

EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA Y SALUD BUCAL DE LA COMUNIDAD

3. Eje III – Compromiso Social.

a. El Impacto en la comunidad, evaluación de la calidad y eficacia

Autor/es:

SAPORITTI, FERNANDO OMAR
MEDINA, MARÍA MERCEDES
PAPEL, GUSTAVO OMAR
CANTARINI, LUIS MARTÍN
COSCARELLI, NÉLIDA YOLANDA
SEARA, SERGIO EDUARDO

saporitti@folp.unlp.edu.ar
medina@folp.unlp.edu.ar
papel@folp.unlp.edu.ar
cantarini@folp.unlp.edu.ar
coscarelli@folp.unlp.edu.ar
seara@folp.unlp.edu.ar

Universidad / Facultad / Escuela / Instituto:

Universidad Nacional de La Plata / Facultad de Odontología

XIV EUNa
Posadas, Misiones, Argentina
08 al 10 de Noviembre de 2017

Resumen

El modelo de educación odontológica aplicado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata está centrado en la salud bucal de la población, basado en la articulación docencia-extensión-investigación, con espacios educacionales intra y extramuros, formando profesionales con un fuerte compromiso social, utilizando la investigación-acción como estrategia participativa que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras. El marco de un programa sobre formación de recursos humanos en Odontología, este trabajo describe el método de trabajo básico para la formación de los estudiantes, donde la investigación es eje de la docencia e instrumental básico de la práctica, que permite vincular a los mismos durante su formación con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la que debe ofrecer respuestas eficaces para resolver problemas reales. El Objetivo es mejorar la salud bucal de la población, formar Odontólogos con conciencia social, humanística y sanitaria para promover la salud y prevenir enfermedades, orientados hacia el trabajo en equipos interdisciplinarios y concientizar a la población sobre la importancia de la salud en general y de la salud bucal en particular. Las acciones se realizan en 2 localidades contando con convenios establecidos entre la unidad académica y la Dirección de Salud de diferentes municipios. Docentes y alumnos se insertan en la comunidad, se determina el perfil y organización social; se establecen contactos con organizaciones representativas de la comunidad, con líderes comunitarios y con otros profesionales de la zona; se recogen datos sobre saneamiento básico de cada zona, se realiza la evaluación del estado bucodental (determinación de índices epidemiológicos), se identifican factores de riesgo homogéneo y específicos; se planifica un programa de salud bucal. Para las acciones de prevención secundaria y terciaria se realizan las derivaciones correspondientes. Se promueve la participación comunitaria y se reorienta la práctica odontológica generando modos más eficaces de intervención específica e impacto en la calidad de vida. Se articulan e integran los sectores intervinientes, es decir la institución formadora, los servicios de salud y la comunidad.

Palabras Clave: salud – comunidad – formación – educación – prevención.

Incluir los objetivos principales y en el caso de tratarse una investigación: alcance de la investigación, una descripción de los métodos empleados, un resumen de los resultados; los principales aspectos discutidos; el enunciado de las conclusiones principales y no debe contener citas bibliográficas.

Introducción

El modelo tradicional de Odontología, no ha sido una alternativa eficaz a la problemática de la salud oral, existiendo elevadísimos índices epidemiológicos de enfermedades prevalentes. La Articulación – Docencia – Extensión – Investigación es una propuesta innovadora con la que se pretende formar recursos humanos en Odontología utilizando la Investigación – Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras. La investigación eje de la docencia e instrumental básico de la práctica permite vincular al estudiante durante su formación con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la cual debe servir para lograr el “aprender haciendo y hacer aprendiendo”.

Desarrollo

El modelo tradicional de Odontología, no ha sido una alternativa eficaz a la problemática de la salud oral, existiendo elevadísimos índices epidemiológicos de enfermedades prevalentes. La Articulación – Docencia – Extensión – Investigación es una propuesta innovadora con la que se pretende formar recursos humanos en Odontología utilizando la Investigación – Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras. La investigación eje de la docencia e instrumental básico de la práctica permite vincular al estudiante durante su formación con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la cual debe servir para lograr el “aprender haciendo y hacer aprendiendo”.

OBJETIVOS

Objetivos y Metas Generales

- a) Evaluar el rendimiento académico de alumnos en los que se fortaleció la investigación participativa como método de trabajo básico para su formación.
- b) Promover la formación de odontólogos capacitados para el desempeño eficaz en la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales.
- c) Desarrollar programas masivos de prevención con participación comunitaria, así como programas de atención integral con fuerte componente preventivo, que garanticen impacto en la salud de las poblaciones.

