

Sistematización del Programa "Sonrisas Saludables" realizado en Manizales, Colombia

Systematization of the Healthy Smiles Program implemented in Manizales, Colombia

María del Carmen Vergara Quintero¹ ✉ , María del Pilar Cerezo Correa¹ ,
Olga Lucia Cifuentes Aguirre¹ , Alba Lucia Paz Delgado¹ , Gilberto Parra
Ramírez¹ 

¹ Universidad Autónoma de Manizales. Colombia.



Cómo citar: Vergara Quintero MC, Cerezo Correa MP, Cifuentes Aguirre OL, Paz Delgado AL, Parra Ramírez G. Sistematización del Programa "Sonrisas Saludables" realizado en Manizales, Colombia. Rev Cubana Estomatol. 2020;57(2):e1440

RESUMEN

Introducción: En el sistema de salud colombiano se presentan barreras de acceso para la atención en salud bucal, como un mecanismo alternativo surge la Fundación Vive con Bienestar, que a través de la financiación con el Fondo Suizo Venture Philanthropy, implementó un programa en salud bucal "Sonrisas Saludables" en tres fases que incluyó además una investigación acerca de la experiencia para identificar lecciones aprendidas y recomendaciones. **Objetivo:** Describir la experiencia del Programa "Sonrisas Saludables" en Manizales, Colombia. **Métodos:** Investigación con enfoque mixto. La población fue de 1252 niños, sus padres o cuidadores y 32 actores vinculados al programa. Se realizó la revisión documental a las 1252 historias clínicas de los niños y se aplicaron encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas a 240 niños y 173 padres, encuestas de satisfacción a 176 padres, entrevistas en profundidad a 32 padres y observación participante durante la atención clínica de los niños. **Resultados:** En la Fase 1 las historias clínicas permitieron reconocer que los niños están afectados por caries dental, maloclusiones y presencia de placa bacteriana, lo que los ubica en mediano y alto riesgo de caries. En la Fase 2 se realizó a los niños tratamiento acorde a diagnósticos y factores de riesgo. En la Fase 3 se atendieron necesidades de ortodoncia y ortopedia. En las entrevistas se identificó que padres y niños estaban satisfechos con el programa, lo más valorado fue la atención de ortopedia por ser un procedimiento que no está incluido en el plan de salud en el país. **Conclusiones:** Las intervenciones educativas grupales, estuvieron centradas en un modelo participativo a través de la estrategia Información, Educación y Comunicación, durante todas las fases del programa. El tratamiento especializado de ortopedia y ortodoncia, fue un factor diferenciador para el ingreso y la satisfacción.

Palabras clave: comunicación educativa; salud bucal; niño; cuidadores; programas sociales; caries dental.

ABSTRACT

Introduction: In the Colombian health system there are barriers in the access to dental care. An alternative mechanism was creating the Foundation "A Life of Wellbeing", financed by the Venture Philanthropy Swiss Fund. The Foundation has implemented the oral health program "Healthy Smiles", structured along three stages plus a research study about the experience to

identify lessons learned and recommendations. **Objective:** Describe the experience of the "Healthy Smiles" program in Manizales, Colombia. **Methods:** A mixed approach study was conducted. The population was 1 252 children, their parents or caregivers and 32 actors related to the program. The activities performed included a document review of the 1 252 medical records of the children, knowledge, attitude and practice surveys with 240 children and 173 parents, satisfaction surveys with 176 parents, in-depth interviews with 32 parents and participatory observation during the medical care of the children. **Results:** In Stage 1 the medical records showed that the children were affected by dental caries, malocclusions and the presence of dental plaque, placing them in a medium-to-high risk level for caries. In Stage 2 the children received treatment in keeping with the diagnoses and risk factors. Orthodontic and orthopedic needs were taken care of in Stage 3. The interviews found that parents and children were satisfied with the program. The item most highly valued was orthopedic care, since this procedure is not included in the country's health care plan. **Conclusions:** Group educational interventions were based on a participatory model which applied the Information, Education and Communication strategy throughout the program. The specialized orthopedic and orthodontic treatment was a determining factor for incorporation and satisfaction.

