

Prácticas Solidarias y Salud Bucal de la Comunidad en la formación del Odontólogo

Nélida Coscarelli; María Mercedes Medina; Silvia Irigoyen; Etel Mosconi; Leandro Tomas; Fernando Saporitti; Sergio Seara.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNLP - coscarelli@fop.unlp.edu.ar

Resumen

La Articulación-Docencia-Extensión-Investigación es una propuesta innovadora para 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 que debe ofrecer respuestas eficaces para problemas reales. Este programa tiene como objetivos: Mejorar la salud bucal de la población cubierta generando acciones comunitarias transformadoras y formar odontólogos con conciencia social, humanística y sanitaria para promover la salud y prevenir las enfermedades. La nueva práctica educativa surge con un modelo de Educación Odontológica basado en el aprendizaje-servicio como método de trabajo básico para la formación de los estudiantes, y al servicio de las necesidades de salud oral comunitarias. Se reemplazó lo ficticio del aprendizaje aúlico por el “aprender haciendo y hacer aprendiendo”, docentes y alumnos se insertaron en la comunidad, contactaron con la población y sus líderes, promovieron su participación y autodiagnóstico, identificaron y evaluaron su salud bucodental, participaron en programas de atención primaria y educación para la salud; ejecutaron programas preventivos individuales y comunitarios. Desarrollaron conductas, formaron agentes multiplicadores de salud y reconvirtieron perfiles epidemiológicos. La participación social, es necesaria en programas dirigidos a reconvertir perfiles epidemiológicos; requiere de un importante compromiso por parte de los involucrados y la participación real de la población en el proceso de objetivación de la realidad, con la doble finalidad de generar conocimiento colectivo y promover modificaciones en las condiciones que afectaban la vida cotidiana de los sectores populares, sobre todo aquéllos con mayores necesidades. Las prácticas solidarias en Educación Odontológica contribuyen además a la formación de profesionales conocedores de las necesidades de la comunidad y comprometidos con la construcción de una sociedad más justa.

Palabras clave: educación-calidad-servicio-solidaridad

Introducción

El modelo tradicional de Odontología, no ha sido una alternativa eficaz a la problemática de la salud oral, ya que existen elevadísimos índices epidemiológicos de enfermedades prevalentes. La Articulación – Docencia – Extensión – Investigación es una propuesta innovadora para formar recursos humanos en Odontología utilizando la Investigación –

Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras.

En el análisis de la formación de recursos humanos en el campo de la odontología, no puede dejarse de lado una primera reflexión crítica sobre el modelo de salud bucal vigente en nuestra sociedad que no toma en forma suficiente las condiciones de producción y reproducción económico- social de los grupos y clases en relación con los perfiles epidemiológicos. Así mismo, se tiene poco conocimiento sobre el rol que desempeñan los valores y las creencias de los actores comunitarios, que los acercan o los alejan de las prácticas curativas. La relación odontólogo - paciente se expresa en una interacción que desarrolla en buena medida, grados de conductas erróneas. Debido a esto fue necesario detectar, con claridad los modos, niveles, grados y matices en los que dichas prácticas erróneas se manifiestan en el plano institucional, en las actitudes de los agentes sanitarios, en las creencias de la población demandante y en los programas de asistencia a la comunidad. De la misma manera en lo que concierne a la formación de recursos humanos fue necesario advertir y educar sobre tales prácticas.

Nos referiremos al concepto de prácticas erróneas en dos sentidos:

a) En un sentido amplio, aparece vinculado a un enfoque de la salud, que deja de lado, en el campo de la cientificidad, aspectos teóricos imprescindibles para la comprensión global del proceso de salud-enfermedad impidiendo, el aporte interdisciplinario que llevaría a una convergencia de conocimientos, para entender de un modo más global el problema que nos preocupa, la falta de salud.

b) En un sentido restringido y referido al campo odontológico, los errores se manifiestan en el campo clínico, como un tipo de práctica que impulsan prestaciones de un modo u otro mutilantes. Se hace hincapié en acciones destinadas a los efectos y no sobre las causas de la enfermedad bucal. Frente a esta situación la atención primaria permite avanzar hacia las causas que inciden sobre la salud bucal y encontrar criterios alternativos de abordaje y tratamiento que prioriza un determinado tipo de práctica odontológica, para lo cual fue necesario impulsar un cambio de las actitudes y creencias poniendo énfasis en las tareas de prevención y de educación sistemática y permanente de la población.

La necesidad de un enfoque multidisciplinario capaz de impulsar un abordaje bio - psico y socio - cultural de las teorías y prácticas odontológicas aparece ya, con fuerza, en la década de los 60. También se enfatiza, en la necesidad de que se diluyan los límites de los centros asistenciales con programas extramurales, para construir proyectos capaces de incorporar otras disciplinas, que faciliten el relevamiento integral, de los problemas socio – odontológicos de comunidades urbanas y rurales. En la década de los 80 la incorporación de las ciencias sociales en la educación para las ciencias de la salud, resulta ya una exigencia. En muchos casos estas disciplinas se han agregado a las curriculas de las Facultades, como Medicina y Odontología, en la Facultad de Odontología de la UNLP se

trata de formar recursos humanos, con una base muy sólida de conocimientos, pero a su vez flexible y capaz de ofrecer respuestas innovadoras a las necesidades y demandas de la comunidad, sin dejar de lado, la alta calidad científica – técnica y humanísticas.

