

T.O
1324

1018

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION
APLICADO A LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS COLEGIOS
OFICIALES DEL MUNICIPIO DE CHIA – CUNDINAMARCA:
2003 (I) y 2003 (II) - 2004 (I)

OSCAR ORLANDO APONTE GOMEZ
LUZ ANGELA DIMAS RINCÓN
DAYANA GARROTE MESA
MARIA DEISY HUESO HERNANDEZ
YESID AUDILIO JARA GARAY
ANDREA DEL PILAR LOZANO BONILLA
JACQUELINE MEDINA CORREA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO – COC
BOGOTÁ D.C.
2004

El trabajo de grado denominado: *“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION APLICADO A LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE CHIA – CUNDINAMARCA: 2003 (I) y 2003 (II) - 2004 (I)* elaborado por, Oscar Orlando Aponte Gómez, Luz Ángela Dimas Rincón, Dayana Garrote Mesa, Maria Deisy Hueso Hernández, Yesid Audilio Jara Garay, Andrea del Pilar Lozano Bonilla y Jacqueline Medina Correa, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de Odontólogo.

Firma del Asesor Científico

Firma del Asesor Metodológico

Firma del Coordinador del Departamento de
Investigación

Bogotá, Octubre 23 de 2004

DEDICATORIA

A Dios, por tantas cosas grandes que generosamente me ha brindado

A mis padres, SOFIA y JUAN, por su apoyo y entrega incondicional

ANGELA

A Dios por permitirme alcanzar este logro

A mis padres LUZ y HERNÁN, por su apoyo incondicional

A mi hermano LEONARDO, por su permanente colaboración y paciencia

DAYANA

A Dios por permitirme alcanzar tan anhelada meta

A mis padres ROQUE y CECILIA, por su apoyo

A CARLOS, por toda la colaboración y paciencia

A mi hija CARITO por su amor y comprensión

DEYSI

A Dios por darme la sabiduría y la fortaleza necesaria para sacar adelante esta investigación. A mi novia MILENA por su comprensión y apoyo, los cuales me

han servido de estímulo para seguir adelante.

YESID

A Dios por las oportunidades y bendiciones recibidas.

A mis padres HUMBERTO y ALBINA por el apoyo económico y emocional que me han brindado. A Olga González y familia por su colaboración y apoyo

ANDREA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

La Alcaldía Municipal de Chía y en especial a la secretaria de salud por su colaboración en el suministro de la información

Los estudiantes de décimo semestre del primer semestre del 2004, docentes del COC responsables del programa en Chía y docentes de los colegios oficiales del municipio de Chía por su colaboración con el diligenciamiento de la encuesta.

La Dra. STELLA MARQUEZ, asesora metodológica del COC durante el primer semestre del 2004, por sus oportunas orientaciones, experiencia y paciencia.

Los compañeros de grupo por su solidaridad, comprensión y apoyo recíproco.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	21
1.3 PROPÓSITO	23
1.4 MARCO DE REFERENCIA	23
1.4.1 Marco Histórico	23
1.4.1 Marco Legal	26
1.4.2 Marco Conceptual	31
1.4.3 Marco Teórico	39
1.5 OBJETIVOS	65
1.5.1 Objetivo general	65
1.5.2 Objetivos específicos	65
2 METODO	67
2.1 TIPO DE ESTUDIO	67
2.2 POBLACIÓN	67
2.2.1 Población blanco	67

2.2.2	Población accesible	67
2.2.3	Población elegible	67
2.2.4	Tamaño de la población	67
2.3	VARIABLES DEL ESTUDIO	68
2.4	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	72
2.5	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	74
2.6	PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	77
3	RESULTADOS	78
3.1	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS (DEMANDA)	78
3.2	FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE CHÍA (OFERTA).	81
3.2.1	Estructura organizativa del programa	81
3.2.2	Resultados de la encuesta para evaluar la funcionalidad del programa.	85
3.3	PROCESO	104
3.4	RESULTADOS	105
3.4.1	Actividades de diagnóstico	105
3.4.2	Actividades de Promoción y Prevención	106

3.5	IMPACTO	108
3.5.1	Comparación de los indicadores de salud oral para el período 2003 (I) -2003 (II) – 2004 (I).	111
4	DISCUSIÓN	115
5	CONCLUSIONES	119
6	RECOMENDACIONES	121
	BIBLIOGRAFÍA	122
	ANEXOS	129

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Colegios oficiales del municipio de Chía	25
Tabla 2. Directores por institución educativa oficial	26
Tabla 3. Matriz de definición y operacionalización de variables	69
Tabla 4. Respuesta docente-colegio oficial sobre capacitación a estudiantes de décimo semestre del COC.	86
Tabla 5. Respuesta docente –colegio oficial sobre planeación de charlas a escolares del municipio de Chía por los estudiantes del COC.	87
Tabla 6. Estudiantes décimo semestre – COC, capacitación a estudiantes de décimo semestre del COC.	88
Tabla 7. Estudiantes décimo semestre – COC, planeación de charlas a escolares del municipio de Chía por los estudiantes del COC.	89
Tabla 8. Estudiantes de décimo semestre: calidad de las charlas ofrecidas a escolares.	94
Tabla 9. Estudiantes de décimo semestre: relaciones COC, Alcaldía y colegios oficiales.	94

Tabla 10.	Estudiantes de décimo semestre: utilización de los datos del programa por parte del municipio.	95
Tabla 11.	Logros alcanzados por el programa de promoción y prevención según la opinión de los estudiantes.	100
Tabla 12	Seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa según la opinión de los estudiantes.	101
Tabla 13	Funcionamiento en general del programa según la opinión de los estudiantes.	101

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo DOPRI	54
Figura 2. Comparación población escolar por períodos según grupos de edades.	79
Figura 3. Comparación de la población por períodos según el género	80
Figura 4. Organigrama para el Programa de Promoción y Prevención en salud oral en las instituciones educativas municipales.	83
Figura 5. Organigrama de los actores que intervienen en el Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral.	84
Figura 6. Capacitación a estudiantes según tipo de encuestado.	90
Figura 7. Planeación de las charlas según de encuestado.	91
Figura 8. Participación y compromiso según tipo de encuestado.	92
Figura 9. Calidad de las charlas según tipo de encuestado.	96
Figura 10. Relaciones COC, Alcaldía, Colegios según tipo de encuestado.	97
Figura 11. Utilización de los datos, según tipo de encuestado.	98
Figura 12. Logros alcanzados por el programa según tipo de encuestado.	102

Figura 13.	Seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa, según tipo de encuestado.	103
Figura 14	Funcionamiento general del programa, según tipo de encuestado.	104
Figura 15	Actividades de promoción y prevención por período.	106
Figura 16	Tratamiento requeridos por los escolares	107
Figura 17	Comparación de prevalencia de caries según la edad en dentición temporal.	109
Figura 18	Comparación de prevalencia, según el género (temporales).	110
Figura 19	Comparación de prevalencia de caries según edad. Dientes permanentes.	111
Figura 20	Comparación de prevalencia de caries en dientes permanentes, según género.	112
Figura 21	Comparación del COP según la edad en dientes permanentes	113
Figura 22	Comparación del ceo, según edad (temporales)	114

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A Prueba Piloto	130
ANEXO B Encuesta	134

INTRODUCCIÓN

Los términos de salud oral y salud general no deben ser interpretados como entidades separadas. La salud oral es parte integral de la salud general; por lo tanto, la salud oral significa más que dientes saludables y que un niño no puede estar sano sin salud oral.

Las razones de las disparidades en salud oral son complejas. En muchos casos, la explicación son los factores socioeconómicos. En otros casos, las disparidades son exacerbadas por la falta de programas comunitarios tendientes a la prevención y promoción. La falta de recursos para pagar los tratamientos, ya sea del propio bolsillo o a través de seguros de salud dental públicos o privados, es claramente otra barrera.

Las instancias encargadas de contribuir en el control de los determinantes de la salud –factores individuales y ambientales- para poder mejorar el acceso a la atención odontológica de calidad y apoyar las políticas y programas que son importantes para la salud juegan un papel importante dentro del marco de las políticas de promoción y prevención.

La promoción de salud bucal y su herramienta principal, la educación sanitaria, constituyen un factor importante y está centrada en el desarrollo de los servicios de higiene bucal o áreas de control de placa dentó bacteriana, donde se evalúa el resultado final cuando el niño o adolescente mantiene un índice de higiene oral. Por ello, adquiere importancia establecer en la población el significado de la salud oral y su importancia para la salud general y el bienestar.

Dentro del marco de la reforma a la seguridad social que actualmente vive Colombia (Ley 100 de 1993) se destaca la importancia de la promoción y prevención para alcanzar la meta de mantener la población sana. Para ello, se deben implementar programas en aras de conseguir dichos propósitos.

La salud oral de los niños, en países industrializados, ha mejorado notablemente en los últimos 20 años; en los países no industrializados o países pobres ha existido sólo una ligera mejoría. Actualmente, muchos niños de estos países sufren de enfermedades orales tales como las caries, infección gingival y maloclusión; su prevalencia puede seguir aumentando sino se controlan los factores que la desencadenan.

En Colombia, la prevalencia de caries en dentición, ha sido evaluada a través de estudios nacionales y regionales. En el último estudio Nacional de salud bucal el valor del *índice ceo* en los niños a los 5 años de edad fue de 3.0, mostrando una reducción en el número de dientes afectados y en la severidad de las lesiones, lo

cual se infiere del número de dientes perdidos o con extracción indicada por caries.

En atención a las políticas de proyección social, el Colegio Odontológico Colombiano, en convenio con la Alcaldía del municipio de Chía, diseñó e implementó el programa de promoción y prevención de la salud oral para la población escolar de los colegios oficiales, a partir del año 2001. Hasta la fecha no se ha evaluado dicha implementación del programa en ese municipio, y por lo tanto, no se ha medido el impacto de la operatividad de la estructura, proceso y resultados del programa para prevenir la caries dental y evaluar la higiene oral de la población objeto de estudio por lo que se adelantó el presente estudio cuyo objetivo fue evaluar el programa de Promoción y Prevención aplicado a la población escolar entre 5 y 14 años en las instituciones educativas oficiales del municipio de Chía - Cundinamarca, Colombia para el período comprendido entre el primer semestre del 2003 y el segundo de 2003 y primero de 2004; consistió en un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte longitudinal.

Los resultados encontrados mostraron que las percepciones frente a las diversas actividades desarrolladas por los diferentes actores, permiten inferir que se contribuyó, de manera significativa, a mejorar el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas de salud oral y, por ende se mejorarían los indicadores de salud oral en la población escolar de 5 a 14 años, a través del programa de promoción y prevención.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El modelo de Seguridad Social de Salud, implementado en el país, a partir de la aprobación de la ley 100 de 1993, como reforma al sector salud, hace especial énfasis en la necesidad de desarrollar y ampliar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Dentro de este esquema de promoción y protección de la salud, aparece una nueva concepción de la salud, en donde ésta no sólo es el resultado de atención a los enfermos y no basta con atender las demandas y dolencias de los individuos, para mejorar sus condiciones de vida; la salud se obtiene, en primera instancia, cuando existe satisfacción de las necesidades básicas de los individuos y de la sociedad, mediante la promoción de estilos de vida saludables, la implantación de políticas públicas de salud adecuadas y su orientación oportuna. Correspondiéndole al ente territorial local, dentro de este esquema descentralizado la responsabilidad de desarrollar sus propios programas de promoción, de acuerdo con sus necesidades, pero teniendo en cuenta dos expectativas universales: una mejor calidad de vida y la cultura de la salud.

A diferencia de lo acostumbrado, la salud pública, en el futuro tendrá sus fortalezas en la prevención y promoción. Lo relacionado con la asistencia cuya organización y provisión son el tenor de los nuevos sistemas de seguridad social con novedosos esquemas que generan las empresas de promoción y prestación de los servicios, están orientados a la curación y a la rehabilitación del individuo. La salud pública rebasa esas fronteras, se dirige al colectivo, a la familia y al individuo en particular y toma todas las precauciones para disminuirle o eliminarles los riesgos.

La revisión de la bibliografía existente, permitió identificar varias investigaciones orientadas a implementar y evaluar programas de promoción y prevención en salud oral, en sus diferentes modalidades, entre las cuales vale la pena destacar:

La Dirección del Servicio de Salud de Villa del Mar (Chile) evaluó el impacto de las medidas de protección general y específica en los escolares de 4 a 5 años y el índice C-O-P en niños de 12 a 14 años.

El Instituto de Investigaciones Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia (Venezuela) realizó un ensayo experimental de amplitud limitada, orientada a comprobar la efectividad del programa de educación para la salud aplicado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, división odontología, en las unidades educativas del país.

El Centro de Estudios en Salud –CES- a través del Instituto Técnico de la Selva en Itagüí (Antioquia), realizó el estudio: *“Implementación y Evaluación de un Programa de Promoción en Salud Oral por medio de vigías de la salud para el período 1996-1997”*, con el fin de implementar programas accesibles a la comunidad tendientes a ampliar la cobertura y propiciar espacios de participación comunitaria.

El Estudio Nacional de Salud (1977-1980), determinó las patologías bucales que más afectan a la población colombiana.

El tercer Estudio Nacional de salud bucal (1999), estudió las primeras causas de morbilidad entre niños de cinco a catorce años, en virtud a que desde hace ya varios años la morbilidad oral ocupa los primeros lugares de la demanda de atención ambulatoria de los servicios de salud del país.

La Universidad Francisco José de Caldas, a través del Instituto Técnico Industrial Distrital, realizó una investigación correspondiente a: *“La evaluación del impacto de las actividades de promoción y prevención a estudiantes, durante el período 1979-1999”*, con el propósito de determinar los niveles de morbilidad oral a un grupo de 160 estudiantes.

Igualmente, el Colegio Odontológico Colombiano diseñó el programa de promoción y prevención de la salud oral para la población escolar de las

instituciones educativas oficiales en los municipios de Cundinamarca, el cual se ha venido implementando en el municipio de Chía desde el año 2001. Hasta la fecha no se ha evaluado la implementación de dicho programa en ese municipio, y por lo tanto no se ha medido el impacto a mediano plazo de la operatividad de la estructura, proceso y resultados del programa para prevenir la caries dental y evaluar la higiene oral de la población objeto de estudio.

Por lo anterior, resulta de vital importancia en primer lugar identificar ¿cuáles son las características sociodemográficas de los beneficiarios del programa? y en segundo lugar evaluar ¿cuál ha sido la operatividad de la estructura organizativa (eficiencia), los resultados (eficacia) e impacto (efectividad) del programa de promoción y prevención en salud oral implementado en la población escolar de los colegios oficiales del municipio de Chía, Cundinamarca entre el primer semestre del 2003 y el segundo semestre del 2003 – primer semestre del 2004?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Una buena salud bucal se reconoce como elemento importante para el bienestar psicológico, físico y social de las personas; por lo tanto, la implementación de campañas promocionales y de prevención de salud bucal representa decisiones estratégicas vitales para alcanzar dichos objetivos. Las acciones de esta naturaleza demandan la necesidad de realizar evaluaciones periódicas que permitan determinar sus alcances y valoraciones para establecer correctivos y las

acciones futuras en la búsqueda para avanzar en el espacio y en el tiempo hacia el alcance de unos estándares que den respuestas a las necesidades y expectativas del entorno.

Por todo esto, es importante evaluar el programa de promoción y prevención en salud oral para la población escolar en las instituciones educativas dirigido a los escolares de 5 a 14 años de los colegios oficiales en el municipio de Chía, Cundinamarca, buscando la participación de todos los actores en el logro de una cultura en salud oral a través de diferentes instrumentos que se adecuen a las necesidades de la institución y de los individuos, generando procesos de educación en salud oral que lleven a la modificación y reforzamiento así como sus prioridades y sus creencias alrededor de la salud bucodental, logrando, de esta manera, realizar capacitaciones, que tienen como objetivo lograr aprobación de conocimientos y cambios de actitud en cuanto a salud oral se refiere y en las personas que la rodean.

La presente investigación resulta importante en virtud a que suministra a los investigadores y al contexto social herramientas evaluativas que permiten la toma de decisiones y el diseño de estrategias en el diseño de programas de promoción y prevención para una determinada población.

1.3 PROPÓSITO

Con el presente trabajo de investigación se pretende evaluar el programa de promoción y prevención desarrollado en los colegios urbanos y rurales del municipio de Chía, departamento de Cundinamarca, a partir de las variables consideradas en el modelo DOPRI. Se evaluará la contribución hecha hasta el momento en el mejoramiento de su calidad de vida.

Esta investigación pretende determinar cómo los programas de promoción y prevención han influido en el mejoramiento de la salud bucodental y por ende en la calidad de vida, con el objeto de tener una real apreciación de la implementación del programa frente a los cambios estructurales en el actual modelo de atención en salud.

1.4 MARCO DE REFERENCIA

1.4.1 MARCO HISTÓRICO

El municipio de Chía se encuentra ubicado en el departamento de Cundinamarca (zona agro-ecológica del altiplano cundiboyacense) en la región de la sabana centro, a una distancia de 25 kilómetros de la capital Bogotá y a una altura de 2.562 metros sobre el nivel del mar. El municipio se ubica en la latitud norte 4 grados 43 minutos 00 segundos y longitud oeste 74 grados 100 minutos y 100

segundos, limita al occidente con los municipios de Cota, Tabio y Tenjo, al oriente con los municipios de Sopó y la Calera, al sur con los municipios de Usaquén y Suba, al norte con los municipios de Cájica y Sopó. Tiene una extensión de 75 kilómetros cuadrados. El municipio cuenta con 23 instituciones escolares oficiales de primaria y bachillerato con jornadas de mañana y de tarde y un número de instituciones privadas que dan cobertura aproximadamente a 20.487 estudiantes en todos los niveles preescolar, básica primaria, secundaria y técnica. (HURTADO J, 1998)

Actualmente, existen un total de 13.261 viviendas en el área urbana y 3.950 en el área rural para un total de 17.566 hogares y un total de 17.784 núcleos familiares en el área urbana y 5.263 núcleos familiares en el área rural para un total de 22.829 familias en el municipio de Chía.

Acorde con el perfil epidemiológico del municipio de Chía, la principal causa de morbilidad es la hipertensión arterial con un total de 1745 casos equivalente a un 10.6 % de la población y la segunda causa más relevante es la infección urinaria con un total de 938 casos. Las principales causas de morbilidad oral en la población de cinco a catorce años es la enfermedad de los tejidos dentarios duros o caries dental con un total de 2.544 casos que equivale a un 57.18 %, la segunda causa es la enfermedad periodontal, seguida por la de las encías con un total de 932 casos para un 20.95%; la tercera causa es la de trastornos del desarrollo de la erupción de los dientes con 250 casos, para un 5.62%; la cuarta causa es la

enfermedad de la pulpa y de los tejidos periapicales con 243 casos para un 5.46%; la quinta causa corresponde a la enfermedad de los maxilares con 51 casos, para un 1.15% y la sexta causa es la caries recurrente con 42 casos, para un 0.94%.

En la tabla 1 se relacionan las instituciones educativas de carácter oficial, tanto rurales como urbanas del municipio de Chía.

TABLA 1. Colegios oficiales del municipio de Chía

COLEGIOS RURALES	COLEGIOS URBANOS
1. COLEGIO BASICO BOJACA	15. COLEGIO BETANIA
2. COLEGIO CARO I	16. COLEGIO DELICIAS
3. COLEGIO CARO II	17. COLEGIO DEPARTEMENTAL JOSE JOAQUIN CASAS
4. COLEGIO CERCA DE PIEDRA	18. COLEGIO DIOSA DE CHIA
5. COLEGIO EL CERRO	19. COLEGIO GENERAL SANTANDER
6. COLEGIO FAGUA	20. JARDIN INFANTIL LUNA NUEVA
7. COLEGIO FONQUETA	21. COLEGIO LAURA VICUÑA
8. COLEGIO FUSCA	22. COLEGIO NACIONAL DIVERSIFICADO
9. COLEGIO LA BALSA	23. COLEGIO SANTA LUCÍA
10. COLEGIO MERCEDES DE CALAHORRA	24. JARDÍN LOS NIÑOS Y SU MUNDO
11. COLEGIO SAMARIA	
12. COLEGIO SAN JOSE DE CALASANZ	
13. COLEGIO SANTA MARIA DEL RIO	
14. COLEGIO TIQUIZA	

Fuente: Secretaría de Educación, Jefatura de Núcleo, Chía (Cundinamarca).

En la tabla 2 se relaciona el director encargado por institución educativa.

Tabla 2. DIRECTORES POR INSTITUCIÓN EDUCATIVA OFICIAL

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	DIRECTOR
1. BOJACA	SONIA TORRES SABOGAL
2. CARO I	ALBA LUCIA GONZALES
3. CARO II	ELVIA BUITRAGO DE VILLALBA
4. CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL BETANIA	MARÍA DEL C. MORENO
5. CERCA DE PIEDRA	NELLY SUESCA REYES
6. DEPARTAMENTAL JOSE JOAQUIN CASAS	GILMA BARON DE CRISTANCHO
7. DIOSA DE CHIA	SANDRA TÉLLEZ URBINA
8. FAGUA	
9. FONQUETA	LUZ ELENA LOZANO
10. FUSCA	DORA LUCIA CASTRO
11. GENERAL SANTANDER	GILMA BARÓN DE CRISTANCHO
12. JARDÍN INFANTIL LOS NIÑOS Y SU MUNDO	SANDRA TÉLLEZ
13. JARDÍN INFANTIL LUNA NUEVA	MARIA DEL C. MORENO
14. LA Balsa	GUILLERMO MORENO MEDINA
15. LAURA VICUÑA	SANDRA TÉLLEZ
16. MERCEDES DE CALAHORRA	SANDRA GARAVITO MORENO
17. NACIONAL DIVERSIFICADO	MARIA DEL CARMEN MORENO
18. SAMARIA	GLORIA SÁNCHEZ DE MONTAÑÉS
19. SAN JOSE DE CALASANZ	MADRE GILMA HERRERA LÓPEZ
20. SANTA LUCÍA	MARÍA DEL C. MORENO
21. SANTA MARIA DEL RIO	PATRICIA ORTIZ
22. TIQUIZA	AURORA BEJARANO DE BEJARANO

Fuente: Secretaría de Educación, Jefatura de Núcleo, Chía (Cundinamarca).

