativas básicas con los profesionales de la salud para aplicar estas políticas; lo que no permite identificar los alcances de este trabajo.

En México, la capacitación de promoción de salud, se ha centrado en los profesionales de la salud (Alcalde et.al., 2013), lo que da como resultado un bajo compromiso por otros sectores, a diferencia de experiencias de modelos en los cuales se articula la participación del sector de salud con sectores no sanitarios como puede ser el educativo y la participación ciudadana, cuya organización tiene un mejor resultado para propiciar entornos saludables. Esto implica la creación de redes sociales que trabajen en un espacio con proyectos interinstitucionales definidos; trabajo que debe ser desarrollado en la mayoría de los países de Latinoamérica y que identifica la necesidad de propiciar intervenciones a largo plazo redirigiendo el enfoque del servicio de salud hacia la prevención.

Otra política de promoción de salud bucal en los países de Latinoamérica es la implementación de al menos una semana nacional de salud bucal, momento que es utilizado para proveer de cepillos dentales a la población y orientación en higiene bucal; el caso de México incluye dos semanas anuales en las cuales además se realiza profilaxis dental y aplicaciones de fluoruro; también se ha implementado el componente de salud bucal en las Cartillas de salud, las cuales requieren vigilancia del profesional médico y estomatológico, así como de compromiso por la ciudadanía para acudir al servicio de salud y recibir la orientación correspondiente y las medidas de prevención; sin embargo, en relación a estas acciones hace falta evidencia científica que muestre los resultados a nivel nacional en los últimos 10 años o las vías que se están utilizando para garantizar su ejecución.

En Argentina, Brasil, y México, la evaluación de la efectividad de estas políticas públicas se lleva a cabo a través de los indicadores epidemiológicos, y se observa una falta de seguimiento epidemiológico en Ecuador, Perú y Venezuela; una propuesta interesante de evaluación en Cuba consiste en la vigilancia epidemiológica y una evaluación cualitativa que incluye la satisfacción de la población y la vinculación del estomatólogo con el equipo básico de salud.

Los indicadores epidemiológicos reportados por los Ministerios de salud permiten observar que la prevalencia de caries en población infantil más baja se observa en Argentina con 51% (Ministerio de Salud Argentina, 2014), Brasil con 66% (Ministerio da Saúde Brasil, 2012) y Cuba con 75% (Ministerio de Salud Pública Cuba, 2001).

En México, la evaluación de salud bucal del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, muestra una disminución de caries dental y enfermedad periodontal (SIVEPAB, 2015). Respecto a caries dental expone que existe una disminución de la enfermedad en la población de 10 a 14 años y que este decremento es menor conforme avanza la edad, sin embargo debe resaltarse que existe una menor severidad en la población mayor de 50 años que lo reportado en años anteriores.

Por otro lado, los datos presentados de enfermedad periodontal muestran un aumento de población sin enfermedad periodontal conforme aumenta la edad, el SIVEPAV (2015) proporciona evidencia suficiente para identificar la situación de salud bucal en México y reconocer que las estrategias de promoción de salud bucal en el país se encuentran en proceso de maduración.

Experiencias relacionadas con la educación para la salud

La OMS ha definido a la educación para la salud como un conjunto de oportunidades de aprendizaje dirigidas a mejorar la alfabetización sanitaria y el desarrollo de habilidades para mejorar la salud de los individuos y comunidades. Díaz (2012) describe que existen básicamente dos formas de llevar a cabo este encuentro entre los profesionales de las ciencias de la salud y los individuos; el primero de ellos se relaciona con la forma tradicional de educación, basada en la transmisión de información y centra sus acciones en el cambio de conductas; el segundo tipo de encuentro se basan en el diálogo con una filosofía emancipadora y de empoderamiento.

Al llevar a cabo la búsqueda de experiencias relacionadas con la educación para la salud limitada al periodo 2007-2017, se llevó a cabo la selección de 51 artículos cuyo origen corresponde a siete países (*Cuadro 3*), la mayor producción de evidencia relacionada con la educación para la salud corresponde a Cuba con un 70%; el resto de la evidencia se ubica entre Ecuador y México con experiencias de educación orientadas a mejorar la salud bucal (Iglesias, Arenas, Bonilla y Cruz, 2008; Valdez, Díaz y Cortés, 2015; Caballero, Flores, Bonilla y Arenas, 2017).