Para concretar este propósito, se realiza:

A) Un primer nivel de capacitación y formación para la integración y entrecruzamiento de saberes y disciplinas tendiente a una comprensión integral del proceso de salud - enfermedad que logre vincularlo al conjunto de las actividades sociales. Dentro de este contexto, se realiza una adecuación del conocimiento científico con el propósito de complementarlo, con las prácticas y hábitos ya existentes en los diferentes grupos sociales. Esto se hace de modo tal que posibilita la cooperación efectiva, de alumnos, docentes, no docentes y la población participante, con el propósito de alcanzar soluciones eficaces a los problemas sanitarios más urgentes. Se construye un eje articulado de conocimientos alrededor del Departamento de Odontología Preventiva y Social. Se programan actividades intra y extramuros, tendientes a mantener o lograr el estado de salud bucal, con el compromiso de todos los estamentos de la facultad. A partir de la Articulación Docencia – Extensión – Investigación (ADEI) se programan, desarrollan y evalúan, actividades tendientes a lograr la formación de un odontólogo, con amplia experiencia académica al servicio de la comunidad, fortaleciendo la investigación como un método de trabajo para el aprendizaje y resolución de problemas concretos. En esta situación, el docente, junto con los alumnos, integran conocimientos, los intercambian, generando instancias de reflexión crítica, sobre las actividades, que serán ejecutadas y evaluadas, en el seno de la comunidad. Se toma conciencia, de los procedimientos y técnicas de diagnóstico, que pueden utilizarse en distintas comunidades, en diferentes etapas del proceso. El alumno ya desde su primer año va perfilando, una nueva visión mucho más amplia y más crítica de su carrera, a fin de que a su egreso, esté en condiciones de poder ejercer su profesión en cualquier comunidad, no solamente desde el punto de vista teórico, sino práctico. Se generan instancias autoevaluativas, y se promueven nuevas propuestas de trabajo participativas, lo que genera expectativas de investigación por parte de los alumnos. Se produce un entrecruzamiento de saberes y disciplinas que convergen en la interpretación crítica del modelo de salud vigente; lo que implica una comprensión de sus propósitos y objetivos. Para ello se intenta, comprender sus aportes y limitaciones construyendo respuestas alternativas que permitan obtener, un cambio cualitativo, en los agentes sanitarios, en la población demandante y en las políticas sanitarias de las instituciones. Por supuesto, este esfuerzo se realiza tomando como referencia al modelo de salud bucal, basado en la atención primaria y la odontología preventiva.

B) Se forman grupos interdisciplinarios. El concepto de interdisciplinario supone la convergencia disciplinaria en distintos núcleos de integración teórico - metodológico, a partir de la construcción de un marco de referencia común. La formación de recursos humanos en

una concepción interdisciplinaria no puede desligarse de la investigación científica. Se impulsan modos de pensamiento más abarcativos y críticos que los tradicionales con el propósito de lograr una comprensión más adecuada de los fenómenos a estudiar. Se procura lograr respuestas más eficaces a los interrogantes y problemas planteados por la realidad. La construcción de un común denominador teórico entre varias disciplinas, permite un abordaje más abarcativo y profundo de los diferentes sectores y grupos sociales de una comunidad. Por lo que se obtiene un diagnóstico más riguroso y respuestas más eficaces para el desarrollo de la práctica odontológica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecieron que la integración docencia - extensión - investigación es impostergable y constituye el eje fundamental para mejorar la atención médica y odontológica que se brinda a la población aumentando la calidad de vida de las personas. A partir de estos conceptos es necesario romper progresivamente las barreras que separan, el mundo del trabajo, de la educación y de la investigación. Las responsabilidades son compartidas, sin que cada uno de los miembros olvide las propias. A través de esta integración, se unen los esfuerzos de las instituciones, docentes, estudiantes y de la propia comunidad, con el objetivo de promover la salud, prevenir las enfermedades y elaborar la rehabilitación comunitaria. Esto mejora la calidad de vida de los individuos que integran la comunidad participante. El impacto social se evalúa a través de los cambios o variaciones deseadas en los destinatarios del proyecto, en el medio institucional en el cual se gestan y en el contexto en el cual se inscriben las acciones y los actores sociales que las respaldan. La medición se orienta a los procesos y a los resultados. Se utilizan como indicadores: la reconversión de patologías prevalentes y la generación de agentes multiplicadores de salud.

La nueva formulación del Plan procuró dar respuesta a los problemas detectados, por las siguientes razones, que se asumen como principios básicos que justificaron la innovación:

a. El aprendizaje constituye un proceso dinámico en el que a partir de la interacción entre diversos factores se ponen en juego procesos mentales que permiten la permanente reelaboración del conocimiento. La formación técnico profesional en el nivel universitario y en la carrera de odontología, enfrenta al alumno al desafío de adquirir y manejar una serie de informaciones básicas y de habilidades, técnicas y destrezas profesionales específicas, además de garantizar los aspectos de formación personal, social y científica. Esto obliga a asegurar desde el Currículum y la estrategia de enseñanza, la adquisición de esas habilidades.

b. La Facultad de Odontología como institución formadora de profesionales de la salud, se plantea como objetivos, aquéllos orientados al desarrollo socio-económico del país, teniendo en cuenta la práctica odontológica presente y futura. Asume como eje de la formación del Odontólogo la prevención y el mantenimiento de la salud oral de la comunidad y no la enfermedad del individuo. Su propósito fundamental es el mejoramiento de la salud de la

población. Centrando la formación de este profesional en el concepto de salud, pero no ya entendido como un asunto privado de cada persona sino como una responsabilidad social que debe ser asumida con enfoque preventivo. Se trata de mantener actitudes de apertura a las necesidades de salud buco-dental actuales o potenciales y de dar respuesta a las demandas sociales de tratamiento. La práctica vinculada a la salud colectiva y a la resolución de problemas concretos de salud oral de la población de la zona de influencia de la Facultad. Esta asume un rol protagónico como agente educador para concientizar a la población sobre sus responsabilidades y deberes en el cuidado de la propia salud. Por ello el currículo intenta a través de la integración del conocimiento y la introducción temprana, sistemática y permanente al estudio socio-epidemiológico y clínico concretar estos postulados.

c. Las experiencias educativas que se proponen a los estudiantes durante su proceso de formación son pertinentes a estos objetivos. La formación depende del proceso de prestación de servicios de salud regionales, procurando articularse e integrarse con ellos. Se constituyen en metas importantes de la formación del Odontólogo.

