

 Antonio Castaño Séiquer. Prof. Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Director del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla. Presidente de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer.

01 Odontología social. Nuestra visión

Cuando cumplimos treinta años de hermoso compromiso con el acercamiento de la odontología hacia los que más la necesitan, las Primeras Jornadas Iberoamericanas de Odontología Social van a permitir que revisemos nuestros criterios, evaluemos lo realizado y programemos estrategias para el futuro. El evento nos permitirá reunirnos con los maestros que nos iluminaron y, sobre todo podremos aprender del ejemplo de aquellos que trabajan en condiciones difíciles (Amazonía, Etiopía, Tinduff, grupos desfavorecidos de Massachusetts, comunidades indígenas olvidadas, etc.). También, transmitiremos nuestras propias experiencias con refugiados, con consumidores, con gente sin esperanza, etc. El Comité Organizador de *525 Aniversario encuentro entre dos mundos, Huelva-América* nos ha brindado la posibilidad de unir en un texto las distintas experiencias solidarias de la gran familia Iberoamericana. Creemos que el documento atesora un gran valor pero nos reafirmamos en el máximo objetivo de la obra, el mismo que publicamos en nuestro anterior libro *"...Con este libro buscamos acercar la odontología a los que más la necesitan mediante estrategias preventivas viables y eficaces. También queremos sembrar la inquietud y a través del ejemplo, demostrar que si queremos, podemos."*

A continuación, exponemos nuestro criterio en relación con la realidad de la odontología social en nuestros días y en nuestro entorno.

EL FACTOR SOCIAL COMO DETERMINANTE DE LA SALUD ORAL

Los ejercientes de la odontología han desarrollado una función social fundamental a lo largo de la historia.¹⁻⁵ Posiblemente sin tener una idea clara de ello. El arte dental de la dentistería tuvo un fin prioritario hasta casi nuestros días, el alivio del dolor. Los sacamuelas, ministrantes, empíricos... que asumían estas funciones, amén de encontrar un medio de vida, solucionaban algias y, a veces, verdaderos compromisos orgánicos.⁶ Esta ha sido nuestra realidad y sigue siéndolo en grandes áreas del Mundo.

Esta realidad corresponde a una etapa odontológica preuniversitaria, artesanal y acientífica. Al constituirse la odontología como disciplina universitaria⁷ hace más de cien años, la exigencia a esta profesión de estudios superiores debe ser mayor. Y aquí nos cuestionamos... ¿realmente la odontología ha sabido o querido solucionar los problemas de salud pública? La pregunta es importante por su envergadura, su recorrido y por su compleja respuesta.

Saber, no ha sabido. Las altas prevalencias de la caries siguen siendo una realidad⁸. La mayoría de la población adulta padece enfermedad periodontal en mayor o menor grado⁹. Demasiados fallecen a diario por complicaciones de patología infecciosa bucal. El diagnóstico del cáncer oral no presenta la precocidad requerida.¹⁰

El acceso a la asistencia odontológica representa una quimera para varios miles de millones de seres humanos.⁵

Los primeros once capítulos del texto están dedicados a la prevención de las caries y periodontopatías. Todos, con excepción del que nos ocupa previenen el desarrollo biológico del proceso. Dichos capítulos nos actualizan en medidas preventivas viables, eficaces y de muy bajo costo para la cuasi-erradicación de las patologías más prevalentes en el mundo desarrollado. ¿Por qué esto no es una realidad?

La respuesta al fracaso de la odontología tiene varios componentes. Uno, el cual nos afecta muy directamente a los docentes, de tipo conceptual-informativo-pedagógico con una escasa formación y concienciación de los profesionales en relación con las filosofías y estrategias preventivas¹¹. Un segundo factor, en íntima conexión con el primero, es la baja implicación de las autoridades en políticas de salud pública oral¹². Como consecuencia de ello, asistimos a una relativa cultura preventiva en cuanto a salud bucodental por parte de amplios sectores de la población.¹³

