



Dental professional training and practice: tensions around the Hegemonic Dental Medical Model

Formación y práctica profesional odontológica: tensiones en torno al Modelo Médico Hegemónico Odontológico

MARÍA DEL CARMEN CORTÉS-QUIROZ¹, EDGAR CARLOS JARILLO-SOTO²

¹ Cirujana Dentista. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Profesora de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM - Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.  0000-0001-6510-0502

² Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.  0000-0002-8892-9855

ABSTRACT

This essay raises a reflection on the education, training and professional dental practice of oral health personnel, elements that articulated give rise to the construction of a Hegemonic Dental Medical Care Model, characterized by the production of a body of knowledge that supports its object of study in dimensions that validate and promote approaches for its understanding, and with them a positioning regarding the individual and collective health-disease-care-oral care process. From which oral health professionals establish technical interventions to face oral conditions, where alternative practices that emerged in the culture and present in the social environment of the subjects to maintain their oral health are frequently unknown or displaced. The final reflections point towards the role of universities, spaces where professional dental practice is scientifically validated and promoted through an established object of study, from which a hegemonic model of dental care is oriented, built, and strengthened, despite the strong, questioning that has occurred in recent years even by professionals in the field themselves exposing the tensions around the training and practice of the profession.

Keywords: health education, professional training, professional practice, dental care

Resumen

Este ensayo plantea una reflexión sobre la educación, formación y práctica profesional odontológica del personal de salud bucal, elementos que articulados dan lugar a la construcción de un Modelo de atención Médico Hegemónico Odontológico, caracterizado por la producción de un cuerpo de conocimientos que sustenta su objeto de estudio en dimensiones que validan y promueven enfoques para su comprensión, y con ellos un posicionamiento frente al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado bucal individual y colectivo. A partir de lo cual los profesionales de la salud bucal establecen acciones e intervenciones técnicas para enfrentar los padecimientos bucales, donde frecuentemente desconocen o desplazan prácticas alternativas surgidas en la cultura y presentes en el entorno social de los sujetos para mantener su salud bucal. Las reflexiones finales apuntan hacia el papel de las universidades y espacios donde se valida y promueve científicamente la práctica profesional odontológica, mediante un objeto de estudio establecido a partir del cual se orienta, construye y fortalece un modelo hegemónico de atención odontológica, a pesar del fuerte cuestionamiento que ha tenido durante los últimos años incluso por los mismos profesionales del campo, exponiendo las tensiones en torno a la formación y práctica de la profesión.

Palabras clave: educación en salud dental, capacitación profesional, práctica profesional, atención odontológica

Enviado: junio 05/2024 - Aceptado: febrero 11/2025



Cómo citar este artículo: Cortés-Quiroz MDC, Jarillo-Soto EC. Formación y práctica profesional odontológica, tensiones en torno al Modelo Médico Hegemónico Odontológico. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2025; 37(1): e358672. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v37n1e357387>



INTRODUCCIÓN

La salud bucal a nivel mundial muestra que la población sigue acumulando daños y consecuencias causadas por procesos de enfermedad bucal. La prevalencia de caries es un indicador sobre las perspectivas a largo plazo para valorar el estado de una dentición natural y funcional. En México el Sistema de Vigilancia de Enfermedades y Patologías Bucles,¹ mostró para los primeros 2 a 10 años de vida un promedio de dientes cariados de 3,6, y en el grupo de edad de 6 a 9 años de edad de 3,2, con un incremento en la experiencia de caries dental a los 19 años. La presencia de diversas patologías bucales en etapas tempranas de la vida no sólo es indicativa de futuros problemas dentales, también afecta la salud en general y los estilos de vida de las personas^{1,2}.

Las condiciones de salud bucodentales y las formas de responder a la enfermedad son resultado combinado de políticas sociales, económicas y sanitarias; la desigualdad económica es una de las principales causas para la incidencia y prevalencia de enfermedades y para el acceso a servicios odontológicos, como lo plantean algunas investigaciones sobre salud bucal y desigualdades entre los países^{3,4}.

