Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Graciela del Carmen Grigera

grigera@gmail.com

Modelos de atención de la salud bucal: revisión de artículos científicos sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Leonardo Federico

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Grigera, G. (2017). *Modelos de atención de la salud bucal: revisión de artículos científicos sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México* (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rdi.2019.176022>

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y
POLÍTICAS DE SALUD
15ª cohorte 2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCION DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

Modelos de atención de la salud bucal: Revisión de artículos científicos
sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México
(1985-2015)

Maestranda: Odont. Graciela del Carmen Grigera
Director: Dr. Leonardo Federico

Septiembre 2017

Lanús Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y
POLÍTICAS DE SALUD
15ª cohorte 2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCION DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

Modelos de atención de la salud bucal: Revisión de artículos científicos
sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México
(1985-2015)

Maestranda

Odont. Graciela del Carmen Grigera

Director

Dr. Leonardo Federico

Integrantes del jurado

Dra. Marcela Bella

Mgr. Marcelo Laserna

Mgr. Damián Herkovits

Fecha de aprobación

06/09/2018

Calificación

8 (ocho)

A mis hijos.
A Juan, a Gastón y en especial a Leo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Universidad Nacional de Lanús, en particular a los docentes de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, y de la Carrera de Especialización en Gestión en Salud, quienes me han brindado un espacio de formación, reflexión y crecimiento tanto profesional como humano, desde el año 2000 hasta hoy.

El leve aleteo de las alas de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo.

Proverbio chino

RESUMEN

Las formas de organización de servicios de salud bucal se expresan en los modelos asistenciales articulando unidades con distintas complejidades tecnológicas, agrupadas en diferentes espacios y poblaciones. Los modelos de atención reflejan las combinaciones tecnológicas estructuradas que resuelven y atienden las necesidades sociales de salud, con sus repercusiones tanto a nivel individual como poblacional. La caries dental y la enfermedad periodontal son consideradas en el mundo como las enfermedades de mayor peso en la morbilidad bucal. Según la OMS/OPS su distribución y severidad varían en las diferentes regiones y su aparición está fuertemente asociada con factores ambientales, socioculturales, económicos y del comportamiento. La resolución de estas patologías bucales es abordada con diferentes modelos tecnoasistenciales. El objetivo de esta revisión es identificar cuáles son las características de esos modelos de atención en Argentina, Chile, Brasil, Colombia y México, a través de la revisión de artículos científicos publicados en bases de datos de bibliografía científica. Los resultados muestran que los rasgos de los modelos que orientan las prácticas para la atención/cuidado de la salud bucal tradicionales siguen la lógica del modelo odontológico dominante caracterizado por ser fundamentalmente odontocéntrico y tecnicista. Las prácticas de la odontología, orientadas hacia la enfermedad, solucionan los problemas de la salud oral a nivel individual y solo en casos donde la atención es demandada. Ampliar el acceso de la población a los servicios de salud bucal requiere asumir nuevos desafíos garantizando la universalidad, integralidad y equidad en las acciones de salud bucal; atención integral que requiere el establecimiento del vínculo territorial con los usuarios. Los artículos que refieren características del modelo tradicional, siguen siendo cuantitativa y cualitativamente dominantes en la mayoría de los países estudiados, no obstante lo cual, especialmente en Brasil, se observó un apelo progresivo y creciente a propuestas alternativas potencialmente más inclusivas y equitativas.

PALABRAS CLAVE: Odontología comunitaria; Odontología preventiva; Atención odontológica.

ABSTRACT

The forms of organization of health services are expressed in models assistance coordinating units with different technological complexities, grouped in different spaces and populations. Models of care reflect structured technological combinations that address and address the social needs of health historically defined, both individual and collective, that make up the epidemiological profile of a population. Dental caries and periodontal disease are considered in the world as the major diseases in oral morbidity. According to WHO / PAHO its distribution and severity vary in different regions and its appearance is strongly associated with environmental, socio-cultural, economic and behavioral factors. The resolution of these oral pathologies is approached with different tecnoasistential models. The objective of this review is to identify the characteristics of these models in Argentina, Chile, Brazil, Colombia and Mexico through scientific articles using data from secondary sources. The results show that the traits of the models that guide the practices for traditional oral care / care follow the logic of the dominant dental model characterized by being fundamentally odontocentric and technicist. The dentistry practices, oriented towards the disease, solve the problems of the oral health at individual level and only in cases where it is demanded. Expanding the population's access to oral health services requires assuming new challenges, guaranteeing universality, integrality and equity in oral health actions; comprehensive care through the establishment of the territorial link, are the most outstanding features of the new model of care. Articles referring to characteristics of the traditional model remain quantitatively and qualitatively dominant in most of the countries studied. However, especially in Brazil, there was a progressive and growing appeal to alternative proposals that were potentially more inclusive and equitable.

KEY WORDS: Community dentistry; Preventive dentistry; Dental care.

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1	Evolución del índice de dientes careados, perdidos y obturados en las Américas desde 1990 a 2004	17
Cuadro 2	Prestación de atención: modelos hegemónicos y propuestas alternativas	35
Cuadro 3	Construcción de la clasificación de modelos odontológicos en base a la clasificación modelos médicos	42
Cuadro 4	Descripción de las variables en base a la tipificación de modelos de atención	43
Cuadro 5	Resultados de cantidad de artículos por país/país de publicación	51
Cuadro 6	Características de los artículos de Argentina	53
Cuadro 7	Características de los artículos de Chile	53
Cuadro 8	Características de los artículos de Colombia	53
Cuadro 9	Características de los artículos de México	54
Cuadro 10	Características de los artículos de Brasil	56

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1	Búsquedas en PubMed, Scopus, SciELO, Redalyc y Scopus	46
---------	---	----

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1- Resumen descriptivo con los resultados de las búsquedas

44

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
APS	Atención Primaria de la Salud
BVS	Biblioteca Virtual en Salud
CA	Clínica Ampliada
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CORA	Confederación Odontológica de la República Argentina
CPOD	Índice de Dientes, Cariados, Perdidos y Obturados
CPOD-12	Índice de Dientes, Cariados, Perdidos y Obturados a los 12 años
ENSAB	Encuesta Nacional en Salud Bucal
ESF	Estrategias de Salud Familiar
ESB	Estrategias de Salud Bucal
FOPBA	Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires
HNP	Política Nacional de Humanización
IDA	Investigación Docencia Asistencial
MMH	Modelo Médico Hegemónico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPAS	Organización Panamericana de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRECONC	Programa de Educación Continua Odontológica no convencional
PSEA	Proceso Salud Enfermedad Atención
PSF	Programa de Salud Familiar
PSB	Programa de Salud Bucal
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIVEPAB	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales
SSa	Secretaría de salud
SUS	Sistema Único de Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
UBA	Universidad de Buenos Aires
USFs	Unidades de Salud de la Familia

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	
1.1. <i>Propósito</i>	14
1.2. <i>Problema/Pregunta</i>	15
1.2.1. Consideraciones generales para el abordaje del problema	15
1.2.2. Conceptualización de “Modelo de Atención”	19
1.2.3. Pregunta	20
1.3. <i>Hipótesis.</i>	20
1.4. <i>Objetivo General</i>	21
1.5. <i>Objetivos Específicos</i>	21
2. JUSTIFICACIÓN	
2.1. <i>Justificación social</i>	22
2.2. <i>Justificación académica</i>	22
2.3. <i>Justificación personal</i>	23
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. <i>Marco histórico</i>	24
3.1.1 La Odontología y la historia	24
3.1.2 La Odontología y la Salud Colectiva	26
3.2. <i>Marco contextual</i>	28
3.2.1. Chile	28
3.2.2. Brasil	29
3.2.3. Colombia	30
3.2.4. México	31
3.2.5. Argentina	32
3.3. <i>Marco conceptual de referencia</i>	34
4. METODOLOGÍA	
4.1. <i>Diseño</i>	40
4.1.1. Pregunta de investigación, recorte temporal y geográfico	40
4.1.2. Tipos de documentos y soportes	40
4.1.3. Descriptores	41
4.1.4. Campos de búsqueda	41
4.1.5. Estrategias adicionales	42
4.1.6. Criterios de inclusión/exclusión	42
4.1.7. Criterios de clasificación, sistematización y variables	42
4.2. <i>Conformación del cuerpo documental</i>	44
4.2.1. Técnica de análisis	45

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1. <i>Caracterización del corpus documental en función de su identificación y ubicación</i>	51
5.1.1. País al que corresponden/país de publicación	51
5.1.2. Año de publicación	51
5.1.3. Autores	52
5.2. <i>Características y fundamentos teóricos de los modelos de atención en salud bucal</i>	59
5.2.1. Artículos con características compatibles con el modelo tradicional.	60
5.2.2. Artículos con características compatibles con las propuestas alternativas.	65
5.2.3. Artículos que comparten las características del modelo tradicional y de las propuestas alternativas	68
5.3. <i>Análisis de las características y fundamentos teóricos de los modelos de atención en salud bucal</i>	69
5.4. <i>Propuesta de caracterización de los principales modelos de atención odontológicos</i>	71
5.4.1. Caracterización de los principales modelos de atención odontológicos que guían las prácticas tradicionales	71
5.4.2. Caracterización de los principales modelos de atención odontológicos que guían las prácticas alternativas	72
6. CONSIDERACIONES FINALES	73
BIBLIOGRAFIA	74
APÉNDICES	77

1. INTRODUCCIÓN

1.1. *Propósito*

A lo largo del siglo pasado se han producido profundas transformaciones culturales, políticas, sociales y económicas que han derivado en efectos sobre las prácticas y representaciones del trabajo profesional.

A partir de 1970 la medicina ha sido estudiada por sociólogos e historiadores convirtiéndose en una referencia obligada para describir sistemas de servicios porque... “éstos desarrollos, considerados paradigmáticos, operaron como referentes conceptuales.” (Schapira, 2000, p. 8) para orientar las prácticas de atención/cuidado.

La odontología, a diferencia de la profesión médica, no ha concitado el interés de los científicos sociales. La socióloga María Helena Machado manifiesta que la participación de los odontólogos es insignificante comparada con la de los médicos, en la realización de las políticas de salud ya que éstas son planeadas, elaboradas y discutidas en el ámbito de la corporación médica. De todas maneras, en el caso de la odontología, esas transformaciones socioculturales, económicas y políticas, junto al acceso y utilización de nuevas tecnologías han modificado ligeramente los sistemas y las formas de prestación de servicios aunque no tienen una caracterización definida como si la tienen los modelos médicos (1991).

Carlos Botazzo señala que el modelo de la práctica odontológica da señales de agotamiento y considera que es la misma profesión la que se interroga, no solo por su cariz mercadológico, sino también por el objeto de su práctica. Se pregunta sobre el objeto odontológico hacia el cual dirigir los esfuerzos de una clínica odontológica integrada y agrega que además del conocimiento biológico, la profesión, debe reconocer el comportamiento social de la enfermedad, concluyendo que la prevención se puede desarrollar si toma ésta dimensión colectiva “que es polisémica, y altamente compleja como praxis” (2010, p. 202). De allí la contradicción de la representación de la odontología que realiza la prevención individual en el consultorio privado. Reflexiona el autor diciendo que “a los problemas que tienen obvia dimensión pública no se les puede proponer soluciones de naturaleza privada” (2010, p. 202).

En las consideraciones precedentes se fundamenta esta investigación que consiste en una revisión bibliográfica de artículos científicos seleccionados de las bases de PubMed, Scopus y SciELO referidos a la salud bucal en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México durante el período 1985-2015, con el fin de aportar al conocimiento una identificación y caracterización de los modelos de atención de la salud bucal a través de un análisis de contenido de las publicaciones, para describir las formas en que se ha desarrollado la

atención de la salud bucal, la prestación de servicios odontológicos y la orientación de las prácticas.

1.2. *Problema*

1.2.1. **Consideraciones generales para el abordaje del problema**

A nivel mundial las enfermedades de la cavidad bucal de mayor peso son la caries dental y la enfermedad periodontal, su distribución y severidad varía de una región a otra. (OPS/OMS, 1997)

Como estrategias de resolución de estas patologías la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra un conjunto de revisiones sistemáticas donde una serie de intervenciones han resultado exitosas como la fluoración de las aguas, los fluoruros tópicos y los sellantes. También las intervenciones basadas en abordajes convencionales de educación para la salud y controles clínicos. (OMS/OPS, 2005).

Las actividades del Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS, confiere especial prioridad a la elaboración de políticas mundiales de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca aconsejando a los países a:

- Instaurar políticas de salud bucodental que permitan avanzar hacia un control eficaz de los riesgos conexos;
- Fomentar la preparación y ejecución de proyectos comunitarios de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca, con énfasis especial en las poblaciones pobres y desfavorecidas;
- Alentar a las autoridades sanitarias nacionales a poner en práctica programas eficaces de fluoración para la prevención de la caries dental;
- Promover enfoques basados en los factores de riesgo comunes para prevenir de forma simultánea afecciones bucodentales y otras enfermedades crónicas; y
- Ofrecer apoyo técnico a los países para el fortalecimiento de sus sistemas de atención odontológica y la integración de la salud bucodental dentro de la salud pública (OMS, 2012: Nota informativa N°318)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestra un informe sobre la evolución de los índices de patologías bucales de países de las Américas, que compara el valor del índice CPO-D (dientes cariados-perdidos-obturados) desde el año 1990 hasta el año 2004 (Cuadro 1); siendo éste, el único índice generalizado en las investigaciones odontológicas que da cuenta del estado de salud bucal de estas poblaciones sin especificar cómo y con qué modelos se han logrado los resultados presentados.

El indicador epidemiológico para caries dental está determinado por el resultado de dientes careados, perdidos y obturados (CPO-D) que conforman un índice desarrollado por Klein, Palmer y Knutson y data de 1935. Fue realizado a través de un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en

Hagerstown, Maryland, Estados Unidos. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental, marca la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta tanto los dientes con lesiones de caries, como los que presentan tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluyendo las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados.

El CPO-D describe numéricamente los resultados de la irrupción de caries en las piezas dentarias permanentes de una persona, una población. Es el indicador odontológico más utilizado a través del tiempo, facilitando la comparación epidemiológica entre poblaciones de diferentes zonas, países y en diferentes épocas como así mismo evaluar la aplicación de las diferentes medidas y métodos de prevención frente a esta patología.

El símbolo C se refiere al número de dientes permanentes que presenta lesiones de caries no restauradas.

El símbolo P se refiere a los dientes permanentes perdidos.

El símbolo O se refiere a los dientes restaurados/obturados.

El símbolo D es usado para indicar que la unidad establecida es el diente, o sea, el número de dientes permanentes afectados, en vez de superficies afectadas o número de lesiones de caries existentes en la boca.

La evolución registrada como lo refleja el Cuadro 1, indica que Argentina no ha variado su índice CPO-D durante el período 1990-2004 manteniéndose en un promedio de entre 3 y 5 piezas dentales careadas, perdidas y obturadas, mientras que otros países como Chile ha logrado pasar de un CPO-D > 5 , a CPO-D entre 3 y 5; Brasil evolucionó de un CPO-D > 5 a un CPO-D menor de 3 y ambos han logrado una recuperación notable así como también Colombia y México que han evolucionado desde un índice CPO-D de entre 3 y 5 a un CPO-D < 3 lo que indica, en estos cuatro países, una mejora en los indicadores epidemiológicos de caries en menores de 12 años (OPAS, 2005).

La utilización del índice CPO-D para el seguimiento de la enfermedad en los diferentes países, resulta útil para realizar estudios comparados por su disponibilidad, facilidad de medición y fiabilidad en las comparaciones.

La edad de finalización de la educación primaria en la mayoría de los países es a los 12 años y es el último año en el que se puede obtener una muestra confiable a través del sistema escolar.

Los 12 años han sido escogidos como edad clave para el monitoreo global de caries en las comparaciones internacionales y para establecer las tendencias de la enfermedad (OMS, 1997).

Cuadro 1- Evolución del índice de dientes careados, perdidos y obturados en las Américas desde 1990 a 2004

CPO-D >5		CPO-D 3-5		CPO-D <3	
Antes de 1990	2004	Antes de 1990	2004	Antes de 1990	de 2004
(14 países)	(2 países)	(10 países)	(7 países)	(6 países)	(29 países)
Belice	Guatemala	Argentina	Argentina	Bahamas	Anguila
Bolivia	Santa Lucía	Canadá	Bolivia	Bermudas	Aruba
Brasil		Colombia	Chile	Cuba	Bahamas
Chile		Ecuador	R.Dominicana	Guyana	Barbados
Costa Rica		Islas Caimán	Honduras	Dominica	Belice
R.Dominicana		México	Panamá	EUA	Bermudas
El Salvador		Panamá	Paraguay		Brasil
Guatemala		Perú			Canadá
Haití		Trin. y Tobago			Is. Caimán
Honduras		Venezuela			Colombia
Jamaica					Costa Rica
Nicaragua					Cuba
Paraguay					Curasao
Uruguay					Dominica
					Ecuador
					El Salvador
					Granada
					Guyana
					Haití
					Jamaica
					México
					Nicaragua
					Perú
					Surinam
					Tri.Tobago
					Is. Turcas
					Uruguay
					EUA
					Venezuela

Fuente: Opas, 2005.

La OPS realiza una clasificación de acuerdo con el nivel de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas (CPO-D) y establece una categorización para definir el perfil epidemiológico relacionado con la caries dental de los grupos poblacionales a los 12 años. Esta clasificación es la siguiente:

- Emergente: definida por un CPOD-12 mayor de 5 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y/o el agua.
- De crecimiento: definida por un CPOD-12 con valores entre 3 y 5 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y/o el agua.

- De consolidación: definida por un CPOD-12 con valores menores de 3 y la existencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y/o el agua. (Piovano, 2008, p. 40).

Otro estudio publicado en la revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA) utiliza las mismas referencias publicadas por la OPS para comparar el estado de salud bucal con una muestra de niños, adolescentes y adultos residentes en seis comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y concluye que "...la caries dental alcanzó valores elevados en cuanto a frecuencia y severidad, hecho atribuible a la falta de programas sistemáticos de promoción de salud y prevención específica" (Piovano S. 2008, p. 41).