En síntesis, factores socioeconómicos y culturales impiden que dos problemas de salud pública como son las patologías orales más prevalentes, dejen de serlos. A estas alturas del capítulo, cualquier lector coincidirá con los autores en cuanto a la necesidad de implementar estrategias que transformen el contexto conceptual existente. Alma-Ata y su posicionamiento en pro de la Atención Primaria de Salud fue el comienzo. Dentro del área odontológica, fue clave la Declaración de Berlín.¹⁴

En esta Declaración de Berlín sobre salud oral se identifican los problemas orales de salud pública y se propone un cambio de actitud ilustrando a la opinión pública y a la profesión sanitaria. Sintoniando con dicha línea argumental, nuestro Tratado expone, gracias a la colaboración de expertos

en el marco europeo, la filosofía mínimamente invasiva como alternativa preventiva-asistencial para el ejercicio clínico.

Profundiza en los aspectos educativos, conductuales y preventivo del abordaje de los procesos periodontales, traumáticos, infecciosos o tumorales. Busca mentalizar en la importancia de la filosofía preventivista aplicada a las distintas especialidades odontológicas. Aboga por el ejercicio eficaz, seguro y ergonómico. En definitiva, se ofrecen fórmulas para mejorar la calidad de vida de los individuos y/o colectividades.

La epidemiología nos demuestra que queda mucho por hacer. Que lo realizado no ha obtenido la rentabilidad en salud esperada. Que existen errores dogmáticos o conceptuales que bloquean los avances.

Por todo lo expuesto, el texto se ha esforzado, dentro de su primera parte, en ofrecer métodos preventivos de cambio. Estos benefician a todos.

Para que lleguen a la totalidad, desarrollaremos estrategias comunitarias y sociales que constituyen el segundo y tercer bloque temáticos del Tratado. Todo lo que buscamos se resume en buscar la mejor salud oral de todos de forma eficaz, viable y asequible. Intentémoslo.

ODONTOLOGÍA PARA LA COMUNIDAD. UNA NECESIDAD SOCIAL. UN DEBER DE LA ODONTOLOGÍA

Introducción

A lo largo del texto el alumno y cualquier otro lector podrá percibir la necesidad social de la asistencia odontológica. Esto es, las distintas comunidades y por ende cada uno de los individuos que las conforma, requieren a lo largo de su existencia de alguien que mantenga la funcionalidad oral, que busque la optimización de su aparato estomatognático o quizás y por desgracia de forma muy frecuente, alguien que le mitigue el dolor en el área bucal, que les limite su sufrimiento. Pues bien, en el momento actual, la Odontología no ha podido, no ha sabido y no queremos pensar que no ha querido solucionar los grandes problemas que la cavidad bucal provoca a la salud del individuo.

Somos millones de dentistas, el sector dental mueve diariamente millones de dólares, pero a día de hoy, aún siguen muriendo personas de



nuestro entorno por procesos infecciosos de origen dental. Muchos pierden horas de trabajo, de estudios o de ocio por una deficiente calidad de vida oral. La sanidad pública limita la cobertura odontológica a niveles cuasi testimoniales, estrategia que no aplica a otras parcelas de la atención sanitaria.

La población aún nos cataloga como elitistas, cómplices en cierta medida de las algias y elementos activos de sus pesadillas infantiles. En este contexto, la evidencia científica nos demuestra que una práctica dental basada únicamente en la hiperespecialización, la sofisticación tecnológica y el ejercicio ultraliberal no ha solucionado los problemas orales de la población.

Ya han pasado casi dos centurias desde que adquirimos el rango universitario, periodo suficiente para acercarnos a la erradicación de algunas patologías que aún son casi pandémicas.

Abogamos y nos posicionamos en la defensa del desarrollo y promoción del dentista de cabecera el *"family dentist"* de los anglosajones, quien debe estar capacitado y tener los recursos necesarios para solucionar el 95% de los problemas que afecten a sus pacientes.

Ya han pasado casi dos centurias desde que adquirimos el rango universitario, periodo suficiente para acercarnos a la erradicación de algunas patologías que aún son casi pandémicas.

En este mismo año 2017, salvo algunos privilegiados de ciertas áreas del mundo más desarrollado, la mayoría no disfruta de una oferta odontológica amplia encuadrada en sus sistemas nacionales de salud.