1.4.2 Marco Legal. El ordenamiento legal, fundamentado en la normatividad vigente, en materia de salud y específicamente en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin lugar a dudas, señalan un nuevo orden hacia la búsqueda de la salud, bajo la concepción del completo estado de bienestar del individuo.

La Ley 10 de 1990 establece que la salud es un servicio público a cargo del estado, gratuita para los servicios básicos. En lo relacionado con las acciones de promoción y prevención a nivel municipal, las define en el artículo 12, literal n), cuando dice: *“corresponde a la dirección local de salud estimular la acción preventiva, familiar, extrahospitalaria y el control del medio ambiente”*. En el literal o) del mismo artículo, dice además: *“controlar con las entidades del sector o de otros sectores que incidan en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud – enfermedad de la población”*.

La Constitución Política de 1991, en su artículo 49 establece que: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*. Además en los artículos 48 y 79 también se establece que todo colombiano tiene derecho a la salud, el bienestar, o a un ambiente saludable y a la seguridad social.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 165 en cuanto a la atención básica en salud, establece: *“El Ministerio de Salud definirá un Plan de Atención Básica que complemente las acciones del Plan Obligatorio de Salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son*

dirigidas a los individuos, pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento a la salud”.

Desde la perspectiva de la educación, *La ley 115 de 1993, Ley general de la educación*, en el numeral 12 del artículo 5, establece como fines de la educación: *La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre*; y como objetivo específico de la educación básica – ciclo primaria, en el literal n del artículo 21, habla de: *la valoración de la higiene y la salud del propio cuerpo y la formación para la protección de la naturaleza y el ambiente.*

La Ley 715 de 2001, por medio de la cual se establece el Sistema General de Participaciones, derogatoria de la Ley 60/93, mantiene las competencias territoriales en materia de salud pública. Asigna a la Nación la responsabilidad de definir las prioridades en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento de acción básica (PAB). (Título 3, cap. 1 art. 42, num. 42-12); Así mismo a los departamentos y municipios les asigna la responsabilidad de formular sus respectivos planes de atención básica. En el artículo 44, ésta Ley ordena a los municipios *“ejercer vigilancia y control sobre las condiciones ambientales que afecten la salud y el bienestar de la población”.*

Para ampliar éste marco es imperativo relacionar otras disposiciones legales sobre la materia, a partir de la expedición de la Ley 100/93, como son decretos y resoluciones específicas del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, que a continuación se señalan:

La Resolución 03997 de 1996: por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema de Seguridad Social. La cual tiene por objeto determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las entidades adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y establecer los lineamientos para su evaluación y seguimiento. Está resolución también define los conceptos de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en el Sistema Integral de Seguridad Social.

La Resolución 04288 de 1996: por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene por objeto definir y caracterizar el PAB, fijar sus componentes y competencias territoriales para su aplicación. En la cual, incluye dentro de las acciones municipales conducentes a orientar a la población hacia la prevención y la detección precoz: la fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años. (Art. 11).

El Decreto 806 de 1998 reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de la Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general en todo el territorio nacional. Se definen los planes de beneficios que existen en el S.G.S.S.S, dentro de los cuales está el Plan de Atención Básica en Salud, PAB, así como su obligatoriedad para los entes territoriales y su respectiva financiación.

La Resolución 412 y 1745 de 2000: por la cual se reglamentan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Se establecen las actividades, procedimientos e intervención a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés de salud pública, establecidas en el Acuerdo 117 de 2000 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, encontrándose dentro de ellas como protección específica la Atención Preventiva en Salud Bucal (Literal b. Art. 8).

La Resolución 968 de 2002, por la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al PAB y el inicio de su ejecución a nivel territorial; define los requerimientos básicos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención del POS-S por los

municipios y distritos, así como los aspectos que deben contener el PAB presentado al CTSSS. Los aspectos que debe contener el PAB, establecidos por esta resolución son: diagnóstico de la situación de salud del municipio o distrito; problema de salud identificados; resultados de la priorización de los problemas de salud de la localidad; objetivas y metas del PAB; Proyectos del PAB; plan operativo anual e informe de ejecución del plan operativo.

Como se puede observar a partir de la Constitución Política de 1991 la percepción de la salud tomó otro rumbo puesto que la salud es un derecho al cual tienen acceso todas las personas sin distinción y cuya responsabilidad debe ser asumida por el Estado.

1.4.3 Marco Conceptual

✓ **AGENTE EDUCATIVO EN SALUD BUCAL:** es la persona voluntaria encargada de transmitir información valiosa sobre salud bucal. Ésta debe poseer características personales que le permitan desarrollar mejor su trabajo, como la amabilidad, la sencillez, el sentido común, el interés por la salud y el trabajo comunitario (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CES, 1999).

✓ **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:** es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y

socialmente aceptables, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la atención primaria de salud y todos deberían participar en ella. (DONUTBEAM, 1994).

✓ **ATENCIÓN DE SALUD:** conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002).

✓ **CALIDAD DE VIDA:** percepción por parte de los individuos o grupos que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal. (DONUTBEAM, 1994)

✓ **CARIES DENTAL:** es la enfermedad más común de los dientes. Se produce cuando las bacterias se acumulan en la superficie de los dientes y producen ácidos que los debilitan y perforan. (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD-CES, 1999)

✓ **EVALUACIÓN DE CONTEXTO:** identifica las necesidades de la población afiliada en materia de promoción y prevención, las bases para la formulación de nuevos proyectos y actividades a incluir en la planeación. (Malagón 2001).

✓ **EVALUACION DE PROCESO:** proporciona información acerca de la marcha del programa con el fin de apoyarlo y reorientarlo de acuerdo a los resultados, además de permitir el conocimiento sobre el desempeño y el rendimiento del equipo de salud en la implementación de acciones y de los recursos requeridos. (Malagón 2001).

✓ **EVALUACIÓN DEL IMPACTO:** permite conocer los cambios logrados en el perfil epidemiológico, en la calidad de la socialización y atención, en la satisfacción de la familia y cambios de comportamiento y actitudes y prácticas en salud de la población afiliada. (HUNGRED, 2000).

✓ **GARANTÍA DE LA CALIDAD:** es asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente pueda comprarlo con confianza y utilizarlo largo tiempo con confianza y satisfacción. (ISHIKAWA, 1996).

✓ **HIGIENE ORAL:** parte de la odontología que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades orales. (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD- CES, 1999)

✓ **INDICADORES DE SALUD:** son variables susceptibles de medición directa que evalúan uno o más espectros del nivel de salud de una comunidad o población determinada. (DONUTBEAM, 1994)

✓ **INDICE DE HIGIENE ORAL – HO:** se utilizan específicamente para determinar la presencia y personas, en las que se encuentra el índice de O'Leary. Este índice mide la cantidad de placa bacteriana que puede presentarse en un grupo determinado de presencia de placa bacteriana y se toma como referencia los siguientes aspectos: Contar el número de dientes presentes en boca, multiplicar por las cuatro caras del diente, aplicar solución reveladora, enjuagar la boca con un poco de agua, contar el número de superficies pigmentadas. Con estos datos se puede obtener el porcentaje de placa individual, posteriormente se obtiene el índice por grupos sumando todos los resultados y dividiéndolo por el número de personas examinadas. (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD- CES, 1999)

✓ **INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO -HOS:** es utilizado para placa blanda y calcificada. Para placa blanda se debe colocar un explorador en ángulo de 45 grados de gingival hacia incisal en zig-zag y dar un puntaje a los dientes examinados de acuerdo con los siguientes criterios: 0: ausencia de placa, 1: presencia de placa blanda en menos del tercio gingival 2: Mas de un tercio gingival, pero sin sobrepasar el tercio medio, 3: Más de dos tercios de la superficie examinada y 9: no aplica. (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD- CES, 1999)

✓ **IMPACTO:** es un elemento que actúa como termómetro para medir la efectividad, eficiencia y eficacia, de los planes de salud, entendiéndolos como la recopilación de los datos arrojados por la aplicación de los índices epidemiológicos y demográficos, para que posteriormente estos datos sean convertidos en

información científica útil para desarrollar los ajuste del plan de salud, según los resultados encontrados en la evaluación realizada. (O.P.S., 1.990).

✓ **INTEGRALIDAD:** es la característica del estudio de enfocar el tratamiento del usuario abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico, social e interrelacionándolo con sus dimensiones familiar y comunitaria. (GALAN, 2001)

✓ **OPORTUNIDAD:** es la satisfacción de las necesidades de salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo con la naturaleza y severidad del caso. (GALAN, 2001).

✓ **PLACA BACTERIANA:** es una capa muy delgada, transparente y pegajosa que, aunque las personas no hallan comido se forma en los dientes. Las dietas ricas en azúcar ayudan para que se desarrolle más rápido. Este depósito dental blando provoca cambio de coloración y opacidad en las estructuras bucales. La placa bacteriana se origina por la acción de microorganismos y de componentes de la saliva. Es la causa principal del surgimiento de las caries y de las enfermedades periodontales. (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CES, 1.999).

✓ **PLACA CORONARIA:** se encuentra en la superficie de los dientes, pero no hay contacto con la encía. (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CES, 1.999).

✓ **PLACA SUPRAGINGIVAL:** Es la que tiene contacto con los dientes.

(INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CES, 1.999)

✓ **PLACA SUBGINGIVAL:** esta dentro de la encía, en el espacio existente entre ésta y el diente. (INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CES, 1.999).

✓ **PREVENCION:** entiéndese por prevención de la enfermedad a o el accidente, el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgos biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. (MINISTERIO DE SALUD, Resolución 3997 de 1996)

✓ **PROCESO:** es el conjunto de etapas a realizar en un programa. Los métodos o arreglos por los cuales el esfuerzo fue gastado y el efecto alcanzado. (O.P.S., 1.990)

✓ **PROCESO DE EVALUACION:** es el seguimiento a todas y cada una de las actividades, planes, programas, momentos y eventos educativos que permitan interpretar el nivel de logro de los objetivos propuestos, acordes con los principios. (Malagón 2001).

✓ **PROGRAMA:** es la sintetización fundamentada de una serie de actividades tendientes a lograr un objetivo o grupo de objetivos a fines. Constituye un

instrumento para cumplir con las funciones de un organismo, mediante la determinación de objetivos y metas cuantificables, que se cumplirán a través de la integración de un conjunto de esfuerzos, con recursos humanos y materiales a lo que es imputable un costo. (O.P.S., 1.990)

✓ **PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION:** es todo aquello que se va a llevar a cabo para implementar estrategias de educación en salud oral, en cuanto a la promoción y la prevención se refiere, siendo la promoción todo aquello que esta encaminando a cambiar el estilo de vida y mantener unas optimas condiciones de salud oral, mientras que la prevención se refiere a la protección de los individuos y ausencia de la enfermedad. (O.P.S., 1.990)

✓ **PROMOCION:** se define la promoción de la salud como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, como la integración 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 la enfermedad, mejores condiciones de la salud física, síquicas y sociales de los individuos y las colectividades. (MINISTERIO DE SALUD, Resolución 3997 de 1996)

✓ **PROMOCION EN SALUD ORAL:** es la combinación planeada de educación, política y regulación en un soporte organizacional que conduzca a la salud de individuos, grupos o comunidades. (Green y Kreter , 1993).

✓ **SALUD:** el concepto de salud ha evolucionado a través del tiempo, dentro de los cuales se destacan según la OMS los siguientes:

“Estado de armonía física y equilibrio funcional que se traduce en silencio orgánico”.

“Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad”.

“Producto de un proceso en el que interactúan numerosos elementos y factores del ambiente y del individuo o grupo en el que se afecta dicho proceso”

“Resultante de factores biológicos, ambientales, comportamentales y de servicios de salud”.

“Resultado del sentido de coherencia del hombre con su ambiente”

La última definición de salud dada por la OMS, es la siguiente: *“completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia. Puede ser definida como la cualidad de la persona para funcionar física, psicológica y sociológica que capacita a el o ella para luchar con una variedad de situaciones personales y sociales. Es la capacidad para luchar con o adaptarse a*

los cambios entre los componentes orgánicos, social y personal del sistema de salud individual". (O.M.S, 2.000).

✓ **SEGURIDAD SOCIAL:** es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr bienestar individual y la integración de la comunidad. (Ley 100, 1993)

✓ **USUARIO:** los usuarios son definidos con relación a un determinado proceso. Son los que reciben el producto o servicio resultante de un proceso. En estos términos pueden ser usuarios internos o externos respectivamente, cuando el producto es intermedio, o cuando se trata de un producto final de la actividad de la organización. (STANTON, William, 2.004).

1.4.4. Marco Teórico.

Desde finales del siglo XX los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad vienen ocurriendo en un contexto caracterizada por profundos cambios en distintas dimensiones, con elementos comunes en la mayoría de los países que incluyen: el avance de la globalización, la democratización política, la

creciente participación social, la presencia cada vez más numerosa de la mujer en las actividades de la vida política, social y económica, el surgimiento y difusión de un nuevo paradigma tecnológico, la contaminación ambiental, la persistencia de grandes grupos con elevados índices de pobreza, la agudización de las brechas sociales, la transformación de los valores tradicionales, el debilitamiento de la soberanía del Estado Nacional y la redefinición de las funciones del estado en la sociedad, entre otras (OPS, 1990).

Como ciudadanos del siglo pasado se ha sido espectador y partícipes de cambios dramáticos y sorprendentes del memorable siglo XX que manifestaron la constante búsqueda de diferentes opciones de vida; y conocedores que a través de toda la historia de la humanidad ha sido evidente, la creación de entornos, tecnologías, conocimientos, teorías, elementos y artículos para la vida diaria que contribuyen a lograr mejores condiciones y calidad de vida.

Analizar la calidad de vida de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer como viven los sujetos, cuáles son sus condiciones subjetivas de existencias y que expectativas de transformación de estas condiciones tienen y evaluar el grado de satisfacción que consiguen. (RESTREPO, H y MALAGA, H. 2001).

La salud oral de los niños, en países industrializados, ha mejorado notablemente en los últimos 20 años; en los países no industrializados o países pobres ha habido también mejoría, sin embargo no en la misma magnitud. Actualmente, muchos niños de éstos países sufren de enfermedades orales tales como las caries, infección gingival y maloclusión y su prevalencia puede seguir aumentando sino se controla la frecuencia de la dieta cariogénica y no se implementan medidas preventivas como educación y consejería en hábitos de salud oral, uso de fluoruro, entre otras. (SALDARRIAGA, A y SALDARRIAGA, O en CES odontología, 2002).

En Colombia la prevalencia de caries en dentición decidua ha sido evaluada a través de estudios nacionales y regionales. En el último estudio Nacional de salud bucal el valor del índice ceo-d a los 5 años de edad fue de 3.0, mostrando una reducción en el número de dientes afectados y en la severidad de las lesiones, lo cual se infiere del número de dientes perdidos o con extracción indicada por caries. (SALDARRIAGA, A y SALDARRIAGA, O en CES odontología, 2002).

➤ **PROMOCION DE LA SALUD.** El término promoción de la salud apareció en 1945 cuando se definieron las cuatro tareas de la medicina por Sigerst que son: promoción de salud, prevención de la enfermedad, curación de los enfermos y rehabilitación. A finales de la década de 1950 con la reunión de presidentes suramericanos se emite la Carta de Punta del Este en donde se considera un Plan de Salud para el decenio del sesenta. Al final de la década del setenta la atención primaria se convirtió en estrategia de desarrollo. En 1978 se realizó la

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en Alma Ata Unión Soviética en ese entonces; allí se adquirió el compromiso por los países asistentes con la meta de “salud para todos en el año 2000” y se reconoció a la atención primaria como la estrategia apropiada para lograrlo.

En 1974 el “Informe Lalonde” (publicado por el gobierno escolar) propone la promoción en salud como una estrategia dirigida a modificar los factores que se asocian con la ocurrencia de las enfermedades crónicas.

El Healthy People: “The surgeon general's report on Health. Promotion and Disease Prevention”. Publicado por el gobierno de Estados Unidos en 1979, definiendo la promoción como el cambio en los estilos de vida, mientras el término prevención se refería a la protección de los individuos de los factores de riesgos ambientales, por lo que surgió una confusión interpretativa.

En 1986 surgió la carta de Ottawa (OMS 1986) en donde se redefinió el término e incluyó como condiciones y requisitos para la salud, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Se propusieron cinco estrategias para la promoción de la salud así: elaboración de una política sana, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

Sin embargo, estos conceptos derivados de la carta de Ottawa han dado lugar a versiones confusas y poco prácticas del concepto de promoción. Por eso, una mejor aceptación para las actividades se consigue incluyendo acciones con beneficios rápidos y eficaces, reduciendo la incertidumbre acerca del beneficio que se obtendrá.

La promoción se define como la integración que realizan 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 la enfermedad, mejores condiciones de la salud física, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades. (Artículo 3 Resolución No. 03997 de Octubre 30 de 1996).

La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, el control y la 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.

Es importante diferenciar la promoción de la prevención ya que se debe tener en cuenta que los objetivos son diferentes pero complementarios, mientras que el de la prevención es la ausencia de la enfermedad el de la promoción es maximizar las condiciones de salud.

El accionar de la promoción para buscar la salud se desarrolla en dos (2) contextos:

✓ *El intersectorial:* son iniciativas que el sector debe emprender para modificar favorablemente las condiciones de salud de la población que incluye medidas de persuasión, impuestos, legislación y provisión de algunos servicios. Las acciones se coordinan con sectores como educación, medio ambiente, transporte, defensa, agricultura, desarrollo, hacienda y justicia.

✓ *El intrasectorial:* acciones específicas del sector salud dirigidas a modificar factores ambientales y estilos de vida que tiene efecto adverso sobre la salud y potenciar aquellos que sean benéficos. (COC, Programa de Promoción y Prevención, 2000).

La promoción y la educación en salud (ley 100/93) proclama la universalidad en los cubrimientos de salud por lo que: “cualquier persona tiene derecho que se le brinde todos los servicios básicos de atención médica de forma digna, también tiene derecho a ser participe de programas que lo lleven a conocer y reflexionar sobre los factores de riesgos que pueden tener en su entorno; y recibir educación para protegerse de ellos y mantener una vida saludable. También tienen derecho a ser participe de todos los procesos que se orienten a desarrollar un medio socialmente apropiada para vivir. Aquí se enmarca precisamente la promoción de la salud.”

➤ **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** El concepto de prevención está inevitablemente ligado al de enfermedad y al dipolo continuo en el que se ubica lo sano y lo enfermo; el cual no ha sido entendido de la misma manera a lo largo de la historia de occidente, existen tantas rupturas como permanencias en las estructuras conceptuales que han construido las sociedades occidentales sobre la salud, la enfermedad y la prevención.

La medicina occidental ha construido una diversidad de conceptos sobre la salud, la enfermedad y la prevención en muchos momentos históricos y que tales concepciones no solo coexisten, sino que el lugar que ocupan sus gestores en los procesos políticos, económicos y sociales específicos, las ubican en lugares de poder desde los cuales transforman, con mayor o menor impacto, la realidad que pretenden abordar.

Puede decirse, entonces que en la actualidad coexisten en occidente por lo menos cuatro grandes conceptualizaciones sobre la prevención en salud así:

La Perspectiva Sistémica Multicausal de Blum y Lalonde (1996) La cual se asienta en el concepto de salud como equilibrio entre las distintas fuerzas que constituyen entradas al sistema y la enfermedad como la pérdida de dicho equilibrio. En cada punto del dipolo se construyen indicadores, con la idea de asociar la prevención a la enfermedad y la promoción a la salud.

La Prevención desde la medicina social. Plantea la prevención, prioritariamente como un asunto del ejercicio del poder de la sociedad civil en los procesos de transformación de las condiciones de vida. Aquí el asunto es claramente político y se relaciona con la construcción de espacios para el ejercicio de tal poder. La participación de la comunidad en el diagnóstico de la situación de salud y en la construcción de alternativas de solución pasa por terrenos diferentes a los de la acción netamente preventiva de las enfermedades y pretende incidir en las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, como eje de la construcción de soluciones colectivas, tanto curativas como preventivas.

La Prevención en las Prácticas Médicas Populares. Se constituye éste en un elemento fundamental para el análisis de la situación contemporánea, porque de hecho existen tales prácticas y porque definen procesos que los profesionales de la salud habitualmente desechamos con facilidad. En grandes sectores de la población colombiana se manejan concepciones o representaciones sociales sobre la salud, la enfermedad y la prevención que nada tienen que ver con las dos tendencias anteriores y que se enfrentan frecuentemente a las decisiones y propuestas de los programas oficiales de prevención. Se presentan tres grandes componentes que estructuran hoy en día esta visión popular de la salud; la visión mágica o animista vinculada a las medicinas indígena y negra ancestral; la perspectiva sobrenatural ligada a la religión cristiana y la perspectiva hipocrático-galénica propia de la medicina española colonial. La aceptación de estas prácticas como realidades específicas de la salud y la enfermedad permite

identificar nuevas preguntas para la idea de la prevención que se maneja y exige un comportamiento heurístico, de mutua transformación, que aún es muy escaso.

Definición de la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de salud. En el documento: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema general de seguridad social, define como prevención a: *un conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de la enfermedades específicas, cuyo objeto son los individuos o grupos sociales, que por sus características tengan una gran probabilidad de adquirirlas (alto riesgo). Los criterios para incluir las diferentes intervenciones son la eficacia, el costo en relación con la intervención, el riesgo o probabilidad de que la enfermedad aparezca y la severidad de su efecto.*

Su posibilidad de acción se deriva del conocimiento de los determinantes de la enfermedad, sean estos factores genéticos, ambientales, sociales, ocupacionales, del comportamiento de los individuos o de la provisión de servicios. El conocimiento que la epidemiología y las ciencias básicas han aportado sobre las causas de la enfermedad ha hecho posible desarrollar instrumentos que en muchos casos impiden la ocurrencia de la enfermedad o la muerte.