Cuadro 3. Producción relacionada con educación para la salud estomatológica correspondiente al periodo 2007-2017

| País | N Frecuencia (%) | Salud bucal | Factores de riesgo | Higiene bucal | Caries | Gingivitis | Maloclusiones | Cáncer bucal |
|-----------|------------------------|-------------|-----------------------|---------------|--------|------------|---------------|--------------|
| | | | | | | | | |
| Argentina | 2 (4) | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Brasil | 2 (4) | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Cuba | 36 (70) | 13 | 5 | 27 | 2 | 2 | 8 | 1 |
| Ecuador | 1 (2) | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | |
| México | 5 (10) | 1 | 1 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Perú | 2 (4) | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Venezuela | 3 (6) | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|-------|----------|----|---|----|---|---|---|---|
| Total | 51 (100) | 17 | 8 | 39 | 6 | 3 | 9 | 1 |
|-------|----------|----|---|----|---|---|---|---|

Fuente: Elaboración propia.

En el *Cuadro 3*, se observa que 39 (76%) de las experiencias de educación para la salud se orientaron a mejorar las prácticas de higiene bucal. El *Cuadro 4* permite observar que estas intervenciones se encuentran dirigidas en mayor frecuencia a población infantil (54%); la producción de conocimientos relacionada con educación para la salud dirigida a población adulta joven es escasa (20%), los programas observados (Scarpelli, Berger, Punhagui, Zeri, Ferelle y Oltramari, 2016; Cornejo, Hilas y Moncunill, 2014) privilegia a la mujer adulta por su papel en la crianza y deja al hombre en desventaja.

La evidencia científica permite reconocer que solo algunos trabajos fueron orientados a ciudadanos con capacidades diferentes, como es el caso de la investigación de Fernández et al. (2007) cuyo trabajo se dirigió a pacientes con retraso mental; por otro lado, se identificó un vacío en la documentación relacionada con la innovación de herramientas para mejorar la comunicación en salud dirigida a algunos grupos vulnerables, abordar esta problemática requiere incluso la formación de recursos humanos con características particulares, lo cual abre un campo laboral y la necesidad de crear espacios acordes a las características de los ciudadanos, con la intención de disminuir las brechas de inequidad.

La educación para la salud dirigida a adolescentes ocupa el 12% (*Cuadro 4*) de la evidencia, vale la pena resaltar que, contrario a lo establecido por las recomendaciones de la Secretaría de Salud (2012), ninguna de estas experiencias en adolescentes corresponde a México. Por lo expuesto anteriormente, se hace evidente la necesidad de propiciar mayores encuentros de producción de salud en este grupo de edad, así como en otros grupos vulnerables, entre ellos los adultos mayores, población indígena, ciudadanos con capacidades diferentes y con compromiso sistémico.

Cuadro 4. Población objetivo de la educación para la salud

| Población | frecuencia | % |
|--------------|------------|-----|
| Infantil | 28 | 54 |
| Adolescente | 6 | 12 |
| Adulto joven | 10 | 20 |
| Adulto mayor | 7 | 13 |
| Total | 51 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la educación para la salud dirigida a grupos vulnerables, se hace necesaria la elaboración de materiales que puedan mejorar la comunicación, considerar el tamaño de letra para que sea legible para los adultos mayores, al diseño de auxiliares en braille para los ciudadanos débiles visuales o en diferentes lenguas para los grupos indígenas. En este campo es importante recordar que se ha identificado que la población en general se encuentra con una barrera de comprensión de los mensajes en salud y que, si no es contemplada la alfabetización en salud, el escenario de educación para la salud en este grupo de ciudadanos cobra un grado de complejidad particular.

El 29% de las experiencias de educación para la salud se orientaron a mejorar los conocimientos de sus participantes (*Cuadro 5*); una de estas experiencias corresponde a Brasil (Scarpelli et al., 2016) y el resto

es producción de Cuba; las temáticas que se abordan en este tipo de intervenciones se relacionan con los hábitos deformantes (31%), salud bucal (14%), higiene bucal (17%), una experiencia relacionada al cuidado de las prótesis dentales (3%) y una con la identificación y prevención de cáncer bucal (3%).

La promoción de salud estomatológica requiere un trabajo intersectorial, el cual beneficiaría la aplicación de algunas políticas de salud entre las que podemos citar la ejecución del componente educativo de los programas de salud para población infantil y adolescente (Secretaría de Salud México, 2011, 2012); por lo tanto, se propone la inclusión de los contenidos teóricos considerados en estos programas en los libros de texto como actividades curriculares y la sensibilización de los profesores, los profesionales de la salud y los padres de los escolares para abordar estos temas con la construcción de conocimiento y habilidades prácticas que permitan construir intervenciones que fomenten la comprensión de la salud estomatológica como parte de la salud sistémica.

