

ODONTOLOGÍA SOCIAL: DESIGUALDAD SOCIAL Y SALUD*

*SOCIAL DENTISTRY:
SOCIAL INEQUALITY AND HEALTH*

*Héctor Lamas Rojas¹, César Lamas Lara²,
Víctor Lamas Lara³*

RESUMEN

En la mayoría de los países los programas de atención odontológica se centran en aspectos tecnológicos y curativos de la odontología, en lugar de fomentar la prevención y los programas comunitarios de salud oral, que se muestran como estrategias más eficaces para mejorar la salud oral comunitaria y tendrían un mayor efecto sobre el estado de salud bucodental de una comunidad. Precisamente, a partir de esta constatación, se propone la alternativa de la odontología social y se discute sus alcances.

PALABRAS CLAVE: Pobreza y exclusión, Promoción de la salud, Odontología social.

ABSTRACT

In most countries the programs of dental attention centre on technological and curative aspects of dentistry, instead of promoting the prevention and the community programs of dental health, which appear as more effective strategies to improve the oral community health. It would have a bigger effect on the oral health of a community. Based in this reality, the alternative of social dentistry and his scopes are discussed.

KEY WORDS: Poverty and exclusion, Health promotion, Social dentistry.

* Recibido: 26 de enero del 2012; aceptado: 14 de junio del 2012.

1 Psicólogo. Doctorado en Psicología por Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Docente Asociado de la Universidad Privada Ada Byron.

2 Cirujano Dentista. Diplomado en Odontología Restauradora y Estética por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Docente titular de la Asignatura de Operatoria Dental II de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

3 Cirujano Dentista. Especialista en Rehabilitación Oral por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

INTRODUCCIÓN

La pobreza es uno de los problemas más graves que enfrenta la humanidad. Es un fenómeno social y económico complejo, que tiene múltiples facetas y causas determinantes. Se está de acuerdo en la naturaleza relativa de la pobreza (relatividad en el tiempo y en el espacio) y en su naturaleza multidimensional. Es decir, se acepta que no puede ser considerado de la misma forma el hecho de la pobreza persistente y el hecho de percibir una renta débil en un momento dado o de forma coyuntural.

La pobreza constituye, como precisa Croce,⁹ un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones habitacionales, los bajos niveles educativos, la inestable inserción laboral, las actitudes de desaliento y anomia, la poca participación en los mecanismos de integración social. Denota la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, los que por esa razón se ven expuestos a déficits en su desarrollo físico y psicológico y a insuficiencias en el aprendizaje de habilidades socioculturales, que pueden incidir en una reducción progresiva de sus capacidades de obtención de recursos, activándose de este modo los mecanismos reproductores de la pobreza.

La definición de pobreza no se puede separar del concepto de exclusión. La exclusión de por sí no supone necesariamente inequidad; lo será cuando, la exclusión se ejerce sobre condiciones de vida humana. Porque no se trata sólo de distintas condiciones de vida humana, sino de unas condiciones en las que la vida humana se hace posible, y aun en abundancia, y condiciones en las que la vida humana se dificulta y llega hasta hacerse imposible. Es pensable una distinción en igualdad, y por tanto en equidad, en lo que a la posibilidad de vida se refiere, pero para nosotros la distinción se refiere a superioridad e inferioridad, a desigualdad en la vida.

Desde el punto de vista científico, Palomar, Lazagorta y Hernández, definen a la pobreza como una forma de vida específica.¹⁸ Se ha hablado de la “cultura de la pobreza” (perspectiva culturalista) y la “cultura del güeto o aislamiento social” (perspectiva estructuralista). El primer término, acuñado por Lewis, se refiere a un conjunto integrado de valores, normas y comportamientos característicos de aquellos que viven en condiciones de pobreza. Desde esta perspectiva, los valores, normas y comportamientos de los pobres son, en buena medida, los causantes de que no aprovechen las oportunidades que la sociedad les

ofrece y, por tanto, de su situación de pobreza. Por otro lado, desde la perspectiva estructuralista, se concibe a la pobreza como un problema social en el que los afectados viven así (en condiciones de pobreza), debido a la segregación, las limitadas oportunidades y los obstáculos exteriores que constriñen sus vidas.

