

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 449

EDUCACION SANITARIA E HIGIENE DENTAL

**Informe de un Comité de Expertos
de la OMS**

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1970

© Organización Mundial de la Salud 1970

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre la reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de esas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones y Traducción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responde únicamente el autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

INDICE

	Página
1. Introducción	5
2. Problemas prioritarios de higiene dental y necesidades correspondientes en materia de educación sanitaria.	6
3. El sistema de higiene dental como base para la planificación de la educación sanitaria en esa esfera.	12
4. Definición, alcance y objetivos de la educación sanitaria en relación con la higiene dental.	14
5. Principios para la organización de la educación sanitaria en materia de higiene dental.	15
6. Principios rectores para la planificación, la ejecución y la evaluación de actividades y programas educativos sobre higiene dental	20
7. Formación de personal para la educación sanitaria en materia de higiene dental.	25
8. Investigaciones necesarias en materia de educación sanitaria sobre higiene dental	27
9. Conclusiones	28
10. Recomendaciones	30

**COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN EDUCACION SANITARIA
E HIGIENE DENTAL**

Ginebra, 2-8 de diciembre de 1969

*Miembros : **

- Dr. J. K. E. Amarin, Profesor Extraordinario, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina de Ghana, Accra, Ghana
- Dra. Andrée Chaput, Profesora, Facultad de Medicina, Universidad de París, y Estomatóloga, Hôpital Tenon, París, Francia
- Dr. M. M. Chaves, Secretario Adjunto, Asociación Latinoamericana de Escuelas de Odontología, Río de Janeiro, Brasil (*Relator*)
- Dr. H. Hillenbrand, Director Ejecutivo, Asociación Dental Americana, Chicago, Ill., Estados Unidos de América (*Presidente*)
- Profesor S. S. Kegeles, Departamento de Ciencias Psicosociales y Salud Pública, Escuela de Medicina Dental, Universidad de Connecticut, Hartford, Conn., Estados Unidos de América
- Dr. R. Pascual, Jefe Adjunto, División de Enseñanza y Planes de Estudio, Oficina de Escuelas Privadas, Departamento de Educación, Manila, Filipinas (*Vice-presidente*)
- Sr. Hailu Sebsibe, Ministro Adjunto encargado de la Formación Profesional y la Educación Sanitaria, Ministerio de Salud Pública, Addis Abeba, Etiopía
- Dr. R. O. Walker, Especialista en Odontología, Consejo de Educación Sanitaria del Reino Unido, Birmingham, Inglaterra

Representantes de otras organizaciones :

Federación Dental Internacional :

- Dr. G. H. Leatherman, Secretario General, Federación Dental Internacional, Londres, Inglaterra

Unión Internacional para la Educación Sanitaria :

- Sra. A. le Meitour-Kaplun, Asesora, Unión Internacional para la Educación Sanitaria, Ginebra, Suiza

Secretaría :

- Dr. H. C. Davis, Director, Servicio de Higiene Bucal, Londres, Inglaterra (*Consultor*)
- Dra. A. Helen Martikainen, Jefe del Servicio de Educación Sanitaria, OMS, Ginebra, Suiza (*Cosecretario*)
- Dr. V. F. Rudko, Jefe del Servicio de Higiene Dental, OMS, Ginebra, Suiza (*Cosecretario*)
- Profesora Marjorie A. C. Young, Departamento de Administración de Servicios Sanitarios, Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard, Boston, Mass., Estados Unidos de América (*Consultora*)

* No pudieron asistir a la reunión el Dr. S. Arnell, Presidente, Asociación de Odontología Preventiva, Estocolmo, Suecia, ni el Dr. A. I. Dojnikov, Vicerrector, Instituto Médico de Estomatología, Moscú, URSS

EDUCACION SANITARIA E HIGIENE DENTAL

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

Del 2 al 8 de diciembre de 1969 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria e Higiene Dental. El Dr. J. Karefa-Smart, Subdirector General, inauguró la reunión en nombre del Director General y dio la bienvenida a los miembros del Comité y a los representantes de la Federación Dental Internacional y de la Unión Internacional para la Educación Sanitaria.

En su alocución inaugural, el Dr. Karefa-Smart señaló que la OMS había convocado ya nueve reuniones de grupos internacionales de expertos para examinar cuestiones relativas a la higiene dental, y cinco para tratar de problemas de educación sanitaria, pero que era la primera vez que se confiaba a un grupo de expertos el examen a fondo de cuestiones relacionadas con ambas disciplinas. En efecto, para llegar a un nivel satisfactorio de salud bucodental, es esencial educar a los individuos de manera que adquieran hábitos sanos de higiene dental. El Dr. Karefa-Smart expresó la convicción de que los trabajos del Comité serían sumamente útiles para los servicios de salud y para las instituciones de educación de los Estados Miembros de la Organización.

1. INTRODUCCION

La prevalencia mundial de las odontopatías constituye un testimonio permanente de la necesidad casi universal de organizar programas eficaces de educación en materia de higiene dental. En muchos países se han distribuido grandes cantidades de material educativo y además, desde hace muchos años se vienen organizando programas de información sobre higiene dental en escuelas y otras instituciones. Sin embargo, esos esfuerzos no han bastado para modificar el comportamiento del público en la medida que se esperaba. Incluso en los países donde los servicios de asistencia odontológica son dispensados gratuitamente por personal competente, muchas personas no se hacen tratar como debieran. En consecuencia, es urgente dar una orientación más eficaz a la educación en materia de higiene dental.

En todas las regiones del mundo, independientemente de su grado de desarrollo, se concede desde hace algunos años una importancia creciente a la educación en tanto que medio de prevenir y resolver los problemas

de salud. Ello se debe en gran parte al reconocimiento de que, entre los factores que intervienen en la etiología y la persistencia de las enfermedades así como en la conservación y el mejoramiento de la salud, muchos dependen más del comportamiento individual y colectivo que de las condiciones del medio. Teniendo en cuenta que el estado de salud bucodental depende en gran medida del comportamiento de los individuos y de los grupos durante su existencia, la aplicación de medidas eficaces de educación sanitaria es indispensable para lograr un mejoramiento general de la situación a este respecto.

La misión del Comité consistía en :

1) informar sobre la situación actual de la educación sanitaria en relación con las necesidades y problemas prioritarios en materia de higiene dental ;

2) examinar los principios fundamentales que han de aplicarse a las actividades educativas de higiene dental habida cuenta de las investigaciones realizadas en materia de educación y ciencias psicosociales ;

3) definir, a partir de esos principios, las normas generales que deben seguir la planificación, la ejecución y la evaluación de programas educativos de higiene dental ;

4) determinar las necesidades en esa esfera por lo que respecta a personal, instalaciones e investigación.

En el presente informe se exponen a grandes rasgos los principales problemas que plantea la educación sanitaria en relación con la higiene dental, pero no se indica ningún procedimiento detallado para preparar y poner en práctica un tipo determinado de programas educativos. Hasta ahora, esos programas han revestido formas sumamente diversas ; por eso, los miembros del Comité han insistido en que cada programa debe estar concebido en función de los problemas que sea preciso resolver por métodos educativos, y que antes de tomar ninguna medida es preciso hacer un *diagnóstico* de la situación.

2. PROBLEMAS PRIORITARIOS DE HIGIENE DENTAL Y NECESIDADES CORRESPONDIENTES EN MATERIA DE EDUCACION SANITARIA

2.1 Introducción

2.1.1 Relación entre salud dental y salud en general

Según la Constitución de la OMS, la salud es « un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ». Esta definición se aplica al individuo en su totalidad y por lo tanto a la parte del organismo que es la cavidad bucal.

Un precedente Comité de Expertos de la OMS estimó que la salud dental es el estado de normalidad funcional de los dientes y del parodontio, así como de las partes vecinas de la cavidad bucal y de las diversas estructuras relacionadas con la masticación y que forman parte del complejo maxilo-facial.¹ El alcance de la salud dental es por consiguiente más amplio de lo que ese término da a entender, y tal vez fuera más exacto utilizar la expresión «salud bucal». En el presente informe se utilizan indistintamente esas dos denominaciones.

