

7  
00919

**ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.  
REVISION BIBLIOGRAFICA**

**Víctor Andrés Agudelo Cano  
Carlos Andrés Bermúdez Marín  
Claudia Liliana González Sánchez  
Karina Andrea López Bohórquez  
Yurany Carolina Rodríguez Vivas  
Xiomara Téllez Santoyo**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
BOGOTA, D.C 2002**

**ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.  
REVISION BIBLIOGRAFICA**

**Víctor Andrés Agudelo Cano  
Carlos Andrés Bermúdez Marín  
Claudia Liliana González Sánchez  
Karina Andrea López Bohórquez  
Yurany Carolina Rodríguez Vivas  
Xiomara Téllez Santoyo**

**Asesor Científico  
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B  
Odontólogo. Magíster en Administración de Salud**

**Asesor Metodológico  
CLAUDIA HURTADO ARANGO  
Odontólogo. Especialista en Seguridad Social y de salud de instituciones**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
BOGOTA D.C 2002**

## **INTRODUCCION**

El Desarrollo investigativo esta centrado en identificar estrategias de promoción y prevención en salud oral para servir como punto de partida para mejorar el plan de educación en salud oral en diferentes comunidades. Por lo tanto solo queda resaltar que se describieron y se determinaron las estrategias y metodologías en promoción y prevención en salud oral.

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

### **1.1 PROBLEMA**

Los profesionales del área de odontología deben estar capacitados en la implementación de estrategias de promoción y prevención en salud oral. De modo que la comunidad cambie las actitudes, conocimientos y práctica.

¿Por esta razón cabe preguntarse cuales son las estrategias de promoción y prevención en salud oral existentes en la actualidad?

### **1.2 JUSTIFICACION**

Este estudio es de gran importancia como guía para los futuros profesionales de odontología, en cuanto a la implementación de estrategias en promoción y prevención de salud oral.

### **1.3 PROPOSITO**

Con esta investigación se describirán las estrategias y metodologías de promoción y prevención en salud oral y estas servirán como medio a los profesionales de la salud oral para crear un programa adecuado a las necesidades de la población.

## **1.4 MARCO TEORICO**

### **1.4.1 ASPECTOS LEGALES**

La seguridad social es un servicio que se prestará bajo la dirección, control y coordinación del Estado y por lo tanto es de carácter obligatorio; teniendo en cuenta que los recursos de estas instituciones tanto privadas como públicas son de uso propio; no se podrá utilizar para otros fines diferentes a ellas, esto en acuerdo con la Constitución Política de 1991. Es importante resaltar de la Constitución Política de 1991, según el artículo 48 que la seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad por la ley no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella. Por otra parte el artículo 49 habla que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes. (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991).

También es importante conocer algunos parámetros en promoción y prevención establecidos por la ley 100 de 1993 en la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones donde el estado brinda protección integral en salud de carácter obligatorio a toda la comunidad conservando los principios contemplados en la constitución como son: solidaridad, integralidad, universalidad, eficiencia, unidad y participación; todo esto con el fin de brindar

protección integral a todo Colombiano en el Sistema de Seguridad Social en Salud en las áreas de educación, información, protección, fomento y recuperación de la salud la cual se ofrecerá gratuitamente y de forma obligatoria.

Con respecto a la ley 100 de 1993 en el artículo 165 por el cual el Ministerio de Salud define el plan de Atención Básica en Salud que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, dirigidas a poblaciones, entre estas se encuentran: información Pública, fomento, prevención, y demás programas educativos, este será gratuito y obligatorio. Para tales fines el Estado crea Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (LEY 100 DE 1993).

Para esta investigación es importante resaltar la Resolución 3997 de 1996 que tiene como función primordial determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que es de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud , Entidades adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado, e Instituciones Públicas Prestadoras del Servicio de Salud. Hay que resaltar que el Ministerio de Salud es el encargado de expedir normas tanto técnicas como administrativas de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones prestadoras de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales distritales y municipales de salud. Según el artículo 1° de la resolución 3997 de 1997 tiene como objeto determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio

cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras Salud, las Entidades Adaptadas, las Administradoras del Régimen Subsidiado e instituciones públicas prestadoras del servicio de salud y establecer los lineamientos para su evaluación y seguimiento. Por otra parte en el artículo 3° se define la promoción de la salud como integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades. Entiéndase por prevención de la enfermedad, el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores y por ende genere secuelas que sean inevitables. ( RESOLUCION 3997, OCTUBRE DE 1996 )

Con respecto a las estrategias se pretenden dar a conocer el artículo 7° dice que las Entidades Promotoras de Salud, Entidades adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado deberán realizar un programa 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 Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado deberán ajustar y armonizar su programación a las metas territoriales y nacionales en salud pública. El artículo 8° sostiene que las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de

Régimen Subsidiado podrán prestar las acciones de promoción y prevención directamente o mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud públicas, privadas o mixtas, sector académico, Asociaciones Científicas, Alianzas de usuarios, Organizaciones No Gubernamentales, Comité de Participación Comunitaria y comunidad, o realizar alianzas estratégicas entre Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado, cajas de compensación familiar, cooperativas y otras formas asociativas. (RESOLUCION 3997, OCTUBRE DE 1996).

Para complementar lo ya mencionado en el plan de promoción de salud oral se hace necesario mencionar la resolución 412 creada de acuerdo a los resultados del tercer estudio nacional de salud bucal ENSAB III de 1998 donde se muestra una notable mejoría en relación con los datos reportados del estudio morbilidad oral de 1977 - 1980, debido a los programas de promoción y prevención de salud bucal que se han venido realizando desde entonces, se observa que con relación a la caries dental, para dentición temporal el ceo-d en niños de 5 años disminuyó a 2.3 a los 12 años, con un gran promedio de dientes temporales y permanentes sanos en boca que requieren medidas preventivas y un 10% en promedio con necesidad de operatoria dental, referente con la enfermedad periodontal se observó que para la población en general el índice de extensión y severidad fue de (16.2), lo que significa que el 16% de las superficies están afectados con un promedio de pérdida de inserción de 1.2mm, en tanto que el índice de extensión y severidad específico fue de (32, 1.4). Igualmente la población afectada con al menos un marcador periodontal (sangrado, cálculos o bolsas), fue de 92.4% (8.8%

sangrado, 53.3% sangrado y cálculos, 26.5% bolsas pandas y 3.8% bolsas profundas), sin embargo llama la atención que el 60.9% de los niños presentan sangrado y cálculos. Por otro lado se observó que el 81.6% de la población colombiana presentó placa blanda a l momento de realizar el examen odontológico, siendo mayor la presencia de placa en menores de 20 años y e el índice de placa blanda (1.3-1.2, categoría regular). Con lo observado en este estudio se establece la necesidad de crear normas para el desarrollo de las actividades preventivas que permitan limitar el daño, mejorar las condiciones de salud buco dentales, por lo cual se crea una norma técnica que pretende disminuir los factores de riesgo importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población se hará el control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, a nivel de consultorios aplicación de sellantes y detartraje supragingival. (RESOLUCION 412 DEL 2000).

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa. Canadá 1986, organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la Promoción de la Salud, porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. En la organización de dicha Conferencia, peso la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud para alcanzar la

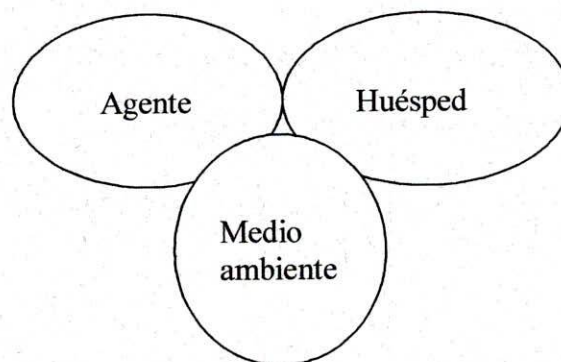
Meta de Salud para Todos en el Año 2000, que no avanzaba como se esperaba, el desarrollo de la Promoción es una reacción al fracaso anterior, es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos (Mahler, 1986). La Promoción de la Salud surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo. La Carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitaban estrategias definidas como la "abogacía" o "cabildeo", la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud, y a la medición, para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar. ( GENCO, R. GOLDMAN, H. 1999).

La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la Promoción de la Salud; contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber: Construir Políticas Saludables, Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales), fortalecer la acción comunitaria, Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida), reorientar los servicios de salud (RESTREPO M. 2001. CAP 2 )

## 1.4.2 PROCESO SALUD ENFERMEDAD

En este proceso intervienen tres factores importantes que según Blum son: agente, huésped y medio ambiente, donde el agente es el microorganismo causal de la enfermedad, el huésped es el que se encuentra susceptible al agente, y el medio ambiente es el entorno que rodea al huésped y al agente para que la enfermedad se desarrolle, (Figura 1. Triada Epidemiológica). El tiempo es un factor determinante para el desarrollo y gravedad de la enfermedad; por tal motivo se plantean estrategias de promoción y prevención en salud oral. (HERAZO, B. 1999).

Figura 1. Triada Epidemiológica



( HERAZO, B. 1999)

### 1.4.3 PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL.

**Promoción de la salud:** Desde el punto de vista más general, la promoción de la salud consiste en: proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para ejercer este control, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. De otra parte la salud de la población tiene unos requisitos indispensables: alimentación adecuada, educación, ingresos vivienda, suministro de agua potable, saneamiento básico, alegría, paz, convivencia y democracia. (PERDOMO, J. 1994).

Promoción de la Salud, son aquellas actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo e informativo a nivel individual y colectivo, pendientes a crear o reforzar comportamientos y estilos de vida saludables y a informar sobre enfermedades, riesgos factores protectores, así como los derechos y deberes de los ciudadanos en salud. (MINISTERIO DE SALUD 1999).

