

# Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología

Emili Cuenca Sala

## INTRODUCCIÓN

En sentido amplio, *prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión*. Naturalmente esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento.

Sin embargo, la prevención en su sentido estricto y más generalizado comprende todo el *conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad*, esto es, aquellas actuaciones aplicables en el período prepatogénico, cuando la enfermedad aún no se ha desarrollado. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención llamada primaria pretende disminuir la incidencia de la enfermedad.

La prevención, por tanto, está ligada conceptualmente a la enfermedad; su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad. Los términos de «salud» y «enfermedad» se han venido utilizando como si se aplicaran a dos variables categóricas. En este sentido, un paciente deja de estar sano y pasa a la categoría de enfermo en función de unos criterios diagnósticos. El enfoque actual tiende a tratar salud y enfermedad como variables cuantitativas. Tanto la una como la otra son un continuo que permite distintos grados. No hay, pues, un límite estricto entre ellas, siendo este modificado a medida que las posibilidades diagnósticas se amplían y mejoran con la incorporación de nuevos y más precisos instrumentos diagnósticos.

## EL CONTINUO SALUD-ENFERMEDAD

Este nuevo enfoque, que establece un concepto dinámico de salud y enfermedad como un continuo sin fronteras bien establecidas, dificulta a

menudo la visión clásica, y muy asumida por los profesionales de la salud, de clasificar a los individuos y las poblaciones en sanas o enfermas. Esa dificultad se hace más evidente cuando, como consecuencia del diagnóstico, es necesario tomar las decisiones clínicas de tratamiento.

En odontología, como en medicina, la mayor parte de las decisiones clínicas son dicotómicas. Una lesión de caries es obturada o no en función de un criterio diagnóstico que se presupone claro. Sin embargo, en muchos casos esa decisión es más fruto de una convención establecida o de factores subjetivos que del resultado del análisis de la historia natural de la enfermedad de cada caso concreto. Numerosos estudios demuestran que la toma de decisiones clínicas en relación con el tratamiento odontológico no responde a criterios sustentados en pruebas científicas (1-3).

Así pues, si la salud y la enfermedad forman un continuo, con diversos niveles de bienestar y gravedad, el concepto de prevención se amplía y ofrece nuevas e ilimitadas perspectivas. En la actualidad hay un acuerdo general en considerar artificiosa la separación entre prevención y curación, ya que el tratamiento de una afección supone en muchos casos la prevención de otra enfermedad. Incluso determinadas actuaciones, tradicionalmente de carácter preventivo, como la utilización del flúor en la profilaxis de la caries, son, según las investigaciones recientes, de carácter curativo, pues remineralizan las lesiones incipientes.

Por tanto, la prevención como concepto básico se aplicaría a todos los niveles de la odontología. No deberían existir, pues, dos formas de practicar la odontología: una *preventiva* y otra *curativa*, sino una sola, la más adecuada en cada momento y condición, ya sea de salud o enfermedad (4).

## HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Cada enfermedad tiene su forma propia de evolucionar de manera espontánea. La *historia natural*, o «curso que sigue la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento», es muy importante en la prevención.

Leavell y Clark (5), en su ya clásico esquema, distinguen tres períodos bien definidos en la historia natural de la enfermedad: el prepatogénico o de susceptibilidad, el patogénico y el de resultados. Consecuentemente, a cada período de la historia natural de la enfermedad corresponde un nivel de prevención: primaria, secundaria o terciaria según el momento de su aplicación (fig. 1-1).

El período *prepatogénico* o de susceptibilidad se caracteriza porque en él están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Estos factores pueden ser ambientales (bacterias, virus, productos químicos), conductuales (consumo excesivo de azúcar) o endógenos (predisposición familiar, sexo, edad). En algunos casos los factores son de origen mixto, ya que en su eclosión influyen los factores ambientales y conductuales, que a su vez actúan sobre una predisposición genética. Algunos de estos factores son necesarios, pero no suficientes, para que se produzca la

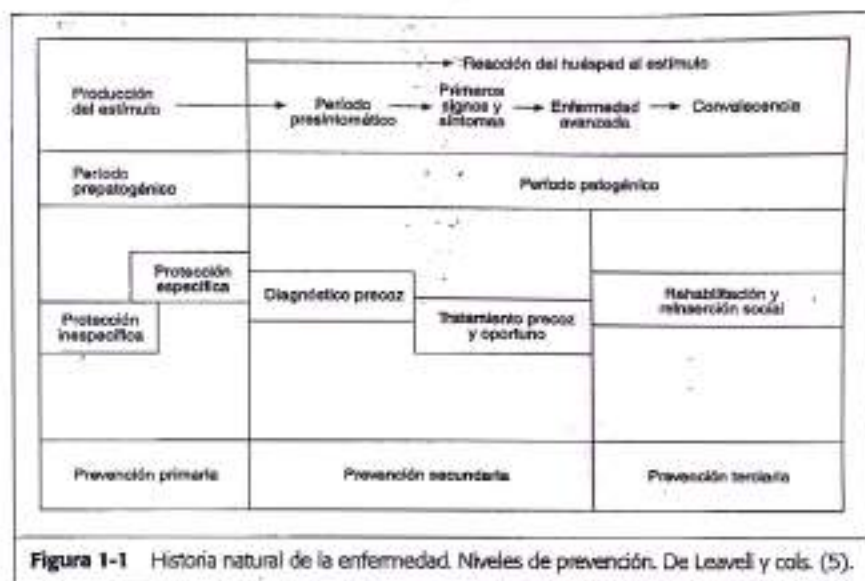


Figura 1-1 Historia natural de la enfermedad. Niveles de prevención. De Leavell y cols. (5).

enfermedad. Un ejemplo claro sería el de la caries, una enfermedad infecciosa de carácter oportunista.