La salud dental es inseparable de la salud en general porque las enfermedades de la cavidad bucal pueden ser una manifestación o un factor agravante de ciertos trastornos generalizados. Por consiguiente, toda medida encaminada a mejorar o a conservar la salud dental puede ser sumamente importante para la protección de la salud en general.

2.1.2 *Obstáculos que se oponen a la adopción de un concepto positivo de la salud dental*

En general sólo se aprecia debidamente la salud cuando ésta es deficiente. Con frecuencia los primeros síntomas de una enfermedad, y en particular de una odontopatía, pasan desapercibidos o apenas se les concede importancia.

El carácter crónico, recurrente, irreversible, cumulativo y generalizado de las odontopatías, hace difícil la adopción de un concepto positivo de la salud dental. Esas características contribuyen a acreditar la creencia de que los problemas dentales son inevitables y que su prevención es imposible.

Por otra parte, la importancia que se concede a la dentadura varía según los individuos. Algunos protegen sus dientes por su valor funcional y estético; otros los cuidan porque estiman que contribuyen a su bienestar social y mental; y, por último, para muchos la dentadura parece tener tan poco valor que apenas hacen nada por conservarla o protegerla.

Estas dificultades se agravan por el hecho de que las prótesis dentales son relativamente eficaces, cómodas y socialmente aceptables. Las personas para quienes la pérdida de los dientes como consecuencia de una enfermedad es inevitable, consideran esas prótesis como la mejor solución posible.

Otros obstáculos importantes que se oponen a la adopción de un concepto positivo de la salud dental son el carácter poco espectacular de la mayoría de las odontopatías; la asociación del tratamiento de esas enfermedades con la idea de dolor, de molestia e incluso de angustia; y la falta de constancia que demuestran muchas personas para aplicar con regularidad las prácticas de higiene bucal y general necesarias para prevenir o curar las afecciones dentales.

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, N° 289, pág. 5.

2.2 Caries dental y parodontopatías

2.2.1 Consideraciones fundamentales

La frecuencia universal de la caries dental y de las parodontopatías es un hecho indiscutible. Aunque su incidencia y su prevalencia varían según las colectividades, y todos los grupos de edad son vulnerables, la caries dental tiende a ser más frecuente entre los jóvenes, y las parodontopatías entre los adultos. En ambos casos se trata de enfermedades crónicas destructivas: en efecto, la caries destruye los tejidos duros de los dientes, y las parodontopatías las estructuras y tejidos de sostén. Ambas dolencias pueden causar dolor, infecciones, desfiguramiento, alteración de ciertas funciones y problemas de orden psicológico.

Investigaciones recientes han puesto de manifiesto la presencia de un factor común, en las fases iniciales de la evolución de las dos enfermedades, a saber, la formación de « placas » en la superficie del diente. Las placas se componen de materias orgánicas e inorgánicas en las que se desarrollan microorganismos que pueden ser nocivos tanto para los tejidos dentales como para el parodoncio.

La evolución normal de estos dos tipos principales de odontopatías presenta una diferencia muy importante desde el punto de vista de la prevención y del tratamiento. En el caso de la caries, el daño que sufre la estructura del diente es permanente e irreversible, y casi siempre exige la intervención del dentista; en cambio la inflamación de las encías se puede combatir, por lo general eficazmente, con una mejor higiene bucal.

2.2.2 Consecuencias para la educación sanitaria

En el estado actual de los conocimientos, la prevención de esas enfermedades exige una acción educativa que abarque tres puntos principales:

- 1) adopción y aplicación regular e ininterrumpida de las prácticas recomendadas en materia de higiene bucal y de alimentación;
- 2) asistencia odontológica periódica, sea para el tratamiento precoz de enfermedades, sea para la aplicación de medidas específicas de prevención: aplicación tópica de fluoruros para prevenir la caries dental o limpieza de los dientes por un dentista para prevenir las parodontopatías;
- 3) aplicación de medidas que interesen al conjunto de la colectividad, por ejemplo la fluoración del agua.

Aunque esas medidas parecen relativamente fáciles de entender y de aplicar, en la práctica se puede tropezar en muchas dificultades. Por ejemplo, diversos factores sociales, culturales y económicos o determinadas circunstancias pueden impedir que los individuos dispongan de un régimen alimentario satisfactorio o se cepillen los dientes correctamente y con la frecuencia debida. Además, la disponibilidad, la aceptación y la utiliza-

ción de los servicios de tratamiento odontológico pueden verse comprometidas por factores sociales, económicos, psicológicos y del medio. En las siguientes secciones del presente informe se examinan otros obstáculos especiales de este tipo.

Puesto que la lucha contra la caries dental y las parodontopatías tiene una importancia decisiva para el mejoramiento de la salud dental en todo el mundo, es preciso darle la prioridad absoluta en los programas de educación sobre higiene dental. Ahora bien, los responsables de la planificación de esos programas deben tener presentes las diferencias epidemiológicas que pueden existir entre los grupos de edad y entre las distintas regiones, así como la diversidad de las condiciones culturales, sociales y económicas. Esas consideraciones se aplican igualmente a todas las demás enfermedades y anomalías dentofaciales que a continuación se examinan.

2.3 Maloclusión y otras anomalías dentofaciales

2.3.1 Consideraciones generales

Son frecuentes los casos de maloclusión debidos a un desarrollo anormal del esqueleto facial o a irregularidades en el espaciamento y la posición de los dientes. Muchas de esas anomalías son congénitas pero otras se deben a malos hábitos contraídos durante la infancia o a la caída prematura de los dientes. Al favorecer la retención de residuos de alimentos y hacer más difícil la eliminación de la placa dental, las maloclusiones favorecen la aparición de las caries y de las parodontopatías.

Ciertas anomalías dentales o faciales, como el labio leporino y la fisura palatina, son evidentes desde el nacimiento, y plantean problemas considerables para el dentista, el cirujano, el logoterapeuta, la familia del paciente y el paciente mismo. Otras anomalías sólo aparecen más tarde, durante la infancia o la adolescencia, cuando se observan defectos en el número y la formación de los dientes o en el desarrollo del esqueleto facial.

Afortunadamente, es posible corregir en gran medida las maloclusiones y la mayoría de las deformaciones dentales y faciales si se diagnostican a tiempo.

2.3.2 Consecuencias para la educación sanitaria

Cuando se trata de anomalías visibles, el objetivo principal de la acción educativa debe ser prevenir los posibles efectos de esas anomalías sobre el desarrollo de la personalidad del niño, sobre su apariencia física y sobre la adquisición de los mecanismos del lenguaje. Hay que tener también en cuenta las reacciones afectivas de los padres — aceptación o rechazo del niño — y enseñarles a enfrentarse con los problemas de alimentación, de elocución, etc., que se plantean en esos casos.

La integración social del individuo que presenta un labio leporino o una fisura palatina puede ser difícil porque a menudo se le considera

« diferente » del resto de la población. Pueden plantearse graves problemas psicológicos durante la adolescencia, cuando las diferencias revisten mayor importancia para el individuo, y al comienzo de la edad adulta, cuando éste trata de conseguir un empleo. Para la mayoría de las personas operadas de labio leporino o fisura palatina se necesitarán por lo tanto actividades educativas expresamente destinadas a aportar un apoyo afectivo.

En los casos de maloclusión, es preciso insistir además en la necesidad de aplicar lo antes posible un tratamiento correctivo a fin de prevenir no sólo los problemas psicológicos y estéticos ya mencionados sino también la caries dental y las parodontopatías.

2.4 Tumores

2.4.1 Consideraciones generales

Los tumores que afectan únicamente a los tejidos dentales son más bien raros, pero no puede decirse lo mismo de los tumores del parodocio. Su formación puede guardar relación con la irritación crónica provocada por dientes careados, o por reparaciones y prótesis mal ajustadas o con la exposición continua a sustancias tóxicas como las que contiene el tabaco. El principal problema a este respecto es el que plantea el cáncer de la cavidad bucal.

2.4.2 Consecuencias para la educación sanitaria

Ciertas observaciones permiten pensar que es posible reducir la frecuencia de los cánceres de la cavidad bucal eliminando las irritaciones crónicas, las infecciones o la exposición continua a sustancias tóxicas. Convendría, pues, organizar actividades educativas referidas a cada uno de los elementos que pueden desempeñar algún papel en la prevención.