Académicamente, se plantea una división de la prevención en tres niveles:

Prevención Primaria. Actividades dirigidas al individuo que buscan reducir el riesgo de un evento de enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia.

Prevención Secundaria. Actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad o a reducir su duración.

Prevención Terciaria. Actividades que van dirigidas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad, y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables. (Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención, 1.996)

Definición en la Resolución No 03997/96 del Ministerio de Salud. En su artículo 4º, define la Prevención en el Sistema Integral en Seguridad Social, así: “*Entiéndase por prevención de la enfermedad o el accidente, el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológico, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables*”.

De igual forma el artículo 5º de la misma Resolución, establece los contenidos de las actividades de promoción y prevención, así: “*estas actividades corresponden a los regímenes contributivo y subsidiado, están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria y podrán ser de tipo individual o grupal.* Parágrafo: Estas actividades

serán prestadas a la población vinculada a través de instituciones públicas o prestadoras de servicios de salud, con cargo a los recursos de subsidio a la oferta”.

Los niveles de prevención se pueden considerar como la descripción de medidas que fomentan la promoción de la salud, previenen, diagnostican, tratan y limitan las enfermedades y rehabilitan las secuelas de las mismas, para conservar la salud. (Leavell y Clark, 1996).

El concepto salud ha tenido diversas connotaciones según el momento histórico y las condiciones socioeconómicas y políticas de ese momento grosso modo se podría resumir sin ordenación especial así: “Estado de armonía física y equilibrio funcional que se traduce en silencio orgánico”. “Situación orgánica que se caracteriza por la falta de signos y síntomas clínicos y porque los exámenes paraclínicos son completamente normales. “Completo estado de bienestar físico mental y social y no solo ausencia de enfermedad”. “Producto de un proceso en el que interactúan numerosos elementos y factores del ambiente y del individuo o grupo en el que se efectúa dicho proceso. “Proceso continuo de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital del hombre. (Organización Mundial de la Salud).

Epidemiológicamente, salud es la manifestación psíquica o somática de unas condiciones de vida, sociales, económicas, políticas y biológicas, positivas, de un individuo o comunidad.

Promoción y prevención en salud oral. En países en vía de desarrollo, como el nuestro, en donde las enfermedades bucodentales tienden a aumentar, es necesario disminuir esa tendencia mediante campañas de promoción y prevención eficaces. (Organización Mundial de la Salud).

En el estudio nacional de morbilidad oral (1977-1980), se estableció que las enfermedades bucales que más afectan a la población colombiana son las caries y la enfermedad periodontal, siendo patologías totalmente prevenibles. Así mismo, desde hace varios años la morbilidad oral ocupa los primeros lugares de la demanda de atención ambulatoria de los servicios de salud en el país.

Epidemiología de la caries dental. La caries dental es una de las enfermedades más comunes en nuestra población, el último estudio nacional de salud oral realizado en 1998 muestra una reducción de 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el ceo-d paso de 4.2 en 1997-80 a 3.0 en 1998. En relación con la dentición permanente, se observa que a los 6-7 años la proporción de niños con historia de caries dental es de 13.5% y 19.9% respectivamente, siendo

aún alta si se considera que en estas edades el número de dientes presentes en boca es bajo. En el grupo etáreo de 15 a 19 años se presenta una reducción en el porcentaje de personas con historia de caries dental al pasar de 93.6% en 1997-80 a 89.5% en 1998. En los mayores de 20 años el 95% presenta historia de caries dental. Los hallazgos que más llaman la atención en este estudio están relacionados con el grupo de 12 años en el cual se encontró una reducción del COP-D de un 50% pasando este de un 4.8% en 1977-80 a un 2.3% en 1998. El estudio muestra una proporción mayor al 50% de adultos con una o más lesiones de caries lo cual sugiere que los programas han sido implementados en la población joven trasladándose las necesidades acumuladas a este grupo.

Epidemiología de gingivitis: La gingivitis es definida como la lesión inflamatoria de los tejidos marginales de la encía, cuando ya existen: presencia de profundidades periodontales sondeables mayores de 3 mm., pérdida de inserción por debajo de la inserción amelocementaria, pérdida de hueso alveolar visible en radiografías, presencia de inflamación en las estructuras más profundas determinada, se habla de enfermedad periodontal. Hoy en día no hay una definición uniforme de la enfermedad lo cual provee diferentes cifras de prevalencia.

Para entender la prevalencia se analizan varias variables como la edad y los niveles de higiene oral, desordenes sistémicos, pubertad, embarazo, fumar, estrés, in embargo estudios han demostrado que solo una pequeña fracción de la

población es susceptible, el progreso de la enfermedad es lento y limitado áreas particulares y que esta no es explicada sólo sobre la base de una carencia de higiene oral.

Sin embargo la información epidemiológica revela a grandes rasgos lo siguiente: la gingivitis se inicia en la niñez, incrementa la prevalencia y severidad en individuos con dentición mixta haciendo su pico entre las edades de 10-11 años, su prevalencia declina a los 12 años y se estabiliza durante la segunda década de la vida, su límite más bajo lo alcanza a la edad de 20 años pero inicia su extensión progresivamente en la edad adulta donde su prevalencia puede variar de 50-100% de la población entre las edades de 30-50 años, en los ancianos no existe una desviación apreciable de su comportamiento con respecto a los adultos y se estabiliza en valores del 90% entre los 50-70 años.

En el estudio de salud oral se determinaron los índices de: placa blanda, índice comunitario de necesidades de tratamiento el cual mide la presencia o ausencia de sangrado gingival, cálculos supra e infragingivales, bolsas periodontales subdivididas en pandas (4-5 mm) y profundas (6 mm o más), medición del nivel clínico de inserción.

En los resultados del tercer estudio de salud oral se observó que el índice de placa blanda presentó una reducción de 25% en comparación con los obtenidos en 1977-80.

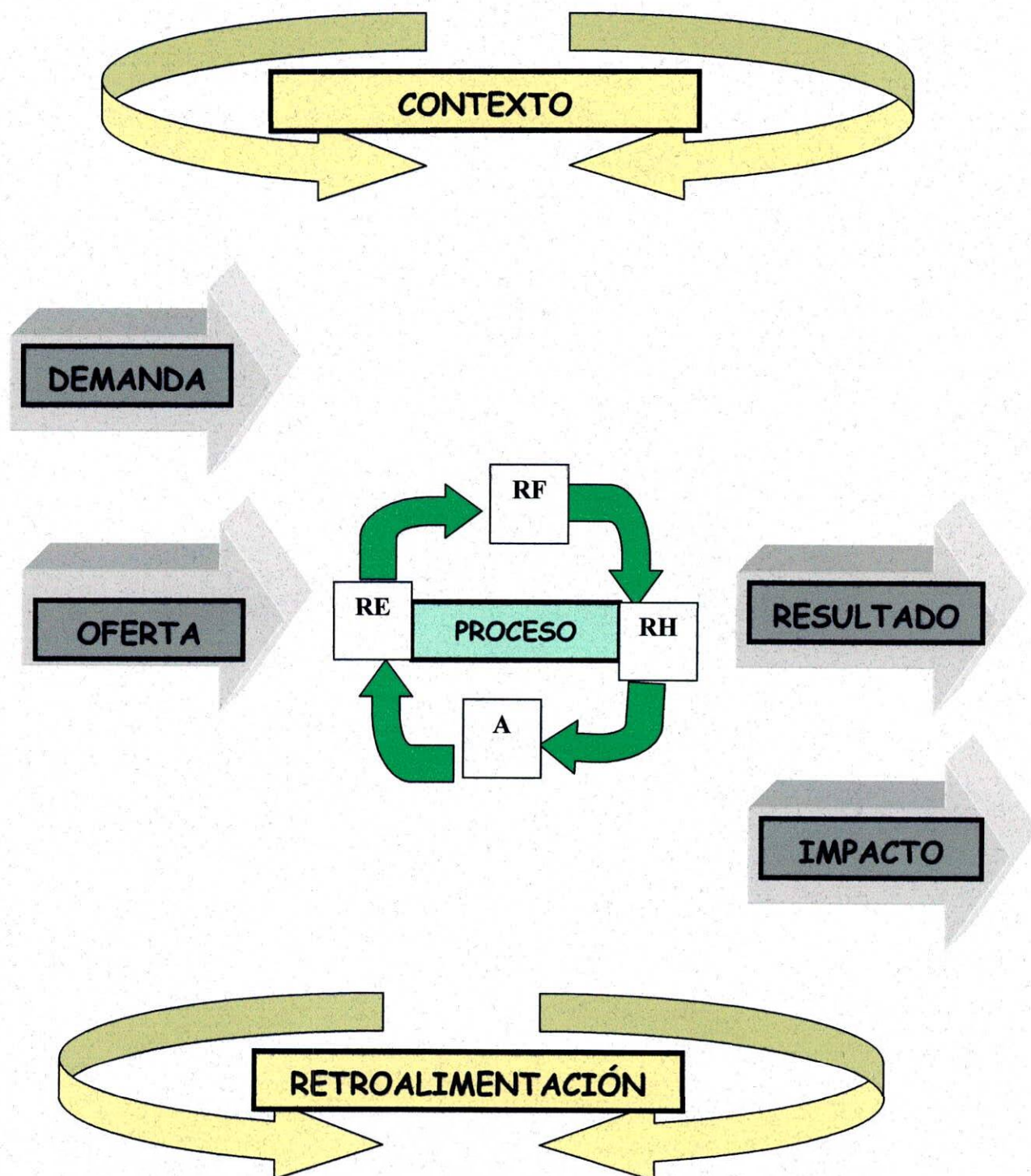
En los niños de 5, 6, 7, 12 años y los adolescentes los datos no sugieren mejoría al observarse un índice de placa blanda que oscila entre 1.2 y 1.6 en comparación con un índice de 1.45 de los niños de 5 a 14 años en 1977-1980.

A nivel periodontal, los niños y los adolescentes presentan una situación que no se diferencia significativamente de la reportada en otros estudios; los problemas más comunes son los cálculos y la gingivitis que representan básicamente necesidades de atención de primer nivel, tipo refuerzos de higiene oral y detartrajes supragingivales.

➤ **EL MODELO C- DOPRI.** Propuesto por GALAN y colaboradores, el modelo denominado DOPRI, el cual concibe, que para evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes: contexto, demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto. Cada uno de los componentes incorpora variables, subvariables, indicadores y rejillas de evaluación, que permitan la evaluación integral de los organismos de salud.

En la figura 1 se puede observar los componentes del modelo C- DOPRI, a saber: C (Contexto), D (Demanda), O (Oferta), P (Proceso), R (Resultados) e I (Impacto). (MALAGON, 2001).

Figura 1. Modelo DOPRI



Fuente: MALAGÓN, 2001

A continuación se definen cada uno de los seis componentes del modelo. así:

Contexto: incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del Sistema de Salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales, de cada entidad en particular.

Demanda: Dentro de este componente se analizan las características de los usuarios de los servicios, relacionadas con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de consulta y severidad del proceso patológico.

Oferta o estructura: estudia la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigentes, de los servicios.

Proceso: Este componente identifica plenamente la evaluación y monitoreo; por tanto permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Puede definirse como la interrelación de los diferentes recursos (humanos, físicos y económicos), con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.

Resultado o producto: Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en periodos habitualmente de un año. En el campo preventivo incorpora acciones relacionadas con educación en salud, inmunizaciones y saneamiento básico.

Impacto o efecto: Evalúa aspectos tales como: la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia los mismos servicios. (MALAGON, 2001)

En Colombia se promueve actualmente un proceso generalizado de mejora de los indicadores de salud de la población. En la búsqueda de este objetivo, se involucra no sólo el ánimo de las empresas de salud sean éstas administradoras o prestadoras directas de la atención, sino un positivo ambiente político alrededor de la idea fundamental acerca de que la promoción en salud incide de manera determinante en la construcción de indicadores sociales que muestran el mejoramiento en la calidad de vida en nuestra población. (Malaqón, 2001).

Desde 1995 el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES dispuso y estableció que la Seguridad Social en Salud se oriente, fundamentalmente, hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y estableció como objetivos el mejoramiento de los indicadores de salud de la población. (MINISTERIO DE SALUD, 1998)

PROCESO DE EVALUACION DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN UN MODELO DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD. La evaluación es el proceso de seguimiento a todas y cada una de las actividades, planes, programas, momentos y eventos educativos que permitan interpretar el nivel de

logro de los objetivos propuestos, acordes con los principios filosóficos y políticas educativas que orientan la promoción y prevención.

El objetivo de la evaluación es conocer la situación de gestión del programa de promoción y prevención en términos de eficiencia, eficacia y efectividad y según los resultados orientarlo hacia el logro de metas a corto, mediano y largo plazo.

En la evaluación y según el modelo DOPRI se deben considerar tres aspectos:

Evaluación de contexto: este tipo de evaluación identifica las necesidades de la población en materia de promoción y prevención, las bases para la formulación de nuevos proyectos y las actividades a incluir en la planeación.

Evaluación del proceso: proporciona información acerca de la marcha del programa con el fin de apoyarlo y reorientarlo de acuerdo a los resultados, además de permitir el conocimiento sobre el desempeño y el rendimiento del equipo de salud en la implementación de actividades y de los recursos requeridos.

Evaluación del impacto: permite conocer entre otros los cambios logrados en el perfil epidemiológico, en la calidad de la socialización y la atención, en la satisfacción de la familia y en los cambios de comportamientos y actitudes y prácticas de salud de la población.

En resumen la evaluación como proceso dinámico que permite orientar, mediante rediseños permanentes, toda acción educativa hacia el logro de fines comunes, no es tan solo la evaluación del proceso de aprendizaje del individuo o familia, sino la adecuación de estrategias que orientan y fortalezcan al individuo; por lo tanto debe enfocarse al seguimiento y control del logro de metas orientadas a través de indicadores que evalúen la estructura, el proceso y los resultados. (MALAGON, 2.000).

Con relación a la metodología y los hallazgos encontrados en las investigaciones relacionadas dentro del marco del problema se pudo observar lo siguiente:

Para la evaluación del impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en consultorios de la comuna de Viña del Mar, Chile entre abril y septiembre de 1998 se realizó un estudio descriptivo en los escolares consultantes en donde se cuantificó el daño en caries dentales, a través del índice ce-o para el grupo de 4 a 5 años registrado en el momento de la primera consulta; se cuantificó también el daño de caries dentales a través del índice CE-OP para el grupo de 12 a 14 años registrado en el momento de la primera consulta y finalmente se comparan valores obtenidos con diagnóstico epidemiológico año 1984 y vigilancia epidemiológica del flúor en los años 1989 y 1994 de MINSAL. Los resultados mostraron los cambios en la salud bucal de los grupos estudiados y se comparados por los resultados obtenidos por la vigilancia epidemiológica del flúor

en el agua potable, realizado por el MINSAL en años anteriores, los que avalan un impacto positivo de las medidas preventivas implementadas.

Para el ensayo experimental efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar de la Universidad de Zulia (Venezuela), el estudio fue diseñado para verificar en dos escuelas de la ciudad de Maracaibo la efectividad de un programa de educación para la salud bucal basado en el uso de dos métodos que posibilitan medir la dimensión psicológica del paciente; se seleccionaron mediante muestreo probabilística 296 niños. Los niños en cada colegio se asignaron al azar, a partes iguales entre el grupo experimental y el grupo control. Del total de individuos seleccionados se produjo una pérdida del 8% al momento de la evaluación pos- test. Los resultados señalaron que las condiciones materiales de vida y el estadio de desarrollo psicológico del niño son elementos que influyen en la asimilación de conductas prefijada, base de los programas preventivos en odontología. La supervisión, el reforzamiento de conducta a través de la motivación y el reforzamiento de la instrucción de la técnica son componentes claves en la efectividad de los programas preventivos que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social desarrolla en las unidades educativas del país.

En la investigación denominada evaluación de un Programa de Promoción en Salud Oral por medio de vigías de la salud del instituto Técnico de la Selva (Itagui 1996 - 1997 CES Medellín), se utilizó una metodología cuasi- experimental que

evaluó el impacto del programa de promoción en salud oral realizado por los vigías de salud oral durante el período 1995-1996; la población objeto del estudio la constituyeron 19 familias de los estudiantes matriculados en el sexto grado en la misma institución seleccionados al azar. Para la recolección de la información se aplicó una encuesta sociodemográfica a cada madre de familia, una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas a los integrantes de cada familia y una medición de los niveles de caries y enfermedad gingival y periodontal; la evaluación cualitativa y cuantitativa permitió medir el impacto de las actividades educativas y promocionales un año después de implementas. Comparando los resultados de los exámenes clínicos al iniciar y finalizar el programa se encontraron cambios importantes en los niveles de placa bacteriana y sangrado gingival lo que reflejaba la adquisición de nuevas o mejores hábitos de higiene oral.

En la evaluación del programa de promoción y prevención oral implementado del Instituto Técnico Industrial Distrital Francisco José de Caldas durante el período 1979-1999, consistió en un estudio descriptivo de tipo evaluativo y retrospectivo para evaluar el impacto de las actividades de promoción y prevención a un grupo de 150 estudiantes. Los resultados mostraron una disminución de la morbilidad oral.

En el Estudio Nacional de Salud (1977-1980) se determinó que las enfermedades bucales que más afectan a la población colombiana son las caries y la enfermedad periodontal, siendo patologías totalmente prevenibles.

En el tercer Estudio Nacional bucal (1999) encontró que la patología dental y en los tejidos de sostén representa la primera causa de morbilidad entre niños de cinco a catorce años y se encuentran entre las diez primeras causas de consulta en las instituciones de salud. Así mismo, desde hace varios años la morbilidad oral ocupa los primeros lugares de la demanda de atención ambulatoria de los servicios de salud del país.

➤ **ASPECTOS RELEVANTES DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ORAL DEL COC.** El objetivo general del programa consistió en implementar el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad oral en escolares menores de 14 años de Instituciones oficiales de Bogotá y otros municipios de Cundinamarca. (Chía, Cajicá, Zipaquirá y Tenjo). De éste se derivaron los siguientes objetivos específicos: 1) identificar y caracterizar los beneficiarios del programa de Promoción y prevención; 2) aplicar los conocimientos y técnicas aprendidas en la elaboración de un diagnóstico de salud oral en una comunidad; 3) establecer el diagnóstico del estado de salud oral en la población objeto; 4) aplicar el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, implementando estrategias que permitan mejorar la salud oral de la población objeto; 5) involucrar

a la comunidad educativa (directivos, profesores y padres de familia en la ejecución del programa y 6) establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las actividades realizadas con el programa, así como del estado de salud de la población objeto.

Como estrategias se plantearon: 1) *Estrategia de diagnóstico*: diagnóstico colectivo en salud oral, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: diente sano, caries dental, placa bacteriana y maloclusiones en la población objeto del programa y 2) *Estrategia de aplicación*. Desarrollo de actividades educativas en salud oral teniendo en cuenta las edades de los escolares en la población objetivo; previa concertación y programación con las respectivas instituciones.

Como componentes del programa se tuvo en cuenta uno educativo, diagnóstico, aplicación y evaluación.

Para la evaluación del impacto el programa se propone la utilización de los siguientes indicadores.

Estado de salud oral. Se medirá a partir de la historia de caries y prevalencia de caries en dentición temporal y permanente, índices (COP, ceo, IHO-S) y necesidad de tratamiento antes, durante (en el semestre) y después del programa (5 años).

Actitud frente a la higiene oral. Se observará la frecuencia de cepillado en la población escolar durante su estadía en la escuela. Se espera que realicen su cepillado al menos una vez al día durante la jornada escolar.

Cobertura. Se verificará la implementación del programa en las diferentes instituciones educativas del municipio seleccionado.

$$\text{Indicador de cobertura} = \frac{\text{Nº de instituciones en le programa}}{\text{Nº total de instituciones.}} \times 100$$

$$\text{Indicador de eficiencia} = \frac{\text{Nº de niños asistentes al programa}}{\text{Nº. de niños menores de 14 años en la institución.}} \times 100$$

$$\text{Indicador de eficacia} = \frac{\text{Nº de niños con autoaplicación y autoprofilaxis}}{\text{Nº de niños que asistieron a las charlas.}} \times 100$$

El programa establece para su funcionamiento la siguiente estructura organizativa:

a. Primer nivel: integrado por la alcaldía local, representada por la secretaria de salud y la secretaria de educación, quienes definen los lineamientos generales y normas de un programa de Promoción y Prevención.

b. Segundo nivel: integrado por el COC, a quién le corresponde la implementación del programa de Promoción y Prevención, asignando un responsable para la coordinación del respectivo programa.

c. Tercer nivel: constituido por los ejecutores del programa el COC y las entidades educativas seleccionadas

Haciendo uso de todo lo expuesto en el marco de referencia se evaluará el programa de promoción y prevención desarrollado en el municipio de Chía para el primer período del 2003 y el primer período del 2004, tomando como variables del estudio cinco de las definidas en el modelo C -DOPRI, así: D: demanda (beneficiarios del programa, escolares entre los 5 y 14 años de los colegios oficiales urbanos y rurales del municipio de Chía; O: oferta (funcionalidad de la estructura organizacional definida para el programa de Promoción y Prevención del COC); P: proceso (identificación y verificación de todas las actividades establecidas para la ejecución del programa de Promoción y Prevención en el municipio de Chía); R: resultados (cuantificación de las actividades realizadas periódicamente a los escolares de los colegios oficiales del municipio de Chía) e I: impacto (efecto producido por la intervención a la población escolar del municipio de Chía mediante la ejecución del programa). Para este estudio no se tuvo en cuenta la variable C: contexto, dado que esta en su oportunidad fue identificada en el programa de promoción y prevención del COC.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Evaluar el Programa de Promoción y Prevención aplicado a la población escolar entre 5 y 14 años en las instituciones educativas oficiales del municipio de Chía - Cundinamarca, Colombia para el período comprendido entre el primer semestre del 2003 y el primer semestre del 2004.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población objeto del programa en cuanto a: beneficiarios del programa, edad y género para el periodo comprendido entre el primer semestre del 2003 y el primer semestre del 2004 (D - demanda).
- Identificar la estructura organizacional del programa en los colegios oficiales del municipio de Chía y verificar su funcionalidad (O - oferta).
- Identificar las diferentes actividades realizadas para la implementación del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el municipio de Chía en cuanto a: diagnóstico de salud oral, aplicación de profilaxis y

flúor, educación en salud oral, necesidad de tratamiento y remisiones para el período 2003 (1) – 2004 (1). (P- proceso).