Ambas posturas se refieren a un “estilo o forma de vida” específico de los pobres; sin embargo, la primera da un carácter autónomo y autorreproductivo al contexto cultural, mientras que la estructuralista considera esta forma de vida como un producto de las estructuras económicas y políticas de la sociedad y, por tanto, supone que la pobreza podría atenuarse o desaparecer una vez que las causas que la generan se modifiquen.

Debemos conocer dos conceptos importantes que hay que tener en cuenta cuando se habla de estos temas y diferenciarlos, ya que no son exactamente iguales: exclusión social y vulnerabilidad social. Como estamos en una época creciente de precarización, hay dos grandes tendencias en estas mediciones. Algunos privilegian los indicadores que van a medir exclusión social y otros, los indicadores que van a medir vulnerabilidad social. La exclusión denota una situación ya consumada; la vulnerabilidad, en cambio, habla de una potencialidad y una tendencia casi irreversible.

En el país los datos de pobreza que más se conocen, según precisa Humberto Campodónico, son los que miden la capacidad de gasto de la población en términos monetarios a partir de las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAHO) que realiza el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Del 2004 al 2006, la pobreza total ha disminuido de 48,6 a 44,5%. Esta es la cifra que se comenta con mayor triunfalismo, pues la reducción es bastante significativa, lo que no había sucedido en los últimos años. Pero cuando se analizan más de cerca, las mismas cifras cuentan otras historias. Por ejemplo, es en las zonas urbanas donde se reduce la pobreza, pasando de 37,1 a 31,2% del 2004 al 2006. Pero en las zonas rurales la reducción es mínima, de 69,8 a 69,3%. Además, es casi seguro que la cantidad de pobres rurales ha aumentado, pues el % de pobres es casi estable mientras que la población rural crece en 1,5% anual. En la Sierra rural la pobreza no solo no ha descendido sino que ha aumentado, pasando del 75,8% del total de la población en el 2004 al 76,5% en el 2006. La pobreza en el Perú durante el año 2006 afectó al 44,5% de la población del país, experimentando una reducción de 4,2 puntos porcentuales con respecto al 2005, cuando se encontraba en 48,7%. En el año 2008, disminuyó a 36,2%, experimentando una reducción de 3,1% con respecto al año anterior.

La mayor disminución de la pobreza se observó en el área urbana, pasando de 36,8% en el 2005 a 31,2% en el 2006, en tanto que en el área rural disminuyó ligeramente de 70,9% en el 2005 a 69,3% en el 2006. Por regiones, la mayor incidencia de la pobreza sigue localizándose en la Sierra y Selva, con 63,4% y 56,6%, respectivamente; en tanto en la Costa la incidencia es mucho menor (28,7%). A nivel departamental, los departamentos más pobres del Perú continúan siendo Huancavelica, en donde la pobreza afecta al 88,7% de la población; Ayacucho, con 78,4%; Puno (76,3%), Apurímac (74,8%), Huanuco (74,6%), Pasco (71,2%), Loreto (66,3%) y Cajamarca (63,8%). Sólo en el cuarto trimestre del 2006 (de octubre a diciembre) la pobreza disminuyó en 6,8 puntos porcentuales con respecto al mismo período del 2005. Así, en el cuarto trimestre del 2005, la pobreza total fue de 49,6% y en el 2006, de 43,8%.