Keywords: educational communication; oral health; child, caregivers; social programs; dental caries.

INTRODUCCIÓN

El último estudio nacional de salud bucal realizado en Colombia 2015 muestra una disminución en la prevalencia de caries y en el índice COP-D, este indicador disminuye a expensas del componente de dientes perdidos más que de dientes obturados, lo que demuestra limitaciones en la atención en salud bucal. Por el contrario, la experiencia de caries dental continúa siendo muy alta; también muestra cómo los niños están siendo afectados por esta patología desde edades tempranas.⁽¹⁾ El Sistema de Salud en Colombia está organizado por Empresas Promotoras de Salud que manejan los recursos e Instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen los servicios y la población se afilia a través de los regímenes contributivo, subsidiado y especial, sin embargo, continua un grupo de personas que no están afiliadas al sistema de salud.

Manizales, un municipio de la región central de Colombia, implementó la Política de Salud bucal desde el año 2007, esta orienta sus acciones para el control de estas enfermedades y promueve la articulación y empoderamiento de los diferentes sectores para su desarrollo.⁽²⁾ Un estudio realizado en este municipio en el 2015 mostró que la caries sigue siendo un problema para la salud de la población, el promedio de COP-D en los niños de 12 años fue de 0,92.⁽³⁾ Algunos autores reconocen como determinantes sociales de la caries, el nivel socioeconómico y el nivel educativo de los padres.⁽⁴⁾

En este contexto municipal y dadas las limitaciones del sistema de salud, un grupo de emprendedores crea la Fundación Vive con Bienestar. Está a través de la cooperación internacional accedió a recursos con el Fondo de Inversión Social Suizo LGT Venture Philanthropy, para el desarrollo del Programa "Sonrisas Saludables". Este programa

tiene como propósito contribuir con la disminución de la ocurrencia de enfermedades bucales prevenibles como caries, pérdida dental y maloclusión y sus complicaciones. El programa contempló la intervención en salud bucal realizado entre 2016 y 2017 a 1.252 niños entre los 4 y 13 años, de estratos socioeconómicos 1 y 2. Se desarrolló a través de tres fases que se presentan en la figura.



Fig. - Fases del Programa Sonrisas Saludables.

Para el desarrollo de las tres fases la Fundación contrató una clínica odontológica que actuó como entidad ejecutora. Por otro lado, realizó una alianza con una universidad privada para el desarrollo de una investigación que permitiera la reconstrucción del proceso, la reflexión crítica y la confrontación de esta experiencia con otras y con el conocimiento teórico; se escogió una investigación tipo *sistematización de experiencias*, es una forma de investigación que utiliza el ordenamiento y reconstrucción de un proceso en particular para identificar su lógica y reconocer los aprendizajes.

Esta investigación tuvo como objetivo describir la experiencia del programa "Sonrisas Saludables" realizado en la ciudad de Manizales, Colombia en el año 2015.

MÉTODOS

Tipo de estudio: mixto, en lo cuantitativo se utilizó un enfoque empírico analítico de alcance descriptivo y a nivel cualitativo se desarrolló la metodología etnográfica basada en la sistematización de experiencias con un análisis interpretativo crítico el cual es asumido por Jara⁽⁵⁾ como "la interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo".

Universo: 1252 niños pertenecientes a 550 familias, sus padres o cuidadores y 32 actores vinculados al programa en cualquiera de sus fases.

Muestra: esta sistematización se realizó con la información todas las historias clínicas de los niños (1252) y con una muestra de 240 niños, 349 padres o cuidadores y 32 actores vinculados al programa. Se seleccionó por conveniencia, según la aceptación de participación voluntaria en el proceso de sistematización.

VARIABLES DE ANÁLISIS: edad, sexo, afiliación al sistema general de seguridad social en salud-(SGSSS), grupo poblacional, zona, características oclusales, hábitos de higiene, índices cop y riesgo de caries.

