



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



**TITULO:** Escuela y Universidad: articulación de espacios institucionales para la promoción de salud bucal.

**EJE:** 2. Vinculación Universidad-Sociedad: Práctica Social Curricular en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

**AUTORES:** Klemonskis G.; Cohen A.; Culaciatti C.; Napoli A.; Rossi G.; Toral M.

**REFERENCIA INSTITUCIONAL:** Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, UBA.

**CONTACTOS:** [graklemo@gmail.com](mailto:graklemo@gmail.com)

## RESUMEN

En este trabajo, la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la FOUBA, se propone abordar la problemática de salud bucal en niños en edad escolar pertenecientes a poblaciones vulnerables de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La propuesta se enmarca en la modalidad de práctica social curricular, responde a un modelo de vinculación entre universidad y sociedad caracterizado por el análisis de los problemas y prácticas de salud en su contexto para su consecuente redefinición por parte de todos los actores involucrados. Objetivo: Articular los espacios universidad y escuela con el fin de desarrollar modelos de intervención efectivos en términos de reconversión de los perfiles de riesgo, cuidado y necesidades de salud bucal en escolares. Las actividades desarrolladas son: 1) Elaboración del Análisis Situacional de las poblaciones escolares. 2) Caracterización de los entornos escolares y elaboración colectiva de propuestas para su mejora. 3) Determinación del estado de salud bucal, nivel de riesgo y necesidades de atención odontológicas de la población objetivo. 4) Diseño e implementación de: programas educativos; programas de atención clínica con nivel de resolución hasta el alta básica; programas de atención clínica con nivel de resolución hasta el alta integral.

Como impacto sobre la comunidad se alcanza anualmente una cobertura de alrededor de 1000 escolares pertenecientes a poblaciones vulnerables con acciones educativas y preventivo-promocionales y 450 con acciones de atención clínica de primer y segundo nivel resolutivo. La implementación de programas diseñados a partir de la identificación y explicación situada de los problemas de cada comunidad educativa produce una mejora de la situación de salud bucal de la población objetivo verificable por indicadores. Sobre las instituciones escolares, la implementación de una modalidad participativa en la intervención instala un espacio de discusión entre los actores sociales involucrados sobre la problemática de la salud bucal y sus determinantes y promueve la construcción colectiva de soluciones guardando pertinencia con el contexto. Enseñar y aprender en la vida cotidiana de las organizaciones, impacta sobre estos procesos, al considerar la práctica como la fuente real de conocimiento.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



## DESARROLLO.

### 1. Introducción.

La Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la FOUBA entiende que la extensión universitaria se construye con las diversas modalidades de articulación entre la sociedad en sus múltiples expresiones y demandas, y las universidades, sus formas de producción del conocimiento y las nuevas maneras de organizarlos, distribuirlos e intercambiarlos en los escenarios del equipamiento social. (Bordoni, 2003) Este trabajo, que aborda la problemática de salud bucal en niños en edad escolar pertenecientes a poblaciones vulnerables de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se enmarca en la práctica social curricular. La misma responde a un modelo de vinculación entre universidad y sociedad caracterizado por el análisis de los problemas y prácticas de salud en su contexto para su consecuente redefinición por parte de todos los actores involucrados. La práctica social curricular desarrolla actividades socialmente establecidas. Los bienes intrínsecos de estas actividades, salud bucal en este caso, se concretan a medida que se alcanzan los niveles de excelencia.

**El objetivo** de este trabajo es comunicar una experiencia en el marco de la práctica social curricular cuya finalidad es articular los espacios universidad y escuela para desarrollar modelos de intervención efectivos en términos de reconversión de los perfiles de riesgo, cuidado y necesidades de salud bucal en escolares.