- * La integración de docentes y alumnos con Jefes de Servicio y personal de la Salud de la comunidad;
- * Las prácticas odontológicas intra y extra-muros, tanto en clínicas intra-hospitalarias como en comunidades y áreas suburbanas y rurales;
- * La incorporación temprana del alumno a la práctica directa con el paciente en tareas acordes con su nivel de preparación;
- * Las experiencias de aprendizaje integradas y centradas en la resolución de problemas de salud de complejidad creciente;

En síntesis, las actividades de capacitación del futuro Odontólogo se basan en una amplia, comprometida y creciente participación del alumno en el trabajo de salud comunitario.

Todos estos principios en el currículo se concentran a través del SEPOI (Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas) que en sus distintos niveles, desde el Introductorio, pasando por el Preparatorio y todas las clínicas exigen al alumno la resolución de problemas de salud oral desde la realización de experiencias prácticas. Las experiencias prácticas directas con pacientes, en clínicas intra-hospitalarias o extrahospitalarias, dentro o fuera de la Facultad, constituyen sin duda, la modalidad de aprendizaje básica para el nuevo Currículo.

d. La estructura curricular de la carrera responde a estas metas proponiendo espacios de formación acorde a ellos, que garantizan de alguna manera principios pedagógicos ampliamente aceptados, como son los que apuntan a favorecer la integración de la teoría y la práctica a través de experiencias diversas (trabajos de investigación, prácticas clínicas integradas, trabajo social en campo, etc.) o a superar la fragmentación de las disciplinas, que promueven aprendizajes atomizados y basados en el dominio memorístico de datos.

Estas modalidades son suplidas por formas que vinculan distintos saberes científicos fundamentales desde una concepción del conocimiento como "herramienta para la solución de problemas", como "saber aceptado socialmente que posibilita la transformación de la realidad". De ahí, la nueva organización de actividades curriculares propuestas para los diferentes niveles. De esta concepción del conocimiento, la tarea de selección y organización de los contenidos en el Plan de Estudios y la de elaboración de los programas se encara como una tarea de equipo entre los docentes, así como la organización de las situaciones de aprendizaje en el aula o en la clínica se integran aprendizajes individuales y aprendizajes grupales, de modo que se favorezca la tarea de equipo entre los alumnos.

La formación profesional Odontológica se inscribe en el campo de la formación de la salud. Esto obliga a precisar algunos conceptos que se relacionan con el problema de la salud y que actúan como premisas orientadoras del proceso de reformulación del currículo.

Se entiende por salud en nuestro ámbito de formación, no ya la ausencia de enfermedad, sino el completo equilibrio social, físico y psíquico en relación al medio, de todos los individuos de una sociedad. El logro de esta salud para todos, reclama plantearse como propósitos generales de la formación odontológica la prevención y el mantenimiento de la salud bucal, idealmente, durante toda la vida. El problema de la salud bucal no se resuelve en lo individual sino que tiene proyecciones comunitarias y está estrechamente relacionado con la práctica odontológica presente y futura y con los conocimientos científicos de este campo específico.

Además, en este caso, por inscribirse el problema de la salud en el ámbito de una institución formadora, lograr esta meta tendrá que ver con el rol que la Institución asuma, con el tipo de formación que implemente y con la estructura de capacitación profesional que adopte.

El avance de la ciencia odontológica y las crecientes necesidades de salud oral del conjunto social, obligan a las Instituciones formadoras a replantearse sus actuales hábitos de enseñanza y a revisar su estructura en pos de adaptar el planteo de la enseñanza a los nuevos requerimientos sociales científicos y tecnológicos, la razón de ser de estas instituciones dependerá en el futuro de su capacidad de adaptarse continuamente a la evolución de la sociedad, en el marco de la cultura, de la ciencia y la tecnología.

La salud de la población debe constituir el eje de la formación profesional y el problema a partir del cual se desarrollen las teorías científicas y las estrategias tanto de prevención y rehabilitación como de enseñanza y capacitación profesional específica. De allí que la odontología científica se resuelva hoy en un modelo de formación profesional que se sustenta en los principios de la integración docente/asistencial, de la prevención comunitaria y de la práctica curricular extramuros, como experiencia de aprendizaje.

Consideramos que la Reforma Curricular implementada en esta Facultad, responde filosófica y metodológicamente a estos propósitos.

Lo expuesto precedentemente, nos coloca en la necesidad de buscar un nuevo marco conceptual y modelos de educación odontológica que sirvan a la práctica y que rescaten el criterio de una nueva odontología integrada, preventiva, con tecnología apropiada y eficaz; y que sea el resultado de la participación y discusión de los claustros. Es evidente que este proceso de cambio no se agota en los límites de lo meramente educacional. Exige además una nueva actitud en los integrantes de la Facultad, que tienda a ejercitar permanentemente una conciencia crítica y abierta a los cambios que la sociedad misma les está señalando.

Objetivos:

Objetivos y Metas Generales

- 1-Mejorar la salud bucal de la población cubierta generando acciones comunitarias transformadoras.
- 2-Formar odontólogos con conciencia social, humanística y sanitaria para promover la salud y prevenir las enfermedades.
- 3-Desarrollar programas masivos de prevención con participación comunitaria y programas de atención integral con fuerte componente preventivo que garanticen impacto en la salud de las poblaciones.
- 4-Fortalecer estrategias de comunicación, intercambio y divulgación de experiencias, con una transferencia adecuada y el desarrollo de nuevas investigaciones

Objetivos y Metas Específicos

- 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 coherencia teórica, metodológica y técnica con el marco conceptual y los avances técnicos – científicos.
- c) Lograr la capacitación de docentes y efectores en aspectos de la metodología científica, educación para la salud y acciones preventivas.
- d) Desarrollar actividades de docencia, servicio e investigación que permitan una práctica integrada de la profesión en los campos educativos preventivos y asistenciales.
- e) Iniciar la participación del estudiante de odontología en este tipo de Programas comunitarios, con un marco filosófico que permita su formación dentro de la realidad del medio en el cual se va a desenvolver como futuro profesional de la salud.
- f) Programar las evaluaciones, incluyendo las estrategias, para permitir realizar los ajustes adecuados, en el Programa A.D.E.I.
- g) Especificar acerca del nivel resolutivo – tecnológico con las actividades correspondientes al nivel de atención respectivo (primero, segundo y tercer nivel).