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

Fuentes primarias: encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas - CAP adaptada del ENSAB IV¹, aplicadas al final del programa a 240 niños y a 173 padres o cuidadores que asistieron al proceso de educación y que aceptaron participar.

Encuestas de satisfacción aplicadas a 176 padres o cuidadores que aceptaron participar.

Entrevistas en profundidad aplicadas a diferentes actores vinculados al programa (odontólogos, auxiliar de salud bucal, director de la Fundación Vive, coordinadora del programa) para conocer sus percepciones acerca del desarrollo del programa.

Observación participante en todas las fases del programa a los odontólogos y auxiliares que desarrollaron el proceso educativo, realizada por los cinco investigadores que previamente elaboraron las guías y se calibraron.

Fuentes secundarias: información documental de la Fundación Vive con Bienestar, 1252 historias clínicas de los niños de la fase de valoración y 362 historias clínicas de la fase de atención especializada por ortopedia y ortodoncia.

Técnicas de procesamiento y análisis

Se realizó análisis cuantitativo con la información de las historias clínicas, las encuestas CAP y de satisfacción; se calcularon frecuencias absolutas y relativas en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.

El análisis cualitativo usó la información documental, los resultados de la observación participante y las entrevistas, que fueron organizados en matrices en excell. Se realizó un análisis de categorías basada en las tendencias emergentes enfocadas en las fases del programa para finalmente identificar lecciones aprendidas y recomendaciones.

Aspectos éticos

Se cumplió con la declaración de Helsinki, la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y la aprobación por el comité de Bioética de la Universidad. Se realizó la solicitud de permisos, consentimiento informado a los padres y acudientes, asentimiento de los niños, se mantuvo el anonimato, privacidad, confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Fase 1. Selección de la comunidad

Vive con Bienestar seleccionó la población de acuerdo con condiciones de vulnerabilidad. Hizo convocatoria para contratación de institución ejecutora y contrato la academia para la investigación.

Fase 2. Valoración, procedimientos básicos de odontología e intervención educativa

Se realizó con información de historias clínicas. Participaron 1252 de estrato socioeconómico 1 y 2 que identifica las personas que viven con menor capacidad económica de acuerdo con las características de la vivienda y del entorno. Estas fueron valoradas por los odontólogos de la institución ejecutora. El 50,3 % correspondió al sexo masculino, la edad promedio fue 8,2 años. El 58,7 % pertenecía al régimen subsidiado de salud, el 8,8 % de los niños presentaba alguna discapacidad y el 97,3 % residía en la zona urbana (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución según las características sociodemográficas de los niños participantes

Edad	Número	Porcentaje
4 a 6 años	340	27,2
7 a 9 años	471	37,6
10 a 12 años	428	34,2
13 y más	13	1,1
Total	1252	100
Sexo		
Masculino	630	50,3
Femenino	622	49,7
Total	1252	100
Afiliación al SGSSS		
Contributivo	461	36,8
Subsidiado	735	58,7
Especial	9	0,71
No afiliado	29	2,31
Sin información	18	1,43
Total	1252	100
Grupo poblacional		
Desplazado	106	8,5
Discapacitado	8	0,6
Ni desplazado ni discapacitado	1138	90,9

Total	1252	100
Zona		
Urbana	1218	97,3
Rural	34	2,7
Total	1252	100

En la tabla 2 se presentan las características oclusales en la cual se puede evidenciar que 79 niños de los 1252 no se les describieron las características de sobremordida horizontal y vertical por ausencia de los dientes o por estar en fase de erupción.

Tabla 2 - Distribución según las características de sobremordida de los niños participantes

Sobremordida vertical	Número	Porcentaje
Normal	503	42,9
Disminuida o sin acople	320	27,3
Abierta	81	6,9
Profunda	269	22,9
Total	1173	100
Sobremordida horizontal		
Normal	522	43,8
Disminuida	248	20,8
Aumentada	284	23,8
Borde a borde	95	8
Cruzada anterior	42	3,5
Total	1173	100
Tipo de mordida		
Normal	1133	90,5
Mordida cruzada posterior	60	4,8
Mordida en tijera	2	0,2
Mordida telescópica	1	0,1
Borde a borde	56	4,5
Total	1252	100

El 54,3 % refirió cepillarse tres veces al día, 77,6 % no usar seda y 0,4 % no usar crema dental. El 23,8 % presentó sangrado gingival, 1,6 % retracciones gingivales y 5 % cálculo dental. El 43 % mostró riesgo de caries alto y medio.