La localización a tiempo y el tratamiento rápido de las lesiones bucales son indispensables para prevenir la deformación facial y la reducción de la función dental. A fin de alcanzar este objetivo altamente prioritario, lo más importante en la esfera de la educación es enseñar a los dentistas a identificar los primeros signos y síntomas del cáncer, en particular de la cavidad bucal, para que envíen a los enfermos a los servicios competentes de diagnóstico.

Otra actividad educativa relacionada con las anteriores es, por supuesto, la encaminada a conseguir que todo el mundo acuda al dentista con regularidad y constancia.

2.5 Traumatismos (accidentes)

2.5.1 Consideraciones generales

Las dislocaciones y las fracturas de dientes y mandíbulas son a menudo consecuencia de accidentes del tráfico o del trabajo y de la práctica del

deporte. Es indudable que con el aumento mundial del tráfico aéreo y terrestre, de la industrialización y de las actividades deportivas, aumentará también la prevalencia de esos traumatismos.

El tratamiento de esos traumatismos y de sus secuelas exige una gran competencia técnica y un conocimiento perfecto de los métodos modernos de reanimación y rehabilitación. En pocas otras ramas de la práctica odontológica siente el dentista una impresión más neta de pertenecer al cuerpo de profesionales de la salud. Los casos que se presentan pueden variar desde un nervio al descubierto, como consecuencia de la fractura de un diente, hasta la destrucción grave de los tejidos blandos y duros de la cara, y desde la reparación de un diente hasta el tratamiento prolongado de mutilaciones o desfiguraciones.

2.5.2 *Consecuencias para la educación sanitaria*

Es manifiestamente necesario organizar programas más eficaces de prevención de accidentes a fin de reducir la frecuencia de los traumatismos mencionados. Además, habría que tratar de modificar los elementos del medio y de las diversas instalaciones que provocan esos accidentes.

Concretamente, debería dedicarse más atención al diseño de los automóviles, sobre todo en el interior, para prevenir las lesiones bucales y faciales provocadas por los choques contra superficies duras. La frecuencia y la gravedad de los traumatismos bucodentales resultantes de la práctica de deportes violentos se podría reducir considerablemente utilizando dispositivos adecuados de protección que ajusten bien. Una vez que se hubiera logrado fabricar y ensayar debidamente esos dispositivos, habría que persuadir de la conveniencia de usarlos a todas las personas que practican deportes en los que es grande el riesgo de recibir golpes en la cara y en la boca.

2.6 **Manifestaciones bucales de enfermedades generalizadas y de otras afecciones**

2.6.1 *Consideraciones generales*

Las manifestaciones bucales de enfermedades generalizadas son frecuentes. En efecto, la diabetes, las enfermedades de la sangre, las avitaminosis, ciertos tratamientos medicamentosos, diversas infecciones, los estados de ansiedad, el embarazo y muchas otras situaciones y condiciones pueden provocar una alteración de los tejidos bucales. No es difícil, por lo tanto, demostrar la importancia de los síntomas y signos, observados en la cavidad bucal para el diagnóstico de enfermedades generalizadas y de otras dolencias.

A medida que aumenta el número de personas que reciben regularmente asistencia odontológica, es mayor la responsabilidad del dentista en lo que

se refiere al estado general de salud de sus pacientes. Hay que destacar por tanto la importancia del papel que puede desempeñar facilitando el diagnóstico precoz de las enfermedades y dirigiendo a los enfermos a los servicios de asistencia médica competentes.

2.6.2 Consecuencias para la educación sanitaria

Para que el dentista esté dispuesto a desempeñar su papel en la localización precoz de enfermedades generalizadas y para que el público esté al corriente de esa función, la acción educativa debe perseguir dos objetivos principales. El primero es enseñar al dentista a hacer un diagnóstico diferencial de las diversas afecciones que pueden provocar una alteración de los tejidos de la cavidad bucal. El segundo consiste en explicar al público los riesgos que presenta la publicidad, la venta y el empleo de ciertos productos farmacéuticos tales como los enjuagatorios, que pueden enmascarar diversos síntomas de enfermedades bucales e impedir que el individuo se dé cuenta de la necesidad de consultar inmediatamente con un especialista, retrasando así el diagnóstico y el tratamiento.

3. EL SISTEMA DE HIGIENE DENTAL COMO BASE PARA LA PLANIFICACION DE LA EDUCACION SANITARIA EN ESA ESFERA

3.1 Introducción

Al ser la salud dental parte integrante de la salud en general, los programas de higiene dental deben considerarse como elementos esenciales de los programas generales de salud. En todo programa de salud pública, por rudimentario que sea, hay que prever la manera de atender las necesidades en materia de higiene dental.

En cualquier país, región o localidad es siempre posible identificar y describir un sistema de salud pública del que forma parte integrante el sistema de higiene dental. Ambos se integran a su vez en la superestructura que representa el conjunto de la colectividad, que es el que es preciso tener en cuenta cuando se trata de organizar un programa eficaz de educación sanitaria sobre higiene dental.

3.2 Elementos del sistema

La colectividad no comprende solamente la clientela del sistema de higiene dental sino también el personal que atiende los servicios públicos y privados de asistencia odontológica. La formación de este personal depende de otro sistema secundario formado por las escuelas de odontología y centros de enseñanza afines. Otro sistema secundario produce el

equipo y los materiales que necesitan los servicios de asistencia odontológica. El coste de estos servicios, incluyendo la formación de personal y la producción de materiales, depende de los recursos totales con que cuente la colectividad y de la actitud de la administración acerca de la manera de emplear esos recursos. En esa actitud influye la opinión pública, que a su vez sufre la influencia de factores tales como *a)* la información técnica facilitada por los miembros del cuerpo de dentistas y *b)* la observación directa por el público de lo que le aportan los servicios de asistencia odontológica, en comparación con lo que de ellos se espera y con lo que le cuestan.

3.3 El sistema en acción

Todos los elementos del sistema están constantemente en estado de interdependencia dinámica; las informaciones circulan entre los diversos elementos que se influyen recíprocamente. Para lograr la integración total de un programa de higiene dental es indispensable tener en cuenta esas influencias recíprocas. Por ejemplo, no se puede lanzar un programa educativo destinado a intensificar la demanda de servicios de asistencia odontológica sin saber de que tiempo disponen los dentistas privados y los que ejercen en dispensarios o en qué medida es posible aplicar esos servicios.

La clientela se puede considerar desde diversos puntos de vista: en tanto que pacientes individuales; en tanto que miembros de grupos determinados (niños en edad escolar, mujeres que reciben asistencia en clínicas prenatales, trabajadores de una fábrica, etc.); o en tanto que miembros de la colectividad en general. Por supuesto, según el punto de vista que se adopte se observará un tipo u otro de influencia recíproca entre los distintos elementos del sistema de higiene dental.

El dentista es uno de los elementos más influyentes del sistema. En tanto que profesional en ejercicio, su influencia se deja sentir de muchas formas en el funcionamiento de todo el sistema. Por ejemplo, es a la vez un educador para sus pacientes y para otros miembros de la profesión, y un especialista con un alto grado de competencia técnica. Cada una de esas funciones supone una combinación distinta de influencias recíprocas dentro del sistema, combinaciones que varían según los pacientes, los problemas y las regiones.

Otros grupos importantes del sistema son los administradores de programas de salud pública, las personas responsables de la formación del personal de odontología, las que contribuyen a moldear la opinión pública, las que diseñan y fabrican el equipo de odontología y el material de enseñanza, y las que toman las decisiones de carácter político en todos los niveles. Todos esos grupos influirán de una manera o de otra sobre el alcance, el contenido, los métodos y los objetivos de los programas de educación sanitaria en relación con la higiene dental.

4. DEFINICION, ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION SANITARIA EN RELACION CON LA HIGIENE DENTAL

El Comité de Expertos de la OMS en Planificación y Evaluación de Servicios de Educación Sanitaria describe esta actividad en los siguientes términos :¹

La educación sanitaria es, ante todo, una actividad orientada hacia la población. En general, sus fines consisten en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar juiciosamente los servicios de salud puestos a su disposición y a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el medio en que habitan.