Promoción es la acción de impulsar, subir el nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer más accesible algo; en consecuencia, promoción es acción, acciones coordinadas, con una dirección y una finalidad. Las acciones en salud tienen como base fundamental el bienestar, como garantía y disfrute de una sobre vivencia digna. Esta dignidad de la sobrevivencia implica como mínimo tres componentes: satisfacción de necesidades no solamente las básicas, sino también el conjunto de

requerimientos físicos, psíquicos, emocionales y sociales del ser humano; la garantía de la realización de las potencialidades en el sentido de poder desarrollar las facultades y actitudes individuales específicas en diferentes áreas intelectuales, artísticas y deportivas entre otras; y el acceso a las oportunidades, a los recursos económicos y científico técnicos; al saber; a la información que la humanidad a logrado acumular; a los niveles decisorios, y a las oportunidades, a los recursos económicos y científico-técnicos; al saber; a la información que la humanidad a logrado acumular; a los niveles decisorios y a las oportunidades culturales; laborales y políticas. (STEVENS 1998)

**Prevención de la enfermedad:** Es cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria. Incluye la evaluación y la promoción del potencial de salud; la administración de las medidas prescritas, puede ser la inmunización; la educación sanitaria; el diagnóstico precoz y el tratamiento, el diagnóstico de las limitaciones funcionales y las posibilidades de rehabilitación. (MINISTERIO DE SALUD 1996).

La Prevención se clasifica en primaria, secundaria y terciaria, la prevención primaria es un programa de actividades destinadas a la mejora del bienestar general. Incluye protección específica frente a determinadas enfermedades, la prevención secundaria es el nivel que se centra en el diagnóstico precoz, la utilización de servicios de consulta y el rápido inicio del tratamiento para detener

una enfermedad, y la prevención terciaria, se ocupa de la rehabilitación y de la recuperación de un paciente al estado de mayor utilidad con el mínimo riesgo de recurrencia de una enfermedad física o mental. (BOHADA, A. 2000).

La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones que tiene por fin la identificación, control y reducción de los factores de riesgos biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue y ocasione daños mayores o genere secuelas. (MINISTERIO DE SALUD 1996).

Otras de las definiciones a tener en cuenta son las dadas por la resolución 412 del 2000, donde se habla de demanda inducida, que son aquellas acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, intervenciones y procedimientos de protección específica y detección temprana, establecidas en las normas técnicas. En cuanto a la protección específica, se dice que es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a generalizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. La detección temprana es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permitan identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. (RESOLUCION 412 DE 2000).

De las definiciones anteriormente nombradas, aquella que más se relaciona con el título de este proyecto es la dada por el Ministerio de Salud en 1999, ya que a nivel institucional por parte del Colegio Odontológico Colombiano se han venido realizando actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo e informativo a nivel colectivo, pretendiendo crear comportamientos y estilos de vida en la comunidad. (RESTREPO , M. 2001. CAP 3)

La distinción entre la operacionalización de la Promoción de la Salud y de la prevención de la enfermedad es difícil en ocasiones y existen opiniones y conceptos controversiales de connotados salubristas sobre la importancia de sus diferencias. Sin embargo, en la práctica de la salud pública son ambas indispensables, el saber reconocer cada una permite una mayor precisión y claridad para el diseño de programas y proyectos, lo que redundaría en mejor distribución de los recursos técnicos y financieros, así como en mayor eficiencia y efectividad de ellos. La Promoción de la Salud difiere de la Prevención de la Enfermedad fundamentalmente en el objeto o foco para las intervenciones: la primera es lo que se considera lo "saludable" o "salutogénico" y para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar. De otro lado, la Promoción de la Salud se dirige principalmente a la población y la Prevención de la Enfermedad más al individuo; la Promoción de la Salud busca influir en las interacciones entre grupos y ambientes, o sea en la situación en que vive la gente, en la interacción de factores causales. (RESTREPO , M. 2001. CAP 3)

Con fines prácticos se resumen algunas de las grandes diferencias y similitudes entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, para facilitar la caracterización de los programas, a los que de manera genérica se les llama de Promoción de la Salud, cuando muchas veces corresponden a intervenciones de tipo preventivo que se les hace figuras como de Promoción de Salud, inflando falsamente los recursos que se destinan a promoción. Estas diferencias y similitudes pueden notarse en aspectos como: en prevención primaria, secundaria y terciaria se enfocan a reducir los factores de riesgo y las enfermedades, así como a proteger individuos y grupos contra riesgos específicos. En la Promoción de la Salud se dirigen a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas. En prevención primaria se dirigen a personas y grupos con riesgo de enfermar por alguna causa; en la secundaria a individuos y grupos de riesgo y a enfermos subclínicos sin manifestaciones obvias de enfermedad; en la terciaria especialmente a enfermos a quienes se quiere prevenir de complicaciones y muerte. (RESTREPO,M.2001 CAP3).

En la Promoción de la Salud las acciones se dirigen a la población en general, a los grupos especiales y a las condiciones relacionadas con la salud; en este sentido, se dirigen también a sistemas múltiples, interdependientes y a procesos sociales, culturales y políticos que influyen sobre la calidad de vida y la salud de la población. En otras palabras, la Promoción de la Salud se dirige tanto a grupos de

personas y comunidades como a procesos, condiciones y sistemas que requieren ser modificados favorablemente a la salud. (RESTREPO,M.2001 CAP3 ).

En la prevención primaria los modelos son los clásicos de salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo; en la prevención secundaria son los de salud pública tipo “tamizaje” o detección temprana en poblaciones a riesgo y los de tipo “prácticas clínicas preventivas”; en la terciaria las prácticas clínicas preventivas basadas en evidencia clínica y los de rehabilitación. Una de las similitudes entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad es el enfoque poblacional, cuando la prevención opta por la modalidad poblacional para tener un impacto importante en los índices de enfermedad y mortalidad; por ejemplo, un programa preventivo de tamizaje de cáncer de cuello uterino para ver el impacto de mortalidad, por esta causa se debe abarcar un porcentaje muy alto de población de mujeres con riesgo, aunque el procedimiento a usar es de carácter individual, el enfoque de la intervención es poblacional. ( RESTREPO ,M. 2001 CAP 3 )

El programa de rehabilitación basada en la comunidad, busca implementar un modelo poblacional para todos los discapacitados donde la intervención permita un mejoramiento de toda la sociedad con la integración de los discapacitados. En la Promoción de la Salud es claro que los modelos son socio-políticos, ecológicos, socio-culturales. Los alcances de estos modelos van hacia la interacción entre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político. El tipo y el papel de lo interventores son similares para la Promoción de la Salud y la

prevención primaria, pero diferentes para los otros dos tipos de prevención. Así, en la secundaria se trata de pruebas de tamizaje (screening) y en la terciaria de procedimientos y manejos clínicos; en ambos casos los interventores son clínicos que buscan prevenir complicaciones y muertes, y su papel tiene mucho que ver con su competencia técnica y científica. En la prevención primaria cuando se diseñan programas amplios e integrales y en la Promoción de la Salud, se trata de nuevos interventores sociales, los políticos y los comunitarios. La prevención secundaria utiliza dos estrategias: Una es aplicar pruebas discriminatorias en programas masivos de detección, cuyo objetivo es separar los que probablemente tienen una enfermedad de los que probablemente no la tienen, para actuar rápidamente en los primeros y la otra es diagnóstico precoz de enfermedad, para actuar clínicamente y evitar daños mayores. La prevención terciaria utiliza el manejo clínico adecuado y eficaz con el tratamiento de la enfermedad, la readaptación y la rehabilitación. (RESTREPO, M. 2001 CAP 3)

La prevención primaria y la Promoción de la Salud de nuevo se encuentran en las estrategias, por la utilización de instrumentos como información, educación y comunicación para la salud, el mercadeo social, el fortalecimiento de la participación comunitaria, el empoderamiento y la acción política para la formulación e implementación de políticas públicas saludables. Como puede verse, las acciones de Promoción de la Salud y algunas de la prevención primaria trascienden en ámbito de trabajo específico del campo tradicional de la salud y dirigen sus esfuerzos a crear las condiciones óptimas para modificar los

determinantes de la salud. Las acciones de la Prevención de la Enfermedad son fundamentalmente protectoras de riesgos para la persona y los grupos. Terris en 1992 hace la similitud entre la Promoción de la Salud y el concepto epidemiológico de la "red causal" que toma en cuenta todos los factores causales, tanto generales como específicos. (RESTREPO, M. 2001 CAP 3)

#### **1.4.4 ACTIVIDADES PREVENTIVAS – SOCIALES**

En países en desarrollo como Colombia, donde las enfermedades de salud oral tienden a aumentar, como por ejemplo es necesario disminuir esta tendencia mediante campañas de promoción y prevención eficaces. También se requiere impedir la adopción de nuevos modos de vida y nuevos hábitos de alimentación que conllevan a un incremento de la caries dental. Actualmente una buena salud bucal se reconoce como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas. Tener dientes y encías saludables es esencial para eliminar fuentes de infección que puedan propagarse hacia otros órganos. (GENCO, R. GOLDMAN, H. 1999).

Es muy importante y tarea especial darle un manejo promocional y preventivo a la salud bucal, porque solo a través de estos aspectos se puede lograr un cambio de conducta y así un mejoramiento del estado de la salud bucal de nuestra población a mediano y largo plazo. La mejor forma de evitar una enfermedad es actuando antes de que esta comience, por esta razón es necesario realizar promoción y

prevención en salud bucal en la comunidad. Para esto es necesario tener en cuenta las siguientes técnicas que evitarán que la boca se enferme: higiene oral, aplicación de flúor y dieta adecuada. La higiene oral es parte integral de la salud general, por esto es necesario cambiar las prácticas, mejorando la calidad del cepillado, utilizando adecuadamente los implementos de higiene oral cambiando el estilo de vida y la actitud de las personas. (GENCO, R. GOLDMAN, H. 1999).

La noción completa del cambio de estilo de vida es la parte más difícil para el diseño de un programa para las personas que empiezan a practicar una adecuada higiene oral, los principios de cepillado y uso de hilo dental son fáciles de aprender, pero integrarlos a la rutina diaria es más dispendioso y es una fuente de frustración para el profesional en salud oral, que tiene la convicción. Que al educar los individuos cambiaran su conducta. Sin embargo la forma más eficaz para evitar enfermedades orales es la prevención por medio de Educación en Salud oral. (GENCO, R. GOLDMAN, H. 1999).

La salud oral esta estrechamente relacionada con una alimentación bien equilibrada. La carencia de ciertos nutrientes podría disminuir la resistencia de los tejidos orales a las infecciones bacterianas que causan enfermedades orales. Aunque la mala nutrición no es la causa directa de estas, se cree que las acelera y agrava, la nutrición apropiada de la mujer en embarazo es importante para el desarrollo del feto, al igual que la lactancia materna es fundamental para el desarrollo de los dientes del infante. La nutrición influye mucho en la salud bucal

durante todo el desarrollo del ser humano. Por esto, una de las formas para prevenir las enfermedades de los dientes es reducir el consumo de azúcar, caramelos, pasteles y refrescos embotellados, ya que estos ayudan a la producción de caries dental y por consiguiente de enfermedades de las encías. (MINISTERIO DE SALUD 1996 ).