- Evaluar cuantitativamente las diferentes actividades realizadas para la implementación del programa de P y P en el municipio de Chía en cuanto a: diagnóstico de salud oral, aplicación de profilaxis y flúor, necesidad de tratamiento y remisiones para el período 2003 (1) – 2004 (1). (R- resultados).

- Determinar el impacto en salud oral de la población escolar mediante la determinación de los índices: historia de caries, prevalencia de caries en dientes temporales y permanentes y la higiene oral para el período 2003(1) – 2004 (1). (IHO-S) (I- impacto)

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, secundario.

2.2 POBLACIÓN

2.2.1 Población blanco: escolares de 5-14 años de los colegios oficiales del municipio de Chía - Cundinamarca, beneficiarios del programa de promoción y prevención en el período comprendido entre el primer semestre del 2002 y el segundo semestre del 2003.

2.2.2 Población accesible: informe de gestión de la implementación del programa de promoción y prevención para los períodos seleccionados y su respectiva base de datos.

2.2.3 Población elegible: se tuvo en cuenta algunos criterios de inclusión y de exclusión según las variables a medir en el estudio, así:

Criterios de inclusión: escolares de 5 a 14 años de los colegios que hallan participado del programa en forma continúa entre el primer semestre de 2003 y primer semestre de 2004.

Criterios de exclusión: escolares menores de cinco años y mayores de 14 años

2.2.4 Tamaño de la población: 1670 escolares para el período 2003 (1) y 1.790 escolares para el período 2003 (2) – 2004 (1) de los colegios oficiales del municipio de Chía – Cundinamarca que participaron en el programa durante los períodos evaluados.

2.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

A partir de un análisis secundario de la información recabada en los informes de gestión de la implementación del programa en el municipio de Chía para el período 2003 (1) – 2004 (1), se examinarán las variables definidas por el modelo C –DOPRI a saber: demanda, oferta, proceso, resultados e impacto.

La definición y operacionalización de dichas variables se presentan en la tabla 3.

TABLA 3. Matriz de definición y operacionalización de variables de estudio

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
1. PRIMER CAPÍTULO DEMANDA (D) Características Sociodemográficas 1.1 Edad 1.2 Género	Niños beneficiarios del programa, estudiantes de 5-14 años de las escuelas oficiales del municipio de Chía Variable cambiante de un niño a otro y equivale al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad. Rasgos del ser humano para determinar el sexo.	5 a 14 años Masculino o femenino	Cuantitativa Cualitativa	Independiente	Informe de gestión y su respectiva base de datos
2. SEGUNDO CAPÍTULO OFERTA: (O) OPERATIVIDAD ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL 2.1 Planeación del programa 2.2 Participación y compromiso con el programa. 2.3 Funcionamiento y operatividad del programa 2.4 Resultados del programa	La manera en que se desarrollaron las actividades diseñadas para el Programa de Py P en cuanto a la planeación, organización, ejecución y evaluación por niveles de autoridad. El conjunto de actividades a desarrollar en el programa de promoción y prevención por los diferentes actores. Grado de colaboración y entrega mostrado por los diferentes actores del programa. La forma como se desarrollaron las diferentes actividades establecidas en el programa. Los logros obtenidos mediante la implementación del programa.	Nivel de planeación, nivel de ejecución y nivel de aplicación en la implementación del programa en el municipio de Chía. Excelente, bueno, regular, mala y no sabe no responde	Cualitativa Cualitativa	Independiente Dependiente	Programa de promoción y prevención del COC. Encuesta aplicada a los actores/participantes en el programa.

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
3. TERCER CAPÍTULO: PROCESO (P) 3.2 Diagnóstico de salud oral 3.3 Aplicación de profilaxis y flúor 3.4. Necesidad de tratamiento	Conjunto de actividades que se desarrollaron en la ejecución del programa de promoción y prevención para cumplir con los objetivos propuestos. Los diferentes estadios de salud oral encontrados en la población escolar objeto del programa. El conjunto de acciones preventivas tendientes a preservar el buen estado de salud oral en la población objeto del programa. Población escolar objeto de terapia oral.	Identificación de actividades de diagnóstico inicial para determinar los índices de Higiene Oral Simplificado (IHOS), COP y ceo en los escolares. Actividades de profilaxis y auto aplicación de fluor a escolares en Chía. Prevención, operatoria, periodoncia, endodoncia, cirugía, ortodoncia, urgencia.	Cualitativa	Dependiente	Instructivos anexos al Programa de Promoción y Prevención e informe de gestión de cada semestre para el municipio de Chía.
4. CUARTO CAPÍTULO: RESULTADOS (R) 4.1 Actividades de diagnóstico 4.2 Actividades de promoción y prevención.	Evaluación cuantitativa de las actividades realizadas en la implementación del programa. Conjunto de acciones semiológicas tendientes a identificar el estado de salud oral de la población objeto. Conjunto de acciones tendientes a prevenir y preservar la salud oral de los escolares-	Medición inicial de los índices de Higiene Oral Simplificado (IHOS), COP y ceo a los escolares. Cuantificación de actividades de promoción (charlas) y prevención (aplicación de flúor y autoprofilaxis) a escolares.	Cuantitativa	Dependiente	Informe de gestión y base de datos para el período 2003 (1)- 2003 (2)

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
5. QUINTO CAPÍTULO: IMPACTO (I)	Efecto producido por la intervención de las actividades realizadas en la ejecución del programa P y P en los escolares de 5-14 años en los colegios oficiales de Chía.				
5.1 Historia de Caries	Anamnesis alrededor de los antecedentes patológicos dentales	COP y ceo	Cuantitativa	Dependiente	Informe de gestión y base de datos para el período 2003 (1)- 2003 (2)
5.2 Prevalencia de caries	Existencia de lesiones dentales.	Diagnóstico visual en los escolares	Cuali- cuantitativo		
5.3 Índice COP	Mide la experiencia de caries en un individuo o en una comunidad en dientes permanentes.	Cariado, obturado y perdido	Cuantitativo		
5.4 Índice ceo	Mide la experiencia de caries en un individuo o en una comunidad en dientes temporales.	Cariado, exfoliado y obturado	Cuantitativo		
5.5 Índice Higiene oral simplificado (HOs)	Evalúa la eficacia del cepillado en una comunidad después de la aplicación de programas educativos.	0: ausencia de placa 1: Presencia de placa en menos del tercio gingival. 2: Más de un tercio gingival de placa. 3: Más de dos tercios de la superficie examinada. 9: No aplicable	Cuali - cuantitativa		

Fuente: Aponte, Oscar y cols. *Impacto del programa de Py P del COC. Bogotá, D.C., 2004*

2.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes instrumentos:

➤ Para las variables *D- demanda, P- proceso, R- resultado e I- impacto* se utilizó la información secundaria disponible en el informe de gestión para los semestres 2003(1), 2003(2) y 2003(4); así como su respectiva base de datos.

➤ Para la variable *O- oferta* se utilizó información consignada en el programa de Promoción y Prevención y se diseñó una encuesta semi-estructurada, que permitiese verificar la funcionalidad y operatividad de la estructura organizacional, organizada en cinco capítulos y 15 preguntas con cinco alternativas de respuestas en las categorías de excelente, buena, regular, mala y no sabe/no responde, aplicada a cada uno de los actores participantes del programa, identificados en la encuesta como tipo de encuestado. Los capítulos de la encuesta fueron:

I. *Tipo de encuestado*, correspondiente al actor participante en la ejecución del programa de promoción y prevención en salud oral en los colegios oficiales del municipio de Chía, así: docente del COC (docente del COC responsable de la coordinación del programa en el municipio de Chía; docente colegio oficial (docentes de los colegios oficiales de Chía responsables de la implementación del programa en la respectiva institución); directivo COC (coordinador del

departamento de departamento de Salud Pública en el período evaluado); Directivo alcaldía (secretario de salud o de educación departamental del municipio de Chía); Estudiantes X semestre (estudiantes del COC de décimo semestre que participaron en la implementación del programa en el respectivo período). Estas personas respondieron la encuesta.

II. *Planeación del Programa*, se diseñaron dos preguntas relacionadas con las actividades de planeación indicadas en los instructivos del programa en cuanto a capacitación ofrecida a los estudiantes de X semestre del COC y planeación de las charlas ofrecidas a los escolares de los colegios oficiales del municipio de Chía.

III. *Participación y compromiso con el programa*. Se diseñaron para este capítulo seis preguntas que permitiese evaluar el nivel de compromiso y participación de cada uno de los actores participantes en la implementación del programa, incluyendo además a los escolares beneficiarios del programa y a los padres de familia.

IV. *Funcionamiento y operatividad del programa*. Para la evaluación de este aspecto se diseñaron tres preguntas relacionadas con la calidad de las charlas ofrecidas a escolares, las relaciones interinstitucionales y el manejo de los datos.

V. Resultados del programa. en este capítulo se diseñaron cuatro preguntas que permitiesen evaluar los logros alcanzados por el programa, los resultados de los tratamientos, el seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa y el funcionamiento en general del programa.

El cuestionario diseñado para la evaluación de la variable relacionada con el proceso se incluye en el anexo A.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información necesaria para la realización de esta investigación se tomó del programa de promoción y prevención en salud oral del COC, de los informes de gestión y medios magnéticos de resultados semestrales de la implementación del programa de promoción y prevención en salud oral para escolares de los colegios oficiales del municipio de Chía – Cundinamarca para el periodo comprendido entre el primer semestre del 2003 y el primer semestre del 2004 y de los datos arrojados por la encuesta.

La información se recolectó para cada una de las variables del estudio definidas en el modelo DOPRI, así:

D - Demanda: se describieron las características socio – demográficas (edad y género) de la población escolar entre los 5 y 14 años de los colegios oficiales.

del municipio de Chía que hicieron parte del programa en el periodo comprendido entre el primer semestre de 2003 y primer semestre de 2004; para ello se tomo como referencia la información secundaria consignada en los informes de gestión de cada periodo y su respectiva base de datos.

O - Oferta: para el análisis de esta variable se siguieron los siguientes pasos:

- Se identificó en primer lugar la estructura organizacional del programa de promoción y prevención en salud oral definida en el documento elaborado por el Colegio Odontológico Colombiano – COC, para la implementación de dicho programa en los municipios de su área de influencia con los cuales tiene firmado convenios.
- Para evaluar la funcionalidad de la estructura organizacional del programa se diseñó una encuesta semi – estructurada de 14 preguntas organizada en cuatro capítulos acorde con los objetivos establecidos para el programa de promoción y prevención en salud oral y los instructivos diseñados para la implementación del mismo, así: capítulo 1. Planeación del programa (2 preguntas cerradas); capítulo 2. Participación y compromiso con el programa (6 preguntas cerradas); capítulo 3. Funcionamiento y operatividad del programa (3 preguntas cerradas) y capítulo 4. Resultados del programa (2 preguntas

cerradas y 1 semicerrada). Cada pregunta tenía 5 opciones de respuestas, así: excelente, bueno, regular, malo y no sabe/no responde.

La encuesta se aplicó a 53 personas denominados actores ó participantes del programa para el período comprendido entre el primer semestre del 2003 y el primer semestre del 2004 así: docente del COC, coordinador de la ejecución del programa en el municipio de Chía, identificado en la encuesta como docente del COC (1); docentes de los colegios oficiales del municipio de Chía en los cuales se realizó el programa durante el período evaluado, identificado en la encuesta como docente escuela (18); coordinador de salud pública del COC para el mismo período, identificado en la encuesta como directivo COC (1); secretario de educación o de salud del municipio de Chía, identificado en la encuesta como directivo alcaldía y estudiantes de décimo semestre del COC, agentes educativos del programa en el municipio de Chía durante el primer semestre del 2004, identificados en la encuesta como estudiantes de décimo semestre (32).

Proceso: consistió en la verificación del cumplimiento de las actividades planeadas para el desarrollo del programa; se revisaron dichas actividades y se compararon con las realmente ejecutadas para la implementación del programa en el período comprendido entre el primer semestre del 2003 y el primer semestre del 2004.

Resultados: consistió en determinar de manera cuantitativa la eficacia del programa, es decir, si en efecto se cumplieron los objetivos originalmente formulados en el programa de promoción y prevención en salud oral para el municipio de Chía. Se trató de un análisis descriptivo, estableciendo comparaciones entre los diferentes períodos del estudio; para lo cual se utilizaron los datos relacionados en el informe de gestión para cada uno de los períodos evaluados por el estudio y su respectiva base de datos.

Impacto: consistente en medir el impacto neto de las diferentes intervenciones; en otras palabras, los efectos que pueden atribuirse exclusivamente a las diferentes intervenciones a la población escolar sin tener en cuenta otros factores se hará mediante la comparación y análisis de los índices: historia de caries, prevalencia de caries, COP-D, ceo-d y el de higiene oral simplificado presentados por el estudio en el respectivo período.

2.6 PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

La información se codificó y tabuló en Excel; su análisis se hizo a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS – Windows versión 10 en español. Las medidas estadísticas que se utilizaron fueron distribución de frecuencias y porcentajes, para los resultados que lo requirieron.

3. RESULTADOS

Para la evaluación del programa de promoción y prevención aplicado a la población escolar de los colegios oficiales del municipio de Chía en los periodos 2003 (I) y 2003 (II) – 2004 (I), se evaluaron las variables: Demanda (características del usuario), Oferta (operatividad y funcionalidad de la estructura organizacional, Proceso (actividades realizadas: diagnóstico en salud oral, aplicación de profilaxis y flúor, educación en salud oral, necesidad de tratamiento y remisiones), Resultados (actividades realizadas a nivel cuantitativo) e Impacto.

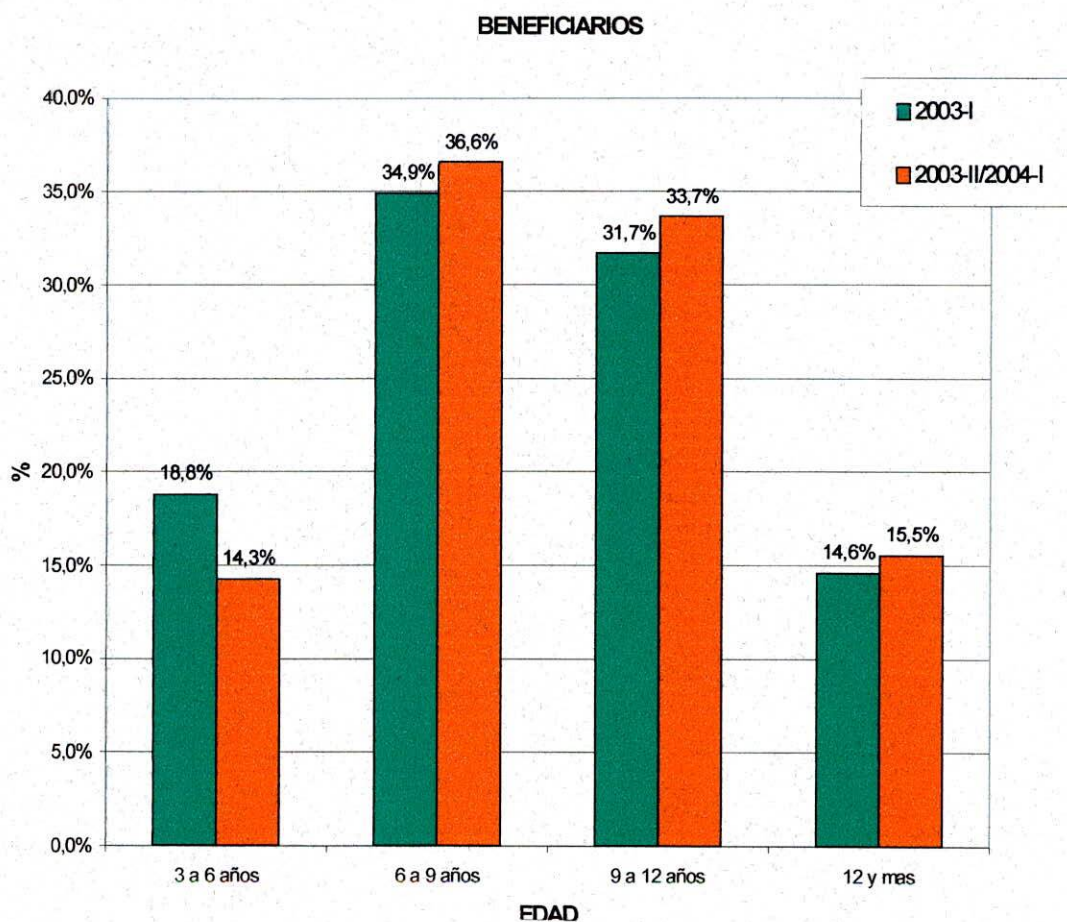
3.1 DEMANDA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Para la variable demanda se tuvo en cuenta las características de los escolares de los colegios oficiales del municipio de Chía en cuanto a edad y género, por ser éstas las características sociodemográficas más relevantes y, que además, se encontraban registradas en la información magnética suministrada.

EDAD: la mayor población escolar estuvo comprendida en el rango de edad de 6 a 9 años. En la figura 2 se observa que la mayor población escolar estuvo comprendida en el rango de edad de 6 a 9 años; además la población

correspondiente al período 2003 (II) – 2004 (I) fue mayor en todos los rangos, excepto para el rango de 3 a 6 años.

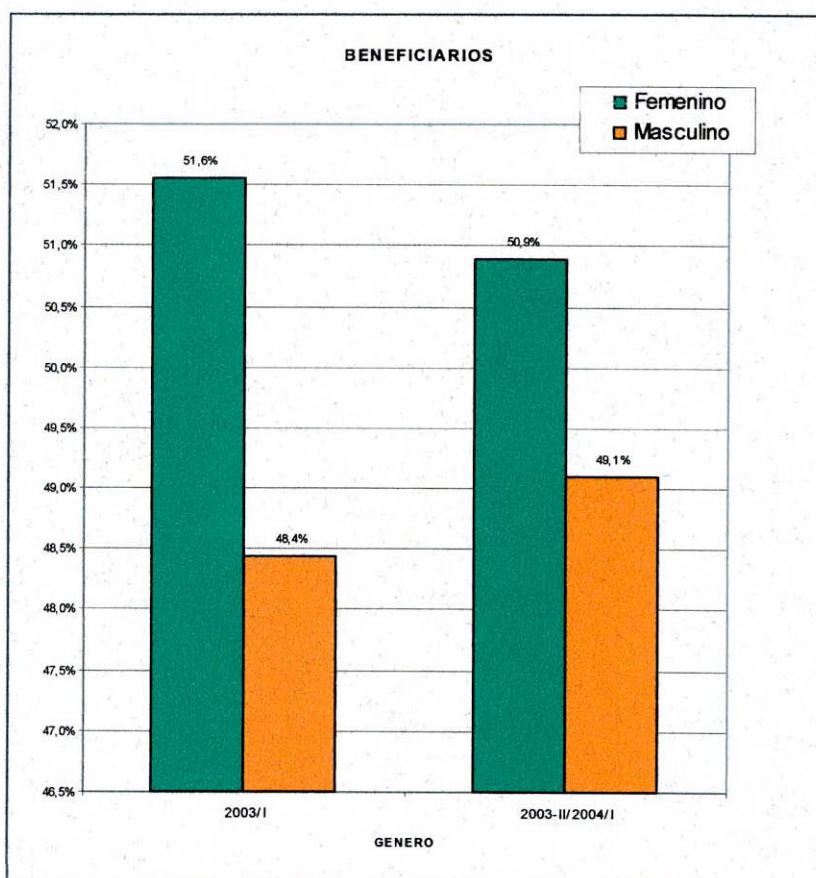
Figura 2. . Comparación población escolar por período según grupos de edades.



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía Cundinamarca 2003(I) y 2003 (II)-2004 (I).

➤ **GÉNERO:** de los 1.670 escolares del programa en los colegio oficiales del municipio de Chía, para el período 2003 (I), la mayor población le correspondió al genero femenino con el 51.6% (861) seguida del genero masculino con el 48.4% (809). Para el período 2003 (II) - 2004 (I) de los 1.790 beneficiarios la mayor población le correspondió al genero femenino con el 50.9% (911) y el 49.1% (879) correspondió al genero masculino, como se puede apreciar en la figura 3.

Figura 3. Comparación de la población por períodos según el género



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca 2003(I) y 2003 (II)-2004 (I).

3.2 OFERTA: FUNCIONALIDAD DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE CHÍA

La funcionalidad de la estructura organizacional del Programa se evaluó en primer lugar mediante el análisis de las interrelaciones que se dieron en los diversos niveles jerárquicos para la implementación del programa; por ello se presenta, en primera instancia, la estructura establecida; para tal fin por el COC y, luego, los resultados arrojados por la encuesta aplicada a cada uno de los actores que intervinieron en la implementación del programa (docente del COC responsable del programa en Chía, docente colegios oficiales de Chía, Coordinador del departamento de Salud Pública del COC, Secretario de Salud o de Educación municipal y estudiantes de décimo semestre del COC) en cuanto a: planeación, participación y compromiso, funcionamiento y operatividad y resultados del programa.