Entre las categorías que define la OPS, la categoría de consolidación (definida por un CPO-D-12 con valores <3) menciona la existencia de programas de fluoración que consisten en la adición de flúor a los suministros de agua potable.

La OMS alienta a los países a implementar programas preventivos de la caries dental como la fluoración de aguas de bebida que puede reducir la enfermedad en un 14% (2012).

Para establecer la conveniencia de suplementar con flúor el agua de bebida, es necesario conocer el contenido de flúor de las aguas que abastecen a la población.

En Estados Unidos y Canadá la fluoración comenzó en 1945 y determinó una disminución de los niveles de caries. A pesar de ser un método efectivo y de bajo costo, suele ser discutido porque se han descrito algunos efectos tóxicos sobre otros órganos, y además, grandes poblaciones no tienen acceso a una red de agua potable por lo que existen medidas de fluoración alternativas como la fluoración de la sal y la leche.

Aunque no debemos disminuir la importancia que tienen las acciones educativas y preventivas, se observan resultados altamente positivos en el consumo de flúor a través de la sal. La fluoruración de la sal como programa de salud pública se está aplicando en algunos países como Costa Rica, Brasil, Colombia, Francia, Jamaica, México y Uruguay (Salas, 1995).

También se utilizan fluoruros en forma de enjuagues bucales, dentífricos, tópicos de aplicación profesional, geles y barnices (Bordoni 1992).

Estas intervenciones nos permiten pensar que hay fundamentos para planear y ejecutar políticas y modelos tecnoasistenciales para la resolución de las patologías prevalentes en salud bucal.

Al mismo tiempo, es necesario problematizar la clínica reconociendo que ella es imprescindible, pero deponiendo su abordaje estrictamente individualista y mercantilista. "Es preciso ampliar la clínica sin reducir la salud colectiva" (Moysés, 2008, p. 724).

1.2.2. Conceptualización de “Modelo de Atención”

Las características de las intervenciones que se llevan a la práctica para resolver los problemas de salud bucal evidencian la aplicación de diferentes modelos de atención. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han entendido la noción de modelo de atención de la salud en un sentido amplio, como expresión de prestación de servicios y/o como componente del sistema de servicios.

Desde otro punto de vista, los modelos de atención de la salud (que incluye la salud bucal) pueden observarse desde el sector donde se realizan las intervenciones: sector público o sector privado.

- ° La esfera pública, donde se identifican formas de intervención del estado.

- ° La esfera privada reservada a la salud bucal como bien de mercado.

Se encuentran además publicaciones que mencionan modelos alternativos para el cuidado de la salud bucal utilizando procedimientos que, sobre todo en contextos desfavorables, justifican la elección de este tipo de intervención con la participación de profesionales no odontólogos, como los higienistas dentales. (Stoltenberg, 2014).

A partir de la década de 1980 surge la preocupación de descifrar cual es el significado de la palabra modelo, teniendo en cuenta que posee diversas acepciones y compone, en la ciencia, una representación simplificada de la realidad.

Para Paim el proceso de trabajo en salud construye objetos, medios y tecnologías materiales y no materiales que al combinarse resultan en prácticas de salud (combinaciones tecnológicas estructuradas y estructurantes) que instituyen modelos (2008).

Entonces, uno de los componentes de los sistemas de servicios de salud está formado por la prestación de servicios de salud que contiene el concepto de modelo de atención o modelo asistencial que incluye las prácticas de salud.

“Modelo de atención de la salud puede ser definido como combinaciones tecnológicas estructuradas para la resolución de problemas y para atender las necesidades de salud individuales y colectivas” (Paim 2008, p.554).

Las tecnologías estructuradas combinan las tecnologías duras que están constituidas por objetos, artefactos o productos tangibles; las tecnologías duras-blandas como conocimientos estructurados; con las blandas en tanto tratan de interacciones humanas y procesos sociales productores de cuidado (Merhy, 2006).

Agrega a su definición: “...en función de los problemas de salud (daños y riesgos) que componen el perfil epidemiológico de una determinada población y que expresan las necesidades sociales de salud históricamente definidas” (Paim 2011, p. 20).

Opina que, actualmente, la prestación de la atención se realiza a través de modelos hegemónicos, considerando modelo médico hegemónico, al que atiende la demanda

espontánea o inducida por la oferta y al modelo sanitarista (también dominante), inclinado a atender las necesidades (Paim, 2008).

Desde esta perspectiva identificaremos los rasgos fundamentales y las racionalidades tanto de los modelos de atención hegemónicos como de las propuestas alternativas desarrollados en el campo de la salud colectiva (Paim, 2008) para compararlas con los rasgos y las racionalidades de los modelos de atención de la salud bucal a través de las publicaciones científicas seleccionadas.

El concepto de modelo médico hegemónico (MMH) es una caracterización realizada para la comprensión histórica y social de las prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica (Menéndez, 1978, 1988, 1990).

Los componentes principales y los rasgos estructurales que identifican al MMH son desarrollados en el marco conceptual de referencia.

La odontología, como mencionáramos en el propósito de este trabajo, no cuenta con una caracterización propia, a diferencia de la profesión médica, para pensar los modelos de atención de la salud bucal y, a dicha caracterización, recurriremos como referencia.

1.2.3. Pregunta

Comenzamos describiendo la evolución de los índices de las patologías bucales en distintos países que figuran en las publicaciones de OMS/OPS pero que no explicitan los modelos que subyacen alrededor de esos índices (Cuadro 1) y luego, en una apretada síntesis, nos referimos a la caracterización de modelos de atención de la salud en general que conceptualiza Jairnilson Silva Paim, completando con artículos de modelos alternativos de atención de la salud bucal realizados con personal auxiliar de la odontología.

Con estas referencias, se realiza la revisión en base a artículos científicos hallados en las bases indizadas de PubMed y Scopus y de la Biblioteca electrónica SciELO tomando un período de años más amplio, desde 1985 a 2015. Se aplica este recorte temporal para incluir el estudio citado (OMS/OPS1990 a 2004). El recorte geográfico adoptado incluye los siguientes países: Argentina, Chile, Brasil, Colombia y México, dada las diferencias que presentan entre sí en la evolución de los índices CPO-D-12.

Con la clasificación de modelos de atención de la salud (Paim, 2008) adaptadas a las prácticas de la odontología, analizaremos este material para responder a la pregunta: ¿Cuáles son las características fundamentales y marcos conceptuales de referencia de los modelos de atención de la salud bucal, expresados en artículos científicos sobre Argentina, Chile, Brasil, Colombia México; publicados durante el período 1985-2015?

1.3. *Hipótesis*

Las características de los modelos que orientan las prácticas para la atención/cuidado de la salud bucal siguen la lógica del modelo médico hegemónico dominante. Se examinarán, a través de los artículos seleccionados, las coincidencias del modelo dominante en la práctica médica para constatar las características que comparte con la práctica odontológica lo que permitirá elaborar una propuesta de categorización y caracterización propia para la disciplina.

1.4. *Objetivo general*

Describir y analizar las principales características y fundamentos teóricos de los modelos de atención que orientan las prácticas del cuidado de la salud bucal en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México expresados en artículos científicos publicados en el período 1985-2015; a fin de avanzar en la elaboración de una propuesta de categorización y caracterización de modelos odontológicos adecuados al contexto latinoamericano actual.

1.5. *Objetivos específicos*

- ° Caracterizar los artículos científicos del corpus en función de su identificación, ubicación geográfica y temporal.
- ° Describir y analizar las principales características de los modelos de atención que orientan el cuidado de la salud bucal, así como sus fundamentos teóricos, expresados en los artículos científicos que constituyen el corpus.
- ° Elaborar una propuesta de categorización y caracterización de los principales modelos de atención odontológicos que guían las prácticas en el campo socio-sanitario, a partir de los hallazgos obtenidos en la revisión.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. *Justificación social*

La Organización Panamericana de la Salud en su informe sobre salud bucal, afirmó que las patologías bucales siguen siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud por la importancia que tienen como parte de la carga global de morbilidad (OPS/OMS, 1997)

En los países industrializados en los últimos años, se redujo considerablemente la prevalencia de la caries dental. Es frecuente encontrar niños y adolescentes sin caries. La fluoruración de las aguas de abastecimiento público, los dentífricos fluorados, los productos dentales profesionales y un mayor acceso a los cuidados profesionales han posibilitado el cambio.

Aun así, tanto para los países desarrollados y en particular para los países en vías de desarrollo, la caries dental continúa siendo un problema relevante. El informe *Salud Oral en América* indica que las disparidades se concentran en sectores menos beneficiados económicamente, ancianos, enfermos crónicos y poblaciones institucionalizadas (OPS/OMS, 2002).

Las investigaciones de este tipo colaboran para explicar la falta de programas sistemáticos de promoción de salud y de prevención específica (Piovano S. 2008).

También nos invita a reflexionar críticamente acerca de las posibilidades y los distintos escenarios en el área de salud bucal y preguntarnos si el acceso a los servicios de salud bucal constituye un derecho público de las poblaciones en general o un privilegio para la población de mejores ingresos (Moysés, 2008)

Indagaremos sobre el motivo por el cual Argentina, entre 1996 y 2005, ha mantenido su índice CPO-D en un valor entre 3 y 5 figurando en la categoría de emergente (por ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y/o del agua), incluyendo algunas excepciones que serán comentadas en el marco contextual.

2.2. *Justificación académica*

Una primera exploración en las bases seleccionadas sobre artículos científicos relacionados con la atención de la salud bucal indicaría que no se encuentran publicaciones que caractericen modelos de atención en odontología como sí los encontramos para la medicina. Este hallazgo justifica cubrir esa vacancia registrando la ausencia de una caracterización de los modelos que guían las prácticas de la odontología para poder reflexionar sobre ellas a partir de los resultados obtenidos en esta revisión.

2.3. Justificación personal

Repasando mi experiencia laboral como odontóloga de la práctica privada en consultorio, coordinadora del Servicio de Odontología del partido de Lomas de Zamora , autoridad del Colegio de Odontólogos de la provincia de Buenos Aires y, a la fecha coordinadora a nivel nacional de los Servicios Odontológicos de la Obra Social del Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor, observé hace tiempo, que en todos los lugares que menciono (consultorio privado, consultorios en el sector público y para la atención odontológica de los afiliados a obras sociales) me desempeñé como si hubiese un solo modelo de atención que es el mismo que parece guiar las prácticas de todos los profesionales, al margen de que ejerzan en diferentes subsectores.

Muchos años después de obtener el título de Odontóloga, me gradué en la carrera de “Especialización en Gestión en Salud” en la Universidad Nacional de Lanús. Decidí seguir estudiando preocupada por el modelo de atención que hegemoniza la práctica de la odontología y que se halla centrado en la enfermedad, de neto corte biologicista, asocial, individualista, mecanicista y con rasgos estructurales de mercantilismo, con eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva con exclusión del conocimiento del paciente, con legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificado con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo.

Todo ello contribuyó a que eligiera este tema, entre otros de mi interés, efectuando una revisión de las publicaciones para caracterizar los modelos de atención de la salud bucal visibilizando los fundamentos teóricos expresados en los artículos científicos, y que éste aporte pueda ser utilizado como base para otras investigaciones.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. *Marco histórico*

A comienzos del siglo XX, el efecto del descubrimiento de los agentes etiológicos y el desarrollo tecnológico, contribuyó a la formulación de nuevas teorías sobre la prevención de la enfermedad y la organización de los sistemas de salud.

Surgieron propuestas sobre la distribución de los servicios de salud, la forma de mejorar su organización y reformas en el currículo de la medicina y la educación de posgrado.

Se publicaron dos informes que repercutieron en los modelos de organización de los servicios de salud pública y en la educación médica de América Latina.

Uno de estos informes fue encargado por la Fundación Carnegie de los Estados Unidos a Abraham Flexner, educador de la Universidad de Hopkins, que en 1910 recomienda para las facultades de medicina una formación sólida en ciencias básicas como anatomía descriptiva y topográfica, fisiología, bioquímica, patología, farmacología, histoembriología y bacteriología para los dos primeros años de estudios.

Los principios del informe reflejan el momento histórico por el que pasaban los Estados Unidos de América dentro de su realidad social y sus recomendaciones tuvieron un alto impacto en la formación del médico y en el papel de los hospitales.

Los aspectos de prevención y promoción de la salud se tratan con muy pocas horas de *higiene* en esta obra que intervino en la formación de los educadores latinoamericanos en la primera mitad del siglo XX hasta nuestros días.

Su influencia determinó las características de la atención médica de manera individual, la asistencia y la organización por especialidades, la valoración de la atención hospitalaria por sobre la atención ambulatoria y la educación profesional, predominantemente curativa, que se realiza por disciplinas y en hospitales.

En 1920, otro informe fue preparado por Bertrand Dawson, médico del rey y general del ejército de Inglaterra, que propuso la restructuración de los servicios públicos en base a cuatro principios: el estado como proveedor y encargado de controlar las políticas de salud, el trabajo coordinado y en equipo de los servicios de salud, el desarrollo de instituciones de diagnóstico y tratamiento de casos agudos y la medicina curativa y preventiva sin separación en los modelos de educación médica y en los modelos de organización de los servicios de salud (OPS/OMS, 1990).

3.1.1. La Odontología y la historia

La odontología, como las demás ramas de la medicina, surgió de la experiencia acumulada durante siglos en el arte de sanar.

La generación de nuevo conocimiento médico se derivaba de la experiencia compartida entre los profesionales que la ejercían, y la forma de aprendizaje era la tradicional en los oficios.

Hasta muy recientemente, en el siglo XVIII, no existía ningún tipo de metodología basada en la observación sistemática para sustentar las actuaciones médicas. La medicina fue poco a poco aumentando la consistencia de su cuerpo doctrinal, aunque los cirujanos seguían practicándola en condiciones arcaicas, y de hecho, con frecuencia, estas prácticas eran ejercidas por los barberos.

El desarrollo de la odontología siguió un camino paralelo al de la cirugía médica, siendo una disciplina muy vinculada a la misma en sus actuaciones, ya que la mayor parte eran extracciones dentarias. Con frecuencia el papel de cirujano y el de dentista eran ejercidos por las mismas personas.

Cuando la cirugía mejoró su prestigio y resultados, debido sobre todo, al desarrollo del conocimiento anatómico, la odontología se desvinculó de aquélla.

Pero ya en el año 1746 el francés Pierre Fauchard había escrito su tratado el *Cirujano dentista*, en el que recogió el conocimiento odontológico de la época, aunque los dentistas seguían careciendo de una formación reglada.

“Antes del surgimiento del movimiento odontológico, los problemas del arte dental estuvieron planteados como una cuestión médica” (Botazzo, 2010, p. 139).

El movimiento odontológico en el siglo XIX, retomó el conjunto de normas del siglo XVIII buscando restaurar técnica y políticamente el “arte dental” con las características que presentará desde entonces: carácter privado, tecnicista y odontocéntrico, corporativista y tendiente al monopolio. Surge como objeto de estudio de la odontología la cavidad bucal y en particular, las piezas dentarias.

La primera escuela dental fue creada en Maryland, Estados Unidos, por los doctores Horace Hayden y Chapin Harris en el año 1840 (Botazzo, 2010).

Constituirse como profesión sin abandonar la pertenencia dentro de las ciencias médicas fue siempre una cuestión de interés de la odontología configurando una identidad propia que pudiera modificar su posición de subordinación con respecto a la medicina (Schapira 2000).

A fines del siglo XIX, con la creación de la universidad, los odontólogos lograron despegarse de su origen empírico y homologarse en prestigio y reconocimiento social con la medicina (Schapira, 2000).

Utilizando categorías aportadas por la sociología y la historia de las profesiones anglosajonas Marta Schapira (2000) interpreta el conflictivo pasaje de la odontología que, de ser una ocupación plebeya y artesanal, se consolida como profesión liberal logrando la

autonomía y el monopolio del ejercicio profesional, demarcando un campo de conocimiento e intervención exclusiva con la adopción de modelos científicos impulsados por el desarrollo de la bacteriología (teoría de la infección focal), compartiendo con los médicos una concepción sistémica del organismo.

3.1.2. La Odontología y la Salud Colectiva

Hacia fines del siglo pasado, para ciertos problemas del proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA) surge como necesidad explicativa la idea de incluir variables culturales/ideológicas.

La epidemiología sociocultural planteada en México por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez y la etnoepidemiología de Nahomar Almeida Filho aportan, con una disposición transdisciplinaria, a la construcción de nuevos paradigmas para el campo de la Salud Colectiva (Menéndez, 1990; Filho, 1992).

Desde la perspectiva socioantropológica, no es el estilo de vida individual la causal básica (ni lo que explica la mayor o menor eficacia del consejo profesional) para disminuir los riesgos de enfermar y/o morir en la población, sino la pertenencia a un sector o sub-sector social determinado.

La convergencia entre epidemiología y antropología reside en que ambas trabajan con conjuntos sociales, con multicausalidad explicativa y un enfoque procesual; asumen que las condiciones de vida tienen que ver con el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado; la prevención es fundamental para ambas y desarrollan proyectos con metodología similar (Menéndez, 2000).

La epidemiología sociocultural como pensamiento (no solo como herramienta) de los problemas de salud, parte de que todo grupo social, siempre crea estrategias de prevención de lo que cree amenazante (real o imaginario); a veces equivocadamente. Por ello es necesario descubrir los principios preventivos existentes en la comunidad. Reflexionar desde la especificidad del problema que se estudia, no desde la generalidad de lo cultural.

Esta visión requiere una forma de ver el mundo y la salud con un nuevo paradigma consistente en sustentar diferencias ontológicas, epistemológicas y axiológicas con el modelo convencional de hacer epidemiología. Esta última está construida en torno a la enfermedad pero no al padecimiento, a pesar de asumir discursivamente modelos multicausales como lo es el bio-psico-social (Menéndez 2000).

