



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN
BUCODENTAL DEL ADULTO MAYOR

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:
LUIS FRANCISCO SÁNCHEZ LÓPEZ

DIRECTOR: ROSA DIANA HERNÁNDEZ PALACIOS

ASESOR: VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ



CIUDAD DE MÉXICO, 2017



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.

Agradecimientos



A mi Madre.

Por ser un ejemplo, estar siempre presente aportándome; valores, seguridad, tiempo, apoyo de todo tipo, cariño, inspiración, educación, ideas, dedicación, ayudar al desarrollo de mi intelecto y por creer en mí.

A mi Padre.

Por la capacidad de estar al pendiente de que no me falte nada, gracias por tú tiempo, consejos, amor, facilidades, comprensión, compañía; sobre todo en mí quehacer deportivo y musical.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Además de tener presente mi gratitud hacia la máxima casa de estudios. Cabe reiterar, que el mayor privilegio de mi vida, ha sido poder estudiar y representar deportivamente a la mejor universidad de este país. Ahora, en ella, me encuentro concluyendo la Carrera de Cirujano Dentista.

Eternamente, estaré orgulloso de ser un puma, porque desde el nivel medio superior, en sus instalaciones he recibido, una buena formación, por parte del coach y los docentes.

A la Dra. Rosa Diana Hernández Palacios y al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez.

Por su relevante participación, en mi formación profesional y a lo largo del desarrollo de esta apasionante investigación; con sus conocimientos, observaciones, confianza, tiempo, generosidad, experiencia, dedicación, preocupación y comentarios.

A mis sinodales.

En este punto es conveniente expresar mi agradecimiento, a estas grandes personas, por su participación fundamental para la presentación de esta tesis. Mtra. Remedios Guadalupe Valdez Penagos, Mtra. María Eugenia Bribiesca García y C.D. Esp. Jesús Cerón Argüelles.

Dedico esta tesis a mis padres y a mi hermana. Que siempre, me acompañan y respaldan en todo momento, mis nuevos proyectos.

Si creemos en algo, si tenemos en nuestro interior suficiente energía, suficiente pasión y ganas, podemos encontrar en los recursos que nos ofrece el mundo actual, los medios necesarios para hacer realidad todos nuestros sueños. – AMIN MAALOUF–

La promoción de la salud para la atención bucodental del adulto mayor

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
MARCO TEÓRICO	3
1. Promoción de la salud	4
1.1 Principios de la promoción de la salud	5
1.2 Estado del arte de la promoción de la salud	15
1.3 Algunos factores que influyen en la promoción de la salud	40
1.4 Toma de decisiones basadas en evidencia para la reducción de factores de riesgo.....	42
1.5 Estilos de vida saludables.....	44
1.6 Entornos y ambientes favorables	46
1.7 Cambios bucales por envejecimiento	49
1.8 Fundamentos de la promoción de la salud en el adulto mayor	52
2. Estrategias de promoción de la salud bucodental en el adulto mayor	57
2.1 Empoderamiento del adulto mayor para su salud bucodental	72
OBJETIVOS	78
MATERIAL Y MÉTODOS	79
3.- Elaboración de un programa de promoción de la salud bucodental para la atención del adulto mayor	82
3.1 Diagnóstico de las condiciones de salud	84
3.2 Planificación	85
3.3 Intervención.....	88
3.4 Evaluación	92
CONCLUSIONES	94
PERSPECTIVAS	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

INTRODUCCIÓN

En la práctica profesional del Cirujano Dentista, es común que los pacientes presenten enfermedades bucodentales en etapas avanzadas, porque la mayoría son asintomáticas, una vez detectadas, requieren tratamientos curativos y de rehabilitación de alto costo, por lo que, resulta indispensable establecer estrategias para evitar la presencia de enfermedades, y en caso que se presenten, realizar su detección en etapas tempranas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que la promoción de la salud es una estrategia esencial para elevar los niveles de salud en la población, esta acción debe ser aplicada en los diversos grupos etarios, principalmente en aquellos vulnerables como los adultos mayores. En algunos países de Latinoamérica como Cuba y Brasil, se han elaborado políticas de salud bucodental, basadas en la promoción de la salud con resultados muy importantes en la reducción de los índices de caries y pérdida dental.

En el presente estudio, se describen las acciones para desarrollar a través de la promoción de la salud, un programa para la atención bucodental del adulto mayor. El Cirujano Dentista, tiene la oportunidad de modificar la forma de abordar la atención bucodental del adulto mayor, basándose en la promoción de la salud, con la que podrá disminuir a largo plazo la prevalencia de enfermedades estomatológicas, consideradas problemas de salud pública e impulsar los estilos de vida saludables que ayuden al control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la población adulta mayor representa el 10%, de la población humana total, proyectándose para el año 2050 que este porcentaje se duplicará.

Las actuales estrategias de salud bucal aplicadas en el adulto mayor no han logrado su objetivo de disminuir la prevalencia e incidencia de las enfermedades del sistema estomatognático, como parte integral de la salud de este grupo etario.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la promoción de la salud impulsan acciones para garantizar el derecho a la salud de la población.

El Cirujano Dentista, profesional de la salud, debe identificar cuáles son las medidas necesarias para elevar el nivel de salud bucodental en los adultos mayores, lo cual implica, hacer un cambio de paradigma. Es necesario conocer las estrategias de la promoción de la salud, y a largo plazo mejorar la salud bucodental del adulto mayor y disminuir la frecuencia de enfermedades bucodentales, que en su mayoría logran ser prevenibles de forma eficaz y eficiente, con acciones que le den a esta población las herramientas necesarias, al promover la mejoría de su entorno biopsicosocial y sus condiciones de vida.

MARCO TEÓRICO

1. Promoción de la salud

La promoción de la salud (PS), es una estrategia valiosa para la salud pública, al permitirle a la población incrementar el control de los determinantes de la salud ⁽¹⁾, su accionar es multidisciplinario.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) *“La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación”* ⁽²⁾.

A partir del estudio histórico y el intercambio internacional de experiencias relacionadas con la PS se pueden crear e innovar estrategias que ayuden a controlar los determinantes de la salud con base en las actuales exigencias del mundo globalizado. De ahí radica la importancia de identificar los principios de la Promoción de la Salud (PS).

1.1 Principios de la promoción de la salud

La promoción de la salud (PS) aparece como un nuevo enfoque cuyo principal objetivo es mejorar la salud ⁽³⁾ enfatizando acciones preventivas y estilos de vida.

Las bases para garantizar la salud de la población, radican en la PS y la atención primaria de salud ⁽⁴⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991 señaló que la educación para la salud es un derecho humano básico; siendo esta el principal fundamento de PS ⁽⁵⁾.

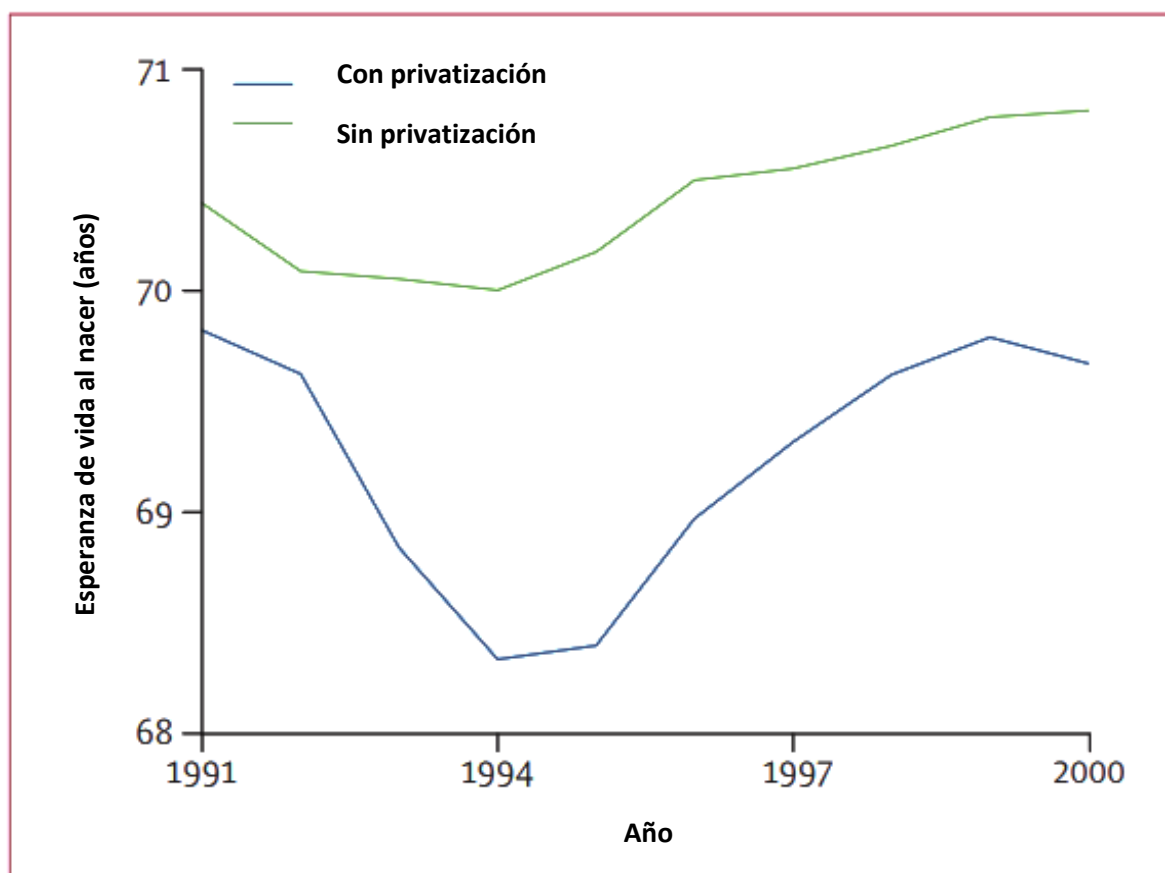
Para poder comprender el enfoque de la PS, resulta importante describir sus principios, que conceptualmente radican en los determinantes de la salud, esto incluye el uso de acciones destinadas al abordaje de dichos determinantes que son modificables y no solo aquellas acciones de los individuos, sino también determinantes sociales como son posición social, trabajo, educación, condiciones laborales, ingresos, acceso a adecuados entornos saludables y a los servicios sanitarios ⁽⁶⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los determinantes de salud son *“propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal”* ⁽⁷⁾.

Existen modelos que son representaciones formales que facilitan la comprensión de la salud y sus determinantes. El modelo explicativo se basa principalmente en los determinantes sociales de la salud que se definen como *“condiciones estructurales del sistema económico imperante y de la vida diaria, que son responsables de las inequidades en salud, tanto entre países como dentro de éstos”* ⁽⁸⁾ este concepto abarca ámbitos culturales, ambientales, políticos y económicos. Que determinan sin lugar a duda el acceso a los servicios, el nivel de ingresos, educación, trabajo y

descanso de la población. El manejo inadecuado de los determinantes sociales, trae consecuencias graves para la población; por ejemplo, lo ocurrido en los años 90's en donde hubo países europeos que incrementaron significativamente la privatización de los servicios de salud, provocando el aumento del 12.8% de la mortalidad; además los hombres entre 15 y 59 años de edad no pudieron pagar los servicios médicos privados debido al desempleo. Además, como se muestra en la Figura 1, la esperanza de vida se afectó de manera significativa en comparación con los países que no implementaron los programas de privatización masiva de los servicios de salud estatales ⁽⁹⁾.

Figura 1. Relación entre la privatización masiva y la esperanza de vida en países postcomunistas.



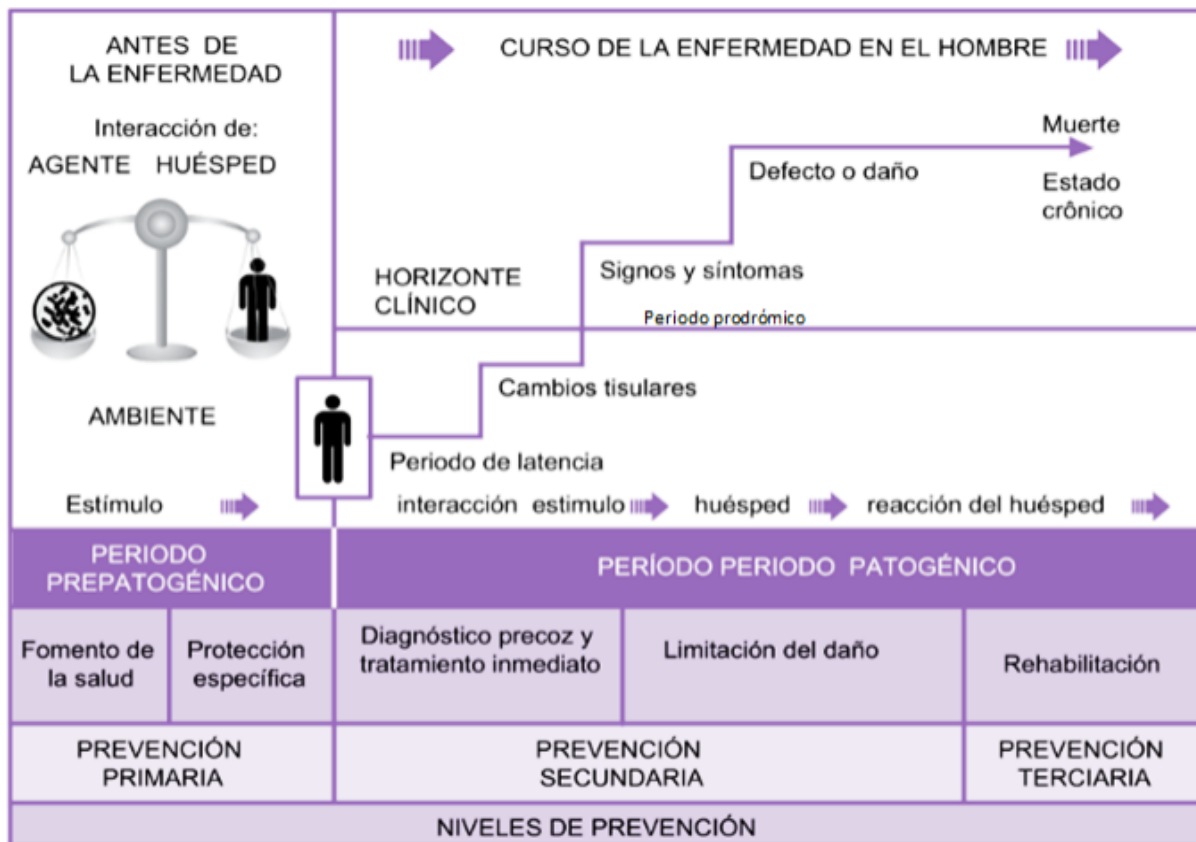
Fuente: Stuckley D, King L, McKee M. 2009.

La salud de la población depende en gran medida de los determinantes sociales de la salud, el estilo de vida de las personas, las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud ⁽¹⁰⁾.

Aproximadamente más del 80% de los determinantes de la salud se encuentran fuera del sistema sanitario ⁽¹¹⁾. Según una investigación realizada en Brasil el derecho a la salud está relacionado con la calidad de vida y el desarrollo de las capacidades de la población, el problema del incumplimiento de ese derecho excede la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) de este país ⁽¹²⁾, actualmente el sector político busca un mejoramiento de este sistema ⁽¹³⁾. Es decir la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, que significan una parte fundamental de los servicios de salud pública, son insuficientes, ya que los esfuerzos para mejorar la salud de la población son más efectivos cuando se dirigen a los individuos, es decir, al mejoramiento de sus conocimientos y capacidades para tomar decisiones saludables, así como a sus entornos ⁽¹⁴⁾.

Lo anterior tiene sus inicios con el modelo tradicional o ecológico de la enfermedad que consta de tres componentes el agente, el huésped y el medio ambiente ⁽¹⁵⁾. Este modelo fue retomado por Leavell H. R. y Clark E. G. en el periodo de prepatogénesis de su esquema de la historia natural de la enfermedad ⁽¹⁶⁾, ver la Figura 2.

Figura 2. Historia natural de la enfermedad en el hombre.



Fuente: Leavell HR, Clark EG. 1983.

Otro modelo es el Lalonde que ha pasado a ser clásico para la salud pública, está basado en el comportamiento o estilo de vida; surge del informe del entonces ministro de sanidad de Canadá Marc Lalonde en 1974, en él se establece que la salud de las personas se ve influenciada por factores o variables como la biología humana, estilos de vida, organización de la atención a la salud, ambientes sociales o físicos en los que vive la población ⁽¹⁸⁾, estos cuatro elementos fueron identificados con un examen de las causas, factores subyacentes de la enfermedad y muerte, además de una evaluación de los elementos que afectaron el nivel de salud en Canadá, fue aquí en donde la promoción de la salud se convirtió en una estrategia institucionalizada.

En este informe se incluyen todos aquellos aspectos de la salud, tanto físicos y mentales, que se desarrollan dentro del cuerpo humano; la herencia genética del individuo, procesos de maduración, envejecimiento, sistemas internos, como el esquelético, nervioso, muscular, cardiovascular, endocrino, digestivo.

La categoría ambiente incluye todo aquello relacionado con la salud que sea externo al cuerpo humano y que además el individuo tenga poco o ningún control, es decir los individuos son incapaces, por sí mismos, de asegurar los alimentos, suministro de agua, etc. Y hacer que sean seguros y que no sean contaminados; otros aspectos como la contaminación atmosférica, hídrica, sonora, la propagación de las enfermedades transmisibles, el manejo correcto de residuos, y si se lleva a cabo la eliminación de aguas residuales forman parte de esta categoría.

Las condiciones de vida influyen y muchas veces el individuo no puede cambiarlas ya que son externas al cuerpo humano, es decir, por si sola la población no puede garantizar la pureza de los alimentos, el abastecimiento de agua, la calidad de los cosméticos y el medio ambiente. Otros determinantes son los estilos de vida, aquí los individuos toman decisiones que afectan a su salud en las que ellos tienen más o menos control, es decir crean riesgos autoimpuestos. Cuando estos riesgos ocasionen enfermedad o muerte, es porque realmente los hábitos del individuo no fueron adecuados.

Por último sistemas de salud, según el informe Lalonde consiste en la cantidad, calidad, arreglo, naturaleza, relaciones de personas y recursos en la prestación de servicios de salud. Incluye servicios médicos, enfermería, hospitales, hogares de adultos mayores, medicamentos, público y comunidad, atención médica, ambulancias, tratamiento dental, optometría, quiropráctica, podología, y otros servicios de salud ⁽¹⁸⁾.

Al observar la cobertura sanitaria en el Cuadro 1, y el gasto canadiense extrapolable a la mayoría de los países industrializados, es muy superior a lo que debería Cuadro 2, ya que el medio ambiente y el estilo de vida representan los principales determinantes de la salud según la epidemiología ⁽³⁾.

Cuadro 1. Distribución de personal de la salud a la población total, la proporción de Instalaciones a la población.

País	% Cubierto por Médico y Hospital Seguro	No. de Hosp. Camas por 10,000 personas	No. de Médicos por 10,000 personas	No. de Enfermeras por 10,000 personas
Australia	79% (Hosp.)			
	75% (Med.)	117.4	11.8	66.6
Canadá	100%	102.3	15.7	57.3
Dinamarca	96.70%	89.4	14.5	53.4
Suecia	100%	145.8	12.4	43.7
Reino Unido	100%	111.4	12.5	35.1
Estados Unidos	85% (Hosp.)			
	65% (Reg. Med.)			
	35% (Maj. Med.)	82.7	15.3	49.2

Fuente: Lalonde MA. 1981.

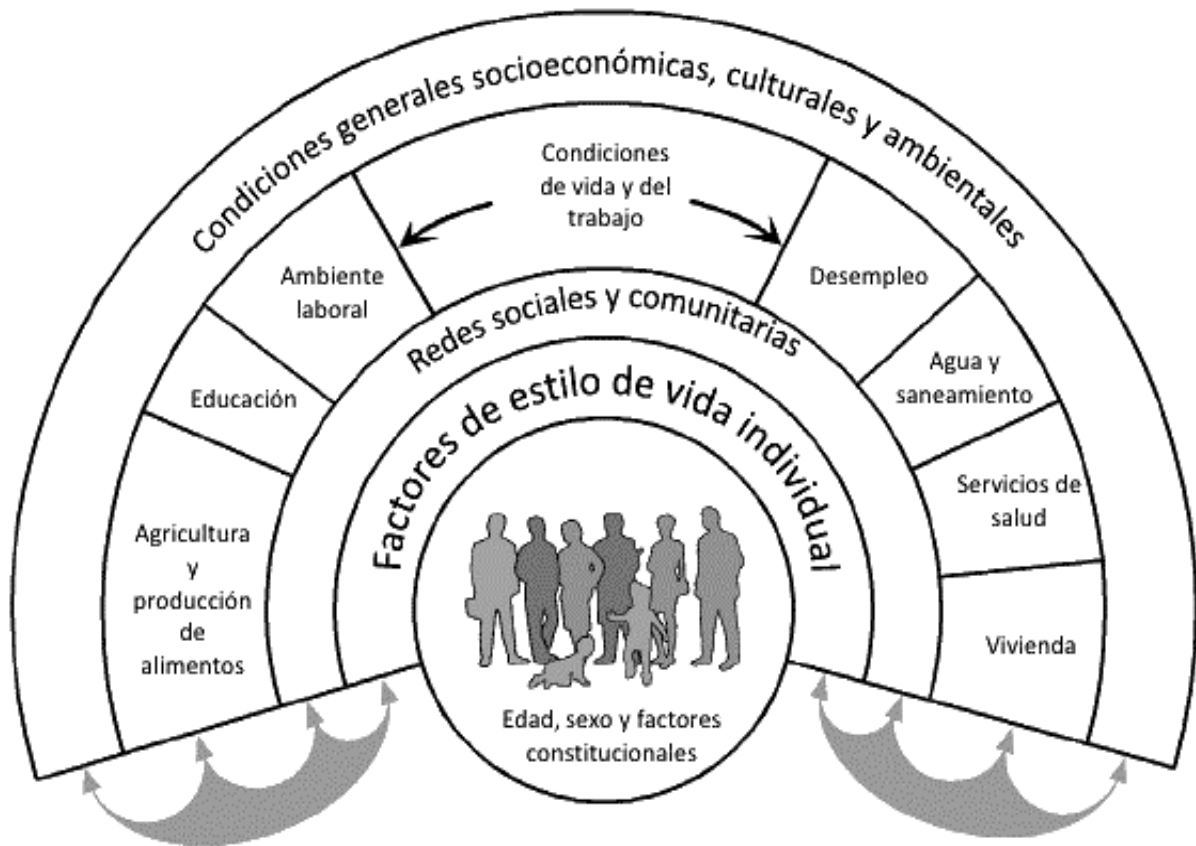
Cuadro 2. Gastos nacionales de salud de Canadá, incluyendo la atención médica personal.