Cuadro 5. Evidencia de educación de la salud estomatológica dirigida a incrementar el conocimiento

| Autores | Temática estomatológica |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Mora, Álvarez, Blanco, Espino, Morera & Macías (2017). | Hábitos deformantes |
| Scarpelli, Berger, Punhagui, Zeri de Oliveira, Ferelle & Oltramari-Navarro (2016). | Hábitos deformantes |
| Morera, Sexto, Yanes & Casanova (2016). | Hábitos deformantes |
| Martínez, Santos, Ayala & Ramos (2016). | Salud bucal |
| Escalona-Oliva, Escalona-Oliva, Aleaga-Collado & Suárez-Rodríguez (2015). | Salud bucal Higiene bucal |
| Ruiz-Feria, Díaz-Morell, Rodríguez-Carracedo, Álvarez-Infante, Vargas-Morales & Soberats-Zaldívar (2014). | Hábitos deformantes |
| Mora-Pérez, Gil-Rodríguez, Álvarez-Mora, Cardoso-Santiago, Álvarez-Rodríguez & Olivia-Romero (2014). | Hábitos deformantes |
| González-Ramos, Ventura-Hernández, Valdivié-Provance & Serrano-Álvarez (2014). | Salud bucal Higiene bucal Factores de riesgo |
| Álvarez, Lescaille, Mora, Pieri & González (2013). | Hábitos deformantes |
| Mendoza, Ordaz, Abreu, Romero & García (2013). | Higiene bucal Cáncer bucal |
| Tamayo, Sariol, Villa & De la Paz (2012). | Caries Gingivitis Hábitos deformantes |
| Crespo, Riesgo, Laffita, Rodríguez & Copello (2010). | Higiene bucal |
| Barrio, Sexto, Barrio & Quiñonez (2009). | Uso de prótesis |
| Cepero, Hidalgo-Gato, Duque de Estrada & Pérez (2007). | Hábitos deformantes |
| Fernández, Arias, Muñoz & Travieso (2007). | Salud bucal Higiene bucal Hábitos deformantes |

Fuente: Elaboración propia.

Otra arista necesaria de análisis corresponde al enfoque de educación utilizado en las intervenciones de salud, cuyo objetivo es que el participante adquiriera un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud; de manera general se identifican tres formas de interacción educativa: tradicional, afectivo participativa y la investigación acción; como parte de esta revisión se incluyó el enfoque socioformativo en la promoción de salud, sin obtener resultados directos en que muestren sus beneficios en la práctica de programas de salud estomatológica, sin embargo, sus características serán mencionadas en el *Cuadro 6* por el potencial de aplicación que posee.

Cuadro 6. Enfoques aplicados en la educación de la salud estomatológica

| Enfoque | Característica |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tradicional | El promotor elabora la planificación, toma el papel activo y guía el encuentro con el participante, se busca la transferencia de conocimiento y el mejoramiento de habilidades. |
| Afectivo participativo | El promotor guía al participante a la exploración del auto-conocimiento y renovación del aspecto emocional, este encuentro tiene como finalidad fomentar la emancipación del individuo con repercusión en su colectividad. |
| Investigación acción-participativa | El promotor participa como facilitador y apoya el proceso de investigación, el individuo toma el papel activo, identificando las necesidades individuales y colectivas a través de la investigación y reflexión con el propósito de encontrar soluciones y promover transformaciones políticas y sociales. |
| Socioformación | El promotor propicia que los ciudadanos desarrollen su talento y de manera colaborativa transformen un problema del contexto acorde con su ciclo de vida. |

Fuente: Elaboración propia.

Una de las principales limitantes de la literatura científica consultada es la somera descripción de la aplicación del enfoque educativo en las experiencias de educación para la salud estomatológica; de manera general se puede observar que, sin importar el enfoque utilizado, la temática abordada es definida a partir de la planificación del promotor; incluso en las experiencias basadas en la investigación acción-participativa se llevan a cabo talleres de educación vertical en los cuales el promotor selecciona la literatura y diseña los materiales (Cornejo, Hilas y Moncunill, 2014). Los indicadores de evaluación para todas las intervenciones fueron asociados a cambios cuantitativos en relación a la higiene oral o al grado de conocimientos, en contraposición a lo que busca tanto la aplicación de técnicas afectivo participativas como la investigación acción.

