



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



TITULO: Incidencia de la educación en la salud bucal de la población.

EJE 3: Extensión, docencia e investigación

AUTORES: Mosconi, E.; Cantarini, L.; Irigoyen S.; Coscarelli; N.; Albarracin, S.; Seara, S.

REFERENCIA INSTITUCIONAL: Facultad de Odontología – UNLP

CONTACTOS: mosconi@folp.unlp.edu.ar

RESUMEN

Como consecuencia de estudios realizados en una Comunidad indígena radicada en un barrio marginal de La Plata, se modificaron actitudes en lo que concierne al cuidado de su salud bucal , posteriormente se amplió la participación incluyendo visitas regulares a los domicilios de familias escogidas como medio eficaz de reforzar esos aprendizajes.

El objetivo de este trabajo fue demostrar la incidencia de la educación en la salud bucal de una comunidad TOBA.

Se seleccionaron aleatoriamente 20 familias incluidas en el programa y que habían alcanzado el alta integral en salud; con ellas se formaron dos grupos (experimental E y control C) de 10 familias cada uno. El grupo experimental (E) fue visitado quincenalmente por extensionistas calibrados que reforzaron la educación y técnicas profilácticas con aplicación de un índice de higiene oral simplificado (IHOS). Se utilizó una vasta gama de recursos audiovisuales y protocolo de registro específicamente confeccionado .El grupo control (C) no recibió refuerzos posteriores. Se realizó el relevamiento epidemiológico de los grupos aplicando indicadores CPOD, ceod, IP e IG. Se empleó luz natural, explorador standard y espejo bucal.

Después de 24 meses se pudo verificar que se conservaron las condiciones de salud bucodental en el 97.6% de los pobladores pertenecientes al grupo experimental (E) y el 65.9 % de los pertenecientes al grupo control (C).

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la educación actúa como factor relevante en la preservación de la salud bucal de la población TOBA cubierta.

Palabras Clave: salud – comunidad – educación – prevención.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



DESARROLLO

Cuando hablamos, de la salud oral de las poblaciones, debemos pensar en formas efectivas de prevención y reconversión de patologías, tanto en lo individual como en lo colectivo. La participación real de los miembros de la comunidad en la planificación, realización y evaluación de los programas de salud, junto a investigadores y alumnos se da como un fenómeno en donde los esfuerzos se suman y los resultados se optimizan. Esta alternativa de trabajo nos permite un mayor conocimiento de la población sobre la que ejercemos nuestras acciones, teniendo un panorama mas claro de las causas que incidieron para la instalación de la enfermedad y las barreras que debemos romper para lograr la reconversión de las mismas. Si las poblaciones no toman conciencia de los factores desencadenantes de sus patologías, poco podrán hacer para luchar contra ellas.

Para que las poblaciones conozcan su problemática debemos trabajar para formar:

- ◆ Odontólogos con capacidad de resolución de patologías en cualquier nivel socioeconómico.
- ◆ Odontólogos preocupados por las problemáticas sociales y la incidencia de la misma en la salud oral.
- ◆ Odontólogos Docentes que eduquen a las nuevas generaciones con una mentalidad más solidaria.
- ◆ Odontólogos, docentes y alumnos que eduquen a las poblaciones en los métodos de prevención de patologías.

Cuando las poblaciones toman conciencia de sus patologías y luchan por reconvertirlas, libran una gran batalla, hacia el paso final de erradicación de la caries y la enfermedad periodontal. El análisis de la problemática de la salud oral nos lleva continuamente a replantearnos nuestro actuar y a reflexionar sobre las formas de innovar en un contexto tan amplio y abarcativo. Las enfermedades bucales son tan comunes, que a veces los miembros de una comunidad pueden considerar su ausencia como algo anormal, instalándose entonces en el medio comunitario una serie de ideas y representaciones falsas sobre la misma. El modelo de práctica profesional privada, excluye grandes sectores poblacionales que no tienen recursos económicos para acceder al mismo. Los servicios



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



hospitalarios, no alcanzan a cubrir las necesidades de este último grupo. Las estadísticas hospitalarias demuestran que las prácticas predominantes son mutiladoras. El modelo prevalente de prestación, cualquiera sea su financiación se caracteriza por actuar frente a la demanda, adoptando un enfoque curativo. La formación de agentes multiplicadores de salud, es insuficiente y no está presente en la mayoría de los planes. La tecnología utilizada no siempre es la adecuada, se usan todavía instrumentos y materiales que nos limitan. Poco conocimiento sobre el Rol que desempeñan las ideas y creencias dentro de una comunidad. Teniendo en cuenta estos factores, el eje de nuestra tarea fue la participación comunitaria. Entendemos por **participación comunitaria** a todo proceso en virtud del cual los individuos y sus familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y a la de su comunidad, desarrollando estrategias tendientes a prevenirlas y curarlas.

