

To
011294

T1145

**EVALUACION COMPARATIVA DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y
PREVENCION EN SALUD ORAL PARA ESCOLARES EN COLOMBIA Y
OTROS PAISES
(Revisión de Literatura)**

**DUQUE PALACIOS SUSY MARCELA
FLÓREZ TORRES ANGELA CECILIA
VALENCIA OSORIO LUZ MARINA
VIVEROS BENAVIDES MARIA JOSE**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
UNICOC
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BOGOTA, D.C.
2008**

**EVALUACION COMPARATIVA DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y
PREVENCION EN SALUD ORAL PARA ESCOLARES EN COLOMBIA Y
OTROS PAISES
(Revisión de Literatura)**

**Trabajo de Grado para Optar el Título de
Odontóloga**

**DUQUE PALACIOS SUSY MARCELA
FLÓREZ TORRES ANGELA CECILIA
VALENCIA OSORIO LUZ MARINA
VIVEROS BENAVIDES MARIA JOSE**

**Asesor Científico
Dra. VANESA DE LA ROSA**

**Asesor Metodológico
Dra. CLAUDIA ALCAZAR**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
UNICOC
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BOGOTA, D.C.
2008**

DEDICATORIA

*A nuestros padres, hermanos, esposos e hijos,
por el esfuerzo constante e inagotable
durante todo el camino que recorrieron junto a nosotras
para culminar con éxito esta nueva meta.*

AGRADECIMIENTOS

Al Colegio Odontológico Colombiano
A nuestra asesora científica la doctora
VANESA DE LA ROSA

A nuestra asesora metodológica la
Dra. CLAUDIA ALCAZAR
Por su dedicación e inmensa colaboración

CONTENIDO

1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS	9
1.1. PROBLEMA	9
1.2. JUSTIFICACION	10
1.3. PROPOSITO	11
1.4. MARCO TEORICO	11
1.4.1. Marco legislativo:	11
1.4.2. Marco Referencial	15
1.5. OBJETIVOS	41
1.5.1 Objetivo General	41
1.5.2. Objetivos especificos	42
2. ASPECTOS METODOLOGICO	43
2.1. TIPO DE ESTUDIO	43
2.2. POBLACION OBJETO	43
2.2.1. MUESTRA	43
2.3. OBJETO DE ESTUDIO	43
2.4. CRITERIOS DE SELECCION	43
2.4.1. Criterios de Inclusión	43
2.4.2. Criterios de Exclusión	44
2.5. UNIDADES DE ANALISIS	44
2.6. PROCEDIMIENTO	44
2.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	46
3. RESULTADOS	47

4. CONCLUSIONES	55
5. RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFIA	59

1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS

1.1. PROBLEMA

En la promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad bucal encontramos que participan varias disciplinas claramente diferenciadas como las ciencias de la salud, de la conducta, de la educación y de la comunicación, que serán el núcleo básico sobre el que se sustenta el programa tanto teórico como práctico de la promoción y prevención de la salud oral (ALMERICH, 2004).

Una adecuada educación en higiene buco-dental en niños es deseable para que éstos adquieran desde la infancia unos hábitos saludables que prevengan posibles enfermedades odontológicas en el futuro.

En el ámbito internacional y nacional, existen diferentes entidades encargadas de promover campañas de educación y prevención de la salud oral algunas son: La Organización Mundial de la Salud (OMS), La comunidad odontológica en América Latina, integradas en la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL) y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina; Colombia a pesar de ser un país en vía de desarrollo cuenta con campañas de promoción y prevención en salud oral, sin embargo es necesario preguntarse ¿Cuáles son los programas de promoción y

prevención en salud oral para escolares en Colombia, comparados con otros países?.

1.2. JUSTIFICACION

La higiene oral y por supuesto los correctos hábitos de higiene y alimentación son la clave para mantener una dentición sana y disminuir los índices de placa bacteriana y de enfermedades asociada a ésta.

Actualmente existen numerosas herramientas pedagógicas que facilitan la transmisión de la información, entre ellas las cartillas lúdico-pedagógicas, en donde los niños interactúan con la herramienta, con el padre que supervisa y aprende jugando de una manera fácil y divertida, lo que facilita la adquisición de conocimientos y con la práctica diaria el afianzamiento de correctos hábitos de higiene.

Por lo anterior, es muy importante establecer los tipos de herramientas educativas empleadas en la promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad oral, además, evaluar que tan efectivas han sido en cuanto a prevención y disminución de las enfermedades orales, con que periodicidad deberían ser implementadas, y que beneficios y deficiencias han presentado en las poblaciones y comunidades pues los odontólogos y estudiantes deben estar en condición de reconocer estrategias de enseñanza promoción y prevención en salud oral.

1.3. PROPOSITO

Establecer los programas de promoción y prevención en Colombia comparándolos con otros lugares del mundo.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. Marco legislativo: La ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), determina la organización, administración, financiación, control y obligaciones del sistema de salud. Contempla los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, concertación y calidad en la prestación del servicio¹.

Acuerdo 33 de 1996 del consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS). Fija los criterios de utilización, distribución y manejo de los recursos de la subcuenta de promoción de la salud, que se destinarán principalmente a las actividades de prevención de la enfermedad.

Resolución 3997 de octubre de 1996. Establece las actividades y los procedimientos para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud. En esta norma se

¹ Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal, 1996

hace la distinción entre promoción y prevención; en el artículo 3° definió la promoción en el sistema general de seguridad social

En el capítulo II se establecen Programas de prevención de alteraciones del crecimiento del aparato estomatológico, de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de sellantes, fluorización y medidas de higiene oral así como las actividades de promoción y prevención siendo las pertinentes para la población objeto de estudio las siguientes:

Educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales y posturales, técnicas de cepillado: Control de placa bacteriana. Control de crecimiento y desarrollo, de funciones vitales (respiración, fonación, deglución, succión).

Colocación de flúor tópico. Colocación de sellantes.

En el Capítulo III Se Establece La Programación Y Estrategias Para El Desarrollo De Las Actividades De Promoción Y Prevención. El Artículo 7° Hace Referencia A La Programación De Actividades. Para el desarrollo de los contenidos enunciados en el Artículo sexto de la presente Resolución, las EPS, Entidades Adaptadas y ARS deberán realizar una programación anual de los contenidos de promoción y prevención, adecuada al perfil epidemiológico de su población afiliada, orientada a producir un impacto medible de la situación de salud. Las EPS, Entidades Adaptadas y ARS deberán ajustar y armonizar su programación a las metas

territoriales y nacionales en salud pública.

Resolución 4288 de noviembre de 1996. Define el PAB como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, de carácter gratuito, estatal y obligatorio. Identifican las acciones de promoción desde la salud pública: La salud integral de los niños, niñas y adolescentes, de las personas de la tercera edad, de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía.

En el 2005 se promueve el proyecto de acuerdo no. 243 de 2005, "Por medio del cual se establece como política pública en salud la atención y promoción preventiva en salud oral al menor de cero a catorce años de edad y atención asistencial al adulto mayor, en Bogotá distrito capital, y se dictan otras disposiciones"

En Bogotá se crean programas de atención odontológica para niños, mediante la siguiente legislación: El Pacto por la Salud Oral "Para que la salud oral este en boca de todos", firmado el 31 de Octubre de 2004 en Bogotá, facilitó un espacio de encuentro de los diferentes actores sociales y políticos de la ciudad y permitió que algunos sectores interesados formularan alternativas para desarrollar esta política. El Concejo Distrital no ha estado aislado de esta problemática y es así como desde el año 2005 se han presentado tres proyectos de acuerdo que tratan este tema:

En el 2006 se promueve el proyecto de acuerdo 442 de 2006. "Por medio del cual se establece de manera permanente el programa de "salud oral al colegio", en Bogotá Distrito Capital

En el año 2007 se presenta el Proyecto No. 065, "Por medio del cual se establece de manera permanente el programa Salud Oral al Colegio, en Bogotá Distrito Capital", Presentado por los concejales Fernando López Gutiérrez y Yamile Medina Medina, con el cual se busca fortalecer la estrategia de salud al colegio, facilitando una permanencia del programa de salud oral en los colegios distritales.

Resolución 3997 de 1996, Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del SGSSS y por las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de salud.

Resolución Número 412 De 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 1078 de 2000, Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

Resolución 1745 De 2000: Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución Numero 3384 De 2000, Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

1.4.2. Marco Referencial:

La promoción de la salud es definida como la estrategia social encaminada a desarrollar el potencial de individuos y poblaciones, que genera medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar, donde la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia, por ser factores inherentes a la cotidianidad del niño, y se convirtieren en elementos facilitadores para permitir un acercamiento al entorno

del menor, que contribuyen a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud(ALMERICH, 2004)..

El componente bucal de la salud continúa siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y de bienestar de la población. El cambio de objetivos en la odontología, de la atención a la enfermedad hacia el fomento de la salud cada día cobra más fuerza. La comunidad odontológica en América Latina, integradas en la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de universidades de América Latina (OFEDO/UDUAL) y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina, en el marco de las metas del milenio, propone (AVELLANEDA, 2000):

1. Incluir la salud bucal como un indicador de pobreza.
2. Garantizar el 50% de los niños sanos a los 12 años de edad para el 2015, estableciendo como objetivo para América Latina un CPOD de 1 a 2.9 para el año 2015.
3. 90% de los niños y niñas sean promotores de salud bucal.
4. 70% de niños sanos a los 12 años y 70% de niños sin hábitos deformantes.
5. 70% de embarazadas saneadas al momento del parto y el índice de higiene oral simplificado no mayor de 1.
6. Garantizar la atención odontológica al 100% de pacientes VIH positivos.