Experiencias relacionadas con la construcción de ciudades saludables

Tanto la buena gobernanza como la educación para la salud son necesarios para lograr ciudades saludables, ya que estos ambientes son el resultado de la voluntad política orientada a un objetivo específico y comprometida con ciudadanos proactivos y solidarios con su comunidad; las ciudades saludables son el conjunto de municipios, comunidades y diversos entornos en donde las personas crecen, viven, trabajan y se desarrollan, estos ambientes se caracterizan por un compromiso en la planificación urbana saludable, por llevar a la práctica medidas de prevención, y crear o mejorar continuamente sus entornos físicos y sociales para que sus habitantes realicen todas las funciones vitales y consigan el desarrollo máximo de sus potencialidades (WHO, 2017).

En este sentido, la construcción de ciudades saludables parte de la generación de activos en salud; un activo en salud es aquello que mejora la salud y el bienestar, se pueden clasificar en intangibles, personas, instituciones o asociaciones, físicos, económicos y culturales. Respecto a la utilización del modelo de

activos en salud no se encontró evidencia en artículos científicos que muestren experiencias relacionadas con salud estomatológica, sin embargo, las páginas oficiales de los ministerios de salud muestran la inclusión de esta característica en sus políticas establecidas en salud general.

El Ministerio de Salud de Argentina (2017), crea la agenda local de salud por territorio, reconociendo así las particularidades de cada espacio físico y además ha incluido al 48% de sus municipios en el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, desarrollando una metodología específica para ingreso y desarrollo del ciclo de vida de los municipios saludables que incluye la calidad de los procesos de gestión en salud, las capacidades institucionales a nivel local y la sustentabilidad de políticas públicas en el Municipio consolidado; incluso ha creado las salas de situación de salud local como un espacio físico y virtual para mejorar los procesos de gestión, y mantiene una convocatoria pública para ingreso de los municipios o comunidades interesadas.

En México esta política se encuentra vigente a través del Programa de Acción Específico de Entornos y Comunidades Saludables, el cual muestra entre sus principales avances la certificación de 1,339 comunidades como saludables y 6,944 comunidades en proceso de certificación en el periodo 2000-2012, sin embargo, la implementación de esta política presenta limitaciones importantes en el país debido a que aún existe carencia de los servicios de salud en las 32 entidades federativas que van desde un 17,8 a un 39,9% (Secretaría de Salud, 2014).

Socioformación y promoción de salud estomatológica

Debido a los vacíos que se han encontrado en la promoción de la salud estomatológica, y a la necesidad de buscar alternativas que ayuden a mejorar y fortalecer este proceso en Latinoamérica, se propone la socioformación, un enfoque propuesto en el 2002 alineado a los retos de desarrollo de esta región. Consiste en resolver los problemas del entorno y mejorar las condiciones en las cuales viven las personas mediante el trabajo por proyectos, la actuación con ética, la colaboración y el pensamiento complejo (Tobón et al., 2015). Se enfoca tanto en las personas como en las organizaciones, algo esencial para tener impacto en los procesos de promoción de la salud en la comunidad. Se fundamenta en la teoría de la complejidad de Morín (2001) y el desarrollo a escala humana de Max-Neef (1998), lo cual posibilita el trabajo inter y transdisciplinario entre diversos profesionales de la salud y entre estos y las personas.

La aplicación de la socioformación como enfoque en la educación de salud estomatológica genera el empoderamiento de los ciudadanos y esto, a su vez, la transformación de los entornos; es por ello que integrar este enfoque para un cambio de salud, requiere compromiso por parte de las autoridades institucionales involucradas, los profesionistas participantes y los ciudadanos interesados, ya que se requiere un trabajo constante, sostenido y a largo plazo; para observar cambios debemos tener claro que el proceso salud-enfermedad posee una naturaleza compleja e históricamente determinada.

La socioformación se basa en diferentes estrategias, tales como los proyectos formativos, la cartografía conceptual, el análisis de casos por problemas del contexto, el taller reflexivo-constructivo, los sociodramas centrados en problemas del entorno, el trabajo colaborativo sinérgico, el coaching socioformativo, la valoración socioformativa, entre otras (Tobón, 2013); todas ellas pueden contribuir a promover la salud estomatológica.