Cuando la participación comunitaria es consciente se caracteriza por:

- ◆ *El conocimiento interno de sus problemas*
- ◆ *La identificación de las necesidades percibidas*
- ◆ *La acción intencional de satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas.*

Participar, implica la pretensión de los actores de ser autores de los procesos sociales que les conciernen. Por lo tanto participar significa tener un cierto grado de poder o influencia en la decisión que se trate. Definimos participación social en salud, como todos los procesos sociales a través de los cuales la comunidad, las organizaciones, los sectores, es decir los actores sociales dentro de una zona geográfica intervienen en la identificación de las cuestiones de salud y se unen para diseñar, probar y poner en práctica las posibles soluciones.

Por lo tanto en la participación social, todos los actores forman parte de:

- ◆ *Decisiones sobre atención de la salud*
- ◆ *Necesidades y prioridades*
- ◆ *Asunción de las responsabilidades y adopción de medidas para promover la salud*
- ◆ *Evaluación de los resultados.*

El objetivo de la participación social es establecer formas de relaciones sociales basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, relacionándolos en espacios de convergencia habilitados para procesos que conduzcan al desarrollo y resolución de conflictos.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



Es importante definir que entendemos por actores sociales, espacios, procesos, conflictos etc.;

1.-Actores sociales:

Los sujetos se convierten en actores sociales en la medida que logran comprender y alcanzar sus intereses. Podemos decir que un actor social se define por las metas que se ha propuesto alcanzar y por su capacidad para modificar la realidad. Los actores sociales en el proceso de participación social requieren estar entrenados para negociar sus intereses así como para concertar. La construcción y desarrollo de actores sociales dentro de una comunidad (contexto), consiste en equiparlos respetando su diversidad, para superar la posibilidad de que unos actores ignoren o excluyan a otros.

En este sentido los pobladores de la comunidad Toba, son actores sociales en la medida que lograron:

1. Organizarse y defender sus intereses.
2. Capacitarse para modificar su realidad.
3. Estar preparados para negociar y concertar.

Nuestra función respetando sus diferencias consistió en:

- a) Que todos participen sin el temor de ser rechazado.
- b) Encontrar un espacio o escenario donde actuar.

2.-Espacios o Escenarios:

Son importantes pues:

- a) Corresponden a instancias de convergencia, encuentro y relación entre actores sociales, establecidas y reconocidas con el fin de permitir la resolución de conflictos.
- b) El ejercicio de una cultura participativa requiere la formación de estos escenarios.
- c) Estos escenarios son ámbitos de encuentros socialmente asumidos como legítimos en cuanto a la función social que cumplen y no son necesariamente espacios físicos.
- d) Estos espacios pueden ser institucionales o comunitarios, formales o informales, públicos o privados, locales o nacionales.

3.- Procesos:



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



Con respecto a los procesos, diremos que se definen en términos de las dinámicas que resultan de la convergencia de los actores sociales en los espacios o escenarios.

Por otro lado en todo proceso de participación pueden producirse conflictos. La existencia del conflicto en su acepción mas positiva, implica:

- a) Reconocer las diferencias, así como el valor de las diversas visiones y posiciones.
- b) Reconocer que en las diferencias de intereses se hallan las motivaciones y capacidades con la que es necesario construir soluciones colectivas.
- c) El desarrollo y resolución del conflicto social apunta hacia lograr la creación de una cultura participativa y de la dinámica social que corresponde.

Errores comunes y elementos retardadores de participación comunitaria.

