

# Experiencias de la Práctica Conjunta de Estudiantes de Higiene Oral de la Universidad del Valle en los Servicios de Salud con Comunidades de los Municipios de Yumbo y Cali

Yolanda Pérez Flores D.O\*

## PALABRAS CLAVES:

Práctica Comunitaria, Trabajo Integral en salud, Trabajo Intersectorial, Plan de Atención Básica

## RESUMEN

Se pretende difundir la experiencia obtenida en la práctica Comunitaria realizada por veintidós estudiantes del programa de Higiene Oral de la Universidad del Valle, Escuela de Odontología, en el período académico Agosto-Diciembre de 1999.

El propósito fue elaborar y desarrollar un programa de higiene bucal acorde con las normas, políticas establecidas por el Ministerio de Salud, para realizar acciones educativas sobre las enfermedades bucodentales más comunes, la forma de prevenir la aparición, motivando a las personas para adquirir hábitos de higiene bucal y alimenticios favorables, para mantenerse saludables.

Los principios orientadores de las actividades fueron: atención integral en los aspectos preventivos y coordinación intersectorial donde se canalizaron recursos del sector oficial: Universidad del Valle, Secretarías de Salud y de Educación y del Sector Privado y la participación Comunitaria de sus grupos sociales conformados.

Se presentan resultados de las actividades realizadas, se emiten sugerencias para revisar estrategias de trabajo articuladas.

## INTRODUCCIÓN

La Escuela de Odontología de la Universidad del Valle fue creada por Resolución del Consejo Directivo 064 el 4 de Junio de 1970. Inició actividades en 1971 con la formación de auxiliares de odontología social AOS; actualmente el Programa de auxiliares de odontología capacita a dos categorías: Auxiliar de consultorio odontológico ACO; Auxiliar de higiene oral AHO; de las cuatro categorías que contempla el Decreto 1002 de 1978 del Ministerio de Salud, que regula y reglamenta las funciones del personal auxiliar en Colombia. (1)

El programa de auxiliar de higiene oral, está programado para dos semestres académicos. La estudiante de este programa en un primer semestre se capacita para desempeñar funciones de una auxiliar de consultorio odontológico, en el segundo semestre realiza el entrenamiento para desempeñar las funciones propias de auxiliar de higiene oral (2,3).

En el período agosto-diciembre de 1999 se inició la capacitación de auxiliares de higiene oral en la jornada nocturna con ampliación al género masculino. (4)

La práctica comunitaria es aquella donde los estudiantes realizan actividades fuera de los límites físicos de la Universidad en las diferentes comunidades, están enmarcadas dentro la Misión de la Escuela de Odontología, siguiendo los lineamientos de la Constitución de 1991 y de la

---

\* Profesora Asistente Escuela de Odontología. Universidad del Valle.

Reforma Curricular de la Universidad del Valle, se ha diseñado para permitir al estudiante un contacto directo con la comunidad.

Una vez egresada podrá desempeñar su labor como Auxiliar de Higiene Oral con competencia, contribuyendo así con la Odontología preventiva y cumpliendo los derroteros del Ministerio de Salud y de las Secretarías de Salud Pública Departamental y Municipal, en los programas: Municipios Saludables y dentro de éstos las Escuelas Saludables, será parte integrante de los equipos de Atención Primaria, con actividades

del Plan de Atención Básica, P.A.B de la ley 100 (5,6).

La práctica Comunitaria fue realizada por veintidós estudiantes de la Universidad del Valle, Escuela de Odontología, del Programa de Higiene Oral en la asignatura Educación Sanitaria, promoción XXVI en el período académico agosto-diciembre de 1999 en Centros de Salud, Hogares Comunitarios y Establecimientos educativos de los Municipios de Cali y Yumbo del Valle del Cauca; sitios seleccionados tomando en cuenta proyectos anteriores y convenios realizados entre la Universidad del Valle y los Servicios de Salud Pública Departamental y Municipal.

La estudiante tuvo la oportunidad de trabajar en forma integral e intersectorialmente, pudo identificar las condiciones sociales, económicas, políticas, biológicas, psicológicas, medio ambiente y las necesidades de una población objetivo, que le permitió elaborar un plan de acción para desarrollar y aplicar sus conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, además cumpliendo las reglas éticas de comportamiento en el trabajo y de buenas relaciones interpersonales.