	Como % de G.N.P	Como % de ingresos personales	Gastos anuales Per cápita
Canadá	7.1	9	306.11

Estas cifras reflejan los gastos totales de salud. Para esa parte, que incluye la atención de salud individual únicamente, el costo máximo en Canadá fue de \$ 271.72, o de \$ 1100 por familia. Esta es una medida cuantitativa importante, incluso si la mayoría de los costos se cubrieron con seguro.

Fuente: Lalonde MA. 1981.

Las diferencias entre comunidades no pueden explicarse solo con las cuatro variables que mencionó Lalonde, por lo tanto este modelo tiene sus limitaciones. Por lo anterior surge el modelo socioeconómico de Dahlgren y Whitehead en 1991, Figura 3. Explican cómo las desigualdades sociales en salud surgen de las relaciones de los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas nacionales de salud. Según estos autores las personas tienen factores de riesgo como: la edad, el sexo y genéticos que influyen en la salud final, así como en las conductas personales y estilos de vida.

Figura 3. Principales determinantes de la salud.

Fuente: Dahlgren G, Whitehead M. 1991

Las personas con una mala situación económica tienen mayor prevalencia de factores, como el tabaquismo y la mala alimentación. También tienden a la mala elección de un estilo de vida. Las influencias sociales influyen en los comportamientos personales ya sea de forma positiva o negativa.

Las malas condiciones de vivienda, un trabajo peligroso, el estrés y pobres accesos a los servicios crean riesgos diferenciales para las personas socialmente desfavorecidas ⁽¹⁹⁾. Los tipos de dieta, e higiene dependen de los factores que forman parte de este modelo.

En el caso de Cuba, la salud surge socialmente de forma participativa como resultado de las acciones de toda una sociedad relacionada, comprometida, e incluida,

obteniendo determinantes de la salud inexplicables para otros países. Señalan que al desaparecer las condiciones actuales que favorecen o privilegian la salud de los cubanos, desaparecerán los resultados en salud que hoy tiene el país. *La voluntad política y acción intersectorial* son condiciones clave de la determinación de la salud de la población cubana ⁽²⁰⁾.

Los determinantes sociales de salud más referenciados son: redes de apoyo social, situación económica, empleo, condiciones de trabajo, entorno demográfico, psicosocial, género, estilos de vida, y la exclusión social ⁽²¹⁾. Se debe actuar sobre los determinantes de la salud, para reducir las problemáticas sanitarias existentes, elevar el desarrollo de cada país y evitar crisis financieras ⁽²²⁾.

Así que en la carta de Bangkok se establece la forma de abordar en este mundo globalizado los factores determinantes de la salud por medio de la PS.

A través de intervenciones eficaces con políticas, actividades permanentes de promoción y una amplia participación. Las medidas requeridas que actúen para abogar por la salud, invertir en políticas, infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud, crear el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos y la investigación, la alfabetización sanitaria, establecer normas reguladoras, leyes que garanticen un alto grado de protección para la salud y el bienestar, asociarse por medio de alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles. Siempre invitando a sumarse al compromiso de mejorar la salud ⁽²³⁾.

Actualmente la salud es abordada de una manera más amplia, es decir se consideran a los pacientes y usuarios como socios en soluciones de colaboración, auxiliares de claves, recursos en el trabajo conjunto ⁽²⁴⁾. Global con los *servicios digitales* ya

implementados en países como Suecia con el documento titulado Regiones del plan 2017-2019 y el presupuesto 2017. En donde se menciona que los servicios digitales continuarán desarrollándose para ofrecer a los ciudadanos reuniones digitales para aumentar tanto la disponibilidad, la influencia y la seguridad de aquellos que tienen un largo camino hasta el centro de salud más cercano ⁽²⁵⁾. Por lo que el futuro ha llegado con una tendencia al aumento de los tratamientos basados en Internet.

1.2 Estado del arte de la promoción de la salud

Las acciones de la salud pública a nivel mundial para preservar la salud de la población; se basan de la intervención de la promoción de la salud (PS) para lograr maximizar su eficacia y eficiencia.

Para que las sociedades modernas empezaran a aplicar estas políticas de salud, tuvieron que pasar varios años, décadas e incluso siglos a través de la historia de la humanidad.

Las creencias para evitar la enfermedad siempre han estado presentes, incluso algunas de ellas aún existen y se observan al usar amuletos, hechizos, pulseras magnéticas, talismanes, etc. ⁽²⁶⁾

Hace miles de años los seres humanos formaron grupos recolectores que posteriormente pasarían a ser comunidades ⁽²⁷⁾, esta acción trajo grandes beneficios que serían claves para lograr la supervivencia del hombre en el mundo antiguo, al protegerse de las consecuencias de las catástrofes naturales y de los depredadores de aquel entonces ⁽²⁸⁾, en un inicio estas comunidades tuvieron un comportamiento nómada hasta la llegada de la agricultura.

Con la estabilización de estos grupos de personas en un territorio fijo, solo fue cuestión de tiempo para que surgieran los primeros pensamientos acerca del significado de la salud y la enfermedad, los cuales fueron básicamente mágicos, es decir algo totalmente externo al individuo, a través de una fuerza misteriosa que podía causar daño o proteger la salud.

Pasó el tiempo y las grandes civilizaciones de la antigüedad se consolidaron, la estructura social se fue haciendo cada vez más compleja, provocando que el pensamiento cambiara, para sentar sus bases en la voluntad divina ⁽⁴⁾.

En el antiguo testamento se plantea la protección de la salud colectiva, describiendo en una de sus páginas la siguiente recomendación dirigida hacia los soldados *“llevarás también una estaca entre tus armas; y será que cuando salgas allí fuera, cavarás con ella y luego te volverás y cubrirás con tierra tu excremento”* ⁽²⁹⁾.

En Grecia el filósofo Hipócrates consideró a la vida sana como la principal fuente de riqueza. Aproximadamente por el año 1250 a.C. Esculapio era el dios griego de la salud, tuvo dos hijas Panacea e Hygea diosas de la curación y la salud respectivamente, esta última conocida como la diosa del arte de estar sano ⁽³⁰⁾, el equilibrio descrito entre Panacea e Hygea vendría siendo el proceso salud enfermedad. Entre sus múltiples innovaciones y afirmaciones Platón, otro filósofo griego dijo que para tener una buena salud habría que sostener un equilibrio armonioso entre el cuerpo humano y el universo ⁽³¹⁾, además, consideró que los griegos tenían una obsesión por el cuidado de la salud, en la actualidad existe una variación obsesiva, puesto que hay quien piensa que los promotores de la salud son fascistas de la salud ⁽³²⁾.

El pensamiento fisiócrata en la Grecia clásica aproximadamente por el año 499 a.C. inducía a que los ciudadanos comunicaran su verdad, además a que eligieran una postura basada en el conocimiento y la autenticidad ⁽³³⁾, explicaba cómo conservar la salud, combatir enfermedades, pensando en la teoría del desequilibrio de los cuatro humores corporales: sangre, flema, bilis negra, bilis amarilla y los cuatro elementos naturales con sus cualidades ⁽⁴⁾, al final los griegos tuvieron sus limitaciones por una práctica elitista, ya que las recomendaciones de la salud solo eran posibles para los ricos aristócratas, que podían invertir su tiempo al placer y al cultivo del cuerpo, mientras que los esclavos carecían del acceso a esta información ^(34, 35). En la Roma imperial con el emperador Marco Aurelio la población urbana y

rural había alcanzado una elevada calidad de vida para esa época, se conservaron los principios de higiene manejados por los griegos y egipcios, pero con una visión menos contemplativa lo que los hacía más cercanos a la realidad, para ellos era afeminado e inútil el cuidado y la obsesión del cuerpo humano ⁽³⁶⁾. Por esa época Galeno uno de los médicos romanos más famosos de la antigüedad, gracias a sus numerosos textos médicos logró tener una gran influencia en oriente, occidente, llegando hasta después del renacimiento, le dio a la higiene un mayor valor, al hablar de la relación existente entre las enfermedades y los oficios o actividades realizadas, sugirió métodos para poder gozar de una buena salud, disminuyendo el padecimiento de enfermedades, para llegar a ser un adulto mayor saludable ⁽³⁷⁾, además es el primero que habla de los prerrequisitos para la salud de la población como la paz y la vivienda ⁽⁴⁾.

Evidentemente la población requiere del acceso al agua para permanecer sana, el aporte más importante de los romanos hacia la PS es su ingeniería hidráulica. Desde el siglo III a.C. se facilitó el uso del agua a sus ciudadanos ⁽²⁶⁾, además institucionalizaron los hospitales y las clínicas dentro del sector público ⁽³⁸⁾.

Al mismo tiempo, las grandes pandemias se hicieron presentes, una de ellas tuvo lugar en el continente africano, parte de Europa y Asia, la peste o también conocida como plaga es una enfermedad infecciosa, altamente mortal causada por la bacteria *Yersinia pestis* ^(39, 40) terminó con la existencia de un gran número de personas que contrajeron la peste al ser picadas por una pulga portadora de la bacteria, encontrada en un roedor infectado ⁽⁴¹⁾, este suceso se desarrolló alrededor del año 541 a.C. con consecuencias fatales ya que el 60% de la población del el Norte de África, Europa, centro y sur de Asia murió por dicha pandemia ⁽²⁸⁾. Se ha comprobado que la bacteria *Yersinia pestis* llega a permanecer durante años en el suelo, ya que dos mil años

después estableció focos permanentes en el norte de África ⁽⁴²⁾, la peste o muerte negra se hizo presente en la edad media, devastando al mundo en el siglo XIV, de estos acontecimientos surge el concepto de cuarentena aplicado en la actualidad ⁽²⁶⁾. Otra epidemia se desarrolló, durante el dominio de los egipcios, una de las civilizaciones más grandes y emblemáticas de la antigüedad, la viruela que es considerada una de las enfermedades más devastadoras que hayan existido en la historia del ser humano, un caso conocido es el del faraón Ramsés V, quien murió en el año 1157 a.C. en sus restos momificados se observan claramente marcas en su piel de viruela ^(43, 44), después de estas epidemias, los egipcios valoraron más la salud, ya que en numerosos papiros les envían buena vibra y permanencia de la salud a sus destinatarios ⁽⁴⁵⁾, hizo que contarán con médicos especializados, como dentistas y hasta oculistas, combinaban sus conocimientos fisiológicos con invocaciones u ofrendas a los dioses, comúnmente en esta civilización los encargados de tratar las enfermedades fueron los sacerdotes que adquirirían conocimientos médicos de los papiros, uno muy famoso es el Ebers que es el tratado del corazón escrito en el año 1500 a.C. ⁽⁴⁶⁾.

Después, Plutarco habla sobre el sedentarismo y su relación con la salud *“el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas [...] la pereza no es saludable [...] y no es verdad que la gente inactiva es más sana”*. Pasó el tiempo y durante el cristianismo dominaron las ideas de la voluntad divina ya que se cuidó más al espíritu que al cuerpo, ya que se creía que no era necesaria la dieta o el ejercicio porque el bautismo era el principal elemento para tener una buena la salud ⁽²⁶⁾. Estas ideas afortunadamente cambiaron con la llegada de la edad media y la higiene colectiva, ya que en ese entonces en todos los monasterios existió un baño de vapor, además de que el baño era

obligatorio para la conmemoración de la resurrección ⁽⁴⁷⁾. Durante el cristianismo realmente fueron muy pocos los avances con respecto a la salud pública, la PS y la higiene.

Un tratado con mayor relevancia en el siglo XIII d.C. fue dirigido hacia la gente de alto rango, vendido como un manual de medicina doméstica con el título “*Regimen sanitatis salernitatum*”, llegó a tener tanto éxito que fue utilizado para divulgar la medicina ⁽⁴⁸⁾, en él, se hacen recomendaciones para la vida diaria y conservar la salud, llevada de forma didáctica por medio de versos. Se refiere a la dieta, higiene, costumbres, comportamientos que pueden ser perjudiciales para la salud ⁽⁴⁹⁾, este tratado hace alusión a la PS.

La viruela, enfermedad que afectó gravemente la salud de la población avanzó por varios continentes como Asia, África y Europa, para llegar a América en el siglo XVI, donde alrededor del 90% de la mortalidad indígena durante la colonización fue causada por las enfermedades europeas y no por la conquista militar, teniendo un mayor impacto en los indígenas al no haber desarrollado previamente los anticuerpos necesarios para contrarrestar dichas enfermedades ⁽⁵⁰⁾.

En la Nueva España las enfermedades más comunes fueron las respiratorias, causadas por las condiciones de trabajo deplorables en las minas, además, se sumaron las enfermedades traídas por los esclavos africanos, más las epidemias de varicela y sarampión ⁽⁵¹⁾.

El descubrimiento de América en 1492, significó entre otras cosas el intercambio de conocimientos entre los americanos y los europeos, así como enfermedades, lo que da pie al desarrollo de una hipótesis sobre el uso de la prevención y de la PS, uniéndose los conocimientos del nuevo mundo con el viejo; la escasa información no permite describir lo que pudo haber ocurrido con este acontecimiento. Algunas

culturas indígenas al parecer estaban más adelantadas que los españoles en cuanto a la comprensión de la salud y la enfermedad ⁽²⁶⁾.

Los pueblos andinos estipularon que el concepto *sumak kawsay* se refiere a la calidad de vida, el buen vivir y vida con dignidad ⁽⁵²⁾. En México, para los nahuas la salud y la enfermedad era dual, es decir su desequilibrio ocasionado por el trabajo, largas caminatas y el cansancio ocasionaba la pérdida de la salud, los etnógrafos señalan que en las culturas mesoamericanas constantemente se describe la clasificación de las enfermedades en frías y calientes, para cada una de ellas tenían una dieta y tratamientos específicos ⁽⁵³⁾. Otra civilización precolombina fue la Maya, en donde los sacerdotes, curanderos o hechiceros, eran los encargados de contrarrestar las enfermedades que le atribuían a castigos divinos o brujería ⁽⁴⁵⁾.

Por otra parte, los árabes tuvieron médicos importantes que escribieron manuales que tratan el tema del cuidado personal, hicieron aportes a la salud con la política de subsidios a enfermos hospitalizados, el cual consistía en un apoyo económico suficiente hasta que se reincorporaran a su quehacer laboral ⁽³⁸⁾.

Durante el renacimiento la conceptualización de la salud no tuvo avances. Mientras que en los siglos XV y XVI el movimiento renovador de la literatura, el arte, las ideas que iban en contra de lo ocurrido en la edad media y el comportamiento creativo característico de esta etapa de la historia resultó beneficioso para la PS y la salud pública, Fracastoro mostró interés por los mecanismos de transmisión de las enfermedades epidémicas publicando la obra “De Contagione” en 1546, gracias a sus aportaciones es considerado el primer epidemiólogo de la historia ⁽⁵⁴⁾.

La revolución industrial es una de las etapas más célebres de la historia de la humanidad, desarrollada en la Gran Bretaña resultado de una expansión económica que comenzó en el siglo XVI, tuvo un impacto que transformó al mundo ⁽⁵⁵⁾.

En el siglo XVII se registran avances importantes para la medicina gracias al descubrimiento del microscopio, que facilitó el desarrollo de las bases de la bacteriología, pero a pesar de esto, para el enfoque de la salud pública y la PS no hubo mayor relevancia. Entonces *la salud pública* surge como una política, doctrina o área del conocimiento, en el periodo de 1750 a 1850, y se sientan las bases de la salud pública moderna debido al gran auge industrial de las ciudades europeas conocido como la revolución industrial, creando ambientes de trabajo perjudiciales para la salud, además se identificó a la pobreza como la generadora de las enfermedades de aquella época ⁽⁴⁷⁾.

En el siglo XVIII se retoma la importancia de la salud física y mental de la sociedad, además se hicieron múltiples esfuerzos para promoverlas, se impuso la corriente autoritaria, absolutista, que pensaba que las leyes y las regulaciones policíacas debían ser las únicas encargadas de proteger la salud de la comunidad ⁽²⁶⁾.

La ilustración considerada un movimiento cultural e intelectual desarrollado en el siglo XVIII, inicialmente en Inglaterra, Alemania y Francia, tuvo como principal acontecimiento la revolución francesa ⁽⁵⁶⁾, un hombre que se muestra en la Figura 4 es considerado precursor de la salud pública, influenciado por las ideas de la ilustración Johann Peter Frank además de ser conocido por sus reformas académicas y sociales, tiene un lugar dentro de la historia de la salud pública y de la medicina ⁽⁵⁷⁾, una de sus grandes obras fue titulada *System einer vollstaendigen medicinischen Polizey*. Traducido como un sistema completo para una policía médica ⁽⁴⁷⁾, es considerado el primer tratado de salud pública e higiene ⁽⁵⁸⁾, Frank, identificó que las condiciones de vida y el medio ambiente son factores causantes de las enfermedades del ser humano; entre otras cosas reconoció que la salud y la

enfermedad dependen de factores sociales, propuso soluciones con lineamientos reduciendo el impacto de estos factores en la salud de la comunidad ⁽⁴⁸⁾.

Johann Peter Frank una vez graduado, en su autobiografía describe como le responde a su profesor cuando este le pide escoger una rama de la medicina *“veo que los médicos raramente están en posición de remover aquellas causas de enfermedad que o bien actúan sobre la masa de gente, o bien son independientes de la voluntad de los individuos, sin importar que tan cuidadosos ellos puedan ser. Muchas de estas enfermedades podrían ser eliminadas a través de medidas gubernamentales. ¿Existe alguna ciencia desarrollada sistemáticamente que contenga las reglas de acuerdo a las cuales se podría alcanzar esto?”* ⁽⁵⁹⁾.

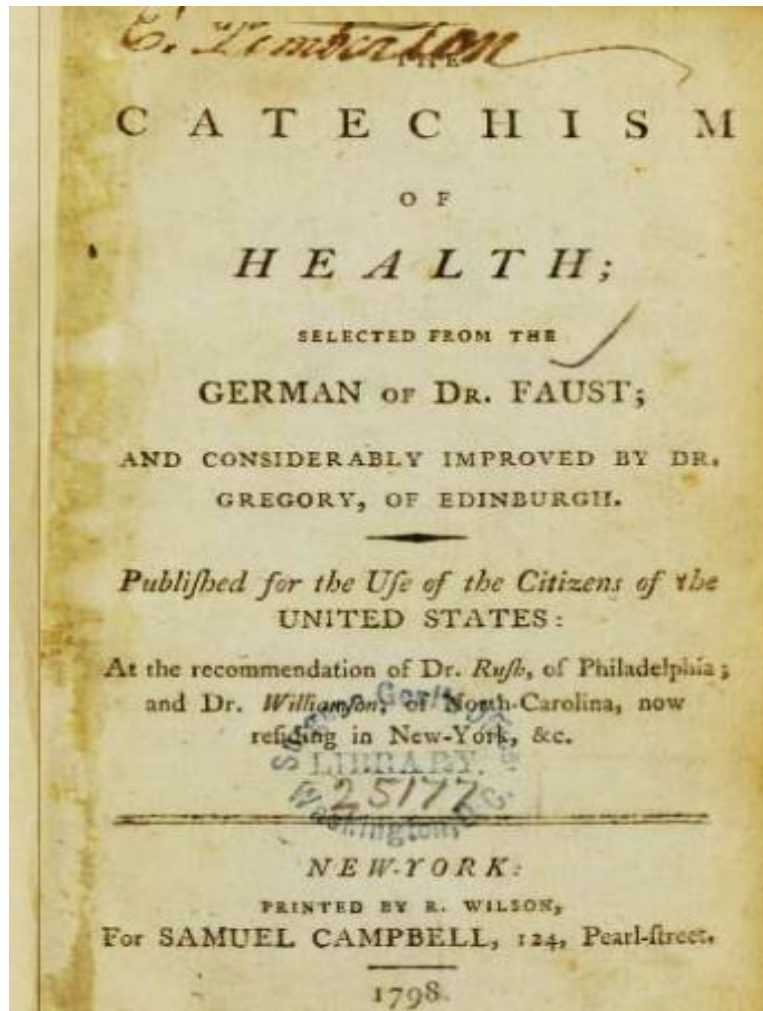
Figura 4. Médico alemán Johann Peter Frank 1745 - 1821.



Fuente: Medina-De la Garza CE, Koschwitz MC. 2017.

Otra de las obras destacadas del siglo XVIII fue el catecismo de la salud. Figura 5, de Bernhard Crihristoph Faust en 1798, es considerada una joya histórica ⁽⁶⁰⁾.

Figura 5. El catecismo de la salud.



Fuente: Faust BC. 1798.

En el siglo XIX gracias a Jeremy Bentham se relaciona a la salud con la filosofía. La relación entre la población, la salud y las condiciones de vida fue abordada de tal manera que le ayudó a la medicina social; a mediados del siglo surgieron grandes pioneros de la salud pública, se publicaron reportes sanitarios acerca de las condiciones de trabajo en las industrias, surgieron ideas visionarias de ciudades saludables, numerosos estudios en trabajadores, se describen las enfermedades ocupacionales, se analizó la mala distribución del personal de salud, se hizo un

estudio sobre la clase social y la mortalidad, en este siglo el patólogo Rudolf Virchow es considerado el padre de la medicina social, salubrista político célebre de la historia de la salud pública, estudió la epidemia que azotaba a Prusia con resultados relevantes para la historia de la salud pública, propuso ilimitada y completa democracia, educación, prosperidad y libertad, que hoy son consideradas para alcanzar la equidad dentro de la PS, Virchow declaró abiertamente los determinantes de las epidemias ⁽²⁶⁾.