Según Mario Testa, la noción de causa es compleja y ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia. Estas transformaciones tienen un doble carácter, el que corresponde a la noción epistemológica y el que sufre el contenido de esa noción como consecuencia de las modificaciones de la vida social (1995).

La epidemiología sociocultural profundiza en el estudio en clave preventiva “estructural” (social) considerando a la biología y al ambiente físico en íntima relación con la cultura y las relaciones sociales y políticas. Su objeto de estudio está constituido por el proceso dinámico de la salud-enfermedad-atención-cuidado.

Dicho proceso está siempre mediado simbólicamente y mantiene connotaciones culturales y políticas (conflictos-intereses-valores) que pueden ser iguales o más importantes que las causas biológicas en la determinación de la enfermedad y la salud. Implica una observación holística e integral mediante el estudio del contexto y de los diferentes factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (incluye la respuesta individual y social de los signos y síntomas del malestar o la enfermedad), por lo que, necesariamente, confluyen la interdisciplinariedad y la conjunción de métodos cualitativos y cuantitativos (parte medular de la propuesta).

Todo esquema explicativo de los problemas sanitarios, debe ser comprendido como una historia sociocultural del enfermo o del colectivo humano de referencia, considerando las relaciones históricas y evolutivas entre naturaleza y cultura (Menéndez, 1998).

Así vemos como, desde el surgimiento del capitalismo, el campo social de la salud ha sido atravesado por diversos movimientos ideológicos: Policía Médica, Higiene, Salud Pública, Medicina Social, Flexnerismo, Medicina Preventiva, Salud Comunitaria, Integración Docencia-Asistencial (IDA) entre otros.

Actualmente se identifican otros movimientos: Atención Primaria de la Salud (APS), y Salud Colectiva como una propuesta alternativa a la expresión Nueva Salud Pública que se difundió luego de la Reunión Interregional realizada en Ginebra en 1995.

La salud colectiva plantea una perspectiva crítica sobre la salud pública tradicional y sobre los enfoques unicausales y reduccionistas de la enfermedad.

La mirada de la determinación social en salud bucal de la última década en algunos países latinoamericanos refiere a la importancia de lo local, del papel de los sujetos y la subjetividad en el proceso salud-enfermedad. A pesar de los esfuerzos dedicados para la transformación de la teoría y práctica en salud bucal, la mirada hegemónica impide mayores avances. Se caracteriza por una disputa continua entre enfoques de emancipación y acumulación.

El escaso impacto de la determinación social en salud bucal obedece a la historia de la profesión odontológica, y al predominio de políticas y servicios de atención de carácter técnico asistencial.

La determinación social en la salud bucal no es percibida por los profesionales de la odontología. Ello obedece a una larga tradición histórica en la profesión con una formación técnico instrumental que carece de sustento político y social en el desarrollo de políticas y

servicios de atención. Es necesaria la ruptura de patrones y la generación de procesos que den cuenta de la influencia de los determinantes en el PSEA.

“El enfoque técnico de la odontología no solo la reduce sino que la hace dependiente de la industria de materiales dentales y favorece la reproducción del carácter lucrativo e individualista del complejo odontológico industrial y de la práctica odontológica” (Ruiz Mendoza, 2015).

La salud colectiva, como corriente de pensamiento, también replantea cuestiones sobre la planificación y el desarrollo de prácticas de salud retomando la categoría “trabajo” para el análisis de la producción y de la distribución de las enfermedades (proceso de producción y reproducción social) y para el estudio de las practicas de salud (Paim, 2011) para lo que la caracterización de los modelos con que se efectivizan esas prácticas, en el caso de la odontología, adquieren relevancia.

3.2. Marco contextual

Las páginas web de los Ministerios de Salud de los países seleccionados (Argentina, Chile, Brasil, Colombia y México) informan de algunas características del estado de salud bucal de sus poblaciones y del desarrollo de programas. .A continuación, se sintetizan las características generales de los sistemas de salud y, de las páginas mencionadas, recogemos lo concerniente a salud bucal.

3.2.1. Chile

El sistema de salud de Chile está es mixto y está compuesto por dos sectores: un sector público y otro privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud y da servicios al 70% de la población, incluyendo a los pobres urbanos y rurales, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos. El sector privado cubre aproximadamente a 17.5% de la población que atiende a los grupos sociales de mayores ingresos. Solo un sector pequeño de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Un 10% de la población está cubierto por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Actualmente el sistema se reformó y creó el Régimen General de Garantías en Salud, que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas que se convirtió, en 2005, en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 80 problemas de salud entre ellos la consulta por afecciones relacionadas con la salud bucal que consiste en programas de salud oral integral

de la embarazada, salud oral integral para niños de 6 años, urgencia odontológica ambulatoria y el tratamiento integral de los mayores de 60 años (Montekio, 2011).

En Chile, según el departamento de Salud Bucal, la caries dental se desarrolla en un 16,8% de la población de niños de 2 años hasta casi el 100% en la población adulta. La Salud Bucal fue priorizada en los objetivos sanitarios de la década 2000–2010, proponiéndose 2 objetivos de impacto: Uno en relación a la disminución de la caries en menores de 20 años, el que fue logrado, y otro que no se cumplió, tendiente a aumentar la cobertura de la atención odontológica en los menores de 20 años.

Planificación Estratégica para el período 2011-2020: Objetivo estratégico: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.

Meta A: Aumentar en un 35% los niños de 6 años libres de caries (pasar de 29,6% a 40%).

Meta B: Disminuir el COP-D en un 15% (pasar de 2,2 a 1,9) (División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud de Chile, 2010).

En el Cuadro 1 de Evolución de los índices CPO-D en las Américas (Opas, 2005) que toma el período de 1990 a 2004 observamos que en Chile se nota un progreso del índice CPO-D que ha avanzado de la categoría de emergente definida por un CPO-D-12 mayor de 5 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y/o el agua, a la categoría de crecimiento que estipula un índice entre menor de 5 y mayor de 3.

Una de las principales medidas implementadas en el país desde 1997, para prevenir el daño por caries, es la fluoruración del agua potable, alcanzando en este momento una cobertura nacional cercana al 72% de la población chilena.

En la actualidad, ya se evidencia un mejor nivel de salud bucal en la población más joven, donde a los 12 años se disminuyó el daño por caries de 3,4 piezas afectadas a 1,9, cumpliendo así el objetivo sanitario fijado para la década 2000-2010 pasando a la categoría de consolidación definida por “un CPO-D-12 con valores menores de 3 y la existencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y/o el agua” (OPAS, 2005).

3.2.2. Brasil

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños.

El sector público está formado por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento procede de impuestos generales y contribuciones sociales ingresadas desde los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El SUS presta servicios de manera

descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados. El SUS es además responsable de la coordinación del sector público. El sector privado está constituido por un sistema de aseguramiento compuesto por: Salud Suplementaria costeadado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los Planes Autoadministrados (empresas) y los planes de seguros de salud individuales. Existen también consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo, que utiliza la población de mayores ingresos (Montekio, 2011).

En Brasil se incluyó el cuidado de la Salud Bucal en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) a través de medidas de carácter colectivo a partir del año 2000 con el fin de reorganizar el modelo de atención a la salud y ampliar el acceso a la salud bucal, garantizando la atención integrada a individuos y familias (OPS/OMS, 2006).

En 2002, menos del 32% de los brasileños eran atendidos por equipos del Programa de Salud de la Familia (PSF). En septiembre de 2013, la cobertura había superado el 56% de la población. En 2011, el PSF cambió de nombre y dejó de ser llamado programa para definirlo como una política permanente, considerada por el Ministerio de Salud como algo definitivo y esencial para las políticas públicas y pasó a ser llamado: Estrategia de Salud de la Familia.

En 2004, cuando se creó el programa Brasil Sonriente, un 20% de la población ya había perdido todos los dientes. En diez años, 80 millones de brasileños se beneficiaron con el remplazo de sus dientes por prótesis dentales. El programa reformuló completamente la Atención Básica en salud bucal y, en junio de 2014, contaba con 23.100 equipos de odontología trabajando en la Estrategia Salud de la Familia de 4.952 municipios, para 80 millones de personas.

Para la clasificación de la evolución de los índices CPOD en las Américas, Brasil avanzó de una categoría de emergente a la etapa de consolidación, o sea desde un índice CPO-D 12 de >5 a un índice CPO-D 12 de <3 y utiliza la fluoruración de la sal (Opas, 2005) como política pública.

3.2.3. Colombia

Colombia ha consolidado la protección social a través del Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del cual están los Sistemas de Pensiones, de Riesgos Profesionales y de Seguridad Social en Salud, con los que se proporcionan servicios de asistencia social a la población. El Sistema de Seguridad Social en Salud fue creado por la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 1122 de 2007, que distanció las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros de la de prestación misma de servicios; cuenta

con dos sistemas, el contributivo de afiliación obligatoria para empleados o personas que tienen capacidad de pago, y el subsidiado, para la población pobre (priorizada a través de una encuesta de focalización) para garantizarles servicios con recursos principalmente provenientes del estado. La Sentencia T-760, de la Corte Constitucional, estableció la igualdad en los planes de beneficios para los dos regímenes y tiene su intermediación a través del Acuerdo 03 de 2009, de la Comisión de Regulación en Salud (OMS-OPS, 2009).

En Colombia el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal, procura caracterizar las condiciones de salud-enfermedad de la población colombiana.

Del informe mencionado surge que el 91,58% de las personas entre 12 y 79 años han sufrido de caries dental y el 33,27% de los niños de 1, 3 y 5 años han presentado antecedentes de esta enfermedad. Se ha mejorado en la atención de esta situación pero el 55,8% de las personas de 12 a 79 años presentan caries sin tratar mientras que el 33,84% de los niños de 1 a 5 años se encuentra en la misma situación.

Teniendo en consideración la heterogeneidad de las diferentes regiones del país, observamos que la Oriental presenta la mayor experiencia de caries para las personas con todos los tipos de dentición (temporal con el 45.28%, en la mixta con 65.75% y en la permanente con 93.82%), teniendo como contraste la región Pacífica que presenta las menores proporciones de población con experiencia en las tres denticiones (para la temporal 33.90%; en la mixta 54.86% y en la permanente 90.14%), entendiendo por temporal a la dentición de 6 meses a cinco años, por mixta a la de 6 a 12 años y permanente a la dentición que se presenta entre los 12 años y más.

Colombia inició la actividad preventiva en base a la utilización de flúor en 1948 y el resultado de esa medida fue la reducción de la caries en un 28% (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014). La política pública implementada colabora para que en la clasificación de la evolución de los índices CPO-D en las Américas, Colombia avanzó de una categoría de crecimiento a la etapa de consolidación, o sea desde un índice CPO-D 12 de 3-5 a un índice CPO-D 12 de <3 y utiliza la fluoruración de la sal (Opas, 2005).

3.2.4. México

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público alcanza a las siguientes instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, etc., que prestan servicios a los trabajadores formales, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, que incluyen el Seguro Popular de Salud, la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud y el Programa--

Oportunidades. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de las contribuciones gubernamentales, las del empleador (que en este caso es el mismo gobierno) y las de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones con personal propio. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, y una pequeña contribución de los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población que cubre la SSa y los SESA se atienden en los servicios de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y obtiene servicios de salud para sus afiliados en la SSa y los SESA (y también en proveedores privados) y finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez Dantés, 2011).

En México, la Secretaría de Salud que depende del Ministerio, ha desarrollado el Programa de Salud Bucal y ha implementado estrategias para la promoción, prevención y protección de la salud bucal que impacten en la población más desprotegida y vulnerable del país.

La prevalencia de caries dental es de 96.4%, el porcentaje más bajo se encuentra en la población de 20 a 24 años con un 91 %, y el más elevado en los que van de 45 a 64 años.

De acuerdo a las cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) se puede concluir que la caries sigue siendo un problema de salud pública. Los pacientes de 2 a 10 años tienen un promedio de caries en dentición primaria de cuatro dientes afectados, los pacientes de 6 a 19 años cinco dientes permanentes y los adultos mayores de 20 años, 13 dientes afectados en promedio. Esto trae como consecuencia que los adultos mayores conserven en el 93% de los casos, cuando mucho 20 dientes, lo mínimo indispensable que marca la OMS para no perder la capacidad funcional de la cavidad oral (Ministerio de Salud de México, 2014).

Para la clasificación de la evolución de los índices CPO-D en las Américas, México avanzó de una categoría de crecimiento a la etapa de consolidación, o sea desde un índice CPO-D 12 de 3-5 a un índice CPO-D 12 de <3 y utiliza la fluoruración de la sal (Opas, 2005).

3.2.5. Argentina

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una complicada evolución y, al igual que muchos países de la región, la cobertura estuvo a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social, además del privado.

La falta de combinación entre los subsectores, público, seguridad social y privado, es una de las particularidades del sistema.

El sector salud de Argentina se caracteriza por ser muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios. El sector público está dividido en la esfera nacional, la provincial y la municipal; niveles entre los cuales hace falta mucha coordinación. La estructura federal del país, hace que los gobiernos provinciales cuenten con total autonomía para establecer sus políticas de salud. Las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales y los lineamientos del nivel nacional tienen solamente valor indicativo.

De allí la importancia de la negociación de acuerdos entre la Nación y las provincias que se acuerdan en el Consejo Federal de Salud (COFESA).

El lugar de residencia de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo favorece o perjudica frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. La variedad de políticas provinciales determina la ausencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes del país.

A ello se suma la diversidad de organización hacia el interior de la provisión pública en cada provincia y las dificultades para componer sistemas coordinados (OPS-OMS/ PNUD/ CEPAL, 2011).

En Argentina, el programa de salud bucal que fuera implementado en diciembre de 2014 fue cancelado a mediados de 2016. “Argentina Sonríe”, el plan nacional de salud bucal gratuito, consistía en llevar atención en salud bucodental a los lugares más recónditos de la geografía argentina asegurando el acceso universal al derecho a la salud de cada ciudadano con 30 unidades móviles con capacidad para la realización de prácticas de operatoria dental, tratamientos de conducto, extracciones dentales y colocación de prótesis.

En la actualidad no hay programas ni campañas nacionales. Al ser un país federal, cada provincia o municipio se encarga de atender las patologías bucales de su población a cargo.

En los servicios de las unidades sanitarias, se realiza la odontología convencional y cada secretaria de salud articula acciones con el sistema escolar con el que se efectúan actividades de prevención y promoción.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se realiza el programa “Buenos Aires Sonríe” que, mediante actividades y acciones, contribuyen a la disminución de la prevalencia de las enfermedades bucales. El Programa depende del Departamento Odontológico, y de la Dirección General de Redes y Programas del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El sector privado nucleado en federaciones realiza actividades de promoción y prevención, como la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA) y la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA).

La CORA desarrolla desde hace diez años el programa Sonríe Argentina, de educación, promoción de la salud bucal y prevención. El programa está destinado a los niños de 5 a 14 años en 20 provincias. El proyecto es implementado por el Departamento de Educación para la Salud y se realiza a través de 600 odontólogos que trabajan en forma voluntaria.

También la FOPBA tiene su Departamento de Educación para la Salud con un numeroso equipo que recorre la provincia de Buenos Aires con programas para las escuelas rurales y articulan con los odontólogos federados en los Círculos Odontológicos de los distintos municipios para realizar campañas de promoción y prevención.

Al día de la búsqueda (septiembre 2016), en la página del Ministerio de Salud de Argentina no figuran datos estadísticos de salud bucal.

Durante 14 años, en la evolución de los índices CPOD-12 en las Américas antes de 1990 a 2004 Argentina no ha mostrado variación y pertenece a la categoría de “emergente” definida por un CPO-D-12 con valores entre 3 y 5 y la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y/o el agua (OPAS, 2005) con alguna excepción como es el caso de la provincia de Santa Fé que incluyó flúor en el abastecimiento de agua potable desde 1969 en la ciudad de Santa Fé y a partir del año 1994 agregó las localidades de Rosario, Villa Gobernador Gálvez, Granadero Baigorria y Reconquista; pero esta estrategia sufrió varias interrupciones y finalmente se suspendió en el año 2007.

3.3. Marco conceptual de referencia

La caries es una enfermedad dental prevenible y controlable pero, aun en países económicamente desarrollados la enfermedad es padecida, en mayor medida, por las personas con menos recursos económicos, menos educación, por minorías raciales y étnicas que forman la franja de población más desposeída (National Institutes of Health, 2001).

En la década de 1970 surgió el modelo del campo de la salud canadiense que consideraba cuatro ejes: ambiente, biología humana, estilos de vida y sistema de organización de servicios reforzando el concepto de los determinantes sociales de la salud dando origen a la promoción de la salud en el marco de la Carta de Ottawa (1986) configurando el modelo de promoción de la salud.

Después de la Declaración de Alma Ata (1978) con las estrategias de atención primaria de la salud aparecieron las tecnologías simplificadas y de bajo costo dando origen al

denominado modelo de atención primaria en contraposición al modelo hospitalocéntrico propiciando la reformulación de las políticas públicas y de los sistemas de servicios de salud Para la década de 1980, las formas de organización de servicios de salud se expresan en los modelos asistenciales articulando unidades con distintas complejidades tecnológicas agrupadas en diferentes espacios y poblaciones.

Los modelos de atención reflejan las combinaciones tecnológicas estructuradas que resuelven y atienden las necesidades sociales de salud históricamente definidas, tanto individual como colectiva, que componen el perfil epidemiológico de una población. Se define la dimensión técnica del trabajo como prácticas de salud que permiten la articulación con el trabajo propiamente dicho. Paim (2008, 2011) entiende el término modelo como una representación de la realidad en salud y propone una sistematización de modelos de acuerdo a las lógicas de prestación de la atención: demandas o necesidades; también plantea modelos alternativos (Cuadro 2).

Cuadro 2– Prestación de Atención: modelos hegemónicos y propuestas alternativas.