Las actividades realizadas fueron: impartir charlas educativas y de motivación con temas concernientes a la salud buco-dental a niños, maestros, padres de familia y Madres Comunitarias, utilizando diversas estrategias

comunicativas y educativas como: juego lúdico, cartillas, video. También se hizo control de higiene oral a través del índice de placa Comunitario y del cepillado y uso de la seda dental con supervisión directa y personalizada y acciones de protección específica como fluorización, en algunos casos eliminación de placa calcificada, manual o con ultrasonido -cavitron- y aplicación de sellantes de fosas y fisuras.

Básicamente los resultados mostraron que tres mil quinientas personas se favorecieron de una u otra manera con las acciones realizadas por las estudiantes de Univalle.

La experiencia de la práctica dio la posibilidad de obtener logros y aciertos, consolidar destrezas y habilidades de las estudiantes, también permitió identificar limitantes de la práctica que servirá para realizar los ajustes necesarios para la programación de las futuras actividades conjuntas entre la Universidad del Valle, las Secretarías de Salud Municipal y Departamental, de otros sectores y de la Comunidad.

## MARCO TEORICO

Según L.F. Cruz y colaboradores (7) salud es considerada como un estado personal de Bienestar que incluye aspectos biológicos, psicológicos, ambientales, estilos de vida y eficiencia de los Servicios de Salud.

La Atención Primaria de la salud es un enfoque estratégico para el logro de la meta de salud para todos, que busca colocar al alcance de la totalidad de los individuos, familias y grupos sociales, asistencia sanitaria que permita una vida económicamente productiva y socialmente digna. La Atención Primaria obliga a diseñar estrategias que fortalezcan la política social, la coordinación de planes y la presencia de una acción intersectorial articulada.

El proceso salud-enfermedad según Nieva B.L. (8) se debe comprender como parte del proceso vital humano en el que median las relaciones

sociales, culturales e históricas, ampliando una visión a la comunidad, la salud: es un proceso de construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y la realización de un campo de salud implica una intervención sobre la vida más que sobre la enfermedad.

La prevención de la enfermedad se puede realizar en diferentes etapas de su historia natural (9). La prevención primaria es aquella que se dirige a sujetos sanos antes de que desarrollen la enfermedad o en un estadio preclínico, incluye un Primer Nivel de atención que corresponde a la promoción de la Salud con el objeto de mejorar la salud general del individuo y bucomaxilo facial en particular de los individuos a través de estrategias de educación en salud y motivación. El segundo nivel de atención de protección específica utiliza medidas para prevenir la aparición o la recurrencia de las enfermedades específicas, caries, enfermedades periodontales, el control de la placa bacteriana y calcificada, fluorización de agua de consumo, aplicación tópica de flúor y colocación de sellantes de fosas y fisuras de los dientes.

La prevención secundaria es la que actúa en las etapas iniciales de la enfermedad e incluye el diagnóstico clínico, el radiológico y el tratamiento temprano.

La prevención terciaria actúa en el estadio final y trata de reducir los daños que causa la enfermedad y controla sus consecuencias.

En la actualidad no puede pensarse solamente en acciones odontológicas de la prevención secundaria o terciaria, sino que todo individuo cualquiera que sea la etapa de la historia natural de la enfermedad en que se encuentre, deberá adoptarse métodos de prevención primaria.

América Latina en 1992 se acogió a la iniciativa de la promoción de la salud estrategia fundamental de la O.M.S, impulsada en 1986 en el marco de la Carta de Ottawa para la construcción de ambientes saludables a través del movimiento de

Municipios Saludables, como respuesta a los problemas de Salud Pública, dentro de esos países Colombia con los "Municipios Saludables Para La Paz". De otra parte, la propuesta de Ottawa destaca la educación para la salud como "arma de transformación del ser humano, la cual debe darse con el compromiso de los sectores de la salud y el educativo, en la aplicación de nuevas metodologías para informar y educar sobre actitudes y estilo de vida saludables" (10).

La odontología Colombiana realizó estudios para verificar la transformación y la aplicación de las metodologías, indicando entre las conclusiones para la educación en salud oral las siguientes: Los programas de salud oral deben partir de una investigación cualitativa que permita asegurar la comprensión adecuada de la población y dar lugar a una comparación y evaluación del impacto a la campaña preventiva.