Otras veces el factor no es absolutamente necesario para que se produzca la enfermedad, aunque su presencia se asocia con una probabilidad incrementada de aparición del proceso. Éste sería el caso de los factores de riesgo (disminución del flujo salival, tabaquismo, restauraciones desbordantes, etc.).

Los factores de riesgo pueden ser inmutables o susceptibles de cambio. La edad, el sexo y la historia familiar son factores inmodificables, pero ayudan a identificar a los grupos de personas que requieren mayor vigilancia y supervisión. Otros factores, en cambio, son susceptibles de modificación. En la mayoría de las enfermedades orales, la interacción de todos los factores con el huésped acaba desencadenando el estímulo productor de la enfermedad, momento en el que se inicia el período prepatogénico.

El período *patogénico* tiene dos estadios: el *presintomático* y el de la *enfermedad clínica*. Durante el primero no hay signos clínicos de la enfermedad, pero, como consecuencia del estímulo causal, se han iniciado ya los cambios anatomopatológicos responsables de la enfermedad (desmineralización ultramicroscópica bajo la superficie del esmalte en el inicio de la caries). En el estadio de la enfermedad clínica los cambios de los órganos y tejidos son ya lo suficientemente importantes como para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad en el paciente.

El último período de la historia natural de la enfermedad refleja el *resultado* del proceso: muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud.

## NIVELES DE PREVENCIÓN

Para comprender los objetivos y las actividades de la odontología preventiva es fundamental el estudio de los niveles de prevención.

Como ya se ha dicho, la prevención en sentido amplio se define como «cualquier medida que permita reducir la posibilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión». Se trata, pues, no sólo de evitar la aparición de la enfermedad o afección, sino también de detener su curso hasta conseguir la curación o, en el caso de no poder hacerlo, retardar su progresión durante el máximo tiempo posible.

La aplicación del concepto de niveles de prevención es posible porque todas las enfermedades presentan su «historia natural», unos períodos más o menos bien definidos en los que en cada uno de ellos es posible la aplicación de algún tipo de medida preventiva de acuerdo con el concepto amplio de prevención.

En general, las actividades preventivas se han clasificado en tres niveles: *prevención primaria, secundaria y terciaria* (5).

### Prevención primaria

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped dé lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad.

Leavell y Clark distinguen dos subniveles o apartados en la prevención primaria: la prevención inespecífica y la prevención específica (v. fig. 1-1).

La prevención inespecífica comprende las medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad o el medio ambiente con el fin de evitar la enfermedad en general, es decir, inespecíficamente. La mayoría de estas medidas son acciones de promoción de la salud de la población que tienden a aumentar la resistencia del huésped y a evitar enfermedades y afecciones.

La protección específica se dirige sólo a la prevención de una enfermedad o afección determinadas. Un ejemplo claro es el de las vacunaciones o la fluoración de las aguas de abastecimiento público.

### Prevención secundaria

La prevención secundaria actúa sólo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.

La presunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoces mejoran el pronóstico de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad.

### Prevención terciaria

Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. En resumen, las intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención un concepto amplio.

### Niveles de actuación preventiva: concepto actual

La visión clásica de los niveles de prevención se fundamenta en la modificación de las pautas de comportamiento de los individuos y en las actuaciones clínicas para modificar los determinantes de la salud. La doctrina actual, sin embargo, enfatiza la importancia de los condicionantes ambientales como influyentes decisivos en el comportamiento de individuos y comunidades. Bajo esta nueva perspectiva el primer nivel pre-

Tabla 1-1 Niveles de prevención.

	Medidas	Actividades
Cambios medioambientales	Económicas, sociales, físicas	Promoción de la salud, política sanitaria
Cambios conductuales	Uso de fluoruros, higiene oral, hábitos dietéticos, uso de servicios dentales	Personal
Diagnóstico precoz	Revisiones dentales, cribados para diagnóstico precoz	Personal y Servicios odontológicos
Terapia preventiva	Aplicación de flúor, sellado de fisuras y restauraciones simples, higiene oral, modificación de los hábitos dietéticos	Personal y Servicios odontológicos
Terapia rehabilitadora	Tratamiento restaurador	Servicios odontológicos
Diagnóstico y prevención de traumatismos, discapacidades	Tratamiento restaurador de causas de impacto sociodental	Servicios odontológicos

De Sheiham y cols. (6).

ventivo comprendería actuaciones destinadas a favorecer los aspectos sociales, económicos y de políticas sanitarias, que permitan mejorar los condicionantes ambientales y por tanto favorecer los comportamientos individuales (6) (tabla 1-1).