7. Garantizar el acceso al agua potable y los programas de fluoruración del agua.

8. Conformación de amplias redes de alianzas entre las comunidades, los servicios, gremios y academias.

El logro de estas metas requiere de un trabajo interdisciplinario, en el que se profundice el énfasis en la prevención, dándole prioridad desde las instituciones a las acciones de promoción y a la educación masiva de la población, para mantener a las personas sanas. Se requiere además, consolidar un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos que permitan abordar el componente bucal de la salud desde sus dos dimensiones: la social y la biológica, para sustituir las metas basadas en la enfermedad, por metas sustentadas en la salud, desarrollando una práctica odontológica con sentido de totalidad (OMS/FDI, 200).

Las acciones de promoción de salud ejecutadas por los diferentes programas institucionales consisten en transmitir información, como una estrategia para lograr cambios en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de su salud bucal. Estas acciones no han logrado consolidarse como verdaderos programas de educación en salud.

Educación y aprendizaje: La enseñanza para J. Elliot, 2000, es una actividad capacitadora que aspira a facilitar un proceso dialéctico indeterminado entre las estructuras públicas del conocimiento y las subjetividades individuales. La comunidad odontológica que se propone lograr cambios en el perfil de salud enfermedad bucal de la población venezolana, por medio de la educación masiva

y participativa, debe trascender los límites del tradicional modelo de educación para la salud, que solo se propone suministrar información a los usuarios de los servicios y escuelas. La actividad educativa debe orientarse en forma bi - direccional, como un proceso en el cual ambos actores, tanto los profesionales de la odontología como la población que participa, aprendan en forma recíproca, reconociéndose el conocimiento previo que los mismos tienen en cuanto a la salud bucal y compenetrándose con el ámbito donde tienen origen y reproducción los hábitos en forma general: la familia (Elliot, 2000).

Por ser los conductores primarios de la socialización de los niños, los padres y el entorno familiar, tienen un papel protagónico en la promoción de los procesos protectores de la salud, el cual no ha sido considerado en lo que a la salud bucal se refiere, ya que los programas de promoción y prevención específica se encuentran dirigidos, fundamentalmente a las escuelas. Ésta última, es también una institución decisiva en la formación de los niños, pero con muy poca participación por parte de los padres. (OMS/FDI, 200).

Peralta y Fujimoto, señalan que es fundamental la participación permanente de la familia en la educación inicial, para establecer así una mutua complementariedad entre la familia y los agentes educativos externos, dado que cada uno aporta aspectos comunes y diferenciales en un ámbito tan delicado como es el crecimiento y formación del niño en sus primeros 6 años de vida (Peralta Y Fujimoto, 2000).

Cualquier programa educativo en esta edad requiere de un lenguaje sencillo, acompañado de grandes contenidos gráficos, con alto grado de creatividad plasmado en el juego. Si la intención es realizar una retroalimentación sobre conceptos referentes a salud bucal, apropiados por el niño menor de 7 años, la mejor manera es formular preguntas sencillas, intercalando actividades lúdicas entre ellas. (AVELLANEDA, 2000)

Las experiencias, modifican a las personas. Los intercambios con el medio, modifican las conductas. Por lo tanto, las conductas se darán en función de las experiencias del individuo con el medio, con lo cual se adquieren conocimientos que se fijan en la memoria (Andreu, R, 2002). Dichos aprendizajes, permite cambios en la forma de pensar, de sentir, de percibir las cosa, producto de los cambios que se producen en el Sistema Nervioso. Por lo tanto los aprendizajes nos permitirán adaptarnos al entorno, responder a los cambios y responder a las acciones que dichos cambios producen (Anmdreu, R, 2002).

Para Navas, 1998, es el proceso a través del cual se adquieren habilidades, destrezas, conocimientos, como resultado de la experiencia, la instrucción o la observación, sostiene que es el proceso por medio del cual la persona se apropia del conocimiento, en sus distintas dimensiones: conceptos, procedimientos, actitudes y valores. El aprendizaje es el proceso mediante el cual se integran conocimientos, habilidades y actitudes para conseguir cambios o mejoras de conducta. Por lo tanto, el aprendizaje es una acción, que toma el conocimiento (en

un sentido amplio) como input y genera nuevo conocimiento (Navas, 1998).

Aprender es el proceso por el cual se adquiere una determinada información y se almacena, para poder utilizarla cuando parece necesaria. Esta utilización puede ser mental (p. ej., el recuerdo de un acontecimiento, concepto, dato), o instrumental (p. ej., la realización manual de una tarea). En cualquier caso, el aprendizaje exige que la información penetre a través de los sentidos, sea procesada y almacenada en el cerebro, y pueda después ser evocada o recordada para, finalmente, ser utilizada si se la requiere. Por ello, los cuatro procesos que se consideran esenciales, son la atención, la memoria, la motivación y la comunicación. (ALMERICH, 2004).

Las técnicas o estrategias de aprendizaje, son el conjunto de actividades, técnicas y medios que se planifican de acuerdo con las necesidades de la población a la cual van dirigidas, los objetivos que persiguen y la naturaleza de las áreas y cursos, todo esto con la finalidad de hacer más efectivo el proceso de aprendizaje. (OMS/FDI, 200).

Las Actividades: Son las tareas que realizará el participante. También se les puede definir como la guía que orientará tanto al facilitador como al participante sobre, qué, cómo, cuándo y por qué hacer, de tal manera que junto a las técnicas de aprendizaje, conforma el proceso de aprendizaje. (Euroforum 1998),

Técnicas: una técnica de aprendizaje es un procedimiento que estructurado de manera lógica y atendiendo a las características de la audiencia (participantes),

del objetivo y del contenido tiene como propósito dirigir y facilitar el aprendizaje del participante a lo largo del proceso de aprendizaje. (OMS/FDI, 200).

Los Medios para el Aprendizaje: Son los medios de comunicación utilizados por el facilitador y por el participante, los cuales le proporcionan información relevante al participante con la finalidad de facilitar el aprendizaje y lograr los objetivos previamente establecidos. Un medio, permite comunicar a la audiencia información sobre un tópico y provocar en ésta una respuesta que sirva a los fines específicos del aprendizaje (Lévy, P. 1999):

Existen diferentes tipos de estrategias de aprendizajes, estas se clasifican de acuerdo: Al tipo de participación. Al control de la presentación y procesamiento de la información y, a la presentación de la información. Lo más recomendable es utilizar estrategias de aprendizaje, en especial aquellas que promuevan en el participante el desarrollo de habilidades y destrezas que le faciliten procesar, organizar y transferir la información que recibe del medio. El cambio de los instrumentos de transmisión del conocimiento (del impreso al electrónico) ha hecho necesario educar el uso y la interpretación de las imágenes y de la representación visual, en otras palabras al aprendizaje visual (aunque esto sea a menudo instintivo), pero para seguir el ritmo moderno de la evolución, más que transmitir información, es necesario estimular la creatividad y la capacidad de orientación autónoma, las habilidades personales del pensamiento y también la capacidad de colaborar con los demás(Lévy, P. 1999):.

En la categoría de los instrumentos para el aprendizaje visual se colocan los mapas conceptuales, las simulaciones en ordenador, cartillas y otros métodos. Las imágenes creadas con estos instrumentos no sólo transmiten información básica, sino que permiten al observador ver las relaciones, estructuras, modelos o características que de otro modo no serían evidentes. Las técnicas visuales, como los mapas conceptuales y cartillas ayudan a: Depurar el pensamiento. La representación gráfica hace explícito cómo es que se relacionan los conceptos, aún cuando se trata de grandes cantidades de conceptos, priorizando la comprensión de los conceptos nuevos. La posibilidad de Knowledge Manager de organizar los conceptos en grupos afines, ofrece un método más para establecer grupos de conceptos y organizar el conocimiento (OMS/FDI, 200).

Reforzar la comprensión. La posibilidad de poder por sí mismos interactuar con los mapas y "retratar" lo que han aprendido, del modo en que individualmente lo han aprendido -el aprendizaje, en última instancia es individual- permite a los estudiantes interiorizar y adquirir el conocimiento. Es importante observar cuanto aumenta la seguridad el estudiante en la calidad de su conocimiento. (Euroforum 1998),

Integrar nuevo conocimiento. La representación visual permite al estudiante constatar el desarrollo de la propia comprensión integral que las palabras o cualquier comunicación secuencial no pueden ofrecer. La integración se realiza tanto en el tópico objeto de estudio como con respecto al conocimiento precedente del estudiante. La racionalidad de la integración del nuevo conocimiento con el

conocimiento precedente, en la medida en que el estudiante progresa, le permite una sólida comprensión de la materia objeto de estudio (Lévy, P. 1999).