La educación en salud bucodental, además de promover cambios conceptuales y de actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de los servicios de salud, debe tener en cuenta las características del desarrollo humano, del entorno medioambiental en que viven los diversos grupos poblacionales, de acuerdo al contexto social y cultural, que las personas generen conocimientos a partir de la observación y vivencias y que permitan el trabajo compartido y la identificación de problemas. Los métodos educativos se deben valorar no solo en el corto plazo, sino en el mediano y largo plazo, lo que lleva a buscar reforzamiento en la instrucción de higiene, para lograr los cambios deseados. Las ayudas educativas deben ir de acuerdo al desarrollo mental de las personas, utilización del lenguaje verbal, escrito, de medios visuales, audiovisuales, de tareas para resolver con ayuda de la fantasía, que integre elementos del juego cooperativo, de ejercicios tradicionales, simbólicos, canciones, rondas, talleres de pintura, confección, de títeres, referentes a la salud buco-dental. (11-14).

El Dr. Benjamin Herazo (15) sostiene que la odontología del tercer milenio debe centrar la

filosofía preventiva con acciones de educación, protección específica y atención para conservar poblaciones, comunidades, familias y personas bucodentalmente sana, especialmente de las prevalentes mundialmente como son las caries dental y periodontopatías, no necesita de grandes inversiones. Se debe motivar a estudiantes a aprovechar los conocimientos científicos y las tecnologías avanzadas de punta o de frontera para desarrollar programas de prevención de enfermedades bucodentales a pobres y ricos; en comunidades desarrolladas o atrasadas, debe ser de impacto constante de profesores, tutores, instructores, monitores y dirigentes quienes deben estar comprometidos con el bienestar de la comunidad.

Dentro de los principales problemas de salud bucodental de las poblaciones en América se encuentra la caries dental y la enfermedad periodontal. Caries dental es una enfermedad causada por la placa bacteriana entre otros factores que se presenta el diente iniciando la destrucción desde el área superficial del esmalte hasta llegar al tejido pulpar. Su ataque se manifiesta desde el primer año de vida de las personas y de mayor incidencia en el grupo de 5 a 14 años.

La enfermedad periodontal es una infección del surco crevicular, a partir de una lesión inflamatoria de la encía marginal causada por la placa bacteriana, y su extensión hacia el surco gingival; puede incluir pérdida del tejido conectivo gingival y periodontal e inclusive pérdida del hueso alveolar.

La placa bacteriana es una masa compuesta por microorganismos, residuos alimenticios, saliva, etc., adherida al esmalte dental y al periodonto; la relación con caries dental y periodontopatías permite ser considerada un importante factor de riesgo, de ahí que los programas de prevención incluyan los controles de placa para medir el estado de higiene oral de las personas. La placa bacteriana adherida por largo tiempo a la superficie dental puede calcificar y formar cálculo, en particular en áreas adyacentes a los conductos salivales principales, sobre todo en las caras

bucales de los molares superiores y las caras linguales de los incisivos inferiores, su eliminación se realiza con instrumentos cortantes como el CK 6, CK4 o instrumental más especializado.

Lindhe (16) plantea que los tratamientos que incluyen eliminación o control de infección de la placa y la introducción de más cuidados a las medidas de control de la placa bacteriana, generaran en la mayoría de los casos, sino en todos la Salud Oral y Periodontal.

El control de la placa como método preventivo, se realiza por métodos químicos como el uso de cremas dentales, pastas profilácticas, clorhexidina, sanguinarina; biológicos: comprende el control de bacterias consumidoras de residuos y bacterias fagocitadoras de otras; naturales como agua, lengua, dedos, uñas, saliva, sal, arena, carbón molido; ecológicos: dieta predominante en alimentos fibrosos y el control físico o mecánico de la placa. El control mecánico de la placa bacteriana involucra el compromiso tanto del profesional como del paciente, incluye el revelado con sustancias químicas reveladoras de placa y con la ejecución de la higiene bucal por medio del cepillado siendo los elementos requeridos: cepillos dentales, cepillos para uso profesional, copas de caucho, hilo y cinta dental, portahilos, enhebradores, gasa, etc. (17).

