



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Evaluación de la aplicación de los principios de promoción a la salud en un modelo de servicio estomatológico comunitario

TESIS

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista

PRESENTA

José Ángel Pulido Martínez

DIRECTORA:

Mtra. Valdez Penagos Remedios Guadalupe

ASESORA:

Mtra. Cortés Quiroz María del Carmen

ASESORA:

CD. Negrete García Patricia Alejandra



Ciudad de México, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Bernabé, mi padre, que sembró en mí la valentía y el ímpetu de luchar incansablemente para conseguir todo lo que te propones sin importar cuánto tardes en lograrlo, por dejar en mi memoria los mejores recuerdos de vida y el ejemplo de lo que es ser un gran papá, por enseñarme que el amor trasciende más allá de la vida.

A Lydia, mi madre, por mostrarse siempre fuerte ante la vida y la adversidad, por trabajar y resistir a mi lado para salir adelante, por forjar mi carácter y las ganas de salir victorioso ante cualquier circunstancia, por mostrarme el significado del amor.

A mi hermana Cecilia, por amarme y apoyarme incondicionalmente en todas las etapas de mi vida y a mi cuñado Jesús por su ayuda durante este proceso; a mi hermano Iván, por mostrarse siempre fuerte y guiarme a tomar las mejores decisiones y a mi cuñada Griselda por las palabras de aliento; a mis sobrinos Braulio y Damián, por ser ese motor que me impulsa a ser mejor persona día con día; a mis hermanos Julio y Carlos por respaldarme a lo largo de estos años.

A Arel, por convertirse en uno de los pilares más importantes en mi vida, por el apoyo incondicional que me has brindado todos estos años, por escucharme y brindarme tu consejo en pro de mi bienestar.

A mi amiga Andrea Gómez, por ser un apoyo incondicional durante la carrera y ahora ante la vida; a Carlos Morales y Mayra Rojas, por todos los momentos tan buenos que hemos vivido juntos y por dejarme aprender de ustedes.

A las doctoras Remedios Valdez Penagos y María del Carmen Cortes por el apoyo, los consejos, por compartir conmigo su conocimiento y por confiar en mí durante este proceso. A mis sinodales: Adriana Villa, Patricia Negrete y Nidia López por el tiempo dedicado a la revisión para la elaboración de este proyecto.

Por mi raza hablará el espíritu...

José Ángel Pulido Martínez

Evaluación de la aplicación de los principios de promoción a la salud en un modelo de servicio estomatológico comunitario

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Marco teórico.....	7
La batalla contra la caries dental.....	7
La promoción de la salud.....	8
Principios y Valores de la promoción a la salud.....	14
Latinoamérica y la promoción a la salud.....	18
Evaluación del modelo de servicio estomatológico en Brasil.....	21
México frente a la caries dental.....	23
Estrategias para abordar la promoción a la salud.....	25
Modelo de servicio estomatológico comunitario Valle Verde.....	28
Planteamiento del problema.....	38
Objetivo general.....	39
Material y métodos.....	40
Tipo de estudio.....	40
Universo.....	40
Criterios de selección.....	40
Variables.....	41
Técnica.....	41
Diseño estadístico.....	45
Recursos.....	45
Cronograma de actividades.....	46
Resultados	47
Discusión.....	55
Conclusión.....	59
Referencias.....	60
Anexos.....	64

RESUMEN

En Latinoamérica se han llevado a cabo estrategias que permiten a las personas tener acceso a servicios de salud, propiciando beneficios individuales y comunitarios; un ejemplo de ello ha sido Brasil, el país que más ha elaborado estrategias para alcanzar este objetivo disminuyendo la incidencia de caries principalmente, y las patologías bucales de mayor frecuencia, apegándose en un 54% a los principios de promoción a la salud.

Es por ello que el propósito de esta investigación es conocer qué tan apegado a los principios de promoción a la salud se encuentra el servicio comunitario prestado en valle verde por universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza durante el cuarto año de su formación.

Para ello se llevó a cabo la evaluación del modelo a través de la Rúbrica Analítica Socioformativa para Evaluar Promoción de Salud Bucal (RASPSB), aplicada a 15 pasantes de la carrera de Cirujano Dentista, quienes son los encargados de llevar a cabo las actividades de promoción a la salud bucal en el modelo de servicio comunitario.

Con ello se puede concluir que el modelo de servicio estomatológico comunitario implementado en valle verde se apega 72% en un rango muy alto a los principios de promoción de salud, es necesario trabajar en la infraestructura saludable, la equidad, empoderamiento y participación comunitaria. Individualmente los indicadores mejor evaluados fueron la gobernanza y la orientación del servicio.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS, la caries dental afecta a casi el 90% de la población mexicana y pese al avance que existe en el área estomatológica, la batalla contra la caries dental se sigue perdiendo.

Diversos países de América latina como Bolivia, Brasil, Chile y Cuba han adoptado modelos de atención estomatológica enfocados principalmente a la prevención, haciendo énfasis en la promoción de la salud bajo el nombre de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Qué no solamente centran su trabajo en la prevención sino que además buscan la salud para toda la población, mediante acciones que permiten que todos los sectores tengan acceso a la salud.

México también ha adoptado medidas que van en la búsqueda de la disminución de las patologías bucales más frecuentes, sin embargo, la ejecución de los programas no terminan por favorecer a los sectores más necesitados; sin un parámetro que preceda la aplicación de los modelos preventivos en México, el presente trabajo mostrará un primer acercamiento a un modelo de servicio estomatológico comunitario.

La implementación de este modelo de servicio estomatológico comunitario será estudiada a través de la Rúbrica Analítica Socioformativa para Evaluar Promoción de la Salud Bucal (RASPSB), con el objetivo de mejorar su efecto en la salud bucal de la población.

MARCO TEÓRICO

La batalla contra la caries dental

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en la población. Estas llegan a manifestarse desde los primeros años de vida y sus secuelas producen diversos efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico e incluso estético que impactaran a los individuos afectados por el resto de su vida.

La caries dental sigue siendo la patología más frecuente en cuanto a la consulta estomatológica pediátrica se refiere. Desatender esta y otras afecciones bucales, tiene consecuencias físicas, psicológicas, nutricionales, económicas que incluso inciden en la salud sistémica de la persona que la padece.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD por sus siglas en inglés) ha recomendado realizar por lo menos una visita semestral al odontólogo con el propósito de mantener una correcta salud bucodental: a través de exámenes y métodos preventivos. Cabe mencionar que estas deben ser evaluadas y programadas con base en el riesgo incidental de caries de cada paciente, llegando incluso a citas mensuales para aquellos que presenten un alto riesgo de padecer caries.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que las condiciones en las que viven y trabajan los individuos, las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) trascienden de manera exponencial en la salud y longevidad de una población, por lo tanto se infiere que los DSS están asociados con la prevalencia de la caries dental.²

La caries es una enfermedad multifactorial que representa un problema de salud pública global. Aunque se conocen los factores de riesgo individual, los determinantes asociados con su ocurrencia poblacional aún se encuentran en vías de estudio provocando que las estrategias planteadas para erradicar esta enfermedad a nivel individual sean insuficientes.³

Aunque en la estomatología existen avances muy importantes en áreas como nanotecnología, implantología, estética, ortodoncia y otras especialidades, se sigue perdiendo la carrera contra esta afección bucodental que acontece con mayor frecuencia en la población, en buena parte debido a la orientación curativa y a la baja importancia de generar servicios de salud democráticos que disminuyan las desigualdades de acceso a los mismos⁴, es por lo tanto, tan significativo los avances tecnológicos y referentes a las técnicas, como lo es la producción de conocimientos y acciones que promuevan la salud de la población.

La promoción a la salud

Desde la década de los 70's la comunidad médica ha adoptado un discurso que incluye la prevención y la promoción de la salud bucal, el cual se ha reforzado en cada una de las conferencias de promoción de la salud, mismas que se describen más adelante. Uno de los principios fundamentales es la reorientación de los servicios de salud y es por ello que se precisa que el gremio odontológico trabaje en la transformación y generación de nuevas propuestas en la implementación de los modelos de servicio estomatológico.

En 1945, Henry Sigerist, historiador y prestigioso profesional de la salud –citado por Milton Terry– se refirió por primera vez al término «promoción de la salud», al enunciar las cuatro acciones de la atención médica, entre las que situó, como primera, a la promoción de la salud, seguida de la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación.

En 1986, por decisión de la Organización de la Salud y Bienestar de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, organizó una conferencia mundial sobre la promoción de salud y en ella los participantes aprobaron la denominada «Carta de Ottawa» que formuló por primera vez el concepto de promoción de la salud: «...esta consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma»; en ella se plantearon

como prerequisites para la salud: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad; finalizó expresando que las mejoras en la esfera de la salud han de basarse en estos prerequisites.⁴

Referente a la promoción de salud, se han desarrollado nueve conferencias, en cada una de ellas se resalta la importancia de llevar a cabo acciones que permitan a los individuos mejorar sus DSS, así mismo, su desarrollo permite comprender que la promoción de salud es un proceso transdisciplinario y que la participación interinstitucional es indispensable, a continuación se resaltan algunos de los puntos más relevantes de cada una de estas conferencias.

1. Carta de Ottawa

La Carta de Ottawa recoge la necesidad de que exista una participación activa en la promoción de la salud y ello implica: la declaración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales, la reorientación de los servicios sanitarios; todas estas líneas de acción deben irrumpir en el futuro y lograr el compromiso a favor de la promoción de salud.

La construcción de políticas públicas saludables fue explorada profundamente en la segunda conferencia mundial de Adelaida, en 1988, donde se reclamó la voluntad y el compromiso político de todos los sectores con la salud. Cuatro áreas prioritarias de acción fueron identificadas: apoyo a la salud de la mujer, mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria, reducción del uso de tabaco, alcohol y la creación de ambientes favorables para la salud.⁶

2. Adelaida

La Declaración de Adelaida precisa la necesidad de un acuerdo social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva

forma de gobernanza en la que exista un liderazgo conjunto entre sectores sociales y todos los niveles de gobierno, dicha declaración destaca la contribución del sector de la salud para la resolución de problemas complejos en todos los niveles de gobierno.

Tomó como base la población sana, siendo esta un requisito fundamental para la consecución de los objetivos de la sociedad. La reducción de las desigualdades y las diferencias sociales mejora la salud y el bienestar de todos. Además toma como eje la buena salud, mejorando la calidad de vida y la productividad laboral, aumentando la capacidad de aprendizaje, fortaleciendo a las familias y comunidades, y contribuyendo a la sostenibilidad del hábitat y del medio ambiente, así como a la seguridad, la reducción de la pobreza y la inclusión social.⁷

3. Sundsvall

En la conferencia mundial de Promoción de la Salud llevada a cabo en Sundsvall, Suecia, en 1991; la creación de ambientes favorables se resalta como la prioridad, enfatiza en el ambiente familiar, pues la violencia constituye un problema de salud y es necesario trabajar en ello desde las edades tempranas: fomentar la amistad, la armonía familiar, la comunicación positiva y la no agresión de palabras; por supuesto, es necesario eliminar los maltratos físicos, en especial con los niños, las niñas y las mujeres, sin olvidar a los ancianos; aunque han pasado años, estos temas siguen vigentes, un punto destacable es que la prevención de la violencia debe comenzar desde antes del nacimiento.⁸

4. Yakarta

La cuarta conferencia en Yakarta, en el año 1997, celebrada en Indonesia, constituyó una oportunidad para revisar el impacto de la Carta de Ottawa y para convocar a nuevos actores a enfrentar los desafíos globales. Planteó conceptos innovadores que se proyectan hacia el futuro siglo; en aquel entonces, se refería al presente siglo XXI.

En la declaración, se insta a la comunidad mundial a adoptar determinadas estrategias clave, dirigidas a favorecer actividades para la promoción de la salud en el ámbito internacional. En ella, se planteó que cualquier inversión en la promoción de la salud traería consigo abundantes beneficios para todos. Cinco prioridades fueron identificadas en la Declaración de Yakarta, para encauzar la promoción de la salud en el siglo XXI, las cuales fueron:

1. Políticas saludables
2. Ambientes favorables
3. Reforzamiento de la acción comunitaria
4. Desarrollo de aptitudes personales y
5. Reorientación de los servicios de salud

Las cuales fueron confirmadas en la resolución sobre promoción de la salud adoptada por la Asamblea Mundial de la OMS en mayo de 1998.⁹

5. México

En junio del 2000 se celebró en México la quinta conferencia mundial, cuyo lema fue «Hacia una mayor equidad». Diferentes temáticas fueron analizadas:

- Fortalecer la base científica para la promoción de salud
- Invertir en salud
- Responsabilidad social
- Ampliar las capacidades de las comunidades y habilitarlas para promover salud
- Infraestructura para promover la salud: el arte de lo posible
- Reorientación de los sistemas y servicios de salud: un componente crítico de las reformas del sector de la salud.

6. Bangkok

En el año 2005, se celebró la sexta conferencia en Bangkok, Tailandia, y se emitió el documento denominado «Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, 2005 », cuya vigencia y actualidad reafirman la importancia y pertinencia del tema, que es motivo de esta revisión sobre promoción de la salud.