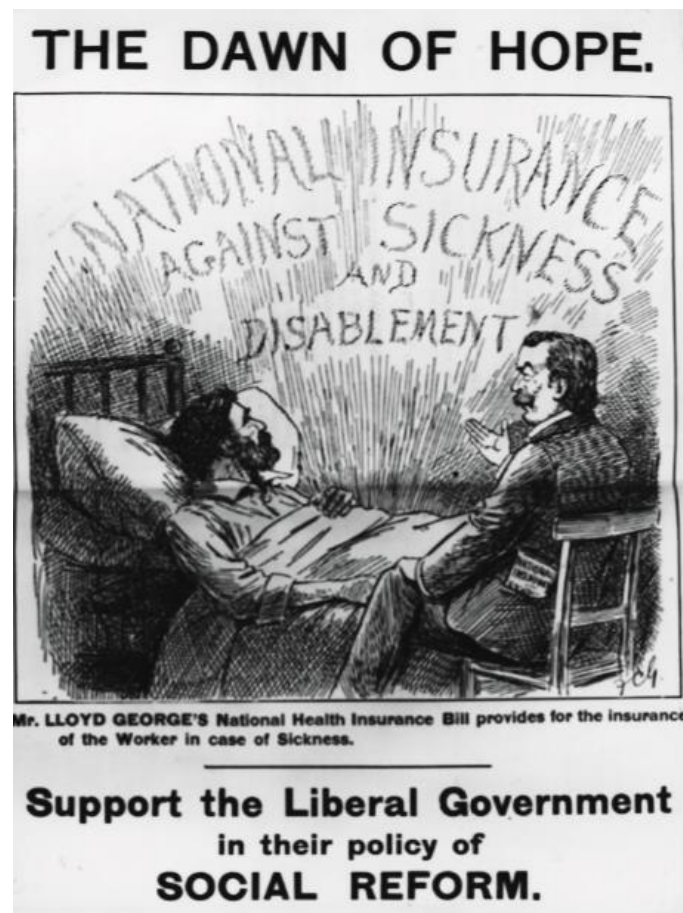
Dentro de los acontecimientos que cambiaron el rumbo de la historia de la salud pública y el inicio de la primera generación de la PS son los trabajos de John Snow acerca del cólera en Londres en 1854, hicieron que la epidemiología le aportara a la salud pública el sustento empírico y la metodología, para el estudio de los problemas de salud presentados en las poblaciones de aquel entonces ⁽⁶¹⁾.

La prevención de enfermedades infecciosas se puso en práctica durante el siglo XIX con la vacunación, gracias a los descubrimientos de Edward Jenner y Louis Pasteur ⁽⁵⁷⁾. El primer hito sobre el desarrollo de sistemas de salud fue en 1883 en Alemania, cuando Otto von Bismarck también conocido como el canciller de hierro, tuvo grandes políticas exitosas en la década de los 60's del siglo XIX, implementó exitosamente el Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter la Ley sobre el seguro de salud del trabajador. Lo que obligó a los obreros a buscar un seguro de salud pagado entre el empleador y el empleado, cubría la enfermedad y la asistencia médica cuando se enfermaban ⁽⁶²⁾.

Llegó el siglo XX con avances tecnológicos y científicos, fue aquí en donde los gobiernos desempeñaron en algunos casos un papel exitoso en el establecimiento de sistemas de salud, en 1910 la Asociación Americana para la Legislación Laboral en Estados Unidos propuso la ley del seguro médico creada en Alemania. En la gran

Bretaña el partido liberal británico diseñó un cartel. Observado en la Figura 6, para la aprobación de la ley del seguro nacional de salud de Gran Bretaña a la derecha está el canciller de entonces David Lloyd George, al fondo se puede traducir como “seguro nacional contra la enfermedad e invalidez”, al final del cartel “apoya al gobierno liberal en su política de reforma social”⁽⁶³⁾.

Figura 6. Poster “El amanecer de la esperanza” 1911.



Fuente: Berridge V, Gorsk M. 2011.

En primeras décadas del siglo XX, el mundo se vio inmerso en los conflictos armados, revoluciones, guerras civiles, la primera guerra mundial de 1914 a 1918 ocasionó muertes, malas condiciones de vida, enfermedades y mutilaciones⁽⁶⁴⁾, las asociaciones de salud estuvieron presentes en estos campos de batalla europeos, la primera guerra mundial marcó y estimuló las actividades del movimiento internacional de la Cruz Roja, al finalizar se pensó que estas asociaciones tendrían

mayor peso dentro de la salud pública en tiempos de paz, una iniciativa de la liga de sociedades de la Cruz Roja creada en 1919 fue la creación de un orden internacional de salud pública ⁽⁶⁵⁾.

La alimentación, el agua y la dieta desempeñaron un papel importante durante la primera guerra mundial al agotar el sistema inmunológico de los soldados previamente sanos, al darse cuenta de esto, los países implementaron acciones de PS en sus ejércitos al brindarles herramientas para preservar la salud con una dieta nutritiva, sabrosa y suficiente agua ⁽⁶⁶⁾. Aunque se hicieron esfuerzos en 1936 con políticas de seguridad colectiva y cooperación internacional para evitar una segunda guerra mundial, estas no tuvieron el impacto esperado ⁽⁶⁷⁾.

Como ocurrió al término del primer gran conflicto, surgieron grandes organizaciones mundiales al finalizar la segunda guerra mundial en 1945 con el lanzamiento de las bombas atómicas en Hiroshima y Nagasaki, solo que esta vez fue a mayor escala con la creación de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Oficina Internacional del Trabajo (OIT), y entre muchas otras. Además la celebración de grandes conferencias, las más importantes fueron las de Yalta, París y la de San Francisco en donde se fundó la Organización de las Naciones Unidas (ONU), además se trató la posibilidad de crear una organización que se encargara de la salud ⁽⁶⁸⁾, más tarde sería creada la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sigerist fue el primero en usar el término de la PS refiriéndose a las acciones de la educación sanitaria, para mejorar la calidad de vida por parte del estado ⁽²⁶⁾, en un discurso de medicina y la salud pública, la PS fue aplicada por primera vez a mediados del siglo XX ⁽⁵⁾, surge de la educación para la salud que apoya en gran

parte a la salud pública. Principalmente por la necesidad de incrementar la salud por medio de enfoques positivos y porque fue evidente hacer más fácil la elección de medidas más saludables; posteriormente la PS llegaría a tener más relevancia que los dos campos que la vieron nacer, la salud pública y la educación para la salud ⁽⁶⁹⁾, el primer concepto surge en la etapa posterior a la segunda guerra mundial, el médico suizo Henry Sigerist es uno de los salubristas más brillantes de todos los tiempos, a tal grado de ser retomado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fundada en 1948 para la primera redacción del concepto de salud, mencionó que la PS era la primer gran acción de la medicina después de la prevención de la enfermedad, la reparación del daño y la rehabilitación, esto como el primer concepto de la PS ⁽⁷⁰⁾, cinco años antes del surgimiento de la OMS en 1940 Sigerist. Figura 7, escribió que *“la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”*⁽⁴⁾, que es el enfoque utilizado para el concepto tan conocido de salud.

Figura 7. El Dr. Henry E. Sigerist antecedió la renovación teórica y práctica de la PS.



Fuente: Marti FI. 1968.

Se refirió a un término llamado escuelas saludables y que eran las principales instituciones de salud pública. Sus ideas aún persisten hasta nuestros días dentro del grupo de los más prestigiosos del mundo de la PS junto con Thomas McKeown cuyos argumentos centrados en los determinantes de la salud, son esenciales para la teoría de la PS ⁽²⁶⁾, en su tesis describe aspectos sobre el crecimiento poblacional, la transición demográfica, el estado nutricional y la mejoría de la calidad de vida. Hace estudios demográficos que tienen gran relevancia al asociarlos con factores que influyen sobre la salud de la población, también aporta técnicas de salud pública y reformas sanitarias, además creó controversia en cuanto al enfoque y asignación de los recursos de los servicios médicos ⁽⁷²⁾.

Para la segunda mitad del siglo XX en 1958, Levell y Clack señalan a la promoción de la salud como el mecanismo más general y específico para prevenir enfermedades. El huésped, concepto mencionado en la propuesta que hacen de la historia natural de la enfermedad, el fortalecimiento de este huésped hacia los agentes que causan la enfermedad está relacionado con la PS, buscando la disminución o la eliminación del contacto del agente causal con la población y acciones generales sobre el ambiente ⁽¹⁷⁾.

El último cuarto del siglo XX en Canadá el informe de Lalonde en 1974 fue un clásico histórico, ya que marca el inicio de la aplicación de la PS, describe la influencia de los determinantes de la salud, como estilos de vida, organización de la atención a la salud, la biología humana, ambientes sociales y físicos modifican la salud de la población ⁽¹⁸⁾, este modelo nace a través de la necesidad de encontrar de una manera más rápida cuáles son las ideas, problemáticas y actividades relacionadas con la salud; comprender de una manera más clara los factores que influyen en la pérdida de la salud de la población ⁽⁷³⁾.

A raíz del análisis del informe del ministro de salud canadiense, fue que la PS se empezó a convertir en una estrategia institucionalizada que fortalece a la población para afrontar los problemas de salud, ayuda a reducir la inequidad, incrementa la cultura de la prevención de enfermedades, mejoramiento y control sobre la salud, promoviendo el autocuidado, la ayuda mutua, la capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y creando ambientes favorables para la salud ⁽³⁾.

Los países miembros de las asambleas mundiales de la salud de 1975 y 1976 hacen un compromiso en donde se esforzarán para mejorar el estado de salud de sus poblaciones, teniendo como meta el año 2000.

La tendencia y cambio de enfoque de la PS, desató hechos como los de septiembre de 1978 en donde se celebró la primer conferencia de la atención primaria de salud en la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), este evento significó un gran logro político para llegar a cumplir las aspiraciones del año 2000 con la declaración de Alma Ata ^(4, 3).

Para 1981 Canadá era el único país que tenía una Dirección General de Promoción de la Salud, motivo por el cual los ojos del mundo estaban dirigidos hacia los canadienses, el termino de PS era nuevo para esa época y estaba adquiriendo una importancia cada vez mayor ⁽⁶⁹⁾.

En 1984 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la PS como *“Un proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su salud y puedan, de este modo mejorarla”* ⁽³⁾, lo anterior generó nuevas políticas de salud pública a nivel mundial. Llevando la salud al alcance de todos sus habitantes de forma colectiva y no individual como se realizaba tradicionalmente.

Era evidente que se trataba de los primeros años de la PS, ya que once años después del informe Lalonde aún no se trataban correctamente los determinantes de

la salud descritos por el canadiense, en 1985 se llegan a redactar ciertas soluciones en donde las reformas innovadoras deben pasar primero por la fase experimental antes de ser aplicadas en cualquier población, una reforma se debe introducir a pequeña escala con la metodología científica adecuada para ubicar sus efectos positivos y negativos, así como el establecimiento de metas específicas para medir el progreso de dicha reforma ⁽⁷⁴⁾. Posteriormente, surgió la interrogante de que si se puede aplicar la PS en países en vías de desarrollo. Se plantea la idea de que tendría un gran valor compartir las experiencias de PS, obtenidas por los países industrializados, de este modo surge la idea de hacer la primera conferencia internacional de la PS ⁽⁶⁹⁾.

La carta de Ottawa en 1986 da inicio al abordaje de esta temática de forma global con 38 países participantes. Esta carta fue el resultado de la primera conferencia internacional para la promoción de la salud, contó con la ayuda de patrocinadores no gubernamentales, con cinco días de duración celebrada en Canadá en 1986, en dicha carta la PS consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma” ^(3, 14). Además se planteó una nueva concepción de la salud pública con base en la declaración de Alma Ata ⁽⁵⁾.

Según carta de Ottawa los cinco mecanismos para la promoción de la salud son:

- 1) El desarrollo de habilidades personales.
- 2) Reorientación de los servicios de salud.
- 3) Promoción de políticas saludables.
- 4) Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- 5) La creación de ambientes favorables ^(5,14).

Para que la promoción de la salud tenga un mayor alcance, se apoya de la prevención, pero con la desventaja de que esta es mucho más reducida por el simple hecho de que se centra en evitar la enfermedad, mientras que la promoción maximiza los niveles de salud ⁽³⁾. Otro apartado de la carta de Ottawa son los prerequisites para la salud, estos comprenden la paz, vivienda, educación, justicia social y equidad (5,14).

John Raeburn un participante de aquel hecho histórico de la redacción de la carta de Ottawa al finalizar la primera conferencia internacional de la promoción de la salud y también de la conferencia del 2005 en donde se redactó la carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, explica que aquella conferencia de 1986 llegó a alterar a sus invitados al hablarse exclusivamente de los países desarrollados, ya que rara vez se mencionaban a los países que están en vías de desarrollo, aunado a eso la Organización Mundial de la salud (OMS) organizadora del evento tenía ya predeterminados los principales conceptos y no aceptaban discusión alguna sobre ellos. En total fueron 38 países participantes durante los 5 días de duración, en donde además había talleres, se compartían conocimientos y experiencias sobre la PS, el neozelandés John Raeburn, hizo algunas anotaciones durante el receso que serían agregadas a la redacción final de la carta, uno de los delegados dijo que el patito feo se había convertido en un cisne, y otro aseguró que era el momento más importante de la historia de la sanidad ⁽⁷⁵⁾, este último tenía razón.

En ese mismo año 1986 se hace evidente la controversia sobre salud pública con respecto al enfoque de la PS, al surgir un esquema titulado *“El campo de trabajo de la nueva salud pública”*, reflexionando en que el personal de salud enfocado a la PS

no debe venir de una sola disciplina, sino contribuir desde sus diferentes y muy diversas disciplinas, aventajados con sus experiencias obtenidas en sus áreas ⁽⁶⁹⁾.

Canadá desarrollo un fuerte sistema de salud que tuvo cambios positivos, pero se identificaron retos para aquellas políticas y prácticas de salud, relacionados con que la esperanza de vida de los grupos desfavorecidos era inferior a la de los canadienses promedio, accidentes y enfermedades prevenibles impactaban en la calidad de vida de muchos, además del padecimiento de enfermedades crónicas, angustias o discapacidades con carencia del respaldo comunitario. Se planteó un cambio social irreversible y rápido, en donde la población envejece ⁽⁷⁶⁾. Aquella época marca el cambio en la perspectiva con la que se realizaban las políticas de salud, las naciones del primer mundo asumen, la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios ^(77, 78), tomando como eje de referencia el enfoque la de la PS; era evidente ya que la salud se había comprendido como el simple hecho de no estar enfermo, así el concepto de salud fue el *“estado de bienestar físico, mental y social completo”* eliminando la parte del concepto clásico que era la ausencia de enfermedad ⁽⁷⁶⁾.

La OMS ya tenía bien contemplado el nuevo enfoque de la PS, mencionando que es la estrategia principal para elevar los niveles de salud en la población ⁽⁷⁹⁾. Empezaba a quedar atrás la idea de que la PS consistía en distribuir información sobre la salud en la población, por medio de carteles y folletos, esperando que de algún modo estas medidas trajeran el cambio en las costumbres de la gente, si bien se vieron resultados pero demasiado lentos y para nada significativos. En Canadá se percataron de que la PS comprende investigación, educación, legislación, formación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario. En 1987 tras 10 años de experiencia en la PS, evaluando sus progresos, asumieron el potencial que tiene

esta estrategia, concluyendo que era el camino para enfrentar los nuevos desafíos de salud ⁽⁷⁶⁾. Mientras tanto México seguía con ideas de la vieja salud pública, fundamentado en que las características de su población era diferente a las de las grandes potencias mundiales; sin embargo en 1987 se publica un libro en el cual se refiere a la meta del programa de salud para todos en el año 2000 impuesta a nivel mundial *“Los próximos años servirán para medir nuestras fuerzas y conocer nuestras debilidades; para reforzar los aciertos y para corregir las equivocaciones”* siendo este el camino a seguir ⁽⁸⁰⁾.

De 1980 a 1989 los países en vías de desarrollo pasaban por una crisis debido al endeudamiento externo, sus gobiernos le dan prioridad al crecimiento económico, provocando una mayor desigualdad económica y estancamiento ⁽⁴⁾.

En 1988 se lleva a cabo la segunda conferencia de PS con sede en Adelaide Australia, el tema a tratar fue la formulación de políticas públicas saludables ⁽⁴⁾, en ella definen política pública como *“aquello que se orienta a crear un ambiente favorable para que los individuos tengan una vida saludable”* ⁽⁵⁾. En 1989 la OMS crea el documento titulado un llamado para la acción, en donde toca el tema de la PS en países en desarrollo ^(5, 37). Por esa época se hizo más evidente que para la salud se requiere abordar políticas, favorecer entornos saludables, la participación comunitaria, el desarrollo de capacidades de los individuos y la reorientación de los servicios de salud. En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la educación para la salud como un derecho humano básico ⁽⁵⁾.

En ese mismo año en Sundsvall Suecia se celebra la tercera conferencia internacional de PS, con el tema de ambientes favorables para la salud ⁽⁸¹⁾. En 1992 del 9 al 12 de noviembre con la participación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) surge la declaración y conferencia de Santa Fe llevada a cabo en

Bogotá Colombia con el tema PS y equidad, en donde acudieron los países de América Latina, reafirman los principios de la carta de Ottawa, mencionan que la solidaridad con la equidad son indispensables para el desarrollo de esta región y la salud ^(4, 5, 26). La PS en América Latina tiene como propósito garantizar el bienestar general, en la declaración de Santa Fe Bogotá identifican sus desafíos, estrategias y compromisos ⁽⁸²⁾. Al año siguiente en junio de 1993 en Puerto España Trinidad y Tobago se celebra la primera conferencia de PS del caribe con 125 personas del sector salud o campos afines, se destacan los principios así como los compromisos de la PS en cada una de las subregiones de habla inglesa con la carta del caribe de la promoción de la salud, en un apartado dice que la PS *“Se basa no sólo en la prevención y control de la enfermedad [...] Exige una colaboración estrecha entre el sector sanitario y otros sectores, puesto que los determinantes del estado de salud son múltiples y diversos”* ⁽⁸³⁾.

Se empieza a relacionar a la PS con el desarrollo humano ya que la salud, la esperanza de vida, la educación y el acceso a recursos dignos tienen que ver con el desarrollo humano, mientras que la promoción de la salud (PS) tiene que ver con vivir el mayor tiempo de forma digna, disfrutando de buena calidad de vida, que las personas ejerzan control sobre todo su proceso vital, desarrollando capacidades, competencias para tomar decisiones y conductas saludables ⁽⁴⁾; un concepto que funciona como coadyuvante es el empoderamiento para la salud, siendo este el proceso social cultural psicológico, político mediante el cual la población es capaz de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones, llevar a cabo acciones políticas sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades ⁽⁶⁾, impulsando su movilización

individual y colectiva para construir una cultura de salud, la toma de decisiones por las personas, disfrutando la vida con dignidad, calidad y sobre todo longevidad ⁽⁸⁴⁾.

La cuarta conferencia internacional sobre la PS, se realizó en 1997 con sede en Jakarta Indonesia tuvo como propósito posicionar a la PS en el siglo XXI, con base en evidencias científicas se estableció que la PS es efectiva, hace la diferencia, además de ser una aproximación práctica a la equidad en salud, define cinco prioridades como *empoderar al individuo* e incrementar la capacidad comunitaria, asegurar una infraestructura para la PS ⁽⁸⁵⁾.

La quinta conferencia internacional de PS fue en México en junio del año 2000, titulada hacia una mayor equidad. En ella se acuerdan los compromisos de acción para posicionar a la PS como prioridad para los programas y políticas, fortalecer las alianzas para la salud, preparar planes nacionales de acción para la PS, establecer redes internacionales que promuevan la salud. Los 88 países asistentes firmaron a través de sus ministros de salud la declaración ministerial de las ideas a la acción ^(4, 5).

Cinco años después en el 2005 la OMS formó una comisión encargada de estudiar y elaborar recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud. El trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales significa el retorno a la discusión sanitaria mundial como fue en Alma Ata, sin perder de vista que van mucho más allá de los estilos de vida elegidos por los individuos ⁽⁴⁾. En ese mismo año en Bangkok, Tailandia se lleva a cabo la sexta conferencia internacional de PS, en esta ocasión se crea el documento titulado PS en un mundo globalizado, se señala que los gobiernos deben invertir con el fin de afrontar los determinantes de la salud, desarrollar políticas y prácticas de PS, los tres compromisos de la carta de Bangkok son el desarrollo mundial, responsabilidad del gobierno e involucramiento de las

comunidades y la sociedad civil. Se establecen las medidas, promesas y compromisos para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado ⁽²³⁾.

La séptima conferencia internacional de PS fue en el 2009 en Nairobi, Kenia con el tema promoviendo la salud y el desarrollo. Destacan el empoderamiento de las comunidades, llevar a cabo la alfabetización en comportamientos saludables y salud, con cinco responsabilidades urgentes ⁽⁴⁾. La primera es fortalecer tanto el trabajo como el liderazgo en equipo, la segunda posicionar la PS, empoderar a las comunidades, la cuarta desarrollar procesos participativos y quinta construir y aplicar el conocimiento.

En junio del 2013 en Helsinki, Finlandia se celebró la octava conferencia internacional de la PS, en ella retoman las bases de la declaración de Alma Ata enfocada a la atención primaria de salud y de la carta de Ottawa. Se menciona que la salud y la equidad no se han elevado debido a los intereses políticos, hacen un llamado para que los gobiernos manejen los aspectos de la salud de forma transparente y que los incluyan en las políticas públicas. Los puntos más importantes fueron dar prioridad a la equidad y salud, políticas efectivas para la salud y el bienestar, reconocer que lo anterior requiere de visión estratégica, valentía y sobre todo voluntad política. Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) llama a ayudar a que se implementen prácticas públicas de salud en los países miembros y a motivar a las organizaciones internacionales, bancos de desarrollo y Naciones Unidas a incluir a la salud en las políticas públicas ⁽⁵⁾.