## CONCEPTO DE SALUD

### Concepto clásico de salud

Durante mucho tiempo la salud se ha definido en términos negativos. Salud sería la ausencia de enfermedades e invalideces. En el momento actual todo el mundo está de acuerdo en que esta definición no corresponde a la realidad y no es operativa por tres razones principales.

En primer lugar, porque para definir la salud en términos negativos hay que trazar el límite o línea divisoria entre lo normal y lo patológico, y ello no es siempre posible. En segundo lugar, porque el concepto de normalidad varía con el tiempo y lo que se ha considerado normal en un momento dado puede que no lo sea en una época posterior. Y, por último, porque las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales. La salud no es la ausencia de enfermedad, de la misma manera que la riqueza no es la ausencia de pobreza.

### Definición de la OMS

En 1946, la OMS definió en su Carta Constitucional la salud como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades». Esta definición marcó un hito en su momento, pero, junto a aspectos muy positivos e innovadores, presenta también aspectos criticables. Entre los primeros hay que reconocer que por primera vez la salud se define en términos positivos. Se considera la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado óptimo positivo, sintetizado en la expresión «completo bienestar». Además, no sólo se refiere al área física del ser humano, sino que por primera vez se incluyen las áreas mental y social.

Entre los aspectos criticables de la definición de la OMS cabría considerar el hecho de que equipara bienestar a salud, cuando esto no siempre es verdad. Se trata más de una declaración de principios y objetivos que de una realidad, ya que «un completo bienestar físico, mental y social» es difícilmente alcanzable ni por individuos ni por grupos o colectividades. Por otra parte, es una definición estática, pues sólo considera como personas con salud a las que gozan de un completo bienestar físico, mental y social. La salud positiva es dinámica y no estática; por tanto, existen diferentes grados de salud positiva. Finalmente, es una definición «subjetiva», puesto que no se refiere al aspecto objetivo «capacidad de funcionar» de la salud.

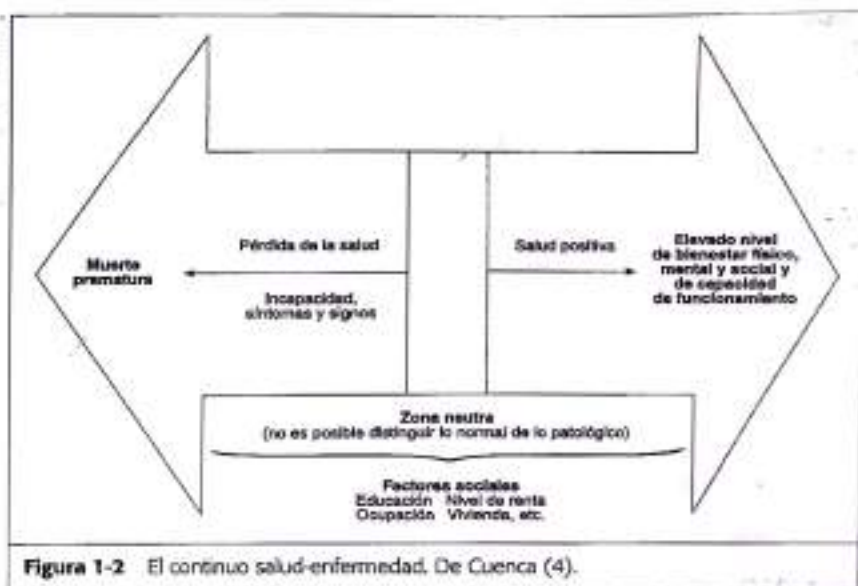


Figura 1-2 El continuo salud-enfermedad. De Cuenca (4).

### Concepto dinámico de salud

Muchos autores, entre ellos Terris, discrepan de la definición de la OMS. Según este autor, debería eliminarse la palabra «completo» de la definición de la OMS, ya que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto, porque existen distintos grados de salud como hay también diversos grados de enfermedad.

De acuerdo con este concepto, tanto la salud como la enfermedad forman un continuo (fig. 1-2) cuyos extremos son el óptimo estado de salud, por un lado, y la muerte, por el otro. En este continuo existe una zona neutra no bien definida, lo cual significa que la separación entre la salud y la enfermedad no es absoluta, y que a menudo es imposible distinguir lo normal de lo patológico. La salud y la enfermedad no son, pues, estáticas sino dinámicas, ya que existen diferentes niveles de salud positiva y de enfermedad.

### SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA

La definición de salud de la OMS, de 1946, representó un cambio fundamental en la conceptualización de la salud. Implícitamente esta definición contenía los principios que cuarenta años más tarde inspiraron el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

En la actualidad, las exigencias sociales no se limitan a aumentar los años de vida, sino que demandan que estos años de vida lo sean de calidad. Es lo que la propia OMS resumió en su consigna como «añadir vida a los años».