Promoción y prevención de la salud oral en el ámbito internacional: La red de atención a la infancia de la Comisión Europea (Comisión Europea: Objetivos de calidad en los servicios infantiles. Red de atención a la Infancia de la Comisión Europea , 1996), propone que todos los centros infantiles incluyan una filosofía educativa en cuya elaboración participen padres, personal de los centros y otros actores involucrados. Esta filosofía debe promover interés por el aprendizaje, conceptos biológicos, higiene, salud, alimentación y otros. La manera de llevar a la práctica esta filosofía debe establecerse sobre la base de estrategias educativas sistematizadas en programas que partan de las necesidades de los niños y estén apoyadas en la tesis de que la construcción del conocimiento en el niño se da mediante las actividades que realiza con los objetos, ya sean concretos, afectivos o sociales, que constituyan su medio natural; el juego y el dibujo, serán las herramientas para expresar la adquisición de nociones y conceptos. (OMS/FDI, 200).

Estrategias de educación en salud oral según la Comisión Europea 1996:
Estrategia 1: Diseño y elaboración de carteleras con temática de salud y hábitos de higiene. Elaboración de trípticos informativos. Acciones: equipos de trabajo con los padres, búsqueda, recolección, discusión y elaboración de material didáctico alusivo al tema. (AVELLANEDA, 2000)

Estrategia 2: Charlas educativas preventivas sobre dentición primaria y hábitos bucales saludables. Acciones: exposiciones orales de las temáticas y discusión interactiva entre investigadores, padres y niños, identificación de alimentos cariogénicos y no cariogénicos, participación de los padres y docentes y niños en las prácticas continuas y guiadas de técnicas de higiene bucal, sobre un modelo y en la boca.

Estrategia 3: Eventos lúdicos relacionados con la salud bucal donde participen padres, docentes y niños. Acciones: realización de obras teatrales con títeres, disfraces alusivos a dientes sanos y caries dental, adivinanzas, crucigramas y concursos sobre salud bucal, entrega de premios sorpresas, material para colorear, recortar y pegar, presentación de videos. (OMS/FDI, 200).

En 1992, se adelantó el estudio titulado El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas, por J.M. Freire, se observó que: “un indicador significativo es la evolución del índice de restauración (el porcentaje de caries tratadas del total de CAO), que fue del 81,1% en Navarra en 1997, y del 73,3% en el País Vasco en 1998, mientras que era del 42,17% en 1988. Estos resultados cumplen y sobrepasan los objetivos de salud dental infantil fijados en los Planes de Salud de Navarra¹¹ y del País Vasco¹² de principios de los años 90. Estos logros son un motivo de satisfacción para ambas comunidades y deben ser celebrados porque suponen un no pequeño avance en salud y calidad de vida y deben dar pie a dos reflexiones importantes. En primer lugar la importancia de la evaluación de los programas, incluyendo inexcusablemente en

ella la evaluación comparada de los mismos para mejorar su equidad, su efectividad y calidad y, no en último lugar, su eficiencia. En segundo lugar, lo necesario e inaplazable de avanzar más allá de la salud dental infantil, incluyendo plenamente la salud dental dentro de las competencias y del campo de acción de las autoridades sanitarias, como sucede en todos los demás países desarrollados, dado el desarrollo socioeconómico y sanitario de nuestro país". (ALMERICH, 2004).

En el 2001 se publica en Cuba un estudio titulado "Atención estomatológica a niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba", realizado por Dr. Amado Rodríguez Calzadilla y Dra. Carolina Valiente Zaldívar, donde se reporta que: Para el éxito de la promoción y prevención de la salud bucal de la población referida, uno de los aspectos de mayor relevancia se le confiere a la atención primaria de estomatología con enfoque de riesgo, que consiste en la identificación y control de los riesgos a enfermar de las principales afecciones bucales⁶ basados en los factores determinantes del estado de salud bucal (Rodríguez, 2001).

En el 2001, el gobierno de Valencia adelanto un estudio titulado "Evaluación de las Actividades del Programa de Salud Bucodental, año 2001", donde sostienen que paralelamente a la elaboración del programa escrito de evaluación al programa, deben confeccionarse los sistemas de registro para realizar un seguimiento adecuado del programa, tanto en sus actividades como en sus resultados. (AVELLANEDA, 2000)

Eino Honkala, et al, 2002, en su estudio adelantado en Madrid, reportan que Existen fuertes asociaciones entre los hábitos de los padres y los de sus hijos³⁸. Los países nórdicos han reducido las caries infantiles precoces por medio de una amplia educación de salud oral, comenzando por las madres en los primeros meses de embarazo. También recomiendan que: "Las estrategias tradicionales actuales de promoción de la salud oral orientadas a la curación son relativamente poco eficaces y muy caras. La promoción de la salud oral debiera fijarse los objetivos siguientes: uso racional de los productos con azúcar, fluoración de la boca, higiene oral eficaz, reducciones del consumo de tabaco y alcohol, prevención de los traumatismos y uso adecuado de la atención dental" (Eino Honkala, et al, 2002).

En Costa Rica, se adelantó un estudio titulado "Resultados de la valoración de la condición bucodental en niños y adolescentes de la clínica central, 2001-2003", por Dra. Violeta Renzo Suero, se indica que, los adolescentes no están poniendo en práctica el conocimiento respecto a salud e higiene bucodental que diariamente se les transmite, como parte de las acciones en promoción de la salud, definidas institucionalmente. - Crear estrategias que sean atractivas para lograr cambiar actitudes y prácticas en el adolescente con la intención de mejorar su salud bucodental (Renzo, 2003).

Dra. Norailys Pérez Navarro y Dra. Cira Andrea León, 2003, en el artículo titulado "educación para la salud: El mural de mami y papi": realizaron en Cuba un mural educativo con el fin de dar orientaciones de prevención y promoción de salud acerca de la caries dental, los hábitos adecuados de dieta, de higiene bucal y para la salud en general mediante un contacto previo con los padres y el niño, con el objetivo de lograr modificaciones de comportamiento entre estos y poder realizar la educación de un valor: el cuidado dental preventivo. Se comprobó la eficacia de un mural como técnica de promoción y prevención de salud (Pérez, 2003).

En un estudio adelantado por Muñoz Sánchez Shareni, y colaboradores, 2005, en México, titulado Investigación En Niños De 6 A 12 Años Sobre Higiene Bucal Analizando Índice De Placa Dentobacteriana, Se observó que la higiene bucal en niños de 6 a 12 años no es tomada con la importancia necesaria. Es necesario fomentar una cultura mas profunda acerca de la importancia que tiene el tema de higiene bucal dándole seguimiento con más información, carteles, pláticas y campañas gratuitas (Muñoz, 2005).

Según, Bernabé Ortiz Eduardo, Sánchez-Borjas Pablo César Y Delgado-Angulo Elsa Karina, 2006 en el estudio adelantado en el Perú, titulado "efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses", reportan que: "A diferencia de la mayoría de estudios previos realizados en poblaciones infantiles la intervención se realizó en la comunidad más que en un centro educativo. Si bien la iniciativa de "escuelas promotoras de salud" ha demostrado

ser efectiva, pocos estudios han planteado modelos alternativos dirigidos a resolver las necesidades de salud oral de la población infantil. La búsqueda y comparación de diferentes modelos de atención a grupos es una parte esencial de la salud pública (Ortiz, et al, 2006)”

En el 2006, el gobierno de Canarias realizó un estudio titulado “Más de 7 mil escolares canarios han participado en un programa de la Consejería de Sanidad para mejorar la salud bucodental”, describe El Programa “Cepillín Cepillán” consta de actividades como una encuesta a los padres sobre hábitos de salud y alimentación, material educativo para colorear, recortar y pegar, juegos, la obra de teatro “La Muela Manuela” protagonizada por títeres, así como canciones y registros semanales de desayuno y de hábitos higiénicos en casa, entre otros. Se concluyó que: Los contenidos de las charlas para padres y madres pueden ayudar a modificar estos hábitos perjudiciales. (AVELLANEDA, 2000)

En Cuba en 2006, en un estudio titulado Estrategia de intervención para proporcionar conocimientos sobre salud buco-dental a niños de enseñanza primaria, realizado por MSc. Dr. Jorge Otero Martínez , se concluye que: Las dinámicas como el juego tienen un lugar privilegiado, se entienden como elementos de motivación, refuerzo, síntesis, reflexión y han sido empleadas convenientemente en nuestra investigación estimulando la adquisición de conocimientos sobre salud bucal. Luego de la aplicación del programa se obtienen resultados satisfactorios en el 100 % de los infantes intervenidos en cuanto al

perjuicio de la ingestión de azúcares y lo referente a la importancia del uso del flúor para hacer al diente más resistente a la caries (Otero, 2006).

Estrategias de promoción y prevención en Colombia: La Salud Bucal de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios nacionales realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1998, a pesar de lo cual, sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas. El espacio de su desarrollo, presenta igualmente una compleja situación, en la cual confluyen múltiples factores provenientes por una parte, de la estructura del sistema de salud actual, pero también provenientes de los esquemas laborales, de formación y de relación sectorial e institucional de la profesión. Estas y otras circunstancias que puedan considerarse, permiten tener presente que igualmente las soluciones son complejas, y deben ser cuidadosamente elaboradas y concertadas, partiendo de los intereses y prioridades de los actores, pero con la firme decisión de ser también parte de la solución y de que el bienestar general prima sobre los intereses particulares².