Para el revelado de la placa bacteriana se dispensa la sustancia química previa instrucción a la persona, se visualiza y se registra la acumulación de las superficies dentarias que se mide a través de indicadores diseñados para determinar la acumulación, entre muchos indicadores se señala el índice de placa bacteriana IPB de O'Leary que se utiliza para casos individuales, toma en cuenta todas las superficies de los dientes excepto los oclusales incisales; el resultado es presentado en forma porcentual. El Índice de Placa Comunitario I.P.C toma en cuenta todas las superficies vestibulares y linguales de todos los dientes excepto las caras palatinas de los seis dientes anteriores superiores: 13-12-11-22-23; no toma en cuenta las superficies mesiales y distales, el

sistema de medición es categórico: presencia o ausencia de placa bacteriana en la superficie examinada y es representado en forma porcentual, no necesita conversión como en el método de detritus de Green y Vermillion (18).

Los fluoruros y sellantes de fosas y fisuras son usados con criterio preventivo (protección específica) y curativo. Los fluoruros son agentes químicos de amplio uso como cariostático, han sido utilizados por diversas vías y diferentes compuestos. Se analizan separadamente los efectos sistémicos y bucales, la ingesta puede tener efecto tópico y la aplicación tópica puede dar lugar a efectos sistémicos. Los fluoruros por acción tópica reducen la susceptibilidad del diente a la caries dental; este fenómeno se produce por complejos mecanismos de acción que afecta los tejidos duros del diente y los microorganismos comprometidos en la cariogénesis. La aplicación de materiales adhesivos como los sellantes de fosas y fisuras surgió como solución clínica a la localización más frecuente de caries dental en razón de la morfología de las superficies oclusales de los dientes posteriores. (19)

Diversos países han llevado a cabo estudios de morbilidad oral. En Colombia fueron realizados estudios en 1965, 1977, 1995 con base en los resultados se observó que más del 90% de la población estaba afectada por caries dental: el 91.1% en 1965; el 96,7% en 1977 y el 95,9% en 1995. Para periodontopatías se observó prevalencias superiores al 90% para personas mayores de veinte años (20).

Las diferentes reformas en el sector salud desde 1975 están orientadas a la mayor distribución y orientación de los recursos. Las condiciones cambiantes del país reflejadas en la Constitución Política de 1991 donde los derechos de seguridad social y a la salud fueron consagrados como derechos de la ciudadanía los artículos 48, 49, 369. A través de la Ley 100 de diciembre de 1993 que creó los mecanismos y entidades que lleven hacia el mejoramiento de la calidad de la vida de los colombianos y la integración de la comunidad,

basado en principios de Integralidad, Solidaridad, Universalidad, Unidad, Libre escogencia, Eficiencia financiera, Participación comunitaria. Se encuentra contemplado dentro de la ley el carácter de afiliación obligatoria al Sistema de Seguridad Social, lo cual conlleva a una vinculación de la totalidad de los ciudadanos, existen mecanismos y entidades que garantizan el logro de propósitos: Plan Obligatorio de Salud P.O.S; Plan de Atención Básica P.A.B; Entidades Promotoras de Salud E.P.S; Instituciones Prestadoras de Salud I.P.S; Fondo de Solidaridad y Garantía. (21,22)

La Secretaría de Salud Municipal de Cali, teniendo en cuenta el plan Nacional de Salud Bucal (23) ha adecuado las directrices nacionales a las necesidades de la región para garantizar servicios básicos en salud bucal con cobertura universal para lo cual recomienda cubrir el 100% de la demanda asistencial en el año 2001 y responder las exigencias de atención de las patologías bucal amparadas por el Plan Obligatorio de Salud de quienes están afiliados al sistema. Además contempla las políticas de educación y capacitación: Fomentar en las instituciones universitarias, la formación del recurso humano con un perfil orientado en la promoción y prevención de la salud bucal; promover la formación del profesional de la salud buco-dental: aspectos epidemiológicos y administrativos básicos para la prestación del servicio; promover la formación del personal auxiliar y técnico profesional en odontología acorde con las necesidades del sector y los requisitos de ley para su ejercicio; promover la educación continua del equipo de salud bucal en muchos aspectos para mejorar la calidad del servicio odontológico; impulsar los convenios docente-asistenciales en las diferentes actividades de salud buco-maxilofacial (5)