### 2) Caracterización de la problemática y fundamentación de su selección

Los problemas de salud bucal se han reconocido como prioritarios en razón de su alta prevalencia e impacto en la calidad de vida de las personas en términos de dolor, malestar y limitaciones tanto en el orden funcional como social. Las enfermedades bucales (caries y enfermedades gingivales y periodontales) son las más comunes de todas las enfermedades de las sociedades industriales. (RCOE, 2002). En América Latina y el Caribe, la salud bucodental sigue constituyendo un aspecto central de las condiciones generales de salud por la importancia que reviste como parte de la carga de morbilidad, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. Desde 1995, Encuestas nacionales de salud bucodental realizadas en los últimos 10 años en la región muestran que la carga de las enfermedades bucodentales es alta al



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



compararla con la de otras regiones del mundo. La atención de salud deficiente y desigual, las tendencias cambiantes de las enfermedades bucodentales, el aumento en los costos y la reducción de la inversión en programas de salud pública bucodental son signos prominentes de la crisis sanitaria en la región. Los hábitos dietéticos, los antecedentes médicos, la higiene bucal, y los modelos de caries familiares pueden condicionar la susceptibilidad para desarrollar estas enfermedades. (Tinanoff, 1995.; Muller, 1996.; Peñalver, 1997) Existen claras disparidades en la distribución de problemas de salud bucal, de tal manera que los niños de bajo nivel socioeconómico concentran mayores niveles de patología bucal y mayores niveles de necesidad de atención. (Milgrom, 1998.; WHO, 1998). Estudios desarrollados en la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la FOUBA demostraron la existencia de una correlación positiva significativa entre la presencia de problemas socioeconómicos, la falta de cobertura de salud y la prevalencia de caries dental, entre la ausencia de cobertura específica y la prevalencia de caries dental y entre la presencia de actividades educativas específicas y el estado de salud dentaria y gingival.

### **3) Espacio territorial en que se desarrolla la experiencia.**

#### **a) Características socio-demográficas:**

La población de la ciudad de Buenos Aires posee una distribución por edad y sexo semejante a ciudades desarrolladas, sin embargo, existen diferencias entre las pirámides poblacionales de las diferentes zonas de la ciudad. En cuanto a la situación social, en términos generales, los indicadores son mejores que el promedio nacional. Sin embargo la brecha entre los distintos grupos sociales continúa siendo muy importante. Según datos del 2005, la zona sur es la que presenta el menor porcentaje de población activa (65% / total CABA: 77,5%); el mayor número de niños por mujer fecunda (32% / total CABA: 21,9%); la mayor tasa general de fertilidad (6,8% / total CABA: 4,8%). El porcentaje de población de 25 años con primario incompleto asciende al 7,9% (total CABA: 4,6%), el porcentaje de población femenina en edad fértil con primario incompleto es del 8,5% (Total CABA: 3,3%) El 45,1% de la población que habita en la zona sur cuenta exclusivamente con la cobertura de salud estatal (Total CABA: 26,2%).<sup>1</sup>

El 99,8% de los niños entre 6 y 12 años están escolarizados. El análisis de los indicadores educativos muestra que los distritos escolares 4 y 5 pertenecientes a la zona sur presentan valores por encima de la media de la ciudad en términos de niños

<sup>1</sup> Fuente de datos: Departamento de epidemiología Dirección General Adjunta de APS Secretaría De Salud – GCBA en base a datos de la EAH 2003 y del CNPHV 2001



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



repetidores, niños con sobreedad y nuevos ingresantes a 1º grado sin escolaridad previa. En estos mismos distritos se observa una mayor concentración de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (21,7% y 21,1% / total CABA: 7,8%).

b) **Características epidemiológicas:** La zona sur de la CABA presenta las mayores tasas de mortalidad por HIV (13,3%) y por TBC (2,5%) de la ciudad.<sup>2</sup>