Tres años después en el 2016 en noviembre se celebra con más de 1000 participantes la novena conferencia internacional de la PS en Shanghai, China. Con la que se marca el 30 aniversario de la primera conferencia realizada en Ottawa

Canadá. Con el acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los objetivos de desarrollo sostenible, *“Dirigentes de gobiernos y organizaciones de las Naciones Unidas, alcaldes y expertos en salud de todo el mundo sellaron hoy dos compromisos históricos para promover la salud pública y erradicar la pobreza”* ⁽⁸⁶⁾.

La declaración de Shanghai establece compromisos para que una vez más los gobiernos adopten políticas audaces por el bien de la salud en sus poblaciones, para fortalecer la relación entre la salud y el bienestar. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus objetivos de desarrollo sostenible. En la declaración se establece que las personas pueden controlar su propia salud y tienen la posibilidad de elegir un modo de vida sano. Enfatiza sobre la buena gobernanza con conocimientos sanitarios ayuda a mejorar la salud, así como la función decisiva que tienen las comunidades y las autoridades municipales. Por lo que más de 100 alcaldes acordaron considerar la salud en todas las políticas municipales, así como promover la participación de las comunidades a través de múltiples plataformas, tales como los lugares de trabajo, escuelas y la tecnología moderna para fomentar la salud. Reorientar los servicios sanitarios y sociales de los municipios hacia la equidad y la cobertura sanitaria universal; firmando el consenso de alcaldes sobre ciudades saludables de Shanghai ⁽⁸⁷⁾.

Actualmente la promoción de la salud incluye la atención sanitaria y la educación para la salud; sin embargo pretende ampliarse considerando la modificación de los determinantes de la salud: individuales y los del entorno social ⁽⁷⁹⁾.

La educación tiene un papel importante para la promoción porque tiene como tarea la formación de individuos y comunidades para su desarrollo y logro de la salud. La promoción de la salud estimula oportunidades reales en la población para llevar una

vida saludable, el desarrollo de entornos favorables para la salud de la población, servicios que procuran proteger, restaurar y mantener la salud de todos ⁽⁵⁾.

A treinta años de la Carta de Ottawa, los ministros de salud de Nueva Zelanda la retoman en la mayoría de sus documentos de salud pública, junto con el Tratado de Waitangi. Aún hoy en día los estudiantes de salud pública y de PS de este país, durante su formación profesional revisan la carta de Ottawa.

A nivel internacional, la mayoría de los gobiernos de todo el mundo aceptan la necesidad de la PS. El proceso de la Carta de Bangkok ⁽⁷⁵⁾, la declaración de Shanghai con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible representan el esfuerzo internacional para que la gobernanza actual deje atrás sus intereses políticos y actúen en pro de la salud de su población. Con las visiones como las de Johann Peter Frank, sumadas con las ideas del Dr. Henry E. Sigerist y Marc Lalonde fue que se comprendió de una forma diferente el binomio salud-enfermedad, sin embargo hoy en día en la práctica odontológica dicho cambio de perspectiva no ha llegado. Ya que aún se sigue abordando el proceso salud enfermedad de una forma tradicional es decir sólo enfocado hacia la enfermedad y en evitar sus consecuencias; sin considerar que es dinámico y llevado a lo largo de la vida, esto ha contribuido al cambio de la visión dicotómica de la medicina y la odontología, por ende la salud no es una situación, es un proceso continuo, la definición más actual es: *“conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno”* ⁽⁸⁸⁾, el estado de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, independientemente de su raza, religión, ideologías políticas y condición económico social ⁽⁸⁹⁾, en el artículo 4to de la constitución política mexicana dice: toda persona tiene derecho a la protección de la

salud, iniciativa de reforma en 1982 ⁽⁹⁰⁾. El enfoque tradicional de la odontología, dirige los esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para tratar enfermedades bucales, prestando poca o nula atención a su prevención, a la conservación y PS tanto individual como colectiva ⁽⁷⁸⁾. Por lo anterior se hace evidente la necesidad de hacer cambios a nivel de política social ⁽⁹¹⁾, como se hizo en su momento en Canadá con el informe de Marc Lalonde ⁽¹⁸⁾, fue aquí en donde la PS se convirtió en una estrategia institucionalizada. La PS tiene una participación multidisciplinaria, utiliza los métodos educativos en salud para empoderar a la población.

1.3 Algunos factores que influyen en la promoción de la salud

Actualmente la salud debe abordarse de forma integral y una parte fundamental del proceso de la Promoción de la Salud (PS) es la educación para la salud ⁽⁶⁾.

Los métodos educativos y las tendencias pedagógicas han sufrido cambios a lo largo del tiempo, sin embargo su orientación hacia la comunidad sigue vigente, son diversos los factores que intervienen en el impacto de la promoción de la salud, entre ellos se encuentran las características de la participación comunitaria y los determinantes de los comportamientos en salud.

Para efectos de la PS es importante comprender las características de la participación comunitaria en salud:

- a) Activa. Las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación cuentan con la participación de la población.
- b) Responsable. Las decisiones y compromisos deben ser acordes con los derechos y responsabilidades de la comunidad.
- c) Consciente. Toma de conciencia y conocimiento de los problemas existentes.
- d) Deliberada y libre. Autonomía, planificación para las intervenciones, realizando tareas propias.
- e) Sostenida. El proceso se mantiene en el tiempo, las acciones son congruentes con los problemas de salud identificados.
- f) Organizada. La organización junto con las actividades son decididas por la población con objetivos en común para el desarrollo de la comunidad ⁽⁹²⁾.

La participación comunitaria en salud eleva las probabilidades de que la PS tenga un mayor impacto, al respecto los canadienses señalan que cuando se organizan las acciones de la PS, junto con otras actividades recreativas; se tienen mejores resultados⁽⁷³⁾.

Los determinantes de los comportamientos en salud son aquellos factores que definirán la forma de actuar de las personas ante las acciones de PS. Existen determinantes internos como los estilos de vida, etapas biológicas de vida, creencias, actitudes, habilidades y conocimientos. Los determinantes externos son el acceso a servicios sanitarios adecuados, el entorno físico, la situación laboral, posición social, educación, acceso a información adecuada y apoyo social. También están los determinantes situacionales que comprenden las transiciones vitales, ámbito comunitario, ámbitos sociales extensos y los patrones culturales. Para la modificación de cada uno de estos determinantes se requieren de enfoques pedagógicos ⁽⁹³⁾.

En las intervenciones de salud el rol de educador es primordial para promover la participación e impulsar los cambios en el comportamiento de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe combinar la información con la educación para que las personas, deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, busquen ayuda cuando la necesiten, hagan lo posible para mantener la salud individual y colectivamente. Se debe optar por un modelo educativo que utilice estrategias que permitan un aprendizaje significativo, ya que se pretende educar más que informar ⁽⁹⁴⁾.

El éxito de un proyecto de PS radica en las *técnicas de empoderamiento* de la población partiendo de un aprendizaje significativo y del guion de organización de la sesiones educativas, evaluando los avances ⁽⁶⁾.

1.4 Toma de decisiones basadas en evidencia para la reducción de factores de riesgo

La medicina basada en evidencia se refiere *“al proceso sistemático de la búsqueda, evaluación y uso de los hallazgos de la investigación biomédica como base esencial para la toma de decisiones en el ámbito de la práctica clínica”*. Este término aparece a principios de la década de 1990 en la Universidad de Ontario Canadá ⁽⁷⁸⁾. Las mejores intervenciones de promoción de la salud pueden efectuarse mediante la integración de las mejores pruebas científicas actuales, la experiencia, las preferencias de los individuos, las familias, las organizaciones y las comunidades. Proporcionan a los profesionales de la salud intervenciones que son evaluadas críticamente y que incorporan evidencia científica en la práctica de la PS ⁽⁹⁵⁾.

La historia relacionada con el trato de la salud muestra que la observación simple y la lógica, puede conducir a conclusiones falsas, es decir que un médico con 20 años de experiencia puede estar equivocado.

Los pasos para la práctica de la toma de decisiones basadas en evidencia son:

- 1.- Identificar la pregunta.
- 2.- Buscar publicaciones científicas acordes con la temática de la pregunta.
- 3.- Analizar cada publicación de forma crítica y definir el aporte que tiene para resolver nuestra pregunta.
- 4.- Aplicar la evidencia en la práctica ⁽⁹⁷⁾.

La importancia de la toma de decisiones basadas en evidencia no se puede pasar por alto ya que le puede ahorrar fracasos al personal de salud. Actualmente el Hospital General de México se encuentra elaborando el libro de protocolos y guías clínicas basadas en evidencia ⁽⁹⁸⁾.

Las intervenciones de promoción de la salud basadas en la evidencia identifican las poblaciones objetivo que serán beneficiadas gracias a la intervención y pueden indicar los mecanismos a cambiar en las próximas intervenciones ⁽⁹⁶⁾.

La principal fuente del conocimiento es la investigación, la constante lectura crítica de nuevos artículos con resultados de estudios relacionados con la reducción de los factores de riesgo, que afectan la salud de la población, puede ayudar a que el profesional de la salud tome mejores decisiones para la PS. Respaldados por el conocimiento científico actual.

1.5 Estilos de vida saludables

En 1996 *“El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, las pautas más individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales”* ^(26, 99).

Un enfoque actual describe que los programas de PS pueden ayudar a controlar o reducir los costos generales del cuidado de la salud al promover los estilos de vida saludables, enfatizar en la prevención de problemas de salud y mejorar el acceso de los pacientes a los servicios de salud ⁽⁹⁶⁾. La salud se ve influenciada a nivel individual y comunitario, por factores de riesgo como los estilos de vida que se llevan a lo largo de la vida del ser humano, descrito en el informe de Marc Lalonde de 1974 ⁽¹⁸⁾. Un importante salubrista para la salud pública moderna, Virchow analizó la determinación social de la enfermedad, su relación con la política y las condiciones de vida ^(100, 101). Los estilos de vida saludables incluyen comportamientos y políticas de salud destinadas a reducir adicciones al alcohol, tabaco, drogas; al empoderar a las personas y a las comunidades logran adoptar estilos de vida saludables, haciendo ejercicio, alimentándose mejor, acudiendo a chequeos médicos, psicológicos y dentales, mejoran su estado de salud y su bienestar, en todos los sectores de la población; para que se tenga un cambio significativo se deben incrementar las posibilidades para que la población tenga acceso a empleos, que les permitan llevar una vida plena. La alta desigualdad de ingresos, en los países no desarrollados es el principal impedimento, para que la población adopte estilos de vida saludables ^(102, 103). Aumentando la toma de malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en la propia comunidad.

Entonces el componente estilo de vida en el campo de la salud, constituye las decisiones que pueden tomar el individuo o población con respecto a su salud, es decir sobre las que tiene cierto grado de control ^(18, 73). Sólo se pueden adoptar estilos de vida saludables cuando se cuenta con los conocimientos, las oportunidades y la voluntad de hacerlo, de otra forma sería casi imposible. Por lo que un entorno empobrecido significa uno de los múltiples obstáculos para la adquisición del conocimiento y el acceso a oportunidades, aunque tal vez lo más importante sea la falta de voluntad. No es fácil la búsqueda positiva de la salud cuando esta acción requiere de invertir el mayor tiempo y energía posible para enfrentarse a los retos que se interponen para alcanzar los resultados deseados. Al contrario, resulta mucho más cómodo y tentativo practicar los hábitos menos saludables. Por ejemplo los trabajadores industriales, para la producción en cadena son los mayores consumidores de alcohol y de tabaco ⁽¹⁰⁴⁾. Contrarrestar estos determinantes significa aumentar el desarrollo de políticas saludables, que ha demostrado ser un impulso para mejorar los buenos hábitos para la salud, al ampliar las opciones saludables y restringir aquellas que no lo son. La PS tiene en cuenta el proceso de involucrar a la población para que se produzcan cambios en ella y del entorno en el que viven ⁽¹⁵⁾.

1.6 Entornos y ambientes favorables

Es conveniente destacar los daños que tienen los entornos desfavorables a la salud, además de ser acumulativos y que tienen un enorme efecto multiplicador. El hijo de una madre desnutrida proveniente de una familia de clase social baja tiene más posibilidades de tener un peso bajo al nacer, esto incrementa el riesgo de presentar bajo peso y talla además de lesiones nerviosas, como parálisis cerebral hasta retraso mental ⁽¹⁰⁵⁾.

El entorno social crea grandes desventajas y después refuerza sus efectos perjudiciales sobre la población ⁽¹⁰⁶⁾. La acumulación se refiere a que persiste a lo largo de generaciones, lo que significa que es el aspecto más dañino. *“La pobreza de una generación reduce las probabilidades de un nacimiento saludable y empeora el entorno del niño que nace. Los miembros de la segunda generación, más afectados en lo referente a la salud, la educación y el empleo, crean un entorno aún más desfavorable para la tercera.”* ⁽⁷³⁾. Por lo anterior es que la segunda área de acción de la Carta de Ottawa se refiere al mejoramiento de los entornos físicos, culturales, sociales y económicos. Incluyendo microambientes como edificios, viviendas, universidades, medios de transporte, lugares de trabajo; los cuales deben ser considerados objetos de la PS ⁽²⁶⁾. Por otro lado el medio ambiente *“Es la totalidad de factores físicos, químicos, biológicos y socioculturales que rodean a un individuo o grupo; el medio ambiente es dinámico, está en continuo cambio y hay interacciones constantes entre sus integrantes”* para su estudio se divide en medio ambiente natural y medio ambiente sociocultural o social ⁽¹⁰⁷⁾. Los ambientes favorables forman parte del término denominado entornos favorables. Estos pueden ser físicos, sociales, económicos, culturales, institucionales y virtuales. La tercera conferencia de PS celebrada en Sundsvall Suecia en 1991 trató de los ambientes

favorables, en ella se identificaron como estrategias la participación social, el empoderamiento para el desarrollo sustentable del ambiente, alianzas entre los grupos de salud y los grupos ambientalistas, junto con la negociación entre sectores opuestos en la sociedad; para la creación equitativa de ambientes sanos ^(4, 26).

La planificación urbana señala que los entornos físicos deben ser capaces de satisfacer las necesidades totales durante el ciclo de vida de la población, por lo que el desarrollo de los entornos saludables lleva tiempo, paciencia, voluntad política, intervenciones estructurales, etc. Los esfuerzos de planeación urbana en México han sido muy limitados, en los últimos 30 años no se ha avanzado en su reconceptualización, es decir nuestro país tiene una planeación antigua y obsoleta que fue hecha para una realidad distinta a la de hoy. Los actuales procesos urbanos contemporáneos han demostrado que el modelo ha superado la realidad mexicana ⁽¹⁰⁸⁾. Los desafíos para la salud con respecto a los ambientes favorables son:

- a) Inseguridad: debida al crecimiento desordenado de las ciudades, su incapacidad de brindar empleo, servicios básicos y propiciar violencia.
- b) Contaminación: ocasionada por la poca atención del manejo de residuos, para la preservación en cantidad y calidad del aire, agua, alimentos, fauna, flora, etc.
- c) Falta de espacios verdes y lugares de esparcimiento: el potencial humano aumenta con el sentido lúdico, estético. Disminuyendo el estrés, posibilitando el desarrollo de hábitos saludables.
- d) Ambientes laborales hostiles: competencia desleal, jubilación digna, generan insatisfacción, ansiedad y estrés. Perjudicando la salud, calidad de vida, producción y el desarrollo del país.

- e) Exclusión social: aislamiento social, víctimas de soledad, vejez, discapacidad o desplazamiento, tienden a desarrollar enfermedades por la falta de apoyo y afecto de las redes sociales.

Al aplicar el desarrollo de los ambientes favorables se deben considerar una serie de estrategias que facilitan este proceso. Tales estrategias implican *“la expresión de la voluntad política, el diagnóstico del entorno, participación de la comunidad, participación intersectorial, fortalecimiento del tejido social, la estética social, enseñanza de habilidades y destrezas, empoderamiento, desarrollo sostenible y la selección de las mejores prácticas”*. Los ambientes favorables son un componente significativo para el desarrollo de la PS, que requieren de continuidad estructural a mediano y largo plazo, una participación colectiva entre todos los grupos de interés, compromiso político, diálogo popular y una planificación humana ^(15, 26).

1.7 Cambios bucales por envejecimiento

Las intervenciones de promoción de la salud deben ser aplicadas durante toda la vida, sin embargo es en los adultos mayores donde se muestran los efectos de no haber realizado sus acciones durante las diversas etapas de la vida, además, muestran la acumulación del daño de las diversas enfermedades. Los cambios biológicos en el adulto mayor tienen una estrecha relación con el envejecimiento que es *“un conjunto de alteraciones moleculares, genéticas, celulares, tisulares y orgánicas que afectan a su morfología y comportamiento. El proceso de envejecimiento se asocia a una mayor propensión para enfermar y sufrir ciertos deterioros fisiológicos [...] la vejez no es sinónimo de estado físico deteriorado”*⁽¹⁰⁹⁾.

El hombre debe vivir de una forma digna, para esto tiene que contar con un buen estado de salud, es decir tiene derecho a tener un envejecimiento saludable. Las malas condiciones de vida y los malos comportamientos de salud, hacen que el ser humano se encuentre más propenso a padecer enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, osteoporosis, Parkinson, Alzheimer, depresión, ansiedad, polifarmacia, disquinesia orofacial y bruxismo, entre otros ^(110, 111). En el adulto mayor existen cambios morfológicos de tejidos y sistemas, a considerar por los profesionales de la salud que se encuentran en la fase diagnóstica del desarrollo de un programa de PS.

El sistema estomatognático presenta cambios pertenecientes a los determinantes biológicos de la salud bucal en la vejez ⁽¹¹²⁾; los dientes modifican su tonalidad y forma. El desgaste con la atrición ocasionan una pérdida de la longitud de los dientes, además de la pérdida del esmalte. La dentina acumulada con los años le da una apariencia amarilla en los dientes, así como la disminución del tamaño de la cámara

pulpar y pérdida de translucidez. Puede aparecer atrición, abrasión y erosión ^(113, 114).

Las funciones del sistema estomatognático como la fonética, la masticación y la estética se ven afectadas, por la pérdida de dientes. Entonces si la función masticatoria se encuentra alterada puede causar variaciones en la dieta del adulto mayor, forzándolo a adoptar una alimentación basada en alimentos blandos fáciles de masticar, trayendo restricciones dietéticas, comprometiendo la nutrición y el persona autoestima de la adulta mayor ^(115, 116).

Una pobre salud bucal y o una discapacidad oral por la pérdida dental tiene un impacto importante en la salud general como en la calidad de vida, sin mencionar el rechazo social que podrían sufrir estas personas mayores ^(117, 118, 110). El uso de prótesis dentales mal ajustadas es elevado en este sector de la población, siendo un factor de riesgo al causarles lesiones en la mucosa bucal ^(119, 120, 121). La mucosa bucal y el periodonto, tienen cambios en la organización de las bandas, la densidad del colágeno y el diámetro de las fibras elásticas aumentan, sin afectar la apariencia de la mucosa bucal, que es más fina y seca, relacionadas histológicamente con la disminución el afinamiento de las estructuras epiteliales, queratinización. Estos cambios son asociados a la deficiencia de algunas vitaminas o a la baja de estrógenos ⁽¹¹¹⁾. Reducción de la homeostasis del desarrollo de células epiteliales, una mayor variación en la calidad de los tejidos. La recesión gingival tiende a aumentar ⁽¹²²⁾. Existen cambios relacionados con las glándulas salivales los cuales incluyen la disminución en la producción de saliva, las proteínas antimicrobianas como las histatinas que tienen efecto anticandidiásico sufren cambios en su producción y se encuentran disminuidas ⁽¹²³⁾. En las glándulas submandibulares hay una pérdida del 40% de las células acinares, existen cambios similares en las

glándulas parótidas y labiales ⁽¹²⁴⁾, debido al fenómeno conocido como apoptosis que es el proceso de muerte celular programada y senescencia que se refiere al proceso que impide que las células se reproduzcan, a diferencia de la apoptosis puede desencadenar una respuesta inflamatoria, provocando daño tisular ⁽¹²⁵⁾. Es frecuente la xerostomía en los adultos mayores, entre el 29% y 57% la presentan; ocasiona la pérdida del gusto, además de dificultades para deglutir ⁽¹²⁶⁾. El adulto mayor puede estar expuesto a patógenos de la cavidad bucal debido a la disminución de mecanismos protectores como el flujo salival y la deglución, haciéndolo vulnerable a caries dental y enfermedades periodontales ^(127, 128). Según una encuesta realizada durante 22 años en España, cuya muestra incluye 33 millones de adultos mayores, la caries dental fue la enfermedad oral más común, ha tenido una constante muy sostenida en los adultos mayores, seguida de la enfermedad periodontal ⁽¹²⁹⁾. El envejecimiento junto con hábitos como fumar o beber alcohol, la alimentación inadecuada, anemia, alteraciones medioambientales, inmunosupresión, son considerados factores de riesgo para desarrollar enfermedades como el cáncer bucal ^(122, 130). Por lo que la PS se convierte en una forma de disminuir la incidencia y prevalencia de los problemas de salud, que afectan la calidad de vida de la población más vulnerable como la del adulto mayor.

1.8 Fundamentos de la promoción de la salud en el adulto mayor

Los adultos mayores son un grupo etario que va en aumento, a nivel mundial las cifras muestran que el 10% de la población es mayor de 60 años, proyectándose que para el año 2050 este porcentaje se duplicará y 1 de cada 3 personas en el mundo será mayor de 60 años ^(84, 131). La esperanza de vida es mayor en el sexo femenino a nivel mundial, este fenómeno es conocido como feminización del envejecimiento ⁽⁴⁾.

La población adulta mayor demandará cuidados especializados de profesionales de la salud ⁽¹³²⁾, estos no solo deben enfrentarse a los cambios físicos y psicológicos del ciclo evolutivo de estas personas, sino también al cambio de su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales ⁽¹³³⁾.