El ceo-d fue de 2,49 (IC: 95%: 2,31-2,67) y ceo-dm fue 2,79 (IC: 95%: 2,60-2,98). A nivel de dientes permanentes se encontró que el COP-D alcanzó el valor de 0,70 (IC: 95%: 0,63-0,78) y el COP-DM de 1,0. (IC: 95%: 0,91-1,09) (Tabla 3).

Tabla 3 - Indicadores de caries en dentición temporal y permanentes de los niños participantes

Dientes temporales	Promedio	Desviación	IC: 95%	Máximo
Dientes presentes	12,7	5,52	12,41-13,06	20
Dientes con caries cavitacional	1,36	2,18	1,23-1,48	15
Dientes con caries incipiente	0,33	0,75	0,28-0,37	8
Dientes obturados	0,92	1,55	0,83-1,01	9
Dientes extraídos por caries	0,22	0,811	0,18-0,27	9
ceo-d	2,49	3,06	2,31 -2,67	18
ceo-dm	2,79	3,22	2,60-2,98	18
Dientes permanentes				
Dientes presentes	13,8	6,78	13,42-14,26	28
Dientes con caries cavitacional	0,48	1,00	0,41-0,54	8
Dientes con caries incipiente	8,32	8,80	0,27-0,37	8
Dientes obturados	0,22	0,64	0,18-0,26	4
Dientes extraídos por caries	0,01	0,09	0,00-0,01	2
Dientes con extracción indicada	0,01	0,13	0,01-0,02	3
COP-D	0,70	1,19	0,63-0,78	7
COP-DM	1,00	1,44	0,91-1,09	8

Se realizó diagnóstico y tratamiento con criterios Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries (ICDAS), incluyendo tratamiento operatorio y no operatorio.

El no operatorio incluyó control de placa, profilaxis y aplicación de flúor barniz a 1252 niños y segunda aplicación a 426 niños de 532 que presentaron riesgo de caries moderado y alto en la valoración inicial.

El 81 % requería tratamiento operatorio, 1060 resinas, 103 sellantes, 135 ionómeros de vidrio, 147 exodoncias de dientes primarios, dos exodoncias de dientes permanentes, siete frenillectomías, y férula, siete endodoncias en dientes permanentes y una endodoncia en diente primario.

La sistematización de la experiencia educativa se realizó con información de guías de observación y revisión de informes presentados por la Fundación. Estuvo orientada al reconocimiento del papel de la familia en la salud bucal y al fortalecimiento de hábitos. Se visibilizó el propósito de la Fundación, por sensibilizar a las familias sobre su papel como agentes de socialización para la salud y enseñar conceptos de autocuidado.

El proceso educativo incluyó acciones individuales y grupales. Se diseñaron 46 mensajes de texto SMS enviados a los representantes tres veces a la semana por tres meses y cuatro cuñas radiales emitidas durante cuatro meses. A cada niño se le entregó una

cartilla y juegos didácticos.

Fase 3. Tratamiento especializado

Participaron 362 niños con alteraciones: 87,3 % posición postural ortostática alterada, 8,8 % obstrucción de vías aéreas, 87,3 % hábitos para funcionales.

El 22,1 % con alteraciones de la erupción, dientes retenidos, agenesias, cambios en la formación de la corona, retraso en la formación radicular, gérmenes rotados, raíces cortas, cambio de posición en las raíces y dientes supernumerarios.