El concepto de CVRS excede por tanto al de la propia salud o enfermedad y tiene que ver con la propia percepción de sentirse bien individualmente y en relación con la sociedad. Este nuevo y emergente concepto de calidad de vida es muy importante en la práctica de la odontología actual y por tanto en la odontología preventiva. La mayoría de las enfermedades orales más comunes y de sus secuelas tienen un impacto muy directo sobre la calidad de vida de los pacientes. Actualmente el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral (CVRSO) se hace cada vez más presente en los textos de odontología y plantea entre otros el reto de cómo puede medirse con el mismo rigor con el que se miden los indicadores clínicos (7).

De acuerdo con Inglehart y Bagramian (8) la CVRSO se define como el juicio personal acerca de qué manera los siguientes factores afectan al bienestar: factores funcionales (masticación, fonación, etc.), factores psicológicos (que conciernen a la apariencia personal y a la autoestima), factores sociales (como la relación con los demás) y finalmente a factores como el dolor o la incomodidad.

Es necesario señalar hasta qué punto los elementos que conforman la CVRSO condicionan la práctica de la odontología en la actualidad. La creciente demanda de una odontología estética es un claro ejemplo de esta situación.

La importancia de la odontología preventiva y de la promoción de la salud para asumir este nuevo reto de conseguir una mejora de la calidad de vida es fundamental y no admite comparación con ninguna de las disciplinas de la odontología.

## DETERMINANTES DE LA SALUD

Después de la Segunda Guerra Mundial la mayoría de los gobiernos de los países industrializados iniciaron una política social y sanitaria destinada a paliar las desigualdades que en salud y protección social se derivaban de las diferencias económicas. Esa política, calificada como del «estado del bienestar», pretendía eliminar o al menos disminuir las diferencias que respecto a la salud y la enfermedad ocasionaban las desigualdades económicas. Fruto de ella fue la aplicación de grandes cantidades de recursos humanos y económicos con el fin de mejorar los sistemas asistenciales en sanidad. En odontología, por ejemplo, y en muchos países como el Reino Unido y los del norte de Europa, se ampliaron y universalizaron las prestaciones sanitario-odontológicas, y el número de odontólogos se elevó enormemente. Como consecuencia de esta situación, el gasto sanitario inició un crecimiento acelerado; sin embargo, este enorme esfuerzo no se correspondió con una mejora de los niveles de salud de la población. En este sentido

**Tabla 1-2** Gasto sanitario en odontología, relación dentistas/habitantes y niveles de salud oral medidos en índice CAOD, a los 12 años de edad

País	DSTC	PD	Dentista/1.000 habitantes	CAOD
Australia	80	4,9	0,4	1,0
Austria	135	10,0	0,5	3,0
Canadá	135	6,8	0,5	1,7
Dinamarca	119	6,6	0,5	1,8
Finlandia	94	6,8	0,9	1,2
Francia	111	5,6	0,7	2,1
Alemania	169	7,4	0,7	2,3
Islandia	159	7,9	1,0	1,6
Irlanda	44	4,4	0,4	1,5
Japón	108	6,9	0,6	4,3
Noruega	54	3,6	0,8	1,8
España	68	7,6	0,4	2,3
Estados Unidos	179	4,6	0,6	-
Suiza	197	6,2	0,5	-

CAOD: promedio de dientes cariados, ausentes por caries y obturados por caries; DSTC: gasto en servicios odontológicos, por cápita, en dólares de Estados Unidos; PD: porcentaje del gasto en servicios odontológicos, respecto al gasto en servicios de salud.  
De Sintonen y cols. (10).

la evolución de las enfermedades orales fue realmente un paradigma del fracaso de una política en la que los servicios odontológicos estuvieron enfocados más hacia el tratamiento y la curación que hacia la prevención de la enfermedad.

Esta situación propició una profunda reflexión acerca del enfoque para enfrentarse al problema. Así y en la década de los setenta, autores como McKeown (9) demostraron en sus trabajos que las mejoras de los niveles de salud de las poblaciones se asociaban más estrechamente con las mejoras de los niveles de vida y de la salubridad en las condiciones de trabajo y habitabilidad, así como con aspectos relacionados con la conducta de los individuos, mientras que, por el contrario, la actuación médica individual había desempeñado una función menor en esos cambios. Existen abundantes referencias históricas que demuestran que la asistencia sanitaria no es el factor más importante en la determinación de los niveles de salud de las poblaciones (tabla 1-2) (10) y que factores como la carga genética, el medio ambiente o los estilos de vida son más importantes que los servicios sanitarios. Estos factores son conocidos en la literatura clásica de salud pública como los determinantes de la salud.

Esta línea de pensamiento determinó un cambio del enfoque para enfrentarse a los principales problemas de salud en la mayoría de los países desarrollados, cambio que se refleja en el documento que el ministro de Sanidad del Canadá, Lalonde, hizo público en 1974 (11).

Lalonde analizó la cuestión de los determinantes de la salud y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico en salud pública (fig. 1-3).