- h) Aplicar un criterio amplio con respecto a la información más allá de los efectores clásicos de salud, organizados en una red operativa
- i) Lograr la habilidad de docentes y efectores para obtener cambios de actitud de los usuarios.
- j) Caracterizar una tipología de demanda y evaluación de los resultados según sea espontánea, estimulada o programada en términos de altas en salud.
- k) Prever las estrategias que permitan transferir eficazmente los conocimientos producidos en las áreas de formación y servicios.
- l) Favorecer el desarrollo de modelos de atención basados en la atención primaria de la salud, operacionalizados a través de los sistemas locales de salud que contemplen programaciones con coherencia teórica, metodológica y técnica.
- m) 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.-

Metodología

La práctica educativa solidaria surge con un nuevo modelo de Educación Odontológica centrado en la salud bucal de la población. Se fortaleció la investigación participativa como método de trabajo básico para la formación de los estudiantes, poniéndola al servicio de las necesidades de salud oral comunitarias. Se realizaron convenios con Organizaciones no gubernamentales, barriales y del sector público, se reemplazó lo ficticio del aprendizaje áulico por el “aprender haciendo y hacer aprendiendo”, docentes y alumnos se insertaron en la comunidad, contactaron con la población y sus líderes, promovieron su participación y autodiagnóstico, identificaron y evaluaron su salud bucodental, participaron en programas de atención primaria y educación para la salud; ejecutaron programas preventivos individuales y comunitarios. Desarrollaron conductas, formaron agentes multiplicadores de salud y reconvirtieron perfiles epidemiológicos

Actividades que articulan en forma mancomunada Docencia-Extensión-Investigación

1) Definición de las áreas de trabajo

Se tomó como área de trabajo permanente toda la zona de influencia de la UNLP (La Plata, Berisso, Ensenada, Brandsen, Berazategui, Quilmes, Florencio Varela) y como áreas de trabajo periódico diferentes localidades de las provincias de Misiones, Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Neuquén, Río Negro, Chubut, La Pampa y diversos municipios de la provincia de Buenos Aires.

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. Se entrevistó a jefes de servicio de los centros de salud, directoras de escuelas, autoridades de clubes sociales, Ongs, etc. También se estableció relación con el área de políticas sociales de las municipalidades, a fin de solicitar el apoyo material necesario para poner en marcha el programa.

3) Inserción de docentes y alumnos en la comunidad

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

Se pautaron reuniones comunitarias en diferentes lugares, clubes, centros de fomentos, escuelas, etc., donde se les explicó la importancia de su participación en todos los niveles de ejecución del programa. Se les informó que las decisiones serían compartidas y se los consultaría con el fin de utilizar la tecnología apropiada en cada situación.

Se enfatizó en la prevención de las enfermedades bucales, se les comunicó la modalidad de trabajo, que incluye alumnos y estimula la participación de la población que se capacita y adiestra para poder actuar luego como agente multiplicador de salud.

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.
- Odontograma para el registro de índice CPO y ceo.
- Ficha para recolección de datos sobre factores de riesgo homogéneo.
- Cuaderno de campo.

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 entrevistó. Se concertó con ellos, la fecha, horario y lugar a fin de evitar actitudes de rechazo. Se explicaron los motivos y propósitos de la misma. Se utilizó un vocabulario claro y preciso, creando una atmósfera de cordialidad entre el entrevistador y el entrevistado. Las preguntas fueron formuladas exactamente como estaban redactadas, a fin de evitar influencias personales del entrevistador, dándole suficiente tiempo para que conteste sin inconvenientes. Se registró la información obtenida al

tiempo de su realización. A través de la mediación de los líderes, se consiguieron lugares, que fueron utilizados como sedes operacionales, para instalar equipamiento simplificado y reunir a la comunidad.

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 toda la 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; servicio eléctrico, agua potable, gas, cloacas, servicio telefónico y medios de transportes.

Docentes y alumnos se insertaron en la comunidad, se contactaron con la población, definieron su perfil y organización social, obtuvieron información sobre antecedentes históricos poblacionales y ocupacionales utilizando como fuentes documentales secundarias: censos, estadísticas, estudios, etc. También se recogieron datos sobre saneamiento básico de la zona; provisión de agua de consumo (cantidad y calidad), tenor de fluor y grado de contaminación; relevamiento de instalaciones sanitarias y procedimientos empleados en la eliminación de excretas.

7) Selección y capacitación de grupos estratégicos

La selección de grupos estratégicos y su posterior capacitación, fue de crucial importancia, para el abordaje de instancias representativas. Se acordaron con la comunidad los criterios para la selección de los grupos estratégicos, estableciendo factores tales como: edad, sexo, estado civil, experiencia previa, nivel de educación mínimo, interés y aptitud para desarrollar 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. Quedando preparados para realizar actividades de promoción y educación para la salud. Se los asesoró en diferentes temas y se les brindó material técnico y apoyo logístico. Se les enseñaron técnicas de cepillado, uso de hilo dental, control de la higiene bucal, utilización de sustancias revelantes de placa y aplicación de flúor. Se los entrenó para tomar muestras de agua, a fin de analizarlas en la Facultad de Odontología. Se explicó la importancia de su tarea a través de la cual los integrantes de la comunidad desarrollaron cambios de conductas en sus hábitos higiénicos y alimentarios. Se realizó seguimiento y evaluación continua.

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

En forma periódica se informó a la población sobre los datos obtenidos de la misma, a través de encuentros, entrevistas, reuniones, etc. Esta actividad se realizó utilizando

técnicas grupales, en las que colaboraron alumnos y líderes estimulando la reflexión y la participación de la comunidad, que tomó conciencia de sus problemáticas. Por otro lado, la dinámica consolidó al grupo que intercambió ideas, generándose situaciones de aprendizaje en las mismas.