La Carta de Bangkok afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades para mejorar la salud, deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. Esta complementa, basándose en ellas, los valores, principios y estrategias de acciones para el fomento de la salud, establecidos en la Carta de Ottawa, así como las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales que han sido ratificadas por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud.

7. Nairobi

La séptima conferencia mundial se celebró en Nairobi, capital y mayor ciudad de Kenia, en el año 2009; es la única celebrada hasta el momento en un país africano y tuvo como precedente los importantes debates sobre las determinantes de salud. En ella participaron 600 expertos de más de 100 países, incluidos ministros de salud, políticos, empleados públicos de altos cargos, trabajadores de la salud, tomadores de decisiones políticas, investigadores, profesores y representantes comunitarios; se desarrolló utilizando múltiples procesos participativos durante la reunión de cinco días, y se complementa con un informe de la conferencia y una serie de documentos técnicos, que incluyen:

- Compromiso global: utilizar el potencial no explotado de promoción en salud
- Fortalecimiento de los sistemas de salud y del liderazgo
- Implementar una nueva política y asegurar el acceso universal a la salud

- Construir y aplicar una base de evidencias, con fundamento en las acciones que constituyen la diferencia: fortalecer el liderazgo, lograr el financiamiento adecuado y aumentar las habilidades para los promotores de la salud
- Realzar, mejorar y ampliar los análisis a través de todo el sistema
- Mejorar el desempeño de la gestión, las alianzas y la acción intersectorial

Para abocar, efectivamente, las determinantes de salud y lograr equidad, se requiere de acciones y alianzas que van más allá del sector de la salud, y el empoderamiento comunitario resulta imprescindible. Las comunidades deberán compartir el poder, los recursos y la toma de decisiones, con el objetivo de asegurar y sostener las condiciones para alcanzar la equidad en salud.

8. Helsinki

La octava conferencia mundial de Promoción de Salud, cuyo lema fue «Salud en todas las políticas», se celebró en Helsinki, del 10 al 14 junio del 2013. La conferencia se planteó, entre sus objetivos, impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia SeTP y avanzar con ello en la implementación de las recomendaciones de la Comisión de los determinantes sociales de la salud de la OMS. Al evento acudieron 900 delegados de todo el mundo y el programa se destacó por la presentación de estudios de casos sobre experiencias de colaboración intersectorial en los países. Se pretendía con ello identificar acciones a partir de estas experiencias para en alinearlas con la estrategia SeTP y avanzar en la implicación sistemática de los diversos sectores y niveles de gobierno en la mejora y protección de la salud.

Según la ministra finlandesa, el congreso contribuyó al conocimiento sobre cómo integrar la salud en el proceso político, al tiempo que se garantiza el cumplimiento de otros objetivos de gobierno. Para el subdirector general de enfermedades crónicas y salud mental de la OMS, resultó una mejor comprensión del potencial de la SeTP para influir en factores no sanitarios, pero muy vinculados con la salud,

como la pobreza, el acceso al agua y al saneamiento, la seguridad y el desarrollo social y económico sostenibles.

La octava conferencia mundial señaló dejar bien esclarecidas los determinantes socioculturales de la salud, que se habían debatido muy ampliamente en una reunión anterior. Por ello, el debate se centró en cómo lograr insertar la promoción de salud en todas las políticas.¹⁰

9. Shanghái

La novena conferencia mundial de promoción de salud se celebró en Shanghái, China, en noviembre del 2016, y en ella se planteó como tema central «La promoción de salud en los objetivos de desarrollo sostenibles». Ello marcó la pauta de los años venideros. Durante esta conferencia, fue emitida la Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.¹¹

Principios y valores de la promoción de la salud

La literatura sobre promoción de la salud y evaluación de estrategias, explora principios y valores referenciales para la construcción, desarrollo, evaluación de prácticas de la misma. La construcción de un modelo que contempla los pilares y valores, que pueden servir de base para la definición de principios y estrategias que evalúan las prácticas de promoción de la salud en diferentes contextos, incluidos los producidos en los territorios de atención primaria. El trabajo realizado por Kusma¹² en el 2012, retoma las aportaciones de Takeda y Harzheim quienes sugirieron la definición conceptual de pilares y valores de la promoción de salud en el año 2006.

Principios de la promoción de salud

Equidad

Al ser un principio ético y un concepto fundamental, es la base de las prácticas de promoción de la salud. Lograr la equidad es un requisito fundamental para mejorar la calidad de vida. Es por eso que el gran desafío de promover la salud oral es el cambio de escenario, en el que aún prevalecen las inequidades sociales, con el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, con un aumento de los riesgos y una disminución de los recursos para enfrentarlos.

La equidad se centra en la idea de que todos deben tener una oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial y nadie debería estar en desventaja para lograrlo, si esto puede evitarse. El reconocimiento de las diferencias injustas que existen en la sociedad en relación con la salud y la acción responsable sobre ellas es un punto fundamental para comprender el concepto de equidad desde la perspectiva de la promoción de la salud.

Participación

Es un proceso en el que diferentes grupos participan en la identificación de necesidades o problemas de salud y actúan como corresponsables en la planificación e implementación de soluciones apropiadas.

La participación involucra dimensiones de negociación, información, evaluación y monitoreo dirigidas al desarrollo de estrategias resolutivas de atención médica. La promoción de la salud presupone la organización colectiva y la búsqueda de intereses comunes, involucrando a diferentes actores sociales, entidades y asociaciones, sujetos parlamentarios y otras representaciones sociales en la construcción de acciones integradas.

Sostenibilidad

Una acción humana, para ser sostenible, debe ser ecológicamente correcta, considerando la relación del hombre con su territorio y/o ambiente; económicamente viable, con un uso adecuado de los recursos disponibles; socialmente justo, cuando prioriza la vulnerabilidad de personas y grupos, y busca la equidad; culturalmente aceptado, cuando valora la diversidad y la participación; y psicológicamente saludable, favoreciendo la autonomía y el empoderamiento.

En la promoción de la salud, la sostenibilidad debe referirse a un complejo sistema de relaciones que involucra a actores e instituciones en la búsqueda de soluciones más amplias y duraderas, y observar el concepto más de cerca en relación con los acuerdos corporativos que se están estableciendo y que pueden permitir la longevidad de las iniciativas. Señala la necesidad de buscar caminos articulados y construir nuevas instituciones que ganen poder y calidad para enfrentar los desafíos del escenario actual de atención médica.

Autonomía

El logro progresivo de la autonomía, visto como un componente deseable de la promoción de la salud, es el desarrollo personal de las capacidades, permitiendo la libre decisión de los sujetos sobre sus propias acciones y las posibilidades de construir su propia trayectoria. Es esencial reconocer a cada sujeto como un ciudadano con derechos que deben ser respetados en su singularidad y escuchados sobre sus necesidades de salud. La autonomía está relacionada con la idea de libertad, protagonismo, proactividad social, redes de protección y atención recíproca, respeto por la subjetividad, y pluralidad de visiones y comportamientos mundiales a nivel local.

Valores de la promoción de salud

Empoderamiento

Empoderamiento es un proceso que permite a las personas adquirir un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud. La noción de empoderamiento se refiere al fortalecimiento independiente de las poblaciones, por lo que no puede ser otorgado o estimulado por relaciones de poder asimétricas. Es una estrategia importante de promoción de la salud que puede ayudar a transformar la realidad a través del fortalecimiento económico, político, social y cultural de los múltiples actores sociales que juntos, pueden comprender la determinación del proceso de enfermedad y conquistar el derecho a la vida con ética y dignidad humana.

Por lo tanto es un proceso dinámico de desarrollo político y conciencia crítica de una población, que implica respeto mutuo, participación solidaria y cuidado grupal, a través del cual se comparten conocimientos y poderes.

Gobernanza

Es el proceso mediante el cual diferentes elementos de la sociedad (individuos e instituciones) ejercen poder y autoridad al tiempo que influyen en la planificación y gestión de las políticas públicas, como estrategias de promoción de la salud, que afectan las decisiones relacionadas con la vida pública y el desarrollo social y humano.

Integridad

Concepción integral de la salud que considera las especificidades y potencialidades individuales y colectivas, reconociendo la determinación social, económica y ambiental.

La integralidad debe asumirse como un eje guía para las nuevas formas de producción de salud social, al tiempo que es una nueva forma de gestión de la

atención en las instituciones de salud, permitiendo el surgimiento de experiencias innovadoras en la incorporación y desarrollo de nuevas tecnologías de asistencia.

Intersectorialidad

Las acciones intersectoriales destinadas a la promoción de la salud implican la articulación de conocimientos y experiencias en un proceso de construcción compartida, intercambio y construcción colectiva basada en diferentes lugares, culturas institucionales y lenguajes. Impone la ecuación a menudo conflictiva de las relaciones de poder y las diferentes perspectivas de las prácticas entre diferentes sujetos y sectores involucrados en tratar de enfrentar problemas de salud, pero cuya superación y trascendencia permiten soluciones innovadoras y duraderas, así como el establecimiento de la corresponsabilidad y lazos de cogestión para mejorar.¹²

Latinoamérica y la promoción a la salud

Las condiciones de salud bucal en Latinoamérica han mostrado un espectro epidemiológico que combina problemas de las llamadas sociedades subdesarrolladas con las de desarrollo avanzado, en las cuales la estructura socioeconómica y geográfica hace que estas condiciones de salud cambien debido a las posibilidades de acceso a la salud que tiene la población.

La población infantil suele ser la más susceptible a estos padecimientos que repercuten de manera significativa en la edad adulta. La caries por su parte sigue mostrando índices de alta prevalencia en niños, sin embargo, es importante señalar que la mayoría de enfermedades bucodentales, pueden ser controladas a través de actividades meramente preventivas y de diagnóstico temprano.

Es indispensable unificar y establecer los criterios de atención a la salud bucal con énfasis en la prevención integral en el sector público, social y privado, para

reforzar medidas básicas como la higiene bucal, una alimentación adecuada y la eliminación de malos hábitos como parte del mejoramiento del estilo de vida.¹³

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fuertemente fragmentados y segmentados, ha expresado la necesidad de implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en los sistemas de salud del continente. Un modelo de servicio estomatológico compatible con la lógica RISS debe fundamentar su organización en un modelo integral de atención en salud, centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades sociales, culturales y de género de la población.

Asimismo bajo la perspectiva de este modelo de atención, Bolivia pretende que la salud sea un derecho humano fundamental y de obligación suprema del Estado. Además ha adoptado una visión científica e integral que prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades bucodentales sin descuidar su reparación y rehabilitación. Por otra parte, Brasil ofrece acceso igualitario a los servicios de salud bajo cinco principios: universalidad, integralidad, equidad, participación de la comunidad y descentralización político administrativa. Chile, mediante la actualización de su reforma de salud plantea enfrentar diferentes aspectos como aumentar la equidad, entregar protección financiera y asegurar la calidad de los servicios de salud, creando subsecretarías dependientes del Ministerio respectivo y con una serie de modificaciones en el financiamiento, el aseguramiento y también en la provisión de la atención.¹⁴

Brasil: estrategias para evaluar la promoción a la salud

La actual Política Nacional de Promoción de la Salud en Brasil, señala la responsabilidad de las tres esferas del gobierno para establecer instrumentos e indicadores para el monitoreo y evaluación del impacto / implementación de los objetivos definidos en esa política. Los instrumentos deben centrarse en los principios y valores de la promoción de la salud, incluidos la integralidad, la equidad, la responsabilidad de la salud, la movilización y participación social, la Intersectorialidad, la información, la educación y la comunicación, además de la sostenibilidad.

La evaluación de la promoción de la salud es un desafío metodológico y estratégico para establecer evidencia que respalde los procesos de gestión de la salud. El uso de métodos de evaluación basados en el análisis participativo de los procesos y contextos locales es esencial para el éxito de las intervenciones y la formulación e implementación de políticas. En los últimos años, se ha realizado un esfuerzo para promover una mayor integración de la salud oral en los servicios de salud en general, permitiendo la sinergia de conocimientos y prácticas que apuntan a la promoción y vigilancia de la salud, la acción sobre los DSS del proceso de la misma, la prevención de riesgos y enfermedades, y la consiguiente incorporación de prácticas basadas en evidencia de efectividad.

La mayoría de las prácticas anunciadas como "promoción de la salud", especialmente a nivel de atención primaria, todavía se limitan a estrategias basadas en modelos tradicionales de intervenciones educativas preventivas centradas en la higiene oral supervisada, conferencias y aplicaciones de fluoruro. Algunas de las limitaciones más serias de estas acciones se deben al hecho de que no producen mejoras sostenibles a mediano y largo plazo en la salud bucal de la población, siendo de naturaleza paliativa e ignorando en gran medida los factores estructurales que determinan la mala salud bucal.

En esta línea, abogar por la promoción de la salud bucal que busque lograr mejoras sostenibles en este campo de la actividad humana, reduciendo las inequidades a través de acciones dirigidas a sus principales determinantes.