Las acciones de promoción y prevención en salud bucal que se deben desarrollar a nivel nacional son: educación en salud bucal que incluya: explicación de la técnica correcta de higiene oral, fomento de adecuados hábitos alimentarios, explicación de hábitos que puedan conducir a desarrollar problemas orales, promoción de las visitas periódicas al odontólogo, información sobre la importancia de la salud oral en las diversas etapas de desarrollo del individuo, promoción del conocimiento de las estructuras orales y explicación sencilla de las causas de las enfermedades orales más comunes y la manera de prevenirlas, por medio de la autoaplicación con flúor a los escolares. . ( MINISTERIO DE SALUD 1996 )

Estas acciones se pueden desarrollar a través de material didáctico en salud bucal con lenguaje sencillo e ilustraciones llamativas, utilización de medios de comunicación y material audiovisual para difundir información a toda la población con mensajes positivos sobre salud oral. ( MINISTERIO DE SALUD 1996 )

#### **1.4.5 DESARROLLO COMUNITARIO**

Es necesario identificar y tener en cuenta los estilos de vida, ambiente, convivencia, solidaridad, democracia, desigualdades en salud y políticas saludables. Es de particular importancia la transformación de los estilos de vida, es decir, los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos los grupos de población que están asociados a factores de riesgo y por lo tanto, conducen a la enfermedad. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma, transformando sus tradiciones y hábitos deberes sociales saludables por medio de la información y la educación que se lleva a cabo en la familia, la escuela, la academia, el sitio de trabajo y el ámbito comunitario. En conexión con los estilos de vida, es necesario desarrollar las aptitudes y habilidades personales para la vida, para mantener y mejorar la salud, así como incrementar la capacidad de las personas para controlar los factores sociales, económicos y ambientales que determinan el nivel de salud. (PERDOMO, J, 1994).

Un gran reto consiste en armonizar el desarrollo, el ambiente y la naturaleza. El ambiente incluye los de tipo natural y los creados por el ser humano y la sociedad. Los ambientes y los recursos naturales deben ser protegidos de manera adecuada para evitar su devastación y degradación. De otro lado, es necesario crear

ambientes de vida y de trabajo que sean seguros, estimulantes y satisfactorios.

(PERDOMO, J, 1994).

Las desigualdades en la salud son inequidades sociales por medio de los planes de desarrollo, la inversión pública y privada, la cooperación y coordinación intersectorial, es posible llevar a cabo actividades que atenúen las desigualdades existentes en los servicios básicos, la nutrición infantil, educación, y demás requisitos de la salud. Al tiempo, es indispensable garantizar progresivamente la cobertura universal de los servicios de salud, por lo cual debe superarse la actual dispersión de los sistemas y servicios de salud, articulándolos al proceso de descentralización política y administrativa. Es conveniente evitar que surjan adicionales desigualdades en salud como resultado de los rápidos cambios que provoca la introducción no regulada de nuevas tecnologías. Se requiere con urgencia una política nacional de transferencia, generación, adaptación y utilización de tecnología en el campo de la salud. (PERDOMO, J, 1994)

Las inequidades sociales constituyen el problema dominante de la salud en las Américas, por lo que la Organización Panamericana de la Salud ha interpretado estas inequidades como un llamado a la Justicia Social y, un derrumbamiento de los muros que se han alzado hasta dejar sin esperanza a las grandes masas de la humanidad que más lo necesitan. La búsqueda de la equidad en salud debe incluir el disfrute de aquellas condiciones sociales y ambientales que tan poderosamente repercuten en la salud. La asociación entre condiciones de vida y salud, se

manifiestan por las grandes diferencias en la estructura de salud, enfermedad y muerte, de acuerdo con la oportunidad de vida de las poblaciones, correspondiendo su caracterización a la identificación de riesgos colectivos.

(RESTREPO, M. 2001 CAP 8)

El desarrollo humano plantea como propósito ampliar las oportunidades de todas las personas; la continua exclusión de las mujeres respecto a muchas oportunidades de la vida, retrasa y distorsiona el proceso de desarrollo. Las mujeres son agentes imprescindibles del cambio político y económico. La inversión en la capacidad de la mujer y su potenciación para que ejerza sus opciones, no sólo es un fin valioso en sí mismo, sino la manera más segura de contribuir al crecimiento económico y al desarrollo en general. En las décadas pasadas, se han hecho inversiones en la educación y la salud de las mujeres, pero las puertas hacia las oportunidades económicas y políticas se han ido abriendo en forma más lenta con reticencias. Los hombres y las mujeres desempeñan diferentes roles en las sociedades que involucran diferentes factores de riesgo y que facilitan el desarrollo de diferentes habilidades y destrezas. Los roles y las responsabilidades asignados culturalmente, las habilidades y las destrezas que se desarrollen a partir de ellos, y el diferencial de acceso y control sobre los recursos dan lugar a las inquietudes de género. “tanto mujeres como hombres son agentes activos de su propio desarrollo, y del desarrollo en general, siempre que los recursos y las oportunidades estén disponibles sobre una base igualitaria “. ( RESTREPO, M. 2001 CAP 8 ).

Para lograr equidad en salud hay que reconocer que cada grupo social y poblacional tiene diferentes necesidades que deben ser identificadas, para poder brindarle respuesta adecuada con el propósito de mejorar sus condiciones de salud. Particularmente, los hombres y las mujeres presentan diferencias ligadas al género y diferencias biológicas que se traducen también en perfiles de salud enfermedad diversos. ( RESTREPO, M. 2001 CAP 8 ).

Actualmente se conocen con respecto a la situación de salud tanto de los hombres como de las mujeres, aspectos importantes como el origen de las diferencias de las necesidades en salud entre hombres y mujeres, que deben considerar los gobernantes, los técnicos y la sociedad en el momento de crear opciones y oportunidades para todos los ciudadanos y las ciudadanas. Se encuentran situaciones, condiciones o problemas en salud: exclusivo de uno de los géneros, más prevalentes en uno de los sexos, con características diferentes en mujeres y hombres, que reciben respuestas diferentes del sistema. La participación y el empoderamiento de los grupos mas vulnerables de la población se fortalecen cuando se privilegia la promoción de la salud. Prioritariamente con el enfoque de oportunidad de vida, tendiente a las búsqueda de la justicia social. la salud depende también de otros factores diferentes a la asistencia médica, y a estos factores se les da una oportunidad menor por su capacidad resolutive. La equidad en Salud requiere de equidad en la distribución de los determinantes de la salud, incluyendo, pero no limitándolos a los servicios de Salud. ( RESTREPO, M. 2001 CAP 8 ).

Las políticas y actividades de todas las instituciones pueden afectar la salud de la población. Están comprometidos en este campo los gobiernos nacional, departamental y municipal, el parlamento, las autoridades sanitarias y educativas, las autoridades relacionadas con el desarrollo agrícola y el desarrollo económico, el sector privado, los empresarios, las academias y comunidades científicas, la iglesia, los medios de comunicación y todo aquel que incida en valores y actitudes, o que tome parte en la producción y consumo de bienes y servicios. Dentro de estas actividades se encuentran como pilares de promoción de la salud la participación comunitaria, la comunicación, la educación y el compromiso. ( PERDOMO. J. 1994)

La promoción de la salud, es posible si se cuenta con la participación efectiva de la comunidad. La participación se refiere a los procesos sociales a través de los cuales, los diferentes actores de la sociedad intervienen para identificar las cuestiones de salud u otros aspectos afines, diseñan, prueban y ponen en práctica las soluciones. ( PERDOMO. J. 1994)

Para lograr esta participación se requiere un total y constante acceso a la información, a la instrucción sanitaria y a la ayuda financiera. Junto con el perfeccionamiento de los instrumentos actuales de participación de la comunidad en los diferentes tipos de instituciones, es indispensable superar los métodos de manipulación y de clientelismo de todo tipo, lo cual reviste importancia en la

relación que debe existir entre las organizaciones las personas y la comunidad.

(PERDOMO. J. 1994)

La comunicación y los medios por los que se lleva a cabo pueden constituir un instrumento especialmente útil para las políticas sociales y pueden ser eficaces para elevar el grado de información, conocimiento y conciencia, y crear el clima adecuado para el cambio. Como instrumentos para difundir mensajes, los medios de comunicación masiva inciden sobre el conocimiento y la conciencia de las personas, sobre su percepción del mundo y de la enfermedad, su universo simbólico, sus relaciones con las demás personas y las instituciones, su ética y sus tendencias de consumo. Desde la dimensión de la cultura de la salud, la política de comunicación se proyecta y opera sobre todos los campos de la promoción de la salud para informar, motivar, educar y persuadir. Tiene que ver con la difusión y la información de valores, actitudes y estilos apropiados, y con los contenidos y los mensajes que deterioran hábitos y comportamientos saludables, o los sustituyen sin ventaja alguna para la persona. ( PERDOMO, J. 1994 ).

La comunicación en el ámbito de la salud pública puede llevarse a cabo en tres niveles: primero, la información y la educación pública, uso de medios masivos para sensibilizar e informar; campañas de información y educación pública dirigidas a audiencias específicas; estrategias de prevención integral a las que se articulan una o más campañas de comunicación; investigación para evaluar las experiencias en el uso de medios masivos y no masivos, el segundo nivel

corresponde a la comunicación interpersonal y grupal; aprovechamiento de las estructuras existentes en la sociedad civil, las instituciones públicas y privadas, para difundir y canalizar mensajes e información, el tercero dado por la comunicación profesional entre trabajadores de la salud y los usuarios de los servicios de salud. La educación, en su sentido más amplio, genera patrones de comportamiento, en la medida que socializa la cultura. En la perspectiva de una población saludable y una cultura de la salud, son de primera importancia los sistemas educativos formales y los procesos que se llevan a cabo de manera informal en la comunidad, la familia y el trabajo. En un sentido menos amplio, la educación en salud proporciona información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud e induce a los individuos y a los grupos sociales para que asuman su responsabilidades en las decisiones y los estilos de vida. El compromiso y la movilización de voluntades, entendidos como se ha indicado es un instrumento fundamental para avanzar en la promoción de la salud involucra un conjunto de programas y políticas. (PERDOMO, J. 1994).