Prestación de Atención	Modelos hegemónicos	Propuestas Alternativas
Demanda	Modelo médico hegemónico: Modelo médico-asistencial privatista Modelo de atención gerenciada	Oferta organizada Acogimiento
Necesidades	Modelo sanitarista: Campañas sanitarias Programas especiales Vigilancia sanitaria Vigilancia epidemiológica Programa de salud familiar y de agentes comunitarios	Acciones programáticas en salud Vigilancia de la salud Estrategias de salud de la familia Promoción de la salud (políticas públicas saludables y ciudades saludables)

Fuente: Traducción propia Paim, 2008, en Giovanella L, (org.), (15) 568

Según Paim (2011), la atención se realiza a través de modelos hegemónicos considerando modelo médico hegemónico al que atiende la demanda espontánea o inducida por la oferta y al modelo sanitarista, también hegemónico, inclinado a atender las necesidades.

Ambos presentan dificultades. El MMH con la efectividad y la equidad al estar centrado en la enfermedad, y el sanitarista para atender la promoción y prevención de la salud.

Para resolver la insatisfacción en relación a los modelos dominantes y a la crisis de legitimación de las prácticas de salud presenta como modelos alternativos, la oferta

organizada centrada en la demanda y acciones programadas para atender la prestación de atención basada en las necesidades.

Los modelos de atención hegemónicos ejercen una influencia política y cultural relacionando a los profesionales de la salud, la población y los formadores de opinión creando esa hegemonía

Paim incluye en esta clasificación al modelo médico-asistencial privatista y al modelo de atención gerenciada

El modelo medico-asistencial privatista, centrado en la clínica, atiende la demanda espontánea con procedimientos y servicios especializados. Su objeto es la enfermedad en los individuos que sienten sus dolencias y requieren atención (excluye los que no las sienten y por lo tanto no demandan); su agente es el médico, preferentemente especialista; su medio de trabajo es la tecnología médica: y sus formas de organización son las redes de servicios y hospitales (redes de servicios hospitalcéntricas). Se fundamenta en los principios de la medicina flexneriana cuyas características serán desarrolladas en el marco teórico histórico. No es exclusivo del sector privado reproduciéndose también en el sector público y no se compromete con el impacto que tiene sobre la salud de la población.

Analiza y define al modelo de atención gerenciada como asistencia suplementaria expresada en un conjunto de modalidades asistenciales o modelos prepagos para que empresas y/o usuarios se aseguren una asistencia médica y también odontológica.

El modelo organizacional gerencial o de atención gerenciada de servicios de salud refiere a la medicina liberal/empresarial a nivel público (hospitales, centros de salud y laboratorios) y como medicina de grupo (cooperativas medicas, asociaciones, aseguradoras de salud) fundamentada en la salud como bien de mercado (relación costo-beneficio) y en la medicina basada en la evidencia.

El interés de los seguros de salud es económico (relación costo-beneficio) considerando la salud como un bien de mercado y no como un derecho humano. Su objeto es el individuo asegurado que siente sus dolencias y requiere atención. Se fundamenta en la medicina basada en evidencias y sus modos de producción lo conforman un conjunto de financiadores, proveedores, administradores consumidores regidos por protocolos asistenciales que encorsetan tanto a médicos como pacientes.

Estas modalidades crecieron en una conexión directa con las políticas neoliberales de la década que comienza en 1990 conformando un gran mercado de la mano de las aseguradoras del sector de la salud (2011).

El modelo sanitarista es una combinación de tecnologías que se fundamenta en disciplinas biológicas, estadísticas y epidemiológicas que producen información para la toma

de decisiones que conduzcan a controlar o erradicar enfermedades. Incluye las campañas sanitarias, los programas específicos y las vigilancias: sanitaria y epidemiológica.

Se concentra en determinados grupos poblacionales. Su administración es vertical. El objeto de trabajo son poblaciones en situación de daño/riesgo sin reconocer la importancia de atacar los determinantes sociales, políticos y ambientales subyacentes a los problemas de salud; tiene en cuenta a pobres y excluidos en base a políticas focalizadas. Su agente es el equipo de salud con conocimientos de la medicina científica (médicos, enfermeros, odontólogos, asistentes sociales, psicólogos, auxiliares y agentes comunitarios, etc.).

La administración (nacional, provincial y/o municipal) es centralizada y vertical con coordinadores en los diferentes niveles. Sus medios de trabajo son las tecnologías blandas para producir acciones territoriales (actividades educativas, de prevención y acciones básicas de atención de la salud) que eliminen, disminuyan y/o prevengan enfermedades. Sus formas de organización son las áreas programáticas de las redes de servicios y hospitales. Es fragmentada por lo que, en algunos casos, se origina la superposición de acciones. La burocratización de las actividades amplía la ineficiencia y provoca dificultades para su gestión.

La propuesta de modelos alternativos procura resolver la insatisfacción en relación a los modelos dominantes con una oferta organizada centrada en la demanda, con una atención personalizada y humanizada y acciones programadas para atender la prestación de atención basada en las necesidades (acciones programáticas en salud y promoción en salud con políticas públicas de salud y ciudades saludables) (Paim, 2008).

El modelo dominante de atención nos remite a la caracterización de Eduardo Menéndez para la construcción histórico social de lo que denominó “modelo médico hegemónico” (MMH). Explica a través de esta caracterización el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica.

La medicina científica a partir del siglo XVIII identifica una única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el estado, desconociendo los saberes de los conjuntos sociales.

Describe como componentes principales: la falta de historicidad en la práctica, su neto corte biologicista, asocial, individualista, mecanicista y sus rasgos estructurales de mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del paciente, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo.

Detalla algunos de sus componentes principales como el biologicismo, que es su rasgo constitutivo estructural dominante, a punto tal que orienta las prácticas subordinándolas metodológica e ideológicamente garantizando la cientificidad del modelo.

La enfermedad es un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. De esta manera se manifiesta la ahistoricidad del MMH. Es decir que la enfermedad no posee historia.

El biologicismo y la ahistoricidad generan otro rasgo importante, la asociabilidad. La práctica médica puede discutir sobre el componente social en la enfermedad pero no lo incorpora al aprendizaje y práctica profesional.

La automedicación entre la población es negada o ignorada por parte de los médicos.

La eficacia pragmática es la tendencia a la práctica curativa basada en la eliminación de los síntomas sin atender otras cuestiones relacionadas con la misma enfermedad.

Los rasgos de asimetría y participación subordinada de los pacientes está relacionada con la atención y la relación médico- paciente.

El autoritarismo se refleja en la imposición de la práctica, los médicos desestiman los saberes del paciente.

Los profesionales están legitimados jurídicamente, su profesionalización formalizada, y su identificación con la racionalidad científica le da supremacía como grupo social y le permite directrices inductivas al consumo (Menéndez 1978, 1988, 1990, 1992).

En este trabajo podemos comparar algunas particularidades que han sido detalladas en los párrafos anteriores y aplicarlas a la práctica de la odontología.

Los tratamientos u obturaciones de un diente careado o su extracción/exodoncia y eventual reposición son las prácticas más significativas de esta disciplina. Este rasgo no solo es una identificación sino que es la parte constitutiva de la formación del profesional odontólogo. De esta característica deviene lo asocial pues no remite a la red de relaciones sociales que determinan la enfermedad de caries y sus posibles causas. Los determinantes ambientales, sociales, psicológicos y culturales pasan inadvertidos, por lo tanto, el objeto de trabajo no es la salud bucal en términos individuales o colectivos, sino que se encuentra focalizado en mayor medida en la cura o reposición de las 32 piezas dentarias.

La práctica epidemiológica es prácticamente inexistente para el odontólogo, aun reconociendo que también la epidemiología suele estar subordinada al biologicismo.

Los programas preventivos desarrollados en Argentina son descriptos en el programa de educación continua odontológica no convencional (PRECONC) que se desarrolla a partir de 1985:

"Su creación y ejecución fue la respuesta que la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología]... [encontró para satisfacer la capacitación de recursos humanos destinados a resolver la problemática de la salud bucal" (Bordoni 1999).

4. METODOLOGÍA

4.1. *Diseño*

La investigación es una revisión bibliográfica en la que las unidades de análisis son artículos científicos que refieren a la orientación de las prácticas de atención de la salud bucal en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México durante el periodo 1985-2015 hallados en los servicios de resúmenes de PubMed, Scopus y en la Biblioteca electrónica a texto completo SciELO que, luego de la selección, constituyen el corpus documental central del trabajo.

Se identifican los artículos que tratan sobre las distintas particularidades de atención del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de la salud bucal, describiendo los principales modelos de atención que subyacen en los mismos y su posible repercusión en las prácticas de promoción, prevención y asistencia tanto a nivel individual como poblacional/colectivo.

4.1.1. Pregunta de Investigación, recorte temporal y geográfico

A fin de poder responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características fundamentales y marcos conceptuales de referencia de los modelos de atención de la salud bucal, expresados en artículos científicos sobre Argentina, Chile, Brasil, Colombia y México; publicados durante el período 1985-2015?, se realizó un recorte temporal amplio para incluir el período de referencia que la Organización Panamericana de la Salud utiliza y poder comparar datos entre 1990 y 2005 de diferentes países indicando la evolución de la enfermedad de caries dental en niños de 12 años (Cuadro 1).

Para el recorte geográfico, la selección de países se corresponde a la evolución de los índices, que reflejan que algunos han mostrado cambios significativos en la resolución de los problemas de salud bucal como Brasil, Chile, Colombia y México mientras que Argentina ha mantenido estable su índice de enfermedad de caries a lo largo del período mencionado.

4.1.2. Tipos de documentos y soportes

Para abordar el objeto de estudio de investigación y la construcción de la base de datos se recurrió a fuentes secundarias y de primera mano, mediante una búsqueda electrónica, distinguiendo que es parte de lo que ha sido publicado. Se seleccionan exclusivamente artículos científicos publicados en los servicios de resúmenes de PubMed y Scopus y en la biblioteca electrónica a texto completo SciELO que responden a los descriptores escogidos a fin de obtener un universo representativo. El tipo de documento

elegido, cada artículo científico, constituye una unidad de análisis sobre la que se construyen las variables descriptivas (autor, título, año de publicación y país) y los modelos de atención (hegemónicos o alternativos) como variables analíticas principales y sus sub-variables. Se elaboró una tabla ingresando los datos estandarizados basada en los criterios de búsqueda. Se construyó una matriz que permitió analizar el contenido temático de los artículos

4.1.3. Descriptores

Los términos elegidos del vocabulario estructurado de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) son: “*community dentistry*”; “*preventive dentistry*”; “*dental care*”.

Para optar por estos términos han sido consultados los DeCS, (que presentan las mismas características que su similar norteamericano MeSH), que es el diccionario de términos normalizados (tesauro) que trata temas de la literatura médica y refleja la terminología utilizada en las distintas ramas de la medicina y ciencias afines. Incluye aspectos de la región latinoamericana tales como la salud pública (categoría SP) enfocada a partir de nuestra realidad. Es un vocabulario trilingüe (español-portugués-inglés) basado en el MeSH y complementado con términos de uso corriente en los países pertenecientes a nuestra área geográfica, motivo por el que este trabajo se realiza con palabras clave que figuran en su listado. Como se inspira en el MeSH, este factor resulta determinante en la compatibilidad de ambos.

En la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) se seleccionaron los descriptores “*community dentistry*” y “*preventive dentistry*” por considerar que son los que coinciden con el propósito de este trabajo y como vocablo combinado escogemos la expresión de búsqueda “*dental care*”.

4.1.4. Campos de búsqueda

En PubMed se utilizó como operador lógico AND combinando los descriptores “*community dentistry*” AND “*dental care*” y “*preventive dentistry*” AND “*dental care*” con cada país (Argentina, Chile, Brasil, Colombia, México) AND el período de años (1985-2015) AND la especie (*humans*) como filtros.

En Scopus se utilizó la misma combinación de descriptores: “*community dentistry*” AND “*dental care*” y “*preventive dentistry*” AND “*dental care*” con el operador lógico AND para Argentina, Chile, Brasil, Colombia y México.

En SciELO se utilizaron los mismos descriptores combinados y como filtro los países y los años que coincidían con nuestro recorte geográfico/temporal.

4.1.5. Estrategias adicionales

Se analizaron artículos similares en los enlaces que muestran citas relacionadas en las páginas consultadas.

4.1.6. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron para este estudio de revisión solamente artículos científicos que refieren a la pregunta de investigación y que describen experiencias relacionadas con la gestión y la atención de la salud bucal.

Se excluyeron las publicaciones de artículos científicos referidos a investigaciones de laboratorio y artículos que detallan estudios evaluativos/descriptivos, experimentales o biotécnicos.

4.1.7. Criterios de Clasificación, Sistematización y Variables

En primer término, y apuntando a la caracterización del corpus en función de nuestro primer objetivo, se definieron las siguientes variables: título, año de publicación, país de referencia, y país de publicación.

Siguiendo nuestro segundo objetivo específico, elaboramos las variables analíticas enfocadas en las diferentes lógicas de prestación de la atención odontológica: modelos hegemónicos y alternativos.

Modelos hegemónicos y alternativos enfocados en la satisfacción de la demanda o en las necesidades tanto individuales como comunitarias y poblacionales, constituyen las sub-variables o dimensiones en las que se desagregan las variables principales adaptadas de la clasificación de los modelos de atención de la salud de Jairnilson Silva Paim (2008) y aplicándolas a las prácticas de la odontología (Cuadro 3).

Cuadro 3– Construcción de la clasificación de modelos odontológicos en base a la clasificación modelos médicos.

Prestación de Atención	Modelos hegemónicos	Propuestas alternativas
Demanda	Modelo odontológico-asistencial privatista Modelo de atención gerenciada	Oferta organizada de servicios para satisfacción de las demandas
Necesidades	Campañas sanitarias Programas específicos Vigilancia epidemiológica	Oferta organizada de servicios enfocada en las necesidades de salud de la población (equipos interdisciplinarios e intersectoriales, trabajo comunitario)

Fuente: Elaboración propia basada en Paim, 2008, en Giovanella L, (org.), (15) 568

La construcción de las categorías del cuadro 3 nos permite elaborar las variables analíticas que establecen la concordancia entre las categorías principales y las sub-categorías, relacionando sus contenidos, para obtener un diseño sobre la forma en que se organizarán los resultados teniendo en cuenta la pregunta/problema y los objetivos.

A continuación se definirán los conceptos que contienen elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí en una descripción de las variables en base a la tipificación de modelos de atención que serán aplicados a cada unidad de análisis y que fueron expuestos en el marco de referencia (Cuadro 4).

Cuadro 4- Descripción de las variables en base a la tipificación de modelos de atención.

Tipo de modelo	Objeto	Agente	Medios de trabajo	Fundamentos	Formas de organización
Modelo Asistencial Privatista basada en la demanda	La enfermedad	Odontólogo	Primacía de tecnologías duras/duras blandas	Odontología científica	Redes de servicios Hospitales
Modelo de Atención Gerenciada basada en la demanda	Individuo asegurado	Odontólogo	Primacía de tecnologías duras/duras blandas	Medicina basada en evidencias	Financiadores, proveedores, administradores consumidores
Campañas Sanitarias, Programas específicos Vigilancia epidemiológica basada en necesidades	Grupos poblacionales	Equipo de Salud	Combinación de tecnologías	Disciplinas biológicas, estadísticas y epidemiológicas Enfoque de riesgo	Áreas programáticas de las redes de servicios y hospitales.
Oferta organizada de servicios basada en la demanda	Atención personalizada y humanizada	Equipos de salud	Combinación de tecnologías	Disciplinas biológicas, estadísticas y epidemiológicas	Acciones programadas
Oferta organizada de servicios basada en las necesidades	Atención personalizada y humanizada	Equipos Interdisciplinarios e intersectoriales, trabajo comunitario	Combinación de tecnologías	Ciencias Sociales y Humanas.	Acciones programáticas en salud Promoción de la Salud Políticas públicas de salud Intersectorialidad

Fuente: elaboración propia

4.2. Conformación del cuerpo documental

En la búsqueda se identificaron 685 artículos científicos que se resumen en la Figura 1.. Del entrecruzamiento de los resultados que arrojaron las diferentes bases consultadas se eliminaron artículos duplicados y otros que no pertenecían a temas odontológicos en forma directa sino asociados a otras disciplinas. Luego se apartaron artículos que hacían referencia a estudios de investigaciones técnico-biológicas, descriptivas o de evaluación de comportamientos que no resultaban pertinentes para la realización del presente trabajo y finalmente nos enfocamos en 63 artículos que constituyen el corpus documental sobre el cual profundizamos nuestro análisis. Nótese que los artículos de investigaciones biológicas y técnicas tienen gran peso en el número total y pueden sugerir un sesgo biologicista en las publicaciones aun habiendo elegido descriptores relacionados con la comunidad, la prevención y la salud bucal.

Figura 1- Resumen descriptivo con los resultados de las búsquedas.

Fuente: Elaboración propia con base en Martinovich (2015)

Nota: Las citas identificadas en las bases de datos se encuentran a disposición de los jurados.

4.2.1. Técnica de análisis

Identificado el tema y teniendo en cuenta la definición y la pregunta del problema de investigación, se inició la estrategia de búsqueda definiendo los descriptores y las bases de datos a consultar. Se establecieron los criterios de inclusión que, para este trabajo, son los artículos indizados que refieren a la atención/gestión de la salud bucal, excluyendo los artículos que se refieren a investigaciones biológico/técnicas, estudios observacionales y estudios de evaluación del comportamiento o de elementos que se utilizan para las prácticas preventivas como es el caso de los dentífricos o cepillos dentales.

Con los artículos preseleccionados organizados por país (elegidos en el recorte geográfico) se elaboró una matriz de síntesis. Luego de categorizarlos se analizaron interpretando los resultados para su discusión con la técnica de revisión integrativa basada en el análisis del contenido temático de los artículos científicos que conforman el corpus. Para ello, y siguiendo las categorías de análisis anteriormente presentadas (cuadro 3), se identificaron en los textos unidades de registro (frases, párrafos) que justifican la caracterización de los diferentes modelos de atención de la salud bucal, sus fundamentos teóricos y principales características, a fin de ir delineando los núcleos de sentido relacionados con tales modelos (Botelho, 2011). El análisis que se presenta vincula fragmentos de los textos recuperados con diferentes aspectos del marco teórico propuesto... Y por ello... ese ejercicio clasificatorio evidencia en alguna medida “las características fundamentales y los marcos conceptuales de referencia de los modelos de salud bucal”.