9) Autodiagnóstico

A partir de las experiencias participativas las poblaciones fueron asumiendo sus problemáticas, particulares y comunes, entre las que se pueden mencionar:

- No usan el cepillo de dientes, o lo usan en forma incorrecta
- Que la falta de higiene oral es causa de caries y enfermedad periodontal
- Que caries y enfermedad periodontal son enfermedades prevalentes.
- Que no todos, tienen acceso a la atención odontológica.
- Que no utilizan hilo dental
- Que el bajo tenor de flúor en las aguas de la zona incide en forma negativa sobre su salud bucal.

10) Relación percepción – teorización

La población comprendió que ciertas creencias que tenían eran erróneas, tales como:

- La pérdida de las piezas dentales es inevitable más allá de los 50 años.
- Cada embarazo significa la pérdida de una pieza dentaria.
- Los antibióticos producen pérdida de piezas dentarias.
- El cepillado produce desgaste de las piezas dentarias.
- El sangrado de las encías es normal.

A partir de estas percepciones colectivas, se educó a la población, explicándole los procesos que producen las enfermedades buco dentales, con la finalidad de revertir éstas y otras creencias que actúan como factores negativos para la salud bucal. La efectividad del programa utilizado se evaluó a través de la aceptación por parte de la comunidad y del cambio de conductas a partir de la misma.

11) Estimulación participativa

Se estimuló a la comunidad para participar del programa en todos los momentos de su ejecución, desde la planificación, hasta la evaluación. Los beneficios observados, sumados a la importancia de ser consultados y tenidos en cuenta en el momento de adoptar decisiones, sirvieron como incentivo para las personas que participaron del plan.

Es de destacar aquí, la acción desarrollada por los agentes multiplicadores, que con su labor constante y progresiva lograron sumar, a los grupos ya formados, sectores más resistentes de la población.

12) Determinación de prioridades

Identificados los problemas de salud bucal de la población, se constituyeron círculos de estudio con animadores sociales para representar, cuestionar y replantear las dificultades, luego se estableció un orden de prioridades pautadas con la comunidad, como por ejemplo:

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 infecciones. Tratamiento de caries y enfermedad periodontal.
6. Mantener el nivel de salud logrado. Control periódico de los pacientes. 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 resolutive 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, reorientó la práctica odontológica resultante con participación comunitaria, generación de formas más eficaces de intervención e impacto sobre la calidad de vida de las personas. Este programa se implementó con el objeto de desarrollar el componente preventivo de la atención de la salud bucal de la población, que junto con la promoción y la educación, permitieron alcanzar un mejor nivel de salud para reconvertir los perfiles epidemiológicos actuales y expandir los servicios de atención.

13.1 Identificación del problema:

Alta prevalencia de caries e inflamación gingival. Se realizó el diagnóstico a partir de una concepción biopsicosocial del estado de salud o enfermedad de la población, y se analizaron los factores sociales (económicos, culturales, del medio físico) factores de estilo de vida, factores inherentes al sistema de atención de la salud y factores biológicos determinantes de salud bucal, teniendo en cuenta el alto riesgo cariogénico de la población a estudiada para poder controlarlo. Se detectaron también otros factores de riesgo como por ejemplo: los referentes a cobertura específica, problemas económico- laborales, problemas educativos, problemas de vivienda e infraestructura en salud, conflictos familiares en el estilo de vida, etc.

13.2 Diagnóstico inicial:

Se estableció la prevalencia de caries y enfermedad periodontal y su relación con los factores de riesgo homogéneo y específico.

13.3 Resultados esperados:

- Al término de la experiencia la población sería capaz de controlar la enfermedad periodontal en por lo menos el 50 %
- Al terminar el programa la población cubierta sería capaz de reducir la ingesta de hidratos de carbonos a 3 veces diarias.
- Al cabo de 5 años debería reducir el índice de caries en un 60%
- Al término del programa todos los Servicios Municipales de salud bucal, así como las entidades vecinales (clubes, fundaciones, hogares etc.) y escuelas deberán realizar el entrenamiento en higiene bucal de la población, con una eficacia del 80%.

13.4 Contenidos:

Placa dental, breve descripción de la historia natural de la caries dental, papel de los hidratos de carbonos, medidas de control de placa, descripción de los recursos materiales a utilizar: hilo, cepillo, otros, racionalización de la ingesta de hidratos de carbono, frecuencia recomendada, sustitutos, fluoruro, tipos de aplicación adecuados, necesidades de tratamiento, derivación, placa bacteriana, breve descripción de la historial natural de la enfermedad periodontal, medidas de prevención: control mecánico de placa, técnicas de higiene bucal, frecuencia de higiene bucal.

13.5 Estrategias a desarrolladas:

- Desarrollo de seminarios participativos o talleres
- Aplicación de recursos audiovisuales
- Entrenamiento en higiene bucal para la prevención de las caries dentales.
- Aplicación de fluoruros tópicos.
- Control de la higiene bucal realizada por los pacientes compatible con la salud
- Inactivación de caries.
- Entrenamiento en higiene oral para la prevención de enfermedades gingivales y periodontales.
- Eliminación de cálculo y pulido de restauraciones desbordantes.
- Abordaje integral: instalación de equipos simplificados en entidades no convencionales:

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

De la misma manera, se realizó el índice de placa (Løe y Silness) y (O'Leary) al comienzo y final del mismo. Se ejecutaron tareas de promoción a efectos de fomentar actitudes que conduzcan a la salud. Se dictaron cursos relacionados con los problemas bucales, (caries y enfermedades periodontales) donde se enseñaron los métodos para identificarlos, prevenirlos y controlarlos.

Las comunidades participantes, tomaron conocimiento de los mismos, asumiendo su responsabilidad en relación a salud bucal y bienestar, cambiando su comportamiento (individual y grupal), sus hábitos higiénicos, lo que se tradujo a lo largo de las acciones programadas, en la reconversión del perfil epidemiológico.