Hoy en día, aún la barrera económica condiciona el acceso a los servicios de salud oral a la mayor parte de la población mundial.





Por tanto, para que se lleven a cabo estrategias comunitarias con filosofía preventivista es necesario la implicación y la decisión de las autoridades político-sanitarias para la puesta en marcha de proyectos más ambiciosos.

Estas autoridades tomarán conciencia de forma más rápida si la actitud activa de las comunidades implicadas provocan en sus clases dirigentes la necesidad de desarrollar esas estrategias comunitarias. En España es clásico el ejemplo de la Comunidad Autónoma Vasca donde una necesidad percibida y no satisfecha en la Región provocó un cambio en la actitud del Gobierno Local. Este cambio de actitud conllevó la puesta en marcha de un programa de capitación para la población infantil que ha marcado un antes y un después en la odontología comunitaria española.

Tradicionalmente la oferta odontológica pública en España había sido limitada a tratamientos quirúrgicos paliativos con importantes derivaciones mutiladoras e invalidantes. El PADI vasco supuso un punto de inflexión. Los programas comunitarios infantiles que se pusieron en marcha posteriormente y que actualmente se desarrollan en las distintas CC.AA. de España deben transformar esa realidad. Como amenaza, se visualiza un posible recorte de dichas prestaciones en el contexto de las limitaciones presupuestarias existentes. Mucho ha sido lo avanzado y existe un peligro real de vuelta atrás.

Posiblemente una debilidad de esta estrategia comunitaria reside en la escasa formación preventivista y comunitaria de los recursos humanos odontológicos españoles. Una veintena de facultades públicas y privadas forman entre mil quinientos y dos mil dentistas por año que intentan ejercer en un complejo mercado laboral no exento de hipermercantilismo y distorsión de las relaciones laborales.

La oferta de trabajo en los distintos servicios públicos de salud autonómicos es muy limitada. Evidentemente, no es el mejor horizonte para profundizar en estrategias preventivistas que repercuta en beneficios comunitarios para grandes grupos poblacionales.

Como conclusión, diremos que hemos concretado el diagnóstico de la realidad, limitaciones en la oferta comunitaria existente. Se han ofrecido soluciones. Consisten en desarrollar estrategias preventivistas comunitarias por parte de equipos humanos especializados dentro de una planificación estricta. Esto debe contar con el apoyo y el posicionamiento del poder político.

También hemos visualizado amenazas y debilidades. Queda por tanto la puesta en marcha y desarrollo de los distintos programas. Trabajemos todos, dirigentes, docentes, profesión y las comunidades en esa dirección. La sociedad se beneficiará.



FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA ORAL

Contenidos

- Bases conceptuales de la formación en salud pública oral.
- Recorrido histórico.
- Justificación de la formación en salud pública oral.
- Análisis de la realidad española y su evolución histórica de la enseñanza universitaria en la materia.

Objetivos:

Conocer la formación en salud pública oral, su necesidad y su realidad actual en nuestro entorno.

Introducción

Para el desarrollo de la odontología comunitaria es necesario formar en esta materia a los profesionales de la salud bucodental tanto en pregrado como en postgrado. Es harto difícil avanzar en la equidad y redistribución de la oferta de servicios odontológicos sin bases conceptuales firmes y definidas sobre lo que significa la salud pública oral y sus sólidas justificaciones.¹⁶

Respecto a la formación, debemos hacer una clara división. Un grupo significativo de universidades públicas iberoamericanas, que, en clara sintonía con su compleja realidad social, hacen una apuesta decidida por la priorización en la formación en odontología comunitaria y, por otro



lado, el resto de universidades.¹⁷ La estrategia latinoamericana nace en los años setenta del pasado siglo, con el convencimiento de que una odontología solamente curativa, hipertecnificada y con un alto coste para el usuario únicamente agranda las diferencias entre grupos sociales y eleva el muro económico y la barrera cultural que han encontrado los desfavorecidos sociales para el acceso a los servicios de salud oral.¹⁸