Mientras que el promedio del crecimiento económico en la década del 90 fue de 3%, del 2001 para acá ha sido de 7%. Asimismo, el nivel de pobreza que comenzó en 57% al inicio de la década del 90 terminó el siglo en 55%, mientras que para el 2009 está ya alrededor del 35%. Sin embargo, no debe olvidarse que en la década del 90 se llegó en algún momento a bajar el nivel de pobreza en 10 puntos; pero ello se perdió a consecuencia de la crisis asiática de los años 97-98. Se debe aprender de esa circunstancia para no permitir que ello ocurra en esta ocasión y se pierda lo avanzado.

DESIGUALDAD SOCIAL Y SALUD BUCODENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud:¹²

1. Las afecciones bucodentales, como la caries, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de las mucosas bucales, los cánceres bucofaríngeos, las manifestaciones del VIH/SIDA en la cavidad bucal, la estomatitis ulcerativa necrotizante o los traumatismos bucodentales constituyen graves problemas de salud pública, que tienen efectos considerables, tanto individuales como colectivos, desde el punto de vista del dolor y el sufrimiento que causan y de la pérdida de capacidad funcional y de calidad de vida que traen consigo. Las poblaciones pobres y desfavorecidas de todo el mundo son las que soportan una mayor carga de morbilidad bucodental, cuya distribución actual pone de manifiesto en todos los países una serie de perfiles de riesgo bien definidos, que guardan relación con las condiciones de vida, determinados factores ambientales y de comportamiento, los sistemas de salud bucodental y la aplicación de programas preventivos en la materia. En varios países de ingresos altos en los que exis-

ten programas de prevención se ha registrado una caída de la prevalencia de caries dental en los niños y de la pérdida de dientes en adultos. A escala mundial, la carga de morbilidad bucodental es especialmente elevada entre las personas de más edad, cuya calidad de vida se deteriora por esa causa. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, el grueso de la población no recibe atención bucodental sistemática, y brillan por su ausencia los programas de prevención. En ciertos países la incidencia de caries dentales ha aumentado en los últimos años, y puede hacerlo aún más debido al creciente consumo de azúcares y a la insuficiente exposición a fluoruros.

2. Las enfermedades bucodentales relacionadas con el tabaquismo son ahora prevalentes en varios países de ingresos altos. Dado que el consumo de tabaco está aumentando en muchos países de ingresos bajos y medios, es probable que crezca el riesgo de periodontopatías, pérdida de dientes y cánceres de la cavidad bucal. Además, las periodontopatías y la pérdida de dientes guardan relación con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, cuya creciente incidencia en varios países puede tener por ello efectos negativos sobre la salud bucodental. Las personas que viven con el VIH/SIDA padecen dolencias bucodentales específicas; la infección por el VIH influye negativamente en la salud bucodental y la calidad de vida, provocando, por ejemplo, dolores, sequedad de boca y dificultades para masticar, tragar y percibir el sabor de la comida.

3. La estomatitis ulcerativa necrotizante, que es una gangrena bucofacial debilitante, contribuye en buena medida a la carga de morbilidad en muchos países de ingresos bajos y medios, especialmente en África y Asia. Los principales factores de riesgo son la pobreza, la malnutrición grave, el consumo de agua insalubre, una serie de prácticas sanitarias deplorables y enfermedades infecciosas, como el sarampión, la malaria o el VIH/SIDA.

4. Las enfermedades bucodentales se sitúan en cuarto lugar por lo que respecta a los costos de su tratamiento. Los países de ingresos altos han respondido a la carga que suponen esas enfermedades, instaurando sistemas avanzados de salud bucodental que ofrecen básicamente servicios curativos a los pacientes. Tales sistemas se basan casi siempre en la demanda de asistencia, que es dispensada por profesionales privados, aunque algunos países de ingresos altos han establecido sistemas públicos de salud bucodental. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medios las inversiones en este ámbito son exiguas, y esos recursos se destinan primordialmente a la atención de salud bucodental de urgencia o a intervenciones para aliviar el dolor.