15) Identificación, selección y análisis de los factores de riesgo homogéneo y específico

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
- Porcentaje de la población con trabajo estable y con cobertura médica u odontológica
- Ingresos medios de la población

En cuanto a los factores de **riesgo específico** para contraer caries se observará:

- Ingesta reiterada de hidratos de carbonos (más de cuatro veces diarias de consumo de azúcar), sin higiene bucal
- Surcos profundos en las caras oclusales.
- Presencia de placa supragingival.
- Caries activas.
- Manchas blancas y superficies del esmalte rugoso.

Entre los factores de **riesgo específico** para contraer enfermedades periodontales, se observó:

- Placa subgingival.
- Hemorragia gingival espontánea al cepillado .
- Cálculo.
- Obturaciones desbordantes.

16) Abordaje integral

Se realizó un abordaje integral a fin de reconvertir las patologías prevalentes, según se detalla a continuación:

16.1 Terapias con fluoruro.

16.2 Selladores de fosas y fisuras.

16.3 Inactivación de caries.

16.4 Operatoria dental.

16.5 Endodoncia en dientes unirradiculares.

16.6 Exodoncia simple.

16.7 Eliminación del cálculo supra e infragingival.

17) Recursos para el desarrollo de la práctica educativa solidaria

Recursos humanos: docentes y alumnos de la Facultad de Odontología de U.N.L.P. directores y maestros de las escuelas, líderes comunitarios y población cubierta.

Unidades Operativas Permanentes: participaron 30 docentes y 2000 alumnos de 1ª a 5ª año.

Unidades Operativas Periódicas: participaron 100 docentes y 600 alumnos de 4ª a 5ª año

Recursos materiales: Instalación en predios facilitados a la UNLP por convenio o comodato en los que se instalaron clínicas de campaña con equipos odontológicos portátiles; instrumental e insumos aportados por la Facultad y los estudiantes; dependencias para recepción de pacientes; aulas para formación de recursos humanos, etc.

Recursos financieros: en general se autogestiona, los estudiantes organizan recitales, peñas, rifas, los laboratorios de especialidades odontológicas hacen donaciones y la comunidad colabora con lo que dispone (ceden locales, ayudan a reacondicionarlos, etc.) También algunas instituciones con las se realizan convenios aportan ciertos elementos (vehículos, materiales, etc.) para facilitar la ejecución del programa

18) Evaluación permanente y seguimiento

Se evaluó en forma permanente a las distintas actividades del programa en cada una de las etapas.

La evaluación de entrada implicó:

- Conocer las características socioculturales de la población sobre la cual se trabajó. Estimular su participación. Identificar recursos potencialmente utilizables y tenerlos en cuenta en el proceso de actividad. Considerar estrategias alternativas. Favorecer el empleo de los recursos.

La evaluación del proceso implicó:

- Utilizar los recursos disponibles en forma precisa. Estimular la participación. Capacitar agentes multiplicadores. Valorar el grado de aceptación y desempeño de los participantes.

La evaluación final se realizó a través de los resultados logrados.

Evaluación: instancias, participantes, instrumentos y resultados.

- De conocimientos, a través de la aplicación de los mismos
- De destrezas, con la ejecución de acciones odontológicas
- De actitudes, con la observación durante el programa
- Verificación de la reconversión de patologías prevalentes, determinando índices epidemiológicos al comenzar y al finalizar cada etapa en la que se hace un corte estadístico (corte 2000-2004) con resultados obtenidos en zonas cubiertas por Unidades operativas Permanentes y Periódicas
- Verificación de la generación de agentes multiplicadores(ídem anterior)
- Participación de docentes ,alumnos, miembros de la comunidad

19) Recolección de datos

Los índices epidemiológicos revelaron el porcentaje de caries al comienzo y finalización del proyecto igual que los problemas periodontales.

20) Análisis de los resultados

Los resultados fueron procesados con el sistema estadístico SPSS 10.0 y analizados en el marco del proyecto permitieron arribar a conclusiones válidas que permitieron mejorar la calidad de vida de la población y la formación de los estudiantes.

Resultados

Se constituyeron 135 Unidades Operativas Permanentes situadas en el área de influencia de la Unidad Académica (La Plata, Berisso, Brandsen, Ensenada, Berazategui, Florencio Varela, Quilmes) en las que anualmente desarrollaron sus actividades 30 Docentes y 2000 Alumnos de 1° a 5° año y Unidades Operativas Periódicas en diferentes localidades del país (Misiones, Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Río Negro, Neuquén, Chubut, La Pampa y diferentes municipios de la Pcia de Buenos Aires) en las que anualmente desarrollaron sus actividades 100 Docentes y 600 Alumnos de 4° y 5° año. La población cubierta fue de 98480 personas.