Ejemplo de ello es la propuesta de Herrera, González, Molina, Granizo y Betancourt (2017) con los proyectos formativos para la licenciatura de enfermería y la aportación de Huerta, Penadillo y Kaqui (2017) en la formación médica que han mostrado la construcción del currículo universitario con enfoque por

competencias desde un enfoque socioformativo. En el campo de la salud estomatológica la socioformación podría contribuir a formar profesionales con una visión integral de la odontología a través del desarrollo del pensamiento complejo, y en el ejercicio profesional, ayudarían a generar acciones dentro de la misma comunidad para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante la colaboración.

Como se observa en la experiencia de Argentina, la participación de todos los actores y la generación de cultura ciudadana es indispensable en la creación de ciudades saludables; es por ello que los proyectos impulsados desde la socioformación en salud de los ciudadanos, permiten establecer estrategias puntuales basadas en el pensamiento complejo, superando el determinismo universal en la explicación de la enfermedad y el reduccionismo en las respuestas que los profesionales de salud y las políticas públicas pueden dar a la promoción de salud (Morín, 2001), al integrar la participación de otros sectores y los procesos de reflexión de los ciudadanos para crear nuevas formas de acción que complementen las experiencias de educación para la salud limitadas al desarrollo de una habilidad técnica.

Es deseable que en los encuentros de educación para la salud los participantes compartan un mismo objetivo y que los ciudadanos reflexionen para determinar un proyecto ético de vida, lo que permite rescatar los valores universales indispensables para crear ambientes saludables desde lo particular en los hogares, hasta los espacios públicos; la determinación del proyecto ético de vida ayuda a comprender que los cambios en las conductas humanas no se dirigen a alcanzar estados de salud, sino condiciones propicias para mejorar la calidad de vida, lo cual se logra a través del desarrollo constante de los talentos humanos sobre todo del que implica la responsabilidad por la vida propia, lo cual le permitirá comprometerse con el objetivo de una vida sana.

Este proceso reflexivo propiciará en el ciudadano la capacidad para emprender nuevos proyectos y lograr la empatía necesaria para trabajar como parte de un colectivo de forma colaborativa; un reto importante en los servicios de salud es la participación del individuo, sin embargo, cuando se ha alcanzado el empoderamiento sobre la salud, es posible buscar opciones de solución y desarrollar la capacidad de aprovechar programas públicos para generar o restablecer espacios, asimismo se adquiere conciencia para utilizar de forma responsable los espacios públicos existentes, aportando así a la creación de ciudades saludables.

Este proceso debe iniciar con el profesional de la salud ya que en ocasiones las actividades relacionadas con promoción de salud son consideradas como simple o poco relevante, de tal manera que no están conscientes de la importancia de los programas educativos dirigidos a los diferentes actores sociales, lo que se traduce en un bajo compromiso en su realización, tal y como lo menciona Bomfim, Santana y Pelúcio (2013) perdiendo así la oportunidad de la participación de la ciudadanía.

Es por ello que el proceso de generación del conocimiento propuesto en este enfoque se basa en la metacognición (Tobón, 2013), al reconocerla como un proceso necesario para identificar los problemas de salud acorde al ciclo de vida de los ciudadanos, lo que permite reconocer el papel que cada individuo juega desde lo individual y en lo colectivo en la problemática en la cual se encuentra inmerso y con base en ello desarrollar su capacidad para proponer, gestionar y emprender un proyecto sostenible que resuelva alguna parte específica de esta situación.

CONCLUSIONES

A través del análisis de la información, se avanzó en la identificación de la aplicación de tres estrategias básicas para la promoción de salud: gobernanza, educación para la salud y construcción de ciudades saludables. Las experiencias de gobernanza identificadas permitieron mostrar que la promoción de salud es un proceso complejo en vías de madurez en Latinoamérica, en este campo destacan las experiencias de Cuba, Brasil y Argentina debido a su desarrollo con óptimos resultados al destinar una mayor inversión en salud y lograr una organización multidisciplinaria e integral. Estas experiencias demuestran la articulación de diferentes sectores de la población para llevarse a cabo, por ejemplo: la participación del sector salud, educativo y la población a través de comités.

Existe una fuerte evidencia relacionada con experiencias de educación para la salud estomatológica de origen cubano, el resto de los países de Latinoamérica muestran una muy baja producción de información incluido México entre ellos; los encuentros de educación para la salud reportados no demuestran la integración de la salud estomatológica como parte de la salud general y no promueven la construcción de ciudades saludables esto puede ser debido a que generalmente los profesionales de la salud son formados con énfasis en la enfermedad para atender individuos y no para promover la salud colectiva.