En el caso de México, los adultos mayores del mañana ya nacieron, es decir las generaciones nacidas entre 1960 y 1980, años en los que las tasas de natalidad fueron muy elevadas, estas personas ingresarán al grupo de 60 años o más a partir del año 2020 ⁽⁴⁾. Actualmente la población de adultos mayores en México es de 10,055,379, lo que corresponde al 9.6% de la población total del país ⁽¹³⁴⁾, en las entidades federativas de nuestro país los porcentajes de adultos mayores son: Ciudad de México 12%, Chihuahua 11.8%, Yucatán, Veracruz y Nayarit con 11.4%, otros como Quintana Roo 5.7%, Chiapas, Tabasco con 7.5% y 8.1% respectivamente ⁽⁴⁾.

A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología, los ancianos aún presentan alta frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, más del 50% de los adultos mayores padece hipertensión arterial, el 20% tiene diabetes mellitus tipo II, más del 50% de personas con cáncer son diagnosticadas en mayores de 55 años, por lo que,

los epidemiólogos afirman que más que una transición epidemiológica estamos cursando por una polarización epidemiológica ⁽⁸⁴⁾. Por lo tanto, la promoción de la salud con profesionales como el Cirujano Dentista, es una importante estrategia para la adopción de estilos de vida saludables en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las enfermedades bucales, que afectan a los adultos mayores, usando como pilares la promoción, la prevención y la educación para la salud a nivel individual y poblacional. Lo anterior se contrapone a los actuales modelos curativos que demandan alta inversión, recursos físicos y humanos para el tratamiento de las enfermedades bucales ⁽¹³⁵⁾. El fomento de la salud bucal en los adultos mayores también puede emplearse como una plataforma para el fomento de la salud general y puede causar una mejora en las enfermedades no transmisibles, además de facilitar el aumento del envejecimiento exitoso y la autogestión, a través del promover conductas saludables promocionando una adecuada alimentación, con el incremento en la actividad física, reducen las enfermedades crónicas. Existe también evidencia de que las enfermedades bucales no tratadas poseen consecuencias sistémicas y agravan el curso de las enfermedades no transmisibles ⁽³⁷⁾.

Las enfermedades bucodentales que se presentan con mayor frecuencia en la población de adultos mayores son la caries dental, periodontitis, hipersensibilidad dental, candidiasis bucal, úlceras bucales, cáncer bucal y lesiones cervicales no cariosas ⁽¹³⁶⁾. La salud bucal debería ser una prioridad de los estados, gobiernos, sectores de la sociedad, la economía y de la propia población en los diferentes contextos; sin embargo se considera sólo un asunto estético y cosmético. En países latinoamericanos como Cuba que se han establecido estrategias para disminuir los problemas bucodentales ⁽¹³⁷⁾, en otros países como Brasil se han logrado resultados poblacionales visibles al proponer una política nacional de promoción de la salud

bucal, denominada Brasil sonriente 2004 y se ha integrado en el Sistema Único de Salud (SUS) provisto por el estado y que posee indicadores indudables del avance de la atención primaria de la salud y la promoción de la salud para el control de caries, la pérdida de dientes y el control del cáncer oral a nivel poblacional ⁽¹³⁸⁾. Entonces la promoción de la salud brinda información que podrá sensibilizar a las personas adultas mayores y comprometerlas en el cuidado de su salud bucodental, considerando el hecho de que las personas en la actualidad viven más que antes ⁽¹³³⁾.

La promoción de la salud bucal integrada a la salud general en las poblaciones de adultos mayores, es innovador haciendo que los sujetos se responsabilicen por su autocuidado y adopten estilos saludables de vida, al generar buenos hábitos de higiene. Evitando que la población tenga un papel pasivo de solo recibir información de los programas educativos realizados por los profesionales de la salud apoyados de especialistas en técnicas de comunicación ⁽⁷³⁾.

La problemática bucodental de los adultos mayores radica en la exclusión e inequidad social para el desarrollo de políticas públicas. La nueva realidad demográfica se vuelve cada vez más urgente, pues el gran crecimiento de la población adulta mayor observado en los últimos años debe ser considerado en la planificación y reformulación de las políticas social, económica y de salud. Además de la transición demográfica, se ha experimentado una transición epidemiológica, caracterizada por el aumento de enfermedades crónicas y de reducción de las infecto-contagiosas. Como consecuencia, la demanda y los costos de los servicios de salud serán mayores.

La salud bucal del adulto mayor fue sometida a un modelo asistencial curativo mutilador con características excluyentes, muchas veces restringidas a los servicios

de urgencia odontológica. Este modelo asistencial generó un cuadro de salud bucal precaria en los adultos mayores, que presentan alta prevalencia de enfermedades bucales como: caries, enfermedad periodontal, edentulismo y necesidad de uso de prótesis. Así, la salud bucodental de las personas envejecidas implica organizar y ampliar la oferta tanto de promoción de la salud y atención primaria.

Las acciones de promoción de la salud bucodental en México, han sido insuficientes, se realizan a través del Departamento de la Secretaría de Salud denominado Promoción de la Salud, son quienes realizan la semana anual de la salud bucal del adulto mayor y al Programa de Acción Específico Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018. Son diversas las causas para que no se realice la promoción de la salud, es que actualmente las políticas de salud para atención bucodental, están centradas en la enfermedad con prácticas curativas y mutiladoras incluso desde la formación de los profesionales y no se consideran los determinantes sociales de la salud y el gasto se dirige para incrementar la capacidad operativa; esto difiere de otros países a nivel mundial donde las acciones de promoción de la salud bucodental para la atención del adulto mayor es muy diversa, por ejemplo en Canadá, Cuba, Brasil, Suecia se han implementado acciones en donde muestran particularidades en cuanto a sus resultados y obstáculos encontrados, asociados a sus políticas públicas, prioridades, infraestructura, situación económica, características de su población e inversión. Las políticas son la columna vertebral de los programas de promoción de la salud, esto se muestra en las acciones tomadas en Canadá donde con el informe de Marc Lalonde, la PS se convirtió en una estrategia institucionalizada.

Las políticas efectivas establecen claramente los valores y prioridades de salud de la organización y se adaptan a los requisitos y necesidades únicos del entorno y de las partes interesadas.

La salud bucodental del adulto mayor se encuentra en una situación deficiente, reflejando la ineficacia históricamente presente en los servicios públicos de atención odontológica y a las condiciones socioeconómicas precarias de los adultos mayores. Hay una oportunidad del Cirujano Dentista, para trabajar por la salud de la gente adulta mayor, de integrarse a equipos de salud, adquirir nuevos roles como salubristas, causando un impacto en las enfermedades crónicas no transmisibles y en la calidad de vida de estas personas. Los Cirujanos Dentistas deben participar activamente haciendo énfasis en pasar de lo curativo, a la promoción de la salud. Lo que demanda un cambio de perspectiva para reacomodar los currículos, el aprendizaje de nuevas competencias y actitudes en los profesionales de la salud bucodental.

2. Estrategias de promoción de la salud bucodental en el adulto mayor

Las acciones actuales de PS se establecen en la comunidad con equipos multidisciplinarios; a menudo abarcan medidas políticas y no dependen sólo de los profesionales de la salud. Por otra parte, el Cirujano Dentista desarrolla su práctica profesional dirigida hacia las enfermedades y le da gran valor a los comportamientos saludables; mientras los trabajadores comunitarios consideran que las condiciones sociales, como la pobreza y el desempleo, son las dificultades más importantes. *“Sin embargo, en el modelo de planificación de la promoción de la salud comunitaria, son las comunidades las que definen sus problemas y preocupaciones”.*

Es pertinente mencionar la existencia de la abogacía de la salud, como una estrategia que es planteada en dos formas: una la legislación que promueve la salud y dos, la creación de grupos de poder que puedan influir para que el gobierno regional cree políticas saludables dirigidas al adulto mayor ⁽¹³⁹⁾.

La PS bucodental ha sido abordada de diversas maneras, una de ellas es a través de los medios de comunicación, que resulta eficaz para la población de personas envejecidas, también se ha desarrollado a través de la producción de materiales como carteles, folletos, la organización de ferias, exhibiciones, acontecimientos, meses especiales de salud bucodental, campañas, actividades de relaciones públicas. Buscando que el adulto mayor desarrolle su capacidad de analizar y entender el aspecto de la salud bucodental ⁽⁷⁹⁾.

La creación de programas destinados al mejoramiento, empoderamiento en salud bucodental de la comunidad adulta mayor incluye diversas acciones, además de la evaluación se realiza el tratamiento dental, explicaciones preventivas, talleres de preparación de alimentos nutritivos de bajo costo para aumentar el interés, participación y asistencia de la gente; que conocerá distintos tipos de comidas, como

la vegetariana, cocinas étnicas que reflejan la unidad de las personas adultas mayores del barrio.

La experiencia a nivel mundial es muy diversa, por ejemplo en Canadá “las excursiones a las granjas agrícolas para recoger lo que se necesite se han convertido en la gran actividad de verano de cientos de adultos mayores, puesto que les proporcionan la oportunidad de abandonar la ciudad, disfrutar de una ocasión social placentera y comprar frutas y verduras frescas y baratas. *“Este proyecto, que representa un enfoque a nivel micro de un problema de nivel macro, como la pobreza, el desempleo y el elevado costo de los alimentos, ha inspirado otros tres del mismo tipo en el área metropolitana de Toronto y uno más en Ottawa”* ⁽⁷³⁾.

En el año 2000 en Brasil, el ministerio de salud incluye la salud bucal a la Estrategia Salud de la Familia (ESF), haciendo acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud en todos los niveles de atención. Equipos interdisciplinarios desarrollan las prácticas con las que trabaja este programa, responsabilizándose por la salud bucal de la población, considerando la realidad local, implementando visitas domiciliarias y valorizando las diferentes necesidades de los grupos poblacionales, como el de los adultos mayores ⁽¹⁴⁰⁾. En el 2004, el gobierno federal creó la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), también llamada Programa Brasil Sonriente, dejando de lado la concepción de la salud centrada en la enfermedad, haciendo énfasis en la promoción de calidad de vida e intervención de los factores de riesgo y el desarrollo de acciones intersectoriales ⁽¹⁴¹⁾. En la enmienda constitucional brasileña describe lo siguiente *“Se garantiza la atención a la salud del anciano, por intermedio del Sistema Único de Salud - SUS, garantizándole el acceso universal e igualitario, en conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios, para prevención, promoción, protección y recuperación de la salud, incluida la atención*

especial a las enfermedades que afectan preferentemente los ancianos” ⁽¹⁴²⁾. Pese a estas acciones públicas de atención y PS bucal, no existe una política de salud bucal dirigida a las personas mayores, se sugiere inequidad, orientar políticas públicas que objetiven la salud bucal y la calidad de vida. Es evidente la necesidad de adoptar políticas de PS, que favorezcan el empoderamiento, reestructuración del proceso de socialización de estos individuos; puesto que aún existen importantes desigualdades, barreras financieras, falta de información reflejada en la poca asistencia a los servicios de salud bucal y un estado precario de salud bucal en los adultos mayores brasileños ⁽¹⁴³⁾.

En México, se han aplicado estrategias de PS en adultos mayores, tal es el caso de un proyecto elaborado por emprendedores del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT). Se percataron que existen adultos mayores que cuentan con todos los cuidados médicos, un hogar, medicinas, enfermeras y demás, pero pese a tener todo lo que puede desear un adulto mayor, no contaban con la parte afectiva, al no encontrarle el sentido a la vida o sintiéndose poco útiles por lo que fue necesario reintegrarlos a la vida actual, darles compañía, plática, tiempo, prevenir complicaciones sistémicas al acompañarlos a sus citas con los especialistas, sus creadores describen *“Va en consideración de sus aptitudes y lo que más les gusta. Partimos desde enseñarles con paciencia y cuidado a usar computadoras, celulares, aparatos tecnológicos y otras cosas que los hagan sentir importantes. Por ejemplo, tenemos a una señora devota del catolicismo y fue un beneplácito verla usar el iPad para seguir la visita del papa Francisco, encontrar videos y noticias por sí misma. Eso es lo que buscamos, hacerlos sentir importantes para la sociedad haciendo las cosas por sí mismos”*. Desafortunadamente esta iniciativa terminó a un año de su inauguración; porque la población tiene muy

arraigada la concepción biológica y curativa ^(144, 145). Proyectos como este se institucionalizaron, para el desarrollo técnico operativo de las acciones de la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB) en Brasil ⁽¹⁴⁶⁾. En Cuba, considerando las desigualdades actuales en la población de la tercera edad, se han trazado los lineamientos de una política económica y social para ofrecer una atención integral a los problemas de salud de las personas envejecidas. La implementación de acciones de PS para los adultos mayores, genera sentimientos de solidaridad interna, de pertenencia e identificación con los ideales de un grupo. Abuelos por la Esperanza (APE) es el nombre que recibe el programa, cuya imagen *“en las acciones de promoción de salud destinada a grupos adultos mayores, genera sentimientos de solidaridad interna, de pertenencia e identificación con los ideales de un grupo. Afianza la visión de un envejecimiento activo y satisfactorio, ayudando a estimular y mantener la identificación y cohesión grupal”* ⁽¹⁴⁷⁾.

En el escenario microambiental de la PS, es relacionada con aspectos en donde los adultos mayores se desenvuelven: casas, barrios, municipios; se puede influir a través de la concertación con gobiernos locales y otros actores de las localidades ⁽¹⁴⁸⁾. En Cuba existen asociaciones independientes que actúan en el escenario microambiental de la PS; una de ellas es el Triángulo de la Solidaridad, Amor y Salud, residente en el área de salud Municipal de Santiago de Cuba, se realizan actividades socioculturales para fomentar la calidad de vida de las personas mayores, en donde profesionales de la salud dan pláticas de PS. ⁽¹⁴⁹⁾.

Los adultos mayores de México, han tenido la característica de la invisibilización ⁽¹⁵⁰⁾ de sus necesidades; sin embargo en periódicos y revistas de la época porfiriana se encuentra una importante cantidad de publicidad de medicamentos, tónicos o remedios dirigida a las personas adultas mayores de clase media y alta. El carácter

de estas publicaciones podría ser *“persuadir a la población para que ella misma se hiciera cargo al menos de sus parientes ancianos, y no enviarlos a los establecimientos públicos que brindaron asistencia a este sector y que se encontraban al límite de su capacidad”*. Por lo que los adultos mayores no fueron del todo tan invisibilizados para la industria farmacéutica al verlos como un grupo de consumo para sus productos ⁽¹⁵¹⁾.

Posteriormente se establecieron las disposiciones legislativas relacionadas con la atención de los adultos mayores, como la ley general de salud en donde se establece el derecho a la protección de la salud, determinando las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud en términos del artículo 4º de la Constitución Mexicana ⁽¹⁵²⁾. La Ley de Asistencia Social establece atender perfectamente a los adultos mayores que se encuentran desamparados, con alguna incapacidad, maltratados y marginados. A través del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM), se busca promover el desarrollo humano integral, de los adultos mayores, facilitándoles un empleo, retribuciones, asistencia, oportunidades para que alcancen una alta calidad de vida, reduciendo la inequidad ⁽¹⁵³⁾. En la ley de los derechos de las personas adultas mayores artículos 24, 25 y 30, se establece que *“El Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas adultas mayores”*, pese a que el adulto mayor mexicano ha sido incluido en leyes, el impacto no es el esperado.

A mediados de la década de 1980, se realizó la descentralización de los servicios de salud en México, junto con *” el fortalecimiento de los institutos nacionales de salud, la fundación de algunos de ellos y el apoyo a la investigación médica; la organización de la Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos para la Salud; el estímulo a la industria químico-farmacéutica nacional y el fortalecimiento de los programas de*

salud”, fueron acciones contundentes bajo la dirección del Dr. Soberón ⁽¹⁵⁴⁾; estas generaron una serie de transformaciones económicas, políticas y sociales llevadas para cumplir el objetivo de proveer los servicios de salud con eficiencia, calidad y equidad a la población abierta. En la década de 1980 se pretendía implementar la continuidad en la forma de abordar los problemas de salud en México ajustando las políticas públicas vigentes a ese tiempo ⁽¹⁵⁵⁾; en el que la PS tenía un nuevo enfoque, recordando que en 1986 se celebraba la primera conferencia internacional en Canadá ⁽⁷⁶⁾. Las acciones de PS fueron dirigidas a la población infantil con el fin de alcanzar la meta establecida en la declaración de Alma-Ata; salud para todos en el año 2000 ⁽⁸⁰⁾. En 1983 el *“Programa Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Programa Nacional de Salud”*, estuvieron orientados a elevar la eficiencia, ampliar la cobertura, elevar la calidad de los servicios de salud, hoy se puede ver que la descentralización de los servicios de salud, no ha alcanzado su propósito de disponibilidad, accesibilidad, equidad y calidad en la prestación de estos servicios. Observándose inequidad en la población adulta mayor, esto sin mencionar el aspecto de la salud bucodental ⁽¹⁵⁶⁾. En 1988 se construyeron 362 centros de salud, 10 hospitales de segundo nivel; para el incremento de la capacidad operativa, pese a que en el informe de Marc Lalonde en 1974 se había descrito que el gasto en la cobertura sanitaria es superior a lo requerido para elevar los niveles de salud de la población; además se apoyó a la investigación clínica por medio del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); el Comité de Colaboración y Fomento de la Investigación para la Salud, fundamentalmente sobre tecnologías quirúrgicas, problemas de reproducción, crecimiento, desarrollo humano, enfermedades infecciosas y parasitarias ⁽¹⁵⁷⁾.

Pese al cambio estructural durante la gestión de 1982 a 1988, en donde fueron superadas antiguas concepciones de salud, adoptándose *“un concepto más amplio e integral. Este concepto abarca el componente biológico de los individuos, los efectos del medio ambiente, las condiciones socioeconómicas, los factores que influyen en el comportamiento humano y la capacidad para generar una respuesta organizada y responsable de la misma sociedad para solucionar o evitar los problemas que afectan la salud”* ⁽¹⁵⁸⁾. Aún existen fuerzas conservadoras que obstaculizan la implementación de las políticas de salud, así como la efectividad de la PS, equidad del acceso y permanencia de la población adulta mayor, el Cirujano Dentista debe contribuir a la adecuación de estas políticas, a la realidad local, ya sea desde un consultorio o con un equipo multidisciplinario de PS ⁽¹⁵⁹⁾.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), informa que los gastos prioritarios son en especialidades médicas y no en equipos multidisciplinarios para la PS. La misión descrita en este informe es *“la aplicación de recursos para apoyar económicamente los tratamientos y medicamentos asociados a los mismos, que se consideren gastos catastróficos que sufran principalmente los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud”* ⁽¹⁶⁰⁾. Un ejemplo del gasto en alta especialidad dirigido a las personas envejecidas, es que en el 2015 en la Ciudad de México se inauguró la Clínica de Odontogeriatría, para personas residentes y que no sean derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en donde las áreas de atención tienen enfoque curativo y son las siguientes:

- Diagnóstico de manifestaciones bucales.
- Radiografías y ortopantomografía.
- Patología bucal.

- Operatoria dental.
- Endodoncia.
- Periodoncia (prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la encía, ligamento periodontal, entre otros).
- Prótesis dental: coronas, prótesis removibles y dentaduras. Estos tratamientos tienen costo debido a que requieren del servicio de laboratorio, los pagos se podrán efectuar: en efectivo, con tarjeta de crédito, débito o tarjeta de pensión alimentaria.
- No se realizan implantes dentales ⁽¹⁶¹⁾.

A través de especialistas, esta clínica atendió en su primer año a alrededor de mil 350 adultos mayores, donde el 95% requerían de rehabilitación bucodental y tratamientos de padecimientos bucales y crónicos, la mayoría llega en condiciones muy malas, con caries profundas y lesiones, pues son pacientes que tienen mucho tiempo sin visitar un odontólogo porque no tienen recursos, o bien ignoran la importancia de su salud bucal ⁽¹⁶²⁾.

Desde 1998 se realizan las semanas nacionales de salud bucal; en donde el objetivo general *“es enfatizar y facilitar el acceso a las acciones preventivas y curativas del programa de salud bucal, con el fin de disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales que más afectan a la población, así mismo lograr un cambio positivo en sus hábitos higiénicos”*. Existen semanas de salud, dirigidas a los diferentes sectores de la población como las *“Semanas nacionales de salud para gente grande”*, durante esta semana el objetivo primordial es realizar promoción y protección de la salud, que propicien una vida activa y saludable en los adultos mayores. Durante los horarios de servicio establecidos en los servicios de salud, en estas semanas se fortalecen las estrategias del programa nacional de salud bucal, a

través de actividades de promoción, educación y atención curativa a nivel nacional ⁽¹⁶³⁾. Una vez al año se lleva a cabo la semana nacional dirigida a la población de la tercera edad ⁽¹⁶⁴⁾, hay que tomar en cuenta que en gran medida la calidad de vida de estas personas está determinada por su autonomía y funcionalidad; respecto a las acciones de esta semana de salud se manifestó *“que algunas son la promoción de estilos saludables de vida, la detección diferentes patologías como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad e hiperplasia prostática, además de acciones de salud mental y bucal así como la prevención de la depresión”* ⁽¹⁶⁴⁾. Mientras que cada año se realizan cuatro semanas estatales de aplicación de selladores de fosas y fisuras, dirigidas a niños escolares, con el objetivo de disminuir la caries dental en los menores de 12 años ⁽¹⁶³⁾. Por otra parte el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) calcula que el 60% de los catorce mil indigentes de la Ciudad de México, no recibe ningún tipo de atención médica ⁽⁴⁾.

El Programa de Acción Específico (PAE) Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018, tiene como objetivo ayudar al surgimiento de un México incluyente, brindar recursos a sectores gubernamentales que son relacionados con los determinantes de la salud; por medio de la coordinación intrasectorial e intersectorial, así como del impulso de políticas públicas de salud. La Dirección General de Promoción de la Salud proporcionará las herramientas e información requeridas para el mejoramiento de los conocimientos, habilidades y competencias para la vida; así la población ejercerá un mayor control de su salud, ambiente, afrontará con más argumentos y recursos las enfermedades, lesiones, secuelas, utilizando de mejor manera los servicios de salud.