La odontología basada únicamente en el tratamiento de la enfermedad tras su diagnóstico, ha demostrado su ineficacia. Es más, por rotundo que pueda parecer, su perjuicio puede ser mayor que la labor sanadora que aparentemente representa.¹⁹

A lo largo de nuestro extenso texto, prestigiosos autores demuestran la idoneidad de las estrategias preventivas para alcanzar una mejor calidad de vida oral de la población. También existe el convencimiento de que el más fácil acceso a los servicios de atención odontológicos mejoraría la equidad de esta asistencia.²⁰ Para que lo expuesto sea realidad se hace necesaria una formación continuada, desde el grado, en salud pública oral.²¹



Dentro de la estrategia docente de **“método del caso”**, analizaremos la metamorfosis sufrida por la odontología española en estos últimos treinta años. Esto nos permite comparar oferta odontológica, formación, evolución de los recursos humanos y demanda de servicios.

El “caso español”, por sus transformaciones, por sus avances y por lo que es y pudo haber sido, sirve de elemento de reflexión y de herramienta docente de elevado valor.²²

Al principio de la década de los ochenta del siglo XX, España tan solo cuenta con dos centros universitarios para formar dentistas (Madrid y Barcelona.) Por lo tanto, la oferta de servicios odontológicos es muy escasa. Teniendo uno de los mejores sistemas nacionales de salud del mundo, la asistencia odontológica se reduce a estrategias extraccionistas y demanda. La cultura odontológica del pueblo español era escasa y existía en amplias capas sociales la percepción de inaccesibilidad respecto a la asistencia odontológica.²³

Durante dicha década se sextuplica la oferta formativa y renace la odontología como licenciatura universitaria. Aquel fue un momento clave para, al abrigo del espíritu de la Ley 10/1986, haber diseñado unos planes de estudio con mayor vocación salubrista y social. Esto era especialmente difícil, pues ni existían docentes especializados ni el sentir mayoritario del colectivo profesional caminaba en dicha dirección. Posiblemente una apuesta decidida por la inclusión rotunda de la especialidad médica de estomatología en el sistema MIR hubiese creado los cimientos para un desarrollo de la odontología en el sistema nacional de salud, con lo que esto hubiese conllevado.²³

Por lo tanto asistimos a una multiplicación y transformación de la oferta educativa (nueve Escuelas de Estomatología que progresivamente se transformaron en Facultades de Odontología). Este hecho provoca un nuevo equilibrio entre oferta y demanda de servicios. Las modificaciones en recursos humanos son muy marcadas pues a los seiscientos nuevos estomatólogos formados por año se unen los cientos de dentistas españoles que se forman odontológicamente en el extranjero (principalmente en República Dominicana, Francia y Argentina). La suma de estos factores hace que en un lustro (1985-1990) la profesión duplique el número de ejercientes.²⁴ Posiblemente aquel no era





New York University, 1994

el contexto más adecuado para un cambio radical en la filosofía académica, ya que la profesión estaba más preocupada en definir su perfil y su definitivo encaje en el área de la salud. Tan solo una imposición a nivel del Ministerio de Sanidad y Educación, hubiera sido el detonante para incardinar la odontología en nuestro prestigiado Sistema Nacional de Salud. Esto habría sido coherente con la Ley 10/86 y hubiera conllevado la mayor formación en salud pública oral en las universidades.²⁵

Se inician los años noventa con una mayor oferta formativa y asistencial. La demanda de servicios odontológicos va discretamente en aumento, aunque persiste una amplia percepción social de la inaccesibilidad a la asistencia dental. Esta dificultad de acceso fundamentalmente tiene motivaciones económicas. En las nuevas facultades de odontología, aunque mayor, la formación en odontología preventiva y comunitaria es discreta.²⁶

Durante dicha década se crean programas preventivo-asistenciales infantiles. Esto se inicia en el País Vasco y Navarra, extendiéndose progresivamente a casi toda la nación, en los siguientes veinte años.²⁷ La situación expuesta expresa una contradicción. España, con un sistema de salud de cobertura universal, ofrece una oferta muy limitada respecto a la asistencia odontológica pública. Cuando tímidamente esta última se amplía, las facultades no adaptan su oferta formativa a esta realidad emergente.