Finalmente, se pudo establecer que es necesaria la utilización de otros enfoques en la promoción de salud, como es el caso de la socioformación, cuya propuesta aporta en el desarrollo del talento de los profesionales para que posean una visión integral en el abordaje de la salud estomatológica desde un plano sistémico, transformando las acciones actuales que priorizan un enfoque instruccional limitado a la higiene oral. La socioformación, por ende es una propuesta promisorias para reestructurar el currículo en la formación de profesionales de odontología, y, a la vez, ofrece estrategias concretas para intervenir en la comunidad, de tal manera que mejore la calidad de vida de las personas a través de su participación activa con base en la colaboración y la práctica de la metacognición, dentro del proyecto ético de vida.

Los resultados alcanzados por esta investigación solo permiten dar cuenta de lo reportado en revistas indizadas y páginas oficiales en el periodo determinado; es un acercamiento que no incluye el trabajo de diferentes grupos que sin duda realizan aportaciones que no son socializadas, valdrá la pena realizar un mapeo del trabajo realizado por las organizaciones sociales civiles y la identificación de la producción que realizan las universidades en los trabajos de grado relacionados con esta área, asimismo, será interesante profundizar en las diferentes orientaciones de educación para la salud y los alcances de cada una de ellas.

LITERATURA CITADA

- Alcalde-Rabanal, J.E., Molina-Rodríguez, J.F., & Castillo-Castillo, L.E. (2013). Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los Servicios Estatales de Salud: análisis comparativo en ocho estados de México. *Salud Publica Mex*, 55(3), 285-293.
- Álvarez, M.I., Lescaille, C.Y., Mora, P.C., Pieri, S.K., & González, A.B. (2013). Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. *Medisur*, 11(4). Recuperado de goo.gl/aDE2vb.
- Arbeláez, G.M., & Onrubia, G.J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones UCM*, 14(23), 14-31.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (2017). Ciclo de vida. Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables. Argentina. Recuperado de goo.gl/kVkr9L.

- Barrio, P.T., Sexto, D.N., Barrio, P.E., & Quiñonez, B.A. (2009). Programa de intervención educativa para la salud bucal en los adultos mayores. *Medisur*, 7(1), 83-89.
- Becerra-Rodríguez, B. (2016). El papel actual de los hospitales en el sistema de salud en México. *Revista Médica MD*. 8(1), 4-5.
- Bomfim-Cabral, M.C., Santana-Santos, T., & Pelúcio-Moreira, T. (2013). Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. *Rev Port Súde Pública*, 31(2), 160–167. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.004>.
- Caballero-García, C.R., Flores-Alatorre, J.F., Bonilla-Fernández, P., & Arenas-Monreal, L. (2017). Experiencias de promoción de salud en escuelas de nivel primario en México. *Mem. Int. Investig. Cienc. Salud*, 15(1), 22-32.
- Cepero, S.Z., Hidalgo-Gato, Fl., Duque de Estrada, R.J., & Pérez, Q.J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos deformantes. *Rev Cubana Estomatol*, 44(4). Recuperado de goo.gl/6EYPZa.
- Cerda-Gómez, R., Paredes-Carbonell, J.J., & López-Sánchez M.P. (2017). Aplicabilidad y percepción de utilidad del European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) en un programa de promoción de la salud. *Gac Sanit*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.007>.
- Contreras, S.E. (2013). El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. *Pensamiento y gestión*, 35; 152-181.
- Cornejo, L., Hilas, E., & Moncunill, I. (2014). Oral Health Promotion Intervention In Rural Contexts: implact assessment. Córdoba, Argentina. *J Oral Res*, 3(1), 40-45.
- Crespo, M.M., Riesgo, C.Y., Laffita, L.Y., Rodríguez, H.A., & Copello, T.A. (2010). Instrucción educativa sobre salud bucal en la escuela primaria "Lidia Doce Sánchez". *MEDISAN*, 14(1), 232-242.
- Díaz-Valencia, P.A. (2012). Theoretical conceptions on the theory on health education. Systematic review. *Investigación y educación en enfermería*, 30(3), 378-389.
- Escalona-Oliva, D., Escalona-Oliva, A., Aleaga-Collado, O., & Suárez-Rodríguez, M. (2015). Promoción de salud bucal y nivel de conocimientos sobre el primer molar permanente en niños. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 18(2), 1-23. Recuperado de goo.gl/AvkBux.
- Fernández, C.N., Arias, H.S., Muñoz, F.L., & Travieso, G.Y. (2007). Impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero. *Archivo Médico de Camagüey*, 11(4). Recuperado de goo.gl/F3EZG7.
- Gallagher, J.E., & Eaton, K.A. (2015). Health workforce governance and oral health: Diversity and challenges in Europe. *Health Policy*, 3464. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.010>.
- Gobierno Bolivariano de Venezuela. (2018). *Base de datos sobre programas sociales*. Recuperada de http://www.gerenciasocial.gob.ve/wwwroot/bases_datos/bdpros/paginas/APROGRAMA_NACIONAL_DE_SALUD_O.html.
- Gobierno de la República. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México.
- González-Ramos, R.M., Ventura-Hernández, M.I., Valdivié-Provance, J.R., & Serrano-Álvarez, C.R. (2014). Sonríe con salud. *Revista Cubana de Estomatología*, 52(3): 250-258.
- Grupo Banco Mundial. (2007). *Gasto en salud, total (% del PIB)*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.
- Herrera, R.Y., González, G.C., Molina, H.A., Granizo, S.Y., Betancourt, J.C., & Figueredo, V.K. (2017). Pertinencia de la formación académica de enfermería. Universidad Nacional de Chimborazo. *EduMed*. 198: Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.010>.
- Huerta, R.M., Penadillo, L.R., & Kaqui, V.M. (2017). Construcción del currículo universitario con enfoque por competencias. Una experiencia participativa de 24 carreras profesionales de la UNASAM. *Revista Iberoamericana de Educación*. 74: 83-106.