El 51,4 % dentición intertransicional, 12,7 % dentición mixta tardía, 11,3 % dentición permanente y 8,8 % dentición primaria. El 37,5 % relación molar plano terminal recto derecho y 53,1 % plano terminal recto izquierdo. La relación molar que se presentó con mayor frecuencia fue Clase II bilateral. La relación canina derecha e izquierda en los tres grupos fue Clase II. El 76,2 % presentó alteraciones en la sobremordida vertical. El 86,5 % con apiñamiento.

Tratamiento de Ortopedia maxilar y Ortodoncia

Este programa tuvo como factor diferenciador, el tratamiento especializado de Ortopedia maxilar y Ortodoncia. Participaron 362 niños entre 4 y 13 años, 312 para ortopedia maxilar y 49 para Ortodoncia durante 18 meses.

Para conocer los conocimientos acerca de la salud bucal de los niños y representantes, se aplicó la encuesta CAP a 240 niños y 173 padres después de participar del proceso educativo.

El 69 % de los niños reconoció que la familia le enseña a cuidar la boca. El 58,3 % reconoció que la placa produce la caries y el 88 % que la mejor manera para evitarla es el cepillado.

El 99 % reconoció el cepillo, el 97 % la crema dental y 65 % la seda dental. El 59 % refirió que rara vez utiliza la seda dental. El 40 % de los niños no sabía la razón para cambiar el cepillo dental y el 35,4% reconoció que debe ser cuando las cerdas han perdido su forma. Todos los niños se cepillaban solos. El 65,8 % aplicó crema dental a la mitad del cepillo.

Al preguntar a los niños sobre las prácticas para cuidarse la boca, el 86,7 % mencionó cepillarse frecuentemente, el 36,3 % asistir al odontólogo, el 15 % evitar el consumo de azúcar, el 9,6 % tener buenos hábitos alimenticios y 3,3 % reconoció todas las anteriores. El 78,3 % de los niños reconoció que utiliza la boca para masticar y el 77,1 % para hablar. El 39,2 % ha sentido dolor dental.

La encuesta CAP a los padres mostró que el 96 % considera la familia responsable del cuidado de la boca, el 92 % le enseña a su hijo a lavarse manos y dientes, el 51,4 % opina que la placa bacteriana es la causa de la caries y el 89 % que se evita con el

cepillado. Como causas de sangrado el 45 % reconoció el mal cepillado, 12 % problemas de caries, 11 % no uso de la seda dental y 8,7 % el cepillado fuerte.

El 54,3 % consideró que los padres deben ayudarles a los niños a cepillarse los dientes. El 37,8 % refirió que rara vez sus hijos utilizan la seda. El 63 % reconoció que los niños se cepillan después del desayuno y después del almuerzo, el 68 % antes de acostarse y el 21 % en los tres momentos. El 46 % de los padres refirió que los niños aplican crema dental a la mitad del cepillo.

La mitad de los padres opinó que la salud bucal es una responsabilidad que le compete a cada persona, el 27 % que es una responsabilidad compartida entre el estado y las personas y 17 % que es un derecho que debe garantizar el estado a la población. El 41,6 % refirió no conocer los servicios de salud bucal a los que tiene derecho por estar afiliado al sistema de salud.

La encuesta de satisfacción se aplicó a 176 personas. El 74,4 % valoró la calidad de los tratamientos excelente y 13,6 % buena.

Finalmente se identificó que el programa cumplió con las expectativas del 90,3 % de los padres y el 88,1 % refirió estar satisfecho con el programa en general.

A través de 32 entrevistas a profundidad, realizadas a diferentes actores, se indagó por el inicio, desarrollo, resultados y sostenibilidad del programa; se identificó que los beneficiarios reconocieron acceder al programa por la gratuidad y la posibilidad de recibir tratamientos de Ortopedia maxilar y Ortodoncia. Los ejecutores manifestaron que el programa fue una oportunidad para contribuir con la salud bucal de los niños, y los odontólogos vieron en el programa una oportunidad para su desarrollo profesional. El financiador del programa valoró la interacción de diferentes actores para el cumplimiento de los objetivos.