Objetivos específicos del programa:

1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.
2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integral de línea de vida.
3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.
4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los servicios público, social y privado.
5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.
6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa ⁽¹⁶⁵⁾.

Además, en este programa se describe lo siguiente *“En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.*

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños,

adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas" (165). Tomando en cuenta que el enfoque de los estilos de vida, fue la gran novedad de la salud pública en 1976, con el tiempo los países del primer mundo detectaron limitaciones; los problemas de salud no pueden tratarse de forma aislada de las estructuras políticas, sociales, industriales y económicas (79).

Respecto a la salud bucal, en el 2018 se cumplirán veinte años de la implementación de la semana nacional en la que pretenden acciones preventivas para mejorar la salud bucal en la población en general y principalmente en niños a pesar de que tres de cada 10 adultos mayores, no tienen una boca funcional, al menos 7 dientes están ausentes o ya no son funcionales, *"para mejorar la salud bucal, es necesario intensificar las acciones educativo-preventivas y de protección específica en los grupos de mayor riesgo como son los escolares, embarazadas y adultos mayores"* (166, 167).

Al parecer, la salud bucodental de las personas envejecidas en México aún no se ha tomado en cuenta para su abordaje por medio del enfoque de los determinantes de la salud de la PS. Por tanto, se deben reducir las desigualdades en salud de los sectores de la población más vulnerables como el de los adultos mayores, la experiencia obtenida en Brasil con la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), es necesario crear leyes que prohíban procesos discriminatorios y de exclusión de los adultos mayores de los servicios de salud; como también la reestructuración de los currículos de las instituciones de salud y la enseñanza superior orientada a la PS (159). La sola presencia de los servicios de salud no es suficiente para enfrentar los retos, ya que se requieren intervenciones coordinadas. Actualmente en nuestro país se puede ver la forma en que se aborda la salud bucodental del adulto mayor, a través del Programa de Acción Específico

Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018, cuya misión es *“Conservar la salud y disminuir la morbilidad bucal en la población mexicana, estableciendo acciones específicas de promoción, prevención, limitación del daño y rehabilitación, aplicando estándares de calidad, equidad y trato digno, mediante modelos basados en evidencia y optimización de recursos, enfatizando a la salud bucal como parte de la salud integral del individuo y la comunidad”*.

Este programa tiene como objetivo general: *“fomentar, proteger y restablecer la salud bucal de la población mexicana, como parte de la salud integral del individuo, siendo condición necesaria para su participación en el proceso de transformación social en el territorio nacional y disminuir la carga de enfermedades para el año 2018”*. Sus objetivos específicos son:

1. Integrar los modelos de promoción, prevención y atención estomatológica, de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, para mantener la salud integral en la población.
3. Otorgar servicios curativo, asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables.
4. Actualizar e implementar el marco normativo, así como fortalecer la investigación, capacitación técnica y gerencial del personal de salud bucal.
5. Supervisar, evaluar y asesorar los componentes del programa de salud bucal para mejorar su desempeño y productividad.
6. Establecer los criterios técnicos para la programación de los recursos presupuestarios asignados a la salud bucal.

La visión que tiene este programa es *“Ser un líder, influyente e integrador en el Sistema Nacional de Salud, que garantice la salud bucal en México, basado en una*

cultura de prevención con énfasis en los grupos vulnerables, contribuyendo a una mejor calidad de vida” ⁽¹⁶⁸⁾. Las actividades de PS en el adulto mayor, deben estar dirigidas no solo al riesgo de enfermar. Si no de darle las herramientas para ejercer un mayor control sobre su salud y mejorarla, intentando mantener en todo momento su autonomía, su calidad de vida, empoderando y sobre todo, respetando siempre los valores y preferencias de las personas adultas mayores ⁽¹⁴⁸⁾.

Para reforzar las políticas y estrategias de salud bucodental y su integración dentro de programas nacionales y comunitarios de salud, conviene hacer especial hincapié en los siguientes elementos propuestos por la Organización Mundial de la Salud

- Promover una alimentación saludable, en especial un menor consumo de azúcares y una mayor ingestión de frutas y hortalizas, según lo previsto en la “*Estrategia Mundial OMS*” sobre el régimen alimentario, actividad física y salud, reducir los niveles de malnutrición.
- Prevenir las enfermedades bucodentales y de otra índole relacionadas con el tabaquismo, procurando que los profesionales de la salud bucodental participen en los programas.
- Proporcionar acceso al agua potable, a la higiene en general y a mejores sistemas de saneamiento para una adecuada higiene bucodental.
- Establecer planes nacionales de utilización de fluoruros, basados en programas para administrarlos automáticamente a través del agua potable, la sal o la leche, o para favorecer su uso tópico, por ejemplo con dentífricos fluorados a precios accesibles. Es preciso que los programas de fluoración de la sal estén vinculados a los de yodación.
- Prevenir el cáncer bucal y las lesiones precancerosas, procurando que profesionales de la salud bucodental, o en su defecto agentes de asistencia primaria,

se impliquen en las labores de detección, diagnóstico precoz y remisión de pacientes, efectuando intervenciones apropiadas.

- Reforzar las medidas relativas al VIH/SIDA, que los profesionales de la salud bucodental estén atentos a la detección de enfermedades bucodentales ligadas al VIH/SIDA, así como a su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento, tratando ante todo de aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de reducir la doble carga que suponen las enfermedades bucodentales y la infección por el VIH en los países de ingresos bajos y medios.
- Crear capacidad en sistemas de salud bucodental orientados a la prevención y la atención primaria, procurando sobre todo atender las necesidades de las poblaciones pobres o desfavorecidas. Deben establecerse servicios de salud bucodental que abarquen desde la prevención y el diagnóstico precoz hasta el tratamiento y la rehabilitación, pasando por la atención a los problemas bucodentales de la población según las necesidades y los recursos disponibles. En los países que estén muy faltos de personal especializado en este ámbito, la asistencia básica puede ser dispensada por agentes de atención primaria especialmente formados.
- Fomentar la salud bucodental en las escuelas a fin de promover modos de vida saludables entre los niños y jóvenes; de enseñarles a cuidar de su propia salud bucodental. Trabajando desde una óptica integrada, que combine la política de salud escolar con una educación sanitaria basada en conocimientos prácticos, un entorno escolar saludable y servicios de salud. Es posible combatir los principales factores de riesgo comunes y propiciar un control eficaz de las enfermedades bucodentales.
- Fomentar la salud bucodental entre la gente mayor con el fin de mejorar su bienestar y su estado de salud tanto bucodental como general, promoviendo la salud desde la perspectiva del ciclo vital completo, aplicando sistemas integrados de

prevención y procurando sobre todo que la atención primaria esté adaptada a las necesidades de cada franja de edad.

- Establecer mecanismos de información sobre el tema como parte integrante del sistema nacional de vigilancia de la salud bucodental y los factores de riesgo conexos, a fin de generar datos científicos útiles para las políticas, praxis de salud bucodental, la formulación de objetivos, metas, medición de los progresos realizados en salud pública. Hay instrumentos al efecto, elaborados como parte de la Info Base Mundial y del método progresivo para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles.
- Fomentar la investigación en salud bucodental a fin de reducir la distancia que separa a los países de ingresos bajos y medios de los de ingresos altos, realizar investigaciones operativas y aplicar a los programas de salud pública todo lo que se sabe sobre promoción de la salud bucodental y prevención de este tipo de enfermedades ⁽¹⁶⁹⁾.

De esta manera, se muestra que a nivel internacional la PS ha tenido grandes avances, sin embargo en nuestro país se sigue abordando la salud bucodental del adulto mayor, bajo un enfoque curativo y preventivo, aunque los planteamientos actuales pretenden desarrollar la promoción de la salud, lo cual representa un reto en el escenario microambiental y macroambiental de la PS en nuestro país.

2.1 Empoderamiento del adulto mayor para su salud bucodental

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. El número de adultos mayores está incrementándose notablemente a nivel mundial ^(170, 136). Estas poblaciones son un factor importante en el siglo XXI para el desarrollo de América Latina y del Caribe, aumentando la demanda de servicios de salud para los adultos mayores ^(171, 170). El aumento poblacional a nivel mundial, se previó desde la época en que se redactó la carta de Ottawa ⁽⁷³⁾. A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología, los adultos mayores aún presentan alta frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles y bucodentales como caries o enfermedad periodontal ^(134, 172). Las desventajas que tiene el adulto mayor ante otros grupos poblacionales, radican en las desigualdades políticas, sociales, económicas que lo hacen más vulnerable a tener menos control sobre sus determinantes de salud ⁽¹⁷⁰⁾. En países latinoamericanos, la salud bucal ha sido constantemente desplazada de las políticas de salud. En Latinoamérica la salud bucal solo es un asunto cosmético y estético ⁽¹³⁷⁾.

Para contrarrestar el impacto de los determinantes de la salud bucal de los adultos mayores, es pertinente diseñar programas de PS. Que demandan una especial participación, médica, odontológica y psicológica ⁽⁹⁶⁾. En el pasado se formó una brecha entre la salud general y la salud bucal, la población como los profesionales del área de la salud, se tratan como entidades aisladas una de la otra ⁽¹²⁵⁾, actualmente esta brecha se está disminuyendo gracias a la exigencia que tienen los programas de PS de formar grupos multidisciplinarios, Incluyendo el sector político para la buena gobernanza ⁽⁸⁷⁾.

Los programas de PS llevan fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación para elevar los niveles de salud bucodental del adulto mayor. En la diagnóstica y la de evaluación, se implementan cuestionarios para identificar diversos aspectos de la salud bucal y a través de los índices epidemiológicos se miden las condiciones bucales, por ejemplo para evaluar la higiene bucal, se utiliza el índice de Higiene Oral de Greene y Vermillon (IHO), Higiene Oral Simplificado (IHOS), biofilm de O'Leary y colaboradores. Para determinar la experiencia de caries dental con el levantamiento de índices como el de Klein y Palmer CPOD, el índice para evaluar el estado individual de cada diente y sus necesidades de tratamiento. Para evaluar la presencia de enfermedades gingivales o periodontales se hace a través de índices como el PMA de Schour y Massler que es utilizado únicamente para procesos inflamatorios gingivales, otro es el Índice Gingival de Löe y Silness (IG) que tiene como objetivo conocer la intensidad de la gingivitis; para medir la enfermedad periodontal se utiliza el Índice Periodontal de Russell (IP), el de Ramfjord Índice de Enfermedad Periodontal (IEP), también el Índice de Necesidades Periodontales a Nivel Comunitario (INTPC) ⁽¹⁷³⁾ que se ha utilizado para evaluar a población de personas adultas institucionalizadas mayores de 65 años y muestra alta frecuencia de necesidades de tratamiento periodontal ⁽¹⁷⁴⁾.

Las enfermedades orales que con mayor frecuencia afectan a las personas adultas mayores son: caries dental y periodontitis de las que es considerada el biofilm bucal como un factor de riesgo; sus consecuencias pueden afectar gravemente la calidad de vida de la comunidad de personas envejecidas, por lo que es muy importante dirigir diversas acciones para su control ⁽⁵⁾.

Abordar de forma adecuada la reducción de las desventajas que tiene el adulto mayor, por medio de la implementación de cuestionarios que miden el deterioro funcional, condiciones de pobreza, discapacidades, enfermedades, ambientes no aptos para la buenas condiciones de vida; es decir, diversos aspectos psicológicos, culturales y sociales, que fungen como los determinantes de la salud bucodental. Junto con la implementación de programas de la Promoción de la Salud (PS) se elevará el número de adultos mayores, que cuenten con una buena salud bucal o por lo menos estable.

En las personas envejecidas la salud bucal a través de los años muestra un deterioro; el Cirujano Dentista generalmente se enfoca a tratamientos curativos y de rehabilitación, sin embargo debe estar capacitado para implementar la promoción de la salud estomatológica, en este sentido, actualmente se desarrolla un concepto denominado empoderamiento a través del “*coaching de salud*” que consiste en la generación de adultos mayores motivados, concientizados, empoderados, instruidos, lo cual, aplicado a la salud bucal, puede disminuir los factores de riesgo como la mala higiene ⁽¹⁷⁵⁾.

Mientras que la educación tradicional, no compromete, no involucra, muchas veces, no responsabiliza al paciente. El “*coaching de salud*” ha mostrado efectividad al lograr mayor participación, mayor adherencia medicamentosa al monitoreo de la glucosa, mejor control glucémico, mayor actividad física, consumo de frutas y vegetales, reducción del estrés, disminución de la ingestión de sodio y menos hospitalizaciones, entre otras.

En este sentido se deben comprender las diferencias existentes entre el método tradicional “experto” con el empoderamiento el “*coaching*”. En la Tabla 1 se muestran las diferencias entre las funciones del “experto” y las del coach ⁽¹⁷⁶⁾.

Tabla 1. Diferenciación del enfoque tradicional o experto con el coaching de salud.

Experto:	Coach:
Trata pacientes	Ayuda a los pacientes a ayudarse a sí mismos
Educa	Construye motivación, confianza y comprometimiento
Descansa en los conocimientos y habilidades del experto	Descansa en la autoconcienciación del paciente
Se esfuerza por tener todas las respuestas	Se esfuerza por ayudar al paciente a encontrar sus propias respuestas
Se enfoca en el problema	Se enfoca en lo que está funcionando bien
Aconseja	Colabora

Fuente: Bonal R, Almenares H, Marzán M. 2012.

El empoderamiento incluye pasar por etapas iniciando con el descubrimiento de líderes comunitarios, redes para convocatorias aplicadas por estos líderes, sensibilización del nivel político pertinente, sectores gubernamentales y no gubernamentales ⁽²⁶⁾. En la actualidad, es posible mantener una buena salud bucodental de los individuos hasta edades avanzadas y que los dientes no se pierdan, porque las alteraciones bucodentales impactan a nivel biopsicosocial, en particular en la capacidad para desempeñar actividades habituales como, hablar o

comer, en la autoestima, la calidad de vida y en el bienestar de las personas adultas mayores ^(89, 177).

El Cirujano Dentista deberá integrarse a los equipos multidisciplinarios de Promoción de la Salud (PS) aplicando estrategias a nivel comunitario e individual para los adultos mayores ^(117, 118), considerando que la atención primaria es el principal punto de partida para cualquier plan de PS, prevención y atención bucodental ⁽¹⁷⁸⁾. De esta manera, se busca concientizar a la población adulta mayor, para obtener los beneficios de una cultura de salud, a través de la participación y empoderamiento en los espacios de atención primaria, para los programas de PS. Pero según la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se debe limitar a los centros de salud o casas de retiro ^(26, 18).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades bucodentales son consideradas un problema de salud pública. Las acciones encaminadas a la salud bucodental hasta ahora no han tenido los resultados esperados por la OMS y la OPS porque la atención estomatológica tiene un enfoque curativo.

En la práctica profesional del cirujano dentista son escasas las acciones de promoción de la salud por lo que se hace la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las acciones de promoción de la salud para la atención bucodental del adulto mayor?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las acciones de promoción de la salud para la atención bucodental del adulto mayor.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la problemática bucodental de los adultos mayores.

Identificar las acciones de promoción de la salud bucodental en México.

Describir el protocolo para llevar a cabo un programa de promoción de la salud bucodental en población adulta mayor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Documental

Métodos:

Se realizó una investigación documental a partir de la siguiente ruta crítica de investigación:

- 1.- Libros en español de bibliotecas universitarias.
- 2.- Artículos científicos actualizados en español.
- 3.- Libros virtuales en inglés.
- 4.- Artículos científicos actualizados en inglés y francés.
4. - Revisiones en internet, Medline.
- 5.- Conferencias celebradas en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- 6.- Reportes de investigación.

Elaboración de fichas de resumen. La revisión de libros y tesis en bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México: campus I y II de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Facultad de odontología en Ciudad Universitaria.

Se ingresó a bases de datos en busca de documentos científicos: Medline, Bireme-Lilacs, Scielo, Biblioteca Cochrane, BBO, HISA, Medcarib, BVS, Cochrane data base of systeic reviews, Free Medical Journals, Free Books Medical 4 Doctors, PubMed Central, BioMed Central, IMBIOMED, Infodoctor, Medigraphic, Biblioteca Virtual en Salud BVS México, ADM.

En los buscadores de estas bases de datos se colocaron palabras generales en español: promoción, salud, bucodental, enfermedades, sistémicas, adulto mayor, bucales, políticas, empoderamiento.

En inglés: oral, health, politics, promotion, old man, empowerment.

En francés: éducation, thérapeutique, patient, contexte, santé, éthiques, maladie, systémique, personnes âgées, carie, la parodontite etc.

A las palabras se le agregaron conectores u operadores booleanos como: AND OR NOT; evitando el uso de artículos, pronombres, conjunciones, preposiciones ya que todos los buscadores los ignoran.

Además se hicieron uso de las ramificaciones de los términos Mesh por idioma para una búsqueda más personalizada.

La búsqueda de artículos, la concentración de toda la información recabada, en las fichas de resumen de documentos de otras instalaciones y el término de la investigación, se llevó a cabo en la biblioteca de campus I en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Recursos:

Humanos:

1 Pasante de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

1 Director.

1 Asesor.

Físicos:

Bibliotecas campus I y II de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Facultad de odontología en Ciudad Universitaria.

Materiales:

Computadora portátil.

Plumas.

Paquete de 100 hojas blancas.

Libretas tamaño profesional de cuadro chico.

1 Paquete con 200 fichas de trabajo rayadas.

Artículos.

1 Mesa.

2 Sillas.

2 Folders.

1 Caja con 100 clips.

1 Impresora.

1 Engrapadora.

1 Agenda 2017.

3.- Elaboración de un programa de promoción de la salud bucodental para la atención del adulto mayor

Los programas de salud bucal deben considerar las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, estudian, trabajan, se reproducen y envejecen. Estas circunstancias determinan el estado de salud de la población y son resultado de la distribución del ingreso y los recursos a nivel mundial, nacional o local ⁽¹⁷⁹⁾.

En este sentido, los adultos mayores por lo regular se encuentran en los sectores económicamente débiles, con una baja productibilidad económica, presentan una mala salud bucodental, alta frecuencia de pérdida dental y problemas en los que si reciben un sueldo, es muy bajo, por lo que tienen dependencia económica de otras personas además, hay exclusión en el saber, en la información, el derecho a la palabra, o el derecho a vivir según su cultura ⁽¹⁸²⁾.

Un aspecto importante a considerar son las particularidades geográficas del medio ambiente en el que se encuentran los adultos mayores, los hábitos y creencias que caracterizan a estas personas, sus familias, sus comunidades, los factores condicionantes, determinantes y causales de las condiciones de salud, todo lo anterior como parte de la cultura ⁽¹⁰²⁾.

Para elaborar un programa de promoción de la salud bucodental, es necesario considerar las diversas estrategias que han mostrado resultados favorables en otras comunidades y que sean acordes al contexto donde se desarrollará el programa, además se deben considerar los métodos educativos en salud que servirán para aplicarse de manera individual y grupal para ayudar al desarrollo de la participación comunitaria ⁽²⁶⁾.

Talleres Comunitarios para la Promoción de la Salud (TCPS).

Una de las estrategias educativas para personas, familias, grupos y comunidades de acuerdo a edad, sexo, evento de vida y situación epidemiológica es la creación de TCPS que pueden ser incluidos en los programas de intervención, porque favorecen el desarrollo de conocimientos, y capacidades individuales o colectivas; para conservar, proteger y mejorar la salud. Los TCPS permiten que la población participe, reconozca, analice y reflexione sobre los determinantes nocivos para conservar la salud bucal, identificando las prácticas significativas y favoreciendo el uso de los servicios de salud que estén a su alcance ⁽¹⁶⁵⁾. En ocasiones también se realizan actividades recreativas que favorecen el intercambio de experiencias. También se pueden utilizar talleres como el de preparación de alimentos nutritivos, que facilita el adoptar una dieta adecuada y balanceada para los adultos mayores.

Enfoque del empoderamiento.

Otro elemento que se debe considerar es el empoderamiento a través del *“coaching de salud”* para ayudar a mantener la salud bucodental de los adultos mayores, ^(180, 176), consiste en que las personas desarrollen de forma autónoma una conciencia crítica de su falta de poder sobre los determinantes de la salud bucodental, es decir, que los adultos mayores logren a través de la integración social con otras personas que compartan pensamientos similares, y así desarrollen el *“yo”* en un *“nosotros”* y el gusto por los beneficios colectivos, y favorecen el sentido de identidad con sus pares ⁽¹⁸¹⁾. Mediante conversaciones grupales se favorece el intercambio de ideas sobre sus experiencias en relación a la atención bucodental, sobre sus conocimientos, costumbres y sus prácticas sobre las enfermedades bucales como la caries dental, periodontitis, cáncer bucal, etc. En este sentido, es recomendable buscar la participación individual y grupal; evitando conductas paternalistas o

tradicionales ⁽⁷³⁾, para que las personas adultas mayores adopten y complementen sus concepciones a partir de la comprensión significativa de nuevos conceptos como biofilm bucal, dieta no cariogénica, malnutrición, desnutrición, el grupo de determinantes de la salud bucodental, etc. ^(3, 180).

Los programas de PS deben incluir las siguientes fases:

Diagnóstico.

Planificación.

Intervención.

Evaluación ⁽⁶⁾.

3.1 Diagnóstico de las condiciones de salud

Se deberá tomar en cuenta la prefactibilidad, que es una etapa en donde se define el perfil del proyecto, acorde al contexto de la población y a su problemática, en este aspecto es muy importante la participación de la comunidad. En la fase del diagnóstico se identifican las condiciones de salud, se hace una evaluación para comparar el efecto de las diferentes alternativas de intervención y ver la factibilidad de la implementación del programa. En esta fase también se realizará el análisis costo beneficio y el costo efecto. Además el espacio físico, el tiempo determinado, recursos definidos ⁽²⁶⁾. Finalmente se debe determinar el tiempo en el que se efectuará el programa en la población objeto individual o grupalmente.

Es muy importante realizar de ser posible una prueba piloto, misma que será evaluada cuantitativa y cualitativamente. El objetivo de la fase diagnóstica es identificar las condiciones de salud que presenta la población objeto, con el fin de identificar la intervención que tendrá el programa de promoción de la salud ⁽¹⁸³⁾.