3.2.1 Estructura organizativa del programa. En la figura 4 se presenta el organigrama definido para el Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral, diseñado por el COC, por niveles de autoridad y funcionalidad, así:

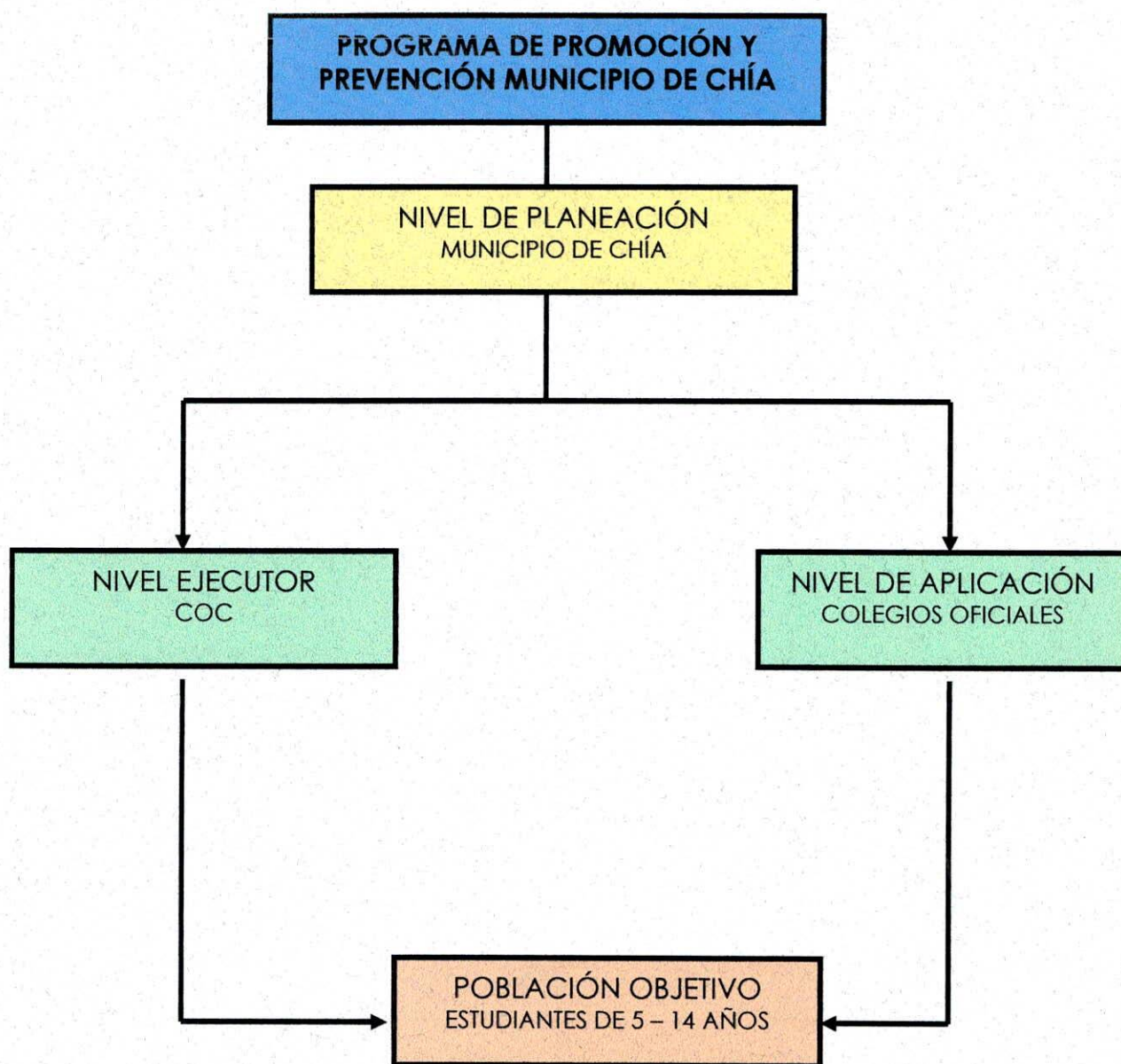
a. Primer nivel: denominado nivel de planeación correspondiéndole a la Alcaldía del municipio de Chía, representada por las Secretarías de Salud y de Educación, quienes definieron, en su momento, los lineamientos

generales del Programa de Promoción y Prevención para el citado municipio.

b. Segundo nivel: denominado nivel ejecutor y nivel de aplicación a cargo del Colegio Odontológico Colombiano –COC, a quien le correspondió la implementación o ejecución del programa en los colegios oficiales del municipio de Chía (nivel de aplicación). Para la implementación del programa el COC asignó a un docente coordinador responsable de las actividades de los estudiantes de décimo semestre (agentes educativos).

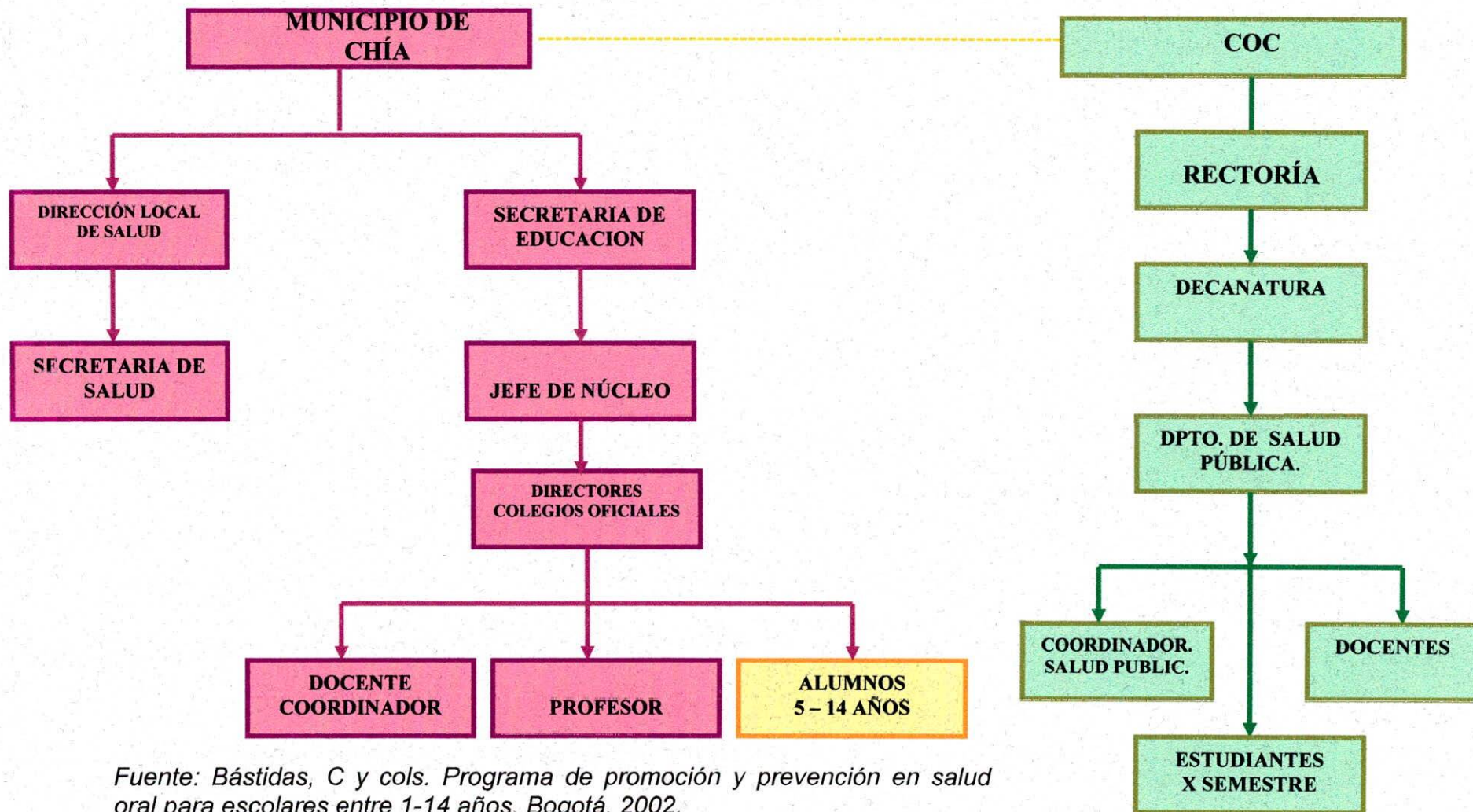
c. Tercer nivel: Constituido por los ejecutores directos del programa en el municipio de Chía (estudiantes de décimo semestre del COC) y población beneficiaria del programa (escolares de las escuelas oficiales en el municipio de Chía). En la figura 5 se presenta el organigrama de las diferentes instancias y actores y beneficiarios que participan e intervienen en el programa de Promoción y Prevención en Salud Oral tanto por el municipio de Chía como por el Colegio Colombiano Odontológico. Se resaltaron en color rosado y verde los actores/participantes del programa para el municipio de Chía y el COC, respectivamente, y en color amarillo los beneficiarios directos del programa.

Figura 4. Organigrama para el Programa de Promoción y Prevención en salud oral en las instituciones educativas municipales.



Fuente: Bástidas, C y cols. Programa de promoción y prevención en salud oral para escolares entre 1-14 años. Bogotá, 2002.

FIGURA 5. Organigrama de los actores que intervienen en el Programa de Promoción y Prevención en Salud Oral.



3.2.2 Resultados de la encuesta para evaluar la funcionalidad del programa.

La aplicación de las encuesta a los diferente actores (directivos alcaldía, docentes colegios oficiales, coordinador departamento de Salud Pública del COC, docente COC y estudiantes X semestre COC) del programa de promoción y prevención en salud oral, aplicado a escolares del municipio de Chía, donde se pretendió evaluar la planeación; participación y compromiso; funcionamiento y operatividad y, resultados de dicho programa, arrojaron los siguientes resultados:

➤ ***Planeación del programa:*** para evaluar este aspecto se realizaron dos preguntas cerradas (ver anexo B: pregunta 201 y pregunta 202) a cada uno de los actores del programa donde se debía calificar como excelente, buena, regular, mala o no sabe/no responde, cada una de ellas, como se describe a continuación:

Docente del COC responsable del programa del municipio de Chía: calificaron como excelente las preguntas relacionadas con la planeación del programa en lo que se refiere a capacitación ofrecida a los estudiantes de décimo semestre para abordar el programa de Promoción y Prevención (ver anexo B, pregunta 201) y a la planeación de las charlas a escolares por parte de los estudiantes de décimo semestre (ver anexo B, pregunta 202).

Docentes de los colegios del municipio de Chía: en la tabla 4 se muestran las respuestas de los 18 docentes de los colegios oficiales del municipio de Chía, correspondientes a la capacitación ofrecida a estudiantes de décimo semestre (anexo B, pregunta 201); en ella se destacan la calificación de buena con el 61.1% (11) y la de excelente y regular con 16.7% (3), para cada una.

Tabla 4. Respuesta docente-colegio oficial sobre capacitación a estudiantes de décimo semestre del COC.

Calificación-Capacitación	Frecuencia	%
Excelente	3	16,7
Buena	11	61,1
Regular	3	16,7
Mala	1	5,6
No sabe/no responde	0	0,0
Total:	18	100,0

En la tabla 5 se muestra las respuestas presentadas por los docentes de los colegios oficiales referente a la planeación de las charlas escolares (anexo B, pregunta 202). En ella se observó que la mayor calificación fue de regular con el 44.4% (8) seguida de la buena con el 38.9% (7) y en tercer lugar la de excelente con el 16.7% (3).

Tabla 5. Respuesta docente –colegio oficial sobre planeación de charlas a escolares del municipio de Chía por los estudiantes del COC.

Calificación- planeación de charlas	Frecuencia	%
Excelente	3	16,7
Buena	7	38,9
Regular	8	44,4
Total:	18	100,0

Coordinador del Departamento de Salud Pública del COC: la calificación del Coordinador en lo que se refiere a la planeación del programa y a la capacitación ofrecida a los estudiantes de décimo semestre para abordar el programa de Promoción y Prevención y a la planeación de las charlas a escolares por parte de los estudiantes de décimo semestre fue de excelente con el 100% (1).

Secretario de Educación de la Alcaldía de Chía: con relación a la capacitación a estudiantes de décimo semestre del COC, respondió no sabe/ no responde el 100% (1), y sobre la planeación de charlas a escolares del municipio de Chía por los estudiantes del COC, la calificó como buena con el 100% (1).

Estudiantes de décimo semestre del COC: en la tabla 6 se muestran las respuestas de los 32 estudiantes de décimo semestre del COC a la pregunta correspondiente a la capacitación de los estudiantes de décimo semestre (anexo B, pregunta 201). En ella se observó que la mayor calificación fue de buena con el 40.6% (13), seguida muy de cerca por la de regular con el 31.3% (10).

Tabla 6. Estudiantes décimo semestre – COC, capacitación a estudiantes de décimo semestre del COC.

Calificación-Capacitación	Frecuencia	%
Excelente	0	0
Buena	13	40.6
Regular	10	31.3
Mala	3	9.4
No sabe/no responde	1	3.1
Total:	32	100.0

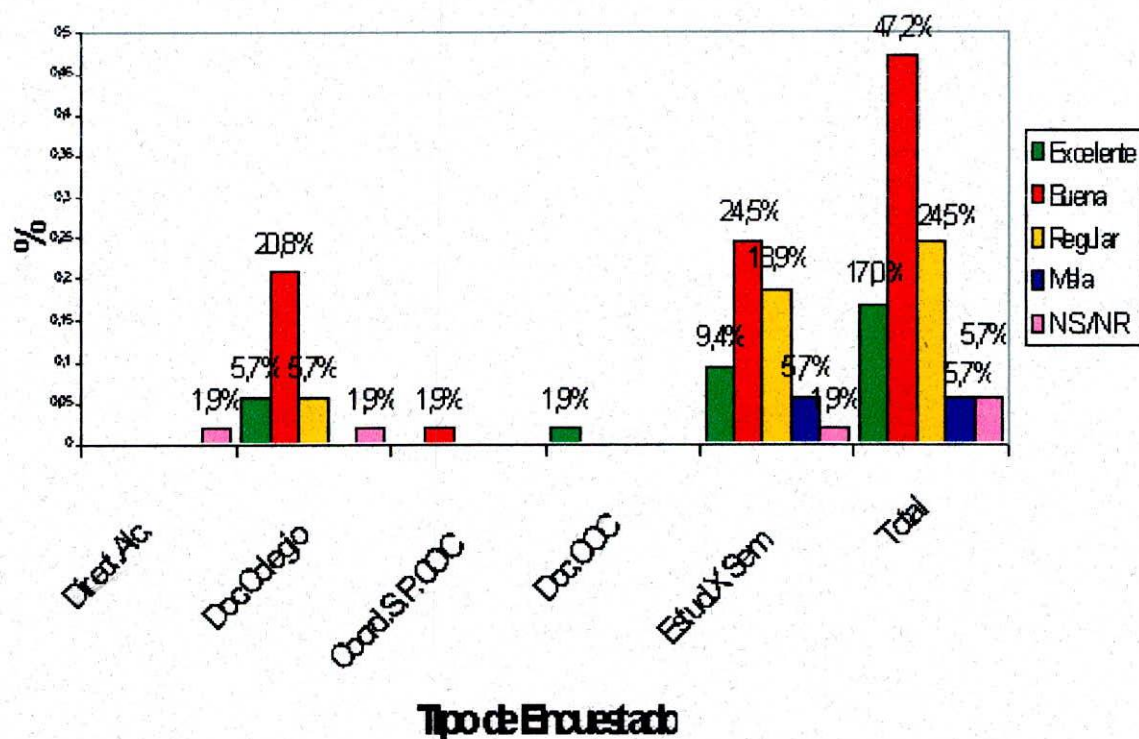
La tabla 7 muestra las respuestas emitidas por los 32 estudiantes de décimo semestre del COC con relación a la planeación de las charlas a escolares (anexo B, pregunta 202); en ellas se observó que la mayor respuesta correspondió a la calificación de buena con el 50.0% (16), seguida por la de regular con el 28.1% (9) y, luego la de excelente con el 15.6% (5).

Tabla 7. Estudiantes décimo semestre – COC, planeación de charlas a escolares del municipio de Chía por los estudiantes del COC.

Calificación- planeación de charlas	Frecuencia	%
Excelente	5	15,6
Buena	16	50,0
Regular	9	28,1
Mala	1	3,1
No sabe/no responde	1	3,1
Total:	32	100,0

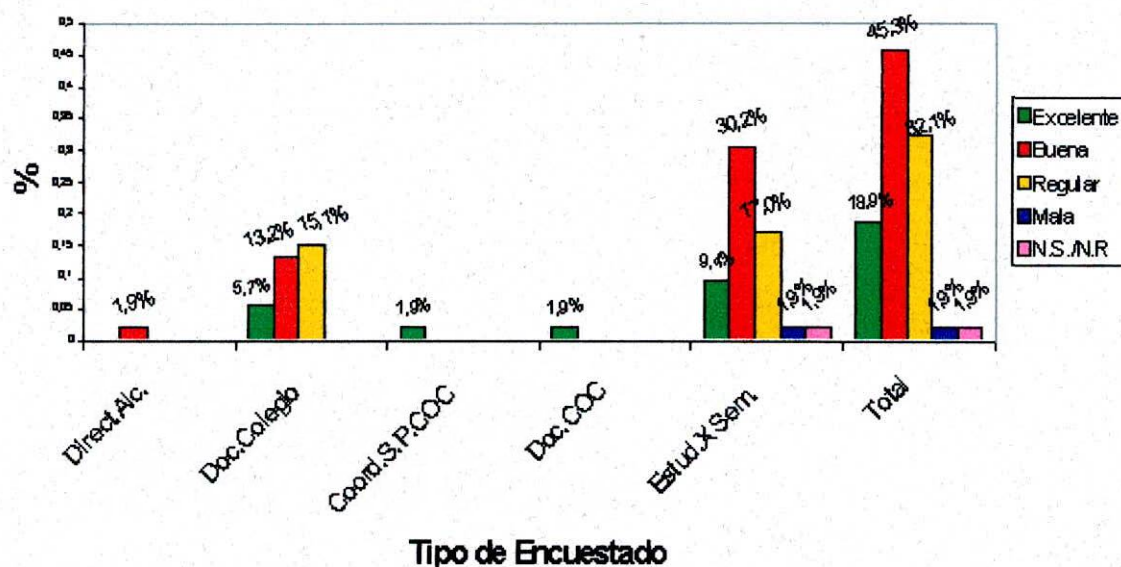
En la figura 6 se presentan las respuestas de los 53 encuestados, con relación a la capacitación de los estudiantes de décimo semestre (anexo B, pregunta 201). En ella se observó que la mayor respuesta del total de encuestados correspondió a la calificación de buena con el 47.2% (25), seguida por la de regular con el 24.5% (13) y la de excelente con el 17.0% (9). La calificación de mala y no sabe/ no responde presentaron igual participación, 5.7% (3).

Figura 6. Capacitación a estudiantes según tipo de encuestado.



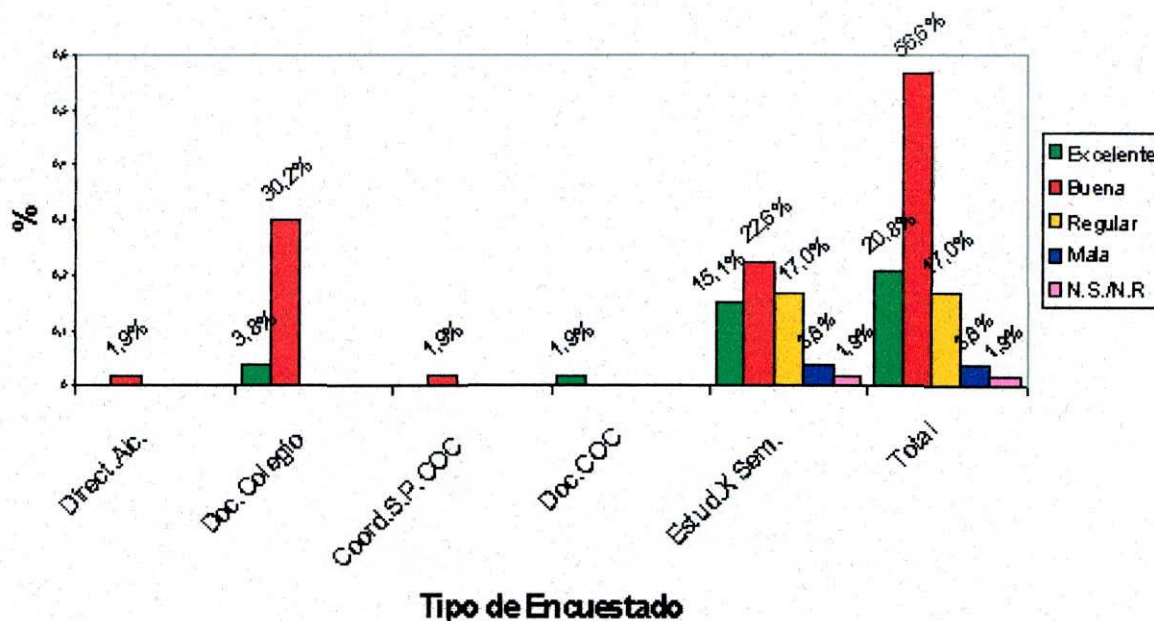
En la figura 7 se muestran las respuestas a la planeación de las charlas por los diferentes actores encuestados (53). Se observó que la mayor calificación fue de buena con el 45.3% (24), seguida por la de regular con el 32.0% (17); la calificación de excelente ocupó un tercer lugar con el 18.9% (10); las calificaciones de mala y no sabe/no responde tuvieron una participación de 1.9% (1), respectivamente.

Figura 7. Planeación de las charlas según tipo de encuestado.



➤ **Participación y compromiso con el programa.** para este aspecto se realizaron seis preguntas cerradas (anexo B, preguntas de la 201 – 206). En la figura 8. se presenta la calificación dada por los diferentes encuestados (53). En ella se observó que la mayor respuesta le correspondió a la calificación de buena con el 56.6% (30), seguida por la de excelente con 20.8% (11); la de regular tuvo una participación de 17.0% (9), y la menor fue de no sabe/no responde con el 1.9% (1).

Figura 8. Participación y compromiso según tipo de encuestado.