DISCUSIÓN

La percepción que tiene la población sobre las barreras de acceso a tratamientos odontológicos en el SGSSS colombiano, abre las posibilidades para que surjan negocios sociales en el área de la salud bucal. Un negocio social es una empresa creada para resolver un problema social o ambiental; pretende maximizar el valor social al tiempo con la sostenibilidad financiera.⁽⁶⁾

Los tratamientos ofrecidos por el programa en su segunda fase: odontología general y educación deben ser provistos por el SGSSS, sin embargo, las barreras de acceso hacen que busquen otras alternativas como la Empresa Social Bive. Estudios sobre el acceso a los servicios de salud señalan que el aumento en las coberturas de aseguramiento no se ha reflejado en cambios en la probabilidad de acceder a servicios de salud.⁽⁷⁾ En otros

programas de salud bucal los agentes educativos refieren que las mayores necesidades en salud bucal de los niños son las relacionadas con el acceso y la oportunidad a los servicios odontológicos.⁽⁸⁾

Las maloclusiones hoy también son un problema de salud pública,⁽⁹⁾ se presentan en edades tempranas y deben tener diagnóstico e intervención oportuna.⁽¹⁰⁾ Este problema no es visibilizado por el SGSSS pues lo excluye del Plan Obligatorio de Salud-POS. Es importante reconocer que la intervención ortodóncica temprana favorece el desarrollo de la oclusión y reduce la severidad y disminuye la necesidad de tratamientos más complejos y costoso, también mejora la autoestima de los pacientes y la satisfacción de los padres.⁽¹¹⁾

Los padres no conocen los servicios de salud bucal a los que tienen derecho. La salud es un derecho fundamental.⁽¹²⁾ Tal como lo afirma *González y otros*,⁽⁸⁾ las acciones de los servicios odontológicos deben ser integrales y deben buscar empoderar a la población y garantizar su derecho a la salud.

Los niños y los padres tienen conocimientos del cuidado de la salud bucal. Sin embargo, una proporción de niños presentó riesgo medio y alto para caries lo que podría estar indicando que el conocimiento no trasciende a la práctica. En la familia se establecen y transmiten hábitos y costumbres que permanecen en el individuo para toda la vida.^(13,14) Por esta razón este programa se fundamentó en la educación para la salud, como proceso participativo, organizado y sistemático. En este programa igual que en otros, la educación para la salud individual realizada por el odontólogo se basa en actividades informativas muy características de la prestación del servicio odontológico tradicional en el que se hace énfasis en la curación más que en la prevención.⁽¹⁵⁾

La valoración de los niños mostró que la caries y las maloclusiones los siguen afectando. En Colombia, el estudio de carga de enfermedad refiere que la caries es la responsable de 26,27 AVISAS.⁽¹⁶⁾ Los programas de salud bucal incrementan significativamente la efectividad de las medidas para la prevención de la caries y gingivitis, cuando son realizados por odontólogos y profesores.⁽¹⁷⁾

Las nuevas formas de entender, prevenir y tratar la caries implican un cambio en los modelos de atención de salud bucal tradicionales.⁽¹⁸⁾ Los procedimientos que realizó el programa se fundamentaron en la odontología mínimamente invasiva, filosofía que considera el manejo no quirúrgico de las lesiones de caries incipientes no cavitadas y el uso efectivo de intervenciones conservadoras para las lesiones dentinarias.^(19,20)

Tradicionalmente la evaluación de la satisfacción de programas, le da poca relevancia a las percepciones y satisfacción de los usuarios, dado que asumen fundamentalmente un carácter de control o rendición de cuentas.⁽²¹⁾ Es así como *Hernández*, propone que la

evaluación de la satisfacción es el resultado de un proceso permanente de comparación entre la experiencia, los objetivos, las percepciones subjetivas y las expectativas de los participantes.⁽²²⁾ En este programa en general los beneficiarios se mostraron satisfechos con las actividades de educación, atención y el programa en su conjunto.