Respecto de los problemas de salud bucal, la caries dental constituye la patología más frecuente. Según datos obtenidos por la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria en una escuela del Distrito Escolar V, 96,27% de los niños que concurren al primer ciclo de escolaridad presentan lesiones activas. A su vez, datos aportados por el equipo de salud escolar del distrito escolar IV de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2010, confirman que la caries dental se encuentra entre las tres patologías de mayor prevalencia en escolares que concurren a escuelas primarias, afectando a más del 60% de los niños. Le siguen el sobrepeso y los problemas fonoaudiológicos específicamente de tipo articular. Si bien los problemas de salud son frecuentes en la población escolar, la concurrencia a los servicios de salud a partir de la derivación correspondiente es escasa: solo el 50% de la población derivada al sistema de salud debido a la presencia de patologías de índole general, incluyendo las odontológicas, concurre a una primera consulta y solo el 30% termina el tratamiento. Como resultado, las necesidades de atención son elevadas, más del 50% de los escolares presentan necesidades de tratamiento que requieren complejidad tecnológica de 2º nivel para ser resueltas.

c) **Selección de la población objetivo.**

Se identificaron áreas homogéneas de riesgo en base a un enfoque de vulnerabilidad social, económica y ambiental según indicadores. Se determinaron, así, como áreas prioritarias para la intervención, los distritos escolares IV y V de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se seleccionaron 6 instituciones escolares según la opinión de expertos locales en función de sus características institucionales.

**4) Dispositivo de Intervención.**

<sup>2</sup> Fuente de datos: Departamento de epidemiología Dirección General Adjunta de APS Secretaría De Salud – GCBA, 2004



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



El dispositivo de intervención responde a un modelo de diseño, ejecución y evaluación de programas de salud bucal en los que se reconocen tres componentes esenciales: a) *Educación para la salud*, b) *Construcción colectiva de entornos saludables* c) *Provisión de servicios odontológicos y enlace de redes colaborativas de salud*.

Entre los rasgos que caracterizan la intervención se destacan: El trabajo a partir de la Identificación de necesidades y demandas reales de la población situada en las escuelas; la construcción conjunta con la población destinataria de modos accesibles para la comprensión, apropiación y uso de conocimiento socialmente significativo; la generación de estrategias de intervención que contempla lógicas diversas de acercamiento a situaciones problemáticas; el diseño de respuestas alternativas ante la diversidad de problemáticas que surjan en prácticas reales y el diseño de herramientas conceptuales que posibiliten el abordaje de grupos heterogéneos con distintos acercamientos al cuidado de la salud.

El modelo de atención al que responde la intervención propuesta se sustenta en un modelo normalizado que se caracteriza por: enfoque basado en vulnerabilidad social para la priorización de poblaciones; enfoque de riesgo biológico aplicado al diagnóstico y planificación; gestión estratégica de recursos humanos; empleo adecuado de tecnología apropiada; articulación de recursos sectoriales y extrasectoriales; demanda y atención programada; modularización por altas; evaluación de estructuras, procesos y resultados (en términos de producto e impacto sobre la salud bucal) (Bordoni y col, 1998).

Los programas aplicados responden de manera general al modelo de atención normalizado. Las singularidades que adoptan en cada escenario particular, responden al análisis situacional de la población priorizada. Así, el abordaje de la población escolar contempla, en algunos casos, la incorporación gradual de los escolares al programa de atención clínica, comenzando por los primeros grados, mientras que en otros, se hace de manera intensiva. El 2º nivel de atención, se realiza en la propia institución escolar en consultorios instalados para ese fin en algunas instituciones. En otras, se articula con una unidad móvil odontológica, como tecnología de soporte. |

La participación de los estudiantes universitarios se realiza de forma coordinada y con una lógica de complejidad creciente: alumnos regulares de la asignatura Clínica Integrada 1 del 3º año de la carrera de odontología realizan actividades de educación para la salud; alumnos regulares de la asignatura Epidemiología y Gestión de Salud del 4º año de la



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



carrera de odontología participan en actividades correspondientes al 1º nivel de atención y cursantes de la asignatura Articulación Docencia-Servicios de Salud del 6º año de la carrera de odontología participan en programas intensivos.

## 5) Actividades que comprende la experiencia

### 5.1. Elaboración del Análisis Situacional de las poblaciones escolares:

Comprende la caracterización de la población según condiciones y estilo de vida, vinculación con los servicios de salud, respuesta sectorial a los problemas de salud.