#### **1.4.6 METODOLOGIA DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE**

Metodología es un conjunto de acciones u operaciones ordenadas las cuales siguen una secuencia con las que se pretende obtener un resultado; en este caso para poder desarrollar programas de promoción y prevención en salud oral se debe llevar a cabo una metodología de enseñanza y aprendizaje. (FRED. D 1998).

Para aplicar las diferentes estrategias en Salud Oral, el Profesional en salud puede implementar diferentes actividades como son: ensayos, el cual es un escrito en prosa que expone una interpretación personal sobre un tema determinado, en este caso sobre promoción y prevención en salud oral; otra ayuda importante son los medios audiovisuales las cuales son un complemento de la expresión oral y permiten la presentación del tema de manera mas clara y convincente, expresando gráficamente la idea, centrando en ella la atención de los interlocutores; al utilizar estas ayudas audiovisuales se tendrá en cuenta que el material utilizado tenga el tamaño adecuado para que los integrantes del auditorio puedan observar claramente lo que se expresa, los datos se presentaran de manera tan clara que puedan comprenderse por el auditorio; para esta finalidad se implementa el uso del tablero donde se dibuja y escribe con la ventaja de permitir centrar la atención del interlocutor distraído y facilitar al auditorio la toma de notas, se usará el papelógrafo y los videos. (MARTINEZ, R. 1997).

Con respecto a las estrategias que se pretenden desarrollar también se encuentran los foros que son reuniones en donde se discuten asuntos referentes en promoción y prevención con la participación activa del auditorio; además es necesario crear proyectos en el cual se van a aplicar las estrategias de promoción y prevención en salud oral para las comunidades anteriormente mencionada; se pueden realizar practicas donde participe el auditorio. (RIQUER, M.1995).

#### 1.4.7 ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

Para el desarrollo de esta investigación es necesario definir que es estrategia; a continuación se citan algunas definiciones: estrategia es el arte de coordinar las acciones y de maniobrar para alcanzar un objetivo. (STRICKLAND, J. 1999).

Estrategia es un patrón o plan que integra las metas principales, políticas y secuencia de acciones de una organización dentro de un todo cohesivo. Una estrategia asigna los recursos de una organización dentro de una disposición, una variable, basada en sus fortalezas y debilidades relativas o los cambios previstos en el entorno. (PORTER, M. 1999).

La Estrategia es un plan unificado, comprensible e integral, diseñado para asegurar que los objetivos básicos sean alcanzados. (MINTZBERG, H. 1996).

Existe un grupo de estrategias de prevención en salud oral las cuales comprende: **de información** crean conciencia proveen de conocimientos sobre las enfermedades que afectan la salud bucal y , **de educación**, se utilizan los medios de comunicación para concientizar a las personas sobre el cuidado de su salud oral, **alternativas** persiguen proveer actividades educativas, artísticas, deportivas y recreativas, **para comunidades** incluye prestación de servicios y programas eficaces sobre el cuidado e higiene oral. (CHARLES, W. JONES, G. 1996)

## TIPOS DE ESTRATEGIAS

**Estrategias de Integración:** Integración hacia delante: Adquirir la posesión o un mayor control de los distribuidores o detallistas. Integración hacia atrás: Tratar de adquirir el dominio o un mayor control de los proveedores de la empresa. Integración horizontal: Tratar de adquirir el dominio o un mayor control de los competidores. **Estrategias intensivas:** Penetración en el mercado: Tratar de conseguir una mayor participación en el mercado para los productos o servicios presentes, en los mercados presentes, por medio de un mayor esfuerzo en la comercialización. Desarrollo del mercado: Introducir productos o servicios presentes en zonas geográficas nuevas. Desarrollo del producto: Tratar de aumentar las ventas mejorando los productos o servicios presentes o desarrollando otros nuevos. (FRED. D. 1998)

**Estrategias de Diversificación:** Diversificación concéntrica: Agregar productos o servicios nuevos, pero relacionados. Diversificación complementada. Diversificación horizontal: Agregar productos o servicios nuevos, pero no relacionados, para los clientes presentes. Empresa en participación: Dos o más empresas patrocinadoras constituyen una organización separada con el objetivo de cooperar. **Estrategias Defensivas:** Encogimiento: Reagruparse por medio de la reducción de costos y activos para revertir la disminución de ventas y utilidades. Desinversión: Vender una división o parte de una organización. Liquidación: Vender los activos de una compañía, en partes, a su valor tangible. (FRED. D. 1998)

Se han venido realizando diferentes proyectos a nivel mundial con el propósito de disminuir las diferencias de atención, educación y prevención de muchas enfermedades bucales, diseñando estrategias básicas para la prevención y la factibilidad de los servicios de tratamiento para los países en vía de desarrollo y comunidades necesitadas. Pero para que un programa de salud bucal alcance sus objetivos es fundamental que la comunidad se comprometa con él, entendiendo su importancia como parte activa del proceso social, económico y cultural para la promoción de salud bucal, dentro del concepto de mejoría de la calidad de la salud general. Los programas de prevención y promoción de la salud bucal se deben acomodar a las necesidades específicas de cada comunidad esto exige revisiones constantes de las bases científicas para los métodos de educación bucal, tales como: entrenamiento y formación profesional, historia de las enfermedades bucales, patología bucal, estrategias de prevención, tratamiento, control de infecciones, métodos de investigación, ciencias sociales para salud bucal y programas comunitarios. (HERAZO B 1999).

Para este fin se han creado centros especializados en promoción y prevención en general incluyendo salud oral, como son en Chile el Centro JUNAEB, creado en 1964 donde se brinda apoyo estudiantil, teniendo como objetivo neutralizar las influencias negativas de los factores socio económicos, para contribuir en la igualdad de oportunidades frente a la educación prestando servicios en programas de atención básica en salud de diferentes áreas por ejemplo en el programa de salud oral se operará en la asistencia, prevención, capacitación y promoción. La

atención dental integral es ofrecida a las comunas de regiones de bajos recursos con la idea de resolver y controlar las patologías mas prevalentes en los niños, incorporando año a año los menores matriculados en el primer año básico de las escuelas adscritas al programa y efectuando controles periódicos a los ya ingresados hasta que completen su enseñanza básica ,también han venido desarrollando acciones curativas y de prevención como el uso de fluoruros tópicos, sellantes e instrucción de cepillado, además se han entregado contenidos educativos relacionados con el cuidado de la salud bucal. (FAZIO, C. 2002).

Otro de los centros especializados en promoción y prevención es CECIPROC en México, el cual capacita y promueve lideres comunitarios, cuyo eje de trabajo es la salud como instrumento prioritario para el desarrollo rural. Cuya misión es coadyuvar a mejorar la calidad de vida de las poblaciones rurales e indígenas de Oaxaca. Cuyo objetivo primordial es capacitar a los promotores comunitarios en las diferentes áreas de trabajo como son nutrición, salud comunitaria y salud oral, implementando proyectos de desarrollo comunitario que impacten a la población; actualmente CECIPROC trabaja en las regiones de Sierra Norte y la Costa de México. Dentro de los programas de capacitación en salud oral se incluyen anatomía y fisiología de la boca, prevención oral y atención oral, estos proyectos se realizan gracias al apoyo de autoridades locales de la comunidad, del equipo y la gestión de financiamientos externos. Uno de los servicios más importantes que ofrece CECIPROC es la implementación de programas de atención primaria de la salud de en las comunidades donde se atienden los

problemas de salud más comunes y entre estas se encuentran las patologías buco dentales. (DIEZ, S. 1995).

En otros países como Ecuador desde el 15 de febrero de 1997, las damas voluntarias de la cruz roja Ecuatoriana sede central (Quito), Provincia de Pichincha, se encuentran empeñadas en el programa de desarrollo de la comunidad, trabajo que lo realizan con la colaboración de la escuela Politécnica Nacional, el club rotatorio Quito y gente del lugar involucrando los sectores rurales y urbanos de Ecuador, con el fin de prestar atención medica y dental a los niños de escuelas y a los adultos de escasos recursos económicos, se realizan diferentes actividades como son: visitar nuevos barrios para aumentar la cobertura de atención y promover el trabajo voluntario entre los profesionales afines al programa de desarrollo comunitario, capacitando voluntarios (as) de las distintas comunidades como apoyo local; prestando atención primaria de salud oral. El programa de desarrollo comunitario cuenta con una unidad móvil de salud equipada con su propia planta de luz y abastecedor de agua, con una infraestructura básica general y el equipamiento completo de odontología. (DUARTE C.1997).

En Colombia, se han implementado y evaluado estrategias de Promoción y Prevención en salud oral a través de vigías de salud en Antioquia desde 1997. Se ha evaluado el binomio madre hijo, por un programa que se había iniciado en el municipio de hita huí en 1995, con el fin de generar cambios positivos en las

condiciones de salud oral en la comunidad donde en el plantel educativo José Manuel Restrepo Vélez en el municipio de envigado, se capacitaron 20 estudiantes de noveno grado (vigías), los cuales visitaron 24 familias de los estudiantes de sexto grado del mismo plantel, seleccionadas según su deseo de participación y el programa se llevó a cabo según las necesidades de cada familia, se cree importante a nivel de las instituciones en la cual el colegio odontológico colombiano presenta sus programas de prevención y promoción de salud oral programas como los creados en los artículos antes mencionados.( GOMEZ. P Y COLS 1997)

La promoción de la salud ha sido ejercida desde el modelo de prestación de servicios de salud de una manera formal desconociendo el conjunto de practicas que la comunidad realiza para promover, mantener y recuperar la salud, es decir sin atender al modelo social de practicas de salud existente al interior de las diferentes comunidades. De otra parte desde los programas educativos que el sector de la salud lleva a cabo, su ejercicio es cuestionado por la Dra. Beatriz Helena Ospina Rabe, desde sus tesis respecto a la "relación entre las necesidades básicas de participación, identidad y entendimiento y la estructura de los servicios educativos del sistema de salud", al darse como practicas que desconocen las necesidades básicas de entendimiento, identidad y participación de la comunidad y que actúan desde los conocimientos y valoración de los profesionales de la salud, con un enfoque curativo de la atención en salud y no desde la perspectiva del desarrollo humano integra; además asume que sus

contenidos, estrategias de aprendizaje y comunicación educativa son de reducida capacidad para que los individuos potencialicen sus acciones en la función de la solución de sus problemas y del logro de hábitos saludables. Los programas llevados a cabo por los servicios de salud dirigidos a la población escolar, son enfocados generalmente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas visuales, auditivos, orales y nutricionales, donde el elemento educativo se presenta desde una opción comunicativa unilateral, no continua, afectando los impactos de dichos programas. Hoy la promoción de la salud es una de las estrategias fundamentales de la OMS en la construcción de ambientes saludables, dada la estrecha relación entre las formas de vida, ambientes urbanos y problemas de salud. (DÍAZ, J. 1997).