En años venideros aparece otro elemento modificador de la realidad existente. La creación de facultades de odontología en universidades privadas. En su mayoría, la formación en salud pública oral es inexistente o testimonial. En resumen, durante estos últimos treinta años se multiplican por diez las facultades (en la actualidad existe una veintena de ellas, públicas y privadas.) La parte asistencial ha aumentado la oferta odontológica pública, mayor presencia en atención primaria de salud y desarrollo de programas de capitación. Entre el diez y el veinte por ciento de los dentistas españoles ejercen en el sector público. En esta realidad la oferta formativa en pregrado sigue siendo escasa e insuficiente para la necesaria capacitación en salud pública oral.²⁸

En postgrado tan solo el **Máster de Salud Pública Oral de la Universidad de Sevilla** ha presentado continuidad, poder de convocatoria y pertinencia en cuanto a su oferta formativa. Desde el curso 1999-2000 han alcanzado la maestría un considerable número de alumnos que hoy ejercen en los diversos servicios autonómicos de salud, ocupando varios de ellos puestos de elevada responsabilidad en el organigrama de las distintas administraciones públicas.²⁹

Evidentemente se puede y se debe avanzar más. Actualmente, se percibe en España, la eminencia del nacimiento de las especialidades odontológicas.^{30,31} En este contexto, la especialización en odontología familiar comunitaria debe ser prioritaria para con ello, introducirnos en nuestro destacado sistema nacional de salud. Dicha especialidad debería incluir formación en salud pública y capacitación para el ejercicio en atención primaria de salud y en el medio hospitalario.

Proponemos una última reflexión. *Tenemos una red asistencial suficiente. Tenemos personal docente especializado. Existe una demanda social no satisfecha. La cuestión final sería... ¿Queremos?*

APRENDIZAJE-SERVICIO SOLIDARIO. UNA ESTRATEGIA PEDAGÓGICA FUNDAMENTAL PARA LAS CIENCIAS DE LA SALUD

26

En un texto previo³² nos posicionábamos claramente por la interacción universitaria con su entorno natural. Esto es, desarrollar un rol social fundamental a través de la docencia y el aprendizaje. La sociedad se beneficia. También el proceso docente. Junto a esto, la Universidad asume su responsabilidad social corporativa.

Antes de exponer las bases conceptuales del Aprendizaje-servicio-solidario (ASS), utilizaremos una sencilla reflexión para justificar la estrategia docente. ¿Cómo se puede entender que existan carencias manifiestas en el área bucodental, de colectivos de desfavorecidos sociales ubicados a metros de facultades de odontología públicas? ¿Agrava la contradicción el hecho de que estas facultades tengan un número reducido e insuficiente de pacientes para el desarrollo de sus prácticas clínicas?

Estas circunstancias se dan en la mayoría de nuestros centros universitarios odontológicos en España. Facultades excelentemente dotadas con profesorado muy cualificado y alumnado seleccionado que encuentra diariamente limitaciones para el ejercicio clínico. Y cerca, muy cerca, grupos de riesgo que no reciben la asistencia necesaria. Si estas reflexiones permitiesen cambiar el orden de las cosas, solamente por esto, el tratado de odontología preventiva y comunitaria, tendría una clara justificación y rentabilidad social.

Aprendizaje Servicio Solidario

El término proviene del inglés *"service-learning"*. En Iberoamérica existen antecedentes, en las escuelas religiosas coloniales y en las fundadas por los nacientes estados durante el siglo XIX.³³ Durante la segunda mitad del siglo XX, estas iniciativas se extienden por el área iberoamericana en un claro compromiso con la realidad social existente.³⁴

Para el Doctor Andrew Furco, Director del Service-Learning Research and Development Center de la Universidad de California, Berkeley *“el aprendizaje-servicio es una pedagogía de enseñanza por la que los estudiantes adquieren una mejor comprensión del contenido académico aplicando competencias y conocimientos al beneficio de la sociedad.”*³⁵

Destaca en esta definición el concepto de mejor comprensión por parte del alumnado a la vez que los beneficios inherentes para la sociedad son importantes. El alumnado aprende más y desarrolla una función fundamental de un sanitario, en nuestro caso, mejorar la salud oral de la población.