Caracterización institucional. Incluye la exploración de las percepciones, concepciones, conocimientos y prácticas de los actores sociales.

Incluye actividades de búsqueda de datos secundarios a partir de fuentes existentes, entrevistas a informantes claves, aplicación de cuestionarios validados para indagar sobre las dimensiones intervinientes en el proceso salud-enfermedad-atención.

### 5.2. Caracterización de los entornos escolares y elaboración de propuestas para su mejora.

Actividades: encuentros entre equipo de salud bucal y miembros de las instituciones escolares aplicando metodología de planificación local participativa.

### 5.3. Determinación del estado de salud bucal, nivel de riesgo y necesidades de atención odontológicas de la población objetivo.

Actividades: exámenes clínicos realizados en las instituciones educativas previo consentimiento informado de los responsables legales de los escolares.

### 5.4. Diseño e implementación de:

- **programas educativos.** Con la finalidad de comunicar contenidos significativos para el cuidado de la salud bucal, las actividades planificadas contemplan diversas modalidades de intervención orientadas a identificar nudos críticos referidos al cuidado de la salud para su abordaje, participan maestros, escolares y equipo de salud bucal (docentes y alumnos universitarios) en el diseño y ejecución de diferentes actividades.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



- **programas de atención clínica con nivel de resolución hasta el alta básica.** Se incluyen actividades de atención de los escolares en el nivel individual orientadas al control de los riesgos cariogénico y gingivoperiodontal. La tarea se lleva a cabo dentro del espacio físico escolar en un marco de tecnología simplificada. Las actividades del primer nivel de atención incluyen la gestión de la derivación y el seguimiento de los niños con necesidades de atención complejas.
- **programas de atención clínica con nivel de resolución hasta el alta integral.** Incluyen actividades de atención de los escolares en el nivel individual orientadas al control de los riesgos cariogénico y gingivoperiodontal a las que se agregan prestaciones destinadas a la rehabilitación de la unidad diente.

## 5.5. Evaluación post intervenciones, en términos de procesos, productos e impacto

### 6) Resultados.

#### 6.1. Fase descriptiva.

##### 6.1.1. La caracterización epidemiológica de la población priorizada mostró:

- *Elevados niveles de caries:* 91,4 % de los escolares de 1º grado presentaron lesiones de caries en la dentición primaria. La media de piezas dentarias primarias afectadas por caries fue de  $6,2 \pm 0,36$ . Entre los mismos escolares, el 50% presentó afecciones de caries en sus piezas dentarias permanentes. La media de piezas dentarias permanentes afectadas por caries fue de  $1,1 \pm 0,01$ .
- *Desigualdades en términos de afecciones bucales entre poblaciones escolares.* Los niños de 1º grado que concurren a la escuela caracterizada como la de mayor vulnerabilidad social según opinión de expertos presentó el mayor nivel de afección de caries en la dentición primaria (diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$  con las demás poblaciones escolares)



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



- *Elevada necesidad de tratamientos complejos.* El 65,3% de los escolares presentaron necesidades de tratamiento que requieren complejidad tecnológica de 2º nivel para ser resueltas.
- *Bajo índice de cuidados dentarios.* El componente obturado constituye el 10,54% del total de dientes afectados por caries.

**6.1.2.** *La exploración de las percepciones que los padres tienen sobre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de sus hijos mostró:*

Que un 30% de los padres cuyos hijos presentaron lesiones severas no identificó ningún impacto de la salud bucal en la calidad de vida del niño. Los impactos de la salud bucal sobre la calidad de vida percibidos por los padres con mayor frecuencia fueron: dolor (24,6%) en el niño; alteración familiar (21,6%) y tiempo que han debido ocupara raíz de alguna afección (28,9%).