Esto implica el desarrollo de acciones basadas en la población que mejoran los factores de salud protectores. Dichas acciones están comprometidas con el derecho a la salud, la equidad y la ciudadanía, y están dirigidas al desarrollo humano y la protección social, manteniendo un ajuste fino con las necesidades y demandas de salud de las personas en poblaciones y grupos de población específicos, contextualizadas de acuerdo a sus condiciones de vida.

La evaluación de las acciones de promoción de la salud plantea un desafío metodológico complejo. La evaluación constituye un recurso técnico y político relevante para tratar de reorientar la racionalidad de las prácticas de salud. Puede considerarse un juicio sobre una práctica social o cualquiera de sus componentes, en diferentes contextos y espacios sociales, con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones informadas, confiando en métodos sólidos que respondan adecuadamente a las formulaciones teórico-políticas que guían estrategias de intervención en la realidad. Cuando la evaluación adquiere un carácter participativo, crea un ambiente virtuoso, la circunstancia evaluativa en sí misma es un proceso de empoderamiento del sujeto y promoción de la salud, difundido a través de la Carta de Ottawa como "un proceso de empoderamiento de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla".

Evaluación del modelo de servicio estomatológico Brasileño

Para recopilar los datos durante el Estudio Nacional de Prácticas de Promoción a la Salud (ENPRO.SA) de la salud oral, en la que participaron directamente cirujanos dentistas que habían implementado durante al menos un año en su área local, una estrategia específica con la que el participante tenía experiencia previa de promoción de la salud oral, se evaluó más a fondo utilizando la herramienta de evaluación de la eficacia de la estrategia de promoción de la salud oral propuesta y validada por Kusma¹² et al.

Los resultados mostraron diferencias significativas en la promoción de la salud oral entre distintas regiones brasileñas con puntajes más altos observados en las regiones más ricas del sudeste y sur, donde se siguieron los pilares y valores de las estrategias de promoción de la salud. Los puntajes más bajos se observaron en las regiones centro-oeste y norte, que son regiones mucho más pobres. Estos hallazgos indican que promover la equidad a través de políticas nacionales de salud es importante para proporcionar igualdad de acceso a la salud para todos.

Este estudio también refuerza el valor de una herramienta de evaluación que analiza la efectividad de las prácticas de promoción de la salud oral para proporcionar cambios significativos en la atención primaria de salud.

Utiliza un gran conjunto de datos producidos por el Estudio Nacional de Prácticas de Promoción de la Salud (ENPRO.SA) realizado por el Centro Colaborador del Ministerio de Salud en Vigilancia de la Salud Oral (CECOL / PUCPR). Su desarrollo se produjo en el período 2013-2014, integrando un acuerdo de cooperación establecido entre la Coordinación Nacional de Salud Oral, del Ministerio de Salud y la Pontificia Universidad Católica de Paraná.

La herramienta de evaluación de la efectividad de las Estrategias para la Promoción de la Salud Bucal (PSB) es el instrumento validado en ENPRO.SA y permitió que se formará la base de datos para la construcción de la herramienta (matriz de indicadores de evaluación) está respaldado por un modelo teórico que enfatiza el estado del arte con respecto a los pilares y valores de la Promoción de la Salud aplicada a la salud bucal. La herramienta está compuesta por 23 indicadores reunidos en tres dimensiones: salud oral, políticas públicas saludables y desarrollo humano y social.

Para cada indicador, las respuestas se ordenan en una escala tipo Likert con gradaciones de valores de 1 (no incluir) a 5 (incluir completamente). Luego se obtiene una puntuación final, que va de 23 a 115; cuanto más alto sea el puntaje,

más contempla la estrategia los pilares y valores de la promoción de la salud, lo que sugiere un mayor potencial para promover la salud bucal.

Usando un corte por la mediana, los puntajes entre 23 y 74 caracterizan estrategias débiles, con poco potencial, mientras que los valores entre 75 y 115 caracterizan estrategias fuertes, con mayor potencial para promover la salud oral, es necesario considerar que los valores límite, cercanos a 74 - 75, caracterizan una transición de fuerza o intensidad en el potencial de la estrategia, pasando de la escala de potencial "ninguno / pequeño" a "plausible / mucho". La mayoría (54%) de las estrategias evaluadas estaban alineadas con los pilares y valores de promoción de la salud.¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸

México frente a la caries dental

Las patologías bucales se encuentran entre las enfermedades de mayor demanda en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar e incluso laboral. A la salud bucodental no se le había considerado como parte integral de la salud general, sin embargo, esta situación se ha ido modificando ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de éste, para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades.

Con relación a la cultura de salud bucodental en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas, ejemplo de esto es que a la salud bucal no se le considera parte de la salud general incluso no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edéntulos a edades tempranas. Sin embargo, parte de la cultura de la prevención radica en estar comprometidos con cambiar ese tipo de creencias y centrar esfuerzos en llegar a tener un mayor número de adultos sanos.

Una recomendación de la OMS, es que se debe modificar el enfoque profesional centrado en la enfermedad (mutilatorio y curativo) por un enfoque de prevención fundado en la salud, educación sanitaria, autocuidado y una visión salutogénica,

donde se aborden los aspectos que generan salud en oposición a la patogénesis; enfocados en que la enfermedad y la salud no son dos opuestos irreconciliables, sino más bien estados distintos dentro de un proceso en permanente transformación.¹⁹

Por ello se hace necesaria la instrumentación de un programa de promoción, educación y prevención, conformado por acciones que se organizan y sistematizan a través de las estrategias de concertación como coordinación, extensión de cobertura, participación social, capacitación permanente y comunicación social, así mismo se complementa con materiales didácticos y de promoción para facilitar la ejecución de las acciones, dicha comisión señala que las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia en México son la caries dental y la enfermedad periodontal que afecta a más del 90% de la población.²⁰

México: panorama epidemiológico

Dicha enfermedad en el país afecta a 48% de los menores de 5 años y el 93% de los niños de 15 años la padecen. En conjunto se estima que el 99% de la población ha tenido caries y que esta patología es la causa más importante de la pérdida de dientes antes de los 35 años de edad.²¹

La caries, a pesar de tener un origen multifactorial, es una enfermedad que se puede prevenir y controlar con medidas de bajo costo. En México, de acuerdo con Luengas, “la salud bucal no se contempla como prioridad en las políticas generales de salud, ni constituye parte de las acciones básicas de servicio, así la atención bucal queda restringida al ámbito de la práctica privada”. De igual forma, Luengas, Sáenz y Sánchez²² afirman que: [...] el proceso de globalización ha restringido el derecho a la salud y bajo esta perspectiva, parece ser un asunto individual y privado que tendría que solucionarse mediante la compra de servicios de seguros médicos, tanto individuales como colectivos, y no una responsabilidad de los gobiernos y las instituciones públicas de salud.

Por la aplicación de este tipo de políticas oficiales, el manejo de la enfermedad bucodental más grave en México no ha cambiado como se esperaba durante los últimos cuarenta años.

Estrategias para abordar la promoción a la salud

Las estrategias tradicionales han carecido de un enfoque integrado a la promoción de la salud y a los factores de riesgo en común con otras patologías, principalmente las enfermedades crónicas. México ha mostrado un rezago en cuanto a la promoción de la salud bucodental se refiere, esto coloca a los sectores marginados de la población en desventaja al carecer de los servicios y programas para solventar esta necesidad. De ese modo, la salud bucodental queda como responsabilidad del individuo.

La problemática es por demás compleja y aún más en poblaciones con desventajas sociales. Factores como el estrés, carencia de recursos, conflictos familiares, hacen que la salud bucal sea menos accesible para los niños. Diferentes autores como Frenk y Moreno²³⁻²⁴ han documentado que los factores mencionados favorecen la aparición de enfermedades con un gran componente social y baja respuesta del Estado para solventar esta brecha de desigualdad social.

La atención preventiva de la salud bucodental de las poblaciones con desventaja tiene un gran potencial positivo, que contribuye al bienestar de toda la familia. La detección oportuna y tratamientos preventivos en dentición temporal en áreas de alta marginación, evitan acciones traumáticas que en el futuro podrían ser actitudes no favorables hacia la atención bucodental.²⁵⁻²⁶

Por otro lado, la evaluación de la salud poblacional es una de las funciones esenciales de la Salud Pública, instituciones que conforman el sector salud han realizado diversos estudios para obtener información al respecto.

En México a finales de los ochenta se implementó el programa de fluorización de la sal, cuyo propósito era evaluar el impacto de esta medida que inició como un

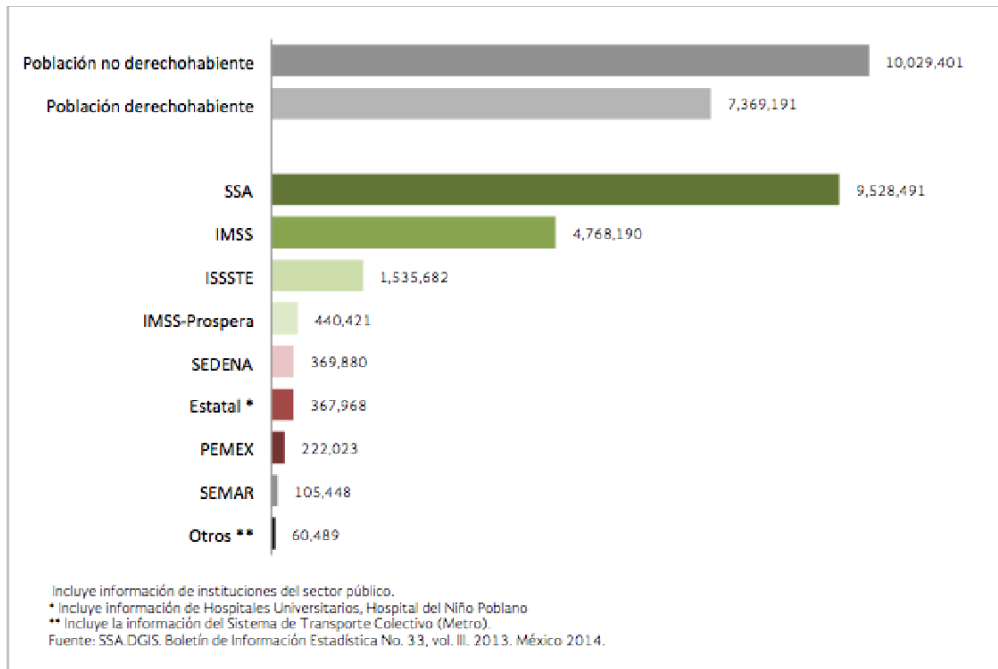
primer estudio que fungía como línea basal. Contando en un principio con la participación de 11 entidades federativas que para el segundo corte a finales de los noventa ya sumaba las 32 entidades que conforman el país. Este estudio permitió obtener un panorama de la frecuencia y distribución de caries dental en escolares de todo el país.

La Ley General de Salud contempla dentro de su artículo 27, la prevención de las enfermedades bucodentales proporcionada por el sector público y privado, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Oferta estomatológica en México

La oferta de los servicios públicos estomatológicos se hace a partir del tipo de aseguramiento de la población. Así el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrece servicios de salud para trabajadores formales de empresas privadas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para trabajadores formales de empresas públicas, la paraestatal Petróleos Mexicanos y las dependencias de Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) prestan servicios de salud a sus trabajadores y familiares. Por otra parte, para los trabajadores no formales o de zonas remotas y marginadas, la Secretaría de Salud (SS), el IMSS en su régimen prospera (IMSS-P) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ofrecen atención médica.

Anualmente se otorgan, alrededor de 18 millones de consultas estomatológicas a la población en el Sector Salud. El 57.6% de esta cifra corresponde a la población no derechohabiente y el 42.4% a la población derechohabiente. Al estratificar por institución la Secretaría de Salud otorga más de la mitad de consultas estomatológicas (54.8%) y el Instituto Mexicano del Seguro Social un poco más de la cuarta parte (27.4%). La Gráfica 1 muestra el total de consultas otorgadas por el Sector Salud, por tipo de aseguramiento.



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Recursos Físicos Y Materiales (Infraestructura). Numeralia de recursos físicos de los sectores público y privado, 2003-2013.

Ante esta oferta en servicios estomatológicos públicos y los informes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales donde se describe una prevalencia de caries en niños de 5 a 9 años superior al 71% y un promedio de dientes afectados por caries superior a 3.8 dientes ²⁷⁻²⁸; surge la necesidad de implementar modelos de servicio estomatológicos que integren la promoción de salud si no es posible desde el ámbito de salud público, sí desde el ámbito de la universidad pública, puesto que es un espacio en donde uno de los principales objetivos es la formación de profesionales con conciencia social y capacidad para crear opciones que respondan a las necesidades de la sociedad.

Modelo de servicio

Un modelo de servicio es la organización del capital humano, infraestructura e insumos para ofrecer una solución a la necesidad de un grupo de usuarios. Los modelos de servicios profesionales deben garantizar una atención de calidad, ofrecer un servicio estandarizado, que incluya un sistema de mejora de las prácticas de atención en todas sus actividades.