Como la educación sanitaria en materia de higiene dental forma parte integrante de la educación sanitaria en general, será preciso para alcanzar los objetivos de la higiene dental, aplicar los principios y los métodos que han resultado eficaces en otros sectores de la educación sanitaria. La medida en que se llegarán a alcanzar esos objetivos dependerá de una serie de factores interdependientes, y en particular :

1) de la facilidad de acceso a los servicios de higiene dental y de la posibilidad, para los interesados, de recibir consejos de personas que les inspiren confianza ;

2) de la posibilidad, desde el punto de vista económico, de poner en práctica las medidas de higiene dental preconizadas ;

3) de la compatibilidad de las prácticas de higiene dental recomendadas con las costumbres, tradiciones y creencias de los individuos, las familias y los grupos ;

4) la medida en que la población haya adquirido ya la educación suficiente para comprender y desear los beneficios que resultarán de la introducción de nuevos hábitos de higiene dental incluso si, como ocurre muchas veces, ese cambio exige un importante sacrificio personal de carácter financiero, social o psicológico.

Es por lo tanto indispensable que todo el personal de sanidad y cuantas personas participan en las actividades educativas de higiene dental sepan que las modificaciones del comportamiento en materia de higiene dental están condicionadas por realidades sociales, psicológicas y económicas, así como por la calidad, la importancia y la disponibilidad de los servicios. Es igualmente esencial que todos los que participan en la actividad de los servicios de higiene dental sepan que la puesta en práctica de los principios y de los planes de acción sanitaria y el éxito de los programas de salud

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1969, N° 409, pág. 8.

dependen en gran parte de la actitud de las poblaciones a cuyo provecho y bienestar se destinan.

Aunque no existe ningún método simple e infalible para hacer comprender a la gente la necesidad de modificar sus hábitos de higiene dental, esa educación es sin embargo necesaria en todos los estratos sociales a fin de obtener el máximo provecho de las inversiones hechas por un país para elevar el nivel de la higiene dental de su población, reducir los principales problemas y riesgos en esa esfera y promover la higiene bucal.

En última instancia, el objetivo de todos los planes de educación sanitaria en materia de higiene dental es que todos los individuos consigan y mantengan para siempre un grado óptimo de salud dental y bucal. Aunque tal vez nunca se llegue a alcanzar ese objetivo en su totalidad, puede conseguirse mucho mediante una aplicación acertada de los conocimientos de que hoy se dispone sobre el comportamiento humano y sobre la manera de modificar los hábitos sociales y las ideas.

5. PRINCIPIOS PARA LA ORGANIZACION DE LA EDUCACION SANITARIA EN MATERIA DE HIGIENE DENTAL

5.1 Reseña de las actividades educativas de higiene dental ya realizadas y en curso

5.1.1 La educación sanitaria y la higiene dental en las escuelas

El examen de las publicaciones que tratan de la educación sanitaria en las escuelas revela que en los establecimientos docentes de muchos países se ha tratado desde hace años de aplicar programas de higiene dental. Se trata esencialmente de programas de tipo informativo y su contenido es casi siempre invariable; lo mismo puede decirse de los programas de iniciación a la higiene dental destinados sobre todo al personal docente. A pesar de haberse demostrado ampliamente que la comunicación de informaciones sobre higiene dental a maestros y alumnos, no es un método eficaz para modificar el comportamiento, es este sistema el que sigue predominando.

5.1.2 La educación sanitaria y la higiene dental entre los adultos

Diversos estudios han puesto de manifiesto hasta qué punto los padres pueden contribuir a inculcar a los niños las prácticas de higiene dental. La influencia de los padres sobre la actitud del niño se manifiesta no sólo en esta esfera sino en todas las ramas de la salud. Aunque todo el mundo reconoce la necesidad y la importancia de la educación de los padres en materia de higiene dental, las opiniones varían en cuanto al contenido que han de tener los programas y a los métodos que deben aplicarse.

En los países que están en condiciones de atender la demanda de servicios de tratamiento odontológico, la educación sanitaria de los adultos

en materia de higiene dental gira en torno a la relación entre el dentista y el paciente. Es evidente que los dentistas no aprovechan plenamente las posibilidades que se les ofrecen de educar a sus pacientes y que las actividades docentes que los dentistas despliegan fuera de sus consultorios son muy limitadas; es posible que ello obedezca en gran parte a la formación que reciben los dentistas, basada sobre todo en las nociones de terapéutica, reparación y restauración, y en la que apenas se concede importancia a las actividades preventivas y educativas. Otra causa pudiera ser la manera en que está organizada y remunerada la práctica de la odontología.

5.2 Nociones fundamentales de ciencias sociales aplicables a la educación sanitaria en materia de higiene dental

En 1964, el Comité de Expertos de la OMS en Organización de Servicios de Higiene Dental destacó en los siguientes términos la importancia de las investigaciones sobre problemas sociales y del comportamiento: ¹

El mejoramiento de los programas de higiene dental supone casi siempre una mejor comprensión de las actividades y del comportamiento del hombre. Al observar que el público se resiste a aceptar la aplicación de métodos prácticos como la fluoruración del agua y que apenas recurre a los servicios odontológicos que se le ponen a su alcance, los dentistas suelen atribuir sus fracasos a elementos imponderables que califican de «indiferencia o ignorancia del público».

En el curso del pasado decenio los especialistas en ciencias sociales han manifestado un interés cada vez mayor por el estudio de la importancia que tiene el comportamiento de los pacientes, lo cual ha permitido explicar de manera más ajustada a la realidad el fracaso de los esfuerzos desplegados por los dentistas para educar a los pacientes en materia de higiene bucal.

Sin disponer de una información muy completa acerca del paciente y de sus antecedentes familiares, sus relaciones sociales, sus experiencias, sus apreciaciones, sus motivaciones, sus creencias, sus intereses y sus escalas de valores, es imposible planificar actividades y programas educativos de higiene dental que tengan sentido y sean eficaces. Se han estudiado, con los resultados que se resumen a continuación, algunas variables psicosociales y culturales relacionadas con la educación sanitaria y la higiene dental.

5.2.1 Intimidación

La importancia del miedo como medio de persuasión del público en la esfera de la salud es interesante para el personal encargado de la educación sanitaria, y en particular de la enseñanza de la higiene dental. Los numerosos trabajos de investigación realizados estos últimos años sobre diversos aspectos de este problema han revelado que los efectos de la intimidación

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, N° 298, pág. 28.

varían según el nivel de instrucción, los ingresos, la profesión, la personalidad del individuo, y la naturaleza del problema sanitario de que se trate. Esas variables son importantes y hay que tenerlas en cuenta al preparar cualquier programa de educación sanitaria.

Al estudiar el efecto de la intimidación, se ha advertido que para que un individuo adopte una determinada actitud es preciso que sus reacciones emotivas alcancen una determinada intensidad. Ahora bien, el miedo puede ser sólo uno de los diversos factores capaces de provocar las reacciones emotivas necesarias y es esencial elegir el estímulo más apropiado a la reacción que se desea obtener.

5.2.2 *El comportamiento preventivo en materia de salud*

La mayoría de los individuos saben que están expuestos a ciertas enfermedades dentales pero nadie toma ese problema en serio. En consecuencia, nunca se considera urgente la prevención de los problemas dentales que pueden presentarse, a pesar de que casi todo el mundo sabe las precauciones que hay que tomar.

Incluso cuando se sabe que una persona tiene motivos para proteger su salud dental, es imposible prever qué medidas adoptará, si es que adopta alguna. En realidad, el individuo adoptará tal o cual comportamiento en función de la idea particular que se hace de las soluciones que se le ofrecen y, entre ellas, de las que juzgue más eficaces para resolver su problema dental. Todas esas percepciones son muy subjetivas, y por ello puede ocurrir que la actitud adoptada por un individuo no sea la más adecuada o eficaz a juicio del dentista.

De diversas observaciones se desprende que, en muchos casos, las personas que creen en la posibilidad de prevenir las afecciones dentales piensan también que es posible prevenir estas enfermedades, y que las que adopten un comportamiento preventivo en materia de salud dental hacen lo mismo en las demás esferas de la salud. Además, las ideas y el comportamiento respecto de la prevención de las enfermedades dentales parecen guardar una estrecha relación con la idea general que el individuo se hace de la prevención. En esas condiciones, las actividades encaminadas a fomentar la adopción de un comportamiento preventivo frente a los problemas de salud en general pueden ser tan eficaces, o más, que las que tienen directamente por objeto la prevención de las afecciones dentales.