En el contexto de la atención a estas condiciones de salud bucal, los servicios de atención odontológica se caracterizan por acciones fundamentalmente curativas y rehabilitadoras del daño, aun con propuestas novedosas⁵ se mantienen prácticas plenamente arraigadas en el Modelo Médico Hegemónico (MMH), sin reducir el deterioro de la salud bucal y con costos elevados, donde los presupuestos nacionales e individuales son insuficientes para cubrirlos, dando lugar a cuestionamientos distintos y articulados con relación a: 1) la profesión odontológica, 2) la formación profesional del personal de salud bucal, y 3) las prácticas profesionales odontológicas; todos enmarcados en lo que puede denominarse Modelo Médico Hegemónico Odontológico (MMH-O), a partir de la formulación de Menéndez⁶ sobre el Modelo Médico Hegemónico (MMH).

En este trabajo se analiza la articulación de estos tres aspectos, enfocado particularmente en el ejercicio profesional de la odontología, donde se reflejan los conocimientos adquiridos durante la formación académica con consecuencias en la práctica y en la prestación de servicios odontológicos. Se exponen tres apartados: en el primero se plantea la consideración sintética respecto al objeto de estudio de la profesión, con peso sustantivo en la formación y práctica de los profesionales de la salud bucal. En el siguiente apartado se presenta una perspectiva sobre el MMH-O, a partir del escenario de salud-enfermedad bucal y sus principales rasgos; se sitúan tres posibles formas de atención, bajo su influencia. En cuanto a las consideraciones finales, se enmarca una posible ruta alternativa centrada en la formación universitaria.

El objeto de estudio y la construcción del conocimiento: sustento del Modelo Médico Hegemónico Odontológico

El objeto de estudio en cualquier profesión es el hilo conductor para la construcción de su práctica profesional, su configuración teórica y las formas que asume su práctica, particularmente en la profesión odontológica frente a las necesidades del Proceso-salud-enfermedad-atención-cuidado bucal (PSEAC bucal) contextualizado en procesos sociales. Durante la formación del personal de salud bucal se promueve cierto tipo de conocimiento y prácticas articuladas en un cuerpo específico de teorías y métodos singulares⁷.

El objeto de estudio se sitúa como un elemento empírico y manifestación externa independientemente de su relación cognoscitiva; el producto teórico para conocerlo resulta en la construcción de conocimiento. Su significado radica en el modo como se le abstrae y construye como producto científico⁸, así el objeto implica cuatro niveles para entenderlo y explicarlo (Tabla 1).

Tabla 1. Niveles de comprensión del objeto de estudio⁷

Niveles	Dimensión	Lo que comprende
I	Ontológica	Sitúa al objeto en su dimensión de existencia particular
II	Epistemológica	Establece la relación entre el objeto y el cuerpo de conocimientos
III	Teórico-conceptual	Cuerpo teórico específico, teorías, métodos, singulares
IV	Técnico-instrumental	Modo de articular empíricamente al objeto

Fuente: por los autores

El nivel ontológico refiere a su existencia como proceso real confiriéndole un atributo particular por cambios con eventos relacionados de manera causal en el tiempo, constantes modificaciones y alteraciones sucesivas, no siempre en un mismo sentido⁷.

El nivel epistemológico se relaciona estrechamente con el nivel ontológico y marca la directriz para estudiarlo. Constituye el nexo inicial entre el objeto y el cuerpo de conocimientos para conocerlo, configurándolo como objeto de conocimiento y ya no solo como objeto empírico. Allí emerge una de las mayores dificultades epistemológicas por el riesgo de abstraer al objeto desde un cuerpo disciplinario particular, aislarlo por los resultados teóricos y no por su naturaleza y existencia concreta⁹.

En el campo odontológico el desarrollo de un sistema formal de conocimiento se ha cimentado con enfoque flexneriano*, mecanicista y cartesiano¹⁰ con base biológica, expresado en los currículos de las instituciones formadoras; incluye contenidos correlacionados con el trabajo clínico dental y la clínica médica, porque los enfoques y modelos de la práctica médica han sido la imagen transmutada para conceptualizar el objeto de la práctica odontológica¹¹. La investigación en este campo de la salud se orienta al conocimiento de tipo epidemiológico y de casos clínicos impulsados principalmente por el financiamiento de corporaciones del complejo odontológico[†]-industrial-farmacéutico¹².