Otro factor que influye en la efectividad de los programas es la inclusión del componente promocional y preventivo; cuando esto ocurre se logran mejores resultados en salud bucal.⁽²³⁾ En este programa se combinaron ambos componentes el promocional a través la estrategia de educación y el preventivo con la aplicación de flúor barniz.

Conclusiones

El programa generó satisfacción en los beneficiarios, quienes reconocieron el apoyo de las instituciones vinculadas, la calidad de las actividades y la posibilidad de acceder a tratamientos especializados sin costo.

Los niños que participaron en el programa presentaban altos índices de placa bacteriana, dientes afectados por caries dental y enfermedad periodontal, con la intervención del programa mejoraron sus condiciones orales, sin embargo, se debe mantener un seguimiento continuo para el manejo de los factores de riesgo.

El proceso de educación para la salud utilizó metodologías participativas lo que influyó en la vinculación y compromiso de los niños y sus padres con el cuidado de la salud bucal a través de la adopción de hábitos saludables.

Un factor diferenciador que motivó a los participantes a vincularse a este programa fue el tratamiento especializado de ortopedia y ortodoncia que se ofreció sin costo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Bive-Empresa Social en Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Colombia. Unión Temporal Sistemas Especializados de Información – SEI. SA – Pontificia Universidad Javeriana. IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. 2014 [acceso 11/10/2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

2. Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública, Secretaría de Educación, Universidad Autónoma de Manizales. Política Pública de Salud Oral de Manizales 2007-2017. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.

3. Cerezo MP, López OP, Herrera BY, Parra JH. Levantamiento de los indicadores de salud oral en las edades centinelas para el municipio de

- Manizales. Manizales: Editorial Universidad Autónoma de Manizales. 2015.
4. Armas Vega AC, Pérez Rosero ER, Castillo Cabay LC, Agudelo-Suárez AA. Calidad de vida y salud bucal en preescolares ecuatorianos relacionadas con el nivel educativo de sus padres. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [acceso 11/10/2019];56(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000100007&lng=es
5. Jara O. Sistematización de experiencias, produce un conocimiento crítico, dialógico, transformador. Rev Docencia Reflexiones Pedagógicas [Internet]. 2015 [acceso 10/11/2016];55:[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revistadocencia.cl/new/wp-content/pdf/20150514104346.pdf>
6. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. Documento AECA. Serie responsabilidad social corporativa. La empresa social: marco conceptual, contexto e información. 2015. Documento No 9. [acceso 10/07/2019]. Disponible en: [https://aeca.es/old/pub/documentos/rs9\(2\).pdf](https://aeca.es/old/pub/documentos/rs9(2).pdf)
7. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2013 [acceso 19/10/2019];12(25): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a08.pdf>
8. González-Penagos C, Cano-Gómez M, Meneses-Gómez EJ, Vivares-Builes AM. Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. [Internet]. 2015 [acceso 16/10/2019];13(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n2/v13n2a12.pdf>
9. López Martín D, Cubero González R, Estrada Guerra Y, Estrada Guerra Y, Concepción López K, Machado Ramos S. Valor social de la prevención de factores de riesgo de mal oclusiones en la dentición temporal Social. Rev Médica Electrónica de Ciego de Ávila. [Internet]. 2017 [acceso 18/10/2017];23(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/654/1083>
10. Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Med Electrón [Internet]. 2014 [acceso 10/11/2016];36(4):[aprox.12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400002
11. Peña M, Rojas M del P, Tirado A, Benavides B, Hurtado M, Ruíz A. Prevalencia de la maloclusión en tres planos del espacio en pacientes diagnosticados con defectos del habla en las clínicas de la especialización de ortopedia funcional y ortodoncia de la Universidad Cooperativa de Colombia. Rev Estomatol [Internet]. 2014 [acceso 19/10/2016];22(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877882/6-pena-prevalencia-maloclusion.pdf>
12. Restrepo Pimienta JL. Constructo conceptual y constitucional de la seguridad social en salud y derecho a la salud. Rev Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe. [Internet]. 2019 [acceso 19/10/2017];17(1):[aprox.10 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6860596>
13. Guerrero L, Castañeda J. Conocimientos y prácticas relacionados con una intervención de salud oral en escolares zacatecanos. Rev electrónica semestral en Ciencias de la Salud[Internet].2016 [acceso 10/11/2016];7(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://mcs.reduaz.mx/ibnsina/2016v7t2/i_07_02-2016_2.pdf
14. Herrera López I. Salud bucal y funcionamiento familiar en personas del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba. Universitas Odontológica. [Internet] 2018 [acceso 10/11/2016]; 37(79): [aprox. 10 p.].Disponible en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revU nivOdontologica/article/view/24548>