Objetivos Específicos y Metas Parciales

- a) Relevar y recuperar la información disponible y realizar un análisis basado en criterios de riesgo homogéneo y biológico específico que permita la toma de decisiones para una priorización adecuada.
- b) Desarrollar áreas modelo de demostración aplicando distintas estructuras y dinámicas para la atención de la salud bucal, generando agentes multiplicadores y reconversión epidemiológica.
- c) Capacitar a los alumnos en aspectos de la metodología científica, educación para la salud y acciones preventivas.
- d) Desarrollar actividades de docencia, extensión e investigación que permitan una práctica integrada de la profesión en los campos educativos preventivos y asistenciales.
- e) Favorecer los mecanismos coordinados entre instituciones educativas, de servicios y de la comunidad para fortalecer la producción, aplicación, evaluación y divulgación de conocimientos sobre promoción y prevención en salud bucal de las poblaciones como un componente más de la calidad de vida.-



Resultados

1) Definición de las áreas de trabajo

Se definieron las áreas de trabajo, en cada uno de los municipios, La Plata, y Berisso, En el municipio de **La Plata** se tomó como área de trabajo la localidad de Abasto comprendida entre las calles 195 (ruta provincial 36) hasta la ruta nacional N° 2 y desde la calle 44 hasta terminar el área poblada.

En el municipio de **Berisso** se tomó el área comprendida entre las calles 7 (Génova) y 30 (Mitre) y desde la calle 164 (Trieste) hacia el río de La Plata hasta terminar el área poblada.

2) Contacto con organizaciones representativas de la comunidad

Se contactó con organizaciones representativas de cada zona, a fin de informar a las mismas sobre el programa a desarrollar y obtener su apoyo y colaboración.

3) Inserción de docentes y estudiantes en la comunidad

En esta etapa se procedió a identificar líderes comunitarios, a través del diálogo con diferentes personas de la comunidad, tratándose de crear un clima favorable y que sirvan de intermediarios entre la comunidad y el grupo de universitarios.

4) Elaboración de instrumentos

Se elaboraron distintos instrumentos para recolección de la información y registro de los datos obtenidos, que a continuación se detallan: Entrevistas estructuradas; encuestas para el relevamiento poblacional; Diagramas para el registro de placa.

5) Entrevistas estructuradas con líderes comunitarios

Se realizaron entrevistas con los líderes comunitarios. Previamente fue necesario conocer el tiempo libre de las personas, a las cuales se entrevistarían. Se concertó con ellos, la fecha, horario y lugar a fin de evitar actitudes de rechazo.

6) Recolección de datos del universo a estudiar.

A fin de obtener, mayores conocimientos sobre el universo a estudiar se realizó el reconocimiento geográfico de cada zona y se construyeron mapas barriales, señalando las principales instituciones y servicios. Municipalidad, policía, correo, bomberos voluntarios, iglesias, escuelas, jardines de infantes, hospitales y unidades sanitarias.

7) Selección y capacitación de grupos estratégicos

La selección de grupos estratégicos y su posterior capacitación, es de crucial importancia, para el abordaje de instancias representativas. Se acordaron con la comunidad los criterios para la selección de grupos estratégicos, estableciéndose factores tales como: edad, sexo, estado civil, experiencia previa, nivel de educación mínimo, interés y aptitud para desempeñar las tareas, disponibilidad de tiempo para dedicar al plan, facilidad para desplazarse, aceptación de los mismos dentro de la comunidad. Una vez seleccionados los grupos estratégicos se los capacitó, en forma continua, comenzando por las tareas de menor complejidad.

8) Recopilación de datos y devolución de la información a los grupos comunitarios

Se informó en forma periódica a la población sobre los datos obtenidos de la misma, a través de encuentros, entrevistas, reuniones, etc.

9) Autodiagnóstico

A partir de las experiencias participativas las poblaciones fueron asumiendo sus problemáticas, particulares y comunes, entre las que se pueden mencionar: La población reconoció no usar el cepillo de dientes, o usarlo en forma incorrecta.

10) Relación percepción – teorización

La población comprendió que ciertas creencias eran erróneas, tales como: La pérdida de las piezas dentales es inevitable más allá de los 50 años.