La profesión odontológica general y especializada se organiza científica, social, gremial y políticamente por su configuración histórica como práctica profesional, limitando alternativas de desarrollo profesional¹³, configurando servicios de salud bucal enmarcados en un negocio autogestivo, regido por la oferta y demanda del modelo de práctica privada individual, fortaleciendo la mercantilización de la salud bucal¹⁴, donde los profesionales de la odontología incorporan una demanda potencialmente infinita de servicios, productos y procedimientos de salud bucal^{15,16}, construyendo representaciones sociales¹⁷ en la población, asociando la higiene dental al consumo de cepillos con ciertos atributos, color y forma de dientes. Estos procesos de medicalización social[‡] problematizan y dificultan la atención bucal en el contexto de situaciones con raíz social, profesional

*El modelo flexneriano mantiene los principios de análisis y optimización de procesos del taylorismo industrial que fueron introducidos a principios de Siglo XX en la educación universitaria, y mediante los cuales las casas de estudios en forma unidireccional proponen un perfil de egresado acorde a sus propios estándares. Prima, de este modo, una formación académica con una fuerte postura científicista y laboralista¹⁰.

†Una característica central de las reformas estructurales que ha sufrido la profesión odontológica es la invasión del trabajo y de la práctica por redes de poder inter y transnacional, que actúan desde el Complejo Médico Odontológico Industrial y Financiero con el fin de regular y facilitar la gobernanza en la prestación de servicios y las condiciones de calidad de estos mediante pautas de habilitación, guías de manejo, protocolos, hojas de vida de materiales y equipos, entre otros. Igualmente, ocurre con la formación del talento humano: las competencias instauran pautas de calidad que han sido diseñadas para un mercado globalizado y estandarizado (por ejemplo, pruebas saber pro, recertificación de profesionales, acreditación de programas en las universidades)¹².

‡Es un proceso que reduce la complejidad de los problemas de la vida a cuestiones médicas o psicológicas²⁰.

o derivadas de las relaciones interpersonales entre los pacientes y el personal de salud bucal¹⁸. Por la especialidad técnica, marginan prácticas de salud bucal alternativas y privilegian tratamientos curativos con tendencia al “narcisismo dental”, gestando una subjetividad acorde con una sociedad capitalista donde impera lo biológico, medicalizado, somático y corporal, consolidando una praxis dental de los deseos y vanidades como nueva mercancía en la era del consumismo¹⁹, enmarcando control ideológico y corporal operado con mecanismos de existencia intencionalmente invisibilizados^{20,21}.

Siguiendo a Foucault y la biopolítica²², puede comprenderse la separación de las prácticas odontológicas y las prácticas médicas mediante una especie de acuerdo para establecer la profesión dental en un área de actividad específica limitada al tratamiento de los dientes y los procedimientos con una técnica odontológica exclusiva; con lo cual el objeto diente se aísla de su propia existencia propiciando un rigor categorial y metodológico subordinado al hecho en sí, sin incorporarlo en su existencia social. No se trata de ubicarlo en el extremo contrario y explicar, por ejemplo, la desmineralización dental de la caries a partir de categorías sociales, es necesario contextualizar al objeto según su existencia real en un esfuerzo conceptual comprensivo de las dimensiones histórica, social y cultural donde ocurre, integrando las particularidades biológicas y las circunstancias sociales e históricas de los colectivos en quienes se presenta como ha sido señalado tempranamente²³, y no como sucede con el conocimiento odontológico prevaleciente limitado a una parte del “órgano dentario”²⁴. Para lograrlo se ha avanzado con la perspectiva cualitativa para ampliar la mirada con las necesidades de la población¹⁶, a pesar de su desarrollo incipiente y con un número limitado de publicaciones^{25,26}; es una tarea pendiente integrar una mirada cualitativa sobre el objeto de estudio. En ese marco, la dimensión teórica-conceptual afirma, legitima y justifica académica y socialmente el tipo de conocimiento que prevalece en la formación y práctica profesional del personal de salud bucal, que actualmente transita de una tendencia de conocimiento teórico disciplinar constituido en eje predominante, a una donde el conocimiento práctico y su aplicación se configura centralmente en los programas académicos²⁷.

Finalmente, la articulación empírica del objeto de estudio con una realidad concreta corresponde al cuarto nivel de comprensión: técnico-instrumental, donde la práctica odontológica circunscrita a la boca como alojamiento del diente y éste relacionado con la enfermedad, se separa de la historia del sujeto que la padece²⁸ con lo cual ha promovido el uso y socialización de técnicas altamente costosas²⁹.