Hay actos, como el de ir al dentista, que a veces se consideran desagradables, dolorosos, molestos, costosos o incómodos. Otros, pueden ser incompatibles con las normas de comportamiento social y cultural del interesado.

5.2.3 *Situación social y económica*

Numerosos estudios han indicado que existe una relación entre la categoría social y económica del individuo y la utilización de los servicios de

asistencia odontológica. Las personas cuyo nivel de instrucción, categoría profesional e ingresos son relativamente bajos acuden al dentista para recibir asistencia preventiva con menor frecuencia que las pertenecientes a grupos más privilegiados. Para cambiar esa situación no basta con facilitar servicios gratuitos sino que es preciso modificar las actitudes y los hábitos de higiene dental de los grupos con ingresos más modestos y encontrar nuevos métodos de organización y remuneración de la asistencia odontológica preventiva y curativa.

5.2.4 *Resumen*

Un examen de las publicaciones especializadas más recientes confirma que la opinión del hombre de la calle sobre lo que conviene hacer en materia de higiene dental varía según la categoría social y económica del individuo, y el grupo cultural a que pertenezca, y que esa opinión es un elemento determinante del comportamiento individual. Las relaciones entre las múltiples variables psicosociales y culturales que se influyen recíprocamente son complejas y todavía mal conocidas.

Muchos especialistas en ciencias sociales sostienen que la información no basta para modificar profundamente la opinión de una persona acerca de lo que constituye un comportamiento adecuado o eficaz en materia de higiene dental. Para el profano, la salud y la enfermedad son experiencias personales que pueden traducirse en gastos, sufrimientos, angustia y frustración de aspiraciones, de necesidades y de deseos personales; es decir que el individuo no juzga la enfermedad basándose en las estadísticas de prevalencia sino en función de la manera en que le afecta personalmente. Por eso, los esfuerzos encaminados a modificar el comportamiento en materia de higiene dental han de basarse en la relación entre las prácticas recomendadas y la escala de valores de las personas a quienes esas recomendaciones van dirigidas. Por desgracia, muchos dentistas y otros profesionales de la sanidad tienden a comportarse con los pacientes como si estos compartieran su propio sistema de valores.

El comportamiento poco satisfactorio en materia de higiene dental no se debe simplemente a la falta de educación « dental », a la penuria de medios económicos o al miedo al dentista. Por eso, conviene que los programas educativos en esta esfera estén concebidos de manera amplia, teniendo en cuenta los múltiples factores interdependientes que entran en juego.

5.3 **Conceptos fundamentales de la educación sanitaria en relación con la higiene dental**

Los programas de educación sanitaria sobre higiene dental tienden en última instancia a actuar sobre el comportamiento, es decir a reforzar y mantener los hábitos satisfactorios desde el punto de vista sanitario o a cambiar esos hábitos en sentido favorable para la salud del individuo, del

grupo o de la colectividad. Así pues, en la planificación de la educación sanitaria sobre higiene dental han de tenerse en cuenta no sólo las fuerzas interiores del individuo que condicionan su comportamiento (creencias, actitudes, intereses, escalas de valores, necesidades, motivaciones, esperanzas, reacciones y factores biológicos) sino también las fuerzas exteriores que actúan sobre las primeras — y recíprocamente — o influyen sobre el comportamiento individual (la familia, los parientes, las amistades, los recursos médicos y sanitarios disponibles, etc.). Todas esas fuerzas se encuentran en un estado dinámico de acción recíproca, por lo cual los métodos educativos de higiene dental han de ser flexibles y adaptarse constantemente a la evolución del individuo y de la situación en la que se encuentra.

Uno de los principales puntos débiles de muchos programas educativos de higiene dental es que se ha descuidado la formulación de un diagnóstico adecuado en la esfera de la educación antes de trazar un plan de actividades. Si no se dispone de una información muy completa acerca de los individuos, de su medio familiar, de sus valores sociales y culturales, de sus creencias, de sus reacciones y de sus aspiraciones, es imposible organizar actividades educativas y programas de higiene dental adecuados y útiles. Incluso cuando se dirige a un grupo de personas con problemas de higiene dental análogos el educador debe tener en cuenta las diferencias individuales y diversificar las enseñanzas.

Los principales elementos de todo programa de educación son los siguientes :

- 1) el educador (dentista, maestro, madre de familia, etc.), es decir, la persona que trata de ejercer su influencia sobre el discípulo ;
- 2) el discípulo o el grupo a que se destina el programa ;
- 3) los objetivos, es decir, el cambio de comportamiento que el educador trata de conseguir en sus discípulos.

Para influir sobre el discípulo, el educador de higiene dental puede aplicar, aisladamente o en combinación, cualquiera de los métodos existentes de educación individual, de grupo o de masa. La elección y la aplicación del método vendrán determinadas por el resultado del diagnóstico previo que se haga de la situación. La ineficacia de muchos programas educativos de higiene dental se debe a la tendencia del personal responsable a fijar *a priori* los objetivos y a orientar la acción educativa hacia el logro de esos objetivos que son importantes para el personal, prescindiendo de la participación activa del discípulo en el proceso educativo.

Al preparar programas educativos de higiene dental hay que tener en cuenta múltiples factores y fuerzas tanto interiores como exteriores que influyen sobre el resultado del proceso de educación, por ejemplo :

- a) los objetivos (generalmente implícitos) que el propio educando

asigna a la educación sanitaria sobre higiene dental y que están determinados por distintos factores psicosociales y culturales ;

b) otros objetivos que para el individuo son más importantes que la higiene dental, por ejemplo el deseo de mejorar su condición social, las relaciones con personas del sexo opuesto y el aumento de los ingresos ;

c) actitud del discípulo frente al educador, que puede llegar hasta el deseo de hacerle callar o de cerrarse a su influencia ;

d) influencias, distintas a las actividades educativas previstas, que pueden ejercerse en cualquier momento sobre el educando, por ejemplo, publicidad sanitaria engañosa y presiones sociales ;

e) obstáculos que el educador ha de reducir, eliminar o salvar para que el discípulo pueda dar el primer paso hacia la meta fijada, por ejemplo, dificultades de comunicación, intereses del discípulo, motivaciones, reacciones y experiencias personales.

Todas esas fuerzas y muchas otras se influyen recíprocamente y de manera compleja, y tienden a debilitar, a dispersar y a alterar el efecto previsto de la labor educativa. Por consiguiente, cuanto más presentes tenga el educador esos factores y fuerzas y cuanto mejor los comprenda, más eficaz y ajustado a la realidad será su plan de actividades educativas.

El proceso de educación debe aplicarse continuamente en todos los niveles de la acción preventiva. En el Cuadro que sigue se indican los elementos del programa de educación que son aplicables en los diversos niveles.

6. PRINCIPIOS RECTORES PARA LA PLANIFICACION, LA EJECUCION Y LA EVALUACION DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE HIGIENE DENTAL

La planificación de la educación sanitaria en relación con la higiene dental debe inscribirse en el marco de la preparación del programa general de asistencia odontológica y en ambos casos conviene aplicar sistemáticamente los mismos métodos, a saber :

Acopio de datos esenciales para la planificación, por ejemplo :

- 1) estadísticas de las odontopatías según la edad, la situación social, etc. ;
- 2) prioridad concedida a los problemas de higiene dental en los programas sanitarios de todo tipo ;
- 3) servicios e instalaciones de higiene dental existentes o potenciales ;

APLICACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN HIGIENE DENTAL ^a

Prevención primaria		Prevención secundaria	Prevención terciaria	
Fomento de la salud	Protección especial	Diagnóstico y tratamiento precoces	Limitación del daño	Rehabilitación
<p>Educación sanitaria sobre higiene dental</p> <p>Propaganda en favor del reconocimiento dental periódico</p> <p>Alimentación racional adaptada a las diversas fases del desarrollo del individuo</p> <p>Vigilancia del desarrollo de la personalidad</p> <p>Asesoramiento en cuestiones de genética</p> <p>Medidas destinadas a obtener condiciones de vida óptimas</p>	<p>Higiene bucal individual</p> <p>Acción sobre el medio: fluoración del agua, aplicación tópica de fluoruros y otras medidas preventivas</p> <p>Protección contra los accidentes del trabajo y los traumatismos deportivos (empleo de dispositivos de protección bucodental, etc.)</p> <p>Utilización de ciertos nutrientes esenciales (por ejemplo el flúor)</p> <p>Protección contra agentes carcinógenos (por ejemplo, medidas contra el hábito de fumar)</p>	<p>Medidas de localización de casos (por ejemplo, radiografías)</p> <p>Encuestas de localización (por ejemplo, del cáncer de la boca)</p> <p>Sistemas de citación ulterior del paciente para nuevo examen</p> <p>Tratamiento de dientes careados</p> <p>Limpeza de los dientes por el dentista</p> <p>Eliminación de infecciones</p> <p>Instalación de dispositivos de ortodoncia y espaciamiento</p>	<p>Tratamiento para combatir la caries dental y las periodontitis, y para prevenir complicaciones y secuelas</p> <p>Colocación de prótesis con fines funcionales o estéticos</p> <p>Tratamiento de otras anomalías y afecciones bucodentales</p>	<p>Instrucción sobre el empleo de las dentaduras postizas</p> <p>Educación prequirúrgica y postquirúrgica de los operados de la boca</p>

^a Basado en Leavell, H. R. y Clark, E. G. (1958) *Preventive medicine for the doctor in his community*, 2ª ed., Nueva York, McGraw-Hill.

4) información sobre la población a la que va destinado el programa : idea que tiene de la higiene dental, interés por el problema, costumbres, creencias, tabús y hábitos ;

5) medios de comunicación con el público : vías por las que éste obtiene la información sobre problemas dentales y personas que le inspiran confianza ;

6) posible conflicto con otros programas en curso de ejecución en la región y actitud del público hacia esos programas ;

7) sectores de la población cuya intervención es necesaria.

Establecimiento de los objetivos de la educación sanitaria sobre higiene dental, por ejemplo :

1) acciones que se esperan de los individuos, de las familias y de otros grupos sociales ;

2) creencias especialmente relacionadas con la higiene dental, y que conviene modificar ;

3) información que necesita el público para que actúe en el sentido deseado.

Determinación de los obstáculos que se oponen a la educación sanitaria sobre higiene dental y forma de superarlos, por ejemplo :

1) cuestiones que tienen prioridad sobre la higiene dental ;

2) dificultades de comunicación (diferencias de idioma, grado de alfabetización, etc.) ;

3) aislamiento geográfico (poblaciones muy alejadas de los servicios de asistencia odontológica) ;

4) capacidad, principalmente económica, de la población para adoptar las medidas preconizadas, por ejemplo para adquirir los alimentos, cepillos de dientes y dentífricos necesarios, y posibilidad de obtener servicios de tratamiento odontológico ;

5) actitud de la población frente a programas de higiene dental, como la fluoración del agua destinada al abastecimiento público ;

6) actitud frente a las personas responsables de los servicios de asistencia odontológica y de los programas de educación.

Evaluación de los recursos aparentes y potenciales :

1) Organizaciones :

a) departamentos de sanidad y otros organismos gubernamentales ;

b) organismos sanitarios de carácter benéfico ;

- c) organizaciones odontológicas profesionales : internacionales, nacionales y locales ;
 - d) organizaciones profesionales afines : asociaciones médicas, de enfermería y de salud pública, y sociedades educativas ;
 - e) agrupaciones cívicas y profesionales, sindicatos.
- 2) Población e individuos :
- a) el público en general, que debe participar en la preparación y la ejecución del programa ;
 - b) personas cuya opinión influye sobre la actitud de la colectividad : maestros, notabilidades locales y otras personas al servicio de la comunidad ;
 - c) personal de salud que prestará los servicios de odontología.
- 3) Material y equipo para las actividades educativas del programa, por ejemplo :
- a) medios de información pública, como la prensa, la radio y la televisión, y proporción de la población a la que puede llegarse por esos medios ;
 - b) medios auxiliares de educación : folletos, carteles, películas, diapositivas, franelógrafos, etc. ;
 - c) suministros y equipo : vehículos de transporte, aparatos de proyección, etc.
- 4) Fondos :
- a) de organismos oficiales ;
 - b) de organizaciones profesionales y benéficas ;
 - c) de industrias directamente interesadas en la higiene dental.

Preparación del plan detallado de operaciones, incluida la evaluación :

El plan comprende la adopción de decisiones sobre múltiples cuestiones como las siguientes :

- 1) individuos y grupos que deben participar en la planificación del programa de higiene dental, habida cuenta que las actividades educativas no son de la exclusiva incumbencia del personal profesional de odontología ;
- 2) información que necesitarán los grupos que participen en la planificación del programa ;
- 3) métodos que se aplicarán para hacer participar a esos grupos en la planificación ;
- 4) informaciones que será preciso comunicar a los grupos que son

objeto de la acción educativa para incitarles a tomar las medidas que se esperan de ellos ;

5) métodos aplicables para obtener la participación y la cooperación del público : proyectos de ayuda emprendidos por la propia colectividad, visitas domiciliarias a cargo de personal de sanidad, contactos individuales, debates colectivos, etc. ;

6) medios auxiliares de educación que se necesitan ;

7) utilización coordinada de todos los recursos educativos, teniendo en cuenta que los grupos de planificación estarán formados por personal de diversas especialidades ;

8) orden de prioridad que sería preciso observar entre los distintos elementos de la acción educativa : programas escolares de higiene dental, asistencia odontológica de carácter privado, dispensarios de salud pública, grupos de adultos, enfermos hospitalizados, trabajadores industriales, etc. ;

9) cuándo y dónde se iniciará la campaña de educación, teniendo en cuenta todas las demás actividades y programas en curso en la colectividad ;

10) evaluación del programa educativo :

a) pruebas para determinar la eficacia de las actividades ;

b) datos de referencia que se utilizarán para medir los resultados obtenidos ;

c) métodos de análisis e interpretación de datos ;

d) tipo de testigos que se utilizarán para determinar la relación entre los cambios de comportamiento y la labor educativa.

Una vez que se han definido claramente los objetivos, decidido los criterios y las técnicas de evaluación de los resultados, establecido puntos adecuados de referencia y seleccionado y ensayado los métodos, puede iniciarse el programa de educación sanitaria sobre higiene dental. La evaluación periódica de las actividades revelará los sectores en los que se han hecho o no se han hecho progresos e indicará las causas del éxito o del fracaso. Ello permitirá reorientar el programa según convenga, adoptar nuevos métodos y dar mayor eficacia a la labor educativa. Para alcanzar plenamente el objetivo de la educación del público en higiene dental es imprescindible adoptar un sistema de revisión continua como el indicado.¹

¹ Véase *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1955, Nº 89, pág. 11.

7. FORMACION DE PERSONAL PARA LA EDUCACION SANITARIA EN MATERIA DE HIGIENE DENTAL

7.1 Personal para la planificación y la evaluación de programas

La preparación y la ejecución de programas nacionales de educación sanitaria en materia de higiene dental exige una estrecha coordinación entre los administradores y los odontólogos de salud pública, los especialistas en educación sanitaria y otro personal de salud. El odontólogo debe encargarse de la planificación general del programa de higiene dental y determinar, de acuerdo con el especialista en educación sanitaria, el contenido educativo del mismo. El especialista en educación sanitaria es directamente responsable de la preparación detallada del plan global de acción educativa que permitirá, en particular, modificar el comportamiento del público en materia de higiene dental.

En algunos países, la colaboración entre dentistas y especialistas en educación sanitaria puede ser igualmente necesaria en los escalones intermedios de la administración sanitaria. Ahora bien, como el principal cometido de los especialistas en ese nivel consiste en prestar servicios consultivos y de asesoramiento acerca de las actividades generales de planificación y evaluación del programa, no es preciso que sean muy numerosos.

Conviene que los odontólogos que han de desempeñar esas funciones reciban su formación en escuelas de salud pública o en otras instituciones donde la educación sanitaria es una disciplina fundamental, objeto de un curso común para todos los miembros del personal de salud.