Teniendo en claro estas premisas es importante tener en cuenta algunos errores comunes y elementos retardadores para una eficaz participación de la comunidad tales como:

- a) Excluir a la población de la discusión de las razones que sustentan las acciones, y de la posibilidad de intervenir en el diseño y selección de las opciones.
- b) Excluir a la población organizada del diagnóstico, planificación de las acciones que se consideran necesarias para el desarrollo de la salud en su comunidad.
- c) Un elemento retardador en algunos casos es el alto grado de dependencia de la población de las comunidades respecto a los servicios de salud y de los profesionales que impide que los representantes de la comunidad afronten los conflictos derivados de los procesos participativos.
- d) Las discontinuidades y rupturas institucionales (cambio de personal, de políticas de salud, etc.) que inciden negativamente en los procesos de participación comunitaria, no solo interrumpiéndolos, sino también produciendo retrocesos.

Factores claves de éxito

En nuestra acción consideramos factores claves de éxito a:

- a) Generar espacios donde la población organizada desde sus núcleos más elementales, aporten el conocimiento de la realidad local, determinando sus necesidades y prioridades.
- b) Asunción de roles concretos y específicos, para todos aquellos actores sociales convocados a participar en el proceso de tomas de decisiones y en el ejercicio real del control de los acuerdos adoptados.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



- c) Niveles de reconocimiento de las percepciones, modos de solución, aportes propios de las organizaciones comunitarias.
- d) Apoyar mecanismos de diálogo entre la población organizada y las instituciones para que esta pueda participar en la formulación, planificación, ejecución, seguimiento, control y evaluación de los planes de salud.
- e) Realizar una adecuada y correspondiente educación para la participación social, que desate el diálogo, anime la reflexión y desarrolle sus capacidades y criterios.

A partir de la participación comunitaria, podemos obtener el impacto social que deseamos, como propósito de nuestras acciones.

Impacto social

Entendemos por impacto social: los cambios o variaciones deseadas, en los destinatarios de programas y/ o proyectos en cuanto a:

- a) Satisfacer sus necesidades básicas y no básicas.
- b) Promover elementos para mejorar las condiciones de vida y trabajo.
- c) Propiciar cambios de actitudes, comportamientos y mentalidad que modifiquen las concepciones y actuaciones de los actores sociales.

El impacto social se observó:

- ◆ En los destinatarios de las acciones. “La comunidad Toba de La Plata”
- ◆ En la institución que actuó. “Facultad de Odontología de La Plata.”
- ◆ En el contexto en que se realizaron las acciones y cuyos actores respalda.

El impacto social se evaluó en las distintas etapas del proceso (previa- durante y después). Esto nos permitió verificar si las medidas programadas permitieron generar el impacto deseado.

La evaluación del impacto se basó en dos indicadores:

- a) Reconversión de patologías prevalentes.
- b) Formación de agentes multiplicadores de salud.

Por otro lado a través de este proceso se generaron conocimientos tendientes a producir cambios no sólo en la comunidad en la que actuamos, sino también en la comunidad científica y la sociedad.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



Evaluación

La evaluación del impacto social, se realiza, en cualquier etapa de un proyecto, lo que sí cambia es el centro del interés evaluativo.

En la evaluación precedente, a la concreción de los objetivos, lo que se trata de determinar es si la dirección e intención que sustenta la intervención, permitirá generar el mayor impacto posible.

En la evaluación concurrente es donde se determina si la forma en la que se ejecutaron las medidas programadas, permitieron generar, impacto social.

En la evaluación general, se trata de determinar efectivamente, si se generó o no el impacto social.

La evaluación es una actitud de conocimiento del medio que nos rodea, para aprehender y aprender del, los elementos básicos que deben orientar los procesos de toma de decisiones y valorar los resultados obtenidos, así como ir introduciendo los ajustes necesarios dictados por el criterio de la realidad.

“Es el proceso mediante el cual se busca delimitar, obtener, elaborar e interpretar las informaciones útiles para explicar las situaciones de interés, con el fin de proporcionar, insumos que apoyen el proceso de toma de decisiones”.