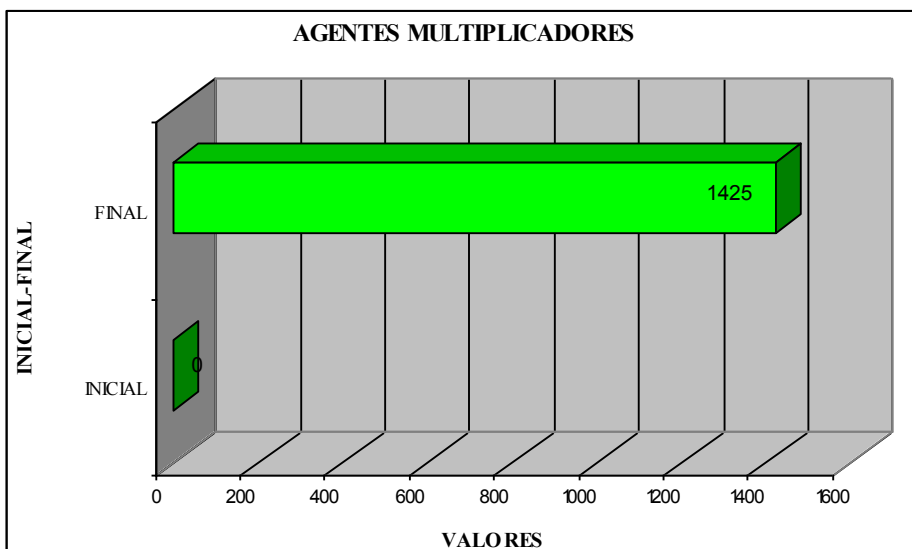
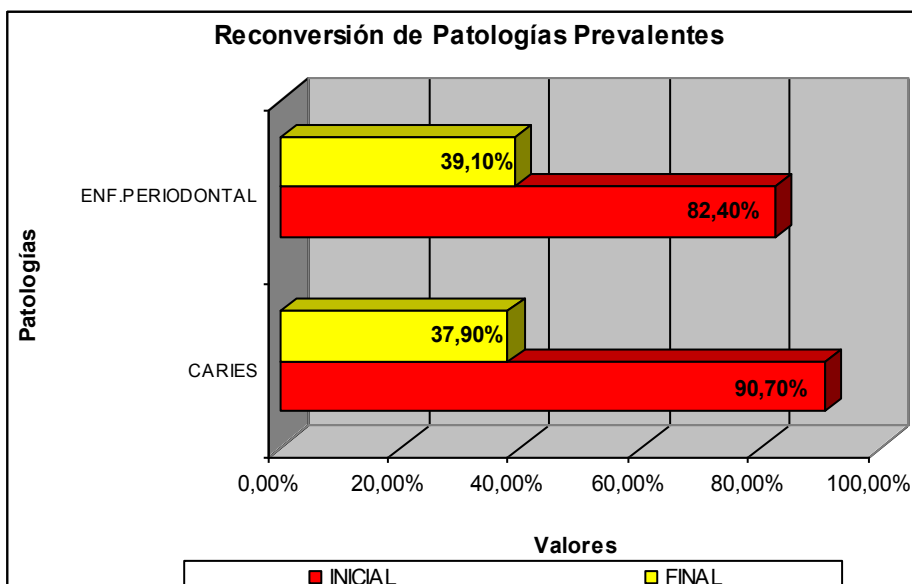
Se realizó un corte entre el año 2004 y 2009 a efectos de evaluar impacto, obteniendo los siguientes resultados

Variable 1: Impacto Social

Indicadores: 1.- Reconversión de Patologías prevalentes (caries y enfermedad periodontal)

2.- Formación de agentes multiplicadores de salud bucal

Los índices epidemiológicos revelan que el porcentaje de caries al comienzo del proyecto era del 90.40 % promedio en la población total, mientras que los índices de placa muestran que el 82.40 % de la población tienen placa y problemas periodontales. Al realizar este corte después de 5 años los datos revelan que: los índices epidemiológicos se redujeron notablemente. El porcentaje de caries pasó a ser del 37.9%, considerada la población total. El índice de placa y enfermedad periodontal de la población pasa del 82.40% al 39.10% cuando finalizan las acciones. La población cubierta fueron 98480 personas y se detectaron 1425 agentes multiplicadores.



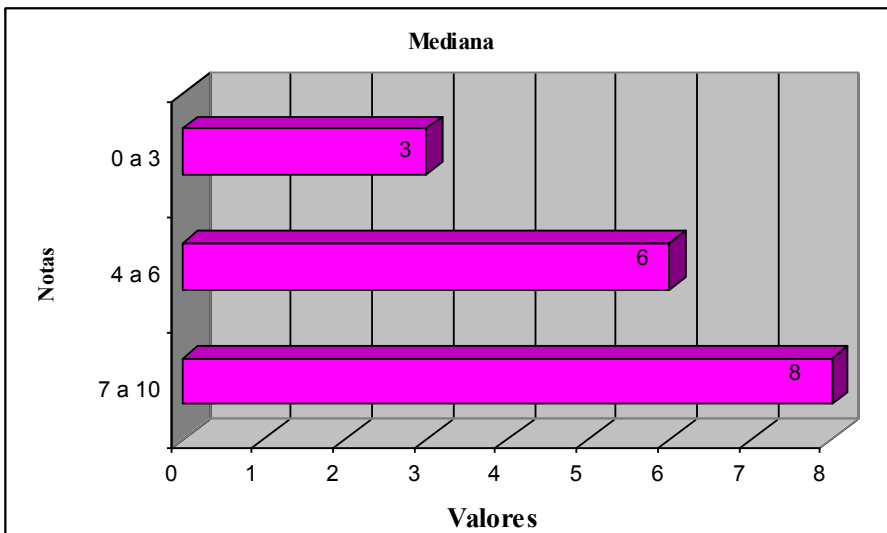
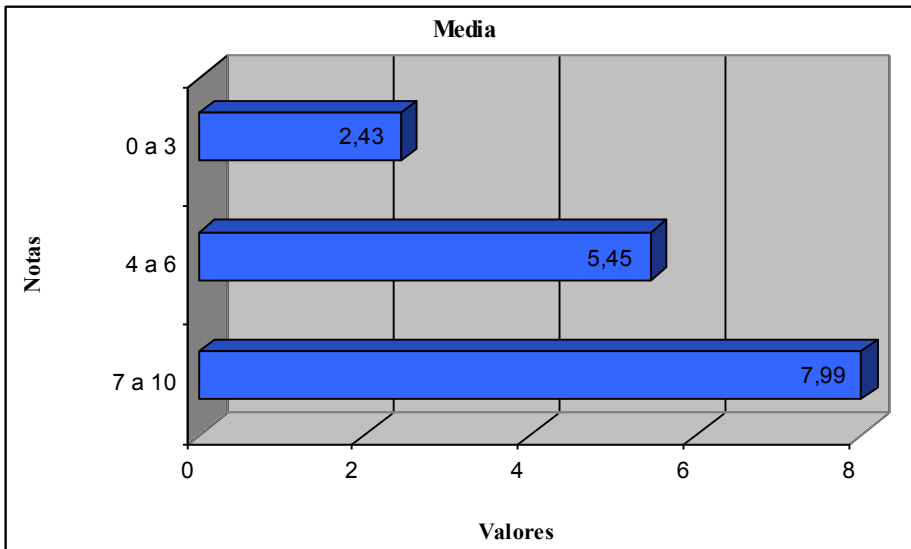
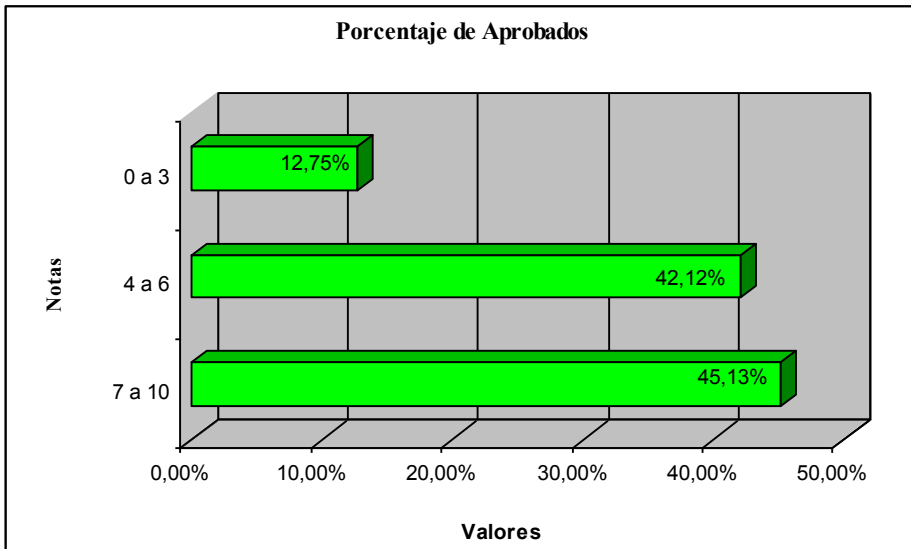
Variable 2: Rendimiento Académico