A continuación presentamos la tabla de búsquedas aplicando los descriptores, organizando el universo de selección con los artículos hallados en las bases de datos elegidas (Tabla 1).

a partir de la conformación del corpus no queda claro cuáles fueron las unidades de registro a partir de las cuales se desarrolló el análisis: ¿Se trata de los posicionamientos conceptuales? ¿Los hallazgos? ¿Las conclusiones? ¿Aspectos introductorios? Los componentes de un artículo pueden contener textos con muy diferentes estructuras y propósitos. No es lo mismo desarrollar un análisis de sobre los hallazgos que sobre el estado de la cuestión de un texto. ¿Cuáles serían los núcleos temáticos que conforman las unidades de análisis del corpus documental

Tabla 1- Búsquedas en PubMed- Scopus-SciELO.

Base de Datos	Descriptores	Términos Libres	Campos de búsqueda	Cantidad de artículos
PubMed	community dentistry dental care	Argentina	1° criterio: title/abstract Meshterm: "community dentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "Argentina" Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	10
	community dentistry dental care	Chile	1° criterio: title/abstract Meshterm: "community dentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "Chile" Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	11
	community dentistry dental care	Brazil	1° criterio: title/abstract Meshterm: "community dentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "Brazil" Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	79
	Community dentistry dental care	Colombia	1° criterio: title/abstract Meshterm: "community dentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "Colombia" Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	2

Tabla 1. Continuación

Community dentistry dental care	México	1° criterio: title/abstract "community dentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "México" Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	20
Subtotal PubMed			122
Preventive dentistry dental care	Argentina	1° criterio: title/abstract "preventivedentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "Argentina" Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	19
preventive dentistry dental care	Chile	1° criterio: title/abstract "preventivedentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "Chile" Operador lógico: and AllFields-Date Publication: 1985/2015;Species: humans	27
preventive dentistry dental care	Brazil	1° criterio: title/abstract "preventivedentistry" Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract "dental care" Término: "Brazil" Operador lógico: and AllFields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	328

Tabla 1. Continuación

	preventive dentistry dental care	Colombia	1° criterio: title/abstract “preventivedentistry” Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract “dental care” Término: “Colombia” Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	12
	preventive dentistry dental care	México	1° criterio: title/abstract “preventivedentistry” Operador lógico: and 2°criterio: title/abstract “dental care” Término: “México” Operador lógico: and All Fields-Date Publication: 1985/2015 Species: humans	40
	Subtotal PubMed			426
SciELO	Total			548
	community dentistry dental care		1° criterio abstract: Descriptor: “community dentistry” Operador lógico and 2° criterio abstract: Termino “dental care” Filtros Seleccionados: Brasil; Chile; Colombia; México	34
	preventive dentistry dental care		1° criterio abstract: Descriptor: “preventivedentistry” Operador lógico and 2° criterio abstract: Termino “dental care” Filtros Seleccionados: Brasil; Colombia	38
	SubtotalSciELO			72
	Subtotal PubMed SciELO			620

Tabla 1. Continuación

Scopus	Community dentistry dental care	Argentina	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "community dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Argentina	0
	Community dentistry dental care	Chile	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "community dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Chile	2
	Community dentistry dental care	Brazil	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "community dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Brazil	9
	Community dentistry dental care	Colombia	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "community dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Colombia	1
	Community dentistry dental care	México	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "community dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND México	12

Tabla 1. Continuación

Preventive dentistry dental care	Argentina	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "preventive dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Argentina	4
Preventive dentistry dental care	Brazil	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "preventive dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Brazil	28
Preventive dentistry dental care	Chile	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "preventive dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Chile	4
Preventive dentistry dental care	Colombia	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "preventive dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND Colombia	4
Preventive dentistry dental care	México	1° criterio title-abs-key: Descriptor: "preventive dentistry" Operadorlógico AND 2° criterio title-abs-key: Termino "dental care" AND México	7
Subtotal Scopus			71
TotalPubMed- SciELO-Scopus			691

Fuente: Elaboración propia

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. *Caracterización del corpus documental en función de su identificación y ubicación*

En principio se consideran los aspectos descriptivos de relevancia en los artículos del corpus documental que son: su autoría, el año de publicación, el país de origen y el país en el cual han sido publicados para establecer similitudes y diferencias en cuanto al grado de importancia que los diferentes países le otorgan al tema.

Luego se abordarán las categorías analíticas desde nuestro marco referencial para concluir con una caracterización de los modelos odontológicos que constituye la propuesta de este trabajo

5.1.1. País al que corresponden los artículos/país de publicación

La distribución por país de los artículos del corpus documental ha resultado marcadamente desigual. La mayoría pertenecen a Brasil (76,2%) y en el resto de los países se distribuye el porcentaje restante (23,80%). De la totalidad de artículos seleccionados, solamente se realizaron en colaboración con otros países, una publicación de Chile en Community Dent Health del Centro de Investigación Cooperativa de Salud Bucal, Universidad de Melbourne, Victoria, Australia que hace referencia a una comunidad chilena y tres publicaciones Mexicanas con autores de Estados Unidos. Los restantes fueron escritos y publicados en su país de origen desarrollando trabajos inherentes a sus comunidades (Cuadro 5)

Cuadro 5- Resultados de cantidad de artículos por país/país de publicación

País	Cantidad de artículos	Publicados en
Argentina	2	Argentina
Chile	4	3 en Chile y 1 con Australia
Colombia	2	Colombia
México	7	4 en México y 3 con Estados Unidos
Brasil	48	Brasil

Fuente: Elaboración propia

5.1.2. Año de publicación

Las publicaciones sobre la temática elegida (modelos de gestión/modelos de atención de la salud bucal) son escasas. Entre 1985 y el 2000 se hallaron solo 3 artículos; luego el

número de publicaciones se va incrementando, sobre todo en Brasil. Este dato merece una reflexión aparte porque en Brasil se incluyó el cuidado de la salud bucal en la estrategia de salud familiar (ESF) a través de medidas de carácter colectivo a partir del año 2000 con el fin de reorganizar el modelo de atención a la salud y ampliar el acceso a la salud bucal, garantizando la atención integrada a individuos y familias (OPS/OMS, 2006) y este podría ser el fundamento que explica la cantidad y particularidad de los artículos encontrados.

Desde el año 2000 al 2005 se obtuvieron 9 publicaciones; desde el 2006 al 2010 fueron 21 y recientemente desde 2011 a 2015 se publicaron mas artículos del tema estudiado debido a que se hallaron 28 artículos concordando con que las publicaciones abordan con mayor énfasis la temática de los modelos alternativos (Cuadros 6, 7, 8, 9, y 10).

5.1.3. Inserción institucional de los autores

En éste punto, haremos referencia a los conceptos vertidos en la introducción del presente trabajo (1.1 *propósito*) donde Carlos Botazzo señala, entre otras consideraciones, que además del conocimiento biológico, la profesión odontológica debe reconocer el comportamiento social de la enfermedad bucal y agrega “He aquí la caries, una enfermedad de difícil conceptualización, en torno de la cual, sin embargo, se desarrolló una profesión entera” (2010, p. 201).

En otro párrafo de sus reflexiones dice de la odontología que “se hace totalidad pero como reflejo de sí misma” (2010, p. 202). Y afirma que como consecuencia de ello al discurso odontológico se le hace imposible dialogar con otros objetos que no sean exclusivamente el suyo “pues es prisionera de su propia disciplina” (2010, p. 203).

También, en el desarrollo del marco histórico (3.1.1) Marta Shapira (2000) describe la consolidación de la odontología como profesión liberal logrando la autonomía y el monopolio del ejercicio profesional, demarcando un campo de conocimiento e intervención exclusiva con la adopción de modelos científicos impulsados por el desarrollo de la bacteriología (teoría de la infección focal).

Por ello, resulta interesante abordar la autoría de las publicaciones para constatar que los investigadores proceden de universidades, fundaciones, organismos de gobierno, centros y escuelas fundamentalmente odontológicas. Así mismo observamos que la producción de los artículos seleccionados de la temática elegida se realiza principalmente en universidades estatales.

Los autores de los artículos de Argentina pertenecen a la Facultad de Odontología, Cátedra de Odontología Legal, Economía y Ética Profesional y Cátedra de Odontología Preventiva y Social III de la Universidad Nacional de Córdoba y fueron publicados en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Cuadro 6).

Cuadro 6- Características de los artículos de Argentina.

Título	Año	Universidad/Centros
Structure of dental services in a social security system	1994	Universidad Nacional de Córdoba de Córdoba
Communitary dentistry: a strategy to promote dental health.	2006	Universidad Nacional de Córdoba

Fuente: elaboración propia

Entre los artículos chilenos, se destaca un trabajo realizado por el Centro de Investigación Cooperativa de Salud Bucal, Universidad de Melbourne, Melbourne, Victoria, Australia con la Universidad de Chile describiendo programas aplicados a una población de escolares chilenos y publicados en Community Dent Health (Cuadro 7).

Cuadro 7- Características de los artículos de Chile.

Título	Año	Universidad/Centros
A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age	2001	Universidad de Valparaíso
Caries prevalence in a rural Chilean community after cessation of a powdered milk fluoridation program	2004	Universidad de Nueva Inglaterra Universidad de Chile
The ethical dilemma of water fluoridation	2007	Universidad de Chile
Cost-effectiveness models for dental caries prevention programmes among Chilean schoolchildren.	2012	Universidad de Melbourne, Australia

Fuente: Elaboración propia

Los autores de los artículos Colombianos pertenecen a la Universidad El Bosque de Bogotá y a la Universidad ICESI Cali (Cuadro 8).

Cuadro 8- Características de los artículos de Colombia.

Título	Año	Universidad/Centros
Opportunities for prevention: more than 'just the mouth'.	2007	Universidad del Bosque, Colombia
Why must physicians know about oral diseases?	2010	Universidad del Valle, Cali, Colombia

Fuente: Elaboración propia

Los autores de los artículos de México corresponden al Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, México y además del área de Medicina Preventiva de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Navolato, Sinaloa y de la Universidad Autónoma Metropolitana. Algunos autores que estudian poblaciones mexicanas son del Departamento de Odontología General, Stony Brook University, EUA; de la Universidad de Pennsylvania; la Escuela de Medicina Dental, Philadelphia, EUA. y de Investigación y de Evaluación Clínica. También de Colaboración Integrada en el Cuidado, Austin, EUA, y de la División de Servicios de Salud, Departamento de Salud y Medio Ambiente de Nuevo México, Santa Fe, Nuevo México, Estados Unidos (Cuadro 9).

Cuadro 9- Características de los artículos de México.

Título	Año	Universidad/Centros
Prevention as a treatment of excellence--a view from Mexico City	1992	Universidad Autónoma Metropolitana de México
Hygienists: Impact on a Community-Based Sealant Program	1994	Universidad de Massachusetts
Atraumatic restorative treatment for prevention and treatment of caries in an underserved community	2005	Universidad de Pennsylvania Universidad de Minnesota
Socioeconomic inequalities in the use of dental services: a study of Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years.	2009	Universidad Autónoma de México
Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children	2010	Unidad de Medicina Familiar, Sinaloa, México.
Effectiveness of preventive oral health care in Hispanic children living near US-Mexico border	2010	Austin, USA
Dentistry for Mexicans with special needs: a commentary.	2011	Stony Brook University USA

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los autores brasileños pertenecen a facultades de odontología de las universidades estatales y federales que a continuación se detallan: Universidad Estadual de Ponta Grossa. Universidad Federal del Río Grande del Norte, Departamento de Odontología, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Programa de Posgrado en Salud Pública, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Amazonas,

Manaos. Universidad Federal de Pelotas, Departamento de Salud Bucal Colectiva y Preventiva y Departamento de Medicina Social, Programa de Posgrado en Odontología. Universidad Estadual de Maringá. Universidad Federal de Goiás, Odontología Comunitaria y Preventiva. Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Departamento de Salud Pública, Departamento de Odontología Comunitaria y Preventiva, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Departamento de Ortodoncia y Odontología Pediátrica. Universidad de São Paulo, Facultad de Salud Pública, Departamento de Práctica de Salud Pública. Facultad de Odontología de Bauru, Departamento de Odontología Pediátrica, Ortodoncia y Salud Comunitaria, Escuela de Odontología, Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades, Hospital de Rehabilitación de Anomalías Cráneo-faciales, Departamento de Odontología Comunitaria, Observatorio de Recursos Humanos en Salud Bucal, Disciplina de Clínicas Ampliadas para Promoción de la Salud, Departamento de Odontología Comunitaria, Departamento de Odontología Restauradora, Escuela Dental Araraquara. Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Departamento de Odontología Social y Preventiva, Clínica Infantil, Programa de Educación Tutorial, Escuela de Odontología, Laboratorio de Materiales Dentales, Facultad de Odontología, Porto Alegre. Universidad de Fortaleza, Curso de Odontología. Universidad Luterana de Canoas, Departamento de Odontología Pediátrica. Universidad Federal de Santa Catarina, Programa de Posgrado en Salud Pública, Centro de Ciencias de la Salud, Florianópolis. Universidad de Brasilia, Facultad de Ciencias de la Salud, Odontología Pediátrica, Departamento de Odontología. Universidad Estatal Paulista, Departamento de Odontología Pediátrica y Preventiva, Araçatuba, Araraquara, São José dos Campos. Universidad Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontología, Minas Gerais, Brasil. Universidad Estadual de Campinas, Departamento de Odontología Social, Departamento de Odontología Comunitaria, División de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, Departamento de Prostodoncia y Periodoncia, Escuela Odontológica de Piracicaba. Universidad Católica de Brasilia. Taguatinga, Curso de Odontología, Campus I. Pontificia Universidad Católica del Río Grande do Sul. Universidad Federal del Valle del São Francisco. Universidad Estadual de Londrina. Universidad Estadual Paulista, Universidad Paulista, Campinas, São Paulo, Brasil. Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa. Departamento de Clínicas Dentales y Odontología Comunitaria.

También investigan centros, fundaciones y organismos de gobierno: Centro de Investigación René Rachou, FIOCRUZ, Núcleo de Estudios en Salud Pública y Envelhecimento. Fundación Osvaldo Cruz, Unidad Cerrado Pantanal, Mato Grosso do Sul, Centro de Investigaciones Aggeu Magalhães, Recife. Escuela Nacional de Salud Pública, Río de Janeiro. Prefectura Municipal de Canguçu. Prefectura Municipal, Secretaria Municipal de Salud, Pelotas. Centro de Especialidades Odontológicas, Pelotas y el Ministerio de Salud

de Brasil, Departamento de Odontología, Servicio Odontológico Público en Atención Primaria, Sistema Único de Salud (Cuadro 10).

Cuadro 10- Características de los artículos de Brasil.

Título	Año	Universidad/Centros
Dentistry for babies: a preventive protocol	2000	Universidad Estatal Paulista
Bambu Project: an evaluation of private, public and unionized dental services	2002	Fundación Oswaldo Cruz
Association of the DMFT index with socioeconomic and dental services indicators in the state of Paraná,	2004	Universidad Estadual de Ponta Grossa
An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment	2004	Universidad Federal de Goiás.
Outside clinical setting experience in a public hospital and oral health promotion	2005	Universidad Federal de Rio Grande del Norte
Effect of oral anticipatory guidance on oral health and oral hygiene practices in preschool children.	2005	Universidad de Brasilia
Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality	2006	Universidad de San Paulo
The use of dental care facilities and oral health: a multilevel approach of schoolchildren in the Brazilian context.	2006	Universidad de San Paulo
A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries	2007	Universidad Luterana de Canoas
Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health	2008	Universidad Federal de Rio Grande del Norte
Use of dental care by children and associated factors in Sobral, Ceará State, Brazil.	2008	Universidad de Fortaleza
Dental care models in Brazil	2008	Universidad de Florianópolis
Gingival health of adolescents and the use of dental services, State of São Paulo	2008	Universidad de San Paulo
Oral health in Brazil--part I: public oral health policies	2008	Ídem anterior

Cuadro 10. Continuación

Oral health in Brazil--part II: dental specialty centers (CEOs).	2008	Ídem anterior
Oral health education in schools: promoting health agents.	2009	Escuela de Odontología de Aracatuba, Universidad de San Paulo
Oral health policies in Brazil	2009	Ministerio de salud de Brasil
Tooth loss and associated factors in adolescents: a Brazilian population-based oral health survey	2009	Universidad de Federal de Santa Catarina, Florianópolis
Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil.	2010	Ídem anterior
Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities	2010	Universidad de San Paulo
Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil.	2010	Fundación Oswaldo Cruz
The study of ambulatory demand of the dental clinic of State University of Amazonas	2011	Universidad Federal de Amazonas
How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons?	2011	Universidad de Rio Grande do Sul
An experience with expanded clinical care in dentistry at the State University in Maringá	2012	Universidad Estatal de Maringá
Characterization of the work process by oral health teams in municipalities in Pernambuco State, Brazil, according to population size: from community links to organization of clinical care	2012	Universidad de Pernambuco
Dentistry students' perceptions about an extramural experience with a Brazilian indigenous community	2012	Universidad de Rio Grande do Sul
Teaching-service-community integration: the stage in basic dental care in dentistry	2012	Ídem anterior

Cuadro 10. Continuación

The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life.	2012	Universidad de Campinas
The severity of dental caries in adults aged 35 to 44 years residing in the metropolitan area of a large city in Brazil: a cross-sectional study	2012	Universidad Estadual de Montes Claros, Minas Gerais
High dental caries among adults aged 35 to 44 years: case-control study of distal and proximal factors.	2013	Ídem anterior
Home dental care for the elderly: a need in the multidisciplinary practice in health: literature review	2013	Universidad Católica de Brasília
Performance of primary dental care services: an ecological study in a large Brazilian city	2013	Universidad Federal de Minas Gerais
Accumulated knowledge and prevention practices in oral health	2014	Ídem anterior
Home visit: strategy to approach social reality?	2014	Universidad Federal de Rio Grande del Norte
Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects.	2014	Universidad Estadual Paulista
Comparison of dental practices according to models of care: traditional and Family Health, Pelotas-RS	2015	Universidad Federal de Pelotas
Contextual and individual indicators associated with the presence of teeth in adults	2015	Universidad Federal de Santa Catarina
Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil.	2015	Universidad Federal de Minas Gerais
Influence of scheduling in clinical dental care on indicators of oral health	2015	Universidad Estadual de Campinas
Nonuse of dental service by schoolchildren in Southern Brazil: impact of socioeconomics, behavioral and clinical factors	2015	Universidad Federal de Pelotas

Cuadro 10. Continuación

Oral Health Education Program on Dental Caries Incidence for School Children.	2015	Escuela de Odontología de Aracatuba, Universidad de San Paulo
Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants.	2015	Universidad de Brasilia
Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly	2015	Universidad de Rio Grande do Sul
Perception of 'comprehensiveness of care': a qualitative study amongst dentists in the Brazilian Health System.	2015	Universidad Federal de Minas Gerais
Planning oral health and clinical discharge in primary care: the comprehensive dental care protocol outcome.	2015	Universidad Estadual de Campinas
Recognizing preschool children with primary teeth needing dental treatment because of caries-related toothache	2015	Universidad Federal de Goias
Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges.	2015	Universidad de Brasilia

Fuente: elaboración propia

5.2. Características y fundamentos teóricos de los modelos de atención en salud bucal.

Las categorías que se han considerado adecuadas para clasificar los artículos surgen de una adaptación para la disciplina de la odontología de la caracterización de modelos de atención de la salud en Brasil (Paim, 2008) que a su vez toma conceptualizaciones del MMH (Menéndez, 1978, 1988,1990). Han sido elegidas, no para evaluar la prestación de salud bucal o de servicios de salud, sino para inferir en cada artículo del corpus, las características que reflejan al modelo de atención al que representan esas prácticas desde la mirada del marco conceptual de referencia. Es importante destacar que, a medida que se desarrolla este trabajo, surgen dimensiones que ayudan a un análisis más detallado.