Los modelos de servicio deben poseer una filosofía que oriente a los directivos y a los prestadores del mismo; para ello es fundamental la capacitación, motivación y compromiso de los colaboradores en su aplicación.²⁹

Modelo de servicio estomatológico comunitario Valle Verde

El modelo de servicio estomatológico es una respuesta organizada de un gremio profesional al proceso salud-enfermedad del sistema estomatognático de grupo poblacional, esta respuesta es un sistema en el cuál los recursos humanos, utilizan técnicas y conocimientos para gestionar y administrar la infraestructura, recursos materiales y tiempo con la finalidad de generar opciones atención para la población.

Durante el desarrollo del marco teórico se ha puesto de manifiesto la necesidad de reorientar el modelo de servicio estomatológico, esta necesidad fue identificada desde la creación del primer plan de estudios de la Licenciatura de Cirujano Dentista en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por lo tanto se creó el módulo de estomatología integral, en donde el estudiante tienen la oportunidad de participar en uno de los cinco modelos de servicio estomatológico alternativos con los que cuenta actualmente la Carrera, estos modelos deben desarrollar las siguientes característica:³⁰

- Atención anticipatoria
- Dirigirse a grupos específicos de población
- Plantear un enfoque grupal de los problemas
- Orientarse no solo a eliminar daños sino a disminuir los riesgos

- Evaluar la productividad y cobertura obtenibles

Tomando en cuenta que la orientación de los servicios estomatológicos es un determinante social de salud, que a través de las nueve conferencias de promoción de salud se ha hecho hincapié en reorientar los servicios hacia la salud y no a la atención de la enfermedad y que la FES Zaragoza cuenta con modelos de servicio estomatológico con esta orientación, surge el interés de investigar que tanto se aplican los principios de promoción de salud en estos espacios.

Antes de llevar a cabo la investigación, resulta deseable realizar una descripción del modelo de servicio estomatológico comunitario que será evaluado, vale la pena puntualizar que este se trata de un modelo de servicio estomatológico comunitario que se desprende del funcionamiento del MOSEA Valle Verde. Este modelo se caracteriza por incluir la desmonopolización del conocimiento, la prevención, la atención bajo la mínima intervención y aplicar la simplificación en su implementación.

Con el objetivo de describir con mayor claridad el modelo de servicio estomatológico comunitario se tomó como base el “lienzo/modelo” Canvas. Este lienzo ha sido utilizado como instrumento fundamental a la hora de planear las iniciativas de innovación y creación de una empresa. El modelo Canvas es una herramienta para el análisis de ideas de negocio, desarrollada por el consultor suizo Alexander Osterwalder en el año 2004 en su tesis doctoral. Canvas es un método que describe de manera lógica la forma en que las organizaciones crean, entregan y capturan valor. (Osterwalder, *The Business Model Ontology*, 2004).

Canvas es un lienzo que permite la rápida evaluación de una idea. Se compone de nueve bloques (figura 1)³¹⁻³²:

1. Segmento de usuarios
2. Propuesta de valor
3. Canales
4. Relaciones con los usuarios
5. Fuentes de ingresos

6. Recursos clave
7. Actividades clave
8. Asociaciones clave
9. Estructura de costos

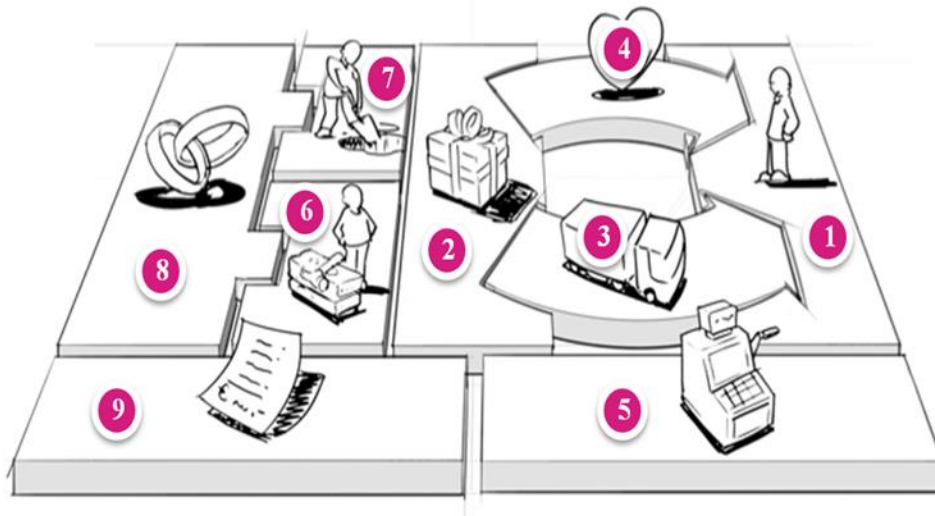


Figura 1. Lienzo Canvas. Fuente: Guía didáctica modelo canvas. Región emprendedora europea, junta de Extremadura. 2017

1. Segmentos de usuarios

El presente modelo de servicio estomatológico comunitario se encuentra dirigido a la población escolar de la primaria Hermanos Serdán, ubicada en el municipio de Ixtapaluca, Estado de México. La población total del municipio en 2010 fue de 467,361 personas, lo cual representó el 3.1% de la población en el estado. En el mismo año había en el municipio 117,619 hogares, 163 escuelas preescolares (2% del total estatal), 189 primarias (2.4% del total) y 108 secundarias (3%).

Datos del informe final de actividades MOSEA 2019³³ refiere que el 44% del total de la población se encuentran sin derechohabencia a servicios de salud, 30.3% de la población de 15 años o más tiene educación básica incompleta, 3.3% de la población de 6 a 14 años no asisten a la escuela, 2.8% de la población de 15 años o más es analfabetas y 1.2% de las viviendas no tienen sanitario.

El modelo de servicio estomatológico comunitario otorga su servicio a 59 escolares de 6 a 9 años de edad, el nivel educativo de del 28% de las madres de los niños cuenta con educación primaria y el 44% secundaria. En el caso de los padres, el 37% cuenta con educación primaria y 29% con educación secundaria.

En cuanto a la ocupación de los padres de familia de los escolares, el 55% de las mamás se dedican únicamente a labores del hogar, seguidas del 16% de madres que son empleadas; mientras que el 42% de los padres de familia son empleados, seguido del 13% de padres que son obreros. Con ello también podemos entender que la crianza de los escolares, recae directamente en la madre de familia.

El 35% de los escolares habitan con al menos cuatro personas más en casa, seguidos del 27% en donde habitan al menos 5 personas en la misma vivienda. Los núcleos familiares de los escolares se caracterizan por ser tradicionales, donde aproximadamente 76% de los escolares viven con ambos padres y el 15% solo vive con su madre. 42% de los escolares tiene un hermano y 20% dos hermanos.

Respecto al ingreso económico familiar; en el 49% de las familias solo trabaja un integrante; en el 35% son dos integrantes. El ingreso económico percibido por el 42% de los hogares ronda entre \$2,700 y \$6,799 pesos mensuales y 40% de estos percibe menos de \$2,699 pesos mensuales.

El 72% de las viviendas cuentan con piso de concreto, 93% con muros de tabique y 86% con techo de concreto; 3% tienen suelo de tierra, 1% muros de cartón y lámina y el 11% techos de lámina. Del total de la población, más del 25% cuenta dos cuartos por vivienda y menos del 20% cuenta con más de cinco cuartos por vivienda.

Respecto a los bienes y servicios con los que cuentan las viviendas de los escolares se pudo observar que el 91% cuenta con agua potable en casa, mientras que el 9% no cuentan con este servicio dentro de la casa.

El 47% de la población visitó al médico y recibió servicio en el seguro popular, seguido del 38% que visitó el IMSS y menos del 10% restante acudió a servicios como ISSSTE, PEMEX, privado, farmacia, entre otros. El motivo de consulta más común de estas familias es el resfriado, revisiones de rutina, tratamiento de enfermedades crónico degenerativas y embarazos. Se encontró que el 5 % de los padres y el 22% de los escolares acudió a consulta médica dos veces al año. El 37% de estas familias acudieron a servicio dental privado en el último año; antes de programa solo el 1% acudió a consulta a una clínica universitaria; 89% fue por atención para sus hijo (s); seguidos de la atención para la madre con un 61%, el padre con un 27% y los abuelos con un 22%.

La higiene bucal es realizada dos veces al día por el 45% de los escolares, el 57% de las madres y el 40% de los padres. El 26% de niños usuarios del modelo de servicio estomatológico comunitario presentó biopelícula reciente, 46% biopelícula madura y 28% biopelícula ácida. Los escolares atendidos en el modelo estomatológico comunitario presentaron una condición de encía sana en general, sólo el 10% de la población presentó gingivitis.

Respecto a caries dental, el indicador ICDAS reveló que el 88% de las superficies en las niñas y 74% de las superficies de los niños no presentan caries dental. La presencia de caries no cavitada afecta el 1.44% de las superficies de las niñas y 7.22% de los niños; así mismo se observó caries cavitada en el 4,27% de las superficies de las niñas y 5.16% de las superficies de los niños.

2. Propuesta de valor

La propuesta de valor busca resolver el problema del usuario, en este caso, un modelo de servicio comunitario que se orienta a la atención de caries dental que presentan los escolares. La propuesta de valor que diferencia este modelo al modelo tradicional, es la aplicación de los principios de promoción de salud a través de cinco categorías:

PRINCIPIOS DE PROMOCIÓN DE SALUD	ACCIONES EN EL MODELO DE SERVICIO ESTOMATOLÓGICO COMUNITARIO
Políticas saludables	<ul style="list-style-type: none"> - En el MOSEA valle verde se cuenta con un convenio de colaboración entre el DIF y la FES Zaragoza UNAM, así como un acuerdo de trabajo entre la Primaria y la Carrera de Cirujano Dentista de la FES Zaragoza. - El cirujano dentista asiste a la escuela para captar a los usuarios potenciales.
Ambientes favorables	<ul style="list-style-type: none"> - Las madres son instruidas en la higiene bucal de los niños y participan como las principales gestoras para crear ambientes saludables
Reforzamiento de acción comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesores y madres de los niños gestionan ambientes saludables incorporando hidratación efectiva y mejoran el acceso a alimentos saludables.
Desarrollo de aptitudes personales	<ul style="list-style-type: none"> - Se acompaña a las madres en identificar la problemática de salud bucal familiar
Reorientación de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - En el espacio escolar se lleva a cabo un diagnóstico precoz a través del ICDAS, diagnóstico gingival con IPMA, valoración de higiene bucal a través de O'Leary, así como la evaluación de la biopelícula por medio de la tinción con triplaque. - Aplicación de fluoruro de sodio al 5%. - Aplicación selectiva de selladores de fosetas y fisuras.

3. Canales

- Una de las propuestas de valor es, al mismo tiempo, el principal canal de comunicación, y radica en salir del modelo clínico para trabajar en el espacio escolar de los usuarios.

- Se convoca a los padres de todos los escolares. Los “usuarios objetivo” son aquellos cuyos padres pueden participar en las actividades de desarrollo de aptitudes personales para la salud.
- Los niños son captados en la escuela y remitidos al MOSEA Valle verde para su atención.
- En el MOSEA Valle verde se establece su plan de tratamiento.

4. Relaciones con los usuarios

Los principales usuarios son los niños, sin embargo se busca integrar a la familia de los mismos al tratamiento estomatológico, para ello se llevan a cabo actividades de mejoramiento de higiene bucal y de alimentación, control de higiene y fomento de cepillado dental familiar.

5. Fuentes de ingresos

Las fuentes de ingresos se clasifican en operacionales y no operacionales, en el primer caso estos derivan del objeto directo del servicio y en el segundo son ingresos que se obtienen de manera extraordinaria al servicio.

Para el modelo estomatológico comunitario, los ingresos operacionales corresponden a las cuotas que pagan los pacientes directamente en el modelo por sus tratamientos y los ingresos no operacionales se obtuvieron a través del financiamiento de un proyecto universitario así como del pago del curso extraordinario que toman los estudiantes de la carrera de cirujano dentista.

6. Recursos clave

Los principales recursos para que este modelo estomatológico funcione son los cirujanos dentistas con actitud de servicio y que posean claridad en el protocolo de servicio y compromiso que además rigen las acciones estomatológicas bajo los principios de la mínima intervención llevado a cabo en el MOSEA Valle Verde.

Características deseables del Cirujano Dentista que opera en el Modelo Estomatológico Comunitario³⁴	
Conocimientos	Básicos del área de las ciencias químico – biológicas, educación para salud
Habilidades	Facilidad para establecer relaciones interpersonales Capacidad de trabajo autónomo, colaborativo y cooperativo Capacidad de observación, abstracción y análisis Pensamiento crítico Comunicación oral y escrita
Actitudes	Disposición para preservar o recuperar la salud bucodental del ser humano Disposición para ayudar a otros seres humanos Interés por el bienestar personal y de sus semejantes Calidez para generar entornos de bienestar en los escenarios profesionales
Valores	Compromiso Amor y respeto por la vida, el medio ambiente y la diversidad Humildad y responsabilidad

Recursos clave que se necesitan como indispensables en el modelo	
Físicos	Un espacio determinado equipado con unidades dentales, autoclave y Rx
Materiales	Tipodontos, cepillos, tinción de biopelícula, biomateriales de reconstrucción.