La formación odontológica se sustenta en conocimientos reproducidos mediante prácticas educativas institucionales con actores involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje, quienes no solo transmiten conocimientos científicos, paralelamente encubren bajo argumentos científicos y técnicos, valores y juicios morales propios de los profesionales que sustentan y validan una forma de práctica profesional^{30,31}.

Práctica odontológica y su relación con el Modelo Médico Hegemónico-Odontológico

El PSEAC bucal, presente en las sociedades latinoamericanas, está inmerso en un campo sociocultural heterogéneo, con diferentes formas de desigualdad y estratificación social, en relaciones de explotación económica, y relaciones de hegemonía/subalternidad ideológico-culturales, donde las condiciones económico-políticas determinan formas de estratificación social dominantes,

subordinando procesos ideológicos y culturales a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales³².

Como ejemplo, en México a pesar de la larga presencia de la medicina tradicional³³, recientemente fue reconocida por la secretaria de Salud en la Ciudad de México durante la administración de la Dra. Claudia Sheinbaum quien expresó: 1) visibilizar, 2) dignificar y 3) fortalecer la medicina tradicional, con la creación de la Universidad Intercultural de la Ciudad de México, para impulsar conocimientos y prácticas de la medicina tradicional³⁴; implantando acciones políticas en salud para incorporar terapias alternativas y complementarias integradas al sistema de salud, con reconocimiento y regulación del uso odontológico de algunas medicinas alternativas y complementarias como acupuntura, fitoterapia, terapia floral y homeopatía, entre otras³⁵. Su integración plena aún es distante a pesar de lo planteado por organismos internacionales³⁶ atribuible a la idea de progreso, sustento de la política social y económica de gobiernos anteriores, imponiendo la biomedicina como la única capaz de hacer frente a los problemas de salud de la población³³.

En México, la política pública sobre salud bucal no ha logrado disminuir la prevalencia de las principales enfermedades: caries dental y enfermedad periodontal, con implicaciones complejas y múltiples determinaciones. Esa política se ha orientado a disminuir la experiencia de caries dental, enfermedad periodontal y cáncer bucal, con componentes educativo preventivo en escolares, educativo asistencial a personas consultantes y fluoración de sal y agua como acciones poblacionales³⁷. Los servicios de salud bucal públicos se corresponden al tipo de respuesta social organizada para enfrentar el PSEAC bucal, e integra acciones de instituciones sanitarias, académicas, organizaciones sanitarias y actores sociales^{7,38}.

La atención odontológica se organiza y provee a través del Sistema Nacional de Salud público y privado. El primero ofrece consulta odontológica no especializada, cuidados considerados básicos como la prevención y restauraciones simples en el primer nivel de atención³⁹, el acceso a los servicios de salud bucal lo determinan: 1) distribución y ubicación de los profesionales de odontología y 2) acceso a los servicios de salud bucal de los sistemas público y privado. En 2019 México registró a 130,090 profesionistas de odontología, solo 12,125 trabajan en contacto con pacientes⁴⁰; sumado a la capacidad de pago donde el acceso varía entre países según sus ingresos⁴¹. Así, las débiles políticas de salud bucal del Estado dejan al mercado la solución y atención de las enfermedades bucales, mercantilizándola y contribuyendo a las desigualdades en salud⁴². Además, en la mayoría de los países la cobertura del tratamiento dental suele ser limitada, delegando en las familias y personas el gasto directo con una proporción importante en el gasto ambulatorio y general del hogar⁴³.

En este contexto, la estructura de un sistema de atención complejo donde la población busca atender sus necesidades de salud bucal está configurado por tres modelos básicos de atención: 1) Modelo Médico Hegemónico, 2) Modelo Alternativo Subordinado y 3) Modelo de autoatención⁴⁴. El primero, ya descrito, se le denomina MMH-O y básicamente es la expresión de los servicios de salud bucal ofrecidos a través de sectores público y privado.