Las dos categorías principales se refieren, desde el punto de vista de la prestación de la atención de la salud bucal, a los modelos de atención odontológica tradicionales y sus

respectivas propuestas alternativas. Las dimensiones vinculadas a las categorías principales son variantes, ya sea para clasificar los artículos que manifiestan respuestas a la demanda de servicios o aquellas que representan una respuesta a la oferta de servicios.

5.2.1. Artículos con características compatibles con el modelo tradicional

Argentina

Las prácticas descritas en el siguiente artículo tienen características biologicistas compatibles con el modelo tradicional al mencionar que los servicios son principalmente curativos y reparadores. El objeto de trabajo en éste modelo es la enfermedad en los individuos que sienten sus dolencias y requieren atención (excluye los que no las sienten y por lo tanto no demandan). En éste artículo, el odontólogo, preferentemente especialista (en prótesis y operatoria dental) muestra la característica de fragmentación de las prácticas. Utiliza la tecnología restauradora organizando la prestación a través de una red de servicios (redes de servicios hospitalcéntricas). Se fundamenta en los principios de la medicina flexneriana cuyas características fueron desarrolladas en el marco teórico histórico.

La prótesis es el tipo más predominante. En cuanto a los efectores externos (62,3%), los más frecuentes fueron los de Operación Dental. Se concluye que los servicios dentales exigidos eran principalmente curativos y reparadores. La reorganización del Servicio de Odontología puede aumentar la eficiencia y efectividad del sistema (Reynoso Álvarez de Viotti, 1994).

Chile

Estos artículos hacen referencia al modelo sanitarista tradicional y consisten en programas preventivos planificados para poblaciones específicas aplicando políticas focalizadas. Se concentra en determinados grupos poblacionales, en éste caso, mujeres embarazadas. El objeto de trabajo son poblaciones en situación de daño/riesgo sin reconocer la importancia de atacar los determinantes sociales, políticos y ambientales subyacentes a los problemas de salud.

...el programa dental preventivo que se inició en mujeres embarazadas y continuó en las madres y sus hijos fueron muy eficaces para una reducción a largo plazo de la caries dental (Gomez, 2001).

A su vez reflejan la fragmentación en diversos programas que, en algunos casos, ocasiona la superposición de acciones, lo que resulta en la burocratización de las actividades y provoca dificultades para su gestión. La administración (nacional, provincial y/o municipal) es centralizada y vertical con coordinadores en los diferentes niveles. Se recurre al uso de tecnologías blandas para producir acciones territoriales (actividades educativas, de

prevención y acciones básicas de atención de la salud) y así disminuir y/o prevenir la caries dental.

Este estudio tiene como objetivo estimar la rentabilidad desde una perspectiva societal de siete programas de prevención de caries dentales entre escolares de Chile: tres programas comunitarios: fluorización de agua, fluoración de sal y selladores dentales; y cuatro programas escolares: fluorización de la leche; enjuagues bucales fluorados [...]y cepillado de dientes supervisado con pasta de dientes de fluoruro. (Mariño, 2012).

Colombia

Esta publicación respalda la mirada biomédica de las enfermedades orales exhortando a los médicos a ocuparse de la salud bucodental afirmando el carácter biologicista del modelo tradicional.

La mala salud bucal refleja las desigualdades sociales, por lo tanto la prevención de enfermedades orales debe ser una prioridad en los países desarrollados y subdesarrollados de todo el mundo. Los médicos deben desempeñar un papel activo en la promoción de la salud oral. [...] Los médicos necesitan involucrarse más en la promoción de la salud oral. Además, la educación sobre la salud bucodental debería incluirse en el plan de estudios de futuros estudiantes de medicina (Ramírez, 2010).

El próximo artículo refiere a odontólogos colombianos que observan en el sistema de salud inglés el enfoque de la odontología preventiva desde la enfermedad. Dicho enfoque resulta interesante porque evidencia que los modelos de atención hegemónicos ejercen una influencia política y cultural en los profesionales de la salud de Europa y América creando y recreando dicha hegemonía.

Este artículo ha sido escrito por dos dentistas de Colombia que actualmente están esperando para tomar el examen de calificación internacional.[...] Ellos tienen un interés particular en la odontología preventiva y han analizado los acontecimientos recientes en Inglaterra con respecto a la prevención de la enfermedad y la enfermedad oral en la atención primaria. Ellos proponen un enfoque preventivo que reúne los recientes desarrollos políticos en el Reino Unido y en todo el mundo] y [...]desarrollar programas para promover la salud y prevenir la enfermedad oral... (Rincón, 2007).

México

Los siguientes artículos se relacionan con el modelo sanitarista tradicional compatible con las características de la vigilancia epidemiológica que representa el conjunto de acciones que proporcionan conocimiento para la detección de factores determinantes o condicionantes de la salud bucal para poder adoptar medidas de prevención (Paim, 2008).

...existencia de desigualdades socioeconómicas en el uso de servicios odontológicos preventivos y curativos por parte de niños mexicanos (Medina Solís, 2009).

...el efecto de las necesidades de tratamiento dental no satisfechas y las variables socioeconómicas y sociodemográficas en los patrones de las visitas dentales en presencia de dolor dental en escolares mexicanos de 6 a 12 años (Villalobos Rodelo, 2010).

Si bien no existen estudios nacionales sobre las necesidades dentales de las personas con discapacidad en México, los informes de la población general indican un uso limitado de los servicios dentales y la necesidad de mayores servicios restauradores (Waldman, 2011).

Lo hallado en los artículos siguientes se inscribe en el modelo de atención tradicional al mencionar los tratamientos realizados priorizando las técnicas restauradoras sin la participación de la comunidad asistida. Además se formula una crítica a ese modelo de atención tradicional considerándolo insuficiente para solucionar las enfermedades de la cavidad bucal.

Evaluamos la aceptabilidad y efectividad del tratamiento restaurativo atraumático para prevenir y tratar caries en una comunidad desatendida en México. Hemos colocado 370 restauraciones y 193 selladores en 118 niños de 5 a 18 años; 85% no reportaron dolor y el 93% se sintieron cómodos con sus restauraciones. Luego evaluamos a los niños 1 y 2 años después. A los 2 años de evaluación, se conservaron el 66% de las restauraciones y el 35% de los sellantes. El tratamiento restaurativo atraumático es aceptable y eficaz para controlar y prevenir la caries en una comunidad económicamente desfavorecida (López, 2005).

La presencia de selladores dentales sirvió como un sustituto de la asistencia sanitaria oral preventiva. Se comparó el efecto de la presencia de sellador en la caries (Khurshid, 2010).

Utilizando los datos de la encuesta de la Ciudad de México registrados en 1982 y 1989, los resultados de este trabajo sugieren que la odontología técnica basada en la práctica, orientada hacia la enfermedad, no soluciona los problemas de la salud oral (López Cámara, 1992).

Brasil

Los artículos publicados en Brasil componen un amplio abanico que resumiremos en los más relevantes de cada categoría:

El grupo de artículos identificados con el modelo de atención privatista está centrado en la clínica, atiende la demanda espontánea con procedimientos y servicios especializados, su objeto es la enfermedad de los individuos que sienten que solicitan atención. Como se expresó en el marco histórico y en artículos precedentes, se fundamenta en los principios de la medicina flexneriana. No es exclusivo del sector privado reproduciéndose también en el sector público y no se compromete con el impacto que tiene sobre la salud de la población.

La alta gravedad de la caries se asoció con visitas regulares al dentista, bajos ingresos, uso del servicio dental privado / suplementario y no solicitar

a las autoridades beneficios comunitarios. Los resultados del estudio subrayan la importancia de considerar los factores distales y proximales en la evaluación de la gravedad de la caries dental (Costa, 2013).

...asociación entre el desempeño de la atención dental primaria a nivel de área y los datos demográficos a nivel de área, la necesidad de tratamiento dental y los indicadores de servicio de salud (Esteves, 2013).

... la presencia de los estudiantes en la Atención Primaria de Salud ha sido decisiva en el avance de la propuesta curricular, acercando la Universidad a la comunidad y servicio (Ceriotti Toassi, 2012).

El grupo de artículos que comulgan con las características del modelo de atención gerenciada fundamenta su práctica en la medicina basada en evidencias y sus modos de producción lo conforman un conjunto de financiadores, proveedores, administradores consumidores regidos por protocolos asistenciales que encorsetan tanto a profesionales como pacientes. Se nota una preocupación constante sobre la planificación, la gestión sanitaria, los servicios dentales, etc. que aparecen sin resolver dada las características propias del modelo.

...una mayor comprensión de la realidad de los usuarios de la clínica dental]... [será posible mejorar la planificación de la atención y las acciones para mejorar la promoción de la salud.(Sponchiado, 2011).

...investigar la influencia de las condiciones clínicas, el nivel socioeconómico, el entorno familiar, las percepciones subjetivas de padres y escolares acerca de la salud general y oral sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucodental de los escolares.]...[la importancia de que los gestores sanitarios aborden todos estos factores al planear intervenciones de promoción de la salud oral (Paula, 2012).

... la asociación entre la utilización de la atención odontológica y el estado gingival en el contexto brasileño]... [La utilización de los servicios dentales se asoció significativamente con un perfil mejorado del estado gingival de las ciudades participantes (Antunes, 2006).

Las campañas sanitarias, los programas específicos y la vigilancia epidemiológica, cumplen con las características del modelo sanitarista tradicional basado en las necesidades. Se fundamenta en disciplinas biológicas, estadísticas y epidemiológicas que producen información para la toma de decisiones con intención de controlar o erradicar enfermedades, concentrándose en determinados grupos poblacionales sin examinar la importancia de atacar los determinantes sociales, políticos y ambientales subyacentes a los problemas de salud. Aplica políticas focalizadas para producir acciones territoriales (actividades educativas, de prevención y acciones básicas de atención de la salud) con intención de eliminar, disminuir y/o prevenir enfermedades. Se instituye a través de áreas programáticas en las redes de servicios y hospitales.

Las prácticas profesionales reflejan la estructuración de los servicios de salud y están relacionadas con los principios subyacentes del modelo prevaleciente de atención de la salud.] ...[las prácticas preventivas se

centran en la caries dental, en particular en los escolares, y que necesitan ser ampliadas para incluir otros problemas de salud oral (Almeida, 2008).

Fuera de la experiencia clínica en un hospital público y promoción de la salud oral]...[es una oportunidad para aprender acerca de la planificación e implementación de actividades de prevención de la educación, que complementan la experiencia técnico-profesional de estos estudiantes y promueven la sensibilidad social, que es esencial para la formación profesional (Medeiros Júnior, 2005).

Los factores que más afectaron el uso de los servicios dentales fueron la situación socioeconómica, cobertura del plan de salud, poseer un cepillo de dientes (Noro, 2008).

Los modelos destacados en las publicaciones científicas se han utilizado como referencia, además del Sistema Incremental, el Programa de Inversión de Atención, la Atención Precoz en la Odontología y el Programa de Salud de la Familia. Se describen como orígenes y como bases de la programación, caracterizándose los hechos positivos y negativos de cada modelo.]...[una falda común que dificulta la accesibilidad universal e integral a la atención odontológica: la exclusión de clientelas (Nickel, 2008).

...la importancia de la atención preventiva y establecer protocolos para el tratamiento y mantenimiento de la salud oral que reflejara el riesgo de enfermedad oral del lactante. Desde su creación, más de 1.000 niños han sido inscritos en el programa y el cumplimiento ha sido excelente (Cunha, 2000).

El programa dental fue eficaz en la reducción de la placa dental visible y en el establecimiento de hábitos de salud oral entre los padres y los niños pequeños (Farías, 2005).

Se realizó un levantamiento epidemiológico de salud bucal]... [La salud gingival fue evaluada por la prevalencia de sangrado en la encía a la encuesta y cálculo dental] [La utilización de servicios odontológicos fue significativamente asociada a mejores condiciones de salud gingival (sangrado y cálculo) (Ferreira Antunes, 2008).

A pesar del extenso incremento en la cobertura de salud oral, especialmente en el sistema público en los últimos años en Brasil, todavía hay una porción sin ayuda de la población de escolares (da Costa, 2015).

El programa de educación sobre salud oral basado en la escuela no es eficiente para disminuir la incidencia de caries después de tres años (Jaime, 2015).

El programa de educación en higiene bucal para los cuidadores resultó en un impacto positivo en la higiene bucal de los ancianos independientes y funcionales (Portella, 2015).

...identificar niños en edad preescolar con necesidades de tratamiento dental; los niños que obtuvieron 5 puntos o más requieren atención dental para procedimientos más invasivos (Daher, 2015).

... la importancia de considerar los determinantes sociales involucrados en el proceso salud-enfermedad cuando se realizan estudios epidemiológicos sobre la caries dental (Costa, 2012).

La alta prevalencia de la pérdida de dientes entre los adolescentes brasileños muestra la necesidad de acciones dentales específicas (Barbato, 2009).

El Programa de Clínicas Infantiles cree que el cuidado bucal debe comenzar dentro de los primeros días de vida para garantizar una buena salud a lo largo de la vida (Cançado Figueiredo, 2008).

Los servicios públicos de atención odontológica no han podido reducir las desigualdades sociales relacionadas con la atención bucodental (Matos, 2002).

5.2.2. Artículos con características compatibles con las propuestas alternativas

Argentina

El siguiente artículo se corresponde con la clasificación del modelo sanitarista alternativo en su variante de programas específicos al proponer programas con participación de la comunidad dirigidos a grupos poblacionales con una atención personalizada y humanizada y acciones programadas para atender la prestación de atención de la salud bucal.

...en América Latina los resultados a nivel epidemiológico han demostrado ser insuficientes. Estos resultados son indicativos de estrategias que deben implementar tanto las Autoridades de Salud Pública como las Instituciones encargadas de la Formación Profesional para abordar y resolver los problemas causados por las patologías orales.[...] Una de estas estrategias es la introducción de Programas Comunitarios de Salud, que promueven la salud dental a través de esfuerzos comunitarios organizados...(Sánchez Dagum, 2006).

Chile

Se hallaron dos artículos que tratan de la fluoración en sus diversas formas. Se consideran dentro de propuestas alternativas porque tratan de acciones programadas para atender la salud bucal basada en las necesidades, con políticas públicas de salud.

...El objetivo de este trabajo es analizar algunos de los argumentos éticos a favor y en contra de la fluoruración del agua...

La fluoración del agua]... [ha demostrado ser efectiva en disminuir la prevalencia de caries, lo que implica que protege la salud bucal; es el más costo efectivo de las alternativas; y los riesgos son conocidos, sustentables y aleatorios. (Mendoza, 2007).

El esquema de fluoración de leche establecido en Codegua, Chile, entre 1994 y 1999 demostró la efectividad de la leche en polvo como vehículo comunitario de fluoruro para prevenir la caries dental (Mariño, 2004).

Colombia

No se registraron artículos que representen esta categoría.

México

Este artículo resulta interesante desde el punto de vista de las dificultades para implementar modelos alternativos con auxiliares de la odontología. Las instituciones corporativas odontológicas consideran que representan un riesgo para la profesión organizada que defiende y define “su identidad y la demarcación de un campo de conocimiento e intervención exclusiva” (Shapira, 2000 p.212)

En 1983, la Junta de Odontología de Nuevo México dictaminó que el programa de sellantes del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Nuevo México violaba sus normas y reglamentos relativos a la supervisión de los higienistas dentales. El estado se vio obligado a reducir el número de niños atendidos por el programa para cumplir con la decisión (Siegal, 1986).

Brasil

Los próximos artículos corresponden a la oferta organizada de servicios en base a la demanda y cabe recordar lo que se expuso en el marco contextual acerca de que en Brasil se incluyó el cuidado de la Salud Bucal en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) a partir del año 2000 para reorganizar el modelo de atención, ampliar el acceso a la salud bucal, garantizando la atención integrada a individuos y familias. En 2013, la cobertura había superado el 56% de la población. Es una política permanente, considerada por el Ministerio de Salud como algo definitivo y esencial para las políticas públicas. Lo que comenzó siendo un programa reformuló completamente la atención básica en salud bucal.