5. La mayoría de las enfermedades bucodentales tienen varios factores de riesgo en común con las enfermedades crónicas. Ambas clases de patologías, en efecto, guardan relación con entornos y comportamientos poco saludables, en particular un tabaquismo generalizado y un consumo excesivo de alcohol o azúcares. Una buena salud bucodental depende no sólo de observar conductas sanas, sino también de consumir agua limpia, contar con un saneamiento adecuado, practicar una higiene bucodental correcta y absorber niveles adecuados de fluoruros. Los programas nacionales de salud que incorporan el fomento de la salud bucodental y la aplicación de medidas en los planos individual, profesional y comunitario, resultan rentables a la hora de prevenir enfermedades bucodentales.

En general, en países en vías de desarrollo aún se observan altos niveles de caries dental,² especialmente en países donde las intervenciones comunitarias de tipo promocional o preventivo no han sido firmemente establecidas. En el Perú, el 84,0% de los niños presentan caries dental a los 12 años de edad, con un promedio de 3,1 dientes permanentes con experiencia de caries dental. Se reconoce además que el componente cariado explica la mayor parte de la experiencia de caries dental.

En muchos países en desarrollo, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos. Entre otros datos, la OMS estima que unos 5.000 millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento; pero, en realidad, puede prevenirse.¹⁷

¿Cuál es la relación entre desigualdades sociales y salud? La salud, como bien señala Abadía,¹ es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno. Éste favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse. Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en este vínculo entre desigualdades sociales y salud. Si se destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Por otro lado, cuando

los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales.

Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe. También, que la causa más probable de la disminución en la prevalencia de caries en el mundo es la instauración de programas de educación, prevención y tratamiento de esta enfermedad, cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de fluoruros en sus diversas presentaciones. Sin embargo, otros estudios reconocen que no sólo el fluoruro tiene influencia en la disminución de caries y que otros factores se deben considerar.¹¹

Esta diversidad de factores es fundamental para entender la relación entre las características del perfil de salud en una población, y las políticas de salud imperantes en ese ambiente.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Martínez, Chacón y Martínez¹⁰ definen la promoción como una estrategia mediadora entre la gente y sus ambientes, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social, de manera que se cree un futuro mejor. Contexto que promueve el bienestar, la calidad de vida y la salud como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud (bienestar, etc) y, de ese modo, mejorar su salud.

Entre las características de las actividades de promoción estos autores consideran que:

1. Tienen connotaciones positivas.
2. Implican necesariamente a la población en su conjunto, en vez de enfocarse a grupos de riesgo.
3. Intentan, en especial, conseguir una efectiva y concreta participación de la comunidad, tanto en la definición de problemas, como en la toma de decisiones sobre las medidas que se deben adoptar.
4. Se orientan hacia los estilos de vida, promoviendo habilidades personales para influir sobre los factores que determinan la salud y el bienestar, así como para el desarrollo de estrategias adecuadas para afrontar situaciones problemáticas.

5. Procuran reforzar las redes y apoyos sociales, como determinantes de actitudes, valores y conductas significativas.
6. Se relacionan muy directamente con las condiciones de vida (vivienda, trabajo, etc.), prerequisites de la salud y el bienestar social.
7. Influyen sobre el entorno físico y social para fortalecer los factores favorables y modificar los que dificultan los estilos de vida saludables. Se trataría de conseguir que las opciones que mejoran la calidad de vida sean fáciles de elegir.
8. Combinan enfoques y estrategias diversas, pero complementarias: comunicación, educación, cambios organizacionales, desarrollo comunitario, etc.

En la propuesta interventiva, las acciones deben estar orientadas a la atención comunitaria para población infantil y adulta (exodoncias, tratamientos de urgencia, técnicas de higiene, fluorizaciones, ...). En algunos casos, la aplicación de técnicas de odontología restauradora centrada en población infantil y en piezas permanentes. Es decir, programas:

- Centrados en acciones preventivas y de promoción de salud.
- Atención de urgencias odontológicas.
- Acciones formativas de promotores de salud oral para la comunidad.
- Promover el apoyo de la comunidad que recibe el programa.