Estrategia que fue impulsada en 1986 en el marco de la carta de Ottawa y que se denominó ciudades saludables. América latina en 1991 se acogió a esta iniciativa a través del movimiento de municipios saludables, como respuesta a los problemas de salud pública; y dentro de estos países Colombia con los municipios saludables por la paz. De otra parte, la OMS en la propuesta de Ottawa, destaca la educación para la salud como "arma de transformación del ser humano, la cual debe darse con el compromiso del sector educativo y de la salud, con la aplicación de metodologías para informar y educar sobre actitudes y formas de vida más saludables". Tal propuesta requiere la consideración, introducción, adopción y desarrollo de nuevos programas y metodologías educativas, incluyendo dentro de su organización el entorno escolar, la metodología de enseñanza y aprendizaje, el

currículo, la democracia en el aula, las practicas de dirección, las relaciones con la comunidad, la investigación y evaluación. Por lo tanto la educación para la salud, debe asumirse como construcción mas que transmisión del conocimiento y utilizar todas las oportunidades educativas a nivel formal e informal, desarrollándose como un programa planificado, consecutivo, en forma lógica y progresiva, que concentra sus esfuerzos en los conocimientos, aptitudes, destrezas y practicas necesarias para fomentar y mejorar la salud y la calidad de vida, en la búsqueda del empoderamiento por parte de la comunidad educativa, para actuar y lograr una vida sana (DÍAZ, J 1997).

Desde hace unos años las políticas en salud están dando un vuelco hacia lo preventivo. Por medio de la promoción de la salud bucal, principalmente, generar conductas saludables o dar origen a una cultura de salud en la población. En Colombia se han desarrollado campañas preventivas pero estas han tenido un enfoque hacia las enfermedades mas frecuentes como son la caries y la enfermedad periodontal y no se ha implementado realmente programas en salud específicos en salud para cada población que parten de sus características particulares y por lo tanto permiten generar un cambio en las actitudes y el comportamiento de las personas. Las campañas que se han realizado han sido de tipo informativo con una vía de comunicación bien sea grupal o individual pero siempre con un enfoque conductal el cual no permite tener una participación activa de la comunidad y de esta manera impide la aprehensión de nuevos conceptos y la modificación de los ya existentes. (MONCAYO, O. TAPIAS, P. 1998).

Se llevo a cabo un estudio de tipo descriptivo cuya población consistió en niños de primero a quinto de la escuela de Honda en Santafé de Bogotá, cuyas edades oscilaban entre 7 y 12 años, los niños pertenecen a los estratos 2 y 3 encontrándose que por su situación económica no tienen en su mayoría, acceso a servicios de salud privado, especialmente odontológicos. La institución, actualmente cuenta con los servicios prestados por los estudiantes practicantes en las áreas de educación y odontología aunque esta ultima no se realiza permanentemente si no en épocas específicas del año. Una gran parte de la población recibió educación en higiene oral y fluorización, previa a la aplicación de las encuestas. En primer momento, se aplico al grupo de estudio una entrevista individual con preguntas estructuradas, que permitiría recolectar la información y hacer un análisis inicial. (MONCAYO, O. TAPIAS, P. 1998)

El instrumento de la recolección (La entrevista estructurada) fue previamente calibrada, revisada por algunos docentes de la facultad de odontología y aplicado a algunos de los pacientes niños que asistieron a la clínica de la misma facultad y a los niños de afuera. En segundo momento, se realizo una entrevista que permitió hacer una análisis cualitativo de las respuestas que dieron los niños, esta entrevista se llevo a cabo en forma grupal y se tuvo la libertad de incluir algunas preguntas que pudieron ayudar a aclarar o profundizar. Se manejaron las variables conocimientos, actitudes, creencias y practicas sobre la salud e higiene oral en la población escolar estudiada. Pero la entrevista se utilizo un análisis cualitativo en el cual se registraron los tipos de respuestas dadas por los niños y

se identificaron las semejanzas y diferencias entre las respuestas de un curso a otro. De esta forma se pudieron establecer los contenidos que manejan los niños por grupo de edad y por curso. Finalmente los tipos de respuestas se estudiaron según la clasificación de las creencias infantiles. (MONCAYO, O. TAPIAS, P. 1998)

Por otra parte para que el profesional en salud pueda llevar a cabo excelentes actividades en materia de metodología de enseñanza y aprendizaje, es importante resaltar que se ha venido desarrollando una nueva herramienta para la planificación de programas de prevención de la caries dental. El objetivo principal de este proyecto es desarrollar un modelo de programa de computadora apoyado en la tecnología conocida como Knowledge-Based System (KBES) para orientar la planificación de programas preventivos. Cualquier decisión lleva dentro de sí el factor subjetivo de juicio, no obstante, este programa se propone ofrecer una estructura lógica y didáctica para orientar el proceso de decisión. El modelo desarrollado usó el lenguaje Integrado de Producción de Sistemas C (clips) y se llamó Preventive Program Model (PPM) o Modelo para Programas Preventivos. Este modelo se compone de tres módulos. Estrategias recomendadas para programas preventivos fundamentados en el uso del flúor, regímenes alimenticios y obliteradores de surcos y grietas; Eficacia / eficiencia de medidas preventivas contra la caries dental; modelo estimativo de la eficiencia de programas con obliteradores de surcos y grietas. (WAGNER. W, 2000).

La literatura científica ofrece evidencias de la eficiencia y de la efectividad de varios métodos para la prevención de la caries dental. No obstante, esos estudios fueron llevados a cabo en poblaciones con perfiles epidemiológicos diversificados y muchas características importantes de esas poblaciones,, normalmente, no son especificadas o, a propósito, dejan de publicar detalles que pueden provocar dudas sobre las conclusiones del estudio. Resulta difícil, pues, estimar con bastante precisión , el impacto probable que los diversos programas preventivos tienen sobre la salud bucal de la población. Para la buena planificación de programas preventivos se necesitan saber estimativas sobre los resultados que se pretenden obtener, así como datos locales sobre costos de material y personal. El planificador debe tener suficiente habilidad para manejar estas informaciones, si bien que son pocos los dentistas con esta experiencia y también es difícil tener acceso a la literatura científica, sobre todo en los países en vías de desarrollo. (WAGNER W, 2000).

Si la información sobre la efectividad de las medidas de prevención fuera organizada para orientar el proceso de decisión, los dentistas que trabajan en los programas de salud pública tendrían mejores condiciones de tomar decisiones potencialmente más eficientes. La literatura observada mostró que ningún Knowledge-Based Expert System (KBES) fue llevado a cabo para la tarea específica de orientación de la planificación de programas preventivos de caries dental. Desarrollar un programa de computadora de esta índole es un intento de disminuir la necesidad de consultores para la planificación de programas de salud

pública. El objetivo fundamental de este proyecto es desarrollar el prototipo de un programa de computadora apoyado en la tecnología conocida como Knowledge-Based System Expert (KBES) para orientar la planificación de programas preventivos de la caries dental. Este programa se propone orientar los dentistas responsables por la planificación de programas de salud bucal, cuando tengan que elegir un programa preventivo de la caries dental basado en datos locales de salud bucal. (WAGNER W 2000).

Se desarrolló un estudio experimental, en donde se tomó la totalidad de la población de primero a quinto grado de la Escuela Urbana Integrada Olaya Herrera del municipio de Angelópolis como grupo experimental y la de primero a quinto grado de la escuela Santa Rita del municipio de Angelópolis. En total fueron 217 niños, distribuidos así: 119 en la escuela experimental y 98 en la control. Dichas escuelas son ambas urbanas, con una población uniforme y las mismas condiciones socio – económicas. (RESTREPO C, 1998).

El programa de promoción y prevención en salud oral hace parte del Plan de Atención Básica que está a cargo de la Empresa Social del Estado. Hospital de la Misericordia del municipio de Angelópolis. Se pidió autorización a las rectorías de ambas escuelas y jefe de núcleo, las cuales se encargaron de notificar a los padres y pedir la autorización a los mismo para la toma de la muestra. Se aplicaron los índices cariado, obturado y perdido ; cariado, extraído, obturado, al igual que el número de superficies con manchas blancas, tomadas luego de

realizar una cuidadosa limpieza de los dientes, con técnicas de Bass modificadas con cepillo PRO 415 Tupido Suave y seda dental, revisada con pastillas reveladoras, posterior a lo cual se realizó un secado de todos los dientes y con iluminación directa, se tomó el número de manchas blancas y se hicieron los índices antes mencionados. Lo anterior igual para todos los niños, tanto de la Escuela Santa Rita como de la Escuela Urbana Olaya Herrera. A todos los niños de primero grado de primaria de la Escuela Urbana Olaya Herrera, se les realizó un programa de promoción y Prevención, consistente en: Charlas a padres y alumnos separadamente acerca del proceso de la caries, proceso del cálculo, dieta hipoglúcida. A los padres de familia se les indicó el papel que jugaban dentro del programa, manera de hacer las motivaciones e incentivos para estimular la higiene oral de sus hijos. Se enseñó la técnica de Bass Modificada y el uso de la seda dental a la totalidad de los niños. Posteriormente se regalaron cepillos dentales PRO 415 tupido suave a todos los alumnos y seda dental por grupo que debían mantener en la escuela en cepillos en formas didácticas (conejos, caballos, etc), cada uno marcado con el nombre del alumno. Se hicieron revisiones de tinción de placa con pastillas reveladoras posterior al cepillado, para verificar que las técnicas de higiene oral habían sido comprendidas. (RESTREPO, C,1998).

Se capacitó al alumno, que según profesor y sus compañeros era el líder apropiado para ser el promotor de salud oral escolar del grupo. Los promotores de salud oral escolar se les capacitó en el auditorio de la Empresa Social del Estado, Hospital de la Misericordia en reuniones semanales en las que se les enseñó a

realizar la tinción de la placa, se les reforzó la técnica del cepillado Bass modificada, se les indicó la manera de detectar caries (como motivación), explicando que las manchas amarillas y cafés eran activas, las negras detenidas y que las manchas blancas eran caries iniciales. A su vez se les enseñó el manejo casero de traumas dentoalveolares que debían reproducir a sus compañeros y padres de familia. Se les entregó una escarapela con su nombre, su cargo (Promotor de Salud Oral) y la identificación de la Empresa Social del Estado hospital de la Misericordia, que debían usar diariamente como identificación, a los promotores de salud oral se les entregaron pastillas reveladoras y de esta manera fueron los encargados de vigilar el cepillado de sus compañeros diariamente.