En 1979 se nombró un comité para estudiar la factibilidad de la incorporación del flúor a la sal en Colombia y en 1984 el Ministerio de Salud expidió el Decreto No.

² República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Grupo Planes de Beneficios. PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL (PNSB). 2005 - 2008

2024 del 21 de agosto de 1984. A partir de 1987, las ciudades que contaban con agua fluorada suspendieron la medida y en 1989 se inició la distribución de la sal con flúor, hasta ese momento bajo el monopolio estatal. Sin embargo, la empresa enfrentó dificultades y hubo poco cumplimiento de la norma en los primeros años, además se estableció al poco tiempo el libre comercio de la sal. Así, la más ambiciosa política de salud bucal en Colombia ha tenido grandes dificultades y actualmente no cuenta con un control y monitoreo adecuado³.

Otro programa preventivo fue “El Programa de Acción Preventiva Odontológica” dirigido desde la Nación, con actividades de educación y enjuagues de flúor a los escolares matriculados en los establecimientos oficiales de educación básica primaria, que funcionó hasta 1998.

Otros programas desarrollados fueron los “Programas Incrementales de Salud Oral (PISO), a cargo de las direcciones seccionales de salud, que en su mayoría se limitaron a reparar el daño causado por la caries.

Tal vez la campaña que más trabaja a nivel nacional por la prevención de la salud oral en Colombia, es la patrocinada por la transnacional Colgate Palmolive a través del "Doctor Muelitas", la cual llegó hace 30 años a los colegios para

³ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Grupo Planes de Beneficios. PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL (PNSB). 2005 - 2008

enseñarles a los niños a cepillarse los dientes. En un país donde el consumo per cápita de crema dental es de 260 gramos y de un cepillo al año, la empresa Colgate dirigió su mirada a la niñez. En 1971 llegó Muelitas a los colegios, con un extenso material didáctico que se entregaba a los maestros, y hoy se han beneficiado cerca de 4.000 planteles educativos en todo el país (TORREGROSA, 2003).

El resultado detectado en esta campaña, es que los niños captaron mejor el mensaje y hay un cambio de hábitos de higiene, pues la salud oral de la población infantil mejoró con respecto de la década de los años 80. Desde hace 5 años se incorporó el programa "Sonrisas brillantes, futuros brillantes", que consiste en llevar a los colegios materiales que pueden ser usados como parte del pensum académico y que tienen como finalidad difundir durante todo el año lectivo, las buenas prácticas de higiene bucal y a la vez reforzar la autoestima de los pequeños. (TORREGROSA, 2003).

Por medio de este material educativo se llega también a los padres, para que ellos supervisen el cepillado de los niños y así garanticen la continuidad del programa fuera de las aulas. Por eso, la empresa Colgate también inició un proyecto que ha denominado 'Una mirada adulta al cuidado de su salud oral', que consta de videos, afiches y cartillas educativas que se distribuyen a través de Secretarías de Salud, facultades de odontología, EPS, IPS. (TORREGROSA, 2003).

A través del Instituto de Ciencias de la Salud -CES-, en 1999 se implementó el programa de promoción en salud oral con agentes educativos, que fue contratado por la ARS Comfama y que se ha realizado con éxito en barrios de la zona nororiental de Medellín.

Desde agosto de 1999 hasta febrero del 2000, se realizó el estudio piloto con visitas a 120 familias, en las cuales se llevaba material educativo titulado "Por Amor Propio", el cual consta de una fotonovela de cuatro capítulos acompañada de una historia radial y un capítulo de mantenimiento un año después. Los aspectos que mejoraron fueron el aumento en la frecuencia del cepillado de un 55,8% a 81,4%, aumento en la frecuencia del uso de la seda dental del 18.6% al 65.1% y el aumento de la consulta odontológica del 32.6% al 69.8%. El proyecto se divulgó a nivel nacional e internacional, como en el 129 Encuentro Anual de la Asociación Americana de Salud Pública APHA, Atlanta-Estados Unidos, y además la empresa Colgate-Palmolive y el CES publicaron el Manual del Agente Educativo, para reforzar las prácticas de cuidado e higiene oral. El programa continúa adelantándose hasta este mes y estará sujeto a la implementación de la Ley 715, que ordena que los entes territoriales asuman la promoción y prevención en las comunidades. (ESLAVA, 2006)

En 1977 y 1980 se adelantó el Estudio Nacional de Salud donde se incluyó el II Estudio de Morbilidad Oral, que encontró en 96.7% de la población, historia de

caries con un promedio de 12.7 dientes afectados y enfermedad periodontal de 94.7%.(ESLAVA, 2006)

En 1997 se inicia el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) III para observar los avances alcanzados en prevención y educación; en esta oportunidad se tuvo en cuenta la población civil de diferentes grupos etarios residentes en Colombia, con excepción de los que conforman la Orinoquia y la Amazonia donde no se incluyen las zonas rurales y las localidades no documentadas cartográficamente (por eso se tomó en cuenta la población rural del Amazonas), (ENSAB III, 1998).

En Medellín con el Acuerdo 05 de 2003 (Sonrisas Saludables): Se realizan las actividades educativas en salud oral para la población beneficiada en el proyecto Escuelas saludables y se garantiza la inducción a la demanda. Con éste existen cupos para garantizar Cobertura Universal en el Régimen Subsidiado a población de niveles 1, 2 y 3 del Sisben. La Alcaldía de Medellín, con el concurso del Ministerio de la Protección Social, y la Gobernación de Antioquia, implementó el proceso de Cobertura Universal en Salud para toda la población de la ciudad; en nuestro caso nos corresponde asegurar la de la población pobre y vulnerable en niveles 1 y 2 del Sisben. Este proceso ha favorecido el acceso a todos los servicios de salud (incluidos los de odontología en primer nivel) a cerca de 158 mil personas menores de 15 años. Sin duda alguna, este es el avance más significativo en materia de *Política Pública en Salud Bucodental* pues los servicios de primer nivel de atención están garantizados para la población de mayor riesgo

social, pero se requiere que toda la comunidad identifique sus Derechos en Salud y acuda periódicamente a los servicios que se ofrecen en la red pública, entre ellos los que se refieren a la salud buco-dental. La atención odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención (JIMÉNEZ, 2006).

En el año 2003 se realizaron 95.869 consultas odontológicas, distribuidas por grupos etáreos así: 1 a 4 años el 4.7%; de 5 a 14 años 26%; mayores de 15 años 69.3%; en donde se realizaron un total de 326.169 acciones clínicas de las cuales 260.123 (79.7%) corresponden a operatoria y 29.009 (8.9%) de cirugía oral (exodoncia). El número de atenciones de Promoción y Prevención total fueron 219.758, equivalente al 46.6% del total de actividades realizadas en el servicio de odontología. (JIMÉNEZ, 2006).

En una evaluación realizada en Bogotá por medio de la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Secretaria de Salud 0 y 1°, con edades entre los 5 y 7 años, de 60 instituciones publicas incluidas en el desarrollo de la estrategia Escuela Saludable, se encontró que el 77% se había cepillado la noche anterior y el 13% usaba seda dental. El 77% ha tenido caries alguna vez en su vida y el 68% presentaba caries activa, enfermedad no tratada en la dentición temporal al momento del examen. (ESLAVA, 2006)

El cuidado de los dientes: El cuidado de los dientes y la boca es de gran importancia, es la parte inicial del aparato digestivo por medio de la cual, se realizan las siguientes funciones: Función alimenticia, a través de la masticación, formación del bolo alimenticio, incorporación de saliva y sustancias especiales para iniciar el proceso de la digestión, Función gustativa; a través de la identificación de los sabores, por medio de las papilas linguales, Función fonatoria; a través de la articulación y resonancia de los sonidos emitidos por las cuerdas vocales, para permitir la comunicación por medio del lenguaje, Función respiratoria, en caso de impedimento parcial o total de la respiración nasal. (LINOSSIER, 2003)

Control de la Placa Dentobacteriana

La eliminación de la placa dará grandes ventajas:

1. Reduce la cantidad de microorganismos sobre los dientes y encías
2. Favorece la circulación
3. Hace que los tejidos gingivales (Encías) sean más fuertes y resistentes

Los medios que se usan para el control de la placa son:

1. Pastillas o soluciones reveladoras a base de color vegetal.
2. Cepillado dental
3. Hilo dental.

Pastillas o soluciones reveladoras: Sirven para motivar a los niños en el cepillado, debido a que les demostrarán fácilmente el grado de acumulación de placa en los dientes:

Son unas soluciones o pastillas disponibles en el mercado (farmacias, auto servicios, etc.) que deben chuparse o masticarse pasándolas con la lengua por todas las superficies accesibles de los dientes, pigmentando la placa dentobacteriana en tonos cada vez más oscuros según crece la antigüedad de ésta; el niño al descubrir la placa tendrá mayor motivación para cepillarse, asimismo, nos muestran las zonas donde el cepillado es deficiente. Las soluciones reveladoras pueden prepararse fácilmente en casa con polvos colorantes de origen vegetal, de los que se usan para repostería, disolviendo un poco de polvo, de preferencia de color rojo, en un vaso de agua. (LINOSSIER, 2003)

Una vez que se cree que se ha logrado un cepillado adecuado habitual, no será necesario su uso rutinario, pero sí es conveniente su uso esporádico para reforzar la motivación y comprobar la efectividad de nuestro cepillado.