- Iglesias-Padrón, C.V., Arenas-Monreal, L., Bonilla-Fernández, P., & Cruz-Gamma, E. (2008). Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México. *ADM*, 65(5), 247-252.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Recuperado de goo.gl/mkMAqw.
- Linares-Pérez, N. (2015). Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 94-114.
- Martínez, P.M., Santos, L.M., Ayala, P.Y., & Ramos, R.I. (2016). Intervención educativa sobre salud bucal en el club de adulto mayor Unidos por la salud. *CCM*, 20(4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211116128004.pdf>.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1998). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Barcelona: Editorial Nordan-Comunidad. Recuperado de https://www.max-neef.cl/descargas/Max_Neef-Desarrollo_a_escal_a_humana.pdf.
- Mendoza, F.M., Ordaz, G.A., Abreu, N.A., Romero, P.O., & García, M.M. (2013). Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Rev. Ciencias Médicas*, 17(4), 24-32.
- Ministério da saúde. (2010). *SBBrasil pesquisa Nacional de saúde bucal 2010*. Brasil. Recuperado de http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abrasil_2010.pdf.
- Ministerio de Salud Perú. (2017). *Información estadística*. Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6#Estad%C3%ADstica>.
- Ministerio de salud pública de Ecuador. (2018). *Información estadística y geográfica de salud*. Ecuador. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.
- Ministerio de Salud Pública, Área de asistencia médica y social, & Dirección Nacional de Estomatología. (2002). *Programa nacional de atención estomatológica integral a la población*. República de Cuba. Recuperado de goo.gl/iqCPGK.
- Ministerio de Salud. (2005). *Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú, 2001-2002*. Perú. Oficina General de Epidemiología. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE). (2016). *Reporte anual 2014. Análisis de la situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas de nivel primario de la República Argentina*. Argentina. Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento97.pdf>.
- Mora, P.C., Álvarez, M.I., Blanco, H.A., Espino, S.Y., Morera, P.A., & Macías, M.A. (2017). Efectividad de la intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. *Rev Nac Odontol*, 13(25). Recuperado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1884/1975>.
- Mora-Pérez, C.C., Gil-Rodríguez, M., Álvarez-Mora, I., Cardoso-Santiago, M., Álvarez-Rodríguez, P., & Olivia-Romero, C. (2014). Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. *Medisur*, 12(6), 843-850.
- Morera, P.A., Sexto, D.N., Yanes, T.B., & Casanova, L.A. (2016). Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. *Medisur*, 14(2), 143-153.
- Morín, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa. Recuperado de goo.gl/cSa9aw.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Estadísticas sanitarias Mundiales*. Recuperado de goo.gl/8kTH1b.
- Organización Mundial de Salud. (1979). *Conferencia internacional de atención primaria de salud Alta-Ata, URSS, 6 al 12 septiembre de 1979*. Recuperado de goo.gl/8xCyCC.
- Ruiz-Feria, N., Díaz-Morell, J.E., Rodríguez-Carracedo, E.M., Álvarez-Infante, E., Vargas-Morales, Y., & Soberats-Zaldívar, M. (2014). Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. *Corr Med Cient Holg*, 18(4), 649-663.