15. Montenegro Martínez G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. Universitas Odontológica [Internet]. 2011[acceso 10/11/2016];30(64): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231218581013.pdf>

16. Acosta N, Peñalosa RE, Rodríguez J. Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Estudios para el Desarrollo, Cendex. [Internet], 2008 [acceso 19/10/2019]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf

17. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol [Internet].2008 [acceso 05/10/2017];36(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19145720>

18. Ismail AI, Pitts N, Tellez M. The International Caries Classification and Management System (ICCMS™) An Example of a Caries Management Pathway. BMC Oral Health [Internet]. 2015 [acceso 11/10/2019];15(Suppl 1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6831-15-S1-S9>

19. Chaple Gil AM, Gispert Abreu EA. Generalidades sobre la mínima intervención en cariológica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 [acceso 11/10/2019];53(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&

<pid=S0034-75072016000200007>

20. Pitts N, Ismail AI, Martignon S, Ekstrand K, Douglas G, Longbottom CH. Guía ICCMS™ para clínicos y educadores. ICDAS Foundation [Internet].2014. [acceso 12/11/2016]. [aprox. 84 p.]. Disponible en: https://www.icdas.org/uploads/ICCMS-Guide-in-Spanish_Oct2-2015FINAL%20VERSION.pdf

21. Cabrera- Rodríguez FA, Donoso Vázquez T, Aneas Álvarez A, del Campo Sorribas J, Pi i Murogó A. Valoración de la satisfacción de usuarios de programas sociales: propuesta de un modelo de análisis. Revista de Educación [Internet].2010. [acceso 01/11/2016]. [aprox. 25 p.]. Disponible en: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/76441/00820103007120.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22. Hernández Salazar P. La importancia de la satisfacción del usuario. Documentación de las Ciencias de la Información. [Internet].2011. [acceso 01/11/2016];(34):[aprox. 19 p.]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/viewFile/36463/35311>

23. Espinoza- Usaqui EM, Pachas-Barrionuevo FM. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana [Internet]. 2013 [acceso 22/11/2016];23(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.academia.edu/23966840/Programas_preventivos_promocionales_de_salud_bucal_en_el_Per%C3%BA_Articulo_de_Revisi%C3%B3n_Review_Article_Promotional_preventive_oral_health_programs_in_Peru

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

María del Carmen Vergara Quintero: Investigadora del proyecto y escritura del artículo científico. Apoyó discusión en el componente cualitativo.

María del Pilar Cerezo Correa: Investigadora del proyecto y escritura del artículo científico. Apoyó la discusión en promoción de la salud y prevención en salud bucal.

Olga Lucia Cifuentes Aguirre: Investigadora del proyecto y escritura del artículo científico. Apoyó discusión en el componente educación para salud.

Alba Lucia Paz Delgado: Investigadora del proyecto y escritura del artículo científico. Apoyo la discusión en el componente de acceso al sistema de seguridad social.

Gilberto Parra Ramírez: Investigador del proyecto y escritura del artículo científico. Apoyó la discusión en el componente de ortopedia y ortodoncia.

Financiación

Este artículo se deriva de la investigación Sistematización del Programa Sonrisa Saludables de la Fundación Vive con Bienestar, financiada por el Fondo Suizo LGT Venture Philanthropy.

Recibido: 29/11/2016

Aceptado: 08/11/2019

Publicado: 21/06/2020



Este artículo de *Revista Cubana de Estomatología* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista Cubana de Estomatología*.