La promoción de la salud constituye un proceso político social y una estrategia que puede contribuir efectivamente en la mejora de la calidad de vida y la construcción de una sociedad de bienestar. Su enfoque se basa en la concepción de *salud como un proceso social*, resultante de las condiciones e interacciones de las personas con su medio local. Desde esta perspectiva, la promoción de la salud considera que la preservación, mantenimiento y mejora de la salud requiere de la participación de la comunidad, del empoderamiento social y del despliegue de esfuerzos intersectoriales.

La promoción de salud involucra el fortalecimiento de la capacidad colectiva e individual para enfrentar la multiplicidad de determinantes que condicionan la salud; y al considerar la salud como resultado de un proceso social, rompe el paradigma de la medicalización de la salud.

El enfoque de resiliencia¹⁶ sugiere activar los mecanismos protectores sobre eventos críticos que posibilite un equilibrio armónico entre los estados de tensión y estrés naturales a la cotidianidad y los sucesos imprevistos e inespe-

rados que desatan las crisis. Es preparar a los sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral, sino que le permite reencuadres y cambios de perspectiva. El papel del profesional en las experiencias reseñadas, es como facilitador de procesos de cambio que dependen en lo primordial de la motivación y expectativas de la comunidad, familia o individuo, en una mirada interdisciplinaria que congrega todas las áreas del conocimiento interesadas en promocionar la resiliencia.

Todo ello exige asumir una cosmovisión diferente del mundo, donde el profesional aporta elementos conceptuales y metodológicos; pero, en esencia, quienes potencian y proyectan los factores positivos para sobrellevar y enfrentar las condiciones adversas son los propios individuos, familias, comunidades que las viven. Es apostar a crear mejores condiciones de vida a las generaciones futuras.

Se trata de producir un cambio en el modo de pensar las cuestiones comunitarias en salud, tarea que compromete a todos los actores sociales. Utilizar e integrar los recursos existentes, individuales, colectivos e institucionales; cooperar en lugar de confrontar; concebir la integridad dentro de la diversidad; crear espacios de decisión y de aprendizaje permanentes. Que cada grupo social que comparta un proyecto común para responder a una necesidad o interés, constituya más que una estrategia de supervivencia, una organización en red, apelando a y tomando conciencia de lo ya existente creando respuestas novedosas y valorizando el aporte mutuo.

Es nada más y nada menos que responder al desafío de institucionalizar nuevos modos de hacer, de intervenir, de enfrentar la complejidad, construir sobre ella y aún salir fortalecidos. Convertir la crisis en oportunidad; esto es, en otras palabras, fomentar la resiliencia de los habitantes.

Para orientar nuestras prácticas, la resiliencia nos lleva a las proposiciones siguientes:

- Prevenir los riesgos: los riesgos son una realidad, a la cual podemos todos estar expuestos. Los programas deben apuntar a eliminar o a limitar los riesgos y las amenazas para los niños. Es el papel de las acciones de información, de sensibilización, de desarrollo de competencias para reconocer una situación de riesgo y protegerse.
- No hay invulnerabilidad: ningún programa de prevención, ninguna política social llegará a suprimir los riesgos y las amenazas.

- No hay fatalidad; no hay determinismo absoluto. Frente a situaciones aparentemente sin esperanza, es muchas veces posible encontrar y construir un camino de resiliencia. Las acciones de prevención deben apuntar a favorecer, en el niño, las competencias que le permitirán desarrollar una resiliencia.
- Cambiar de mirada. Tener una mirada positiva sobre las personas y sus capacidades. Esto implica, por ejemplo, incluir sistemáticamente en la anamnesis las preguntas sobre los aspectos positivos del desarrollo y la salud.
- Favorecer la resiliencia de una persona cercana. La resiliencia se construye gracias a un vínculo fuerte con una persona, con apoyo de un amigo, de un familiar, de una red de conocidos. Todos podemos tomar este papel frente un amigo, un niño, un conocido en dificultad.