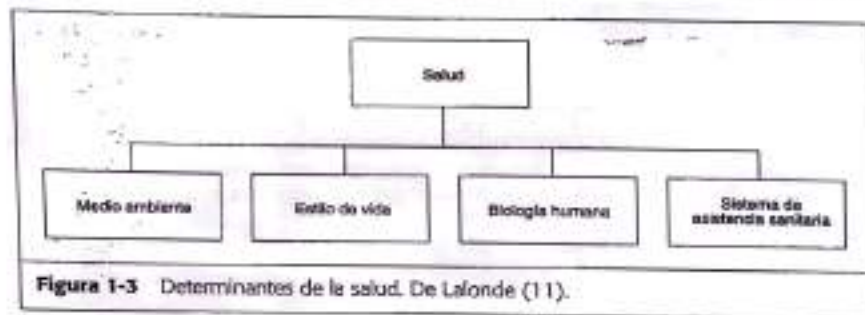


Figura 1-3 Determinantes de la salud. De Lalonde (11).

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables:

- El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- El estilo de vida (conductas de salud).
- El sistema de asistencia sanitaria.
- La biología humana (genética, envejecimiento).

De estas cuatro variables, una apenas puede modificarse —la biología humana— pero las otras sí son susceptibles de alteraciones. En la figura 1-4 puede verse en forma de sectores circulares la importancia relativa que cada una de estas variables tiene en la determinación de los niveles de salud según los datos publicados por el informe Lalonde. Estas proporciones son consecuencia del análisis epidemiológico de los problemas de salud prevalentes en Canadá. La línea de puntos que separa el medio ambiente del estilo de vida indica que los límites entre estos dos determinantes son imprecisos.

Por otra parte, si observamos la distribución del gasto sanitario (fig. 1-5), apreciaremos que este no tiene en cuenta las prioridades señaladas por la epidemiología. Los gastos de asistencia sanitaria son muy superiores a los que corresponderían, de acuerdo con la importancia relativa de este sector, a la determinación de los niveles de salud.

Numerosos estudios efectuados después del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados. También han confirmado que la distribución de los recursos que estos países destinan al sector de la salud está extraordinariamente sesgada a favor de la asistencia sanitaria.

Este enfoque de los determinantes de la salud aplicado a los problemas de salud oral ofrece nuevas e interesantes perspectivas para abordar tales problemas y comprender sus factores causales, así como las vías adecuadas para su prevención.

El modelo de Lalonde puede aplicarse a cualquiera de las enfermedades orales más prevalentes, como la caries o las enfermedades periodontales,

donde los factores biológicos estarían representados por la susceptibilidad del individuo y la presencia o eliminación de factores de riesgo dependería en gran parte de elementos relacionados con el medio ambiente y el estilo de vida: presencia de fuentes de flúor accesibles a grandes grupos de población, dieta rica en azúcar, hábitos de higiene oral, etc.

Como consecuencia de este nuevo enfoque más global acerca de la salud y de las enfermedades orales, y tras el fracaso reiterado de la odontología paliativa en el control de la enfermedad, surgió una nueva perspectiva para enfrentarse a los problemas de salud oral.

Esta nueva perspectiva se fundamenta en la utilización de medidas preventivas aplicadas sobre grandes grupos de población. La mayoría de estas medidas —utilización de flúor, mejora de los niveles de higiene oral, mejora de los niveles de conciencia odontológica— están relacionadas con cambios de los hábitos de comportamiento de la población.

Alguno de los cambios espectaculares en el patrón epidemiológico de enfermedades como la caries y su clara disminución en muchos países desarrollados, bien documentada en los últimos años, coincide con la aplicación de esta nueva estrategia.

Este enfoque de los determinantes de la salud tiene, sin embargo, limitaciones: los estilos de vida, el medio ambiente y la eficiencia de los servicios sanitarios están condicionados por factores más generales. La pobreza, las condiciones de trabajo adversas, la inequidad en los servicios sanitarios, entre otros factores, tienen una influencia decisiva en los comportamientos individuales y colectivos, imponiendo grandes limitaciones a la estrategia de los determinantes de la salud. En la actualidad se considera prioritaria la actuación también sobre estos condicionantes más generales que algunos deno-

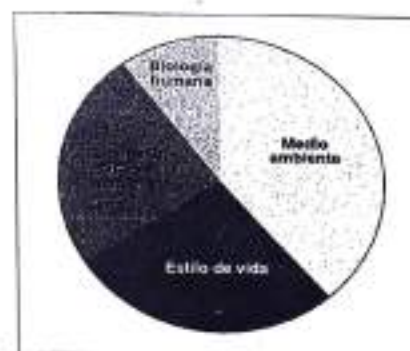


Figura 1-4 Efecto relativo del medio ambiente, el estilo de vida, el sistema de asistencia sanitaria y la biología humana sobre la salud pública. De Lalonde (11).

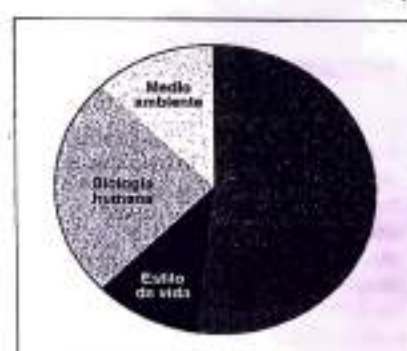


Figura 1-5 Proporciones relativas de dinero público destinadas al medio ambiente, la asistencia sanitaria, el estilo de vida y la biología humana. De Lalonde (11).

minan determinantes sociales, o causa de las causas, y que conllevan actuaciones y políticas que van más allá de las intervenciones preventivas (12).

### CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN ODONTOLOGÍA: ENFOQUE QUIRÚRGICO FRENTE A ENFOQUE MÉDICO

La enfermedad ha polarizado la práctica de las profesiones sanitarias desde sus inicios. La aparición de la odontología, como profesión establecida, lo fue como consecuencia de la enorme prevalencia de la enfermedad de la caries en el siglo pasado. La evolución de esta enfermedad y su imparable incidencia polarizaron la formación y, por tanto, las actuaciones de los odontólogos hacia la reparación y rehabilitación de las secuelas producidas por la enfermedad. La odontología tuvo un gran desarrollo en todo lo relacionado con las técnicas restauradoras y protésicas. Esa influencia de la odontología paliativa imprimió a la profesión un carácter hipertécnico y marcadamente mecanicista que persiste aún en buena parte. Un ejemplo de ello es la dualidad de significado del término «caries».

Durante mucho tiempo, caries se ha considerado un término aplicado de forma unívoca para describir la lesión producida por una enfermedad, la caries, cuyo tratamiento quedaba circunscrito a la reparación de esas lesiones, olvidando el tratamiento de la enfermedad que las causa. Sin embargo, en los últimos años el fracaso de este enfoque, denominado por algunos *quirúrgico*, en el control de las enfermedades ha propiciado un cambio de actitud para enfrentarse a enfermedades endémicas como la caries (1). Este cambio pasa más bien por el control de los factores etiológicos de la enfermedad que por el tratamiento de sus consecuencias y secuelas. Este enfoque *médico* de abordar la práctica de la odontología se fundamenta en buena parte en la aplicación clínica y comunitaria de los conceptos de prevención.

En la actualidad existen pocas dudas acerca del protagonismo que en el declinar de enfermedades como la caries, y en general en la mejora de los niveles de salud oral, ha tenido la aplicación de medidas preventivas. Muchas de estas medidas carecen del atractivo de la alta tecnología odontológica, pero, en cambio, tienen un gran impacto sobre el potencial de salud de la población.

### ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN

A lo largo de su historia la humanidad se ha visto afligida por innumerables enfermedades; algunas de ellas, por su enorme prevalencia, han traspasado los límites estrictamente clínicos para convertirse en problemas de salud pública. Las enfermedades orales son un ejemplo de ello. Aunque su presencia está documentada desde los más remotos tiempos, su característica como enfermedad de distribución universal es relativamente reciente, coincidiendo en el tiempo con los inicios de la odontología como profesión.

Desde sus inicios la odontología ha dedicado sus esfuerzos a paliar las consecuencias de aquellas enfermedades. Los recursos humanos y económicos aplicados han sido enormes y los resultados en cuanto a cambios epidemiológicos han sido deficientes. No es posible resolver un problema de enfermedades masivas sin un cambio de estrategia radical que permita identificar y, si es posible, controlar los factores de riesgo de esas enfermedades. Es decir, aplicar los conceptos y las prácticas preventivos al conjunto de la población. Del mismo modo que salud y enfermedad constituyen un continuo a menudo difícil de diferenciar, las poblaciones constituyen una entidad entre cuyos extremos —los sanos y los enfermos— existe una continuidad. Con frecuencia el odontólogo, debido a su formación, actúa como si su responsabilidad únicamente estuviera restringida a la enfermedad, cuando en realidad la enfermedad detectable no es más que la punta de un iceberg que emerge en mayor o menor proporción en función de factores que afectan a todo el conjunto, tanto a la salud como a la enfermedad. Actuar sólo sobre la enfermedad y los individuos enfermos o vulnerables de una población es hacerlo de una forma superficial, sin profundizar en las raíces del problema.

En la actualidad, la continuada disminución de algunas enfermedades orales como la caries plantea lo que Rose (13) denomina «la paradoja de la prevención: una medida que proporciona grandes beneficios a la comunidad ofrece poco a cada uno de los individuos que participan en ella». La instauración de una medida como la fluoración de las aguas de abastecimiento público en una población con una prevalencia de caries baja podría parecer ineficiente, puesto que una gran parte de esa población no va a desarrollar la enfermedad. Ese mismo punto de vista podría aplicarse a otras medidas de salud pública de carácter masivo como las inmunizaciones, y desde luego y con mayor fuerza a las actuaciones preventivas de aplicación individual como los selladores de fisuras. Si se pudiera identificar de una manera efectiva, segura y a un coste razonable de entre toda la población a quienes con mayor probabilidad pueden desarrollar la enfermedad, parecería más coste-efectivo concentrar las actuaciones preventivas sobre estos *grupos de riesgo*.