11) Estimulación participativa

Se estimuló a las comunidades a participar del programa en todos los momentos de su ejecución, desde la planificación, hasta la evaluación. Los beneficios observados, sumado a la

importancia de ser consultados y tenidos en cuenta en el momento de adoptar decisiones, sirvió como incentivo para las personas que participaban de nuestro plan.

12) Determinación de prioridades

Identificados los problemas de salud bucal de las poblaciones, se constituyeron círculos de estudio con animadores sociales para representar, cuestionar y replantear las dificultades, luego se estableció un orden de prioridades pautadas con cada comunidad, que se detalla a continuación:

1. Resolver las urgencias , control de dolor y control de la infección aguda
2. Llevar el grado de infección a niveles aceptables. Control de la placa bacteriana
3. Refuerzo del huésped. Remineralización de los tejidos duros
4. Control del medio biológico. Disminución de la ingesta de hidratos de carbono
5. Control de afecciones .Tratamiento de caries y enfermedad periodontal.
6. Mantener el nivel de salud logrado. Control periódico. Refuerzo del componente preventivo.

13) Planificación y ejecución de proyectos de acción

Se planificó y ejecutó un programa de salud bucal dirigido a la familia , con capacidad resolutoria hasta el 2° nivel ,que encarado a partir de la promoción y educación para la salud , determinación de índices CPO, ceo y placa; clasificación de la demanda; identificación, análisis y selección de factores de riesgo homogéneo y específico; participación de líderes y abordaje integral, tiende a reorientar la práctica odontológica resultante con participación comunitaria, generación de formas más eficaces de intervención e impacto sobre la calidad de vida de las personas.

14) Determinación de índices epidemiológicos promoción y educación para la salud.

Se realizó el índice C.P.O. (cariados, perdidos y obturados) y el c.e.o (cariados, extracciones indicadas y obturados), al comienzo del programa, a fin de evaluar el perfil epidemiológico de caries y al finalizar el mismo a fin de tener un parámetro comparativo que nos indique la reconversión de patologías prevalentes

15) Identificación, selección y análisis de los factores de riesgo homogéneos y específicos

*Se identificaron los factores de **riesgo homogéneo** en cada zona a través de: Entrevistas y charlas con los líderes comunitarios. Muestras de agua, que se analizaron a fin de comprobar el tenor de flúor y el grado de contaminación. Se obtuvo la siguiente información, común a todas las zonas.*

16) Abordaje integral

Se realizó un abordaje integral a fin de reconvertir las patologías prevalentes, según se detalla a continuación: Terapias con fluoruro; selladores de fosas y fisuras; inactivación de caries; operatoria dental; endodoncia en dientes unirradiculares; exodoncia simple; eliminación del cálculo supra e infragingival.

17) Evaluación permanente y seguimiento

Se evaluó en forma permanente, las distintas actividades del programa en cada una de las etapas y el rendimiento académico de los alumnos.

RESULTADOS

Variable 1: Impacto Social

Indicadores:

- 1.- Reconversión de Patologías prevalentes (caries y enfermedad periodontal)
- 2.- Formación de agentes multiplicadores de salud bucal

ABASTO

Los índices epidemiológicos revelan que el porcentaje de caries al comienzo del proyecto era

del 87.7 % en la población adulta (CPO) y del 92.7% en la población infantil (ceo) con un promedio en la población total del 90.70 %, mientras que los índices de placa muestran que el 82.40 % de la población tienen placa y problemas periodontales. Al finalizar nuestra acción los datos revelan que: Los índices epidemiológicos se redujeron notablemente. En la población adulta el porcentaje de caries pasó a ser del 14.5%, en los niños del 11.3% y considerada la población total del 13.90%. El índice de placa y enfermedad periodontal de la población pasa del 82.40% al 17.10% cuando finalizan las acciones. La población cubierta fueron 2848 personas y se detectaron 38 agentes multiplicadores.

TIPO DE DEMANDA	TOTAL DE PACIENTES	PRESTACIONES	ALTAS EN SALUD
ESPONTANEA	795	3137	69,70%
ESTIMULADAS	390	1870	89,80%
PROGRAMADAS	1663	9930	97,20%

BERISSO

Los índices epidemiológicos de caries al comienzo revelan el 91.2% en la población adulta, el 95.6% en la población infantil y en la población total el 93.4%, mientras que los índices de placa nos muestran que el 84.4% de la población tiene placa y problemas periodontales. Al finalizar nuestra acción los datos revelan que: Los índices epidemiológicos de caries pasó a ser del 12.9% en adultos, del 11.7% en niños y del 15.80% en la población total. El índice de placa y enfermedad periodontal de la población pasa de un 82.40% a un 17.10% al finalizar las acciones. La población cubierta fueron 3449 personas y se detectaron 46 agentes multiplicadores