7. Actividades clave

Las actividades de desarrollo de aptitudes personales, en las que las madres de los escolares se involucran para mantener el programa comunitario activo, son la clave de este tipo de modelo.

Por ello es vital que los cirujanos dentistas que aplican este modelo de servicio prioricen el desarrollo de aptitudes personales.

8. Asociaciones clave

- Los profesores de la escuela primaria

- El comité de salud escolar

9. Estructura de costos

El modelo estomatológico comunitario que se presenta, es de carácter académico y se articula con el MOSEA Valle Verde, por lo tanto es importante destacar que el espacio físico del MOSEA pertenece al DIF y este es quien procura los servicios sanitarios y de alumbrado básico. Los usuarios pagan cuotas de recuperación por los tratamientos y la UNAM aporta los recursos humanos, equipo y material. En este caso también se contó con un financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos para innovar y Mejorar la Educación (PAPIME).

Evaluación del modelo de servicio estomatológico

En Latinoamérica la evaluación del servicio estomatológico público se lleva a cabo con base en la producción de servicios priorizando las acciones curativas, cuando se busca mejorar el perfil de la población se implementan medidas masivas como la fluoración esperando que esto disminuya indicadores de prevalencia nacionales, es decir se espera disminuir los índices de enfermedad.

Son pocos los sistemas nacionales, regionales o locales que se interesan en la reorientación del servicio de salud y se preocupan por evaluar la implementación de esta como un elemento central para mejorar el servicio y por lo tanto el perfil de salud de la población, pese a la evidencia en su efectividad. En Latinoamérica los aportes efectuados por Salazar³⁵ muestran la importancia de evaluar las intervenciones con base en la aplicación de los principios de promoción de salud general y la propuesta de Kusma, Moysés y Moysés³⁶ única con orientación estomatológica es utilizada para evaluar las estrategias de promoción de salud en Brasil (Silveria, Moysés, Silveira, Ignacio, y Moysés).³⁷

Estos ejercicios nos muestran que el servicio de salud en general debe reorientarse hacia la promoción de la salud y es importante evaluar sus alcances, es por ello que en el presente trabajo de investigación, se decidió valorar el

modelo de servicio estomatológico comunitario a través de la herramienta de evaluación “Rúbrica Analítica Socioformativa para evaluar Promoción de Salud Bucal”³⁸ (RASPSB) que retoma los cinco principios de promoción de salud establecidos por la Organización Mundial de Salud (OMS).¹⁰

Esta herramienta en su estructura se conforma de veintidós indicadores que integran cinco niveles de desempeño por cada uno, lo que permite identificar el grado de dominio de estos respecto a los avances y posibilidades de crecimiento en las intervenciones.

La promoción de salud es uno de los pilares, sobre el cual deben sostenerse los servicios estomatológicos de primer nivel de atención y evaluar sus acciones, que permite identificar los logros y las áreas de oportunidad para mejorar las prácticas estomatológicas en salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La oferta del servicio estomatológico en México posee baja cobertura debido a que resulta costosa, el Estado no resuelve esta problemática ya que su modelo de servicio es reactivo, curativo, insuficiente y las propuestas para la atención preventiva en salud dental son escasas y no benefician a toda la población que requiere este tipo de atención. Las acciones preventivas por parte del estado dejan de lado la protección específica.

En México existen propuestas como Salud Bucal para el Preescolar y Escolar que buscan por medio de acciones enfocadas a la prevención disminuir la incidencia de caries que afectan a los escolares mexicanos. Sin embargo, los centros de salud no cuentan con los recursos suficientes para aplicar estos programas.

La UNAM es una institución cuya misión es formar profesionales útiles a la sociedad, los modelos de servicio estomatológicos de la FES Zaragoza forman a los cirujanos dentistas en espacios caracterizados por la promoción de salud y la orientación preventiva en la atención del proceso salud-enfermedad, por lo tanto, la implementación del modelo de servicio estomatológico comunitario que se lleva a cabo en la colonia Valle Verde debe responder a estas características.

Estudiar la aplicación de este tipo de modelos permite identificar las áreas de crecimiento en cuanto a su orientación, por lo tanto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de aplicación de los principios de promoción de salud en un modelo de servicio estomatológico preventivo comunitario?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de aplicación de los principios de promoción de salud en un modelo de servicio estomatológico comunitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, prolectivo y transversal.

Universo:

15 pasantes de la Carrera de Cirujano Dentista

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Que aceptaron participar en la evaluación del modelo de servicio estomatológico comunitario.
- Que trabajaron en el modelo de servicio estomatológico comunitario.

Criterios de exclusión

- Que su trabajo en el modelo de servicio haya sido intermitente.

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	GRADO DE APLICACIÓN
Políticas saludables	Las actividades de promoción de la salud bucal que realiza el modelo se encuentran alineadas a las políticas gubernamentales actuales	Cualitativa ordinal	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto
Ambientes favorables	El modelo fomenta la creación o mejoramiento de los activos en salud referentes a infraestructura para llevar a cabo acciones saludables	Cualitativa ordinal	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto
Reforzamiento de la acción comunitaria	El modelo fomenta las acciones colectivas para mejorar las condiciones de vida en la comunidad	Cualitativa ordinal	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto
Desarrollo de aptitudes personales	El modelo favorece el establecimiento de los objetivos en salud de los participantes	Cualitativa ordinal	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto
Reorientación de los servicios de salud	Inclusión de la prevención en las actividades del modelo estomatológico	Cualitativa ordinal	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto

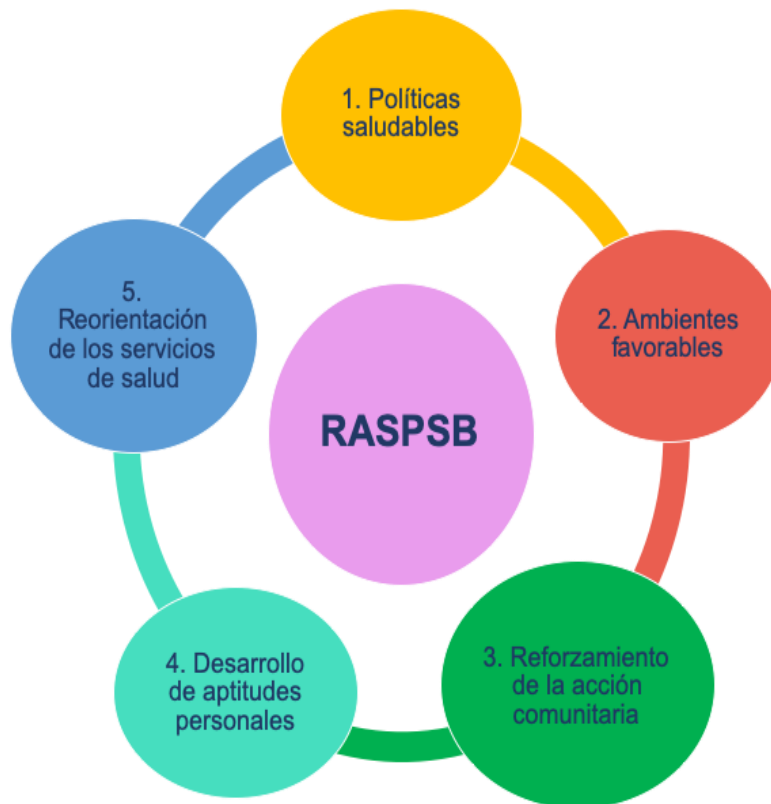
Técnica

Para evaluar el grado de la aplicación de los principios de promoción de la salud en el modelo de servicio estomatológico comunitario Valle Verde, se aplicó la “Rúbrica Analítica Socioformativa para evaluar Promoción de Salud Bucal”³⁸ (Anexo 1) a 15 pasantes de la carrera de Cirujano Dentista que participaron en la implementación de este modelo por un periodo de cinco meses.

Para la aplicación de la Rúbrica no se llevó a cabo un ejercicio previo de estandarización y para evitar sesgos. Se aplicaron los siguientes lineamientos:

- Se solicitó a los alumnos tomar un metro de distancia entre cada pasante
- Las instrucciones a seguir se leyeron en voz alta
- En caso de existir duda sobre el instrumento de evaluación, se podía solicitar apoyo
- El instrumento debía ser respondido en un aula de la FES Zaragoza en un tiempo aproximado de 30 minutos

La RASPSB se conforma por cinco dimensiones, una dimensión por cada principio de promoción de salud:



Cada dimensión es evaluada a través de 3 a 6 indicadores, el instrumento se conforma en total por veintidós de los mismos.



Cada uno de los indicadores cuenta con cinco niveles de dominio, que van desde un nivel muy bajo hasta un nivel muy alto que describe el grado de desarrollo de las actividades de promoción de salud con base en la taxonomía socioformativa, Como ejemplo de esto, se presenta la Dimensión 1 políticas saludables (Anexo 1)

Para la evaluación del modelo a través de la rúbrica, se le otorga un nivel de dominio a cada indicador, marcando con un círculo o siendo subrayado como muestra el ejemplo.

Dimensión	Indicador/Item	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Políticas saludables	1. Gobernanza. ¿En qué grado las actividades de promoción de la salud bucal que realiza se encuentran alineadas a las políticas gubernamentales actuales?	No existe alineación con políticas gubernamentales. Son una iniciativa que responde únicamente a mi interés y criterio.	Opera como iniciativa independiente que responde a las necesidades de un grupo particular.	Opera a través de una organización no gubernamental y resuelven necesidades de un grupo particular.	Se encuentran alineadas de manera informal con las estrategias gubernamentales y autogestiona su implementación para resolver necesidades de un grupo de población particular, disminuyendo los ejes de desigualdad.	Se encuentran vinculadas de manera formal con las estrategias gubernamentales y facilita la implementación de estas de forma particular en un grupo de población, disminuyendo los ejes de desigualdad.
	2. Equidad. ¿En qué grado las actividades del programa incluyen el acceso de grupos vulnerables?	Se encuentra dirigido a un grupo de población cerrado considerado no vulnerable.	Se llevan a cabo con población espontánea en una comunidad considerada no vulnerable.	Se dirigen a un grupo vulnerable específico y no permite la incorporación de otros miembros de la comunidad.	Se dirige a un grupo vulnerable específico y permite la incorporación de otros miembros de la comunidad que lo solicitan.	Se dirige a población general e incorpora en su aplicación vías para insertar a grupos de población vulnerables.
	3. Alianzas entre actores sociales. ¿En qué grado el desarrollo del programa involucra un trabajo intersectorial?	Se lleva a cabo por profesionales relacionados con la salud bucal específicamente.	Se lleva a cabo por profesionales de la salud, con apoyo de personal auxiliar.	Es producto de una alianza multidisciplinaria de salud.	Es producto de un acuerdo intersectorial, por ejemplo salud y educación.	Es parte de una estrategia de salud intersectorial en la que se incluye a la población por intervenir.
	4. Asociación con otras actividades de promoción de salud. ¿En qué grado las actividades del programa buscan la promoción de salud integral?	Se dirigen a promocionar solo la salud dental.	Reconocen la importancia de la promoción de salud bucal.	Conceptualiza la relación entre la salud bucal y la salud general. Por ejemplo, se informa a los pacientes sobre los beneficios de mejorar su dieta en su salud general y dental.	Permiten contextualizar la relación entre la salud bucal y la salud general. Por ejemplo, el participante reconoce en qué debe cambiar su dieta para mejorar su salud integral.	Se enmarcan en un contexto de salud integral, vinculando sus acciones con otras actividades de promoción de salud. Por ejemplo, el participante puede integrarse en un programa de activación física que promueve una alimentación saludable y hábitos de higiene.

Ejemplo:

Diseño estadístico

El análisis de los resultados obtenidos por la RASPSB se llevó a cabo a través del programa Excel, expresa las frecuencias en porcentaje conforme al grado de aplicación de los principios de promoción. Una vez que se conocieron estos datos, se tomó como referencia el indicador que presenta una mayor frecuencia y se ubica el nivel de dominio. Se identifican cuantos indicadores se encuentran en el mismo nivel de dominio que el indicador de mayor frecuencia y se suman. Los indicadores se multiplican por el porcentaje de mayor frecuencia y se divide entre el número total de indicadores que componen el instrumento de evaluación (veintidós). Ese resultado es el grado de aplicación de los principios de promoción a la salud que tiene el modelo de servicio estomatológico comunitario Valle Verde.

Recursos

Humanos

1. Pasante de servicio social
2. Directora y asesoras de tesis

Materiales

1. Copias de la RASPSB
2. Computadora

Físicos

1. Modelo de servicio estomatológico comunitario llevado a cabo en la Escuela primaria Hermanos Serdán. Calle Colorín s/n Valle Verde Ixtapaluca. CP. 56577

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FECHAS
Tesisista, directora y asesora de tesis	Elaboración de proyecto	Septiembre del 2019
Tesisista	Ejecución del diagnóstico: Aplicación de la Rúbrica Analítica Socioformativa para Evaluar Promoción de la Salud Bucal (RASPSB) a los pasantes	Noviembre 2019
Tesisista y asesoras de tesis	Evaluación de la intervención a través de la rúbrica	Diciembre del 2019
Tesisista	Análisis de la información	
Tesisista	Elaboración de informe final y presentación de resultados	Enero del 2020

RESULTADOS

Cuadro 1. Grado de aplicación de los principios de promoción de salud en el modelo de servicio estomatológico comunitario en escolares de la colonia Valle Verde.