El Modelo Alternativo Subordinado, se refiere a prácticas reconocidas generalmente como tradicionales, derivadas del MMH, incluye conocimientos y técnicas no biomédicos⁴⁴ como ozonoterapia^{45,46}; algunos autores consideran debe ser incluida como medicina natural⁴⁷. Estas prácticas en el campo odontológico son mínimas y aunque puede haber apertura a conocimientos y prácticas de la medicina tradicional, se incorporan frecuentemente a través de la medicalización,

validándola en la práctica profesional como procedimiento, incluso en especialización profesional¹⁵; anulando el conocimiento y reconocimiento de la medicina tradicional y la posibilidad de dialogar con la biomedicina entre “médicos de bata blanca” (odontólogos) y médicos tradicionales en beneficio de la sociedad³³.

Finalmente, el modelo de autoatención, caracterizado por acciones inmediatas ante la presencia de enfermedades en la cavidad bucal para evitar su aparición, detener su avance, reparar daños y convivir con ellos. Con formas de autodiagnóstico y autoatención realizadas por la propia persona o miembros inmediatos del grupo familiar y/o diferentes grupos comunitarios, sin intervención directa de un curador profesional⁴⁸. Este modelo incluye acciones conscientes de no hacer nada, pero dirigidas a la curación, hasta el uso de equipos con determinado grado de complejidad³², constituye en realidad el primer nivel de atención.

La autoatención opera prácticas en salud bucal dirigidas a enfrentar y prevenir el dolor, usando plantas medicinales como elemento estructural del modelo sin costo económico, o muy escaso, socializado fácilmente entre la población⁴⁸; también incorpora automedicación, expresión de relación subordinada al MMH. También es el caso del cepillo y la pasta dental, artículos utilizados para el autocuidado como aporte de la profesión odontológica, aun cuando algunas familias los acogen parcialmente, por motivos culturales o por impedimentos sociales y económicos⁴⁹.

En estas prácticas la familia, especialmente las madres, tiene un papel fundamental en el cuidado de la salud bucal y la prevención de enfermedades en la infancia, el núcleo familiar es el principal receptor de conocimientos y comportamientos desarrollados en la sociedad y simultáneamente es el principal reproductor⁵⁰; son una manera de enfrentar a la enfermedad y simultáneamente un conjunto de representaciones y prácticas iniciales para decidir otras formas de atención a la salud bucal⁴⁸. Cada modelo de atención se usa por la población según sus circunstancias, no sólo para diferentes problemas sino también para un mismo problema de salud⁵¹.

El modelo de atención configurado funciona principalmente a través de acciones curativas, mantenimiento, control, normalización y medicalización con legitimación económico-ocupacional, vinculada con las industrias de la salud y de la enfermedad, relacionado con vicisitudes históricas como ocurre en México con el gobierno actual a partir del 1° de diciembre de 2018, y su propuesta de cambiar el proyecto neoliberal instaurado desde 1982, entre otros cambios. Algunas de las transformaciones implementadas en el área de la salud incluyen la reforma del 8 de mayo de 2020, la cual establece el derecho a la salud para las personas sin seguridad social. Esta reforma, novedosa y radical al menos en términos declarativos, reafirma el derecho⁵² desde una perspectiva distinta a la de los gobiernos neoliberales que, desde los años ochenta del siglo pasado, han regido en el campo social y sanitario bajo la lógica de privatización, mercantilización y neobeneficencia⁵³.

Consideraciones finales

La formación de los profesionales de la salud bucal, su práctica profesional y su expresión a través del MMH-O, representan una aproximación para comprender y explicar el comportamiento y desempeño, cuestionado en la profesión odontológica sin incidir en la reducción de procesos que afectan la salud bucal e integral de las personas y también en la forma de resolver sus necesidades

de salud bucal con la respuesta social organizada integrada por instituciones y organizaciones sanitarias, académicas y actores sociales.

La iniciativa de cambio en la enseñanza odontológica surgida en las décadas de los setenta y ochenta ha modificado algunos aspectos de la formación profesional, integrando aspectos preventivos en el currículo, investigación en la formación de pregrado, introducción de las ciencias sociales, implementación de clínicas integrales, y desarrollo de prácticas comunitarias. No obstante, persisten prácticas educativas en la formación odontológica que relacionan, sustentan y fortalecen el Modelo Médico Hegemónico Odontológico, con una visión acrítica del estudiante y en ocasiones del propio docente, y la institución educativa frente al contexto social político y cultural determinante de las condiciones de salud y del acceso a la atención odontológica de la población. En esencia este pensamiento acrítico fortalece la orientación académica fundamentalmente técnica, sustentada en el cumplimiento de actividades con una relación utilitarista entre estudiantes o profesionales y usuarios, subordinando el beneficio del enfermo a los objetivos académicos del estudiante o económicos del profesional, con casi ausencia de programas de colaboración interinstitucional entre instituciones formadoras y servicios de salud, situación persistente en la actualidad a pesar de su formulación temprana⁵⁴⁻⁵⁷.