Historia de la comunidad Toba de la plata

Los Tobas son aborígenes que debieron dejar su Chaco natal para buscar y probar suerte en la gran ciudad. Se encontraban dispersos en la provincia de Buenos Aires pero no estaban conformes. Corrían riesgos de no tener lugar propio donde vivir dignamente. Tenían miedo de dejar de hablar su lengua y dejar de escuchar las historias de los ancianos. Nunca perdieron el contacto entre ellos a pesar de estar diseminados, comenzaron a hacer reuniones para poder vivir como comunidad en un lugar propio; es así como se organizan y comienzan a gestionar la obtención de tierras propias. En 1986, surgió el proyecto del barrio. Por intermedio de Plan “Pro tierra” consiguieron las tierras, luego obtuvieron un crédito para levantar las viviendas. En 1991, Un grupo de Tobas se instala en casillas ubicadas en la calle 149 entre 35 y 36, ellos se encargaron de abrir caminos para acceder a las tierras, que les habían sido otorgadas. Luego comenzó el trabajo de limpiar, sacar malezas, juntar piedras y la basura que había en la tierra. Cuando esta tarea finalizó, comenzaron la



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



construcción de las viviendas. En 1993 se terminaron las primeras 36 viviendas. Quedaban aun muchas familias sin ellas, por lo que se proponen seguir construyendo. La cantidad de viviendas a construir era mayor por lo cual se debían organizar de manera más eficaz. Para ello se realizó un reglamento que distribuía la cantidad de horas y las sanciones por incumplimiento. Esto fue de vital importancia, ya que el número de pobladores había aumentado considerablemente y era muy difícil organizarse. En esta segunda etapa se realizaron 200 viviendas más que fueron entregadas a medida que eran terminadas. La construcción de la totalidad de las casas finalizó en el año 1997.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es demostrar la incidencia de la educación en la salud bucal de indígenas TOBA

MATERIALES Y MÉTODO

El presente estudio se realizó en una comunidad TOBA de La Plata. Se seleccionaron aleatoriamente 20 familias de las que habían alcanzado el alta integral en salud después de participar en un Programa Comunitario de Salud Bucal. Se los dividió en dos grupos iguales de 10 familias cada uno, un grupo experimental (E) y un grupo control (C). Cada familia estaba constituida por 5 miembros como valor promedio, considerando mayores y menores. Las del grupo experimental (E) fueron visitadas quincenalmente en su domicilio por cuatro investigadores calibrados que reforzaron la educación y técnicas profilácticas, higiene, dieta, hábitos. Complementando las charlas con recursos audiovisuales videos, diapositivas, filminas, láminas, folletos, títeres, simuladores, etc. Antes y después de reforzar los aprendizajes se determinó CPOD, ceod, IP, IG, IHOS. Se utilizó como lugar de trabajo para realizar estos procedimientos una unidad asistencial instalada en un predio cedido por la comunidad, en el que se colocaron 2 equipos odontológicos completos, con los anexos de bioseguridad, rayos X e instrumental necesario para responder a la complejidad de la demanda. Se trabajó con luz natural, explorador estándar y espejo bucal. El grupo control no recibió mas instrucción que la específica del Programa en el que participó previamente.

El perfil epidemiológico de la muestra seleccionada se definió por los siguientes indicadores:



$x_{CPOD} = 12.5$ (C = 0; E = 7.6; Ei = 0; O = 4.9)

Gráfico 1

$x_{ceod} = 4.6$ (c = 0; ei = 0; o = 4.6)



Gráfico 2

xIP = 0.66 (5–15 = 0.15; 16–20 = 0.26; 21–30 = 0.42; 31-40 = 0.75; 41-50 = 0.91; 51-60 = 1.37; +60 = 1.49)

Gráfico 3



xIHOS = 0.92 (5-15 = 0.16; 16-20 = 0.35; 21-30 = 0.57; 31-40 = 0.81; 41-50 = 1.26; 51-60 = 1.48; +60 = 1.86.).

Gráfico 4

Los datos se recogieron en planillas ad-hoc confeccionadas específicamente para este fin y fueron procesados por el sistema estadístico SPSS en español.

RESULTADOS

Después de 24 meses el perfil epidemiológico se definió según grupo e indicadores.