- Sánchez, D.M., & Vega, V.J. (2003). Algunos aspectos teórico-conceptuales sobre el análisis documental y el análisis de información. *Ciencias de la información*, 34(2), 49-60.
- Scarpelli, B.B., Berger, S.B., Punhagui, M.f., Zeri de Oliveira, C.A., Ferelle, A., & Ultramari-Navarro, PV. (2016). Evaluation of a preventive educational program for malocclusions: 7-year study. *Braz. Oral Res.* 30(1). Recuperado de goo.gl/HJS1rQ.
- Secretaría de Educación Pública, & Secretaría de Salud. (2010). *Orientaciones para la regulación del expendio de alimentos y bebidas en las escuelas de educación básica. Guía para directivos y docentes*. México. Gobierno Federal. Recuperado de goo.gl/Nxxgq5.
- Secretaría de Salud. (2014). Entornos y Comunidades Saludables. Programa Sectorial de Salud 2013-2014. México. Recuperado de goo.gl/SUyqp5.
- Secretaría de Salud. (2014). *Información sectorial, consulta externa por tipo (general, especializada, urgencias, odontológica)*. Dirección General de Información en Salud [Base de datos]. Recuperado de goo.gl/cAKKvg.
- Secretaría de Salud. (2011). *Salud bucal del preescolar y escolar*. México: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Recuperado de goo.gl/RGmUq7.
- Secretaría de Salud (2012). *Salud bucal en la adolescencia*. México: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. México. Recuperado de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSESCENCIA.pdf>.
- Silva-Flores, X.D., Ruiz- Benavides, R.C., Cornejo-Barrera, J., & Llanas-Rodríguez, J.D. (2013). Prevalencia de caries, gingivitis y maloclusiones en escolares de Ciudad Victoria, Tamaulipas y su relación con el estado nutricional. *Revista Odontología Mexicana*, 17(4), 221-227. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>.
- Silveira-Filho, S., Moysés, S.J., Silveira, D.C., Ignacio, S.A., & Moysés, S.T. (2017). Assessing the potential effectiveness of oral health promotion strategies in primary health care in Brazil. *Public health*, 147, 47-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.01.028>.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. (2015). *10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de goo.gl/jxhxip.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. (2012). *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2011*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de goo.gl/us6Ddv.
- Sosa, R.M. (2011). *Consideraciones sobre la estomatología y la situación del estado de la salud bucal en Cuba*. Cuba: Ministerio de Salud Pública. 2011. Recuperado de <http://files.sld.cu/saludbucal/files/2012/11/cuba-situacion-de-la-estomatologia-dic-2011.pdf>
- Tamayo, O.Y., Sariol, E.G., Villa, V.L., & De la Paz, A.S. (2012). Un aporte a la salud bucal de los niños de Quinto Grado. *Multimed*, 16(1). Recuperado de goo.gl/SKQWJJ.
- Tobón, S., González, L., Nambo, J.S., & Vazquez-Antonio, J.M. (2015). La socioformación: un estudio conceptual. *Revista Paradigma*, 36(1), 7 – 29.
- Tobón, S. (2013). *Formación integral y competencias: pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación*. Bogotá: Ecoe Ediciones. Recuperado de goo.gl/i3daXL.
- Valdez-Penagos, R.G., Díaz-García, M.G., & Cortés-Quiroz, M.C. (2015). Efectividad en un programa de intervención de higiene bucal en escolares. *Odontología Actual*, 12(141), 38-42.
- World Health Organization. (2017). Global Health Promotion Conferences. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.

SÍNTESIS CURRICULAR

Remedios Valdez-Penagos

Maestría en Administración de Negocios, Especialista en Estomatología en Atención Primaria y Licenciatura en Cirujano Dentista. Profesor de Carrera Asociado “C”, Tiempo Completo, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, ha dictado cursos a docentes y conferencias Nacionales e Internacionales, sus principales aportaciones se dirigen a la promoción de salud y epidemiología bucal. Correo electrónico: remedios.valdez.p@zaragoza.unam.mx.

Sergio Tobón

Doctor por la Universidad Complutense de Madrid en Modelos Educativos y Políticas Culturales en la Sociedad del Conocimiento. Posdoctorado en competencias de los docentes en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior. Fundador y presidente del Instituto CIFE. Es uno de los líderes de la socioformación. Autor de diferentes metodologías de trabajo en competencias. Correo electrónico: stobon5@gmail.com.