TIPO DE DEMANDA	TOTAL DE PACIENTES	PRESTACIONES	ALTAS EN SALUD
ESPONTANEA	1179	6695	67,70%
ESTIMULADAS	859	5350	83,40%
PROGRAMADAS	1411	6238	92,20%

Análisis comparativo de los resultados

Resultados del total de población cubierta según tipo de demanda

POBLACIÓN CUBIERTA = 15200

TIPO DE DEMANDA	TOTALES DE PACIENTES	PRESTACIONES	ALTAS EN SALUD
ESPONTANEA	4987	27076	68,90%
ESTIMULADAS	3618	21994	86,80%
PROGRAMADAS	6595	31507	96,10%

AGENTES MULTIPLICADORES DE LA SALUD GENERADOS POR EL PROYECTO

LUGAR	POBLACIÓN CUBIERTA	AGENTES MULTIPLICADORES	AGENTE GENERADO CADA 100 PERSONAS
ABASTO	2848	38	1,33
BERISSO	3449	46	1,33
TOTAL	6297	84	1,33

Variable 2: Rendimiento Académico

Indicadores: 1.-Porcentaje de alumnos aprobados

2.-Media Aritmética

3.-Mediana

Se realizó evaluación permanente de conocimientos, de habilidades y de actitudes durante los 4 años que duró la experiencia. Se registró el promedio de calificaciones, la media y la mediana, obteniéndose los siguientes resultados: 4843 alumnos (45,13%) fueron promovidos al ciclo superior con más de 7 puntos de promedio, media 7.99 y mediana 8; 4519 (42.12%) obtuvieron entre 4 y 6 puntos, media 5.45 y mediana 6 mientras que 1368 (12.75%) debieron repetir algún curso por no alcanzar los objetivos mínimos esperados (promedio de notas entre 0 y 3 puntos, media 2.43 y mediana 3).

RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS

AÑO	10 a 7		6 a 4		3 a 0		TOTAL	
1999	1281	% 11.93	1200	% 11.19	379	% 3.53	2860	% 26.65
		X 7.79		X 5.46		X 2.45		X 6.11
		M 8		M 6		M 3		M 6
2000	1295	% 12.07	1205	% 11.23	348	% 3.25	2848	% 26.55
		X 8.09		X 5.42		X 2.47		X 6.23
		M 8		M 6		M 3		M 6
2001	1209	% 11.27	1132	% 10.05	351	% 3.27	2692	% 25.09
		X 7.79		X 5.44		X 2.39		X 6.22
		M 8		M 6		M 3		M 6
2002	1058	% 9.86	982	% 9.15	290	% 2.70	2330	% 21.71
		X 8.09		X 5.48		X 2.42		X 6.28
		M 8		M 6		M 3		M 6
TOTAL	4843	% 45.13	4519	% 42.12	1368	% 12.75	10730	% 100.00
		X 7.99		X 5.45		X 2.43		X 6.21
		M 8		M 6		M 3		M 6



Conclusiones

De lo expuesto se concluye que aplicando la estrategia de investigación acción, se puede formar un recurso humano en Odontología con conciencia social, humanística y sanitaria que le permite actuar en la prevención de los problemas bucales, cumplir una función educadora de acuerdo a las necesidades del país y producir impacto en la población cubierta generando agentes multiplicadores de salud y reconvirtiendo los índices epidemiológicos

Bibliografía

1. Gribble JN, Preston SH, eds. The epidemiological transition: Policy and planing implications for developing countries. Washington, Dc: National Academy Press; 1993.
2. Health Canadá. Canadá health action: Building on the legacy. Final report of National Forum on Health. Ottawa: Health Canadá; 1997.
3. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia Project: 20 year results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute; 1995.
4. Peruga A. Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles (CARMEN). En: Worldwide efforts to improve health. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
5. Bruntland GH. Mensaje ante el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 19 a 28 de enero de 1998. Ginebra: OMS; 1998.
6. Granados A. La evaluación de las tecnologías. MedClin (Barcelona) 1995; 104:581-588.
7. Conde J. Evaluación de las tecnologías sanitarias y su relación con la calidad asistencial. En: la formación de los profesionales de la salud: escenarios y factores determinantes. Madrid: Fundación BBV; 1996.