3.2 Planificación

Una vez realizado el diagnóstico de salud, de la población en la que se implementará el programa, se deben establecer las acciones para mejorar y mantener la salud bucodental de las personas adultas mayores; se seleccionará el orden de prioridad en el que se abordarán las necesidades identificadas previamente.

Al planificar las acciones hay que considerar las estrategias específicas de la población objetivo y elegir intervenciones que representen una amplia gama de enfoques para la población objetivo; acorde a sus conocimientos y prácticas para lograr un cambio de actitudes y de comportamientos ⁽⁹⁶⁾.

Se recomiendan fijar metas, según sus iniciales AMORE (alcanzable, medible, oportuna, realista y específica). Otra actividad que resulta útil para los programas de PS; es realizar algunas preguntas que sirvan como guía en la planificación tales como:

¿Cuáles son las expectativas que tienen los adultos mayores, sobre el programa?
¿Qué tipo de información se necesita? ¿Cuándo se necesita la información? ¿Dónde se puede obtener la información y cómo? ¿Qué quieren saber los adultos mayores sobre el programa, el personal y las partes interesadas? ¿Qué recursos están disponibles para el programa? ¿Cuáles estrategias de PS se deben aplicar, para que adultos mayores ejerzan un mayor control sobre su salud bucal? ¿Qué decisiones se tomarán sobre la base de los resultados de la evaluación? ¿Cuáles son las acciones para motivar y empoderar a la comunidad adulta mayor, para que adopten conductas y tomen decisiones sobre su salud bucodental? ¿Cuáles son las actividades socioafectivas que se realizarán en la población adulta mayor? ¿Cuáles son las habilidades que deben desarrollar los adultos mayores para su higiene bucodental? ¿Cómo se van a evaluar los resultados del programa? ¿Cuáles podrían

ser algunas de las consecuencias imprevistas de la implementación del programa?
¿Qué tipo de informe sería más útil para los participantes del programa, el personal u otros interesados? Etc.

Se recomienda mostrar creatividad en el desarrollo de estas preguntas, que serán de suma importancia, para el éxito del programa de PS ⁽⁹⁶⁾.

En las estrategias que se implementarán es importante considerar el autoexamen bucal, que es recomendado por la OMS para enseñar a los adultos mayores los componentes de su boca, este examen se debe adecuar al nivel de comprensión del paciente y apoyarse con material didáctico como un rotafolio con imágenes visibles, aclarando cualquier duda, asegurándonos de que el adulto mayor pueda realizar este autoexamen de forma correcta, sugiriéndole compartir lo aprendido con los integrantes de su hogar a través de algunas preguntas como las siguientes:

¿Se conserva la integridad de los dientes?

¿Los tejidos blandos tienen un color semejante entre ellos?

¿Existen úlceras, cambios de color o aumentos tisulares?

¿Los dientes ocluyen correctamente?

¿Están limpias las superficies dentales? ⁽¹⁰⁷⁾.

Otro elemento importante es determinar sentimientos y su influencia en la conducta, debido a que para hacer un plan de acción, se debe considerar el aspecto conductual de los adultos mayores.

¿Cómo se siente usted con sus problemas en la boca?

¿Cómo sus sentimientos están influyendo en su conducta actual?

¿Usted está dispuesto a tomar acción para mejorar su salud bucodental? ^(91, 93).

Para el diseño de las sesiones educativas, deberá establecerse:

- Número de sesiones que se realizarán.
- Duración de cada sesión.
- Periodicidad de las sesiones.
- Cronograma y estructura de las sesiones ⁽²⁶⁾.

Es recomendable, si es que la población objetivo presenta un alto índice de enfermedades sistémicas integrar grupos de personas según problemas (Diabéticos, Hipertensos y otros padecimientos), para implementar estrategias que hayan mostrado resultados positivos en personas con características similares ⁽¹³⁵⁾.

Las actividades se deben planificar de acuerdo al resultado del diagnóstico; por ejemplo serán realizadas durante 1 año, dos días a la semana y después de la segunda semana, cada día será dividido en 2 etapas de 50 minutos, la primera etapa consistirá en actividades interdisciplinarias, como son: pláticas de educación para salud, prácticas, talleres de expresión artística, inclusión digital y dinámicas psicosociales.

La segunda etapa consistirá en hacer algunas actividades de acondicionamiento físico como por ejemplo calistenia, yoga. A continuación en la Tabla 2 se muestra un ejemplo de cómo podrían estructurarse las sesiones del programa.

Tabla 2. Estructura de una sesión del programa de promoción de la salud bucodental para la atención del adulto mayor.

"Cuida tu mismo tu salud bucal"						
Hora	Contenidos	Objetivos	Técnica	Grupo	Tiempo	Recursos
9:00 - 9:20 h	Presentación	Fomentar la socialización	Ronda de palabras	Pequeños	20 min.	Rotafolio, tarjetas para nombre
09:20 - 9:35 h	Autocuidado en la salud bucal	Motivar para su autocuidado	Lección participada	Grande	15 min.	PC, cañón proyector
9:35 - 9:55 h	Determinantes de la salud bucal y cómo modificarlos	Que identifiquen los determinantes de la salud bucal	Exposiciones	Pequeños	20 min.	Hojas blancas, plumones, PC, proyector
9:55 - 10:00 h	Técnica de relajación	Que practiquen la relajación	Respiración y relajación	Grande	5min.	Aromatizante

Fuente: Directa.

3.3 Intervención

La implementación o ejecución del programa es un proceso que suele suceder con el tiempo establecido en la planificación ⁽¹⁸³⁾. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América, identificó intervenciones preventivas para las diferentes poblaciones objetivo, diferentes problemas y preocupaciones de salud. El modelo utiliza el rango de riesgo identificable para clasificar las intervenciones. Los tres niveles son:

1.- Intervenciones preventivas universales: La población objetivo es el público en general o una población que no ha sido identificada en función del riesgo individual.

En otras palabras, estas intervenciones están diseñadas para todos.

2.- Intervenciones preventivas selectivas: La población objetivo son individuos o un subgrupo de la población cuyo riesgo de desarrollar enfermedad o trastornos es significativamente más alto que el promedio.

3.- Intervenciones preventivas indicadas: La población objetivo son individuos de alto riesgo que tienen signos o síntomas detectables pero que no han alcanzado los criterios diagnósticos de un problema de salud particular. Las intervenciones preventivas indicadas tienen efectos medios en los problemas de salud. ^(96, 184).

En los programas de PS bucodental para los adultos mayores más efectivos, el personal y los participantes, se van dando cuenta de cómo el programa cambia y se desarrolla con el tiempo a medida que se ejecuta ⁽¹⁷⁸⁾. La intervención del programa tiene seis etapas:

1.- Exploración y adopción considera lo establecido en la planificación del programa, incluyendo evaluaciones de necesidades y decisiones programáticas sobre misión, metas, objetivos, intervenciones, resultados, políticas y procedimientos. Lograr la aceptación y apoyo para el programa en el escenario es parte de esta etapa.

2.- La instalación del programa se centra en los soportes estructurales necesarios para iniciar el programa. Una evaluación de capacidad es la base de la instalación del programa. Una evaluación de capacidad incluye asegurar la disponibilidad de flujos de fondos, estrategias de recursos humanos y políticas de apoyo, así como crear mecanismos de referencia, marcos de informes y expectativas de resultados. Se pueden necesitar recursos adicionales para el personal actual, contratar y capacitar a nuevos miembros del personal, asegurar el espacio apropiado, o comprar la tecnología necesaria, por ejemplo, teléfonos celulares o computadoras.

3.- La ejecución inicial significa operar un programa por primera vez con la población objetivo en el entorno. Aprender de esta experiencia inicial y en particular de consecuencias buenas y malas imprevistas es importante para satisfacer las necesidades de la población objetivo.

4.- La operación completa se produce cuando un programa está funcionando con complementos completos y cargas completas de personas. Una vez que un programa implementado está completamente operativo, los practicantes están llevando a cabo la práctica. Con el tiempo, el programa se convierte en una práctica aceptada, los beneficios previstos se realizan a medida que los miembros del personal del programa se vuelven hábiles y los procedimientos y procesos se convierten en rutina.

5.- La innovación pasa con el tiempo a medida que el personal y los participantes aprenden lo que funciona. Los cambios en el personal, la retroalimentación de las evaluaciones y las nuevas condiciones presentan oportunidades para redefinir y ampliar el programa. Asegurar la competencia cultural del programa es una parte importante de la innovación del programa.

6.- La sostenibilidad se refiere al funcionamiento del programa a largo plazo. Los líderes, los flujos de fondos y los requisitos del programa cambian. Surgen nuevos problemas sociales, los sistemas externos cambian con cierta frecuencia. Y a pesar de todos estos cambios, el personal del programa, las partes interesadas y los participantes se ajustan sin perder los componentes funcionales del programa o dejar que el programa termine. El objetivo durante esta etapa es la supervivencia a largo plazo y la eficacia continua en el contexto de un entorno cambiante ^(185, 186).

Acciones de un programa de promoción de la salud bucodental del adulto mayor:

-Empoderamiento a través del coaching de salud se le presentarán conceptos, tales como factores que afectan la salud bucodental, dieta no cariogénica, biofilm, malnutrición, desnutrición, la PS, las causas y consecuencias de la caries dental, periodontitis, edentulismo ⁽¹⁷⁵⁾. Con palabras acorde al nivel de comprensión de los adultos mayores, de tal manera que puedan repetir la información con otro adulto

mayor de forma clara y correcta, supervisados por el odontólogo ⁽¹⁷⁶⁾. Empoderar al adulto mayor para la toma de decisiones saludables, el control del biofilm bucal, la modificación de la dieta. Los psicólogos educacionales señalan que el método de descubrimiento, es uno de los mejores métodos de aprendizaje, además produce un recuerdo duradero, un aspecto muy importante para empoderar al adulto mayor ^(187, 188). Mostrar figuras, fotografías, diapositivas, videos o aún mejor señalando aquellos defectos propios capturados directamente en la boca del adulto mayor, con la cámara intraoral; cuidando siempre de no provocar miedo porque es un motivador bastante malo ⁽¹¹⁸⁾.

-Los adultos mayores deben ser evaluados de forma objetiva (cuantitativamente) y subjetiva (cualitativamente) y, por medio de índices y cuestionarios que sean congruentes con los objetivos del programa ⁽¹⁷³⁾. Con el fin de conocer su concepción sobre la salud bucodental y sus determinantes.

-Control de biofilm bucal individual y grupal, con la presentación de materiales como rota folios, videos, diferentes cepillos, explicando cuáles son las características que debe reunir el cepillo que utilizarán, así como el que debe evitar ^(189, 190). Uso de la pastilla reveladora de placa, facilitando algunas para que las usen en su hogar. Se le mostrarán física y gráficamente el biofilm ⁽¹⁹¹⁾. Se implementan prácticas con tipodontos para mostrar la técnica correcta de cepillado, pastillas reveladoras de placa, hilos dentales, limpiadores de lengua, estimuladores de encía, aditamentos para sujetar el hilo dental, colutorios, cualquier otra cosa que ayude a mejorar la higiene bucodental del adulto mayor ⁽¹⁹²⁾.

Recomendar vayan a su casa y practiquen la identificación de del biofilm bucal y su eliminación con el cepillado, impulsar los esfuerzos para mejorar su salud bucodental

⁽¹⁹³⁻¹⁹⁷⁾

- Hacer las correcciones correspondientes cuando sea necesario, de esta manera tendrán mayor confianza en el sentido de que van a tener éxito con el programa ⁽¹⁹³⁾.

-Mostrar materiales que ayuden a identificar, de qué forma creen que les está ayudando el programa con los conocimientos adquiridos. Para que los compartan con sus redes de apoyo, creando así el sentimiento de ser útiles para la sociedad, sus familiares o conocidos, felicitaremos el entusiasmo puesto ⁽¹⁹⁸⁾.

-Actividades socioafectivas, se recomiendan realizar actividades culturales, como la actuación de un coro, recitar una poesía de su autoría o del recuerdo, relatar una anécdota, un cuento, hacer un monólogo, cantar, promover mensajes de salud, orientar sobre el uso de la medicina natural y tradicional. Según las posibilidades, se pondrá música para bailar en los días festivos o cumpleaños de algún integrante. Fijación por consenso de la fecha y lugar de la casa de algún miembro donde se va a realizar alguna reunión, así como la actividad recreativa a realizar si es posible por parte de todos, tales como visitas a museos, el campo, así como viajes, entre otras actividades recreativas ⁽¹⁴⁹⁾.

- Al final, otorgándoles un pequeño reconocimiento por haber logrado participar en el programa de promoción de la salud bucodental para la atención del adulto mayor ⁽¹⁹⁷⁾.

3.4 Evaluación

En los programas de PS la evaluación es una de las fases más importantes, puede ser cualitativa y cuantitativa, por medio de índices y cuestionarios que serán ejecutados al mismo tiempo de las otras fases, comenzando desde el principio del proceso cuando un programa se está planificando, continuando a medida que el programa se implementa y mantiene para la retroalimentación continua al personal

del programa, a las partes interesadas y a los participantes. En esta fase se tiene que identificar cómo funcionó el programa respecto a las metas planeadas, qué aprendieron los adultos mayores respecto a su salud bucodental, qué se puede hacer de forma diferente la próxima vez ⁽¹⁸³⁾. Para darse cuenta si un programa de promoción de la salud ha logrado los resultados deseados. La evaluación del programa consiste en recopilar sistemáticamente información sobre el rendimiento, eficacia, impacto, estructura, para responder a las preguntas de la evaluación y tomar las decisiones del programa ⁽⁶⁾.

Si la evaluación es integrada al programa desde su inicio, proporciona un ciclo continuo de retroalimentación de la información para la modificación y la toma de decisiones en curso del programa con el fin de fortalecer el mismo. Para responder a las preguntas y tomar decisiones sobre el programa ⁽⁴⁾.

Los tipos de evaluación del programa son: formativa, del proceso, del impacto y de los resultados.

La evaluación significa responder a algunas preguntas muy básicas y luego informar a los individuos y grupos interesados qué se encontró. Como parte de la evaluación del programa, las partes interesadas deben saber cómo seleccionar un evaluador, determinar el marco temporal y los costos de la evaluación y tomar medidas para asegurar que los derechos de los participantes estén protegidos ⁽¹⁸⁵⁾.

CONCLUSIONES

1.- El enfoque tradicional de la odontología, dirige los esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para tratar enfermedades bucodentales, prestando poca o nula atención a la promoción de la salud individual y colectiva.

2.- Debido a que las acciones de promoción de la salud bucodental en México, son escasas para la población adulta mayor. Se hace evidente la necesidad de implementar cambios a nivel de políticas públicas.

3.- El modelo de atención bucodental debe seguir los principios de la promoción de la salud, en donde se destaque el abordaje multidisciplinario de los determinantes de la salud bucodental, la equidad, el empoderamiento y universalidad de la población adulta mayor.

4.- Es necesario conocer y comprender la realidad de las personas envejecidas a través de realizar investigación en salud para establecer las prioridades necesarias, con acciones intersectoriales y a partir de ahí trazar las estrategias que favorezcan las modificaciones en el modelo de atención bucodental del adulto mayor, donde este pueda asumir el papel de agente transformador de su propia salud.

5.- La complejidad de este cambio debe ser atendida por un equipo multidisciplinario de profesionales, respaldados por acciones de buena gobernanza y promoción de la salud. Para que juntos ofrezcan entornos saludables, buena calidad de vida, redes

de apoyo social, buena situación económica, empleo, buenas condiciones de trabajo e inclusión social de las personas envejecidas para un envejecimiento saludable. Vivir más y bien está íntimamente relacionado a la salud tanto general como bucodental.

PERSPECTIVAS

Desarrollar programas de salud bucodental dirigidos a la población adulta mayor, basados en la promoción de la salud.

Difundir los resultados obtenidos al implementar las estrategias realizadas por el Cirujano Dentista de promoción de la salud bucodental en el adulto mayor, para intercambiar experiencias con otros países.

A nivel comunitario es útil efectuar el diagnóstico de salud comunitaria, para crear programas acordes a las necesidades con adultos mayores más sanos.

Incluir en la formación profesional del Cirujano Dentista más acciones para efectuar la promoción de la salud en todos los grupos etarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerdá-Gómez R, Paredes-Carbonell JJ, López-Sánchez MP. Aplicabilidad y percepción de utilidad del European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) en un programa de promoción de la salud. *Gac Sanit.* 2017;30(20):1–8.
2. OMS. ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. Agosto. 2016 [cited 2017 May 24]. p. 1. Available from: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
3. Cuenca ES, Baca PG. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. 4a ed. Barcelona: Masson; 2013: 3-9 .
4. González RG, Castro JME, Moreno LA. *Promoción de la salud en el ciclo de vida*. México: Mc Graw Hill; 2012. 17-34: 225-284 .
5. De la fuente JH, Sifuentes MCV, Nieto MEC. *Promoción y educación para la salud en odontología*. México: Manual moderno; 2014. 2, 34-58, 154, 155 p.
6. Palmar AMS. *Métodos educativos en salud*. España: Elsevier; 2014. 2: 24-35,154 .
7. OMS, OPS. *Determinantes de Salud* [Internet]. Pan American Health Organization. 2016 [cited 2017 Jun 8]. p. 1. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es
8. Malagón-Londoño G, Moncayo A. *Salud Pública perspectivas*. 2a ed. Colombia: Panamericana; 2011: 32 .
9. Stuckley D, King L, McKee M. Mass privatisation and the postcommunist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lacet.* 2009;373:339–407.
10. Departamento de Salud. *Plan de Salud de Cataluña 2011-2015*. 2012;35–42.
11. Wilkinson R, Marmot M. *Social Determinants of Health, the solid facts*. 2a ed. Copenhagen: World Health Organization; 2003: 7-11 .
12. D'Ávila LS, Saliba GR. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. *Rev Direito sanit.* 2017;17(3):15–38.
13. Paranhos CM, Amélia CL. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Comun saúde Educ.* 2017;21(60):13–22.
14. OMS. *The Ottawa Charter for Health Promotion* [Internet]. Ottawa; 1986 [cited 2017 Jun 8]. p. 1–5. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
15. Colomer CR, Álvarez-Dardet CD. *Promoción de la salud y cambio social*. 2a ed. Barcelona: Masson; 2001: 14-23 .
16. Leavell HR, Clark EG. *Textbook of perspective medicine*. New York: Mc Graw Hill; 1953:14-38 .

17. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach. 2a ed. New York: Mc Graw Hill; 1958: 689 .
18. Lalonde MA. A new perspective of the health of Canadians. Canada; 1981: 11, 18,31,32 .
19. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991:11-15 .
20. Álvarez AGP, García AF, Rodríguez A, Salvá, Gorbea BM. Political will and intersectorial action. Key premises for the social determination of health in Cuba. INHEM. 2007;7:1–16.
21. Ejj DJ, Veldt PL, Gyrd-Hansen D, Bo JN. Determinants of preferences for lifestyle changes versus medication and beliefs in ability to maintain lifestyle changes. A population-based survey. Elsevier Prev Med Reports. 2017;6:66–73.
22. Cabrera-León A, Daponte AC, Arroyo-Borrell E, Bartoll X, Bravo MJ, Domínguez-Berjón MF. Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. Gac Sanit. 2017;31(3):194–203.
23. OMS. Adoptada la nueva carta de Bangkok para la promoción de la salud, a fin de afrontar los rápidos cambios de la salud mundial [Internet]. Bangkok; 2005 [cited 2017 Jun 8]. p. 1–6. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>
24. Norén D. Hälsa och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte. Implement Consult Gr. 2015;24(1):1–47.
25. Landstinget Blekinge. Landsting Plan 2017-2019 och budget 2017. Sverige: Landstingsstyrelsens ordförande; 2016:1-46 .
26. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Panamericana; 2001: 15-46,200 .
27. Ruiz MB, San Nicolás MPP. Enfermar en la Antigüedad. Madrid: UNED; 2010. 13 .
28. Ruiz-Loyola B. Salud pública, globalización y censura científica. TIP. 2012;15(1):37–48.
29. Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990. 6 .
30. Márquez GA. Situación actual de la promoción de la salud bucal en México. México: Facultad de Odontología; 2011: 11-16, 22, 43-54, 59 .
31. Sidney PH. Plato and Pythagoreanism. Oxford: Mc Graw Hill; 2013. 182 p.
32. Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. Health promotion: models and values. 2a ed. Oxford: Oxford University; 1996: 144-145 .
33. Vázquez FM. Las corrientes educativas en la Grecia clásica desde la perspectiva del concepto postura. Rev Latinoam Estud Educ. 2000;30(1):89–116 .

34. Sigerist HE. Diocles de karistos, siglo IV a. C. New York; 1941.
35. Sigerist HE. Medicine and human welfare. *J Public Health Policy*. 1996;17(2):90–8.
36. Gozalbes EC, García IG. La primera peste de los antoninos (165-170). Una epidemia en la Roma imperial. *Rev Hist la Med y la Cienc*. 2007;59(1):7–22.
37. Contreras A. La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. *Biomédica*. 2013;33(1):187–90.
38. Guthrie D. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat Editores; 1947. 99-100, 104-133 p.
39. Raoult D, Mouffok N, Bitam I, Piarroux R, Drancourt M. Plague: History and contemporary analysis. *J Infect*. 2013;January(1):18–26.
40. Yersin A. La peste bubonique à Hong Kong. Paris: Pasteur 2; 1894. 428–430 p.
41. Benavides-Montaña J, Vadyvaloo V. *Yersinia pestis* resists predation by *Acanthamoeba castellanii* and exhibits prolonged intracellular survival. *Am Soc Microbiol*. 2017;10(4):1–40.
42. Alia M, Bitam I, Levasseur A, Terra J, Gaudart J, Azza S, et al. *Yersinia pestis* halotolerance illuminates plague reservoirs. *Sci Rep*. 2017;7(1):1–10.
43. Ugarte OU. Historia de la salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;31(1):160–4.
44. Castells FJ. La erradicación... y la viruela. *Anales de medicina y cirugía*. 1980;60(262):130–1.
45. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *FERMENTUM*. 2008;18(53):610–33.
46. Nunn JF. Ancient egyptian medicine. London: British Museum Press; 1996. 287-292 .
47. Sigerist HE. Landmarks in the history of hygiene. London: University of Oxford; 1956. 27 .
48. Sigerist HE. The people's misery: mother of diseases. New York: Bull. Hist Med; 1941. 81-100 .
49. Harington J. Regimen sanitatis salernitanum. Venice: Philadelphia, Lippincott; 1480: 18-22 .
50. Zunzunegui JM. Los mitos que nos dieron traumas. México: Debolsillo; 2012. 98 .
51. Gómez-Gallo A. La medicina en el descubrimiento de América. *Gac Med Mex*. 2003;139(5):519–22.
52. Tortosa JM. Sumak kawsay, suma qamaña, buen vivir. *Rev electrónica Aportes Andin*. 2011;(28):1–3.