Dimensión	Ítem	Muy Bajo fx (%)	Bajo fx (%)	Medio fx (%)	Medio Alto fx (%)	Muy alto fx (%)
Políticas Saludables	1. Gobernanza	0	0	0	0	15 (100)
	2. Equidad	0	0	4 (27)	6 (40)	5 (33)
	3. Alianzas entre actores	0	0	0	3 (20)	12 (80)
	4. Asociación con otras actividades de PS	0	0	1 (7)	8 (53)	6 (40)
Ambientes Favorables	5. Infraestructura	0	3 (20)	5 (34)	4 (26)	3 (20)
	6. Personas como activos	1 (7)	1 (7)	0	8 (53)	5 (33)
	7. Sostenibilidad	0	0	4 (27)	2 (13)	9 (60)
Reforzamiento de la acción comunitaria	8. Empoderamiento	0	1 (6)	4 (27)	6 (40)	4 (27)
	9. Derechos humanos	1 (7)	0	0	4 (27)	10 (66)
	10. Participación comunitaria	4 (27)	0	1 (6)	6 (40)	4 (27)
Desarrollo de aptitudes personales	11. Definición de objetivos	0	0	0	5 (33)	10 (67)
	12. Toma de decisiones	0	2 (13)	3 (20)	1 (7)	9 (60)
	13. Expresión emocional	6 (40)	0	2 (13)	0	7 (47)
	14. Empatía	4 (27)	1 (6)	0	3 (20)	7 (47)
	15. Asertividad	2 (13)	0	1 (7)	5 (33)	7 (47)
	16. Tolerancia	1 (7)	1 (7)	1 (7)	3 (19)	9 (60)
Reorientación de los servicios de salud	17. Orientación preventiva	0	0	0	1 (7)	14 (93)
	18. Factores de riesgo	0	0	1 (7)	1 (7)	13 (86)
	19. Evaluación	0	0	0	4 (27)	11 (73)
	20. Flexibilidad en estrategias	0	0	2 (13)	5 (33)	8 (54)
	21. Comunicación de resultados	3 (20)	2 (13)	1 (7)	3 (20)	6 (40)
	22. Utilización de la evaluación	0	0	1 (7)	4 (27)	10 (66)

El cuadro 1 muestra los resultados obtenidos de la evaluación de los principios de promoción, a través de la rúbrica analítica. Al realizar la evaluación del modelo se observa que este se apega a los principios de promoción a la salud en un rango muy alto en el 72% de los principios. A continuación se realizará de descripción de los resultados por cada una de las dimensiones.

DIMENSIÓN 1. POLÍTICAS SALUDABLES

Indicador 1. Gobernanza. ¿En qué grado las actividades de promoción de la salud bucal que realiza se encuentran alineadas a las políticas gubernamentales actuales?

El resultado obtenido a través de la aplicación de la RASPSB determinó que 15 pasantes representados por el 100% del total de la muestra refieren que las actividades de promoción a la salud bucal que realiza el modelo de servicio, se encuentran alineadas a las políticas gubernamentales actuales. Por lo tanto la aplicación de esta variable se encuentra en un rango muy alto.

Indicador 2. Equidad. ¿En qué grado las actividades del programa incluyen el acceso de grupos vulnerables?

El resultado obtenido determinó que el 33% del total de la muestra refiere que las actividades dan acceso muy alto a grupos vulnerables; el 27% considera que da acceso en una proporción media y el 40% del total de la muestra, consideran en un rango medio alto que las actividades realizadas en el modelo de servicio son equitativas y dan acceso a grupos vulnerables.

Indicador 3. Alianzas entre actores sociales. ¿En qué grado el desarrollo del programa involucra un trabajo intersectorial?

El resultado determinó que el 20% del total de la muestra refieren que este indicador se encuentra alineado en una proporción medio alta y el 80 % del total

de la muestra, consideran que las actividades realizadas en el modelo de servicio involucran un trabajo intersectorial en un rango muy alto.

Indicador 4. Asociación con otras actividades de promoción de salud. ¿En qué grado las actividades del programa buscan la promoción de salud integral?

El resultado determinó que el 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio promueven la salud integral en un rango medio; 40% considera que da promoción de salud en una proporción muy alta; el 53% del total de la muestra consideran en un rango medio alto, que las actividades realizadas en el modelo de servicio buscan realizar promoción a la salud integral.

DIMENSIÓN 2. AMBIENTES FAVORABLES

Indicador 5. Infraestructura. ¿En qué grado el programa fomenta la creación o mejoramiento de los activos en salud referentes a infraestructura para llevar a cabo acciones saludables?

Dónde el resultado determinó que el 20% de la muestra considera que la infraestructura se encuentra alineada en un rango bajo; 20% en un rango muy alto; 26% consideran el rango medio alto para infraestructura y el 34% del total de la muestra considera en un rango medio que las actividades realizadas en modelo de servicio fomentan la creación o mejoramiento de los activos en salud referentes a infraestructura para llevar a cabo acciones saludables.

Indicador 6. Personas como activos en salud. ¿En qué medida se forman promotores de salud o se promueve la participación de otros actores?

Dónde el resultado determinó que 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio forman promotores a la salud en un rango muy bajo; 7 % en un rango bajo; 33% en un rango muy alto y el 53% del total de la muestra, consideran en un rango medio alto que las actividades realizadas en el modelo de servicio forman promotores de salud o se promueve la participación de otros actores.

Indicador 7. Sostenibilidad. ¿En qué grado las actividades del programa fomentan acciones sostenibles?

Dónde el resultado determinó que 13% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan acciones sostenibles en un rango medio alto; 27% en un rango medio y el 60% del total de la muestra consideran en un rango muy alto que las actividades realizadas en el modelo de servicio fomentan acciones sostenibles y satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades.

DIMENSIÓN 3. REFORZAMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

Indicador 8. Empoderamiento. ¿En qué grado el programa fomenta las acciones colectivas para mejorar las condiciones de vida en la comunidad?

El resultado determinó que 6% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan acciones colectivas en un rango bajo; 27% en un rango medio; 27% en un rango muy alto y el 40% del total de la muestra, consideran que las actividades realizadas en el modelo de servicio fomenta en un rango medio alto las acciones colectivas para mejorar las condiciones de vida en la comunidad.

Indicador 9. Derechos humanos. ¿En qué grado las actividades del programa incorporan y garantizan el respeto de los derechos humanos?

El resultado determinó que 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio respetan los derechos humanos en un rango muy bajo; 27% en un rango medio alto y el 66% del total de la muestra consideran en un rango muy alto que las actividades realizadas en el modelo de servicio incorporan y garantizan el respeto de los derechos humanos.

Indicador 10. Participación comunitaria. ¿En qué grado las actividades fomentan la participación de la comunidad en la resolución de las necesidades de salud bucal?

El resultado determinó que 6% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan la participación comunitaria en un rango medio; 27% lo considera en un muy bajo; 27% en un rango muy alto y el 40% del total de la muestra, consideran que las actividades realizadas en el modelo en un rango medio alto fomentan la participación de la comunidad en la resolución de las necesidades de salud bucal de servicio.

DIMENSIÓN 4. DESARROLLO DE APTITUDES PERSONALES

Indicador 11. Definición de objetivos. ¿En qué grado las actividades del programa favorecen el establecimiento de los objetivos en salud de los participantes?

El resultado determinó que 33% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio favorecen el establecimiento de los objetivos en un rango medio alto y el 67% del total refieren que las actividades realizadas en el modelo de servicio en un rango muy alto favorecen el establecimiento de los objetivos en salud de los participantes.

Indicador 12. Toma de decisiones. ¿En qué grado se fomenta la toma de decisiones de los individuos?

El resultado determinó que 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan la toma de decisiones en un rango medio alto; 13% en un rango bajo; 20% en un rango medio y el 60% del total de la muestra refieren que las actividades realizadas en el modelo de servicio fomentan en un rango muy alto la toma de decisiones de los individuos.

Indicador 13. Expresión emocional. ¿En qué grado las actividades fomentan el manejo de las emociones?

El resultado determinó que 13% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan la toma de decisiones en un rango medio; 40% en un rango muy bajo y el 47% del total de la muestra refieren que las actividades realizadas en el modelo de servicio fomenta en un rango muy alto la toma de decisiones de los individuos.

Indicador 14. Desarrollo de empatía. ¿En qué grado las actividades fomentan el desarrollo de empatía?

El resultado determinó que 6% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan el desarrollo de empatía en un rango bajo; 20% en un rango medio alto; 27% en un rango muy bajo y el 47% del total de la muestra refieren que las actividades realizadas en el modelo de servicio fomentan en un rango muy alto el desarrollo de empatía.

Indicador 15. Desarrollo de asertividad ¿En qué grado las actividades fomentan el desarrollo de asertividad?

El resultado determinó que 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan el desarrollo de asertividad en un rango medio; el 13% en un rango muy bajo; 33% en un rango medio alto y el 47% del total de la muestra refieren que las actividades realizadas en el modelo de servicio fomentan en un rango muy alto el desarrollo de asertividad.

Indicador 16. Desarrollo de tolerancia ¿En qué grado las actividades contribuyen al desarrollo de tolerancia?

El resultado determinó que 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio fomentan el desarrollo de tolerancia en un rango muy bajo; el 7% bajo y otro 7% en un rango medio; 19 % en un rango medio alto y el 60%

del total de la muestra refieren que las actividades realizadas en el modelo de servicio fomentan en un rango muy alto el desarrollo de tolerancia.

DIMENSIÓN 5. REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Indicador 17. Orientación de los servicios de salud que se proporcionan. ¿En qué grado incluyen la prevención las actividades del programa en el modelo estomatológico del cual participa?

El resultado determinó que el 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio incluyen la prevención en un rango frecuente y el 93% del total de la muestra considera en un rango muy alto que las actividades realizadas en el modelo incluyen la prevención en un rango muy alto.

Indicador 18. Factores de riesgo. ¿Cuál es el grado de especificidad de las actividades del programa de acuerdo a los diferentes factores de riesgo?

El resultado determinó que 7% del total de la muestra considera que las actividades del modelo de servicio incluyen factores de riesgo en un rango medio; 7% en un rango medio alto y el 86% del total de la muestra considera en un rango muy alto que la especificidad de las actividades del modelo de servicio de acuerdo a los diferentes factores de riesgo.

Indicador 19. Evaluación del programa. ¿En qué grado se evalúan y analizan las actividades del programa?

El resultado determinó que 27% del total de la muestra considera que las actividades del modelo de servicio se evalúan frecuentemente y el 73% del total de la muestra consideran que muy frecuentemente las actividades del modelo de servicio se evalúan y analizan.

Indicador 20. Flexibilidad en las estrategias. ¿Con qué frecuencia las estrategias del programa pueden modificarse con base en los avances alcanzados?

El resultado determinó que 13% del total de la muestra refiere que las estrategias del modelo de servicio se pueden modificar ocasionalmente; 33% frecuentemente y el 54% del total de la muestra considera que muy frecuentemente las estrategias del modelo de servicio pueden modificarse con base en los avances.

Indicador 21. Utilización de la evaluación ¿En qué grado se mantiene informada a la población de los resultados obtenidos por la intervención?

El resultado determinó que 7% del total de la muestra refiere que las estrategias del modelo de servicio mantienen informada a la población de los resultados ocasionalmente; 13% raramente; 20% frecuentemente; 20% nunca y el 40% del total de la muestra considera que las estrategias del modelo de servicio muy frecuentemente mantienen informada a la población de los resultados obtenidos por la intervención.

Indicador 22. Utilización de la evaluación ¿La evaluación de los servicios es utilizada para dar respuesta a las necesidades de la población?

El resultado determinó que 7% del total de la muestra refiere que las actividades del modelo de servicio se utilizan para dar respuesta a las necesidades de la población ocasionalmente; 27% frecuentemente y el 66% del total de la muestra consideran que las estrategias del modelo de servicio muy frecuentemente se utilizan para dar respuesta a las necesidades de la población.

DISCUSIÓN

Existe poca evidencia científica encaminada a la evaluación de los modelos de servicio con orientación comunitaria. Uno de los pocos ejemplos de implementación es el llevado a cabo en Brasil en el cual se observó que las estrategias planteadas para la atención de la salud bucal se apegan al 54% a los principios de promoción a la salud.

En cuanto a la evaluación del modelo de servicio estomatológico comunitario Valle Verde:

Dimensión 1. Políticas saludables

En cuanto a la gobernanza el modelo fue evaluado en un 100% en un nivel muy alto; equidad obtuvo un nivel alto por el 40% de los encuestados; alianzas entre actores sociales en un 80% en nivel muy alto y asociación con actividades de promoción a la salud en un 53% en alto.