(RESTREPO,C,1998)

Ellos elaboraron listas de aquellos niños a los que debían reforzar la técnica del cepillado y de aquellos que se llevaban el cepillo de la escuela o no querían usar la seda dental. A los primeros se les reforzó la técnica de cepillado en reuniones individuales en la escuela. Los segundos fueron reportados a la profesora para que recordaran a los padres de familia que insistieran a sus hijos para traer el cepillo a la escuela. Se realizó un programa radial "Salud Oral" donde se trataron diferentes temas acerca de la salud oral, de interés para toda la familia. El programa se transmitió los miércoles de 5:30 a 6:00 PM durante 6 meses. Los alumnos de la Escuela Urbana Integrada Olaya Herrera, tenían como tarea, un resumen del tema tratado en el programa de radio semanalmente. De esta

manera, se aseguró que el programa fuera escuchado. A su vez, semanalmente, los jueves en la mañana, se resolvían dudas del mismo. (RESTREPO,C,1998)

Durante los 6 meses se realizaron 2 topicaciones con fluoruro acidulado en gel en una concentración de 1.23%. Una al inicio y otra al final. Todo el anterior programa, fue ejecutado por un lapso de 6 meses, antes de hacer la evaluación final. Todavía se sigue aplicando en el día de hoy, a todas las escuelas del municipio de Angelópolis, exceptuando la Santa Rita (Grupo control), para tomar otros exámenes en el mes de Diciembre. Al cabo de estos 6 meses, la Escuela Urbana Integrada Olaya Herrera del Municipio de Angelópolis, se tomó el índice MEDI – MED en la totalidad de los niños de primero a quinto grado de primaria de la Escuela Urbana Integrada Olaya Herrera, al igual que en la escuela Santa Rita del mismo municipio, donde se aplicó simultáneamente sin haber hecho ningún tipo de programa preventivo. Finalmente se tomaron nuevamente los índice cariado, obturado, perdido y cariado extraído, obturado y manchas blancas a la totalidad de la población de primero a quinto grado de ambas instituciones, también al finalizar los 6 meses de aplicación de programa en la escuela experimental. Posteriormente se analizaron los resultados con la distribución de las variables y se establecieron las comparaciones y conclusiones pertinentes. (RESTREPO, C,1998).

El problema de la higiene oral en pacientes niños invidentes, buscaba mejorar mediante medidas de motivación, educación personalizada y ayudas específicas,

el control de placa bacteriana y a los conocimientos sobre salud oral. Se utilizaron ayudas didácticas innovadoras para la educación, procurando que los niños recibieran una información preventiva con un evento entretenido. Las ayudas didácticas que se utilizaron fueron diseñadas según las capacidades psicomotoras de los niños, que les dieran incentivo de participación y se trato que el niño fuera tratado como un niño y en segundo término como niño ciego. El estudio que se realizó fue descriptivo porque se basó en la observación y el análisis de los resultados en términos de efectividad del programa en relación con el índice de placa y la comprensión de los contenidos de higiene oral. El tipo de diseño no fue experimental porque la investigación, se realizó en un grupo de población en el cual no hubo control de las variables sino observación de las características. Los estudiantes de la Fundación Juan Antonio Pardo Ospina, ubicada en la Carrera 8 este # 12-36 sur , colaboraron con el desarrollo del programa. La fundación es especializada en capacitar niños invidentes. Cuenta con 50 estudiantes, los cuales fueron involucrados en el estudio. Por esta razón en la investigación se habló de censo porque se tomaron todos los sujetos de la institución. Las variables utilizadas fueron educación personalizada, motivación en niños, conocimiento y ayudas didácticas consistentes en: una canción, unos modelos, una charla personalizada, auditiva y olfativa. ( PRIETO, T,1998)

Actividad 1. Se realizó un primer control de placa bacteriana para saber el estado inicial en que estaban antes de aplicar el programa. Se hizo una ficha clínica donde se registró nombre, edad y curso. Actividad 2. Se realizó una encuesta de

conocimiento para determinar los conocimientos y prácticas iniciales de los niños. Actividad 3: se aplicó una canción indicando las técnicas de cepillado de barrido. La letra dice "los dientes de arriba se cepillan hacia abajo, los dientes de abajo se cepillan hacia arriba y las muelitas con un movimiento circular". Actividad 4: se realizó un segundo control de placa bacteriana para medir si las canciones pudieron mejorar las técnicas de cepillado. Actividad 5: se usaron dos tipos de macro modelos de los cuales uno representaba una dentadura sana y otro una dentadura afectada por caries representada con cavidades y placa bacteriana. También se usó gelatina mezclada con esencia de ruda para simular el mal olor que produce la placa bacteriana. Actividad 6: se realizó el tercer control de placa bacteriana para medir la eficacia de los modelos de control de placa bacteriana. Actividad 7: se dictó una charla personalizada sobre motivación, importancia del cepillado, técnicas de cepillado en barrido y uso de ayudas en higiene oral. Actividad 8: se entregó una cartilla Braille con la que se explicó la importancia del cepillado, técnicas de cepillado, qué es la placa bacteriana y qué es caries. Actividad 9: Se realizó control de placa bacteriana para evaluar si la cartilla contribuyó a la discriminación del porcentaje de placa y si mejoraron los conocimientos sobre salud oral. Actividad 10: se realizó el último control de placa bacteriana y la encuesta final con el fin de evaluar el programa de higiene oral.

(PRIETO, T, 1998)

El análisis de los resultados obtenidos por el desarrollo del programa de higiene oral para niños ciegos se evaluó tomando como base los controles de placa bacteriana. Para la comprensión de este se dividió en tres partes: en la primera se

evaluaron los logros alcanzados por el programa en forma global con el fin de medir su eficacia y determinar si se cumplieron los objetivos propuestos. En la segunda se evaluaron el contenido y las actividades realizadas entre los controles para determinar si el cambio ocurrido entre ellos es estadísticas significativo. Para realizar este análisis se utilizó la prueba de significancia estadística denominada T de Student, ya que las variables eran cuantitativas, y se compararon los grupos para determinar si había una diferencia significativa. Los resultados son aceptados con un 95% de certeza y un error máximo de 0.05. La variable que sirve como única medida de evaluación del programa es el porcentaje de placa bacteriana detectado en cada uno de los niños. Los conocimientos obtenidos mediante entrevista estructurada se analizaron de forma cualitativa comparando los resultados antes y después del programa. ( PRIETO, T,1998)

El programa de salud bucodental de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, tiene como objetivo, lograr una reducción de las caries dental del 80% , reducir en 25% la frecuencia actual de perdida dentaria y lograr que más del 50% de la población mayor de 60 años, conserve un mínimo de 20 piezas dentarias y lograr funcionales. Objetivo aun distante en nuestro país. Para lograrlo se requerirá una acción permanente que implique campañas de educación para la salud y programas efectivos de atención. La Obra Social William Hope en su servicio Propio odontológico, decidió llevar a cabo, en agosto de 2.000, un Programa Preventivo odontológico, que a la fecha cuenta con 270 niños incorporados En la primera etapa se limito a los niños y embarazadas,

por tratarse de los grupos mas expuestos al riesgo de enfermar, para un futuro extenderlo al resto de las edades. .(HOPE,W. 2000).

El promedio de edad de los pacientes fue de 8.4<sup>a</sup>, el más pequeño tenía 2 años y 7 meses. Sobre el total atendidos solo 11 no tenían experiencia previa odontológica. El promedio de cepillado a la incorporación al programa fue una vez diaria (de mañana en general). La recomendación para esta población fue dos veces al día; una en la mañana después del desayuno, y la otra en la noche antes de acostarse. Haciendo hincapié en lo importante de esta última, por la disminución del flúor salival. El índice de sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados fue de 1.83. El índice de sumatoria de superficies primarias cariadas, con indicación de extracción y obturadas fue de 3.42. El índice de sumatoria de dientes permanentes, cariados, perdidos y obturados fue de 0.34. El índice de sumatoria de superficies permanentes cariadas, y obturadas fue de 2.15. Solo en 11 pacientes se encontraron manchas blancas (lesiones iniciales de caries no cavitadas) lo que da la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz, con un tratamiento de bajo costo. Se diagnosticaron 72 surcos profundos. Estudios previos muestran que los surcos profundos son zonas de riesgo cariogénico ya que la profundidad no permite una correcta higiene, pero sí el atrape de microorganismos. El promedio de momentos de azúcar para esta población fue de 4.22, siendo lo aceptado para una población sin riesgo de 4. El 72% de los pacientes habían alcanzado el alta al momento de la

evaluación. Sobre el total de las prestaciones realizadas, el 73.80% fueron preventivas, el 0.2% mutilantes y 26% curativas.(HOPE.W. 2000).

Hubo una investigación que se desarrollo en dos fases: En la primera fase se capacitaron 21 estudiantes de décimo grado del Instituto Técnico La selva (Itaguí) como vigías de la salud oral por medio de clases teórico – practicas basadas en el contenido del manual del vigía diseñado en el CES 1995. En la segunda fase se realizo un estudio casi experimental que evaluó el impacto del programa de promoción en salud oral realizado por los vigías durante el periodo 1995 – 1996. (ACOSTA O – ARANGO M. 1996).

La población objeto del estudio la constituyeron 19 familias de los estudiantes matriculados en el sexto grado en la misma institución, que fueron seleccionados al azar del total de estudiantes matriculados y de los cuales se obtuvo consentimiento. Previa calibración, se procedió a tomar la información requerida, con una encuesta sociodemográfica realizada a cada madre de familia, una encuesta de conocimientos, actitudes y practicas realizadas a los integrantes de cada familia y mediación de los niveles de caries y enfermedad gingival y periodontal con los siguientes índices:Índice de placa bacteriana de Sinless y Loe (1964),Índice de sangrado gingival de Ainamo y Bay (1975),Índice cariado, obturado, perdido y cariado, extraído, obturado de Klein, Palmer Knuston (1938),Índice de extensión y severidad de la enfermedad periodontal de Carlos y Kol (1986). (ACOSTA O – ARANGO M. 1996).