Esencialmente es reflejo de la omisión del objeto de estudio odontológico en sus dimensiones de comprensión más complejas. Existen algunas experiencias educativas con un modelo curricular organizado alrededor de problemas de la vida cotidiana relevantes, articulados con el ejercicio profesional, en ambientes diferentes de estímulo intelectual y nuevos aprendizajes para docentes y estudiantes como responsables activos de su aprendizaje.

Sin embargo, mientras continúe la formación tradicional y, en consecuencia, el reforzamiento de la práctica profesional odontológica de siempre, los estudiantes ejercerán su práctica profesional nutriendo y ratificando el Modelo Médico Hegemónico Odontológico. Agudizando el problema cuando este modelo se traslada al ámbito de la salud bucal pública donde se reproduce este tipo de atención y, por lo tanto, las personas y poblaciones tendrán que seguir en la “carrera del enfermo” en sus procesos de salud enfermedad-atención y cuidado bucal: acudir a algún servicio odontológico dominante o realizar acciones de autoatención o incluso no hacer algo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

María del Carmen Cortés-Quiroz
cd-carmen@comunidad.unam.mx
+52 5563715241
Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM
Ciudad de México, México

BIBLIOGRAFÍA

1. México. Secretaría de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2021. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México; 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848162/RESULTADOSDELSSIVEPAB2021.pdf>
2. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. The lancet oral health series: implications for oral and dental research. *J Dent Res*. 2020; 99(1): 8–10. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034519889050>
3. Jiménez-Gayosso SI, Medina-Solís CE, Lara-Carrillo E, Scougal-Vilchis RJ, de la Rosa-Santillana R, Márquez-Rodríguez S, et al. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por escolares mexicanos de 6-12 años de edad. *Gac Med Mex*. 2015; 5: 127-33. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n1/GMM_151_2015_1_027-033.pdf
4. Acuña-González RG, Casanova-Sarmiento JA, Islas-Granillo H, Márquez-Rodríguez S, Benites-Valladares D, Villalobos-Rodelo JJ, et al. Desigualdades en salud bucal: relación del cepillado dental y la posición socioeconómica. *Comunidad y Salud*. 2022; 20(2): 63-71. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv20n2/art07.pdf>
5. Ensaldo-Carrasco E, Álvarez-Hernández LA, Peralta-Pedrero ML, Aceves-González C. Patient safety climate research in primary care dentistry: a systematic scoping review. *J Public Health Dent*. 2024; 84(3): 1-19 DOI: <https://doi.org/10.1111/jphd.12621>
6. Menéndez EL. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. 3a ed. Argentina: Universidad Nacional de Lánus; 2020.
7. Jarillo-Soto EC, Arroyave-Loaiza MG. El conocimiento de la salud y las ciencias sociales. *Rev Esp Pública*. 1995; 69(3-4): 265-76. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/view/1356>
8. Jarillo-Soto EC. La complejidad del concepto Salud-Enfermedad. En: Rosales Flores RA, Mendoza Rodríguez JM, López Ortiz CA (Coord.). *Epistemología de la Salud: perspectivas desde la transdisciplinariedad y el pensamiento complejo*. Ciudad de México: UACM; 2019. p. 99-116.
9. Chamizo JA. De la paradoja a la metáfora. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*. 2014; 11(3): 439-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/920/92031829015.pdf>
10. Spinelli H. Abraham Flexner: trayectoria de vida de un educador. *Salud Colect*. 2022; 18, e4053. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4053>
11. Lala R, Gibson BJ, Jamieson LM. The relevance of power in dentistry. *JDR Clin Trans Res*. 2021; 6(4): 458-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/2380084421998619>
12. Morales-Borrero MC. Transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá (1985-2015): proceso de inequidad acumulada. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/8083>
13. Jaramillo Delgado G, Velásquez Escobar JP, Marín Uribe A. La odontología: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2014; 25(1): 5-26. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/14459>
14. Luzuriaga MJ. La privatización de los sistemas de salud, la pandemia y la desprivatización en debate. *CEPAL Rev*. 2023; 139: 165-83. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48801-la-privatizacion-sistemas-salud-la-pandemia-la-desprivatizacion-debate>
15. Dalcanale Tesser Ch, Pezzato LM, Nunes da Silva E. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. *Saúde Soc*. 2015; 24(4): 1349–61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136108>
16. Canseco-Prado G, Jarillo-Soto EC. Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal. *Rev Odont Mex*. 2018; 22(3): 128-36. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2018000300128
17. Rubinstein J, Butinof M. Salud-enfermedad y cuidados odontológicos en la ruralidad: representaciones sociales de mujeres argentinas. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2022; 79(2): 146-9. DOI: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.31166>
18. Elío-Calvo D. La medicalización de la vida. *Rev Méd La Paz*. 2022; 28(2): 77-87. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582022000200078&script=sci_abstract
19. Padilla-Alvear PA, Fernández-Montecinos EA. Variaciones histórico-culturales de la estética dental. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2021; 33(2): 64-74. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfo.v33n2a10>