El ASS se caracteriza por una serie de actividades determinadas en un contexto de compromiso social y dentro de una formación integral del profesional se favorece el desarrollo de actitudes y valores con conciencia ética y solidaria.³⁵



Nuestra experiencia propia se remonta al año 2004. Tiene una doble trayectoria, en el extranjero (Perú, República Dominicana, Marruecos) y en nuestro entorno más cercano (Asignatura de libre configuración Odontología Social, proyecto “Volver a reír”, proyecto Ceuta, proyecto “discapacitados cerebrales”). En todas las experiencias hemos evidenciado las mejoras en la salud oral de los beneficiados y lo positivo en cuanto a la mejora en los conocimientos, habilidades y actitudes por parte del alumnado.



Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:

Objetivo general

Mejorar el estado de salud oral de las distintas comunidades y formar en conocimientos, actitudes y valores del alumnado.

Objetivos específicos

- Formar odontólogos altamente cualificados con una formación integral y con una sensibilidad social que les permita abordar y solucionar las diferentes problemáticas de los distintos grupos sociales.
- Desarrollar una “innovación docente” de evidente utilidad.
- Fomentar la responsabilidad social corporativa, en nuestro caso de la Universidad de Sevilla.



- Promocionar la Extensión Universitaria.
- Potenciar el compromiso social de la Universidad de Sevilla.

En capítulos posteriores, el lector encontrará múltiples ejemplos de ASS llevados a cabo por prestigiosas universidades de distintos continentes. Todos ellos tienen varios puntos en común. Mejorar la salud oral de diferentes comunidades. Formar de manera integral y con visión social al alumnado. Posiblemente el principal logro de nuestro texto sería el conseguir universidades donde el ASS no se contempla, que consideraran los beneficios académicos y sociales que conlleva. Y como consecuencia de esta reflexión, lo pusieran en marcha.

Nuestra propia experiencia nos dice que no es fácil. Podrán encontrar incomprendimientos, rechazos, celotipias. No importa, el proyecto lo merece, la sociedad y la odontología se beneficiarán.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Capel P, Castaño A, Doldán J. Los desafíos de la Odontología. 277-280 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. RIPANO. 2005.

² Petersen PE. World Health Organization Global Policy for improvement of oral Health. World Health Assembly 2007. Int Dental Journal (2008) 58, 115-121.

³ Houston MH, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global Goals for oral Health 2020. International Dental Journal (2003) 53, 285-288.

⁴ Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM. Influence of immigration and other factors on caries in 12 and 15 yr-old children. Eur J Oral Sci. 2007 Oct; 115(5):378-83.

⁵ Cuenca E. Las desigualdades en la salud oral. 263-274 en Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. 3ª edición. Barcelona. Ed. Elsevier. España SL 2005.

⁶ Romero-Maroto M, González-Iglesias J, Castaño-Séiquer A. Historia de la odontología 73-78 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. RIPANO, 2005.

⁷ Castaño A, Doldán J. La odontología como licenciatura universitaria en España (1901-2001) en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. RIPANO, 2005.

⁸ Bravo-Pérez M, Casals E, Cortes-Martínez FJ, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RevistadeIlustreConsejoGeneraldeColegiosde Odontólogos y Estomatólogos de España (RCOE).2006; 11:409-56.

⁹ Borrell LN, Papanou PN. Analytical epidemiology of periodontitis. Journal of Clinical Periodontology. 2005;32 Suppl 6:132-58.

¹⁰ Bagán JV, Scully C. Cáncer oral: epidemiología y prevención. 195-211. En Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. 3ª edición. Barcelona. Ed. Elsevier. España SL 2005.