Cepillado Dental: Debe convertirse en un hábito diario de limpieza. Debe realizarse inmediatamente después de ingerir los alimentos, siendo la medida preventiva más efectiva para evitar enfermedades, tanto caries dental como enfermedad periodontal. Puede efectuarse con el cepillo seco o humedecido en agua (JIMÉNEZ, 2000).

Si se prefiere se puede usar pasta de dientes, cuidando que sea de las que contienen fluoruro. Al enseñar o practicar la técnica de cepillado no se debe usar pasta de dientes ya que los sabores que éstas contienen ocultan la placa y es recomendable que la persona que aprende la técnica aprecie el sabor de sus dientes limpios, así como la textura de los dientes sin placa dentobacteriana. (LINOSSIER, 2003)

El cepillo dental debe reunir ciertas características de gran importancia para un cepillado adecuado.

Las características del cepillo adecuado:

- a. de mango recto
- b. de tamaño adecuado a la edad del individuo y tamaño de la boca (niños, jóvenes, adultos)
- c. las cerdas deben ser plásticas (no usar cepillos con cerdas naturales, ya que ésta conservan la humedad)
- d. Las cerdas deben ser suaves, firmes y con puntas redondeadas.
- e. Debe ser reemplazado cada dos o tres meses de uso, un cepillo "despeinado" sólo irritará las encías y no limpiará adecuadamente.

Técnica Universal .El cepillo se tomará con firmeza para facilitar los movimientos de la muñeca.

- a. Los dientes de arriba se cepillarán por cada una de sus caras desde la encía (abarcando ésta) hacia abajo, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.
- b. Los dientes de abajo se cepillarán hacia arriba por cada una de sus caras, efectuando el movimiento diez veces cada dos dientes.
- c. Los dientes anteriores (incisivos y caninos) en su parte interna (porción del paladar y porción que da a la lengua) se "barrerán" con el cepillo en posición vertical. En sus caras externas se cepillarán como se explicó en a y b.
- d. Las caras masticatorias de los molares y premolares se cepillarán con un movimiento repetido de atrás hacia delante, o en forma circular.
- e. Enjuagar bien la boca, de lo contrario los residuos que se has separado de los dientes volverán a depositarse sobre éstos.

Sostenga firmemente el cepillo, coloque las cerdas sobre las encías a un ángulo de 45 grados, gírelo en un movimiento rotatorio para cepillar la encía y las paredes laterales de los dientes hasta en borde. Aleje el cepillo y vuelva a colocarlo contra la encía, presione suavemente y repita el cepillado (JIMÉNEZ, 2000).

Continúe cepillando en grupos de dos dientes hasta limpiar perfectamente todas las superficies de los dientes que dan hacia fuera y pase a cepillar las caras que dan al paladar, con los mismos movimientos rotatorios.

Cuando cepille los dientes del frente en sus caras palatinas use el cepillo en posición vertical para que las cerdas puedan limpiar correctamente, ya que por la

curvatura de la dentadura, el cepillo no limpiaría adecuadamente si se usa en forma horizontal. (LINOSSIER, 2003)

Después pasamos a cepillar los molares inferiores donde el movimiento de rotación se efectúa de abajo hacia arriba.

Continuamos cepillando las caras linguales de los molares inferiores.

No olvidemos al cepillar los dientes inferiores en sus caras linguales, que debemos ubicar el cepillo en forma vertical para que cepille adecuadamente.

Por último cepillaremos las caras oclusales (con las que masticamos), moviendo el cepillo de atrás hacia delante, firmemente. Siempre procuremos sostener el cepillo lo más cerca posible de las cerdas.

Hilo Dental: Es un elemento muy importante para obtener una higiene bucal adecuada, ya que solo con el hilo dental podremos remover residuos alimenticios y placa bacteriana acumulados entre los dientes y bajo el borde de la encía, para dominar el uso del hilo dental se requiere de práctica y paciencia, ya que por lo general durante los primeros días de uso es común lastimarse la encía y producir sangrado, con la práctica lograremos emplear eficientemente este auxiliar que es muy útil y previene enfermedades de las encías y caries dental (ESLAVA, 2006).

Según *Guedes Pinto*, el odontólogo que realiza una acción profiláctica y educativa debe involucrar la familia en ella y también debe obtener su colaboración en la

orientación del niño. A pesar de que el contacto del dentista con el niño siempre es directo, en la medida en que el tratamiento dental implica una intervención o actuación directa en la boca del paciente, la relación del profesional con el niño es mediado por la madre o la persona responsable. Así, esta relación asume un formato triangular, principalmente cuando el niño es todavía incapaz de la verbalización y mantiene estrecha dependencia de la madre. No obstante, en niños mayores y adolescentes, que son autónomos y pueden hasta venir solos al consultorio, la relación triangular permanece. *Klatchoian* plantea que "el involucramiento adecuado de los padres es el elemento clave en el área de la profilaxis". A pesar de que se pierde más tiempo cuando se estimula la participación de los padres, se obtienen mejores resultados en cuanto al cambio de hábitos de higiene en lo que concierne al aprendizaje de técnicas de cepillado, de la importancia del diente y de su higiene, de la necesidad de retorno semestral, y en la implementación de nuevos hábitos de dieta volcados a la disminución del consumo de azúcares, todo lo cual mejora la relación dentista-paciente. Para que esto ocurra, es necesario que los padres reciban una orientación adecuada en la primera consulta del niño, con vistas a los futuros retornos, para que permanezcan como elemento de apoyo psicológico (Pinto, 2001).

El contacto previo con los padres puede proporcionar orientación con el fin de:

- Interesar y educar al niño en los cuidados de higiene bucal.

- Educar al niño para que acepte el tratamiento necesario y periódico de sus dientes.
- Ayudar al niño para que acepte la responsabilidad por su propia salud bucal.
- Buscar un entendimiento y aproximación entre odontólogos y niños, pues estamos participando de un intercambio activo con un ser humano en desarrollo.¹
- Para lograr esto se debe tener en cuenta ciertos principios básicos de modificación del comportamiento, como son:
 - Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
 - Establecer una buena comunicación con el niño y los padres.
 - Ganar la confianza del niño y los padres y su aceptación del tratamiento dental.
 - Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante su trabajo con el niño.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general:

Comparar los programas de promoción y prevención en salud oral en niños en edad escolar realizados en Colombia y otros lugares del mundo, para determinar el tipo de impacto que se genera en la salud oral de ésta población.

1.5.2. Objetivos específicos:

Identificar las estrategias aplicadas en Colombia como parte de campañas de promoción y prevención de la salud oral en atención integral a niños en edad escolar.

Identificar los programas de promoción y prevención en la salud oral en el ámbito internacional.

Comparar los programas de PyP en salud oral en escolares aplicadas en Colombia con los de otros países.

2. ASPECTOS METODOLOGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Revisión de literatura

2.2. MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

102 artículos científicos sobre promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad oral en salud oral para niños en edad escolar en Colombia y otros lugares del mundo.

2.2.1. MUESTRA

50 artículos científicos seleccionados

2.3. OBJETO DE ESTUDIO

Promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad oral.

2.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1. Criterios de Inclusión

Artículos científicos publicados de 1999 en adelante

Artículos de publicaciones científicas reconocidas

Artículos en inglés y español

Artículos de promoción y prevención en salud oral en el ámbito nacional e internacional

2.4.2. Criterios de Exclusión

Artículos relacionados con educación oral en niños con discapacidad y/o enfermedades Sistémicas

Artículos de publicaciones anteriores al 1999.

2.5. UNIDADES DE ANALISIS

- Estrategias aplicadas en Otros países como parte de Programas de Promoción y Prevención de la Salud Oral.
- estrategias aplicadas en Colombia como parte de Programas de Promoción y Prevención de la Salud Oral.
- Periodicidad de los Programas de Promoción y Prevención en Salud Oral en Colombia.

2.6. PROCEDIMIENTO

El estudio es una revisión bibliográfica, el objeto de estudio son los programas de Promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad oral salud oral en Colombia.

- Estructuración del estudio: Se Realizó La Búsqueda Manual Artículos Científicos en las revistas odontológicas colombianas e internacionales

durante el período 1997-2007, buscando la información en las bibliotecas del área de la salud de las universidades de la ciudad.

- Procedimiento de búsqueda manual: Se revisaron un número de volúmenes o del total de una revista. Aparte de los artículos, también se leen los resúmenes, con el fin de identificar referencias bibliográficas sobre estudios realizados. Para facilitar la búsqueda manual, se identificaron las palabras y frases clave para la localización rápida del artículo
- Descriptores Bases de datos o palabras claves: educación en salud oral, promoción y prevención en salud oral, herramientas educativas en salud oral, campañas de salud oral en niños.

- Etapas para la identificación de un artículo científico

1. Lectura del índice de materias.
2. Localización de palabras clave en el título
3. Lectura del resumen.
4. lectura del apartado de materiales y métodos.