7.2 El dentista

El elemento básico para el desarrollo de actividades educativas de higiene dental es el dentista, tanto si presta servicio en una institución de sanidad como si se dedica al ejercicio privado de la profesión. Como jefe del equipo de salud dental le incumbe la importante misión de educar a sus pacientes y de velar por que los demás miembros del equipo aprovechen al máximo todas las oportunidades que se les ofrecen de llevar a cabo esa labor educativa.

Para que el dentista pueda aceptar y desempeñar las importantes funciones y responsabilidades que le incumben, ha de recibir una formación adecuada durante sus estudios universitarios. Por ello, el plan de estudios de las escuelas de odontología debe dar a los alumnos la oportunidad de participar en diversas actividades educativas de higiene dental en escuelas, hospitales, clínicas, fábricas, etc. Es preciso, además, que todos los ele-

mentos del plan de estudios estén impregnados de nociones fundamentales de educación sanitaria sobre higiene dental.

La administración central de los servicios públicos de salud dental debe velar por que la educación sanitaria ocupe el lugar que le corresponde en los programas y en la enseñanza. Si no existe una administración de esa índole, deberá encargarse de esa labor otro departamento. Lo importante es que las escuelas de odontología consideren como uno de sus objetivos primordiales preparar efectivamente a sus alumnos para asumir la responsabilidad de la educación sanitaria en materia de higiene dental.

7.3 Otro personal de odontología

Es necesario que en el curso de sus estudios profesionales, los higienistas, las enfermeras, los ayudantes y todo el personal auxiliar de odontología tengan la posibilidad de adquirir experiencia práctica en la preparación y el empleo de métodos educativos y de material de información. Conviene insistir especialmente en los métodos que permiten comunicar directamente con los individuos y en los que deben utilizarse con grupos poco numerosos como los que forman los escolares y las mujeres que frecuentan una clínica de asistencia prenatal. En el curso de los estudios, conviene destacar los principios de las ciencias de la educación y de las ciencias psicosociales en los que es preciso inspirarse para incitar al público a adoptar prácticas eficaces de higiene dental.

7.4 Otro personal sanitario y docente

El personal de otras ramas de la sanidad desempeña también un importante papel en la educación sanitaria sobre higiene dental y ha de recibir por tanto la formación adecuada para el ejercicio de esas funciones. Teniendo en cuenta que el médico ocupa un lugar especial dentro del equipo de personal de salud, la enseñanza de la medicina debe comprender los problemas de odontología e higiene bucal a fin de que el futuro médico pueda reforzar la labor de los miembros especializados del equipo de salud dental. Las enfermeras, las visitadoras sanitarias, las asistentes sociales y demás personal de sanidad que tiene contacto directo con la población sea en los domicilios sea en los servicios de asistencia médica y sanitaria, deben aprovechar esas oportunidades para hacer una labor educativa sobre tal o cual aspecto de la higiene dental. Deben además conocer bien los recursos de la colectividad en materia de asistencia odontológica a fin de poder enviar a los interesados a los servicios competentes.

Nunca se insistirá demasiado sobre la importancia de la contribución que el maestro de escuela puede aportar a la educación sanitaria en materia de higiene dental. Los planes de estudios de las escuelas de magisterio deben comprender no sólo nociones fundamentales de educación sanitaria,

sino también prácticas docentes relacionadas directamente con esa materia ; la educación sanitaria sobre higiene dental debe formar parte del programa general de educación sanitaria. El personal de salud dental, con sus conocimientos especiales, puede colaborar con los maestros para que esas actividades educativas sean eficaces e interesantes.

8. INVESTIGACIONES NECESARIAS EN MATERIA DE EDUCACION SANITARIA SOBRE HIGIENE DENTAL

En el reciente informe del Grupo Científico de la OMS sobre Investigaciones en Educación Sanitaria se traza con claridad el cuadro general de las investigaciones necesarias en esa esfera.¹ Muchas de las consideraciones formuladas en ese informe sobre diversos aspectos de la investigación en educación sanitaria y sobre los principales factores que deben estudiarse son igualmente aplicables, con pequeñas alteraciones, a la educación sanitaria sobre higiene dental.

No es propósito de este Comité hacer un examen completo de los problemas que plantea la investigación en materia de educación sanitaria sobre higiene dental. En la lista que figura a continuación se indican, sin ningún orden de prioridad, los estudios que se necesitan sobre algunos problemas especiales seleccionados con esa disciplina.

1) Estudios sobre las prácticas recomendadas por el personal profesional de odontología, y en particular sobre la eficacia de esas prácticas para la prevención de la caries dental y de las parodontopatías ; estudios sobre los problemas que plantea la aplicación de las prácticas recomendadas.

2) Estudios sobre la educación sanitaria y la higiene dental en las escuelas, dedicando más atención a las consecuencias sociales y psicológicas del abandono de la dentadura que a sus consecuencias clínicas ; evaluación de los resultados de la participación activa de los alumnos en el proceso educativo.

3) Estudios para determinar en qué medida la utilización de los servicios de asistencia odontológica constituye un medio de educación sanitaria sobre higiene dental tratando de precisar en particular el número y la frecuencia de las consultas efectuadas antes de que los interesados acudan regularmente a esos servicios sin necesidad de volver a insistir sobre ello.

4) Estudios sobre los métodos de prestación de asistencia odontológica y de la medida en que éstos influyen sobre la acción educativa en materia de higiene dental ; por ejemplo, estudio de la eficacia de las actividades

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1969, N° 432, págs. 10-17.

educativas según que el dentista perciba un sueldo, o que sus honorarios se basen en el número de consultas o en el tipo de servicio prestado.

5) Estudios sobre el empleo del tiempo y la distribución de funciones del personal de las clínicas de odontología a fin de que pueda dedicar el mayor tiempo posible a las actividades de educación.

6) Estudios sobre la formación que han de recibir los miembros del equipo de salud dental para que puedan desempeñar eficazmente su función de educadores en materia de higiene dental, en particular en la esfera preventiva: enseñanza sobre los cánceres de la cavidad bucal, sobre la aplicación tópica de fluoruros, sobre prácticas individuales de higiene bucal y sobre el empleo de personal auxiliar para la acción educativa.

7) Estudios sobre los métodos de educación sanitaria aplicables en el caso de pacientes que reciben por primera vez una prótesis dental, y sobre las consecuencias sociales y psicológicas de la utilización de esos dispositivos.

8) Estudios relativos al establecimiento de índices fidedignos y seguros del estado de salud bucodental que permitan medir la eficacia de las medidas aplicadas.

9) Estudios sobre los problemas de educación relacionados con la ortodoncia, con los cuidados preoperatorios y postoperatorios, con el labio leporino, la fisura palatina y otras anomalías dentales y faciales.

Son éstos tan sólo algunos de los numerosos sectores en los que la investigación es actualmente escasa, insuficiente o inexistente y que habrán de ser objeto de estudio en los años venideros. Importa señalar a la atención de los centros de investigación a que se refiere el informe antes mencionado¹ el hecho de que la investigación sobre educación sanitaria en materia de higiene dental constituye un importante elemento de la investigación sobre la educación sanitaria en general.

9. CONCLUSIONES

Es propósito del Comité que el presente informe se considere únicamente como un estudio preliminar destinado a explorar, sin entrar en detalles, los principales sectores en los que es preciso actuar para mejorar y extender las actividades y programas educativos de higiene dental. La atención del Comité se ha centrado en los siguientes extremos: conceptos generales que sirven de base a la labor educativa; conocimiento del comportamiento humano en general y concretamente en materia de higiene dental; principios básicos de planificación en la medida en que se aplican a los pro-

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1969, N° 432, pág. 29.

gramas de educación sanitaria sobre higiene dental ; factores que intervienen en la formación del personal de salud, y en particular del personal de odontología, para el desempeño de funciones educativas de higiene dental ; y principales sectores en los que es preciso emprender investigaciones sobre la educación sanitaria en relación con la higiene dental.

El Comité ha insistido repetidas veces sobre los siguientes puntos :

1) Los programas de educación sanitaria sobre higiene dental deben contar con el apoyo y la cooperación de la población a la que están destinados y deben prepararse y ejecutarse sobre una base multidisciplinaria.

2) En todos los programas de educación sanitaria sobre higiene dental, es preciso conceder una importancia primordial a la prevención primaria y en particular a los medios de incitar al público a utilizar los servicios de asistencia odontológica.