- ¹¹ Rodríguez AR. Formación de Recursos Humanos. 275-276 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. RIPANO, 2005.
- ¹² Ribas D, Castaño A, González Sanz A. 20 años de Salud Pública Oral en España Fundación Dental Española, Madrid 2001.
- ¹³ Garbin C, Garbin A, Do Santos K, Lima D. Oral Health Education in schools promoting Health agents. *Int J Dent Hyg* 2009 Aug; 7 (3): 212-216.
- ¹⁴ Sheiham A. The Berlin Declaration on Oral Health and Oral Health Services; Berlin Declaration. Summary Report *Community Dent Health*. 1993; 10: 289-292.
- ¹⁵ Castaño A. Odontología para la Comunidad. Una necesidad Social. Un deber de la Odontología. En Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto.* Ed Fundación Odontología Social, Sevilla. 2012. P 465-469.
- ¹⁶ Burki BB, Ganem MA, Genz NB, Williams E. Formación de Recursos Humanos con conocimiento de la realidad social. 25-27 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed Ripano, 2005.
- ¹⁷ Shapira M y cols. Universidad y Salud Pública: su implicancia en la formación de recursos humanos. *Odontología Social* 2009, 1:55-65.
- ¹⁸ Hortale V, Korfman L. Programas de postgrado en salud pública en Argentina y Brasil. Orígenes históricos y tendencias recientes de los procesos de evaluación de calidad. *Revista Interface-comunicación, Salud, Educación*. 2007, (11) 21:119-30.
- ¹⁹ Sheiham A. Assessment of the role of western dentistry, 119-36 en Mautsch W, Sheiham A. Berlín: German Foundation for International Development. 1995.
- ²⁰ Bravo M, Llodra JC. Modelos de provisión y financiación en odontología. La prestación de servicios odontológicos en España. 413-24 en Cuenca E, Baca P. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones.* Barcelona: Elsevier España S.L. 2005
- ²¹ Desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en el currículo de pregrado de los profesionales de la salud. Un marco conceptual para la competencia continua. División de promoción y protección de la salud. Washington DC. OPD/ OMS 1998.
- ²² Ribas D, Castaño A, González Sanz A. 20 años de salud pública oral en España. Madrid. Fundación Dental Española, 2001.
- ²³ Castaño A, Doldán J. La odontología como licenciatura universitaria en España (1901-2001), 79-81 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed Ripano, 2005.
- ²⁴ Cordero Bulnes MA, Castaño A, González Sanz A. Estudio descriptivo y analítico de los recursos humanos odontoestomatológicos en España: situación actual. *Rev Actual Odontoestomatol. Esp*. 1993;53:71-84.

- ²⁵ Bravo M, Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Surveys. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:321-8.
- ²⁶ BOE. Real Decreto 970/1986 de 11 de abril. Número 21, págs. 180-193. Madrid 21 de mayo de 1986.
- ²⁷ Libro Blanco de Odontoestomatología 2005. Barcelona: LACER SA, 1996.
- ²⁸ Ribas D, Doldán J, Castaño A. Salud Pública Oral en España 51-55 en Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología*. Madrid: Ed Ripano, 2005.
- ²⁹ Ribas D, Castaño A. Treinta años de salud pública oral en España. Sevilla Fundación Odontología Social. 2012.
- ³⁰ Ciencia y educación superior. El máster de salud pública oral de la Universidad de Sevilla en Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología*. Madrid: Ed Ripano, 2005.
- ³¹ Linares D. ¿Para cuándo las especialidades en odontología? *Dentistas*. 2011, 2:8.
- ³² Doldán J, Castaño A, Universidad. 21-23 en Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología*. Madrid, Ed. RIPANO. 2005.
- ³³ Tapia MA. *La solidaridad como pedagogía*. Buenos Aires: Ciudad Nueva, 2000.
- ³⁴ Burki BB, Ganem MA, Genz NB, Williams EA. Formación de recursos humanos con conocimiento de la realidad social, 25-27 en Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología*. Madrid, Ed. RIPANO. 2005.
- ³⁵ Williams EA, Williams EM, Genz NB, Ganem MA, Sainz K, Iglesias MV. El aprendizaje servicio solidario como estrategia pedagógica en la educación superior. *Odontología social* 2009; 2 (1): 19-25.