El indicador con menor evaluación fue la aplicación de la equidad en el servicio, el modelo puede mejorar con estrategias que promuevan un mayor acceso a grupos vulnerables, es decir incluir en este tipo esquema a población que no pertenezca a las escuelas primarias.

Cerqueira et al³⁹, destaca que la promoción de la salud enfrenta varios desafíos, el más importante de los cuales radica en impulsar el compromiso político, pues la promoción sanitaria debe considerarse no sólo como una prioridad regional y nacional, sino como el propósito mismo del sector de la salud. Los ministerios han de movilizar a otros sectores y a la sociedad en su conjunto para promover la salud con equidad; sin embargo, esta orientación impone formular políticas públicas y planes nacionales de salud con la participación activa de la sociedad civil.

Por otro lado Coronel⁴⁰ menciona que actualmente, la salud integral de las personas y las comunidades está encaminada al fortalecimiento de conductas saludables, tanto individuales como colectivas. Muchos de los factores que afectan

el medio ambiente, dependen del nivel de conocimiento de la población sobre los efectos que estos ejercen sobre su bienestar y calidad de vida, sin dejar de reconocer la función que desempeñan los gobiernos en la implementación de políticas públicas que propicien la creación de entornos saludables y refuercen el poder de las comunidades para lograrlos y mantenerlos.

Dimensión 2. Ambientes Favorables

La evaluación de los ambientes se refiere a los elementos básicos, la infraestructura y la población; el criterio que evalúa este instrumento se refiere a la sostenibilidad que fomenta la intervención en cuanto a la mejora de los ambientes. El modelo de servicio en cuanto a la creación de infraestructura fue evaluado con un 34% en un nivel medio, en fomento a personas como activos en salud 53% en un nivel medio alto y en sostenibilidad 60 % en un nivel alto.

Según la dirección nacional de promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles de Buenos Aires en Argentina, la estrategia de entornos saludables incluye intervenciones para la implementación de: lugares de trabajo saludables, universidades saludables, escuelas promotoras de una vida activa entre otras acciones que promueven y mejoran la salud a nivel poblacional.⁴¹

Dimensión 3. Reforzamiento de la acción comunitaria

En cuanto al empoderamiento, el modelo se evaluó en un rango medio alto por el 40% de los encuestados; derechos humanos alcanzó un nivel de muy alto por el 66% y participación comunitaria un nivel medio alto por el 40%.

Se pudo observar que es necesario desarrollar estrategias que mejoren el empoderamiento y la participación comunitaria; esto con el fin de optimizar las condiciones de vida de la comunidad así como su participación en la resolución de sus necesidades de salud bucal, lo cual es el la razón de existir de la promoción de salud.

Según la carta de Ottawa, el desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta para estimular la independencia y el apoyo

social, así como el desarrollo de sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias.⁶

Dimensión 4. Desarrollo de aptitudes personales

Esta dimensión en general fue evaluada con los más altos porcentajes de aplicación en el nivel más alto, por ejemplo 67% de los pasantes refieren que el modelo promueve en un muy alto nivel la definición de objetivos en la cual se incluye a la comunidad; 60% que la toma de decisiones incluye a la comunidad y 47% consideran que las actividades de promoción de salud llevadas a cabo promueven la expresión emocional, el desarrollo de empatía y el desarrollo de asertividad; y 60% el desarrollo de tolerancia.

Es de suma importancia mejorar las acciones que permitan al modelo el desarrollo del manejo de las emociones, la capacidad de identificarse con alguien y el desarrollo de la asertividad.

El gobierno de México⁴² refiere que la promoción a la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto se proporcione información, educación sanitaria y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementarían las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su salud. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte enfermedades.

Esto se podría concretar a través de la implementación del modelo en escuelas, hogares, lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido en el que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales.

Dimensión 5. Reorientación de los servicios de salud

La dimensión relacionada con la reorientación de los servicios de salud fue evaluada con los porcentajes más altos en el nivel de aplicación muy alto. Vale la pena identificar los indicadores que deben ser revisados para su fortalecimiento,

por ejemplo: flexibilidad en las estrategias 54%, comunicación de resultados 40% y utilización de la evaluación 66%.

El indicador de la utilización de la evaluación para mantener informada a la población de los resultados obtenidos por la intervención, podría mejorarse con la implementación de medidas que permitan mantener comunicación con los usuarios durante y después de la intervención en el área comunitaria.

El Gobierno de México⁴² refiere que la responsabilidad de la promoción a la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección a la salud. El sector sanitario debe jugar el papel de mayor importancia en la promoción de la salud al grado de trascender su responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respetuoso a las necesidades culturales de los individuos.

Asimismo deberán anteponer las necesidades de las comunidades y encausarlas hacia una vida más sana, creando vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste una mayor atención a la investigación sanitaria, así como cambios en la educación y formación de los profesionales.

CONCLUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha impulsado acciones que fomentan la promoción de la salud con el propósito de disminuir la incidencia de enfermedades bucodentales de impacto mundial como lo es la caries. Sin embargo, países como México han mostrado un rezago evidente en la aplicación de políticas públicas y programas de orden social a favor de la salud oral.

La importancia de evaluar el modelo de servicio estomatológico comunitario, reside en conocer los aciertos y errores que existen en la aplicación del mismo, con la intención de obtener una retroalimentación, y con esto, mejorar paulatinamente los tratamientos enfocados a la prevención de patologías dentales.

Utilizar una herramienta para la evaluación de este modelo de servicio tal como la Rúbrica Analítica Socioformativa para Evaluar Promoción de la Salud Bucal, abre un panorama poco estudiado en México y permite identificar que el modelo de servicio estomatológico comunitario Valle Verde, se encuentra alineado en un 72% a los principios de promoción de la salud en un nivel muy alto, por lo tanto puede considerarse como un modelo altamente capaz de promover la salud oral.

La evaluación permite distinguir la necesidad de mejorar en la equidad, la asociación del modelo con otras actividades de promoción de salud, reforzar el fomento de ambientes saludables a través del empoderamiento y la participación comunitaria e incluir el desarrollo de aptitudes emocionales en la población.

Así mismo, se distinguió que los resultados obtenidos en las intervenciones deben ser comunicados de forma eficiente a la población y utilizados para mejorar las estrategias de intervención.

REFERENCIAS

1. Hernández VA, Azañedo D, Díaz SD, Bendezú QG, Arroyo HH, Vilcarromero S, Agudelo SAA. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud colectiva*. 2016; 12(3):429- 441.
2. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc Polit Salud*. 2009; 8(17):69-79.
3. Cruz PG, Sánchez NR, Quiroga GM, Galindo LC, Martínez GM. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México. *Rev Cub Estomatol*. 2014; 51(1):55-70.
4. Sánchez-Rubio RM, Sánchez-Rubio RA, Verdugo RJ, Montaña ML. ¿Ha perdido la profesión odontológica la batalla contra la caries dental o ha perdido el rumbo? Análisis de la situación en México. *Univ Odontol*. 2012 Ene-Jun; 31(66):33-40.
5. Miñana V, Bosh PJ, Ruiz-Cabello SFJ, Soriano FFJ, Colomer RJ, Cortés RO et al. Promoción de la Salud Bucodental. *Rev Pediátrica de Atención Primaria*. 2011;13:435-58.
6. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. Carta de Ottawa para la promoción de salud. 17-21 nov. 1986. Ottawa: OMS; 1987.
7. II Conferencia internacional sobre promoción de la salud políticas públicas para la salud declaración de la conferencia recomendaciones de Adelaida. Adelaida Australia 1978
8. Quintero FE, de la Mella QS, Gómez LL. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicent Electrón*. 2017 abr-jun; 21(2):101-111.
9. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la

Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011). Anexo: declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011 [internet]. Río de Janeiro: OMS; 2012.

10. Mejía O. LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública [internet]. 2013 [citado 4 oct. 2015]; 31(Supl. 1): [aprox.9p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>

11. Organización Mundial de la Salud. Novena Conferencia Mundial de Promoción de Salud [internet]. Shanghái, China: OMS; 2016 nov. 21-24.

12. Kusma ZS, Moysés TS, Moysés JS. Promoción de la salud: perspectivas de evaluación de la salud bucal en la atención primaria de salud. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 28 Sup: S9-S19, 2012.

13. Orozco CL, Moreno MW, Solís CO, Bribiesca GME, Álvarez HAF, Sánchez GCL. Prevalencia de enfermedades periodontales en una población escolar. Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 7(1-2):39-43, 2004.

14. Barrios A, Méndez O, Claudio A, Holder R, Suárez J. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.

15. Silveira FA, Moysés JS, Kusma ZS, Moysés TS. Potencial de efectividad de las estrategias de promoción de la salud bucal en la atención primaria de salud: un estudio comparativo entre capitales y regiones de Brasil. Rev BRas epidemiol oUT-deZ 2016; 19 (4): 851-865.

16. Salazar LE. Efectividad de la promoción de la salud y las intervenciones de salud pública: lecciones de casos latinoamericanos. Colombia Médica, vol. 41, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 85-97.

17. Silveira et al. Evaluar la efectividad potencial de las estrategias de promoción de la salud bucal en la atención primaria de salud en Brasil. Salud pública 147 (2017) 47:50.

18. Salazar L, Díaz GC. Evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 9, no. 3, julio-septiembre, 2004, pp. 545-555.
19. Baeza VM. Gaceta de la comisión permanente, 2015. Gaceta: LXII/3SR 6/55238. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/55238
20. Mazariegos CM, Rodríguez AH, Iglesias PC, Nuncio OM, Márquez WJ, Silva OA. Salud Bucal del Prescolar y Escolar. Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud; 2011.
21. Hernández OE, Taboada AO. Prevalencia y algunos factores de riesgo de caries dental en el primer molar permanente en una población escolar de 6 a 12 años de edad. *Revista ADM*. 2017; 74(3):141-145.
22. Mateos M. Protocolos para la actuación con niños con alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. Sociedad española de epidemiología y salud pública oral. Madrid 2013.
23. Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud pública de México*. vol.49, suplemento 1 de 2007.
24. M V Mateos-Moreno. Protocolos para la actuación con niños con alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. Facultad de odontología. Universidad complutense de Madrid.
25. Flores AJF, Caballero GCR, Bonilla FP, Atrisco OR, Arenas MML. Modelo operativo de promoción a la salud y prevención de enfermedades bucales en preescolares de Cuautla, Morelos-México. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2019; 17(1): 82-92.

26. Canseco PG, Jarillo SE. Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal. Rev. Odontol Mex; 2018;22:128-136.
27. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos. México: Secretaría de Salud; 2015.
28. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2015. México: Secretaría de Salud; 2015.
29. Morales J V, Silva LL, Moreno M, Calvo E B, Garcillán MR. Riesgo de caries en una población infantil según el protocolo CAMBRA. Odontol Pediátr. 2018;26(2):127-143.
30. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza. Fundamentación académica del programa de investigación de modelos de servicio odontológico (IMSO). UNAM. 1983.
31. Expert emprende. Guía didáctica modelo canvas. Región emprendedora europea, junta de Extremadura. 2017: 2-12.
32. Ferreira- Herrera, D. C. (2015). El modelo Canvas en la formulación de proyectos. Cooperativismo y Desarrollo, 23(107), xx-xx. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/co.v23i107.1252>
33. Informe final de actividades MOSEA remedial 2019. Fes Zaragoza UNAM.
34. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Plan de estudios de la Licenciatura de Cirujano Dentista. Tomo I. 2018. México. UNAM.
35. Salazar, L. (2009). Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle.