La evaluación cualitativa y cuantitativa de los anteriores criterios, y la realización de una encuesta de percepción a los integrantes de las familias y a los vigías al finalizar el programa, permitió medir el impacto de las actividades educativas y promocionales un año después de implementadas. La encuesta sociodemográfica reveló un grupo de familias con características similares, con ingresos económicos bajos y donde la mayor responsabilidad económica la lleva el padre. El 58.2% de los encuestados fueron hombres y el 41.8% fueron mujeres, con un promedio de edad de 23 años. El 96.4% de los individuos del programa pertenecían al programa de origen completo, es decir, con presencia del padre y de la madre. Algunas familias convivían con otros familiares (3.6%) y ninguna de las familias era de origen incompleto, (Ausencia del padre o de la madre). Con respecto a la higiene oral el 76.4% de los encuestados respondió que en la familia compran cepillo y seda dental. Solo el 5.5% compran además enjuagues bucales. (ACOSTA O – ARANGO M. 1996).

En Puerto Rico La Oficina de Salud Oral de la Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de la Salud, tiene como parte de su misión, el hacer accesible los servicios de salud oral a la población enfatizando en la población médico-indigente, prioritariamente en los grupos de alto riesgo. Establece la política pública de tratamiento, basado en el principio de preservación y protección de las estructuras de la cavidad oral del individuo, procurando el bienestar general de éste. El objetivo principal del Programa de Odontología Preventiva es llevar el mensaje de prevención de enfermedades y condiciones de la cavidad oral y de la

faringe a la población de Puerto Rico. Para poder cumplir con este objetivo el personal del Programa a nivel regional celebra encuentros directos con la población para llevar el mensaje de prevención. La población impactada consiste mayormente de escolares de las escuelas elementales y segundas unidades del sistema de educación público de la isla.(THOMPSON, A. 1998).

En estos encuentros se ofrecen charlas, demostraciones de técnicas de cepillado y de higiene oral y se distribuye material educativo a los participantes. En las escuelas se deja material y cartelones para poner en los salones de clase. Este servicio también se ofrece en las escuelas privadas que así lo soliciten. Es importante señalar que a cada estudiante que participa de estas charlas se le entrega un cepillo de dientes adecuado para su edad y una crema de dientes con fluoruro. En adición a las escuelas que se visitan en el programa escolar también se ofrecen charlas educativas. (THOMPSON, A. 1998)

En 1990 se realizó la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, en la que Colombia se comprometió a realizar todos los esfuerzos que fueran necesarios para alcanzar mejores condiciones de vida y desarrollo de la niñez. La Secretaria Distrital de Salud quiere ser pionera para cumplir con este reto, liderar la formación de personas integrales saludables, capaces de avanzar en la generación de ciencia y tecnología, orientando el Proyecto Escuelas Saludables a niños entre los 4-14 años de edad de la población escolar de Santa Fe de Bogotá, centrando su éxito en la capacidad de anticiparse a la enfermedad. (LOPEZ,C. 1999).

Por lo tanto, la Secretaría Distrital de Salud, implementó los programas de Prevención y Promoción en Salud Bucal que permitan hacer un mayor énfasis en mantener y mejorar las condiciones de salud oral observadas en este grupo de escolares con el fin de contribuir a superar las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud. En un estudio realizado en 45 países en desarrollo se comprobó que cuando la madre no había recibido ninguna preparación o algún tipo de instrucción y conocimientos básicos de educación en salud va en deterioro de la calidad de vida y bienestar social de sus familias.(LOPEZ,C.1999).

Por esta razón el Proyecto "Una Sonrisa por Bogotá" va dirigido además a 50.000 madres gestantes en Santa Fe de Bogotá en el contexto de Boca Saludable, que propone invitar a las madres a comprometerse en una actitud constructiva como multiplicadoras de información en su núcleo familiar, definitivo para el buen desarrollo de la Salud Oral de los menores. La conformación de una Red Distrital, consolida el encuentro de las diferentes personas e instituciones involucradas en el proyecto, como un sistema abierto y flexible en cada una de las 20 localidades del Distrito Capital para hacer visibles los procesos del buen desarrollo de la salud oral dentro de los hospitales de I y II nivel como responsables de su ejecución en los cuales se les brindan charlas sobre el cuidado e higiene oral, dieta, y algunos hábitos. El Distrito Capital ha definido como prioridad las acciones en Salud Oral para la población infantil. Es así como se ha implementado los proyectos "Incrementales en Salud Oral" que corresponde a un modelo de prevención,

promoción y atención odontológica integral extramural, para la población escolar entre 4 y 14 años de edad de 70 Escuelas Saludables y otras escuelas del distrito. (LOPEZ,C.1999).

En Buenos Aires se realizó un programa Provincial de Salud Bucal que fue creado con los siguientes objetivos: implementar políticas sanitarias a través del Ministerio de Salud, formular, ejecutar, supervisar planes y proyectos sobre fomento y promoción de la salud oral, ser órgano de aplicación de las estrategias de la atención primaria de la salud, coordinar operativamente con Municipios, Instituciones, Organismos Públicos y Privados. En general apuntar a apoyar acciones de prevención en la población infanto-juvenil (hasta 14 años). A través de las Unidades Odontológicas Móviles se asiste a la población escolar asistiendo desde el año 1996 al 2000 a 330 establecimientos Escolares de 90.000 niños, con una proyección para el año 2001 de 130.000 niños. Comenzó la gestión para la compra de 150 consultorios odontológicos, destinados al re-equipamiento Provincia. El programa colaboró en el diseño de los Hospitales Odontológicos Móviles, adquiridos por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires en los cuales se realizan actividades preventivas como enseñanza de cepillado, control de placa bacteriana y aplicación de fluor tópico y se atienden las urgencias dentales más comunes. (BOLLINI, A 2000)

En México se han realizado varias campañas de promoción y prevención en salud oral las cuales por una semana de manera gratuita alrededor de 600 mil acciones

curativas y preventivas a la población en general, y en particular a los grupos de riesgo como son niños, mujeres embarazadas, diabéticos y adultos. Realizan algunas actividades como son: aplicación de flúor para la prevención de caries, tratamientos de operatoria y exodoncias, fomentan el hábito de la higiene bucal, realizan sesiones educativo-informativas, limpieza dental, introducción a la técnica del uso del hilo dental y cepillado adecuado, además de detección de placa bacteriana. (ESCOBAR, H. 2002)

En Estado de Nuevo León a través de la Secretaría de Salud, lleva a cabo la Semana Nacional de Salud Bucal, la cual tiene como objetivo, mejorar la salud bucal de la población mexicana, mediante acciones coordinadas que permitan abordar los problemas más urgentes como son la caries y las enfermedades periodontales, además de intensificar las acciones educativo-preventivas en los grupos que así lo requieran. (CHAVEZ, J. 2002)

En esta actividad participan el personal de la Secretaría de Educación, maestros y directores; además de odontólogos, personal de salud, promotores, médicos y enfermeras, quienes realizarán la aplicación de fluoruro a los estudiantes, así como también les darán charlas educativas en las cuales se enseñará la técnica correcta del cepillado y el uso del hilo dental, así como también se informará sobre el control de la placa bacteriana. Para las comunidades alejadas o de difícil acceso, se han preparado brigadas de atención odontológica con el apoyo de las unidades móviles de Cáritas Monterrey de la Secretaría de Salud.(CHAVEZ, J. 2002)

En México se realizan diferentes programas de promoción y prevención entre estos existen: en Orizaba, Veracruz, se desplazaron 28 brigadas médicas para aplicar tratamientos bucales y programas de fomento a la salud a 20 mil estudiantes de niveles preescolar y primaria de 28 municipios del centro del estado. Estas brigadas también recorren los domicilios e instituciones educativas de localidades serranas de Zongolica y el Pico de Orizaba para dar orientación sobre el auto cuidado de la salud bucal y aplicar tratamientos. En esta jornada participan la Asociación Dental Mexicana y el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, esta campaña se enfoca en escuelas primarias y secundarias, así como entre los padres de familia, con el propósito de crear conciencia. ( VERA, H. 2001)

En Tijuana, Baja California, la Secretaría de Salud realiza aplicaciones de flúor dos veces al año en 46 escuelas primarias y seis de secundaria y esta actividad esta a cargo por estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California al igual se capacitará sobre las técnicas de cepillado y uso del hilo dental, con el objetivo de preservar la salud de los dientes de la niñez. ( VERA, H. 2001)

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar estrategias de promoción y prevención en Salud Oral.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las estrategias de promoción y prevención en salud oral.
- Determinar la metodología empleada en actividades de promoción y prevención en salud oral.

## **2. METODO**

### **2.1. TIPO DE ESTUDIO:**

Revisión bibliográfica

### **2.2. UNIDADES TEMATICAS**

**2.2.1** Tipo de estrategias de promoción y prevención.

**2.2.2** Metodologías empleadas en los diferentes municipios.

### **2.3 FUENTES DE INFORMACION**

Para realizar este estudio se visitaron las siguientes instituciones, Universidad del Bosque, Pontificia Universidad Javeriana, Ministerio de Salud, Secretaria de Salud, Biblioteca de Colsubsidio, Biblioteca Luis Ángel Arango, se consultaron 20 libros , 10 enciclopedias, y 20 artículos científicos.

### **2.4. INSTRUMENTO**

Para efectos de este estudio se realizo el instrumento Matriz Bibliográfica.