53. López AA. Textos de medicina náhuatl. 3a ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1993: 17,18,44.
54. Siraisi NG. History, medicine, and the traditions of renaissance learning. United States of America: University of Michigan; 2008: 65-82 .
55. Allen RC. The british industrial revolution in global perspective: how commerce created the industrial revolution and modern economic growth. Oxford Univ. 2006;1–40.
56. Güttner D von. The French Revolution. Australia: Nelson engage learning; 2015. 1,13.
57. Medina-De la Garza CE, Koschwitz MC. Johann Peter Frank y la medicina social. Elsevier Prev Med Reports. 2017;13(52):163–8.
58. Norman JM. Morton's Medical Bibliography. 5a ed. London: Brookfield; 1994. 388 .
59. Frank J. Biography of Dr. Johann Peter Frank. J Hist Med. 1948;3(1):11–46.
60. Faust BC. The catechism of health. New York: Third american edition; 1798. 1 p.
61. Snow J. Sobre el modo de transmisión del cólera. Salud Publica Mex. 1991;33(2):196–201.
62. Feuchtwanger E. Otto von Bismarck (1815 – 1898): Realpolitik und Revolution. Engl Hist Rev. 2006;121(493):1142–3.
63. Berridge V, Gorsk M. Public health in history. London: Mc Graw Hill; 2011. 145-160 p.
64. Strachan H. The First World War as a global war. J first world war Stud. 2010;1(1):3–14.
65. Makita Y. The alchemy of humanitarianism: the First World War, the Japanese Red Cross and the creation of an international public health order. J first world war Stud. 2014;5(1):117–29.
66. Wishart A. As fit as fiddles and as weak as kittens the importance of food, water and diet to the Anzac campaign at Gallipoli. Journal First World War Studies. 2016;7(2):131–64.
67. Fantausso J. Dead Sea fruit: Edmund Allenby, the First World War and the politics of personal loss. J first world war Stud. 2017;7(3):287–302.
68. Morcom S. The Second World War in Russia. Joournal Contemp Hist. 2007;42(3):525–33.
69. Kickbusch I. Health Promotion: A Global Perspective. Can J Public Heal. 1986;77(5):321–6.
70. Sigerist HE. The University at the crossroads: Adresses essays. New York: Schuman; 1946. 127.

71. Marti FI. La Epopeya de la Medicina. New York: Ediciones pirámide; 1968. 554 p.
72. Colgrove J. The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence. *Am J Public Heal.* 2002;92(5):725–729.
73. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Estados Unidos de Norte América: Publicación científica 557; 1996: 3,6-14,42,153-165.
74. Buck C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. *Can J Public Heal.* 1985;76(1):10–6.
75. Raeburn J. La carta de Ottawa: reflexiones desde las antípodas. *IUHPE, Promot Educ.* 2007;Suplement:58–9.
76. Epp J. Achieving health for all: A framework for health promotion. *Heal Canada.* 1987;1(4):419–28.
77. Dias CVR. Odontología, universidad y sociedad. *Salud pública Paraguay.* 2013;3(2):29–38.
78. Martín ZA, Cano JFP, Gené JB. Atención primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia. 7a ed. España: Elsevier; 2014. 1-9, 228-246 p.
79. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *G Model.* 2016;10(11):1–4.
80. Soberón GA. La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes de Gullemo Soberón Acevedo. México: Miguel Angel Porrúa; 1987. 97-102 .
81. OMS. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health [Internet]. Sundsvall; 1991 [cited 2017 Jul 15]. p. 1–6. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
82. OMS, OPS. Promoción de la salud y equidad [Internet]. Santafé Bogotá; 1992 [cited 2017 Jul 28]. p. 1–5. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
83. OMS. Carta del caribe para la promoción de la salud. Puerto España; 1993.
84. Sánchez MAR, Mendoza VMN. Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes. México: FES Zaragoza; 2003. 8 p.
85. OMS. Fourth International Conference on Health Promotion [Internet]. Yakarta; 1999 [cited 2017 Aug 14]. p. 1–11. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/>
86. OMS. 9.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 15]. p. 1–3. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/conference-health-promotion/es/>

87. OMS. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Shanghai; 2016 [cited 2017 Aug 15]. p. 1–4. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>
88. Sánchez JT. Educación para la salud: una introducción. México: Manual moderno; 2013. 159 p.
89. Martínez AJ, Gispert AEA, Florit PCS, Llanes EL, Morales DRA, Sánchez OB. Componente bucal y determinantes sociales en el análisis de la situación de salud. *Rev Cubana Estomatol.* 2015;52(1):53–61.
90. Henández MÁ, Lazcano EP. Salud pública teoría y práctica. México: Manual moderno; 2013. 11 .
91. Baile JIA, González MJC. Intervención psicológica en obesidad. Madrid: Ediciones pirámide; 2013. 136-140 .
92. Ruiz JLG. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. *Comuniadad.* 2005;8:62–72.
93. Nouvillas EP. Aspectos psicosociales y salud: Cambio del comportamiento relacionado con la salud. Madrid: Pearson Alhambra; 2008. 313-336.
94. Aguilar MJ. Cómo animar a un grupo. 2a ed. Madrid: CCS; 2011: 38-45 .
95. Cofiñoa R, Aviñóc D, Benedéd CB, Botelloe B, Cubillof J, Morgang A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30(Supl 1):93–8.
96. Fertman CI, Allensworth DD. Health promotion programs: from theory to practice. 2nd ed. San Francisco: Society for Public Health Education; 2016. 4-24,128,130,133.
97. López-Jiménez F, Obrador GTV. Manual de medicina basada en evidencia. 2a ed. México: Manual moderno; 2005. 2-8 .
98. Hospital General de México. Planes y programas educativos [Internet]. Febrero. 2016 [cited 2017 Aug 23]. p. 1–2. Available from: http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/ensena/planes_educa.html
99. OMS. Glosario de promoción de la salud. Ginebra: Ministro de Sanidad y Consumo; 1998. 10-24 p.
100. Álvarez AP, García AF, Rodríguez AS, Bonet MG, de Vos P, Van DS. Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de la salud. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* 2009;47(1):1–21.
101. Cecchini S, Veras-Soares F. Conditional cash transfers and health in Latin America. *Lacet.* 2014;385(9997):32–4.
102. González, Ramos RMH, Puente GB, Mercedes NG. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Rev. Cuba Estomatol.* 2017;54(1):60–71.

103. Sosa LI, Lefèvre P, Guerra MC, Ferrer LF, Rodríguez, A Salvá Herrera DT. Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2013;29(2):184–91.
104. House JS. *Occupational Stress and the Mental and Physical Health of Factory Workers.* The University of Michigan. Michigan: Ann Ar; 1980.
105. Davie R, Butler N, Goldstein H. *From Birth to Seven: The Second Report of the National Child Development Study.* London; 1972.
106. Blaxter M. Health Services as a Defence Against the Consequences of Poverty in Industrialized Societies. *Soc Sci Med.* 1983;17:1139–48.
107. Higashida BH. *Ciencias de la salud.* 7a ed. México; 2013. 17-20 .
108. Gutiérrez J. Planeación urbana en México: un análisis crítico sobre su proceso de evolución. *Rev Urbano.* 2009;12(19):52–63.
109. Salvador-Carulla S, Cano AS, Cabo-Soler JR. *Longevidad: Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida.* Buenos Aires: Panamericana; 2004. 17-18 .
110. Chávez-Reátegui B, Manrique-Chávez, JE Manrique G. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Rev Estomatol Hered.* 2014;24(3):199–207.
111. De las N. BLP, Legrá SMM, Fernández JL, Quiñones DM, Suárez LP, Castellanos LA. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *Holguín.* 2013;17(4):477–88.
112. Gallardo AS, Picasso MAP, Huilca NC, Ávalos JCM. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *KIRU.* 2013;10(2):145–50.
113. Márton K. Oral symptoms of immunologic disorders. Part I. Systemic autoimmune diseases. *Fogorv Sz.* 2003;96(1):9–15.
114. Oi T, Saka H, Ide Y. Three-dimensional observation of pulp cavities in the maxillary first premolar tooth using micro-CT. *Int Endod J.* 2004;37(1):46–51.
115. Gutierrez-Vargas V, León-Manco R, Castillo-Andamayo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev Estomatol Hered.* 2015;25(3):179–86.
116. Rodríguez M, Arpajón Y, Bárbara I. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Habnara de ciencias médicas.* 2016;15(1):51–63.
117. González R, Ventura H, Valdivié P, Serrano A. Sonríe con salud. *Rev. Cubana Estomatol.* 2014;51(3):250–8.
118. Nisizaki S, Derregibus L. Protocolos de tratamiento y prevención en Gerodontología. *Odontoestomatología.* 2014;16(23):44–53.

119. Aguilar PPD. Prótesis imantadas por repulsión en pacientes con necesidades protésicas en centro de atención médico dental, delegación Xochimilco 2015. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016. 9-13 p.
120. García B, Capote M, Morales T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. *Rev. Finlay*. 2012;2(1):32–44.
121. Díaz K, Acuña L, Rueda C, Cabrera J. Eficacia masticatoria entre portadores de prótesis totales y sobredentaduras inferiores. *Rev. Ustasalud*. 2014;13:26–31.
122. Rodríguez KG, Clavería RAC, Peña MS. Consideraciones actuales sobre envejecimiento y cáncer bucal. *MEDISAN*. 2016;20(12):6080–9.
123. Lam A, Kiyak A, Gossett A, McCormick L. Assessment of the use of xerogenic medications for chronic and dental conditions among adult day health participants. *Consult Pharm*. 2009;24(10):755–64.
124. Medina DA. Oral Rehabilitation with Dental Implants in Patients with Sjögren's Syndrome. *Int J Med Surg Sci*. 2016;3(1):779–87.
125. D'Hyver C, Gutiérrez L. Geriatria. 3a ed. México: Manual moderno; 2014. 2-12, 102-110 .
126. Aranha A, Eduardo C, Cordás T. Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment. *J Contemp Dent Pr*. 2008;9(7):89–96.
127. Meyer K. Lung infections and aging. *Ageing Res*. 2004;3(1):55–67.
128. Craddock H. Treatment and maintenance of a dentate patient with "radiation caries." *SADJ*. 2008;63(10):334–7.
129. Gómez A, Castro O, Pérez A. Encuesta de salud oral en España analiza la evolución de 1993 a 2015. *Gac Dent*. 2016;7(282):11–7.
130. Cruz MP, Niño AP, Batista MK, Soca MP. Factores de riesgo de cáncer bucal. *Rev Cubana Estomatol*. 2016;53(3):128–45.
131. Alcalde-Rebanal JE, Bärnighausen T, Nigenda-López G, Velasco-Mondragón HE, Sosa-Rubí SG. Profesionales necesarios para brindar servicios de prevención y promoción de la salud a población adulta en el primer nivel. *Salud Publica Mex*. 2013;55(3):301–9.
132. Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa Daniela Giraldo-Ramírez Odila, Agudelo-Suárez AA. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES Odontol*. 2013;26(1):10–23.
133. Condemarín LLC, Evangelista AMP, Benavides YMF. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del "adulto mayor" del centro de salud de José Leonardo Ortiz, febrero, 2015. *Salud vida sipanense*. 2015;2(2):19–29.
134. Aranza OT, Cortés XC, Hernández RDP. Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *ADM*. 2014;71(2):77–82.

135. Contreras AR. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev Clin Periodoncia Implant Rehabil Oral*. 2016;9(2):193–202.
136. Mendoza-Núñez VM, Matínez-Maldonado M de la L, Vargas-Guadarrama LA. Envejecimiento activo y saludable: fundamentos y estrategias desde la Gerontología comunitaria. México: FES Zaragoza; 2013. 9-11, 15, 16, 23-68.
137. Gispert AEA, Bécquer JLÁ. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. *Rev Cubana Estomatol*. 2015;52(3):1–4.
138. Pucca GA, Araujo ME, Almeida F. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015;94(10):1333–7.
139. *Appropriate Technology in Health. Policy advocacy strategy development Stronger Health Advocates*. 2013.
140. De CN, Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília; 2006.
141. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília; 2004.
142. Brasil. Emenda constitucional n. 41, de 19 de Dezembro de 2003. Diário Oficial da União. Brasília; 2003.
143. Vieira CESD, Fiuza SH. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):179–88.
144. Carlos B. Mejoran la compañía; cuidado para adultos mayores. *Excelsior* [Internet]. 2016 Mar 1; Available from: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/01/1078128>
145. EMMA. Redefinimos el acompañamiento en casa [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://miemma.com/>
146. Maymone CCG, Bógus CM. Participação social, planejamento urbano e promoção da saúde em campo grande (MS). *Trab Educ Saúde Rio Janeiro*. 2017;15(2):617–40.
147. Yanes MGG, Morales M del CO. Propuesta de marca de identidad visual para un envejecimiento satisfactorio. *Medisur*. 2016;14(6):711–6.
148. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):311–20.
149. Pelegrino GLC, Cajigal DP, Duconger RDC, Rosell LV, Mesa E de JP. Papel de la Asociación Independiente “Triángulo de solidaridad, amor y salud” en el fomento de la calidad de vida del anciano. *MEDISAN*. 2016;20(8):1–12.
150. Armendáriz C. Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. *Gac zaragoza*. 2017;5(70):10–2.

151. Vivaldo Martínez JP. Viejos y ancianos. La vejez vista a través de la prensa porfiriana. Univ Autónoma Metrop Unidad Azcapotzalco, Div Ciencias Soc y Humanidades, Dep Humanidades. 2015;109–23.
152. Secretaría de Salud. Ley general de salud [Internet]. México; 2017 [cited 2017 Sep 26]. p. 1–28. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>
153. Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores. ¿Qué hacemos? [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 27]. 1–4. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/que-hacemos>
154. Soberón GA. El médico, el rector. México: Fondo de cultura económica; 2015: 16, 324 .
155. Soberón GA, Kumate J, Laguna J. La salud en México: Testimonios 1988. México: Fondo de cultura económica; 1989. 13-27 .
156. Jaramillo MCC. La descentralización de la salud en México: Avances y retrocesos. Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá. 2007;6(12):85–111.
157. De la fuente JR, Martuscelli J, Alarcón D. La investigación en salud: Balance y transición. México: Fondo de cultura económica; 1990. 444,445.
158. Soberón GA. Protección de la salud en México 1986-1988. México: Miguel Angel Porrúa; 1989. 14.
159. Sobral JWB da S, Silva CNF, Carvalho HMB, Nascimento KVD, Macedo LRQ. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. Rev saúde pública do paraná. 2017;18(1):140–9.
160. Secretaría de Salud. Informe Trimestral de Fideicomisos 2015-2017 [Internet]. 08-04. 2017 [cited 2017 Sep 18]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informe-trimestral-de-fideicomisos-57173>
161. Gobierno de la Ciudad de México. Clínica de Odontogeriatría [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 25]. p. 1–3. Available from: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/clinica-de-odontogeriatria>
162. Gobierno de la Ciudad de México. La Clínica de Odontogeriatría atendió en su primer año a alrededor de mil 350 adultos mayores [Internet]. 09-04. 2016 [cited 2017 Sep 25]. p. 1–4. Available from: <http://cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/clinica-de-odontogeriatria-atendio-alrededor-de-mil-350-adultos-mayores>
163. Instituto de Salud del Estado de México. Semanas de Salud Bucal [Internet]. 14-09. 2017 [cited 2017 Sep 25]. p. 1–2. Available from: http://salud.edomexico.gob.mx/html/saludbucal/snsb_semnausb.html
164. Servicios de Salud de Yucatán. Implementa SSY Semana Nacional de Salud para Gente Grande [Internet]. 13-06. 2017 [cited 2017 Sep 25]. p. 1–3. Available from: <http://salud.yucatan.gob.mx/implementa-ssy-semana-nacional-de-salud-para-gente-grande-2/>

165. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. México; 2013.
166. Secretaría de Salud. Adultos Mayores pierden hasta 7 piezas dentales [Internet]. 27-07. 2016 [cited 2017 Sep 25]. p. 1–4. Available from: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/adultos-mayores-pierden-hasta-7-piezas-dentales>
167. Palacios A. Inicia Semana Nacional de Salud Bucal en la Ciudad de México [Internet]. 03-13. 2017 [cited 2017 Sep 25]. p. 1–2. Available from: <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=669109&idFC=2017>
168. Secretaría de Salud. Programa Salud Bucal 2013-2018 [Internet]. 12 de febrero. 2016 [cited 2017 Sep 7]. p. 1–3. Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-salud-bucal-2013-2018-20044#documentos>
169. OMS. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. 60ª Asamblea mundial de la salud. 2007: 1-3.
170. Cardona DA, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*. 2012;28(2):335–48.
171. Myers-Wright N, Lamster IB. A new practice approach for oral health professionals. *J evidence-based Dent Pract Spec*. 2016;16:43–51.
172. Valenzuela M. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? *Rev Chil Salud Pública*. 2015;19(2):181–7.
173. Murrieta J, López Y, Juárez L, Linares C, Zurita V. Índices epidemiológicos de morbilidad bucal. México: FES Zaragoza; 2006: 11,29,41,53,71,81,105,125,145,155,167.
174. Reyes J, Rodríguez L, Paz-Soldán R, García V, Fernández M, Yparraguirre J, et al. Determinación de la salud bucal en personas mayores institucionalizadas residentes en lima, Perú. *KIRU*. 2013;10(2):140–4.
175. Kreitzer M, Sierpina V, Lawson K. Health Coaching: Innovative Education and Clinical Programs Emerging. *J Sci Heal*. 2008;4(2):154–68.
176. Bonal R, Almenares H, Marzán M. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *MEDISAN*. 2012;16(5):773–86.
177. Joya L, Quintero L. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. 2015;20(1):140–52.
178. Palma A, García M, Royo J. Plan de atención, prevención y promoción de la salud bucodental en instituciones geriátricas. *Gac Dent*. 2016;7(282):144–8.
179. OMS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 29]. p. 1. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/

180. Soler P, Planas A, Ciraso-Calí A, Ribot-Horas A. Empoderamiento en la comunidad. El diseño de un sistema abierto de indicadores a partir de procesos de evaluación participativa. *Rev Pedagog Soc.* 2014;(24):49–77.
181. Swift C, Levin G. Empowerment: An emerging mental health technology. *J Prim Prev.* 1987;8(2):71–94.
182. Bonal R, Almenares H, Marzán M. Health coaching: a new approach to the empowering of the patient with non - communicable chronic diseases. *MEDISAN.* 2012;16(5):773–86.
183. Jauregui CAR, Suarez PC. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Enfoque en salud familiar. 2a ed. Colombia: Panamericana; 2004. 394-410 .
184. Weisz JR, Sandler IN, Durlak JA, Anton BS. Promoting and Protecting Youth Mental Health. Through Evidence-Based Prevention and Treatment. *Am Psychol.* 2005;60(6):628 – 648.
185. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. promoción de la salud y. Florida: USF; 2005. 7-9, 23-34 .
186. Saldaña L, Chamberlain P, Wang W, Brown H. Predicting Program Start-Up using the Stages of Implementation Measure. *Adm Policy Ment Heal.* 2012;39(6):419–25.
187. Baltar M, Carrasco C. Re-pensando la psicología educacional en Chile: Análisis crítico de su quehacer y sugerencias proyectadas. *Psicol para América Lat.* 2013;24:173–90.
188. Arvilla A, Palacio L, Arango C. El psicólogo educativo y su quehacer en la institución educativa. *Rev Int ciencias la salud.* 2011;8(2):258–261.
189. Woodall I, Dafoe B, Stutsman N, Yankell S. Tratado de higiene dental. España: Salvat Editores; 1992. 257,258.
190. Lohinai Z, Keremi B, Szöko E, Tábi T, Szabo C, Tulassay Z, et al. Biofilm Lysine Decarboxylase, a New Therapeutic Target for Periodontal Inflammation. *Periodontol.* 2015;86(10):1176–84.
191. González-González J. Limpieza bucodental mediante técnicas de adsorción con material desechable. *Odontoestomatología.* 2014;30(6):299–305.
192. Harris N, García-Godoy F. Odontología preventiva primaria. 5a ed. México: Manual moderno; 2012. 61-79p.
193. Yáñez-Zambrano, Alcira M, Alvarado-Solórzano. Consideraciones sobre la enfermedad periodontal y su control. *Rev científica domingo las ciencias.* 2016;2(5):3–12.
194. Soria-Hernández M, Molina FN, Rodríguez PR. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Rev Estomatol Hered.* 2012;22(4):232–41.
195. Aguilar A, Cañamás S, Ibáñez P. Sistemática de la higiene bucodental el cepillado dental manual. *Periodoncia y Osteointegración.* 2013;15(1):43–58.

196. Casals-Peidro E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE. 2015;10(4):389–401.
197. Moscoso M, García E. Biofilmes de *Streptococcus pneumoniae*: Genética, composición y terapia. Rev Estomatol Hered. 2016;26(2):122–38.
198. Mata L. Reflexiones sobre las teorías de aprendizaje. Rev electrónica Humanidades, Educ y Comun Soc. 2013;8(14):6–15.
199. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM del P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: Mc Graw Hill; 2014. 358-379 p.
200. Rojas CIR. Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. Tiempo Educ. 2011;12(24):277–97.