El aumento en la cobertura de atención dental se asoció positivamente con el porcentaje de población rural, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el número de dentistas per cápita y la cobertura de PSF (Fischer, 2010).

La clínica ampliada (CA) representa una estrategia de política nacional de humanización (HNP) para reflexionar sobre el cuidado del usuario del sistema unificado de salud (SUS) (Fujimaki Hayacibara, 2012).

...el proceso de trabajo en equipos de salud bucodental]... [según el tamaño de la población en los distintos municipios, centrándose en la relación con la comunidad y la organización de la atención clínica.]...[la integración de los equipos de salud bucal con la comunidad (Castim Pimentel, 2012).

...informaron que realizaron "acogida] del [paciente]"... [La prestación de los servicios se basó en el riesgo de enfermedad identificado por el paciente]... [Los procedimientos preventivos, restauradores y quirúrgicos individuales fueron realizados por la mayoría de los equipos (Reis, 2015).

Los conocimientos y creencias sobre la salud bucodental eran frecuentes entre los trabajadores de atención primaria de salud no dentistas, lo que sugiere que la atención primaria de salud que integra la salud oral representa una meta alcanzable (Martins, 2011).

...los indicadores de salud bucal en las Unidades de Salud de la Familia (USFs) con demanda programada en comparación con unidades de salud

familiar con demanda espontánea en atención bucodental (Soto Rojas, 2015)

Política Brasileña de Salud Oral, denominados "Brasil sonriente"[...] la atención básica de la salud bucal mediante el despliegue de Equipos de Salud Oral dentro de la estrategia de Salud Familiar, la creación de Centros de Especialistas Dentales en una red de Salud Bucal como medida de atención secundaria, la creación de Laboratorios Regionales de Prótesis Dental y una mayor fluorización del suministro público de agua (Pucca, 2009).

Brasil es el único país del mundo en proponer un sistema universal de atención de salud con el objetivo de garantizar la gratuidad de todos los niveles de atención sanitaria (Pucca, 2015).

Los siguientes artículos se relacionan con la promoción de la salud bucal y las acciones programáticas de salud que forman parte del modelo alternativo centrado en las necesidades. Se incluyen también los artículos que hacen referencia a las políticas públicas como son las relacionadas con la fluoración.

La fluoración de aguas de consumo constituye una de las medidas de salud pública con enfoque poblacional, más equitativas y que más beneficios provoca en relación con la prevención de la caries dental...“El agua potable con 1mg/l de flúor posee una notable acción preventiva contra la caries, sin que existan pruebas que en esa concentración altere el estado general de la salud, convirtiéndola en una medida eficaz y practicable” (Murray, 1986).

El ion fluoruro aportado por la alimentación se absorbe a nivel gastrointestinal en forma pasiva, siendo los aportados por el agua de consumo, los más fáciles de asimilar.

Las visitas domiciliarias para consejos dietéticos parecen ayudar a reducir la caries dental en bebés. Se necesitan mayores esfuerzos para abordar aún más los comportamientos cariogénicos en la dieta, ya que se demostró que una proporción relevante de niños del grupo de intervención presentaba caries dental (Feldens, 2007).

Este texto comienza reflexionando sobre la promoción de la salud y la equidad / inequidad. En salud, la inequidad se entiende como un concepto político que tiene implicaciones morales y que está comprometido con la justicia social (Ferreira e Ferreira, 2014).

...programa de salud oral infantil 3 años después de la implementación, un programa enfocado a la educación sanitaria para padres y métodos de prevención de caries en niños en una clínica para bebés (Pereira, 2004).

...la fluoruración del agua pública es legalmente obligatoria en Brasil, su implementación ha estado sujeta a marcadas desigualdades regionales (Antunes, 2010).

...la comprensión de los estudiantes de la atención primaria de salud en odontología. Tales experiencias ayudan a los estudiantes a desarrollar un sentido de respeto cultural, atención integral y entender a los pacientes en

su totalidad como seres sociales con sus propios valores, creencias y actitudes respecto a la atención de la salud oral (Bulgarelli, 2012).

El servicio dental domiciliario para los ancianos semi y dependientes es un conjunto de acciones preventivas y de intervención mínima dirigidas a establecer la promoción de la salud oral y la orientación a las familias y cuidadores (Rocha, 2013).

Las visitas domiciliarias deben proporcionar actividades que van más allá de la recopilación de datos, permitiendo al estudiante conectarse con la familia de acuerdo con la lógica de la humanización de la atención (Noro, 2014).

...programa de educación sobre salud oral en las prácticas diarias de salud de sus familias, a través de la percepción de los padres.[...] Los niños en edad preescolar fueron capaces de transmitir los conocimientos adquiridos en la escuela a sus padres que incluyeron el cambio en la rutina de salud oral de los miembros de su familia (Garbin, 2009).

...la importancia de la promoción de la salud oral a través de medidas preventivas como el acceso a la fluoruración y la atención básica para reducir la desigualdad entre Indios y no indios (Arantes, 2010).

...programa de salud oral para madres y sus bebés.[...] fue eficaz en la prevención de la caries en los lactantes inscritos (Medeiros, 2015).

...promover la salud bucodental de los niños es esencial inscribir a los niños en programas de salud bucal y adoptar hábitos saludables lo antes posible, además de la adhesión del niño al consejo de sus padres (Lemos, 2014).

...tres conceptos principales: "acogida del paciente", "vinculación" y "calidad de la atención"[...]el inicio de la atención al paciente por servicios de atención primaria de salud debe ocurrir a través de la "acogida del paciente" (Mattos, 2015).

5.2.3. Artículos que comparten las características del modelo tradicional y de las propuestas alternativas

Nótese que estos artículos mencionan la fluoración como política pública que se considera exitosa para prevenir la enfermedad de caries y se inscribe entre las propuestas alternativas. La fluoración ha sido explicitada en el marco contextual y en la clasificación de la OPS que, de acuerdo a los índices CPO-D, menciona como países “emergentes” y “de crecimiento” a los que tienen presencia de un programa nacional de fluoración de la sal y/o del agua. La conveniencia de suplementar con flúor el agua de bebida debe estar precedida de un estudio para conocer el contenido de flúor de las aguas que abastecen a la población, ya que un exceso de flúor (más de una parte por millón), produce una alteración en el esmalte dental conocida como “diente vetado” y además, grandes poblaciones no tienen acceso a una red de agua potable. Para esos casos existen medidas de fluoración alternativas como la fluoración de la sal y la leche y la utilización de fluoruros en forma de enjuagues bucales, dentífricos, tópicos de aplicación profesional, geles y barnices (Bordoni 1992).

También estos artículos reflejan características de los modelos tradicionales ya que realizan, entre otros procedimientos, la importancia de los protocolos de atención centrados en la enfermedad.

...correlación significativa entre el índice de caries en los municipios y diversos indicadores de oferta de servicios sociales y dentales.][la importancia de la fluoración para la reducción de las tasas de caries, así como para atenuar el impacto de las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de la caries dental (Baldani, 2004).

Comparar los procedimientos odontológicos realizados en las unidades con equipos de salud bucal (ESB) con los del modelo tradicional.][Los resultados demostraron que el modelo ESB es más productivo (Leitzke Thurow, 2015).

...reducir las desigualdades socioeconómicas y aumentar el acceso a los servicios de salud.][la fluorización del suministro de agua, pueden ayudar a reducir la pérdida de dientes en el futuro (Barbato, 2015).

...la Política Nacional de Salud Bucal ha propuesto una reorientación del modelo de atención de la salud, apoyada en una adaptación del sistema de trabajo de los equipos de Salud Oral para que incluyan acciones de promoción, protección y recuperación de la salud (Junqueira, 2008).

...las acciones propuestas por un protocolo integral de atención odontológica.][sobre el estado de salud oral de los usuarios de atención primaria.][puede ser útil para la planificación de servicios dentales públicos, ya que mostró un resultado clínico eficiente para los pacientes. Consideramos que este protocolo debería emplearse en los servicios de atención primaria de salud bucodental con el fin de lograr la mejora general, la ampliación del acceso y la promoción pública de la salud oral (Cavalcanti, 2015).

...la emergencia de un hito, la odontología sanitaria. La odontología social y preventiva y odontología de mercado.][la relación entre la salud oral colectiva y la salud colectiva, así como las implicaciones del concepto de bucalidad para el desarrollo de acciones de odontología de salud pública y nuevas orientaciones de la práctica clínica en los servicios públicos del SUS (Narvai, 2006).

5.3. Análisis de las características y fundamentos teóricos de los modelos de atención en salud bucal

Las publicaciones que presentan características del modelo tradicional son más numerosas (61% incluyendo las que comparten ambos atributos).

Identificando en los artículos conceptos referidos a: *curación*, *necesidad de mayores servicios restauradores* (Waldman, 2011), *acciones dentales específicas* (Barbato, 2009), *procedimientos más invasivos* (Daher, 2015), *exclusión de clientelas* (Nickel, 2008), etc. Se van revelando las características propias del modelo tradicional en diálogo con nuestro marco conceptual.

Profundizando en el modelo de atención, las actividades privadas y públicas son en mayor medida intraconsultorio dental y están orientadas hacia el tratamiento de la enfermedad instalada; la enfermedad además es afrontada sólo ante la afluencia de las personas a la consulta.

El modelo actual de la atención pública tiene muchas similitudes con la práctica privada en salud bucal. Algunas particularidades que han sido detalladas en los párrafos anteriores conviene recordarlas, como por ejemplo, los tratamientos u obturaciones de un diente careado o su extracción/exodoncia y eventual reposición se convierten en la práctica más significativa de esta disciplina. Este rasgo no solo es una identificación sino que es la parte constitutiva de la formación del profesional odontólogo. De esta característica deviene lo asocial pues no remite a la red de relaciones sociales que determinan la enfermedad de caries y sus posibles causas. Los determinantes ambientales, sociales, psicológicos y culturales pasan inadvertidos, por lo tanto, el objeto de trabajo no es la salud bucal en términos individuales o colectivos, sino que se encuentra focalizado en mayor medida en la cura o reposición de las piezas dentarias.

La práctica epidemiológica es prácticamente inexistente para el odontólogo, aun reconociendo que también la epidemiología suele estar subordinada al biologicismo.

En cuanto a que los profesionales odontólogos están prácticamente obligados a seguir trabajando en las consecuencias de la enfermedad y no en sus causas, ni en fomentar la salud bucal. Es decir que, los odontólogos realizan, y la población en general solicita, acciones orientadas hacia la curación-tratamiento-rehabilitación de las piezas dentarias. Esta cuestión determina un recorrido de las necesidades de las personas hacia los servicios y no al revés. Además es importante y necesario expresar que este modelo esta naturalizado tanto en los profesionales, como se hace referencia en la justificación personal que acompaña este trabajo, como en la población atendida, por lo que la salud bucal esta invisibilizada como un derecho humano básico.

Los artículos que se refieren a propuestas alternativas son muy escasos a excepción de Brasil (39 %) y la asimetría es muy marcada.

También en ellos identificamos conceptos que van delineando particularidades de diferentes formas de interpretar la salud bucal, como por ejemplo: *ampliación del acceso*, *equipos de salud bucal (ESB)*, *esfuerzos comunitarios organizados* (Sánchez Dagum, 2006), *acogida del paciente* (Mattos, 2015), *humanización de la atención* (Noro, 2014), etc. que revelan las características de las propuestas alternativas para pensar la salud bucal.

El cuidado preventivo y la asistencia se dirigen a todos los miembros de la comunidad, sanos o enfermos. Esta forma de práctica dental se basa en la creencia de que el paciente individual es la comunidad misma. Este concepto simple hace la diferencia ya que desarrolla

métodos y establece acciones para que los profesionales logren sus metas mediante ofertas organizadas de servicios que atiendan tanto a la satisfacción de la demanda como a la satisfacción de las necesidades de salud bucal de la población.

5.4. Propuesta de caracterización de los principales modelos de atención de la salud bucal

5.4.1. Caracterización de los principales modelos de atención odontológicos que guían las prácticas tradicionales

Las características de los modelos que orientan las prácticas para la atención/cuidado de la salud bucal tradicionales siguen la lógica del modelo médico/odontológico dominante que, para la práctica específica de la odontología es fundamentalmente odontocéntrico y tecnicista. La práctica de la odontología está basada en el desarrollo de técnicas orientadas a la cura de la enfermedad y soluciona, en general, los problemas de la salud oral a nivel individual y solo en casos donde la atención es demandada.

Modelo odontológico hegemónico enfocado en la demanda:

Es el modelo dominante y vigente. Se caracteriza por estar centrado en la enfermedad diagnosticada desde la visión biológica/bacteriana, tratada por técnicas restauradoras que se han convertido en especialidades de la odontología (endodoncia, periodoncia, ortodoncia e implantes) y que son realizadas en consultorios particulares, clínicas, hospitales; tanto en su versión pública como privada. Se observa una clara apelación en este modelo, a la utilización de tecnologías duras (aparatología) guiada por tecnologías duras-blandas basadas en la especialización técnico-científica específica y expresada en subdisciplinas de la odontología.

Modelo odontológico hegemónico basado en las necesidades:

Se corresponde con las acciones básicas de atención de la salud que se desarrollan en los centros de atención periféricos o redes de servicios de orden público que conservan la característica de la atención individual. Las prácticas son curativas, mutilantes y restauradoras y están atravesadas por la visión del enfoque de riesgo y de la caries como enfermedad biológica. Las actividades educativas y de prevención se canalizan a través de programas destinados a poblaciones específicas (embarazadas y niños escolarizados) sin seguimiento y son fragmentadas.

5.4.2. Caracterización de los principales modelos de atención odontológicos que guían las prácticas alternativas

Modelo alternativo basado en la demanda:

Se corresponde con la formación de equipos de salud donde el profesional odontólogo forme parte de un conjunto con higienistas, promotores comunitarios y profesionales de otras disciplinas para brindar una oferta organizada de servicios enfocados en la salud bucal.

Modelo alternativo basado en las necesidades:

Caracterizado por acciones de prevención y promoción de la salud bucal en un sentido ampliado, donde la salud bucal hace parte de un abordaje integral de la salud individual, comunitaria y poblacional fomentando el trabajo intersectorial entre educación y salud y fundamentalmente en la generación de políticas públicas como son las referidas a la fluoración ya sea del agua, la sal o la leche o la generación de programas que contemplen la reposición de piezas dentarias en la población parcial o totalmente desdentada.

Ampliar el acceso de la población a los servicios de salud bucal, garantizando la universalidad, integralidad y equidad en las acciones de salud bucal. Atención integral mediante el establecimiento del vínculo territorial son las características más sobresalientes del nuevo modelo de atención. Los conceptos de universalidad e integralidad se vuelven concretos, ayudando a la red básica de salud en la disminución del flujo de los usuarios a la atención compleja. La humanización de la atención y la integración entre las acciones clínicas y comunitarias ayudan a cambiar el modelo centrado en el hospital.

La Odontología Integral enfatiza la prevención, reconoce la caries como enfermedad infecto-contagiosa, instituye el retorno programado para el mantenimiento preventivo y utiliza la idea de equipo odontológico, formado por el cirujano-dentista, por el técnico de higienización dental y por el auxiliar de higienización dental que a su vez forman parte del equipo de salud conformado por profesionales, técnicos y auxiliares de otras profesiones (Niquel D. 2008)

6. CONSIDERACIONES FINALES

La enfermedad de la caries dental siempre se caracterizó por ser una preocupación del sector de atención pública odontológica. Incluso, si otros problemas de salud como la enfermedad periodontal y el cáncer oral tienen expresión en la población, los programas de prevención y educación para la salud oral se ocupan casi exclusivamente de la prevención de la caries dental. Por lo tanto, el modelo tradicional, aun siendo caracterizado como mixto (preventivo-curativo), enfatiza la acción restauradora y pone en segundo plano las acciones educativas y preventivas, simplemente abordadas a través de aplicaciones tópicas de flúor.

Si bien se observan algunas diferencias entre países (en especial Brasil) y cambios a lo largo del período estudiado, las características de los modelos que orientan las prácticas para la atención/cuidado de la salud bucal siguen la lógica del modelo odontológico hegemónico dominante siendo odontocéntrico y tecnicista.

El cambio en el modelo de atención a la salud bucal en Brasil, con la inclusión de la ESB en la ESF, no se manifiesta de manera uniforme, muchas veces se observa apenas en términos de denominación y no de prácticas. En la práctica, ambos modelos se mantienen (tradicionales y alternativos) ya que los procedimientos odontológicos prestados en las unidades con equipos de salud bucal co-existen en los servicios de la red básica de salud.

Los resultados de las publicaciones de los artículos que hablan sobre Argentina en este trabajo, en diálogo con las publicaciones de los otros países seleccionados, indican que la odontología técnica basada en la práctica, orientada hacia la enfermedad, no soluciona los problemas de la salud oral. La prevención constituye una alternativa mejor, ya que puede proporcionarse a un mayor número de personas promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, adoptando un enfoque de equipo para lograr estos objetivos.

Las publicaciones que se han analizado y que describen las intervenciones que se llevan a la práctica para resolver los problemas de salud bucal, demuestran la aplicación de diferentes modelos de atención que se han descripto en el apartado anterior (5.2) y se destaca la necesidad de una propuesta de caracterización de los modelos que se ha realizado en este trabajo (5.4) para evidenciar sus particularidades y permitir una reflexión que posibilite desencadenar un proceso de cambio (Testa, 1995).

La clasificación de la OPS referida a la Argentina como “emergente” (CPO-D 3-5) cobra dimensión en la comparación con los países seleccionados. La revisión de los artículos aporta la visualización de la diferencia más marcada que es la ausencia de políticas públicas de fluoración del agua de consumo al mismo tiempo que pone en relieve las características de los modelos que orientan las prácticas para la atención/cuidado de la salud bucal que siguen la lógica del modelo hegemónico dominante.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida Filho N. Por una Etnoepidemiología. Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico. Brasil: Cuadernos Médicos Sociales N° 61; 1992.