**6.2. Fase de intervención.**

**6.2.2. Cobertura en el primer año de programa.**

| Población escolar cubierta con:                                      |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Intervenciones preventivo-promocionales</b>                       | <b>1530 escolares</b> |
| <b>Intervenciones de atención clínica en el 1º nivel de atención</b> | <b>418 escolares</b>  |
| <b>Intervenciones de atención clínica en el 2º nivel de atención</b> | <b>185 escolares</b>  |

### 6.2.3. Perfil prestacional y resolución en término de altas en el primer año de programa.

|  | Escuelas DE IV | Escuela DE V   |
|--|----------------|----------------|
| <b>Altas básicas</b>                       | <b>47,6 %</b>  | <b>25,94 %</b> |
| <b>Altas integrales</b>                    | <b>16,5 %</b>  | <b>45,40 %</b> |
| <b>Prestaciones preventivas</b>            | <b>1155</b>    | <b>809</b>     |
| <b>Prestaciones curativas y mutilantes</b> | <b>---</b>     | <b>436</b>     |

### 6.2.4. Impacto sobre el autocuidado.

En la evaluación realizada sobre el final de las intervenciones, se observó que el nivel de placa bacteriana presente en la cavidad bucal de los escolares atendidos se redujo.

|                      | Indice de Placa<br>Silness-Loë inicial<br>(pre-intervención) | Indice de Placa<br>Silness-Loë final<br>(post-intervención) |                   |
|----------------------|--|---|-------------------|
| <b>Escuela DE IV</b> | <b>1,34 ± 0,11</b>   | <b>0,93 ± 0,08</b>  | <b>p&lt;0,001</b> |
| <b>Escuela DE V</b>  | <b>1,24 ± 0,06</b>   | <b>0,54 ± 0,06</b>  | <b>p&lt;0,001</b> |

Valor de referencia: umbral de riesgo = 1

### 6.2.5. Impacto sobre las necesidades de atención.

En el grafico 1 se observa el porcentaje de niños bajo programa con necesidades de atención complejas al cabo de un año.

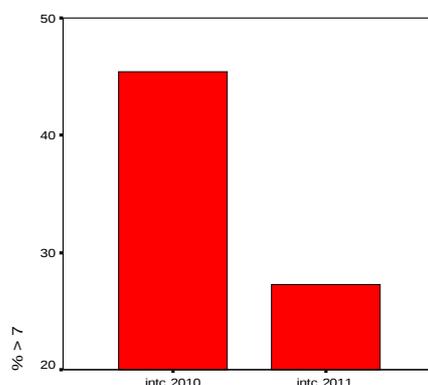


Gráfico 1.



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



### **6.2.6. Producto del trabajo compartido entre equipo de salud y personal de las instituciones escolares.**

Se incorporaron:

- el cepillado diario como parte de la rutina escolar en 3 escuelas.
- contenidos de salud bucal en la curricula de italiano en una escuela.
- reuniones sistemáticas con los padres y personal de las escuelas con el equipo de salud.

### **6.3. Aportes a la formación de pregrado.**

En el 1º año del programa:

- 212 alumnos de la materia Clínica Integrada 1, del 3º año de la carrera diseñaron y ejecutaron intervenciones de educación para la salud
- 230 alumnos cursante de Epidemiología y Gestión de Salud, en el 4º año de la carrera ejecutaron y evaluaron el componente del programa referido al 1º nivel de atención.
- 24 alumnos de ADA (Articulación Docencia Servicio Investigación) identificaron necesidades y demandas de salud bucal de la población del área, investigaron problemas, caracterizaron la respuesta sectorial (análisis de modelo observado), programaron, ejecutaron y evaluaron intervenciones en salud bucal en escenarios escolares.

## **7) Discusión.**

La implementación de programas diseñados a partir de la identificación y explicación situada de los problemas de cada comunidad educativa apunta a lograr una mejora de la situación de salud bucal de la población objetivo verificable por indicadores.