3) Es esencial la coordinación de las diferentes actividades educativas de higiene dental realizadas en la colectividad.

4) En todos los planos de la ejecución de los programas se impone con urgencia el aumento del personal de odontología de todas las categorías. Por ello, conviene que una parte de las actividades de los programas educativos de higiene dental consista en atraer candidatos para esos servicios.

5) Puesto que la labor educativa y la prestación de servicios son inseparables, los programas de educación sanitaria sobre higiene dental deben servir, en caso necesario, para la creación de nuevos servicios o el mejoramiento de los existentes.

6) Las enseñanzas dispensadas en la actualidad en muchas escuelas de odontología no facilitan la preparación de los dentistas y de otros miembros del personal para el desempeño de su misión de educadores. En todo el mundo hay una urgente necesidad de renovar de manera original los estudios universitarios de odontología a fin de enseñar a los dentistas a conceder a los aspectos preventivos de su profesión la importancia que merecen.

7) Además del personal de odontología, es preciso formar al de otras ramas de la salud y la educación para que colabore en los programas generales de educación sanitaria sobre higiene dental.

8) Es preciso dar más importancia a la educación sanitaria de los adultos en todos los aspectos preventivos de la salud dental, teniendo particularmente en cuenta la influencia que los padres pueden ejercer para inculcar a sus hijos los hábitos de la higiene dental.

9) Hasta ahora se han realizado pocas investigaciones directamente relacionadas con la educación sanitaria en materia de higiene dental. Para intensificar y mejorar el estudio de este importante aspecto del comportamiento humano se necesitan unos fondos, unas instalaciones y un personal más abundante.

10) Los dentistas, sus auxiliares y las asociaciones profesionales de odontología deben participar más activamente en empresas comunes ajenas al campo de sus intereses inmediatos, y apoyar con su prestigio y con su competencia todos los programas encaminados a mejorar el estado general de salud de la población.

10. RECOMENDACIONES

10.1 Mejoramiento de los servicios de higiene dental dentro de los programas generales de salud pública

Es importante que la OMS preste toda la asistencia posible a los Estados Miembros que deseen intensificar las actividades de higiene dental que formen parte de sus programas generales de salud pública. En 1964, un Comité de Expertos de la OMS en Higiene Dental recomendó como la primera y más importante de las medidas para organizar un programa eficaz de higiene dental, el nombramiento en la administración central de sanidad de un dentista, de preferencia con formación en salud pública.¹ Conviene seguir apoyando y estimulando la formación del personal de odontología y del personal administrativo indispensable para organizar programas de salud dental de calidad aceptable.

Teniendo en cuenta la importancia primordial que revisten los aspectos educativos en los programas y actividades de salud dental, la OMS debe seguir prestando ayuda a los Estados Miembros para que en todos los niveles de la administración nacional de salud pública establezcan servicios técnicos de educación sanitaria, o mejoren los existentes, poniéndolos en cualquier caso bajo la dirección de personal profesional competente. Uno de los principales objetivos de esos servicios debe ser la participación en todas las fases de la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de educación sanitaria sobre higiene dental.

10.2 Colaboración entre la OMS y otras organizaciones

La OMS colabora ya con la UNESCO, el UNICEF, la Federación Dental Internacional, la Unión Internacional para la Educación Sanitaria y otras organizaciones internacionales. El Comité recomienda que en un futuro próximo esa colaboración se extienda al estudio de los programas de educación sanitaria sobre higiene dental en las escuelas, dedicando atención especial a la preparación de los maestros para el desempeño de su misión educadora en esa esfera. Ese estudio debería comprender la preparación, la ejecución y la evaluación de programas piloto de demos-

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, N° 298, págs. 33-34.

tración en varios países de distintas regiones del mundo, teniendo muy en cuenta la necesidad de reunir datos comparables.

10.3 Fomento y promoción de investigaciones relativas a la educación sanitaria en materia de higiene dental

Como se señala en el informe del Grupo Científico de la OMS sobre Investigaciones en Educación Sanitaria, los estudios sobre los problemas de educación que se plantean en todos los programas de salud son en la actualidad insuficientes tanto en calidad como en cantidad.¹ Para desarrollar la parte educativa de su labor, el personal sanitario se enfrenta con innumerables problemas cuya solución exige un estudio multidisciplinario metódicamente concebido. Es preciso intensificar los contactos entre especialistas de disciplinas afines así como entre educadores sanitarios e investigadores. Conviene estudiar más a fondo las siguientes cuestiones : establecimiento de un orden de prioridad para las investigaciones sobre educación sanitaria en materia de higiene dental ; formulación y selección de los métodos de investigación más adecuados para cada problema particular de la educación sanitaria sobre higiene dental ; y elección de los métodos más eficaces para comunicar los resultados de las investigaciones a todos los que participen en las actividades educativas de higiene dental.

10.4 Obtención de fondos y de medios materiales para la formación y la investigación

Los fondos y las instalaciones de que se dispone para actividades de investigación y de formación de personal en materia de educación sanitaria sobre higiene dental no están a la altura de la labor que es preciso realizar. El Comité sugiere que la OMS, los gobiernos interesados y las organizaciones profesionales traten de determinar por qué medios se podría formar el personal suplementario de odontología y de educación que, tanto en el plano de la práctica como en el de la investigación, es indispensable para el progreso y el perfeccionamiento de las actividades de educación sanitaria relacionadas con la higiene dental.

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1969, N° 432.

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS**

Informes recientes y en preparación :

Nº		Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
411	(1969) Estudios comparativos sobre las tripanosomiasis americana y africana Informe de un Grupo Científico de la OMS (43 páginas)	6/-	1,00	3,—
412	(1969) Problemas de salud relacionados con el trabajo en condiciones de sobrecarga térmica Informe de un Grupo Científico de la OMS (34 páginas)	6/-	1,00	3,—
413	(1969) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos 21º informe (112 páginas)	10/-	1,75	5,—
414	(1969) Inmunología del cólera Informe de un Grupo Científico de la OMS (22 páginas)	4/-	0,60	2,—
415	(1969) Niveles admisibles de exposición profesional a las sustancias tóxicas transmitidas por el aire Sexto informe del Comité Mixto OIT/OMS de Higiene del Trabajo (17 páginas)	4/-	0,60	2,—
416	(1969) El asesoramiento genético Tercer informe del Comité de Expertos de la OMS en Genética Humana (26 páginas)	4/-	0,60	2,—
417	(1969) Residuos de plaguicidas en los alimentos Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1968 (44 páginas)	6/-	1,00	3,—
418	(1969) Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas 22º informe (30 páginas)	6/-	1,00	3,—
419	(1969) Comité de Expertos de la OMS en Rehabilitación Médica Segundo informe (25 páginas)	4/-	0,60	2,—
420	(1969) Abastecimiento público de agua Informe de un Comité de Expertos de la OMS (24 páginas)	4/-	0,60	2,—
421	(1969) Amibiasis Informe de un Comité de Expertos de la OMS (59 páginas)	6/-	1,00	3,—
422	(1969) Detección precoz del cáncer Informe de un Comité de Expertos de la OMS (38 páginas)	6/-	1,00	3,—
423	(1969) Respuestas inmunológicas de base celular Informe de un Grupo Científico de la OMS (56 páginas)	8/-	1,25	4,—
424	(1969) Estudios recientes sobre regulación de la fecundidad Informe de un Grupo Científico de la OMS (40 páginas)	6/-	1,00	3,—
425	(1969) Vigilancia farmacológica internacional — Función del hospital Informe de una reunión de la OMS (26 páginas)	4/-	0,60	2,—
426	(1969) Principios para la investigación y la evaluación de la acción carcinogénica en los ensayos de medicamentos Informe de un Grupo Científico de la OMS (28 páginas)	4/-	0,60	2,—
427	(1969) Bioquímica de los trastornos mentales Informe de un Grupo Científico de la OMS (44 páginas)	6/-	1,00	3,—
428	(1969) Organización y administración de los servicios de higiene materno infantil Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Materno infantil (38 páginas)	6/-	1,00	3,—
429	(1969) Estadísticas sobre los servicios de salud y sus actividades 13º informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria (39 páginas)	6/-	1,00	3,—