➤ **Funcionamiento y operatividad del programa:** Para evaluar este aspecto se realizaron cuatro preguntas cerradas a cada uno de los actores (ver anexo B, preguntas de la 401 a la 403), donde se debía calificar como excelente, buena, regular, mala o no sabe/no responde las preguntas 401 y 402 y, con SI, NO y no sabe/no responde la pregunta 403. A continuación se relacionan las respuestas dadas por cada uno de los actores:

Docente del COC responsable del programa en el municipio de Chía:

calificó como excelente la calidad de las charlas ofrecidas por los estudiantes a los escolares del municipio de Chía (anexo B, pregunta 401) y también calificó de excelente las relaciones entre el COC, la Alcaldía y los colegios (anexo B, pregunta 402). A la pregunta sobre la utilización de los datos

arrojados por el programa para el análisis de la enfermedad oral del municipio (anexo B, pregunta 402), respondió que Sí a la utilización de los datos.

Coordinador del departamento de salud pública: en el primer semestre del 2004, calificó como buena la calidad de las charlas ofrecidas por los estudiantes del COC y las relaciones entre el COC, la alcaldía y los colegios; respondió también de manera afirmativa la pregunta relacionada con la utilización por parte del municipio de los datos arrojados por el programa.

Secretario de Educación del municipio de Chía: calificó de excelente la calidad de las charlas y las relaciones interinstitucionales; pero respondió de forma negativa a la pregunta relacionada con la utilización de los datos arrojados por el programa de promoción y prevención por parte del municipio.

Estudiantes décimo semestre del COC: Las respuestas dadas por los estudiantes se relacionan en las tablas de la 27 a la 29. En la tabla 8 se observó que la calificación de buena, 50.0% (16) fue la mayor, mientras que la de mala, 3.1% (1) y no sabe/no responde, 3.1% (1) fueron las menores.

Tabla 8. Estudiantes de décimo semestre: calidad de las charlas ofrecidas a escolares.

Calificación	Frecuencia	%
Excelente	5	15,6
Buena	16	50,0
Regular	9	28,1
Mala	1	3,1
No sabe/no responde	1	3,1
Total	32	100,0

En la tabla 9 se presentan las respuestas dadas por los estudiantes de décimo semestre del COC, en cuanto a las relaciones interinstitucionales. Se observó que la calificación de regular, 43.8% (14) fue la mayor; mientras que la menor fue la de excelente, 12.5% (4).

Tabla 9. Estudiantes de décimo semestre: relaciones COC, Alcaldía y colegios oficiales.

Calificación	Frecuencia	%
Excelente	4	12,5
Buena	9	28,1
Regular	14	43,8
No sabe/no responde	5	15,6
Total	32	100,0

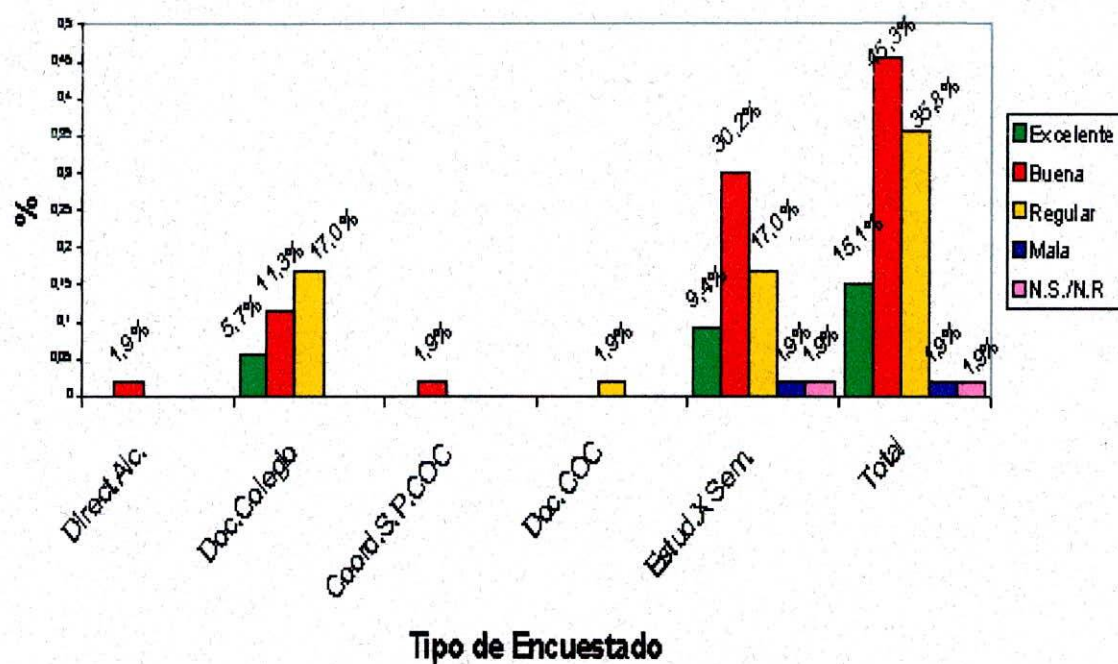
En la tabla 10 se presentan las respuestas de los estudiantes de décimo semestre con relación a la utilización de los datos del programa por parte del municipio. Se observó que la respuesta del Sí, para la utilización de los datos, fue la mayor con el 53.1% (17); mientras que la del NO con el 25.0% (8) fue la segunda y la de no sabe/no responde (21.9%) fue la inferior.

Tabla 10. Estudiantes de décimo semestre: utilización de los datos del programa por parte del municipio.

Calificación	Frecuencia	%
SI	17	53,1
No	8	25,0
No sabe/no responde	7	21,9
Total	32	100,0

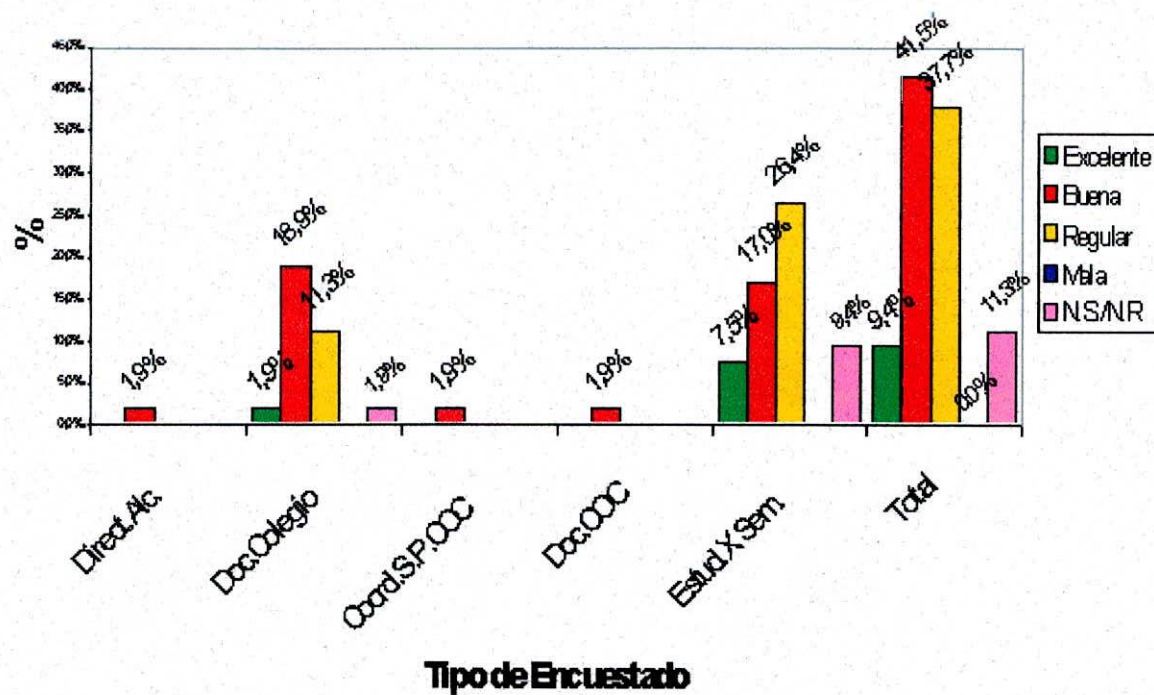
La figura 9 muestra las calificaciones de las charlas ofrecidas de acuerdo con el tipo de encuestado. En ella se observó que la mayor calificación fue, buena con el 45.3% (24), seguida por la de regular con el 35.8% (19) y la menor, no sabe/no responde con el 1.9% (1).

Figura 9. Calidad de las charlas según tipo de encuestado.



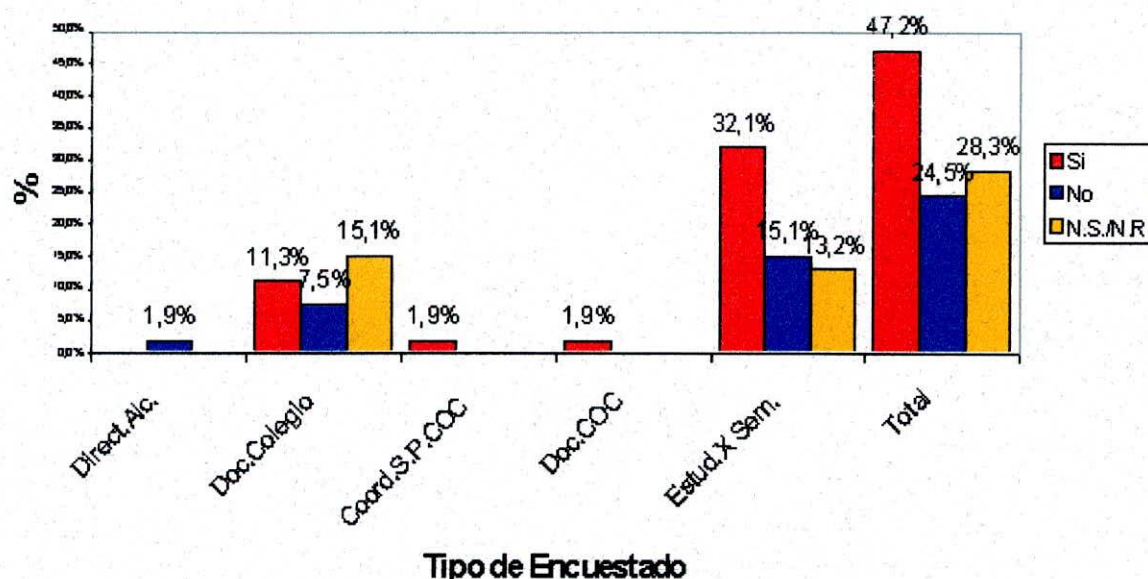
La figura 10 muestra las respuestas de los diferentes actores con respecto a las relaciones interinstitucionales. En ella se observó que la calificación de buena, 41.5% (22) fue la mayor, mientras que la menor, 9.4% (5) correspondió a la de excelente.

Figura 10. Relaciones COC, Alcaldía, Colegios según tipo de encuestado.



La figura 11 muestra la utilización de los datos del programa por parte de la alcaldía, de acuerdo a los diferentes actores (53). En ella se observó que el 47.2% (25) sí los utilizó; mientras que, el 24.5% (13) no los utilizó y un 28.3% (15) no sabe/no responde.

Figura 11. Utilización de los datos, según tipo de encuestado.



➤ **Resultados del programa:** Para evaluar este aspecto, se realizaron tres preguntas, dos cerradas y una semi-cerrada a cada uno de los actores del programa (ver anexo B, preguntas 401 -404), donde se debía calificar como excelente, buena, regular, mala y no sabe/no responde, cada una de ellas.

Docente del COC responsable del programa en el municipio de Chía: calificó como buenos los logros alcanzados por el programa de promoción y prevención en el municipio de Chía; como excelente el seguimiento y el control ejercido en las diferentes etapas del programa de promoción y prevención en salud oral y como excelente la calificación del funcionamiento del programa en general.

Coordinador del departamento de salud pública: calificó como buena la calidad de las charlas ofrecidas por los estudiantes del COC y las relaciones entre el COC, la alcaldía y los colegios; respondió también de manera afirmativa la pregunta relacionada con la utilización por parte del municipio de los datos arrojados por el programa.

Secretario de Educación del municipio: calificó como buenos los logros alcanzados por el programa de promoción y prevención en el municipio de Chía, el seguimiento y el control ejercido en las diferentes etapas del programa y así mismo el funcionamiento del programa en general.

Estudiantes décimo semestre del COC: las respuestas dadas por los 32 estudiantes con relación a los logros alcanzados por el programa, el seguimiento y control al mismo y el funcionamiento del programa en general se relacionan en las tablas de la 11 a la 14.

La tabla 11 muestra los logros alcanzados por el programa de promoción y prevención según los estudiantes. En ella se observó que la calificación de buena con el 46.9% (15) fue la de mayor respuesta, seguida por la de regular con el 28.1% (9), mientras que la menor fue la de no sabe/no responde con el 6.3% (2).

Tabla 11. Logros alcanzados por el programa de promoción y prevención según la opinión de los estudiantes.

Calificación	Frecuencia	%
Excelente	3	9,4
Buena	15	46,9
Regular	9	28,1
Mala	3	9,4
No sabe/no responde	2	6,3
Total	32	100,0

La tabla 12 muestra el seguimiento y control en las diferentes etapas del programa según los estudiantes. En ella se observó que la calificación de buena con el 43.8% (14) fue la de mayor respuesta, seguida de la regular con el 37.5% (12) mientras que las de excelente y mala tuvieron el 9.4% (3), cada una.

Tabla 12. Seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa según la opinión de los estudiantes.

Calificación	Frecuencia	%
Excelente	3	9,4
Buena	14	43,8
Regular	12	37,5
Mala	3	9,4
Total	32	100,0

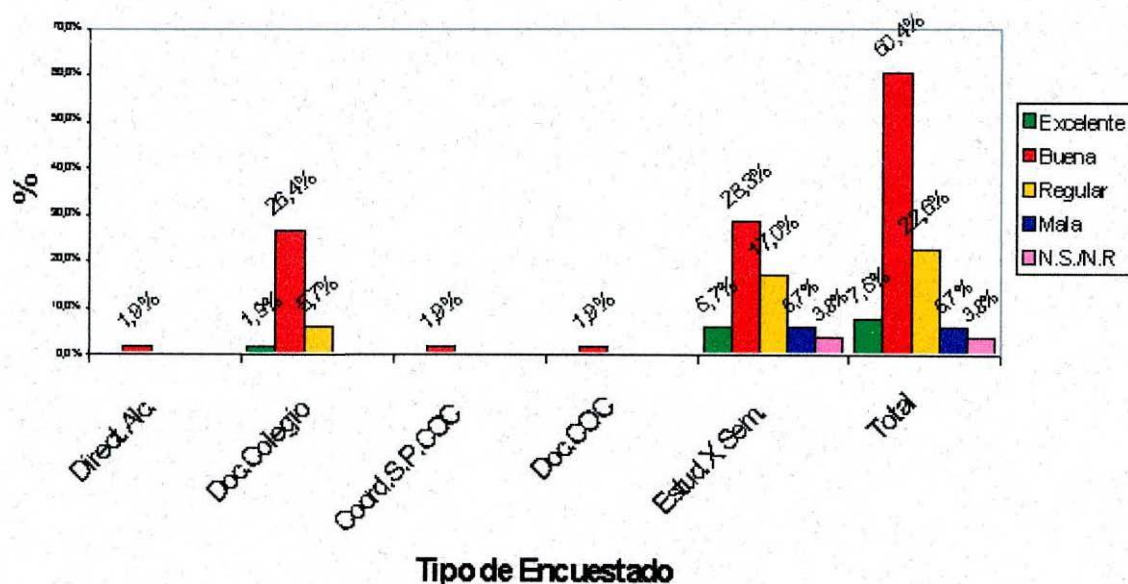
En la tabla 13 se muestra el funcionamiento en general del programa de acuerdo a los estudiantes. En ella se observó que la respuesta regular tuvo un mayor porcentaje de respuestas con el 40.6% (13), seguida por la de buena con el 37.5% (12) y la menor fue la de excelente con el 6.3% (2).

Tabla 13. Funcionamiento en general del programa según la opinión de los estudiantes.

Calificación	Frecuencia	%
Excelente	2	6,3
Buena	12	37,5
Regular	13	40,6
Mala	5	15,6
Total	32	100,0

La figura 12 muestra los logros alcanzados por el programa en concordancia con el tipo de encuestado. En ella se observó que la calificación de buena con el 60.4% (32) fue la mayor, seguida por la de regular con el 22.6% (12) y la inferior fue la de no sabe/no responde con 3.8% (2).

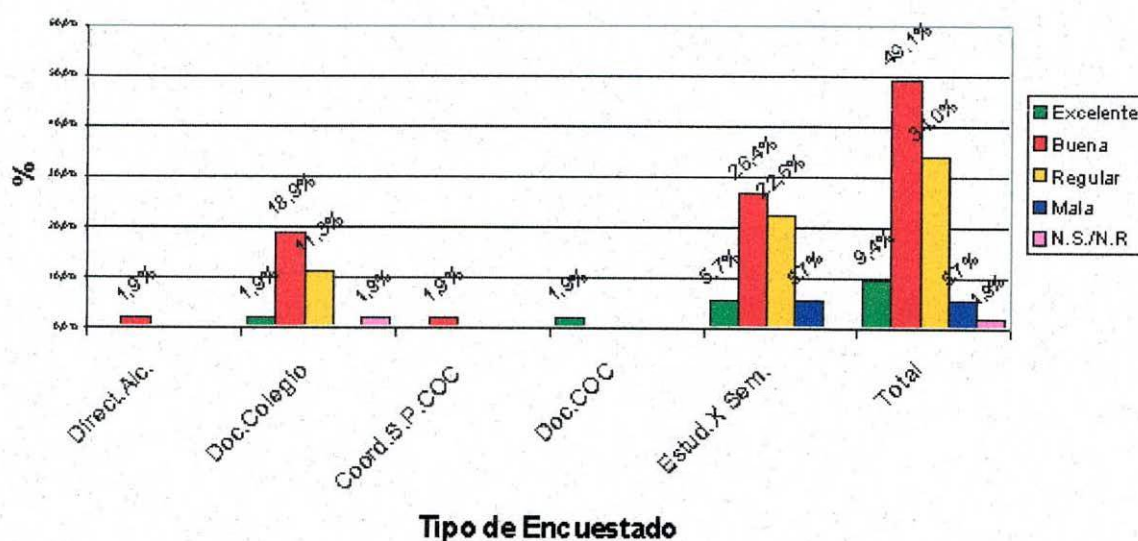
Figura 12. Logros alcanzados por el programa según tipo de encuestado.



De igual forma entre las razones que exponen los estudiantes por las cuales el programa fue calificado como regular sobresalen: falta de motivación, falta de compromiso de los diferentes actores involucrados, mejorar la relación docente COC-estudiante, asignación de recursos, falta de planeación, falta de seguimiento y retroalimentación.

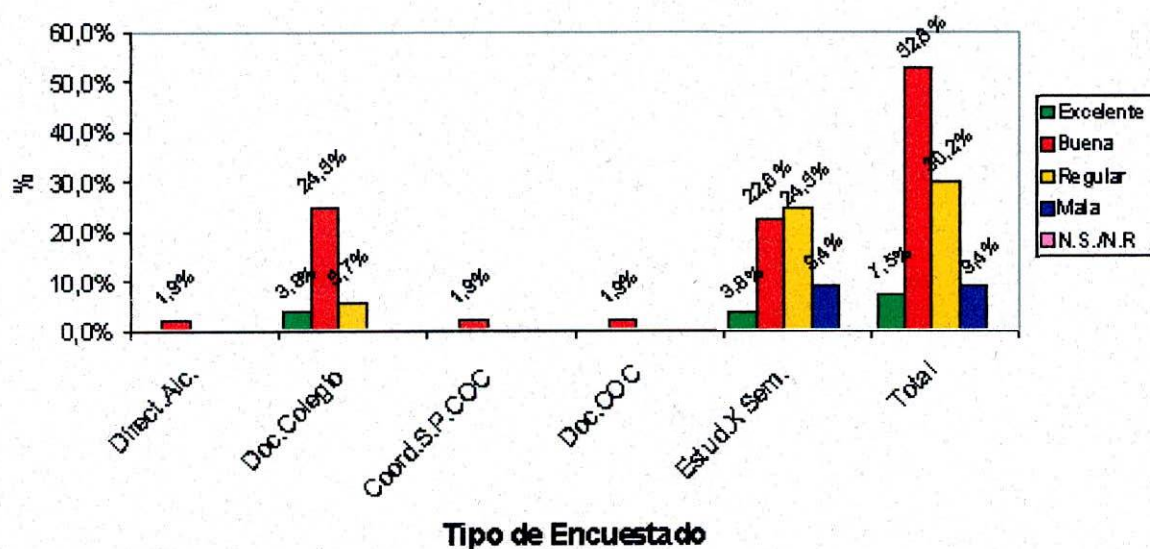
La figura 13 muestra el seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa de acuerdo a los diferentes actores (53). En ella se observó que la calificación de buena el 49.1% (26) fue la mayor, mientras que la menor fue no sabe/no responde con 1.9% (1).

Figura 13. Seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa, según tipo de encuestado.



La figura 14 muestra el funcionamiento en general del programa de acuerdo a los diferentes actores (53). En ella se observó que la calificación de buena con 52.8% (28) fue la mayor, mientras que la menor fue la de mala con el 9.4% (5).

Figura 14. Funcionamiento general del programa, según tipo de encuestado.



3.3 PROCESO (P)

Las actividades desarrolladas para la implementación del programa de promoción y prevención en salud escolar en el municipio de Chía para el período 2003 (I) y 2003 (II) – 2004 (I) fueron las siguientes:

- **Diagnóstico de salud oral:** valoración de los índices (alto, bajo y moderado)
- **Educación en salud oral:** enseñanza de cepillado, autoprofilaxis y control de placa.
- **Aplicación de profilaxis y flúor**

- **Necesidad de tratamiento y remisiones:** prevención, operatoria, endodoncia, periodoncia, cirugía, ortodoncia y urgencias.