El escenario escolar constituye un espacio privilegiado de encuentro de la comunidad en el que la distribución, socialización, organización y jerarquización de contenidos socialmente significativos cobra relevancia. Cada vez más las escuelas se conforman como un espacio de integración de diversas estrategias sectoriales. En la medida en que los cambios sociales, los procesos de descentralización y las herramientas de gestión educativa logran ir adecuándose unos a otros, las escuelas se fortalecen como un punto de encuentro



INTEGRACION,  
EXTENSION,  
DOCENCIA  
E INVESTIGACION  
PARA LA  
INCLUSION  
Y COHESION  
SOCIAL

22 AL 25  
NOVIEMBRE  
DE 2011  
SANTA FE  
ARGENTINA



entre las familias, sus necesidades y las redes de servicios y propuestas para el desarrollo local. (OMS, 2003). Desde esta perspectiva, la vinculación con la universidad pretende la mejora de la salud bucal de los escolares a la vez que instala un espacio de discusión entre los actores sociales involucrados sobre la problemática de la salud bucal y sus determinantes. De esta manera, se intenta promover la construcción colectiva de soluciones que guarden pertinencia con el contexto.

En lo que respecta a la formación de los futuros graduados, esta se plantea en un modelo reformulado y validado como eficaz, eficiente y equitativo e implica una reflexión sistemática y simultánea respecto de las prácticas en salud como también de las prácticas docentes que se involucren como estrategia de un proceso de construcción social. (Bordoni, 1993). Esta experiencia intenta, por un lado, crear una cultura de resolución de problemas con sentido para los estudiantes y docentes involucrados, y comprometer de un modo ético y responsable a quienes lo realizan; por otro, promover la construcción de nuevos sentidos en el rol de los profesionales de la salud con una perspectiva social y diseñar comunidades de aprendizaje que consideren las creencias, valores, percepciones y perspectivas de los múltiples actores locales comprometidos. Enseñar y aprender en la vida cotidiana de las organizaciones, pretende impactar sobre estos procesos, al considerar la práctica como la fuente real de conocimiento.

Por último, el trabajo en el marco de la práctica social curricular propone la construcción de conocimiento situado que pueda resultar un aporte al proceso de toma de decisiones sanitarias con el fin de desarrollar programas comunitarios de mayor efectividad y, así, contribuir a acortar la brecha entre producción de conocimiento y gestión sanitaria.

#### Bibliografía.

Bordoni, N. Modelo alternativo para la atención en salud bucal (Documento para la transferencia tecnológica), Buenos Aires, Fundación W.K.Kellogg./PADAI- FOUBA/OFEDO-UDUAL ; 1993.

Bordoni, N y Squassi, A. "Vinculación entre la universidad y la sociedad", en Gestión del componente salud bucal de la atención de salud, Buenos Aires, PRECONC/PALTEX y OPS/OMS; 1998.

Bordoni N.; Mercer H. Vinculación de la universidad con la sociedad en Borrell, R.M. (editor): Los posgrados de Salud Pública. Buenos Aires, OPS/OMS; 2004.

Hipólito Shepherd, Cequeira. Las escuelas promotoras de la salud de las Américas: una iniciativa regional. OPS/OMS. Vol.33 (2003).



Milgrom P.; Mancini L.; King B.; Weinstein P.; Wells N.; Jeffcott E.J. (1998). An Explanatory Model of the Care utilization of Low-Income Children. *Medical Care* 36 (4): 554-566.

Muller M. (1996) Nursing-bottle syndrome: risk factors. *J.Dent.Children* 42-50

Penalver MA.; Gonzalez E.; Ostos MJ. (1997). Caries del biberón: posibilidades preventivas y terapéuticas (I). *Archivos de Odonto-Estomatología*. 13: 152-159.

RCOE. (2002) La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. v.7n.5 Madrid set-oct. [www.scielo.isciii.es/php?script=sci-arttext&pid=51138123x2002000600007&lng=pt&hrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/php?script=sci-arttext&pid=51138123x2002000600007&lng=pt&hrm=iso)>

Tinanoff N. (1995) Dental caries risk assessment and prevention. *Dent Clin North Am*. 39(4):709-719.

WHO. (1998-1999). Unless otherwise noted data are from centers for disease control and prevention. National Center for Health Statistics. Healthy People 2000. Review.