Algunos autores, como Rose, han analizado profundamente esta cuestión del alcance de las medidas preventivas. Rose describe dos estrategias en relación con el control y la prevención de las enfermedades: *la estrategia poblacional* y *la estrategia de alto riesgo*. La orientación de alto riesgo o clínica de la prevención tiende a concentrar la atención en el sector visible de la enfermedad y del riesgo. Se trataría, en definitiva, de identificar y proteger a los individuos susceptibles. Además este enfoque de alto riesgo es por su propia naturaleza de carácter paliativo, segrega a determinados individuos del resto de la población convirtiéndolos en pacientes de riesgo y les obliga a adoptar normas especiales distintas a las del resto de la población. La orientación o enfoque poblacional, en cambio, tiene como objetivo evitar la ocurrencia de la enfermedad en el conjunto de la población como un todo. Un ejemplo de la primera sería la identificación mediante cribados de los escolares con riesgo elevado de caries, para seguidamente poner en marcha un programa de selladores de fisuras para los individuos identificados

como de alto riesgo. En cambio, la promoción de medidas de higiene oral y utilización del cepillado dental en toda la población escolar sería un ejemplo de la estrategia poblacional. Aunque en realidad la odontología preventiva finalmente debe abarcar ambas estrategias y a menudo de manera simultánea, en prevención la estrategia poblacional es la que ha evidenciado mayor potencial.

Uno de los argumentos que se utiliza con frecuencia para promover un enfoque de alto riesgo en la población de medidas preventivas es el argumento económico, la mejora de la eficiencia de una actuación. Esta argumentación será razonable en la medida en que un riesgo determinado se limite a una minoría identificable. En una población de baja prevalencia de caries estas tienden a concentrarse en las superficies oclusales; sin embargo, en el grupo de edad de 6 años la gran mayoría puede estar libre de caries. Si pudiéramos identificar a los individuos con mayor riesgo de desarrollar caries, la aplicación de selladores de fisuras en este grupo mejoraría la relación coste-efectividad del programa y permitiría una distribución de recursos más eficiente. El problema es que en la actualidad la mayoría de las pruebas para determinar el riesgo de caries están relacionadas con el presente o el pasado de enfermedad de caries, de escasa fuerza predictiva, lo que en la práctica limita la aplicación de esta estrategia (14).

Hausen señala tres condiciones o requisitos para aplicar la estrategia de alto riesgo en una enfermedad como la caries: 1) Que la ocurrencia de la enfermedad sea suficientemente baja, para justificar el esfuerzo de identificar aquellos individuos que puedan desarrollar lesiones de caries. 2) Que existan instrumentos fiables, sencillos y aceptables, para identificar a los individuos con riesgo elevado de caries. 3) Que existan medidas efectivas y sencillas de aplicar, para ayudar a los individuos de alto riesgo (15).

Otro de los inconvenientes del enfoque de alto riesgo es el de convertir en la práctica a determinados individuos en «pacientes», discriminándolos, al segregarlos del resto de la población normal con actuaciones de carácter paliativo. Limitar la actuación preventiva sólo a las personas explícitamente vulnerables constituye una respuesta superficial y limitada a los síntomas del problema, y no a sus causas.

La estrategia de alto riesgo, a pesar de sus limitaciones —conceptuales y de índole práctica—, ejerce un mayor atractivo sobre una profesión de marcado carácter individualista como es la odontología. Sin embargo, al ser la mayoría de las enfermedades orales enfermedades de carácter multifactorial, sólo con la aplicación de un enfoque poblacional de promoción de la salud oral se conseguirá una disminución de su incidencia (fig. 1-6).

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Carta de Ottawa (16) define la promoción de la salud como «el proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan así mejorarla».

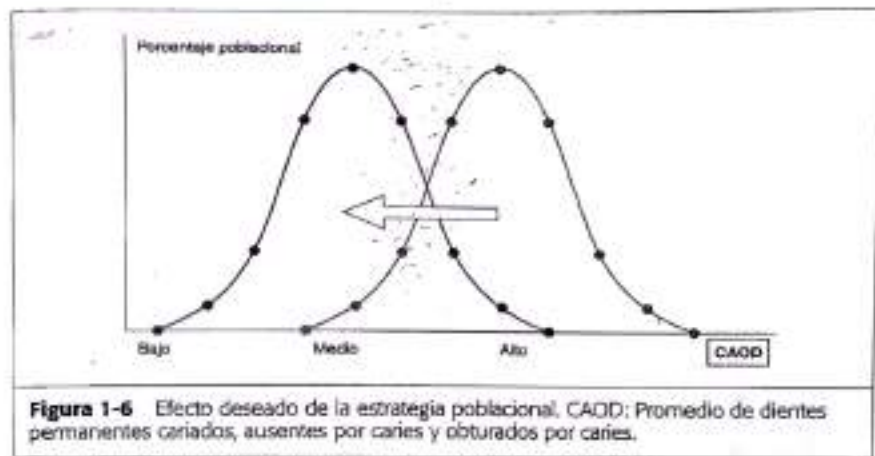


Figura 1-6 Efecto deseado de la estrategia poblacional. CAOD: Promedio de dientes permanentes cariados, ausentes por caries y obturados por caries.