<b>AUTOR</b>	<b>TIPO ESTRATEGIA</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
Acosta Arango M. 1996 – 1997	Implementación y evaluación de programa de promoción en salud	
Bollini, Adolfo. 2000	Programa Provincial de salud Bucal	
Bohada 2000		Definición de prevención
Castro Albarrán . 1998		Marcos conceptuales de la promoción de la salud
Charles, Hill. 1996		Administración estratégica
Chávez, Jairo. 2002	Programa de salud bucal	
Constitución Política de 1991		Aspectos Legales
Duarte , Clara 1997	Damas voluntarias	
Díaz, Jaramillo. 1997 – 1998	Promoción de la salud en el ámbito escolar	
Escobar. Habeica. 2002	Semana nacional de salud bucal	
Fazio-chile/2002	Programas de promoción y prevención	
Fred,David. 1998		Gerencia estratégica
Genco-Goldman 1999		Actividades preventivas sociales
Herazo 1999		Proceso Salud enfermedad
Hope William Elordi 2000	Programa preventivo odontológico	
Gómez y Cols 1997 – 1999	Programas de promoción y prevención.	
Ley 100 – 1993		Aspectos Legales
López, Carlos . 1999	Programa Distrital De Salud bucal	
Martínez Rey - 1995		Enseñanza y aprendizaje
Ministerio de salud – 1996		Actividades preventivas sociales promoción y prevención
<b>Mintzberg, Henry. 1996</b>		. El Proceso Estratégico Conceptos, Contextos y Casos.
Moncayo O. Tapias T. 1998	Creencias y prácticas – población escolar de 7 – 12 años	
Perdomo Rivera 1994	Desarrollo Comunitario	
Prieto Tapias. 1999	Programa de Higiene Oral	
Porter Michael, 1999		Ser Competitivo
Resolución 3997/96		Aspectos Legales
Resolución 412/2000		Aspectos Legales
Restrepo – Málaga 2001 Cap. 1		Antecedentes históricos de la promoción de la salud
Restrepo – Málaga 2001 Cap. 2		Antecedentes históricos
Restrepo – Málaga 2001 Cap. 3		Agenda para la acción en promoción de la salud
Restrepo – Málaga 2001 Cap. 8		Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local
Restrepo Claudia. 1998	Programa de prevención y Promoción aplicado a escolares	
Riquer Martín 1991		Enseñanza y aprendizaje
Strickland, Jack. 1999		Conceptos de Administración
Thomson Artur.1998	Programa de odontología Preventiva	
Vera, Heriberto 2001	Programa de salud bucal	
Wagner, Werner.2000	Planificación de programas de prevención de la caries	

### 3. RESULTADOS

**3.1 Tipos de estrategias de promoción y prevención:** Capacitar y promover líderes comunitarios en promoción y prevención en salud oral cuya misión es coadyuvar a mejorar la calidad de vida de poblaciones rurales e indígenas; se visitan nuevos barrios por parte de profesionales voluntarios para aumentar la cobertura de atención y promover trabajo voluntario entre profesionales de salud oral; por medio de vigías de la salud se pretenden generar cambios positivos en las condiciones de salud evaluando el binomio madre – hijo.

Por otra parte los estudiantes de los últimos semestres de odontología educan en el área de promoción y prevención de la salud oral en diferentes instituciones escolares; se capacitan alumnos que según los profesores y compañeros serán líderes apropiados para ser promotores de la salud oral escolar; se realizan programas radiales sobre promoción y prevención en salud oral donde se tratan diferentes temas acerca de la salud oral que son de interés para toda la familia; otro tipo de estrategia que cabe resaltar dentro de esta investigación es la educación personalizada que se le brinda a niños invidentes, y por ultimo se encuentran cinco grandes áreas estratégicas según la carta de Ottawa: construir políticas saludables, crear entornos saludables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud.

**3.2 Metodologías Empleadas en los Diferentes Municipios:** Es necesario diseñar una adecuada metodología para llevar a cabo estos programas de promoción y prevención en salud oral la cual comprende: foros, talleres, charlas y ensayos los cuales son fuente de información para la población implicada, estas se complementan con ayudas audiovisuales, macro modelos, material didáctico con lenguaje sencillo e ilustraciones llamativas en donde se ejemplifique todo lo relacionado con salud oral y el cuidado de esta. Por otra parte la realización de una encuesta previa y post es de gran ayuda para así poder evaluar lo conocimientos adquiridos. Canciones y juegos es otra clase de metodología la cual ofrece muy buenos resultados; la democracia en el aula, las relaciones con la comunidad y la comunicación grupal son algunas metodologías educativas que se pueden emplear. Para los niños invidentes se pueden realizar charlas auditivas y olfativas, y a su vez utilizar cartillas ilustrativas que implementen el idioma Braille. Por ultimo los medios de comunicación implementando programas educativos sobre salud oral son útiles y eficaces.

Las creencias y practicas para evitar enfermarse, amuletos, talismanes, hechizos, etc., han existido desde lo tiempos mas primitivos, y persisten aun en muchas culturas uso de pulseras magnéticas, amuletos obsequiados por indígenas, semillas en las muñecas de los niños, el uso de colores, etc., que son prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado, y por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas.

Henry Sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Fue el primero en usar el término de Promoción de la Salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro. .(RESTREPO, M. 2001, CAP1)

El Programa de Salud propuesto por Sigerist consiste en: educación libre para toda la población incluyendo educación en salud. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente. Mejores medios de recreación y descanso. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado. Centros médicos de investigación y capacitación. A Sigerist se le puede considerar también como el precursor de las "Escuelas Saludables" cuando dice: "La escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública". Su influencia se mantiene aun en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública. Otro nombre importante de este siglo es el Thomas McKewen, quien documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mucho mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses y no, a las intervenciones de tipo médico. En sus propias palabras: "El progreso de la salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los

accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos, pero un control limitado, por medio la inmunización y el tratamiento, para reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado".(RESTREPO, M. 2001, CAP1)

Las corrientes de medicina social y de "epidemiología social", en las décadas del 60 y 70, hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública, destacan diversos planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la Promoción de la Salud y que quedaron en gran parte incluidos en la carta de Ottawa de 1986. (RESTREPO, M. 2001, CAP 1)

#### **4. CONCLUSIONES**

- Con el estudio se logro conocer una serie de estrategias de promoción y prevención en salud oral que se vienen desarrollando a nivel nacional e internacional para mejorar la salud oral de la poblacion.
- Por medio de esta investigación se describieron una serie de actividades que hacen parte de los diferentes programas de promoción y prevención en salud oral desarrollados en las diferentes comunidades.
- En el transcurso de la investigación se describió la metodología utilizada para desarrollar las actividades que hacen parte de los programas de promoción y prevención en salud oral.

## **5. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda realizar estudios en comunidades con diferentes niveles socioeconómicos y culturales para desarrollar programas adecuados a las necesidades de la población.
- Es importante comparar las estrategias de promoción y prevención en salud oral con las implementadas por el Colegio Odontológico Colombiano en las instituciones del área de influencia.
- Es necesario que el profesional en salud oral siga investigando y profundizando acerca del tema; para poder llegar a mejorar los programas de promoción y prevención que se han venido realizando.

## BIBLIOGRAFIA

**ACOSTA O, ARANGO M. GUTIÉRREZ S.** Implementación y educación de un programa de promoción en salud oral por medios de vigías de salud. Instituto Técnico la Selva, Itaguí (1996-1997). CES., p. 316 – 317

**BOHADA,** Asunción, **SARGARRA** Jorge, **GRAUGE** Dolores. Diccionario de Medicina Océano Mosby. Océano. 2000. Colombia. p.1046.

**BOLLINI,** Adolfo, Programa Provincial de Salud Bucal, Buenos Aires, 2000, p 56-60.

**CASTRO,** Jaime. Marcos conceptuales de la promoción de la Salud. Bosque. Colombia. 1998. p. 34

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA.** Norma. 1991. Colombia. p 22 – 23.

**CHAVEZ,** Jairo, Caritas de Monterrey, Programa de salud Bucal, México, 2002. p 415- 419.

**CHARLES,** Hill Jones , Administración Estratégica, Mc Graw Hill, Mexico, 1996. p 35-37.

**DUARTE,** Clara, Comité Damas Volutarias, Cruz Roja Quito. 1997

**DÍAZ,** Jaramillo, La promoción de la salud en el ámbito escolar, colegio José Celestino Mutis, Medellín 1997 / 1998; Investigación participativa temática. Universidad de Antioquia., P.146 – 147

**DIEZ,** Soledad, Centro Especializado de Promoción y Prevención. Ceciproc México. 1995

**ESCOBAR**, Habeica, semana Nacional de Salud Bucal, México,2002, p 115-117.

**FAZIO**, Carlos, Centro especializado de promoción y prevención. Junaeb. Chile 2002.

**FRED**, David , La Gerencia Estratégica , Legis Colombia, 1998. p 10.

**GENCO**, Robert. **GOLDMAN**, Henry. Periodoncia. Interamericana McGraw-Hill. 1999. México, D.F. p. 363.

**GOMEZ Y Cols**, Estrategias Preventivas. Medellín Colombia. 1997.p 65 – 67

**HERAZO**, Acuña, Benjamín. Odontología preventiva y social. Ecoe Ediciones. 1999. Colombia. p. 24, 96 – 98.

**HOPE**. William, **ELORDI** Susana . Programa preventivo Odontológico. 2000, P. 35 – 38

**LOPEZ**, Carlos, Programa Distrital de Salud Oral, Colombia, 1999. p 316-320.

**MARTINEZ**, Rey, Mabel, Procesos de Lenguaje 9. Santillana. 1995. Colombia. P 158.

**MINISTERIO DE SALUD**. Promoción y prevención en Salud Bucal, 1996. Colombia. P. 267,269.

LEY 100 / 1993, Aspectos Legales

RESOLUCIÓN 3997 – 96, Aspectos Legales

RESOLUCIÓN 412 – 2000, Aspectos Legales

**MINTZBERG**, Henry. El Proceso Estratégico Conceptos, Contextos y Casos. Deusto. 1996. Colombia. p16.

**MONCAYO O, TAPIAS T, VELASCO R.** Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de una población escolar de 7 a 12 años frente a la salud oral, Universidad Pontificia Javeriana., p. 342-343

**PERDOMO,** Rivera, José fina. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas. Ecoe Ediciones. 1994. Colombia., p.4, 8-10.

**PRIETO, T,** Programa de higiene Oral para niños ciegos. Universidad pontificia Javeriana., p. 148 – 149

**PORTER,** Michael. Ser Competitivo. Deusto. 1999. Colombia. p 43.

**RESTREPO,** S Claudia Cecilia, Impacto de programa de promoción y prevención integral en salud oral aplicado a escolares, Angelópolis 1998. CES., p. 143 – 145

**RESTREPO,** Malaga Promoción de la salud. Norma. Colombia. 2001, p.15-23, 24-33, 35-37,126-140

**RIQUER,** Martín, Enciclopedia Larousse, Planeta. 1991. Colombia. p. 530, 538.

**STEVENS,** Alan. Promoción de la Salud. Mosby Doyma Libros. 1998. España. p.603.

**STRICKLAND ,** Jack, Conceptos de Administración Estratégica, Simon, Buenos Aires, 1999, p 36

**THOMSOM,** Artur. Programa de Odontología Preventiva, Puerto Rico, 1998. p. 809-811.

**VERA,** Heriberto, Programa de Salud Bucal Aplicado a Estudiantes de preescolar y primaria. México. 2001. p 20-24

**WARNER, WErNER.** Una Herramienta para la planificación de programas de prevención de la caries dental. Colombia. 1998. p 45- 48