36. Kusma, S. Z., Moysés, S. T. & Moysés, S. J. (2011). Instrumento “Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal: Ferramenta de Avaliação”. Brasil. Recuperado de <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Ferramenta.pdf>.
37. Silveira-Filho, S., Moysés, S. J., Silveira, D. C., Ignacio, S. A. y Moysés, S. T. (2017). Assessing the potential effectiveness of oral health promotion strategies in primary health care in Brazil. *Public health*. Vol 147, pp. 47-50. doi: 10.1016/j.puhe.2017.01.0289.
38. Valdéz-Penagos RG, Juárez-Hernández LG, Tobón S. Diseño de una rúbrica analítica socio-formativa para evaluar promoción de salud bucal. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2020 [citado]; 19(3):e2890. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2890>
39. Cerqueira et al. Evaluación de la promoción a la salud principios y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud 2007 ISBN 978-92-75-32670-1
40. Coronel CJ, Marzo PN. La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. *MEDISAN* 2017; 21(12):3415
41. Entornos saludables, Dirección nacional de promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/entornos-saludables>.
42. Programa de acción específico, Promoción a la salud y determinantes sociales 2013-2018. Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf>

ANEXO 1 RÚBRICA ANALÍTICA SOCIOFORMATIVA PARA EVALUAR PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL (RASPSB)

Dimensión	Indicador/Item	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Políticas saludables	1. Gobernanza. ¿En qué grado las actividades de promoción de la salud bucal que realiza se encuentran alineadas a las políticas gubernamentales actuales?	No existe alineación con políticas gubernamentales. Son una iniciativa que responde únicamente a mi interés y criterio.	Opera como iniciativa independiente que responde a las necesidades de un grupo particular.	Opera a través de una organización no gubernamental y resuelven necesidades de un grupo particular.	Se encuentran alineadas de manera informal con las estrategias gubernamentales y autogestiona su implementación para resolver necesidades de un grupo de	Se encuentran vinculadas de manera formal con las estrategias gubernamentales y facilita la implementación de estas de forma particular en un grupo de población,
	2. Equidad. ¿En qué grado las actividades del programa incluyen el acceso de grupos vulnerables?	Se encuentra dirigido a un grupo de población cerrado considerado no vulnerable.	Se llevan a cabo con población espontánea en una comunidad considerada no	Se dirigen a un grupo vulnerable específico y no permite la incorporación de otros	Se dirige a un grupo vulnerable específico y permite la incorporación de otros miembros de la	Se dirige a población general e incorpora en su aplicación vías para insertar a grupos de población vulnerables.
	3. Alianzas entre actores sociales. ¿En qué grado el desarrollo del programa involucra un trabajo intersectorial?	Se lleva a cabo por profesionales relacionados con la salud bucal	Se lleva a cabo por profesionales de la salud, con apoyo de personal auxiliar.	Es producto de una alianza multidisciplinaria de salud.	Es producto de un acuerdo intersectorial, por ejemplo salud y educación.	Es parte de una estrategia de salud intersectorial en la que se incluye a la población por intervenir.
	4. Asociación con otras actividades de promoción de salud. ¿En qué grado las actividades del programa buscan la promoción de salud integral?	Se dirigen a promocionar solo la salud dental.	Reconocen la importancia de la promoción de salud bucal.	Conceptualiza la relación entre la salud bucal y la salud general. Por ejemplo, se informa a los pacientes sobre los beneficios de mejorar su dieta en su salud general	Permiten contextualizar la relación entre la salud bucal y la salud general. Por ejemplo, el participante reconoce en qué debe cambiar su dieta para mejorar su salud integral.	Se enmarcan en un contexto de salud integral, vinculando sus acciones con otras actividades de promoción de salud. Por ejemplo, el participante puede integrarse en un programa de activación física que promueve
Ambientes favorables	5. Infraestructura. ¿En qué grado el programa fomenta la creación o mejoramiento de los activos en salud referentes a infraestructura para llevar a cabo acciones saludables?	No toma en cuenta la infraestructura lo que en ocasiones impide el desarrollo de las actividades del programa.	Identifica las necesidades de infraestructura en los espacios de intervención pero no la genera, ni la gestiona.	Motiva a la población para mantener o reactivar la infraestructura en los espacios de intervención.	Propone estrategias para mejorar la infraestructura en los espacios de intervención.	Empodera a la población para mejorar o crear infraestructura en los espacios de intervención.
	6. Personas como activos en salud. ¿En qué medida se forman promotores de salud o se promueve la participación de otros actores?	No se lleva a cabo educación para la salud o formación de promotores de salud.	Se lleva a cabo educación para la salud solo a los individuos que lo solicitan.	Organiza grupos de educación para la salud, pero no se complementa con acciones de salud permanente.	Implementa acciones para mejorar su salud en grupos de educación para la salud, como el mejoramiento de hábitos.	Capacita a actores de la comunidad como promotores de salud.
	7. Sostenibilidad. ¿En qué grado las actividades del programa fomentan acciones sostenibles?	Identifica la necesidad de incluir acciones sostenibles, pero no lleva a cabo acciones	Identifica la necesidad de incluir acciones sostenibles y lleva a cabo acciones aisladas.	Implementa acciones sostenibles con programas permanentes de forma disciplinaria.	Mejora las acciones sostenibles a través de una autoevaluación permanente del uso de tecnologías limpias	Innova en las estrategias sostenibles implementadas de forma multidisciplinaria se vincula con tomadores de

Dimensión	Indicador/Item	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Reforzamiento de acción comunitaria	8. Empoderamiento. ¿En qué grado el programa fomenta las acciones colectivas para mejorar las condiciones de vida en la comunidad?	Solo responde a las necesidades curativas de la población.	Ofrece servicios y cursos de educación para la salud de forma vertical o paternalista.	Motiva la creación de grupos de promoción de salud dirigidos por el personal de salud.	Fomenta la creación y reconocimiento de líderes o responsables en los diferentes escenarios, por ejemplo, escolares o comunitarios para llevar acciones de promoción de salud en la comunidad.	Integra o crea redes sociales formales e informales para llevar acciones de promoción de salud para la comunidad.
	9. Derechos humanos. ¿En qué grado las actividades del programa incorporan y garantizan el respeto de los derechos humanos?	No contempla específicamente la inclusión de los derechos humanos en las actividades	Reconoce e informa a la población de intervención de los derechos humanos como fundamento de	Conceptualiza los derechos humanos y los toma en cuenta en la planificación de las acciones que	Integra los derechos humanos en las acciones que implementa y retroalimenta el programa en conjunto con la población de intervención.	Vincula a la población con los organismos necesarios para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud.
	10. Participación comunitaria. ¿En qué grado las actividades fomentan la participación de la comunidad en la resolución de las necesidades de salud bucal?	No se contempla la participación de la comunidad, ya que todas las actividades se desarrollan por Cirujanos Dentistas o personal profesional.	Integra la participación de la comunidad y personal auxiliar como asistente e higienista dental.	Integra a personal auxiliar y de la comunidad, para que en las salas de espera, orienten e informen acerca de la salud bucal.	Implementa acciones extramuros con la participación de personal auxiliar y de la comunidad; como el desarrollo de ferias de la salud o la implementación de actividades a domicilio, en espacios educativos o laborales.	Genera espacios de promoción de salud en el territorio de la intervención, plenamente identificados y administrados por población de la comunidad, como club's de salud o módulos de educación de pares.

Dimensión	Indicador/Item	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Desarrollo de aptitudes personales	11. Definición de objetivos. ¿En qué grado las actividades del programa favorecen el establecimiento de los objetivos en salud de los participantes?	Determinan los objetivos de acción en salud bucal llevados por sus participantes.	Determinan los objetivos de acción en salud bucal y discute con los participantes la importancia de establecer sus propias metas en un futuro.	Motivan a la población para que identifiquen sus objetivos de acción en salud bucal durante el programa.	Retroalimentan a la población para que identifique sus objetivos de acción en salud bucal durante el programa.	Acompaña a la población para establecer un objetivo común de acción en salud bucal.
	12. Toma de decisiones. ¿En qué grado se fomenta la toma de decisiones de los individuos?	Las acciones son prescriptivas, es decir, se le indica a los participantes las actividades que deben realizar.	Se da a conocer al individuo sus necesidades de salud y se indica qué actividades debe realizar para mejorar su salud.	El individuo participa en identificar su situación de salud y el personal de salud le indica qué actividades debe realizar para mejorar su situación de salud.	El individuo participa en identificar su situación de salud y propone algunas actividades que deben llevarse a cabo para mejorarla.	El individuo analiza su situación de salud en conjunto con el personal de salud y deciden qué acciones son necesarias para resolverla.
	13. Expresión emocional. ¿En qué grado las actividades fomentan el manejo de las emociones?	No fomentan que el individuo identifique sus emociones o las de otros individuos.	Fomentan que el individuo identifique las emociones de otros.	Fomentan que el individuo reconozca las emociones en sí mismo.	Fomentan que el individuo exprese y comunique sus emociones a otros individuos de su entorno habitual.	Fomentan que el individuo exprese y comunique sus emociones a otros individuos de entornos no habituales.
	14. Desarrollo de empatía. ¿En qué grado las actividades fomentan el desarrollo de empatía?	No fomentan el interés por las necesidades o emociones de otros.	Fomentan el interés por identificar en los otros las emociones básicas: enojo, alegría, miedo y tristeza.	Fomentan el interés por entender cómo se sienten los otros al experimentar enojo, alegría, miedo y tristeza.	Fomentan que el individuo trate de ayudar a otros individuos de su entorno para superar su enojo, tristeza o miedo y a compartir su alegría.	Fomentan que el individuo trate de ayudar a otros individuos de entornos no habituales para superar su enojo, tristeza o miedo y a compartir su alegría.
	15. Desarrollo de asertividad ¿En qué grado las actividades fomentan el desarrollo de asertividad?	No toman en cuenta la forma de comunicación entre los individuos.	Informan sobre la importancia de comunicar los deseos individuales sin generar conflicto.	Fomentan la importancia de comunicar los deseos individuales sin generar conflicto en el ambiente familiar, con amigos y con compañeros de trabajo.	Fomentan la importancia de comunicar los deseos individuales sin generar conflicto en ambientes conocidos y nuevos.	Fomentan que los individuos expresen su opinión de manera firme en ambientes conocidos y nuevos, logrando un punto de negociación con el otro.
	16. Desarrollo de tolerancia ¿En qué grado las actividades contribuyen al desarrollo de tolerancia?	No fomentan el respeto por las opiniones, ideas o actitudes de los demás.	Propician un ambiente de respeto a las ideas, creencias o prácticas de los demás cuando son diferentes o contrarias a las propias a través de información impresa, videos o fotografías.	Propician que los individuos reflexionen acerca del respeto a las ideas, creencias o prácticas de los demás cuando son diferentes o contrarias a las propias.	Fomentan que los individuos se pongan en el lugar de las personas que tienen ideas, creencias o prácticas diferentes o contrarias a las propias.	Fomentan el respeto y se crea un ambiente de colaboración aunque las opiniones, ideas o actitudes no coincidan con las propias.

Dimensión	Indicador/Item	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Reorientación de los servicios de salud	17. Orientación de los servicios de salud que se proporcionan . ¿En qué grado incluyen la prevención las actividades del programa en el modelo estomatológico del cual participa?	Todas las actividades que se realizan son curativas.	Se llevan acciones curativas de forma prioritaria, y solo en periodos, como la semana de salud bucal, se realizan acciones de protección específica.	Se llevan acciones curativas y en algunos casos se integran acciones de protección específica sin seguimiento.	Más del 50% de las acciones que se realizan incluye prevención específica de acuerdo a los factores de riesgo y protección inespecífica a través de la educación para la salud.	La atención se realiza con base en un diagnóstico que incluye factores de riesgo y sociales; asimismo se promueve la generación y utilización de activos en salud integral por ejemplo la alimentación saludable o la actividad física.
	18. Factores de riesgo. ¿Cuál es el grado de especificidad de las actividades del programa de acuerdo a los diferentes factores de riesgo?	El programa tiene una respuesta altamente curativa, no toma en cuenta ningún factor de riesgo, diagnostica solo el diente(s) que será atendido en el momento.	Propone acciones de atención más que de prevención pese a que se lleva a cabo un diagnóstico estomatológico.	Propone acciones de prevención y atención estandarizadas, sin discriminación de riesgo o vulnerabilidad.	Propone acciones de prevención y atención de acuerdo al riesgo biológico del paciente.	Propone acciones de prevención, atención y orientación en salud de acuerdo al riesgo biológico y tomando en cuenta la clase social, género, territorio u origen.
	19. Evaluación del programa. ¿En qué grado se evalúan y analizan las actividades del programa?	Solo se lleva registro de las acciones realizadas.	La evaluación se lleva a cabo en relación a la productividad.	Hay indicadores de evaluación para cada actividad, pero no se aplican en todos los casos.	Cada actividad tiene indicadores de evaluación que permiten un análisis cuantitativo.	Cada actividad tiene indicadores de evaluación cuantitativa y cualitativa que incluyen la experiencia de la población con momentos específicos para valorar los avances.
	20. Flexibilidad en las estrategias. ¿Con qué frecuencia las estrategias del programa pueden modificarse con base en los avances alcanzados?	Se tienen estrategias establecidas pero no existe un seguimiento.	Se siguen las estrategias definidas pero no existe una evaluación parcial que permita identificar las necesidades.	Las estrategias pueden modificarse en caso de encontrar limitantes para realizarlas.	Existen momentos específicos para valorar los avances y considerar modificaciones de estrategias.	Los responsables pueden solicitar análisis de cambio de estrategia si lo requieren antes de los momentos de evaluación.
	21. Utilización de la evaluación ¿En qué grado se mantiene informada a la población de los resultados obtenidos por la intervención?	La población no tiene información de los resultados de la intervención.	Se proporciona información de los resultados de la intervención a la población que lo solicita.	Se proporciona un informe sobre los resultados individuales a los participantes.	Se proporciona un informe sobre los resultados individuales y grupales a los participantes, directivos y personal auxiliar implicado en las actividades.	Miembros de la población de intervención participan en el análisis y difusión de los resultados obtenidos, y se utilizan diferentes medios impresos y digitales a la vista de la comunidad.
	22. Utilización de la evaluación ¿La evaluación de los servicios es utilizada para dar respuesta a las necesidades de la población?	Solo se trabaja en respuesta a la demanda.	Identifica el tipo de respuesta que debe proporcionar el servicio de salud.	Sirve como base para la planificación del servicio de salud.	Retroalimenta las actividades del servicio de salud.	Reorienta las actividades del servicio incluyendo las necesidades sentidas de la población.