GRUPO EXPERIMENTAL(E):

xCPOD = 12.6 (C=0.2 ; E = 7.6; Ei = 1.3; O = 4.6 si bien el CPOD no se modificó significativamente respecto al inicial, sí, lo hicieron sus componentes internos)



Gráfico 5

xceod= 4.9 (c=0.3; ei= 0.4; O=4.2)



Gráfico 6

$xIP = 0.78$ (5-15=0.17; 16-20=0.25; 21-30= 0.45 ; 31-40=0.74; 41-50= 0.99; 51-60=1.36; +60=1.50)

Gráfico 7



xIHOS =0.76 (5-15= 0.14; 16-20 =0.21; 21-30 = 0.37; 31-40 =0.61; 41-50= 1.06 ; 51-60=1.28; +60=1.66).

Gráfico 8

Conservó las condiciones iniciales de salud Bucodental el 97.6 %.

Gráfico 9.



GRUPO CONTROL (C):

$x_{CPOD}=13.9$ (C=1.9; E= 7.6; $E_i =1.3$; O=3.1)

Gráfico 10

$x_{ceod} =6.1$ (c=1.2; $e_i= 1.4$; o= 3.5)

Gráfico 11

$x_{IP} =1.29$ (5-15 =0.20; 16-20 =0.40; 21-30= 0.92; 31-40 =1.31; 41-50=1.72; 51-60=1.93; +60=2.49)



Gráfico 12

xIHOS =3.10 (5-15=2.36; 16-20=2.58; 21-30=2.69; 31-40=3.04; 41-50=3.39; 51-60= 3.59 ; +60=4.07).

Gráfico 13



Conservó las condiciones iniciales de salud bucodental el 65.9 %.

Gráfico 14.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la educación actúa como factor relevante en la preservación de la salud bucal de la población TOBA cubierta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Barri, B. *“El problema del conocimiento en la explicación social del conocimiento”*. UNAM: 2ª Edición. 1996.
- 2.-Bezerra, A; Ríos, R. *“La negociación: Una relación Pedagógica posible EN: Cultura y Política en Educación Popular”*. Editorial Van Dam. La Haya. 2007.
- 3.-Bodeker G, *“Global Initiative for Traditional Systems(GIFTS) of health, Report and Recommendations”*. September 2005.
- 4.-Brito Quintana, P; Campos, F; Novick, M. Organizadores *“Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades”*. OPS-OMS, 2006.



INTEGRACION,
EXTENSION,
DOCENCIA
E INVESTIGACION
PARA LA
INCLUSION
Y COHESION
SOCIAL

22 AL 25
NOVIEMBRE
DE 2011
SANTA FE
ARGENTINA



- 5.-Cueto J. “*Salud, Cultura y Sociedad en America Latina*”. IEP/OPS. 1996.
- 6.-Davini María Cristina. “*Educación permanente en salud*”. OPS/OMS, serie Paltex N° 38. Año 2005
- 7.-Díaz RRM, Carrillo CM, Terrazas RJF, Canales MCE “ *Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación.*” Rev ADM 2001; 58(2):68-73.
- 8.-Fassin D. “*Antropología y Salud en las comunidades Indígenas, Manual de Capacitación para promotores campesinos de salud, Instituto Francés de Estudios Andinos.*” Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador. 2006.
- 9.-Irigoyen M E, Zepeda Ma, Sánchez L, Molina N “ *Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México. Estudio de seguimiento longitudinal*” Rev ADM 2001; 58(3):98-104.
- 10.-Matos Mar J. “*Población y grupos étnicos de América.*” Instituto indigenista Interamericano. América Indígena. Vol. III. Numero 4. México 2004.
- 11.-Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud Y Pueblos Indígenas: Hacia Una Política Nacional Intercultural en Salud. . OPS/OMS: Washington, D.C. Febrero de 1998.
- 12.-Saltos G.N, “*Indios, Derecho Consuetudinario y Salud*”, Quito, Ecuador, 1995.
- 13.-Sirvent, M.T. “*Cultura popular y participación social.*” Editorial Facultad de Filosofía y Letras y Miño y Dávila Buenos Aires – Madrid. 1997
- 14.- Shultz, A. Luckmann, T. *Las estructuras del mundo de la vida.* Amorrourtu Editores, Buenos Aires. (1995)
- 15.-Sola J. “*La búsqueda de un nuevo modelo de atención urgente*” en Terán C. Compiladores. “*Políticas de Salud y Pueblos Indios*”. Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 2005.