Hay aquí un mensaje esencial para todos nosotros: niños, adultos, sociedades, que muestra la importancia del vínculo y la solidaridad.

ODONTOLOGÍA SOCIAL

La odontología, como el resto de las ciencias sanitarias, tiene un objetivo final: el mantenimiento y la promoción de la salud de la población. Las enfermedades orales son un importante problema de salud pública. Las razones de su importancia radican en su elevada prevalencia, elevada demanda pública, y su fuerte impacto en los individuos o en la sociedad en términos de dolor, malestar, minusvalía social y funcional con el consiguiente deterioro de su calidad de vida. En la mayoría de los países los programas de atención odontológica se centran, a pesar de lo señalado con anterioridad, en aspectos tecnológicos y curativos de la odontología, en lugar de fomentar la prevención y los programas comunitarios de salud oral, que se muestran como estrategias más eficaces para mejorar la salud oral comunitaria y tendrían un mayor efecto sobre el estado de salud bucodental de una comunidad implicada en el proyecto.

La Odontología Social debe ser entendida como la columna vertebral de la profesión, ya que los contenidos de las diferentes asignaturas del Área Social, por las que el alumno transita a lo largo de su formación van dejando en él una impronta que contribuye a delinear el perfil profesional ya planteado en el plan de estudio. La intencionalidad de las mismas son atravesadas por un objetivo común: el de formar un recurso humano con una capacidad crítica-reflexiva y

con una marcada sensibilidad social, que le permite elaborar, a partir del diagnóstico social previo, las mejores estrategias para el desarrollo de su profesión, tanto en el ámbito público como en el privado.^{3,4}

Pero la gran interrogante es ¿Cuál es el papel del paciente dentro de este marco científicista?. La medicina occidental ha adoptado el sistema reduccionista de la biología moderna, adhiriéndola a la distinción cartesiana y sin tener en cuenta toda la persona del paciente, confinándonos a un ejercicio muy distante del criterio holístico, que reconoce al ser humano inmerso dentro de su contexto, el cual ejerce influencia sobre él, y que a su vez, es capaz de modificar su entorno en una dinámica que el profesional aisladamente no puede determinar.

ATENCIÓN COMUNITARIA DE LA SALUD ORAL

La sociedad demanda a las instituciones de educación superior una mayor pertinencia en sus prácticas formativas, lo cual implica abrirse a concepciones de enseñanza y aprendizaje conectadas con la realidad del contexto sociocomunitario, y que favorezca el emprendimiento de acciones generadoras de soluciones a la multiplicidad de problemas (salud oral y otros) que afectan al colectivo a escala comunitaria,¹⁹ y la práctica de modelos que tengan una permanente referencia y contrarreferencia con modelos más totalistas. Sólo así será posible desentrañar las circunstancias que unen la biología humana con la conducta y la sociedad.²⁰

La atención de la salud debe conceptualizarse como objeto de conocimiento, como la interacción humana, científica y técnica entre el profesional de la salud, la persona y los colectivos, cuya intencionalidad es promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar en la enfermedad, procurando el desarrollo humano y social de los sujetos participantes en los programas de salud comunitarios.^{6,7}

A través del trabajo comunitario se busca ampliar el campo de relación actual entre los servicios de salud y la comunidad, permitiendo así un conocimiento mutuo y compartir intereses comunes. Esto promueve que los servicios organicen su atención en base a las necesidades identificadas en las comunidades de su ámbito difundan promocionen sus servicios y vinculen su acción con otras instituciones locales en busca de soluciones conjuntas. La comunidad, por su parte, organiza su demanda y empieza a compartir responsabilidades en la solución de sus problemas y necesidades identificadas.^{13,14}