3.4 RESULTADOS (R)

La evaluación cuantitativa del programa de Promoción y Prevención de los escolares del municipio de Chía, para el período 2003 (I) y para el período 2003(II) – 2004 (I) se hizo para las actividades de diagnóstico y para las actividades de promoción y prevención

3.4.1 Actividades de diagnóstico

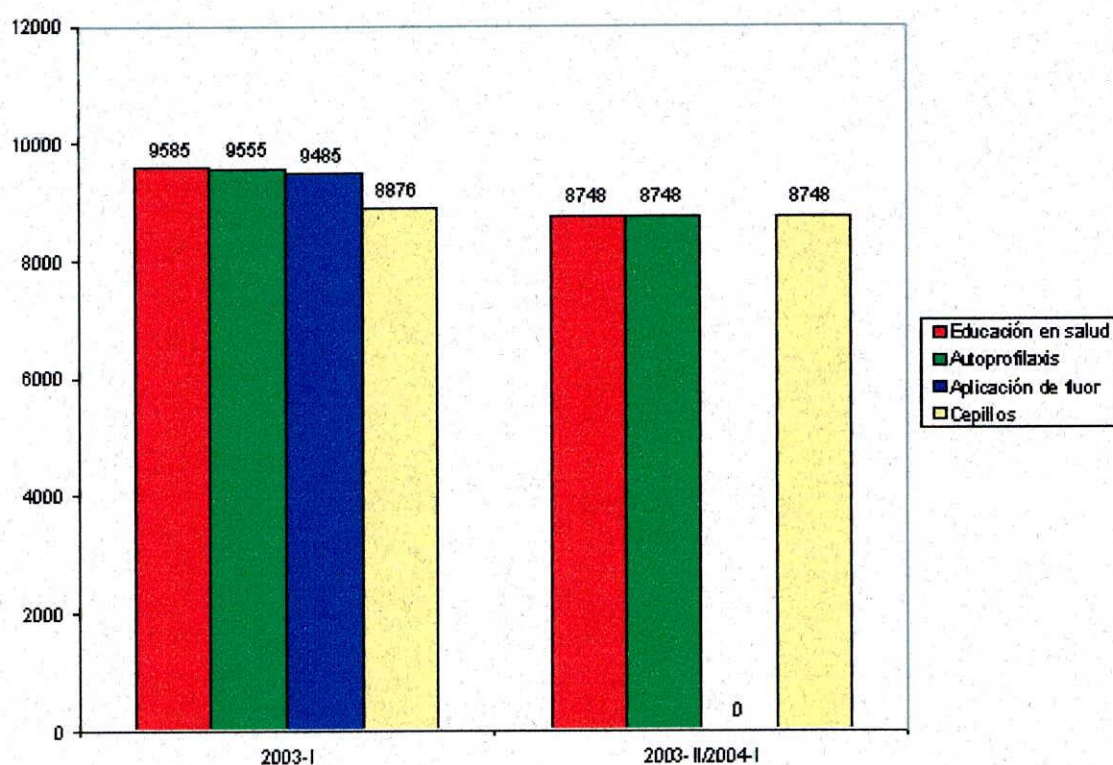
En el momento del examen clínico en el período 2003 (I), de 1.314 escolares (100%) de 22 colegios presentaron caries no tratadas en dentición permanente 470 escolares (35.8%) y no presentaron caries 844 (64.2%) escolares (21.3%). De 1406 escolares presentaron caries no tratadas en dientes temporales 845 (60.1%) y no presentaron caries 561 (39.9%).

En el momento del examen clínico en el período 2003 (II) – 2004 (I), de 1530 escolares (100%), para 28 colegios oficiales presentaron caries no tratadas en dentición permanente 538 escolares (35.2%) y no presentaron caries 992 escolares (64.8%). De 1.467 escolares presentaron caries no tratadas en

3.4.2 Actividades de Promoción y Prevención

Las actividades de promoción y prevención se realizaron para toda la población escolar de los colegios oficiales del municipio de Chía. En la figura 15 se muestra el número de actividades desarrolladas para cada período.

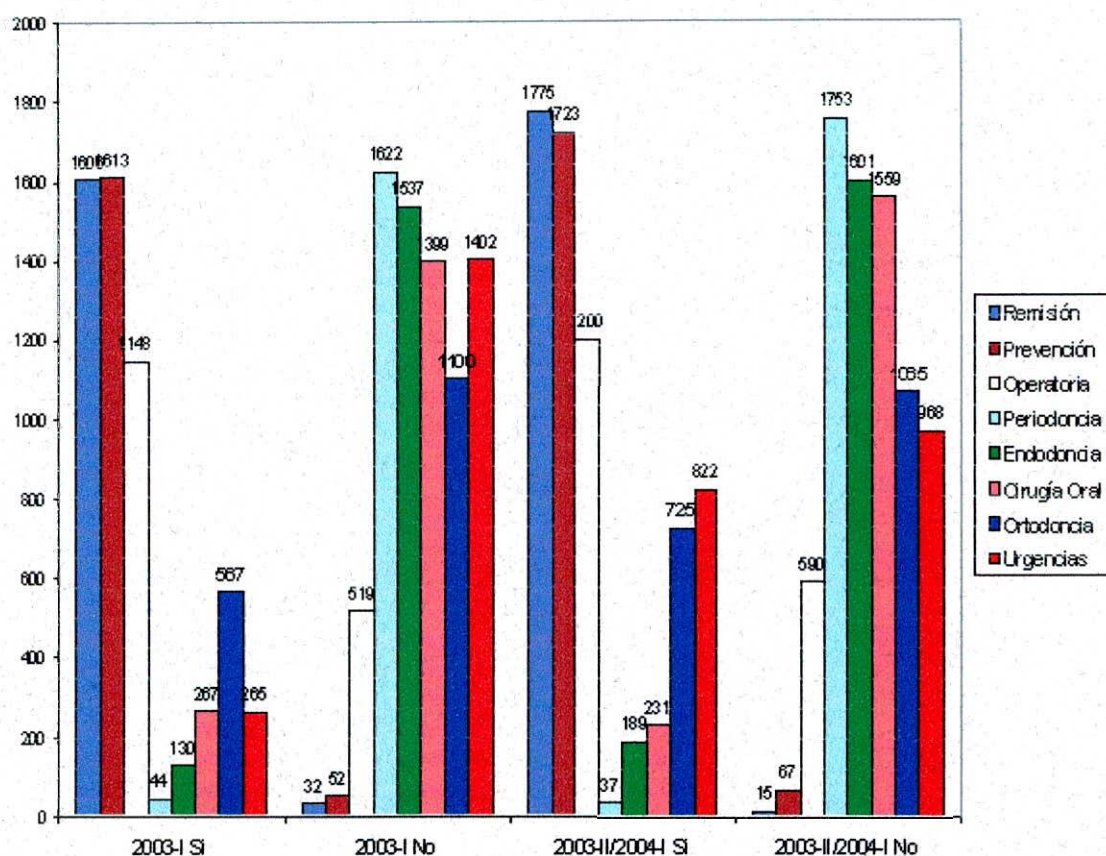
Figura 15. Actividades de promoción y prevención por período.



Fuente: Villarraza, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca 2003(I) y 2003 (II)-2004 (I).

En la figura 16 se muestran los tratamientos requeridos por los escolares después de ser valorados.

Figura 16. Tratamiento requeridos por los escolares



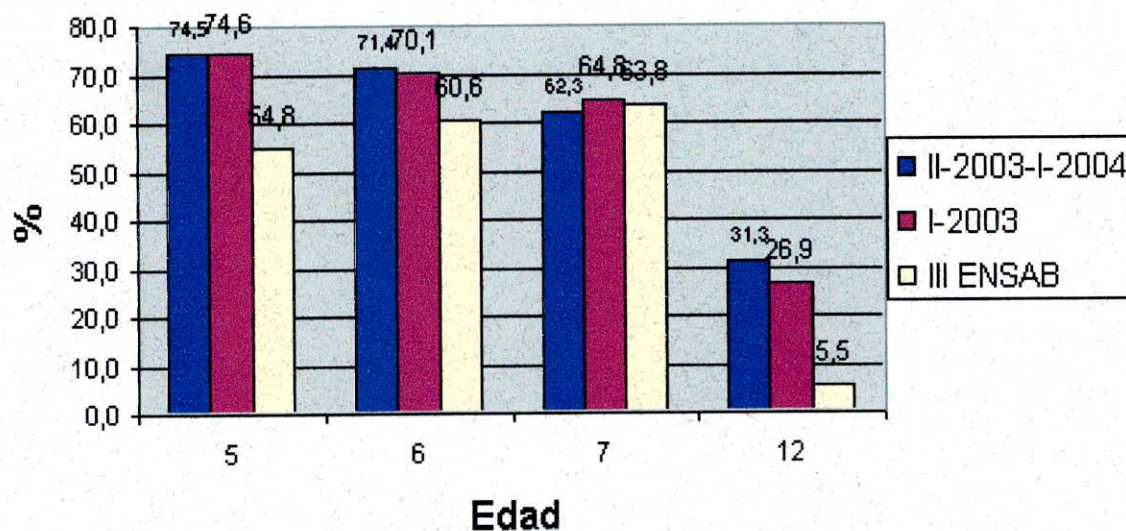
Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca 2003(I) y 2003 (II)-2004 (I).

3.5 IMPACTO (I): COMPARACION DE LOS INDICADORES DE SALUD ORAL PARA EL PERIODO 2003 (I) -2003 (II) – 2004 (I).

En lo relacionado con la prevalencia de caries, para dentición temporal, se encontró que hubo un aumento en dicha prevalencia, pasando de 60.1% en el periodo 2003 (I) a un 61% en el periodo 2003 (II) – 2004 (I).

La prevalencia de caries, para dentición temporal Según las edades, para el grupo de edades de 5 años, por periodos, la prevalencia disminuyó de 74.6% a 74.5%; para el grupo de edades de 6 años el resultado para el periodo 2003 (II) – 2004 (I) fue de 71.4% muestra un incremento ya que para el periodo 2003 (I) era de 70.1%; para el grupo de edades de 7 años la prevalencia disminuyó de 64.8% a 62.3%; para el grupo de edades de 12 años la prevalencia aumentó a 31.3%, ya que para el periodo 2003 -I era de 26.9%.

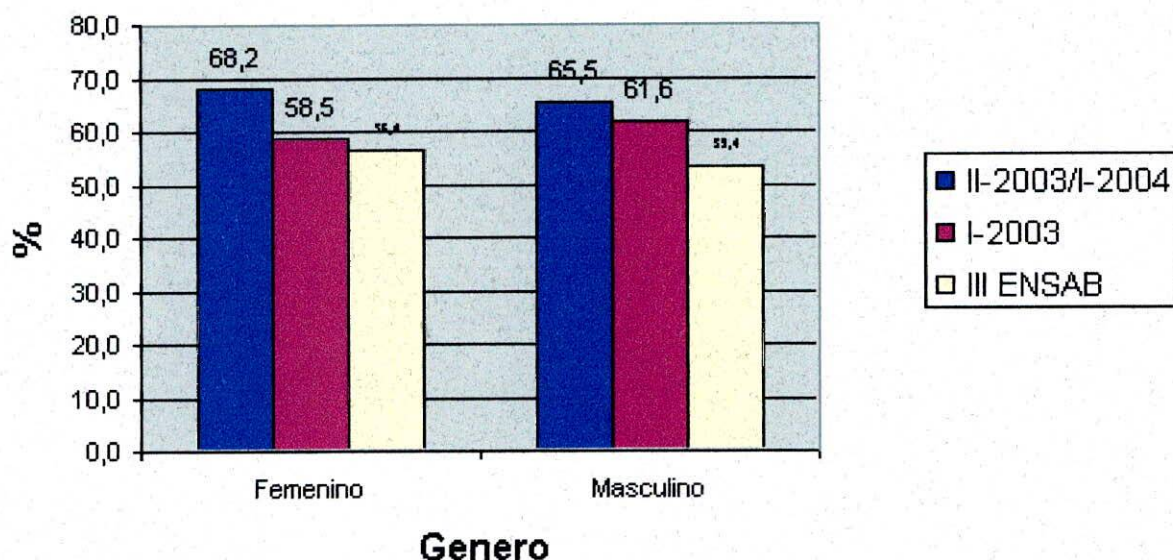
FIGURA 17. Comparación de prevalencia de caries según la edad en dentición temporal.



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca I-2003 y I-2004.

En cuanto al género se encontró que, para el género femenino, la prevalencia fue del 68.2% y para el género masculino la prevalencia fue del 65.5%.

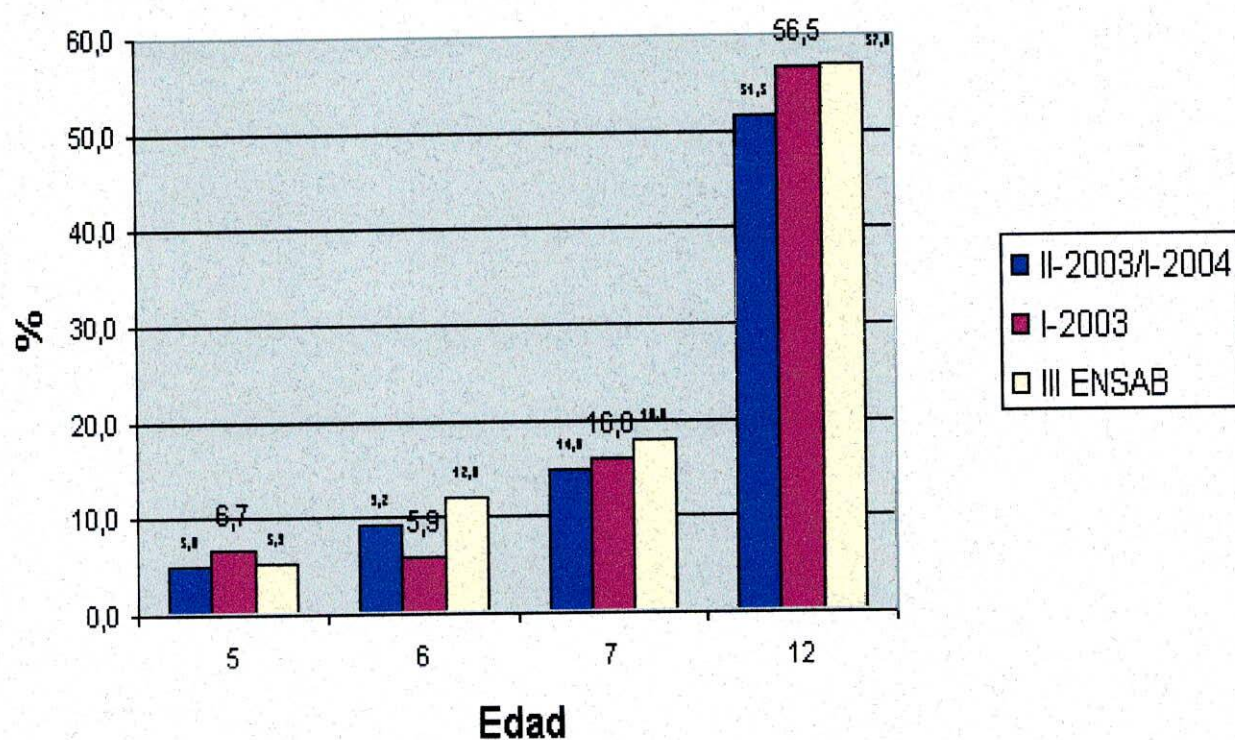
Figura 18. Comparación de prevalencia, según el género (temporales).



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca I-2003 y I-2004.

En cuanto a la prevalencia de caries en dientes permanentes ésta disminuyó, dado que paso de un 35.8% en el período 2003 (I) a un 35.2% en el periodo 2003 (II) – 2004 (I). Con relación a la edad, Para el grupo de 5 años la prevalencia fue de 5.0%, para el segundo período y disminuyó con relación al primer período donde fue de 6.7%; para el grupo de 6 años el resultado aumento ya que pasó de 5.9% a 9.2%; para el grupo de 7 años disminuyó de 14.8% a 16.0%; para el grupo de 12 años el resultado disminuyó de 56.5% para el primer período a 51.5% para el segundo período.

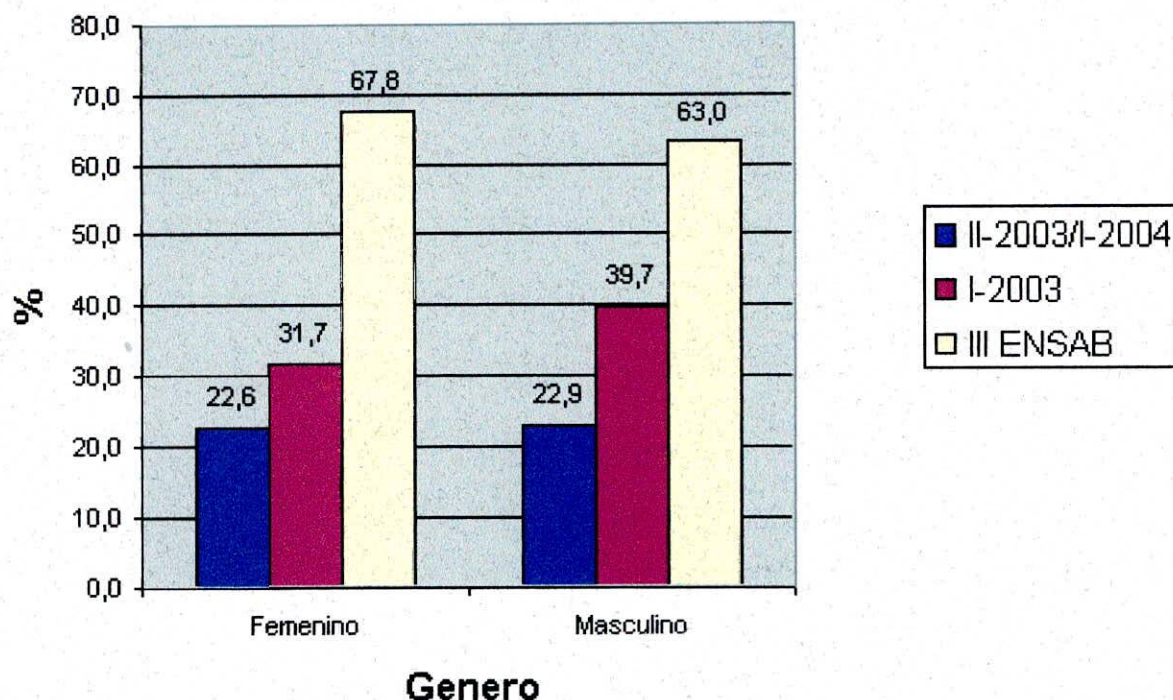
Figura 19. Comparación de prevalencia de caries según edad. Dientes permanentes.



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca I-2003 y I-2004.

Con relación al género, para el género femenino la prevalencia disminuyó de 31.7% a 22.6%; para el género masculino la prevalencia también disminuyó, pasando de 39.7% a 22.9%.

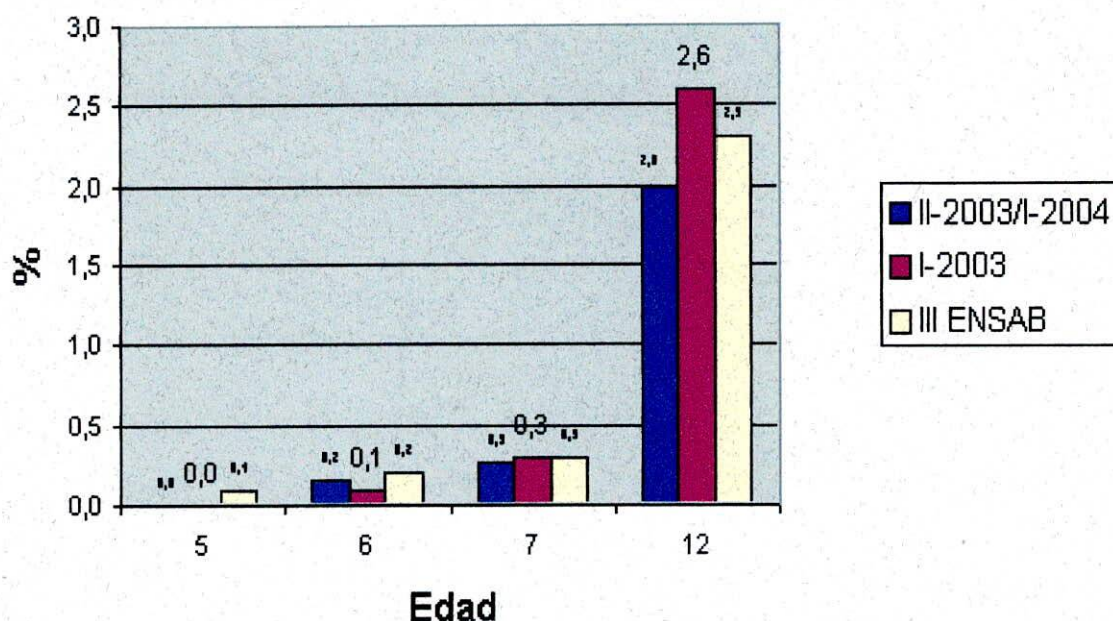
Figura 20. Comparación de prevalencia de caries en dientes permanentes, según género.



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca I-2003 y I-2004.

En lo relacionado con el índice COP (cariados, obturados y perdidos) disminuyó de 1.2 en el período 2003 (I) a 1.1 para el período 2003 (II) – 2004 (I). Con relación a la edad, Para el grupo de 5 años el índice COP se mantuvo en 0.0; para el grupo de edades de 6 años el resultado se incrementó de 0.1 a 0.2; para el grupo de 7 años el índice se mantuvo en 0.3 y para el grupo de 12 años éste disminuyó de 2.6 a 2.0.