20. De la Raval M, Aurenque Stephan D. Medicalization, Prevention and healthi bodies: the topically of the contributions of Illinich and Foucault. *Revista de filosofia*. 2018; 55: 407-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.21555/top.voi55.914>
21. Carmona-Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Rev Cienc Salud*. 2020; 18: 66-82. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>
22. Velasco Cañas DF, Contreras-Landgrave G, Ibarra-Espinoza ML. Biopolítica y medicalización: un análisis de la pandemia por Covid-19 desde Michel Foucault. *Andamios*. 2023; 20(52): 411-29. DOI: <https://doi.org/10.29092/uacm.v20i52.1022>
23. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos médico-sociales*. 1982; 19: 1-11. Disponible en: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
24. Cortes-Castaño N. La práctica odontológica y la subjetividad. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2001; 13(1): 70-2. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/343854>
25. Cueto-Urbina E. Investigación cualitativa. *Appli Sci Dent*. 2020; 1(3). DOI: <https://doi.org/10.22370/asd.2020.1.3.2574>
26. Oliva P, Narváes CG, Buhning K. Investigación cualitativa en odontología, análisis narrativo de la evidencia existente. *Rev cubana Estomatol*. 2014; 51(3): 305-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000300007
27. Murdoch AIK, Blum J, Chen J, Baziotis-Kalfas D, Dao Ass Bai K, et al. Determinants of clinical decision making under uncertainty in dentistry: a scoping review. *Diagnostics (Basel)*. 2023; 13(6): 1076. DOI: <https://doi.org/10.3390/diagnostics13061076>
28. Pérez-Silva LE, Jarillo-Soto EC. La caries dental y la práctica odontológica con un nuevo abordaje desde la salud colectiva. *Med Soc*. 2024; 17(1): 43-50.
29. Sy A. La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(5): 1531-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>
30. Coronel Gamarra JA. Odontología social y su importancia en la formación de nuevos profesionales odontólogos. *Rev Acad Scientia Oral Salutem*. 2023; 4(1): 5-7. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.py/index.php/founc/article/view/121>
31. Cyrino Pithon A, Schraiber LB, Onocko-Campos RT. Apresentação – entre o especializado e o comum: ¿um diálogo possível? *Interface*. 2023; 27(2): 2-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230063>
32. Menéndez E. Determinantes sociales: teorías, exclusiones y saberes. *Revista de la Escuela de Antropología*. 2023; XXXII. DOI: <https://doi.org/10.35305/rea.viXXXII.256>
33. Menéndez EL. Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica. *Salud Colect*. 2022; 18: 4225. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>
34. México. Gobierno de la Ciudad de México. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, no. 1, (2 de enero de 2019). Disponible en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/bb31be7efb5f243f5f25db6038aa155a.pdf
35. Lovera-Arellano AA. Regulación en medicina alternativa y complementaria en América Latina: experiencia y reglamentación en países seleccionados [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. Disponible en: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14859>
36. World Health Organization. Atención primaria de salud: informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Geneva: WHO; 1978. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/39244>
37. Ladera-Castañeda MI, Medina-Sotelo CG. Oral health in Latin America: a view from public policies. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023; 3: 340. DOI: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023340>
38. Neira-Rozas JA. Ciencias sociales y salud: pre-textos para el debate. *Rev Austral Cienc Soc*. 2017; (5): 127-38. DOI: <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2001.n5-11>
39. Gobierno de México. Proyecto de Nación 2018-2024. México: Presidencia de la República; 2018. Disponible en: <https://www.cmdrs.gob.mx/sites/default/files/cmdrs/sesion/2018/09/18/1488/generales/proyecto-de-nacion-2018-2024.pdf>
40. México. Secretaría de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2019. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México; 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597944/resultadosSIVEPAB_2019.pdf
41. Hosseinpoor AR, Itani L, Petersen PE. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. *J Dent Res*. 2012; 91(3): 275-81. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034511432341>