CONCLUSIONES

1. Asumir la promoción, es apropiarse de la educación como una de las estrategias, diferente a la de la atención de la enfermedad, que se sustenta en el impulso de procesos que fortalecen la capacidad individual y colectiva de mejorar la calidad de vida y, por consiguiente, la salud. Por tanto, la educación busca informar, capacitar y sensibilizar a los profesionales a favor de la promoción de la salud y de los ejes conceptuales que la sustentan.
2. Debemos preguntarnos sobre la formación de los estudiantes de odontología en áreas educativas, promocionales y preventivas, frente a la salud oral como parte integral de la salud general, de forma tal que puedan responder a las necesidades de la población y asuman una actitud positiva hacia la atención de la salud de los colectivos humanos, lo que mostraría su inclinación hacia la práctica social.
3. Es de necesidad el identificar la influencia que las políticas institucionales tienen en la actitud de las estudiantes de odontología frente a la atención de la salud y su tendencia al trabajo desde la dimensión preventiva y hacia la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABADÍA, C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral *Acta Bioethica* 12(1), 2006.
- 2 BERNABÉ, E.; SÁNCHEZ P.; DELGADO E. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. *Rev Med Hered* 17(3), 2006.
- 3 CASTAÑO, A. Y RIBAS, D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Odontología Social, un deber, una necesidad, un reto.* Editorial XXI, 2011.
- 4 CUENCA, E.; BACA, P. *Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones.* 3a. Ed. Masson. Barcelona. 2005.
- 5 GALARRAGA, H. La complejidad del concepto salud manifestado a través de las discrepancias en el diagnóstico y tratamiento aplicado a pacientes ortodóncicos de la U.C.V. *Acta Odontológica Venezolana*, Vol. 41 N° 1 2003. ISSN: 0001-6365.
- 6 HEIDEMANN, D. *Valoración y Profilaxis. Detección Planificación y Prevención.* Masson Elseiver. 4ª Ed. 2007.
- 7 HIGASHIDA, B. *Odontología Preventiva.* Mcgraw-Hill. México. 2000.
- 8 HOBDEL, M.; SINKFORD, J.; ALEXANDER, C. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education* 2002; 6(3): 167-178.
- 9 LAMAS, H. Pobreza y resiliencia: una nueva lectura de un problema complejo. *Revista Salud & Desarrollo social.* N°3 Art 2, pp. 9-18, 2007 CIREs, ISSN 1690-4419.

- 10 MARTÍNEZ, A.; CHACÓN, F. Y MARTINEZ, M. Psicología comunitaria. Madrid, Visor, 1988.
- 11 MEDINA-SOLÍS, C. et al . Políticas de salud bucal en México. Disminuir las principales enfermedades: una descripción. *Rev Biomed* 2006; 17:269-286.
- 12 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. 120 va Reunión Consejo Ejecutivo. Punto 4.6 del orden del día provisional. EB120/10, Noviembre, 2006.
- 13 PETERSEN, P. The World Oral Health Report 2003. Geneva: WHO: 2003.
- 14 POULTON, R.; CASPI, A.; MINE, B. ET AL. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study. *The Lancet* 2002; 360: 1640-1645.
- 15 RIOBOO, R. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Avances Medico-Dentales, SL. Madrid. 2002.
- 16 RUTTER, M. Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631. 1993.
- 17 World Oral Health Report 2003. Recuperado el 16 de abril de 2012 de: http://www.who.int/oral_health/publications/report03/en/http://www.who.int/.
- 18 PALOMAR, J.; LAZAGORTA, N. Y HERNÁNDEZ, J. Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. Universidad Iberoamericana. México, 2004, 37(1):9-45.
- 19 TORRES P. Evaluación de Competencias - Academia - Trujillo - Venezuela - ISSN 1690-3226- Enero - Junio. Vol. VIII. (15) 2009, 33-47.
- 20 PAYARES C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Rev Cubana Estomatol* v.34 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 1997 versión On-line ISSN 1561-297X.