Indicadores: 1.-Porcentaje de alumnos aprobados

2.-Media Aritmética

3.-Mediana

Se realizó evaluación permanente de conocimientos, de habilidades y de actitudes durante los 5 años que duró la experiencia. Se registró el promedio de calificaciones, la media y la mediana, obteniéndose los siguientes resultados: 45,13% fueron promovidos al ciclo superior con más de 7 puntos de promedio, media 7.99 y mediana 8; 42.12% obtuvieron entre 4 y 6 puntos, media 5.45 y mediana 6, mientras que 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).



Conclusiones

La práctica solidaria parte del concepto de salud como derecho de todos los habitantes. La participación social es un componente necesario en programas dirigidos a revertir patologías prevalentes; esa reconversión requiere un importante compromiso por parte de los involucrados y la participación real de la población en el proceso de objetivación de la realidad en estudio, con el doble objeto de generar conocimiento colectivo y de promover modificaciones en las condiciones que afectaban la vida cotidiana de los sectores populares, sobre todo aquéllos con mayores necesidades. Las prácticas solidarias en Educación Odontológica contribuyeron a la formación de profesionales conocedores de las necesidades de la comunidad y comprometidos con la construcción de una sociedad más justa.

Bibliografía

- Abraham, Mirtha. 1988. Definiciones sobre los principales planteamientos curriculares actuales, México, UPN. Assenza Parisi, Victor. Formación profesional y motivación para la calidad total. OEI. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- Blumer, H. 1989. Symbolic interactionism. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
- Eisner, L. et. al. 1992. Cinco concepciones del currículo, Raíces e implicaciones para la planeación curricular. Revista DIDAC, México UIA, No. 11.
- Ezpeleta, J.; Furlan, A. 1992. La gestión pedagógica de la escuela. UNESCO-OREALC. Santiago
- Franco, M. L. 1995. Qualidades total na formação profissional: do texto ao contexto. Cadernos de pesquisa, Nº92. Brasil, Pág.: 53-61
- Frigerio, G. y otros. 1993. Las instituciones educativas cara y ceca. Elementos para su gestión. Troquel. Buenos Aires, Pág.: 35-65
- Gallart, M. Y Jacinto, C. 1995. Competencias laborales: tema clave en la articulación educación-trabajo. Educación y Trabajo. Boletín de la Red Latinoamericana de Educación y Trabajo, CIID-CENEP. Año 6 - Nº 2. Buenos Aires.
- Glazman E Ibarrola M. 1990. El papel de la educación. Antología de evaluación curricular. México, UNAM.
- Gómez Campos, V.M. 1990. Educación Superior, Mercado de Trabajo y Práctica Profesional. Antología de Evaluación Curricular. México, UNAM.
- Guba, E.G. 1985 Naturalistic inquiry. Beverly Hills, California. Sage.
- Lara, N. 1978. Situación Actual de los Recursos Odontológicos en América Latina. México: UAM.

- Martínez Espinosa, E. 1995. Esquemas de financiamiento público de la formación profesional. Boletín CINTERFOR, N° 131. Montevideo
- Medina, A. Y Vilar, L. M. 1995. Evaluación de programas educativos, centros, y profesores. Universitas. Madrid
- Oteiza, F. 1991. Una alternativa curricular para la educación técnico-profesional. CIDE. Santiago
- Park, P. 1992. Qué es la investigación acción participativa. Perspectivas teóricas y metodológicas. En: La investigación acción participativa. OEI
- Quero, M: J: 1994. El análisis de necesidades de formación: garantía de calidad en las organizaciones. Revista Herramientas, N° 4. Madrid
- Tedesco, J. C. 1994. Tendencias actuales de las reformas educativas. Boletín N° 35. UNESCO. Pág. 14-25.
- Tedesco, J.C. 1995. Los desafíos de la educación. Boletín CINTERFOR, N° 135. Montevideo, Pág.: 7-24.
- Tirado Rodríguez, J. 1999. Herramientas para adquirir y desarrollar habilidades académicas. México, DIE-IPAE
- Toranzos, L. y otros. 1993. El problema de la calidad en el primer plano de la agenda educativa. Revista Iberoamericana de Educación, N° 9. Madrid
- Tyler, R. 1990. Principios Básicos del Currículo. Antología de Evaluación Curricular, México, UNAM.
- Ulloa Rivera, L. 1994. La reforma de la educación técnica y la formación profesional. Revista Técnica y Humanismo, n°82. México