Bordoni N, Argentieri A, P. de Bellagamba H, Doño R, Pereyra L, Squassi A. PRECONC Programa de educación continúa odontológica no convencional. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1999.

Botazzo C. El nacimiento de la Odontología. Una arqueología del arte dental. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.

Botelho L. El método de la revisión integrativa en los estudios organizacionales. Bello Horizonte: Revista Electrónica Gestión y Sociedad N° 11; 2011.

Díaz Cárdenas S. Odontología con Enfoque en Salud Familiar. La Habana: Revista Cubana de Salud Pública; 2014.

Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Cuernavaca, México: Salud pública de México: 2011.

Leitzke Thurow L, Castilhos E, Dickie E, Costa J. La comparación de las prácticas del cuidado dental de acuerdo con los modelos tradicionales y la salud familiar. Pelotas, Brasil: Epidemiologia y Servicios de Salud; 2015.

Machado MH. Sociología de las profesiones: Un nuevo enfoque. Rio de Janeiro: Educación Médica y Salud; 1991.

Martinovich V. Revisión Bibliográfica. Etapa exploratoria y proyecto de Investigación. Argentina: Instituto de Salud Colectiva. Argentina. Universidad Nacional de Lanús; 2015.

Menéndez EL. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires: 1988; 451- 464.

Menéndez EL. Antropología Médica en México. Hacia una construcción de una epidemiología sociocultural. En Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México: CIESAS; 1990.

Menéndez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. México: Estudios sociológicos XVI; 1998.

Menéndez EL. Factores Culturales. De las definiciones de los usos específicos. México: En medicina y cultura; 2000.

Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe. Fluoración de las aguas. Dirección Provincial de Odontología. Argentina; 2008.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Programas y Planes. [Internet] Argentina [citado septiembre 2016]. Disponible en: www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos/405-salud-bucal

Ministerio de Salud de Brasil. Portal de Salud. [Internet] Brasil. [citado septiembre 2016]. Disponible en: MinisteriodaSaudewww.saude.gov.br

Ministerio de Salud de Chile. Perfil Epidemiológico, [Internet] Chile, [citado septiembre 2016]. Disponible en: www.minsal.cl/salud-bucal

Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2014 [Internet] Colombia. [citado septiembre 2016]. Disponible en: www.minsalud.gov.co

Ministerio de Salud de México. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. [Internet] México. [citado septiembre 2016] Disponible en www.epidemiologia.salud.gob.mx

Montekio VB. *et al.* Sistema de salud de Brasil. Cuernavaca, México: Revista de Salud Pública de México; 2011.

Montekio VB. *et al.* Sistema de salud de Chile. Cuernavaca, México: Revista de Salud Pública de México; 2011.

Moysés SJ. Salud Bucal. En Giovanella L, Escorel S, Lenaura de Vasconcelos CL, Carbalho de Noronha J, Ivo de Carvalho A, organizadores. Políticas y sistema de salud en Brasil. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz. 2008; 19: 720.

Murray JJ. El uso correcto de los fluoruros en Salud Pública. OMS. Ginebra: Biblioteca Virtual en Salud; 1986.

National Institutes of Health. Conclusiones de la conferencia de consenso y desarrollo del manejo y diagnóstico de la caries dental a lo largo de la vida. 26-28 de marzo de 2001. Estados Unidos: Diario de la Asociación Dental Americana; 2001; 132 (8): 1153.1161

Níquel D, Garcia Lima F, da Silva BB. Modelos asistenciales en salud bucal en Brasil, Río de Janeiro. Brasil: Cuadernos de Salud Pública; 2008; 24 (2).

Olmsted JL., Rublee N. y Zurkowski E. El análisis independiente: la eficacia de los selladores utilizados en un programa de salud pública. Estados Unidos: Revista de Higiene Dental; 2015.

OMS. Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS-UNICEF; 1978.

OMS. Métodos Básicos: Salud bucodental. 2012; Nota informativa N°318

OMS/OPS. Perfil de los sistemas de salud: Colombia; 2009.

OPS/OMS-PNUD-CEPAL. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros; 2011.

Paim JS. Modelos de Atención de la Salud en Brasil. En Giovanella L, Escorel S, Lenaura de Vasconcelos CL, Carbalho de Noronha J, Ivo de Carvalho A, organizadores. Políticas y sistema de salud en Brasil. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz.; 2008; 15: 568.

Paim, JS. Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

Piovano S, Bordoni N, Doño R, Argentieri A, Cohen A, Klemonsks G et al. Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires: Revista de la Facultad de Odontología (UBA); 2008. 23: 54-55.

Ruiz DC, Morales MC. Determinación social del proceso salud enfermedad bucal: Una aproximación socio-histórica en cuatro países de Latinoamérica. Medellín: Investigación y Educación en Enfermería; 2015; 33 (2): 248-259.

Salas MT. Flúor en la Sal: Ingrediente Indispensable para la Salud Bucal. Costa Rica: Red CEDROS, Boletín Informativo N. 5; 1994.

Shapira MV. La Odontología en la Argentina. Del curanderismo a la consolidación profesional. Argentina: Editorial de la Universidad de Rosario; 2000.

Testa M. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. El caso de Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.

APÉNDICES

APÉNDICE A: Listado de artículos que conforman el corpus.	78
APÉNDICE B: Resumen de las características de los artículos.	83

APÉNDICE A: Listado de artículos que conforman el corpus.

1-Communitydentsity: a strategy to promote dental health. [Internet] Argentina 2006 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645043>

2-Structure of dental services in a social security system: Córdoba, Argentina. [internet] Argentina 1994 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560067>

3-[Association of the DMFT index with socioeconomic and dental services indicators in the state of Paraná, Brazil [internet] Brasil 2004 [citado el 4 de Agosto 2017] disponibleen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15029315>

4-[Bambuí Project: an evaluation of private, public and unionized dental services]. [internet] Brasil 2002 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12045806>

5-[Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality]. [internet] Brasil 2006 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16924314>

6-[Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health]. [internet] Brasil 2008 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18813689>

7-[Outside clinical setting experience in a public hospital and oral health promotion]. [internet] Brasil 2005 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15895153>

8-[Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil]. [internet] Brasil 2010 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20683561>

9-[The study of ambulatory demand of the dental clinic of State University of Amazonas]. [internet] Brasil 2011 [citado el 4 de Agosto 2017] disponibleen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503447>

10-[Use of dental care by children and associated factors in Sobral, Ceará State, Brazil]. [internet] Brasil 2008 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670674>

11-A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. [internet] Brasil 2007 [citado el 4 de Agosto 2017] disponibleen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518968>

12-Accumulated knowledge and prevention practices in oral health. [internet] Brasil 2014 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118803>

13-An experience with expanded clinical care in dentistry at the State University in Maringá [internet] Brasil 2012 [citado el 4 de Agosto 2017]

14-An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment. [internet] Brasil 2004 [citado el 4 de Agosto 2017] disponibleen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15273780>

15-Characterization of the work process by oral health teams in municipalities in Pernambuco State, Brazil, according to population size: from community links to organization of clinical care [internet] Brasil 2012 [citado el 4 de Agosto 2017]

16-Comparison of dental practices according to models of care: traditional and Family Health, Pelotas-RS, 2012-2013[internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300545&lang=pt

17-Contextual and individual indicators associated with the presence of teeth in adults. [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26018784>

18-Dental care models in Brazil[internet] Brasil 2008 [citado 4 de Agosto 2017]

19-Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities.[internet] Brasil 2010 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20339637>

20-Dentistry for babies: a preventive protocol. [internet] Brasil 2000 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10826041>

21-Dentistry students' perceptions about an extramural experience with a Brazilian indigenouscommunity. [internet] Brasil 2012 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23257484>

22-Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil. [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25588158>

23-Effect of oral anticipatory guidance on oral health and oral hygiene practices in preschool children. [internet] Brasil 2005 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16302595>

24-Gingival health of adolescents and the use of dental services, State of São Paulo [internet] Brasil 2008 [*citado el* 4 de Agosto 2017] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200002&lang=pt

25-High dental caries among adults aged 35 to 44 years: case-control study of distal and proximal factors. [internet] Brasil 2013 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23749056>

26-Home dental care for the elderly: a need in the multidisciplinary practice in health: literature review [internet] Brasil 2013 [*citado el* 4 de Agosto 2017] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100018&lang=pt

27-Home visit: strategy to approach social reality? [internet] Brasil 2014 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100145&lang=pt

28-How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons? [internet] Brasil 2011 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20545774>

- 29-Influence of scheduling in clinical dental care on indicators of oral health [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372015000300283&lang=pt
- 30-Nonuse of dental service by schoolchildren in Southern Brazil: impact of socioeconomics, behavioral and clinical factors [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25759100>
- 31-Oral health education in schools: promoting health agents. [internet] Brasil 2009 [citado 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19659718>
- 32-Oral Health Education Program on Dental Caries Incidence for School Children. [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208075>
- 33-Oral health in Brazil--part I: public oral health policies. [internet] Brasil 2008 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838546>
- 34-Oral health in Brazil--part II: dental specialty centers (CEOs). [internet] Brasil 2008 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838547>
- 35-Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. [internet] Brasil 2010 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20718309>
- 36-Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. [internet] Brasil 2015 [citado 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393627>
- 37-Oral health policies in Brazil. [internet] Brasil 2009 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838553>
- 38-Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. [internet] Brasil 2014 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24728238>
- 39-Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23489328>
- 40-Perception of 'comprehensiveness of care': a qualitative study amongst dentists in the Brazilian Health System. [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715036>
- 41-Performance of primary dental care services: an ecological study in a large Brazilian city. [internet] Brasil 2013 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24396294>
- 42-Planning oral health and clinical discharge in primary care: the comprehensive dental care protocol outcome. [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26057913>

43-Recognizing preschool children with primary teeth needing dental treatment because of caries-related toothache [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25656813>

44-Teaching-service-community integration: the stage in basic dental care in dentistry [internet] Brasil 2012 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982012000400009&lang=pt

45-Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. [internet] Brasil 2015 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26316461>

46-The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. [internet] Brasil 2012 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244092>

47-The severity of dental caries in adults aged 35 to 44 years residing in the metropolitan area of a large city in Brazil: a cross-sectional study.[internet] Brasil 2012 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22849537>

48-The use of dental care facilities and oral health: a multilevel approach of schoolchildren in the Brazilian context. [internet] Brasil 2006 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17153651>

49-Tooth loss and associated factors in adolescents: a Brazilian population-based oral health survey. [internet] Brasil 2009 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169572>

50-Comprehensive attention to oral health in early childhood: a longitudinal evaluation of the Infant Clinic Program of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil. [internet] Brasil 2008 [citado el 12 de septiembre 2017] disponible en: <https://www.scopus.com/home.uri>

51-[Socioeconomic inequalities in the use of dental services: a study of Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years]. [internet] México 2009 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191153>

52-Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children. [internet] México 2010 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20664829>

53-DentistryforMexicanswithspecialneeds: a commentary.[internet] México 2011 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22046691>

54-Effectiveness of preventive oral health care in Hispanic children living near US-Mexico border. [internet] México 2010 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155299>

55-Atraumatic restorative treatment for prevention and treatment of caries in an underserved community [internet] México 2005 [citado el 12 de septiembre2017] disponible en: <https://www.scopus.com/home.uri>

56-Prevention as a treatment of excellence--a view from Mexico City. [internet] México 2004 [citado el 12 de septiembre 2017] disponible en: <https://www.scopus.com/home.uri>

57-Hygienists: Impacton a Community-BasedSealantProgram [internet] México 1994 [citado el 12 de septiembre 2017] disponible en: <https://www.scopus.com/home.uri>

58-[Theethicaldilemma of waterfluoridation]. [internet] México 1975 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18259663>

59-A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age. [internet] México 1974 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11693012>

60-Cost-effectiveness models for dental caries prevention programmes among Chilean schoolchildren. [internet] Chile 2007 [citado el 4 de Agosto 2017] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23488214>

61-Caries prevalence in a rural Chilean community after cessation of a powdered milk fluoridation program [internet] Chile 1993 [citado el 12 de septiembre2017] disponibleen: <https://www.scopus.com/home.uri>

62-Why must physicians know about oral diseases? [internet] Colombia 2010 [citado el 4 de Agosto 2017] disponibleen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614382>

63-Opportunities for prevention: more than 'just the mouth'. [internet] Colombia 2007 [citado el 12 de septiembre 2017] disponible en: <https://www.scopus.com/home.uri>

APÉNDICE B: Resumen de las características de los artículos, por país.

Brasil

Título	Año	Modelo	link
Dentistry for babies: a preventive protocol	2000	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10826041
[Bambu Project: an evaluation of private, public and unionized dental services]	2002	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12045806
[Association of the DMFT index with socioeconomic and dental services indicators in the state of Paraná,	2004	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15029315
An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment	2004	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15273780
[Outside clinical setting experience in a public hospital and oral health promotion]	2005	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15895153
Effect of oral anticipatory guidance on oral health and oral hygiene practices in preschool children.	2005	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16302595
[Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality]	2006	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16924314
The use of dental care facilities and oral health: a multilevel approach of schoolchildren in the Brazilian context.	2006	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17153651
A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries	2007	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518968
[Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health]	2008	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18813689
[Use of dental care by children and associated factors in Sobral, Ceará State, Brazil].	2008	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670674
Dental care models in Brazil	2008	Tradicional	
Gingival health of adolescents and the use of dental services, State of São Paulo	2008	Alternativo	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200002&lang=pt
Oral health in Brazil--part I: public oral health policies	2008	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838546
Oral health in Brazil--part II: dental specialty centers (CEOs).	2008	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838547
Comprehensive attention to oral health in early childhood: a longitudinal evaluation of the Infant Clinic Program of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.	2008	Alternativo	https://www.scopus.com/home.uri
Oral health education in schools: promoting health agents.	2009	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19659718

Oral health policies in Brazil	2009	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838553
Tooth loss and associated factors in adolescents: a Brazilian population-based oral health survey	2009	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169572
[Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil].	2010	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20683561
Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities	2010	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20339637
Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil.	2010	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20718309
[The study of ambulatory demand of the dental clinic of State University of Amazonas].	2011	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503447
How primary health care professionals and residents assess issues related to the oral health of older persons?	2011	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20545774
An experience with expanded clinical care in dentistry at the State University in Maringá	2012	Alternativo	
Characterization of the work process by oral health teams in municipalities in Pernambuco State, Brazil, according to population size: from community links to organization of clinical care	2012	Alternativo	
Dentistry students' perceptions about an extramural experience with a Brazilian indigenous community	2012	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23257484
Teaching-service-community integration: the stage in basic dental care in dentistry	2012	Tradicional	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982012000400009&lang=pt
The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life.	2012	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244092
The severity of dental caries in adults aged 35 to 44 years residing in the metropolitan area of a large city in Brazil: a cross-sectional study	2012	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22849537
High dental caries among adults aged 35 to 44 years: case-control study of distal and proximal factors.	2013	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23749056
Home dental care for the elderly: a need in the multidisciplinary practice in health: literature review	2013	Alternativo	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100018&lang=pt
Performance of primary dental care services: an ecological study in a large Brazilian city	2013	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24396294

Accumulated knowledge and prevention practices in oral health	2014	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118803
Home visit: strategy to approach social reality?	2014	Alternativo	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100145&lang=pt
Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects.	2014	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24728238
Comparison of dental practices according to models of care: traditional and Family Health, Pelotas-RS	2015	Tradicional Alternativo	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300545&lang=pt
Contextual and individual indicators associated with the presence of teeth in adults	2015	Tradicional Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26018784
Describing the primary care actions of oral health teams in Brazil.	2015	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25588158
Influence of scheduling in clinical dental care on indicators of oral health	2015	Alternativo	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372015000300283&lang=pt
Nonuse of dental service by schoolchildren in Southern Brazil: impact of socioeconomics, behavioral and clinical factors	2015	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25759100
Oral Health Education Program on Dental Caries Incidence for School Children.	2015	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208075
Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants.	2015	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393627
Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly	2015	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23489328
Perception of 'comprehensiveness of care': a qualitative study amongst dentists in the Brazilian Health System.	2015	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715036
Planning oral health and clinical discharge in primary care: the comprehensive dental care protocol outcome.	2015	Tradicional Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26057913
Recognizing preschool children with primary teeth needing dental treatment because of caries-related toothache	2015	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25656813
Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges.	2015	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26316461

Fuente: elaboración propia

México

Título	Año	Modelo	link
[Socioeconomic inequalities in the use of dental services: a study of Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years].	2009	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191153
Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children	2010	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20664829
Dentistry for Mexicans with special needs: a commentary.	2011	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22046691
Effectiveness of preventive oral health care in Hispanic children living near US-Mexico border	2010	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20155299
Atraumatic restorative treatment for prevention and treatment of caries in an underserved community	2005	Tradicional	https://www.scopus.com/home.uri
Prevention as a treatment of excellence--a view from Mexico City	1992	Tradicional	https://www.scopus.com/home.uri
Hygienists: Impact on a Community-Based Sealant Program	1994	Alternativo	https://www.scopus.com/home.uri

Fuente: elaboración propia

Chile

Título	Año	Modelo	link
Caries prevalence in a rural Chilean community after cessation of a powdered milk fluoridation program	1993	Alternativo	https://www.scopus.com/home.uri
A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age	2001	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11693012
Cost-effectiveness models for dental caries prevention programmes among Chilean schoolchildren.	2007	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23488214
[The ethical dilemma of water fluoridation].	2007	Tradicional	

Fuente: elaboración propia

Colombia

Título	Año	Modelo	link
Opportunities for prevention: more than 'just the mouth'.	2007	Tradicional	https://www.scopus.com/home.uri
Why must physicians know about oral diseases?	2010	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614382

Fuente: elaboración propia

Argentina

Título	Año	Modelo	link
Structure of dental services in a social security system	1994	Tradicional	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560067
Communitary dentistry: a strategy to promote dental health.	2006	Alternativo	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645043

Fuente: elaboración propia