42. Santos-Madriral O, López-Moreno S, Malagón-Oviedo R. Una aproximación teórico-metodológica crítica para el estudio de la salud bucal. *Rev Salud Problema*. 2022; 16(12): 31-59. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/702>
43. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a glance 2017: OECD Indicators [Internet]. OECD Publishing; 2017. Available in: www.oecd.org/health/health-at-a-glance.html
44. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colect*. 2020; 16: e2615. DOI: <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
45. Albuquerque Meira AB, Luna Santos A, Dos Santos Lima CR, Lima Milhomens FH, Araujo-Silva G, Orestes Cardoso MS, et al. Uso y aplicabilidad de la ozonoterapia en la práctica clínica de odontología: una revisión integradora. *Int J Odontostomat*. 2022; 16(4): 468-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2022000400468>
46. Salazar-Leal JL, Lozano-Belaunzarán RG, Martínez-Sandoval G, Carvajal-Montes de Oca MAA, Chapa-Arizpe MG. Ozonoterapia como adyuvante en el tratamiento periodontal no quirúrgico y quirúrgico. *Rev ADM*. 2020; 77(5): 267-71. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/96147>
47. Pérez-Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Paneque Gamboa MR, Pérez-Castro A. La ozonoterapia en estomatología. *MEDISAN*. 2009; 13(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448454010>
48. Ospina-Lozano EJ, Bellamy-Ortiz C. Autoatención en Salud Oral en el Pueblo Yanacona de los Andes del Sur de Colombia. *Acta Odontol Colomb*. 2011; 1(2): 85. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/28467>
49. Zelocuatecatl-Aguilar A, Ávila Rosas H, Caballero Peña IN. Actitudes y prácticas ante la búsqueda de atención odontológica en personas de la ciudad de México: estudio cualitativo. *Univ Odontol*. 2019; 38(80). DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.apba>
50. Santos-Madriral NO, Moreno A, Lara Flores NL. Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. *Rev Odontopediatr Latinoam*. 2021; 11(2). DOI: <https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.255>
51. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2003; 8(1): 185-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
52. Carrillo-Nieto JJ. El segundo año de gobierno de López Obrador en México: entre la pandemia y la exigencia de lealtad incondicional a su proyecto político. 2021; 2(2). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revesint/article/view/32617>
53. López-Arellano O, Jarillo-Soto EC. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(Sup): 1-13. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/b95pV6Yzp3Jh3NQ7bPmVrJJ/?format=pdf&lang=es>
54. Maupomé G, Díez J, López R. La educación dental en un momento crítico: consideraciones generales en el entorno profesional de América del Norte. *Salud Pública de México*. 1997; 39(6): 554-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639609>
55. López-Cámara VE, Lara-Flores NL. Enseñanza, investigación y práctica profesional de la odontología mexicana en el año 2003. *Rev Cienc Clín*. 2006; 7(1): 23-2. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=37580>
56. Saenz I. Odontología, la última profesión liberal. *e-Universitas UNR Journal*. 2009; 1(3). Disponible en: <http://hdl.handle.net/2133/1521>
57. Noll-Gonçalves R, Rodrigues da Silva Noll Gonçalves J, da Cruz Magalhães Buffon M, Bonato Negrelle R, Souza Cavalcanti de Albuquerque G. Práticas Integrativas e Complementares: inserção no contexto do ensino Odontológico. *Rev ABENO*. 2018; 18(2): 114-23. DOI: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i2.495>