- **ETAPA I:** Se reunió la información necesaria, por medio de fuentes secundarias como libros, revistas, e Internet, con respecto a la promoción y prevención en salud oral, teniendo en cuenta las diferentes herramientas educativas, su aplicabilidad, fortalezas, limitaciones y periodicidad en la aplicación, tomando como referencia la elaboración de una matriz bibliográfica de datos, en la que se incluyeron datos como, año de publicación, título, Autor, resultados, conclusión, y objeto del estudio.

Entre las revistas consultadas hasta el momento se encuentran:

TABLA 1. REVISTAS CONSULTADAS

ACTA ODONTOL SCAND
Journals of Clinical Periodontology
Journals of odontology
Journal Tenn Dentistry Assoc
LANCET
Medical Oral Patology
Public Health

Las bibliotecas consultadas están consignadas en la tabla 2.

TABLA 2. BIBLIOTECAS CONSULTADAS

Biblioteca Luis Angel Arango
Biblioteca Pontificia Universidad Javeriana.
Biblioteca Colegio Odontológico Colombiano
Biblioteca Universidad Nacional de Colombia.
Biblioteca Universidad del Bosque

Las páginas electrónicas consultadas hasta el momento son: www.pubmed.com,
www.pubmedcentral.com y [www. Hinary.com](http://www.Hinary.com)

- **ETAPA II:** Luego de recopilar la información necesaria, se procedió a seleccionar los estudios pertinentes. En esta fase se realizó el análisis de los textos. Finalmente la información seleccionada fue tabulada en tablas organizadas según las unidades de análisis previamente establecidas.

2.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se diseñaron tres formatos de consecución de datos que se muestran a continuación:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION 1: MATRIZ BIBLIOGRAFICA DE DATOS

AUTOR/AÑO	TITULO	TIPO ESTUDIO	RESULTADO	CONCLUSION

3. RESULTADOS

Luego de recolectar 102 artículos científicos, fueron seleccionados 50 que cumplieron los criterios de selección, para realizar el análisis por medio de las unidades de análisis, como se muestra a continuación.

ESTRATEGIAS APLICADAS EN EL MUNDO COMO PARTE DE CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

TABLA No. 1. ESTRATEGIAS APLICADAS EN ESPANA.

AUTOR/PROGRAMA	ESTRATEGIA	INDICADORES
Gómez Gladis, Lorenzo Virginia et al, 1995. Plan de educación para la salud.	Plan Educación para la Salud. Capacitación a padres en técnicas de cepillado, distribución de cartillas.	Índice de co 1m 84. Índice CAO de 1,60. 700 escolares de 6 años y 700 de 12 años.
J.M. Freire, 2003. Plan nacional de salud oral. PADI. Inicia en 1991, anual.	Propagandas televisivas, exámenes clínicos gratuitos, implementación de cartillas lúdicas, obsequio de implementos de salud oral. Encuestas	Índice de Cop-D ausencia de caries a los 12 años paso de 31% en 1988 al 57% en 1998 Número de caries se redujo en Navarra de un 64% a un 54%. Niños de 6 y 12 años.
Almerich José y Montiel José, 2005.	Encuesta, examen clínico	cao, CAO: 6 años es del 32% 12 años fue del 42,5%. 509 niños de 6 años. 478 de 12 años.
Ruisánchez Caldés y colaboradores, 2005. Programa educativo para la salud oral.	Charla educativa, encuesta.	ANTES Y DESPUES: Número de cepilladas al día 65% a 73,3%. Utilización de cepillo especial 30.9% a 47,3%. 31 niños y 29 niñas
Otero Jorge, 2007, Intervención educativa Pre-experimental	Capacitación a padres, implementación de cartilla educativa, presentación de conferencias.	ANTES Y DESPUES: Frecuencia De Cepillado: 0% a 91,7%, Importancia higiene: 76,4% a 100%, Momento de cepillado 0% a 90,3% e Importancia de visita al odontólogo: 61,1% a 100%. 72 niños y 16 maestros

TABLA No. 2. ESTRATEGIAS APLICADAS EN ISLAS CANARIAS

AUTOR/PROG RAMA	ESTRATEGIA	INDICADOR
Bosh, Juan, 2006. Cepillin Cepillan.	Encuesta a padres, estudio de hábitos de higiene oral, propagandas televisivas en horario preferencial. Implementación de cartillas educativas. Encuesta a padres, material educativo para colorear, recortar y pegar. Obra de teatro " Doña Muela".	Índice d o'leary Índice de cao. 7311 escolares

TABLA No. 3. ESTRATEGIAS APLICADAS EN SURAMERICA

AUTOR/PROGRAM A	ESTRATEGIA	INDICADOR
CHILE: Linossier Alfredo et al, 2003.	Examen clínico Capacitación en técnicas de cepillado a padres y niños.	ced-o 4,5 ±0,2 o'leary 3,9±0,1 650 niños entre 2 y 6 años.
VENEZUELA: Álvarez Carmen y colaboradores, 2006	Técnica expositiva y dinámica grupal, talleres con los padres, Técnicas comunicacionales, Talleres al personal docente, Dotación material didáctico, Entrega estuches	Caries manifiesta 25% y 25%, (Koch) Caries manifiesta 56,3% a 15,6%, Índice de placa (Silness y Loe) 1,12 a 0,59 e Índice gingival 0,65 a 0,37 . 32 niños

TABLA No. 4. ESTRATEGIAS APLICADAS EN ARGENTINA

AUTOR/PROGRAMA	ESTRATEGIA	INDICADOR
Azurra Ana, y colaboradores, 1995.programa de promoción y prevención. Fluoración del agua. CORDOBA	Examen clínico, encuesta a padres análisis de saliva mixta en comunidades con agua fluorada y no fluorada.	Índice de cao y ced-o 6 -7 años: Agua no fluorada: 22,9% Agua fluorada 22,5%, Niños de 12-13 años: Agua no fluorada:86,0% y Agua fluorada 68,0%. 100 niños de: 6 y 7 años y 12 y 13 años.

TABLA No. 5. ESTRATEGIAS APLICADAS EN CUBA

AUTOR/PROGRAMA	ESTRATEGIA	INDICADOR
Rodríguez Amado y Valiente Carolina, 2003. Atención al hogar.	Atención estomatológica en las casas o en los colegios, examen y diagnóstico clínico en diferentes años, remoción de placa bacteriana, capacitación en hábitos de higiene oral. Atención gratuita obsequio de cremas, enjuagues y seda dental a los pacientes.	% niños 5-6 años sanos ha aumentado: 28,9 (1984), 42,9 (1989), 43,6 (1995) y 55,00(1998) aumento en un 50%, (numero de dientes libres de caries y manchas blancas) índice de Cop-D a los 12 años para los mismos años así: 4,37. 2,93. 1,86 y 1,62 = ≥ 3 . % de adolescentes 18 años con todos sus dientes: 35,8. 63,9. 67,9. 75,8, respectivamente aumentó en un 85%. Población de 0 a 18 años

UNIDAD DE ANALISIS 2. ESTRATEGIAS APLICADAS EN COLOMBIA COMO PARTE DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL

TABLA No. 6. ESTRATEGIAS APLICADAS EN COLOMBIA

AUTOR/PROGRAMA	ESTRATEGIA	INDICADOR
Segura Martha y Bermúdez, Elba, 2001. programa nacional de fluorización de sal. NIVEL NACIONAL EN CURSO	Fluorización de la sal como alternativa a la fluorización del agua potable.	63,33% de las muestras de sal floradas analizadas presentaban 220 ppm y que un 53.33% presentaban una alta inestabilidad.
Tovar Olga y García Mauricio, 2002. Promoción y prevención Federación Odontológica Colombiana. NIVEL NACIONAL EN CURSO	Asociación con Colgate Palmolive, propagandas televisivas, campañas de atención estomatológica en niños al colegio, asesoría a padres y personal auxiliar.	COP-D en niños de 12 años que era de 3 Colombia logró obtener un 2,3. Población entre 0 y 5 años y 6 a 18 años.

TABLA No. 7. ESTRATEGIAS APLICADAS. EN CUNDINAMARCA.

AUTOR/PROGRAMA	ESTRATEGIA	INDICADORES
Galeno, Eduardo, 1999. Capacitación en promoción en salud oral. TABIO- Duitama	Metodología educativa participativa de talleres, con promotores y líderes en salud comunitaria. Investigación Acción Participación (IAP). Diálogo de saberes	42.2% reconocen importancia estética de la salud. 36.8% reconocen la caries como enfermedad. Población: líderes en salud oral
Álvarez Flor y colaboradores, 2000. BOGOTA.	Examen clínico, se realizaron tres practicas por semana que incluían charlas, capacitación en higiene oral, se les entregaron cartillas y capacitación a los padres, se hizo un estudio bucodental previo y posterior a la capacitación	índice de O'Leary índice de ceo-d. 102 pacientes
Herazo, Benjamin, 2000. Paciente Sano en Bogotá. BOGOTA	atención odontológica a los estudiantes en el colegio, se les indicó la técnica correcta de cepillado, se realizaron talleres y charlas instructivas	índice de O'Leary índice de ceo-d. Niveles de prevención de caries dental y periodontopatías de hasta 99%.
Secretaria da Salud de Bogotá, 2005. Salud Oral Al Colegio. BOGOTA	campañas de atención odontológica, examen clínico, remoción de placa, obsequio de cepillos y cremas dentales, distribución de folletos informativos y títeres.	Atención a escuelas públicas de las 20 localidades. Índice de ceo-d, índice de o'leary.