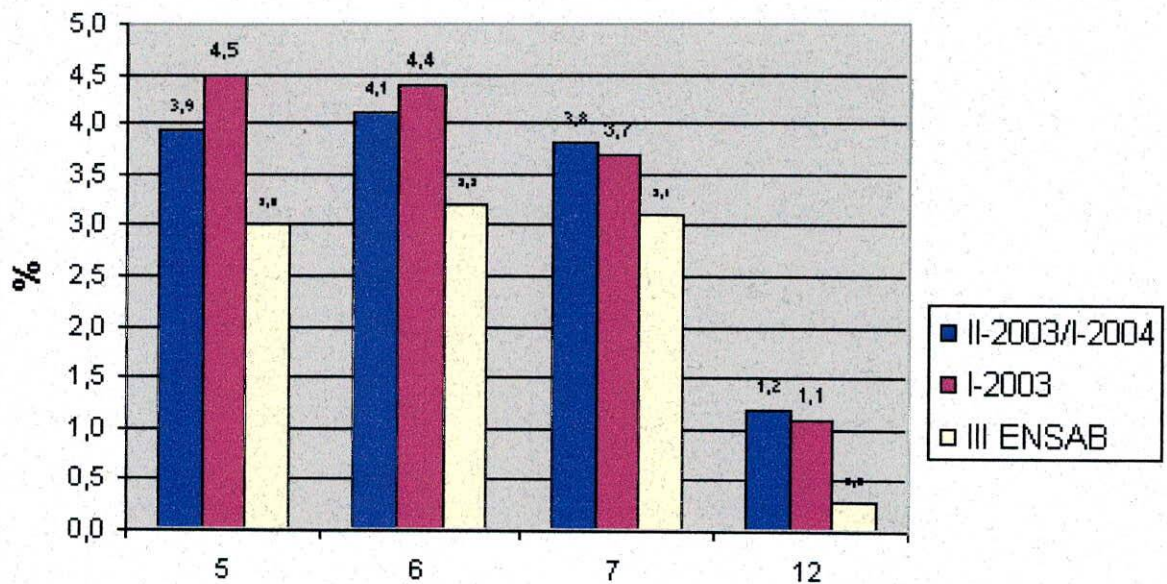
Figura 21. Comparación del COP según la edad en dientes permanentes



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca I-2003 y I-2004.

Para el índice ceo (cariados, exodoncia indicada, obturados) para dientes temporales el índice disminuyó para el período 2003 (I) con respecto al 2003 (II) - 2004 (I) pasando de un 3.4 a 3.3. Con relación al grupo de edades, para el grupo de 5 años el índice de ceo disminuyó de 4.5 para el primer período a 3.9 para el segundo período; para el grupo de 6 años el resultado aumentó, ya que pasó de 5.9% a 9.2%; para el grupo de edad 7 años el índice de ceo aumentó de 3.7 a 3.8; para el grupo de 12 años pasó de 1.1 a 1.2.

Figura 22. Comparación del ceo, según edad (temporales)



Fuente: Villarraga, M; Ibáñez, M y Bástidas, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca I-2003 y I-2004.

El índice de Higiene Oral en dientes permanentes se mantuvo estable para ambos períodos, fue de 2.1. Para dentición temporal se presentó un aumento leve, pasando de 1.9 en el período 2003(I) a 2.0 en el período 2004 (II).

4. DISCUSIÓN

La demanda poblacional que arrojó 3.460 escolares beneficiarios del programa de promoción y prevención en salud oral, al compararla con los estudios de: Restrepo, C. "Impacto del programa de Promoción y Prevención en salud oral aplicado a escolares en Angelópolis (1998)", para una población de 119 escolares y el realizado por el servicio de salud Villa de Mar. "Impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en consultorios de la comuna de Villa del Mar, Chile en 1998" para una población escolar de 1396 niños, muestra una diferencia altamente significativa a favor en el número de beneficiarios del programa.

Con relación a la *oferta*, la evaluación realizada por los diferentes actores del programa en lo relacionado con la planeación, participación y compromiso, funcionamiento y operatividad y resultados del programa fue calificada, en términos generales, como buena, lo cual reviste una gran importancia para el programa.

En cuanto al *proceso y los resultados* las actividades realizadas en la ejecución del programa de promoción y prevención para la población escolar de los colegios oficiales del municipio de Chía, correspondió a lo planeado por el programa.

Para el *Impacto*, La prevalencia de caries para dientes temporales en cuanto a la edad es alta con relación a los resultados del Estudio Nacional de Salud -ENSAB. Para el grupo de edades 5 años la prevalencia disminuyó de 74.6%, para el primer período a 74.5% para el segundo período, mientras que para el ENSAB - III fue de 54,8%; para el grupo de edades de 6 años el resultado para el período 2003 (II) – 2004 (I) fue de 71.4% muestra un incremento ya que para el período 2003 (I) era de 70.1% sigue siendo alto con relación al ENSAB - III que fue del 60.6%; para el grupo de edades de 7 años la prevalencia disminuyó de 64.8%, en el primer período a 62.3%, en el segundo período, la cual es más baja con respecto al ENSAB - III que fue de 63.8%; para el grupo de edades de 12 años la prevalencia aumentó a 31.3%, ya que para el período 2003 -I era de 26.9%; sigue siendo alta con respecto al ENSAB – III que fue de 5.5. En cuanto al género se observó que esta es alta comparada con los resultados del ENSAB –III; para el género femenino, la prevalencia fue del 68.2%, mientras que para el ENSAB fue de 56.4%; para el género masculino la prevalencia fue del 65.5% frente al 53.4% que tuvo el ENSAB – III.

El índice COP disminuyó de 1.2 en el 2003 (I) a 1.1 en el 2003 (II) – 2004 (I). Al comparar el índice de COP para dentición permanente con relación al ENSAB, éste permaneció estable, situación que difiere con los resultados encontrados en el estudio realizado por el servicio de salud Villa del Mar: “Impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en

consultorios de la comuna de Villa del Mar, Chile en 1998”, cuyo índice fue de 2.3. Para el grupo de edades de cinco años el índice COP se mantuvo en 0.0 el cual está por debajo del ENSAB (0.1). Para el grupo de edades de 6 años el resultado se incrementó de 0.1 a 0.2, siendo igual al valor del ENSAB; para el grupo de edades de 7 años el índice COP se mantuvo en 0.3, el cuál equivale al del ENSAB, y para el grupo de edades de 12 años éste disminuyó de 2.6 a 2.0, el cual está por debajo de lo reportado en el ENSAB.

El índice ceo para dientes temporales tuvo una disminución para el período 2003(I) con respecto al 2003(II) – 2004(I) el cual pasó de 4.0 a 3.3. Para dientes temporales es alto comparado con el índice del ENSAB III. Para el grupo de edades de cinco años el índice disminuyó de 4.5 a 3.9, el cual sigue estando por encima del ENSAB (3.0), lo cual difiere con los resultados encontrados en el estudio realizado por el servicio de salud Villa de Mar. “Impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en consultorios de la comuna de Villa del Mar, Chile en 1998”, el cual reporto un índice promedio para este grupo de edades de 1.43. Para el grupo de edad de 6 años pasó de 4.4 a 4.1, y por tanto, se observó una disminución; pero, igualmente, es alto con relación al ENSAB (3.2); para el grupo de edad de 7 años el índice aumentó de 3.7 a 3.8 el cual también continúa siendo alto, ya que para el ENSAB III el índice fue de 3.1 y, finalmente para el grupo de

edad de 12 años continúa por encima del ENSAB (0.3) dado que pasó de 1.1 a 1.2.

En el índice de higiene oral en dentición temporal se presentó un aumento, pasando de 1.9 en el período 2003 (I) a 2.0 en el período 2004 (II). Para dientes permanentes se mantuvo estable para ambos períodos (2.1). No se dispuso información relacionada con el ENSAB III.

5. CONCLUSIONES

- La *demanda* para el programa de Promoción y Prevención en Salud oral en los colegios oficiales del municipio de Chía para el período evaluado fue de 3.460 escolares, de los cuales el mayor porcentaje correspondió al genero femenino (51.4%).
- En la oferta, con relación a la planeación del programa; participación y compromiso; relaciones del COC, alcaldía y colegios; logros alcanzados por el programa; seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa y funcionamiento general del programa los diferentes actores las calificaron como buenas.
- En cuanto al proceso y resultados las actividades desarrolladas para la implementación del programa de Promoción y Prevención en Salud Oral, estuvieron en concordancia con lo planeado En el momento del examen clínico en el período 2003 (I) de 1314 escolares, presentaron caries no tratadas en dentición permanente 470 escolares (35.8%) y no presentaron caries 844 (64.2%). Para el período 2003 (I) – 2004 (II) de 1.406 escolares presentados caries no tratadas en dientes temporales 845 (60.1%) y no presentaron caries 561 (39,9%).

- Con relación al impacto el índice ceo para dientes temporales disminuyó para el período 2003 (I) con respecto 2003 (II)-2004 pasando de 3.4 a 3.3, es moderado y no corresponde con la meta de la OMS para el 2000 (3.0) y el índice COP disminuyó (1.1), muy bajo, el cual corresponde a la población que más tiempo lleva en el programa.

- Finalmente la comparación de los indicadores de salud oral del presente estudio con los del ENSAB III reflejan la necesidad de mejorar aún más los indicadores del programa.

5. RECOMENDACIONES

➤ Evaluar, de manera periódica, el Programa de Promoción y Prevención implementado por el COC, a través de los indicadores de demanda, oferta, procesos, resultados e impacto, dado que permiten identificar los avances del programa, conocer las dificultades, establecer correctivos y optimizar los recursos.

➤ Implementar acciones estratégicas que conduzcan a mejorar los índices de salud oral para la población escolar del municipio de Chía – Cundinamarca.

Adelantar estudios en el municipio de Chía que permitan el diseño de estrategias para mejorar los indicadores de salud oral y alcanzar una mayor eficiencia y eficacia

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, E y cols Implementación y Evaluación de un Programa de Promoción en Salud Oral por medio de vigías de la salud. Instituto Técnico La Selva (Itaguí), 1996-1997". Instituto de Ciencias de la Salud CES. Antioquia, VIII encuentro de Investigación ACFO, 1998.

ANDREASEN, J.O. Lesiones traumáticas de los dientes. Editorial Labor. Tercera edición. 1985

AXELSON, Per; ALBADAN R., Jasim y RAMS, Thomas E. Periodontology. Vol 29. México. 2000; p 235-246

BAENA, Maria Elena y VELÁSQUEZ, Carlos Mario. VI encuentro de investigación ACFO. 1995; p 387 - 390.

BÁSTIDAS, C y cols. Programa de promoción y prevención en salud oral para escolares entre 1-14 años. Colegio Odontológico Colombiano. Bogotá D.C., 2002.

BELLOSO, Nelcy y cols. Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo experimental. Instituto de

Investigaciones Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad de Zulia. Acta Científica Venezolana, Vol. 50: 42-47. Venezuela, 1999.

JARAMILLO, C. Fundamentos de Odontología Pediátrica. Segunda edición. Argentina, 1998; p 36, 56, 78.

CECCOTTI, Eduardo. Clínica estomatológica. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, 1993.

CONGRESO DE LA REPUBLICA. Constitución Política de 1991. Bogotá D.C.

----- . Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Bogotá D.C.

----- . Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá, D.C., 1993. Bogotá D.C.

----- . Ley 115 de 1993. Ley General de Educación. Bogotá D.C., 1993.

----- . Ley 715 de 2001. Sistema General de Participaciones. Bogotá D.C., 1993.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo número 117 de 2000. Bogotá

DENTAL WORLD. Impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en consultorios de la comuna Villa del Mar, Chile, entre abril y septiembre de 1998. <http://www.dentalw.com/papers/general/cl.htm>. ; p 1-12.

ENCICLOPEDIA ENCARTA. Microsoft Office, 2004.

FRANCO, Angela; YEPES, Juliana y JARAMILLO, Jhoana. X encuentro nacional y I latinoamericano. Bogotá, 1999; p 120 -124.

GONZALEZ C., Maria Clara; VALBUENA M., Luisa Fernanda y ZARTA A., Olga Lucia. Enfermedad de los tejidos dentarios duros convenio ISS-ACFO. Primera edición. Diciembre 1998. paginas 11,45,46.

GURROLLA, Beatriz y ORTEGA, Maria del Carmen. Estudio Epidemiológico sobre la Eficacia de las Auto aplicaciones de fluoruro en escolares de 6 a 12 años. Odontología preventiva Volumen 19, 1996.

HERAZO ACUNA, Benjamín y AGUDELO A., Miriam. Sellantes en Odontología. Bogotá, 1997; p 5-12.

HURTADO J, 1998

MALAGÓN, Gustavo; GALÁN, Ricardo y PONTÓN, Gabriel. Garantía de la Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2001; p 37-42 y 167-181.

NUTBEAM, Don. Glosario de promoción de la salud. Health promotion. Oxford University Press. Oxford, Inglaterra. 1986. p 113-127.

LINDHE, Lan. Periodontología clínica. Editorial Panamericana S.A. Buenos Aires, 1986.

LOPEZ, Alba Edith. X encuentro Nacional y I latinoamericano. 1999. Bogotá; p 110-116.

MINISTERIO DE SALUD. Cartilla de Promoción y Prevención en salud oral. 1997; p 1-15.

-----. II Estudio Nacional de Salud Bucal 1977-1980. Bogotá, D.C., 1980.

-----. III Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB III. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas- ENFREC II. Tomo VII. Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá, 1999.

----- Dirección General de Promoción y Prevención. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social. Bogotá, 1996.

----- Resolución número 03997 de 1996. Bogotá.

----- Resolución número 04288 de 1996. Bogotá

----- Decreto número 806 de 1998. Bogotá

----- Resolución número 412 de 2000. Bogotá

----- Resolución número 1745 de 2000. Bogotá

----- Resolución número 968 de 2002.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa, conferencia internacional sobre promoción de la salud. 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD VERSALLES. El futuro se construye hoy. Participación comunitaria en el desarrollo de la salud local. España, 1997; p 41

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de comunicación social para programas de promoción. España, 1992; p 141

----- . Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud, 1990; p 105

----- . Plan de acción para la formulación de estrategias de documentos regionales. OPS. Bogotá. Documento oficial No. 179 1982; p 59

----- . Manual de la salud. OPS. Bogota, 1996.

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. McGraw-Hill Interamericana. Sexta edición. México, 2000.

RESTREPO, Claudia. Impacto del programa De Promoción y Prevención en salud oral aplicado a escolares. Angelópolis, 1998. Revista CES Odontología. Vol. 12 No. 1. Medellín, 1999.; pp 42-48.

RESTREPO, Helena y MÁLAGA, Hernán. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Editorial médica Panamericana. Bogotá, 2001; p 56-57.

RODRIGUEZ, Vicente. Higiene de la salud escolar. Editorial Graficas Martínez. Madrid, 1965; p 39.

RODRIGRUEZ, Yolanda y VELAZQUEZ, Carmen Lucía. Universidad del Bosque, Postgrado de Epidemiología Oral para la administración de servicios de salud. Bogotá, 2000.

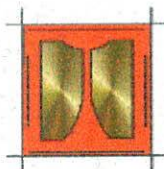
SALDARRIAGA, Alexandra y SALDARRIAGA, Oscar. El médico general y el pediatra en la promoción de la salud oral y la prevención del niño menor de 5 años y la mujer en período de gestación en CES odontología. Vol. 15 No. 2, segundo semestre 2002. Medellín, 2002; p 13

VALDEZ Ma. Lucia, Impacto del Programa de Prevención en Salud Oral de 1990.

VILLARRAGA, M; IBANEZ, M y BASTIDAS, C. Informe de Gestión municipio de Chía, Cundinamarca. I-2003 y I-2004. Colegio Odontológico Colombiano. Bogotá D.C., 2004

ANEXOS

ANEXO A.



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION APLICADO A LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE CHIA – CUNDINAMARCA ENTRE EL I SEMESTRE DEL 2003 y el I SEMESTRE DEL 2004

PRUEBA PILOTO

1. El lenguaje utilizado en este instrumento de recolección es:

(1) Adecuado

(2) Inadecuado.

2. Todas las preguntas de este instrumento de recolección fueron entendidas claramente?

(1) Si – pase a la pregunta 4

(2) No

3. Enumere y explique las razones por las que no fueron entendidos los ítems, de este instrumento de recolección?

Numero del ítem

Explique

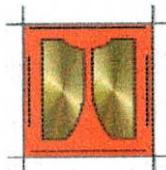
4. Este instrumento le pareció:

(1) Corto

(2) Largo

5. Que tiempo gaste en el diligenciamiento del formato [] minutos

OBSERVACIONES:



**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION
APLICADO A LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS COLEGIOS
OFICIALES DEL MUNICIPIO DE CHIA – CUNDINAMARCA ENTRE EL I
SEMESTRE DEL 2003 -- I SEMESTRE DEL 2004**

Formulario No. _____

Buenos días, (tardes)

Estamos realizando este estudio que tiene como propósito la elaboración de un proyecto de investigación, requisito para optar el título de odontólogo. Nos complace poder contar con su ayuda para que conteste unas preguntas sencillas, solicitándole la mayor sinceridad posible. Se garantiza absoluta confidencialidad y reserva de identidad. Por favor diligenciar el formulario de la siguiente manera:

1. *Tache con una X la respuesta que seleccione, por ejemplo:*
(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) No sabe/No responde
2. *No deje preguntas sin responder.*

Gracias por su colaboración.

I. TIPO DE ENCUESTADO

- (1) Docente del COC (2) Docente Colegio oficial (3) Directivo COC
(4) Directivo alcaldía (5) Estudiante X semestre

II. PLANEACIÓN DEL PROGRAMA:

101. La capacitación ofrecida a estudiantes de X semestre de odontología para abordar el programa de Promoción y Prevención, la considera:
(competencia o desempeño)

- (1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

102. La planeación de las charlas por los estudiantes, a escolares con edades comprendidas entre 5-14 años la considera:

- (1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

II. PARTICIPACIÓN Y COMPROMISO CON EL PROGRAMA

201. El nivel de participación y compromiso de los docentes del COC responsables del programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

202. El nivel de participación y compromiso de los docentes de los Colegio en el programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

203. El nivel de participación y compromiso de los estudiantes del COC en el programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

204. El nivel de participación y compromiso de los escolares beneficiarios del programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

205. El nivel de participación y compromiso de los padres de familia de escolares beneficiarios del programa de promoción y prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

206. El nivel de participación y compromiso de la Alcaldía Municipal a través de la Secretaría de Salud y de Educación comprometidos en el programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

III. FUNCIONAMIENTO Y OPERATIVIDAD DEL PROGRAMA

301 La calidad de las charlas ofrecidas a los estudiantes, escolares con edades comprendidas entre 5-14 años la considera:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

302. Las relaciones interinstitucionales de las diferentes instituciones comprometidas con el programa (COC, Alcaldía y Colegios) las considera:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

303. Considera que el manejo de los datos arrojados por el programa de promoción y prevención en salud oral, han sido utilizados para el análisis de la enfermedad oral en el municipio.

(1) Si (2) No (3) No sabe/No responde

IV. RESULTADOS DEL PROGRAMA

401. Los logros alcanzados en el programa de Promoción y Prevención en Salud Oral, han sido:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

402 Los resultados de los diferentes tratamientos aplicados a los niños, escolares de 5-14 años han sido:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

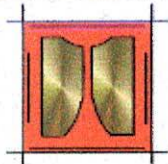
403. El seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa de promoción y prevención en salud oral han sido:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

404. Considera que el programa en términos generales ha funcionado de manera:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

ANEXO B. ENCUESTA



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION APLICADO A LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE CHIA – CUNDINAMARCA ENTRE EL I SEMESTRE DEL 2003 -- I SEMESTRE DEL 2004

Formulario No. _____

Buenos días, (tardes)

Estamos realizando este estudio que tiene como propósito la elaboración de un proyecto de investigación, requisito para optar el título de odontólogo. Nos complace poder contar con su ayuda para que conteste unas preguntas sencillas, solicitándole la mayor sinceridad posible. Se garantiza absoluta confidencialidad y reserva de identidad. Por favor diligenciar el formulario de la siguiente manera:

1. *Tache con una X la respuesta que seleccione, por ejemplo:*
(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) No sabe/No responde
2. *No deje preguntas sin responder.*

Gracias por su colaboración.

I. TIPO DE ENCUESTADO

(1) Docente del COC _____ (2) Docente Colegio Oficial _____ (3) Directivo
COC _____ (4) Directivo alcaldía _____ (5) Estudiante X semestre _____

II. PLANEACIÓN DEL PROGRAMA:

201. La capacitación ofrecida a estudiantes de X semestre de odontología para abordar el programa de Promoción y Prevención, la considera:
(competencia o desempeño)

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

202. La planeación de las charlas por los estudiantes, a escolares con edades comprendidas entre 5-14 años la considera:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

III. PARTICIPACIÓN Y COMPROMISO CON EL PROGRAMA

301. El nivel de participación y compromiso de los docentes del COC responsables del programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

302. El nivel de participación y compromiso de los docentes de los Colegio en el programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

303. El nivel de participación y compromiso de los estudiantes del COC en el programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

304. El nivel de participación y compromiso de los escolares beneficiarios del programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

305. El nivel de participación y compromiso de los padres de familia de escolares beneficiarios del programa de promoción y prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

306. El nivel de participación y compromiso de la Alcaldía Municipal a través de la Secretaría de Salud y de Educación comprometidos en el programa de Promoción y Prevención en salud oral fue:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

IV. FUNCIONAMIENTO Y OPERATIVIDAD DEL PROGRAMA

401 La calidad de las charlas ofrecidas a los estudiantes, escolares con edades comprendidas entre 5-14 años la considera:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

402. Las relaciones interinstitucionales de las diferentes instituciones comprometidas con el programa (COC, Alcaldía y Colegios) las considera:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

403. Considera que el manejo de los datos arrojados por el programa de promoción y prevención en salud oral, han sido utilizados para el análisis de la enfermedad oral en el municipio-

(1) Sí (2) No (3) No sabe/No responde

V. RESULTADOS DEL PROGRAMA

501. Los logros alcanzados en el programa de Promoción y Prevención en Salud Oral, han sido:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

502. El seguimiento y control ejercido en las diferentes etapas del programa de promoción y prevención en salud oral han sido:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

503. Considera que el programa en términos generales ha funcionado de manera:

(1) Excelente (2) Buena (3) Regular (4) mala (5) No sabe/No responde

Porqué? _____

Muchas gracias por su colaboración.