La prevención y la promoción persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia en la enfermedad. El objetivo de la prevención es evitar la enfermedad, mientras que el de la promoción es maximizar los niveles de salud.

La Carta de Ottawa, elaborada en 1986, propuso cinco mecanismos para la promoción de la salud.

- Desarrollo de habilidades personales.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Promoción de políticas saludables.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Creación de ambientes favorables.

Si la prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad, la promoción de la salud trata de mejorar y aumentar los niveles de salud positiva. La promoción de la salud engloba la prevención, pero su campo de acción es mucho más amplio. Conceptualmente su base se asienta en dos características ya mencionadas al definir la salud: *su carácter dinámico y la influencia de sus determinantes*.

El carácter dinámico de la salud establece la posibilidad de influir positivamente mejorando los niveles de salud de los individuos y las poblaciones, en una tarea sin límites. No obstante, los niveles de salud de los individuos están condicionados por factores como el medio ambiente y los estilos de vida en una gran proporción; es decir, factores difícilmente modificables sin el esfuerzo coordinado de la comunidad y que exceden al enfoque biomédico tradicional.

En salud oral, el edentulismo representa el mayor fracaso en relación con el fin último de la odontología, que debe ser el mantenimiento de la integridad y de la función del conjunto de la dentición. Sin embargo, en la actuali-



dad hay pruebas claras de que el problema del edentulismo se asocia más con el comportamiento y las actitudes de los usuarios y los proveedores de servicios odontológicos, que con la gravedad de las enfermedades orales de los individuos afectados (17).

La mayoría de las enfermedades orales, como la caries, las enfermedades periodontales, el cáncer oral, las alteraciones del flujo salival y los problemas de la articulación temporomandibular (ATM), tienen una relación directa con el consumo de azúcar, una higiene oral deficiente, el tabaco, el alcohol o el estrés. Difícilmente se pueden controlar estos problemas sin un enfoque global de promoción de la salud a través de la promoción de la salud oral (18). Este enfoque requiere un cambio de las actitudes y los comportamientos que debe ser liderado por los profesionales de la odontología y para el cual no han sido, en ocasiones, educados.

Conceptualmente la promoción de la salud se asienta en el principio de los determinantes de la salud y, por tanto, en el reconocimiento de la importancia que para la salud de los individuos tiene el contexto social y medioambiental en el que viven. A diferencia de la práctica asistencial tradicional, en la que los valores de los profesionales de la salud prevalecen y son determinantes, la promoción de la salud adopta un enfoque más participativo. Es decir, frente a un modelo en el que se enfatizan las actuaciones preventivas sobre el individuo asumiendo que este es el único responsable de su estilo de vida y, por ello, de sus posibles conductas de riesgo, el modelo de promoción de la salud reconoce la necesidad de cambiar las condiciones en las que los individuos viven en un sentido más saludable.

Como dice Burt (19), el individuo es responsable de sus conductas de vida, pero la sociedad es responsable de las condiciones de vida. Para conseguir la salud son necesarias determinadas condiciones sociales con el fin de que los individuos puedan de manera consciente mejorar su salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson M, Bales D, Ormell KA. Modern management of dental caries: The cutting edge is not the dental bur. *JADA*. 1993;124:37-44.
- Brown JP. Dilemmas in caries diagnosis. *J Dent Educ*. 1993;57:407-8.
- Lussi A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries. *Caries Res*. 1991;25:296-306.
- Cuenca E. Principios de prevención y promoción de la salud en odontología. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, editores. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 1-13.
- Leavell HR, Clark RG. *Textbook of Preventive Medicine*. New York: McGraw Hill; 1983.
- Sheiham A, Fejerskov O. Caries control of populations. En: Fejerskov O, Kidd E, editors. *Dental caries. The disease and its clinical management*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003. p. 313-25.
- Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32:10-8.
- Inglehart M, Bagramian R. Oral Health-Related Quality of Life: An Introduction. En: Inglehart M, Bagramian R, editors. *Oral Health-Related Quality of Life*. Chicago: Quintessence; 2002.

- McKeown T. *El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?* México: Siglo XXI; 1982.
- Sintonen H, Linnosmaa I. Economics of dental services. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of health economics*, vol 1B. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 1253-96.
- Lalonde MA. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
- Marmot M. Introduction. En: Marmot R, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 1-16.
- Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Batchelor P, Sheiham A. The limitations of a «high-risk» approach for the prevention of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30:302-12.
- Hausen H. Caries prediction. En: Fejerskov O, Kidd E, editors. *Dental caries. The disease and its clinical management*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003. p. 327-39.
- World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Gèneve: WHO; 1986.
- World Health Organization. *Oral Health Care Systems. An International Collaborative Study*. London: Quintessence; 1985.
- Schou K, Locker D. Principles of oral health promotion. En: Pine C, editor. *Community Oral Health*. Oxford: Wright; 1997. p. 177-86.
- Burt B. Promotion of oral health. En: Burt B, Eklund S, editors. *Dentistry, dental practice and the community*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1992. p. 241-52.

Texto: Cuenca Sala E. "ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA. PRINCIPIOS, MÉTODOS Y APLICACIONES" CAP 1 - BARCELONA (2005)