TABLA No. 8. ESTRATEGIAS APLICADAS EN RISARALDA.

AUTOR/PROGRAMA	ESTRATEGIA	INDICADOR
Herazo, Benjamin, 2000. La fluoruración de acueductos de Manizales. MANIZALES	Adición de flúor al agua de consumo domestico	índice de O'Leary Índice de ceo-d. prevención de caries dental y periodontopatías de hasta 60%.
Torregroza Edgar y Herazo Benjamin, 2001. El escolar sano. MANIZALES	Campañas de higiene oral en los colegios, se prestó atención odontológica preventiva e informativa gratuita, las visitas a los colegios se realizaron periódicamente, dando continuidad al programa.	prevención de la caries y enfermedad periodontal de 60% en 2 años. 3000 escolares
Realpe, Cecilia y colaboradores, 2002. subprograma de salud oral en	Sellantes, fluorización, citas de enseñanza de técnicas de cepillado, implementación del uso de seda	subprograma de salud oral es más utilizado con un 57,9%

EPS y ARS. MANIZALES	dental, y divulgación de información por medio de folletos y cartillas.	1367 hogares.
-------------------------	---	---------------

TABLA No. 9. ESTRATEGIAS APLICADAS EN ANTIOQUIA

AUTOR/PROGRAMA	ESTRATEGIA	INDICADOR
Restrepo Claudia, 1999. ANGEOPOLIS	indicaciones de cepillado, presentación de cartilla informativa, se capacitó a los promotores de salud de los hospitales en detección de placa, técnica de cepillado bass modificada	COP-s, ceo-s, número de lesiones blancas y el índice MADI-Med. se encontró que: ANTES (grupo control y experimental). Promedio dientes deciduos enfermos 11 y 6, DESPUES 10 y 1 respectivamente; índice ceo-s ANTES 8 y 7 DESPUES 6 y 5, respectivamente. 217 niñosescolarizados
Herazo, Benjamin, 2000. la fluoruración de la sal en municipios de Antioquia	Adición de flúor 200ppm a la sal de consumo domestico.	Prevención de caries dental y periodontopatías de hasta 50%. 3000 niños
Cuartas J & Cárdenas J, 2001. ENVIGADO	Examen clínico. a padres (Test. de percepción) sobre hábitos de higiene oral.	índice de O'Leary Índice de ceo-d. Con hábitos de higiene oral desfavorables presencia de caries 28% con índice mayor a 5, y Con habatos de higiene oral favorables 58% con índice 0 respectivamente. 132 niños entre 3 y 5 años.
Saldarriaga Alexandra y Saldarriaga Oscar, 2002. MEDELLIN	Encuesta a médicos generales y pediatras sobre remoción y prevención de la salud oral	53.9% realiza prácticas de promoción y prevención, los hábitos de higiene más recomendados fueron el uso del cepillo (97,4%), el uso de seda dental (84,1%) y enjuagues bucales (45,2%). 389 médicos 309 generales y 80 pediatras.
Concejo Municipal de Medellín, 2003. MEDELLIN	Enseñanza de técnicas de cepillado, uso de seda dental, uso de enjuague, número de cepilladas al día, horas adecuadas de cepillado, en la consulta clínica se incluyen colocación de sellantes, remoción de placa dental, colutorios y fluorización, sin ningún costo para el usuario.	El número de atenciones de Promoción y Prevención total fueron 219.758, equivalente al 46.6% del total de actividades. Registro histórico de ARS y EPS. En el subprograma de salud oral.

TABLA No. 10. ESTRATEGIAS APLICADAS EN OTRAS CIUDADES DE COLOMBIA

AUTOR/PROGRAM A	ESTRATEGIA	INDICADOR
García, Lina Y Estrada Jhon, 2000. VALLE DEL CAUCA	Encuesta examen clínico	32,5% no han tenido caries dental y el índice C.O.P. a los 12 años es de 2.6%. 1383 niños de 5 a 15 años.
Moncado Orlando y Jiménez Guillermo, 2000. fluoración de la sal HUILA	Adición de flúor a la sal de consumo domestico, 200 ppm.	índice de Dean Elvove fluorosis leve en 4 municipios, índice de ceo-d disminución de prevalencia de caries en 50%.

UNIDAD DE ANALISIS 3. PERIODICIDAD DE LOS PROGRAMAS ADELANTADOS EN COLOMBIA

TABLA 11. ESTRATEGIAS APLICADAS EN COLOMBIA.

AUTOR, AÑO, CAMPAÑA	ESTRATEGIA	PERIODICIDAD
Ministerio de Salud, 1984, mediante Decreto No. 2024 del 21 de agosto de 1984. FLUORIZACIÓN DE SAL	Fluorización de sal de consumo doméstico a nivel nacional. Promedio de 220 ppm	Continua desde 1989 hasta el 2007. EN CURSO.
Ministerio de Salud, 1987 promovió El Programa de Acción Preventiva Odontológica De 1987 a 1998	Propagandas por televisión, talleres en colegios, diseño e implementación de cartillas lúdicas.	De 1987 a 1998. en forma continua. Se replantea el programa luego de los resultados del ENSAB III. 1987 A 1998
Ministerio de Salud, 1990, Programas Incrementales de Salud Oral (PISO)	Promoción y prevención en salud oral gratuita, diagnóstico, fluorización, y brigadas de salud oral en zonas rurales.	De 1990 a 1993, con la ley 100 se intensifica el alcance del programa, con la inclusión de ARP, EPS, hospitales, IPS. EN CURSO
Ministerio de Salud, 1998. Estudio ENSAB III.	Se realizó un estudio de morbilidad oral se realizo el examen clínico, previa calibración de los odontólogos. INDICADORES: PLACA BLANDA, Índice CPO-D según edad, El índice de extensión y severidad (IES), FLUOROSIS DENTAL (Índice de Dean)	Este estudio se constituye en la tercera investigación nacional en salud bucal en el país, luego de la Investigación Nacional de Morbilidad Oral realizada entre 1965 y 1966 y el II Estudio de Morbilidad Oral adelantado entre 1977 y 1980.
Universidad de Antioquia, 2003. Caries dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de salud pública.	Examen y diagnóstico clínico gratuito según grupos de edades. Propuesta de atención en promoción y prevención.	Se adelanto entre febrero y noviembre de 2003.
Ministerio de la Protección Social, 2005. Plan Nacional De Salud Bucal (PNSB) 2005 – 2008. EN CURSO	Examen y diagnóstico gratuito a todos los grupos etareos, aplicación de sellantes, fluorización por medio de EPS y ARP, campañas publicitarias auspiciadas.	Aumento en la cobertura nacional. 2005 – 2008 EN CURSO

4. CONCLUSIONES

En general se observa que los programas adelantados en Colombia y las estrategias desarrolladas en estos, son equiparables con los desarrollados a nivel mundial, la implementación de cartillas, talleres, capacitación a los padres son importantes para mejorar el servicio en cuanto a promoción y prevención de la salud oral⁴.

Dentro de los programas de promoción y prevención de la salud oral en el ámbito internacional se encuentran el de la fluoración del agua, en Colombia se observan el de la fluorización de la sal, pues a diferencia de los países industrializados, en Colombia se aplicó la fluorización de la sal de consumo doméstico que el del agua potable, sin embargo en la actualidad no se tiene un control riguroso ni estudios de fluorosis⁵.

Los índices establecidos por la OMS han servido en los programas de promoción y prevención para establecer la morbilidad en salud oral a nivel mundial, en

⁴ Universidad Nacional. Instituto Amazónico de Investigaciones. Territorialidad indígena y ordenamiento en la Amazonia. Leticia: Programa Coama; 2000. p.111-129

⁵ **SEGURA**, Martha Y Bermúdez Elba. Descripción Y Análisis Del Sistema De Vigilancia Epidemiológica Del Programa De Fluorización De La Sal En Colombia. En Federación Odontológica Colombiana. Pág. 57- 72. 2001.

Colombia ha disminuido considerablemente según los registros del estudio ENSAB III, como se observa en los indicadores establecidos por la OMS (índice de caries, índice de placa bacteriana, enfermedad periodontal), por lo que se puede concluir que los programas educativos de promoción y prevención sobre higiene y salud bucodental son eficaces para modificar positivamente las conductas de la población especialmente de los niños⁶.

En contraste con los resultados obtenidos en países como Suecia, Estados Unidos y España, en donde las metas establecidas por la OMS en cuanto a salud oral (niños libres de caries, índice de COP, niños bucalmente sanos), han sido superadas ampliamente y de hecho sugieren replantear las mismas, en Colombia y en General en Latinoamérica éstas metas no se han alcanzado en su totalidad, pues en países en vía de desarrollo la prevención se encuentra relacionada con las políticas económicas y sociales⁷.

La mejora de los indicadores de salud bucodental alcanzada por las poblaciones de países desarrollados alrededor del mundo puede ser atribuida a causas diversas como la mejora en el nivel de vida, el aumento del número de profesionales de la salud oral y su integración en programas de promoción y

⁶ Ministerio de Salud, República de Colombia. *Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 69-153.

⁷ RODRIGUEZ, Armando y Valiente Carolina. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. En: revista Cubana de Estomatología. 23.09.2007.pg. 1:6.

prevención de la salud oral, la mayor conciencia de los padres, así como los planes y estrategias intensivas y gratuitas adelantadas por los gobiernos⁸.

Alcanzar las metas establecidas por la OMS en cuanto a salud oral se refiere implica para la odontología y para la legislación un cambio en la práctica social para generar mecanismos que involucren a las familias, quienes deben participar en programas de promoción, prevención y educación en salud oral, para rescatar el papel de los padres en la formación de valores, actitudes, destrezas y hábitos correctos de la salud oral de los hijos.

Con la implementación del Plan Nacional de Salud Bucal, se orientarán las acciones de fomento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aumentando el acceso y la cobertura, para mejorar las indicaciones de salud bucal, y se definirán estrategias para incentivar la información en salud oral y modelos de vigilancia, fomentando la investigación.

⁸ ROMERO, Yhajaira. Las Metas Del Milenio Y El Componente Bucal De La Salud. En: Acta Odontológica Venezolana. Vol. 44. No. 22. Caracas. Pág.: 1-10. 2007. Rodríguez Amado Y Valiente Carolina. Estrategias Y Resultados De La Atención Estomatológica A Niños Y Adolescentes. En: Revista Cubana De Estomatología. V. 40. No. 1. Ciudad De La Habana. Pág. 1-6. 2003

5. RECOMENDACIONES

Se deben adelantar estudios que propongan soluciones factibles sobre la fluorización del agua potable en Colombia, pues a nivel internacional se ha arrojado excelentes resultados como estrategia de control de caries.

Es conveniente realizar estudios de cohorte para establecer que tan útiles en cuanto a control de los indicadores de salud oral establecidos por la OMS, resultan ser las campañas de promoción y prevención en salud oral, tanto en el Colegio Odontológico Colombiano como en el ámbito nacional.

Generar políticas que favorezcan la aplicación de estrategias personalizadas (en los hogares), de promoción y prevención de la salud oral en el país, para garantizar un mayor cubrimiento de la demanda del servicio, especialmente de las comunidades desplazadas y en zonas de conflicto armado.

BIBLIOGRAFIA

ALMERICH José Y Montiel José. Encuesta De Salud Oral En La Población Infantil De La Comunidad Valenciana, España. En: Rev. Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal. Pág- 1- 12. 2004.

ALVAREZ Carmen, Y Colaboradores. Componente Educativo- Recreativo- Asociativo En Estrategias Promotoras De Salud Bucal En Preescolares Venezuela. En: Revista Cubana De Estomatología. Vol. 43 No. 2. Ciudad De La Habana. Pág.: 5-11. 2006.

AVELLANEDA Diana Et Al. Capacitación En Promoción En Salud Oral A Través De Una Metodología Participativa, Con Promotores Y Líderes En Salud Comunitaria En Los Municipios De Tabio (Cundinamarca) Y Duitama (Boyacá). Federación Odontológica Colombiana. Mención De Honor Premio" Rafael Torres Panzón", Ediciones Ecoe. 2000.

AZCURRA Ana Isabel Y Colaboradores. Estado De Salud Buco dental De Escolares Residentes En Localidades Abastecidas Con Agua De Consumo Humano De Muy Alto Y Muy Bajo Contenido De Fluoruros. En: Rev. Saude Pública. Vol. 29. No. 5. Pág. 364- 375. 1995.

BOSH, Juan. Más De 7 Mil Escolares Canarios Han Participado En Un Programa De La Consejería De Sanidad Para Mejorar La Salud Bucodental. En: Consejería De Sanidad. Gobierno De Canarias, Pág. 1-3. 23 De Agosto. 2996.

ESLAVA, Juan. Repensando La Promoción De La Salud En El Sistema General De Seguridad Social En Salud. Bogotá- Colombia. En: Salud Pública. Volumen 8 (Sup 2), Pág. 106 – 115, 2006.

FREIRE, J.M. El Programa Dental De Atención Infantil (PADI) De Navarra Y Del País Vasco: Logros Y Nuevas Metas. En: Sistema Sanitario De Navarra. Vol. 26. No. 3. Pág. 423-428. 2003.

GARCIA Lina Y Estrada John. Perfil Epidemiológico Bucodental De La Población Escolar De 5 Años A 15 Años. En: Federación Odontológica Colombiana. Pág. 24 – 29. 2000.

GOMEZ Gladis. Bucodental- Educación Para La Salud Dental. En Gaceta Dental. No. 80. Pág. 64-68. 1997.

HERAZO Acuña, Benjamín, Ecoe Ediciones, 2 Edición, Bogotá 2000.

JIMÉNEZ Alpidio. La Educación Dental En El Siglo XXI, Antioquia- Colombia. En Puntos De Vista, Federación Odontológica Colombiana. Vol. 2. Pág. 13-14. 2000.

KWAN, Stella, Et Al. Health Promoting Schools: An Opportunity For Oral Health Promotion. En: Journal Policy And Practice: Theme Papers. Bulletin Of The World Health Organization. P. 677 – 685. 2005.

LINOSSIER Alfredo Et Al. Streptococci Mutans: Método Semicuantitativo Para Establecer El Rango De Riesgo De Infección Bucal En Niños Preescolares Chilenos. En: Revista Médica De Chile. Vol. 131. Pág. 412- 418. 2003.

LORENZO, Virginia Et Al. La Salud Bucodental En Los Escolares Gallegos. En: Revista Española De Salud Pública. Vol. 72. No. 6. Pág. 539-346. 1995. Nieto Víctor Y Colaboradores. Salud Oral De Los Escolares De Cueuta. Influencias De La Edad El Género, La Etnia Y El Nivel Socioeconómico. En: Revista Española De Salud Pública. Vol. 75. No. 6. Pág.: 541- 550. 2001.

Ministerio de Salud, República de Colombia. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 69-153.

MONCADA Orlando Y Jiménez Guillermo. La Sal, Alimento Enriquecido Para La Prevención De La Salud En Colombia. En: Federación Odontológica Colombiana, Comité Ejecutivo Nacional. Convocatoria 9º Edición. Bogotá – Colombia, Acta No. 004. Febrero 23 De 1998.

OMS/FDI. Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979.

OTERO Jorge. Estrategia De Intervención Para Proporcionar Conocimientos Sobre Salud Buco Dental A Niños De Enseñanza Primaria. En: Medicina Preventiva Y Salud Pública, Pediatría Y Neonatología, Odontología Y Estomatología. . Pág. 105- 112. 2007.

REALPE, Cecilia Et Al. Utilización Del Programa De Promoción Y Prevención En Las Empresas Promotoras De Salud Y Administradoras Del Régimen Subsidiado De Manizales, Colombia. En: Colombia Med. Vol. 33. Pág. 102- 107. 2002.

REY MA, Salas E, Martignon S. Caries dental y asociación a factores de riesgo en la población escolar de Monquirá, Boyacá. Rev Cient U El Bosque 2003; 9: 28-34.

ROMERO, Yhajaira. Las Metas Del Milenio Y El Componente Bucal De La Salud. En: Acta Odontológica Venezolana. Vol. 44. No. 22. Caracas. Pág.: 1-10. 2007. Rodríguez Amado Y Valiente Carolina. Estrategias Y Resultados De La Atención Estomatológica A Niños Y Adolescentes. En: Revista Cubana De Estomatología. V. 40. No. 1. Ciudad De La Habana. Pág. 1-6. 2003.

RUISÁNCHEZ, Caldés Et Al. ¿Una Intervención Educativa En Niños De Doce Años De Madrid Modifica Sus Conocimientos Y Hábitos De Higiene Buco- Dental). En: Avances En Odontoestomatología. V. 21. No. 3. Madrid. Pág. 21- 31. 2005.

SALDARRIAGA, Alexandra, Y Colaboradores. El Médico General Y El Pediatra. En: XXII Congreso Federación Odontológica Colombiana. Cartagena- Colombia. Pág. 1- 12. Agosto 2006.

SEGURA, Martha Y Bermúdez Elba. Descripción Y Análisis Del Sistema De Vigilancia Epidemiológica Del Programa De Fluorización De La Sal En Colombia. En Federación Odontológica Colombiana. Pág. 57- 72. 2001.

TORREGROSA, Edgar Y Herazo Benjamín. El Escolar Bucodentalmente Sano En El Municipio De San Marcos (Sucre). En: Federación Odontológica Colombiana. Ediciones Ecoe. Pág. 75- 78. 2001.

TOVAR, Olga Y García Mauricio. Ponencia Federación Odontológica Colombiana, Seminario Secretaria De Salud Bogota Talento Humano En Salud Oral. En: Federación Odontológica Colombiana. El Tiempo, Mayo 3 De 2002. Publicado En El Portafolio, Octubre 1 De 2003.

Universidad Nacional. Instituto Amazónico de Investigaciones. Territorialidad indígena y ordenamiento en la Amazonia. Leticia: Programa Coama; 2000. p.111-129.

WATT, Richard. Strategies And Approaches In Oral Disease Prevention And Health Promotion. En Journal Public Health. Bulletin Of The World Health Organization. Vol 83 No. 9, Pág. 711- 718. 2005.