En 1997 la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, emite el protocolo de atención buco-dental al escolar (6), acorde a las políticas de salud planteadas en el régimen de Seguridad Social y al perfil epidemiológico. El protocolo contempla la atención integral en salud buco-

dental. Para el Plan de Atención Básica las actividades son: Educación en Salud Oral, fluorización, profilaxis, detartraje, aplicación de sellantes de fosas y fisuras. El protocolo da lineamientos sobre los procedimientos por actividad: educación en salud oral para fomentar la salud oral a través de comportamientos saludables mediante charlas educativas, talleres y otras estrategias de educación y de comunicación. En las actividades preventivas de intervención dental da pautas de requerimiento para el control de placa que para el P.A.B será el índice de placa comunitario IPC con un resultado 25% para considerar aceptable por la Secretaría Municipal; también se da instrucciones para realizar detartraje o eliminación de placa calcificada, auto aplicación de flúor y aplicación de sellantes.

Las actividades del plan obligatorio de salud son: educación en salud oral, profilaxis, fluorización, detartraje, sellantes, operatoria dental, endodoncia, exodoncia, cirugía oral nivel 1; medicina oral nivel 1, urgencias.

El protocolo también da pautas sobre la elaboración de historia clínica estomatológica orientada hacia la atención integral; plan de citas, procedimientos por actividad; procedimientos técnico-administrativos, y atención de urgencias médicas en odontología.

## MÉTODOS

La práctica Comunitaria fue realizada por las estudiantes de la Universidad del Valle del Programa de Auxiliares de Higiene Oral segundo semestre promoción XXVI dirigidas por los docentes de la Escuela de Odontología Dra. Luz H. Palomino, Dr. Jairo Corchuelo, Dra, Yolanda Pérez.

Los sitios de práctica ubicados en los Municipios de Yumbo y Santiago de Cali de éste en las Comunas 17 y 18 en los barrios Primero de Mayo, Meléndez, Lourdes y Nápoles en los centros docentes: Colegio Industrial, Rufino José Cuervo, Luis Eduardo Nieto Caballero, Eduardo

Riascos Grueso, Celestino Rueda y en los Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Los Dinosaurios, Don Ramón, Rey León, Payasitos. Se contó con el apoyo de directivas y personal de los centros docentes y del Núcleo de atención primaria de Meléndez y la participación de la Odontología Rural Dra. Ana Cristina Pérez y la auxiliar de Odontología Ruth Honoria Jiménez.

En el municipio de Yumbo la práctica se realizó en los barrios: La Estancia, Bella vista en los Centros Docentes Juan XXIII, San Marcos ubicado en vereda y en Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Se contó con el apoyo de directivos del Hospital la Buena Esperanza y la participación directa de la Doctora Johana Gómez y la Auxiliar de Odontología Social Mariela Arango.

Se contó también con el apoyo de Colgate Palmolive, Departamento de Relaciones Profesionales que brindó a las estudiantes capacitación para liderar procesos de educación en salud oral también donó material educativo escrito, audiovisuales para ser proyectado a escolares y kit de salud oral para todos los niños; Johnson y Johnson colaboró con la donación de un material audiovisual para motivación del mantenimiento de la salud oral.

Para las Actividades se siguieron las directrices del plan de estudios de Higiene Oral de la Escuela de Odontología y de la Secretaría de Salud Pública Municipal correspondientes al Plan de Atención Básica.

Realizaron las siguientes acciones: Identificación de los sitios de trabajo, área geográfica, medio de transporte, inventario de recursos y de grupos sociales.

Programación del plan de acción tomando en cuenta las características identificadas, creencias, valores, experiencias, para realizar educación en salud oral a nivel individual y colectivo a niños, adolescentes, maestros, padres de familia y madres comunitarias con temas concernientes a la salud

buco-dental a través de charlas educativas, dinámicas, participativas, lúdica, juego, proyección de videos: en algunos casos elaboración de cepilleros.

Se hizo control periódico de Placa Bacteriana consistente en aplicación de sustancia reveladora, registro del índice de placa comunitario y se monitoreo el estado de higiene oral de los escolares por tres veces consecutivas a diez niños escogidos aleatoriamente por cada grado escolar; el primer control se realizó antes de dar instrucciones sobre métodos de higiene oral, el segundo y tercer control se realizó con intervalo de 8 a 15 días después de desarrollar dinámicas educativas y de motivación para el mantenimiento de la salud buco-dental.

Se impartió instrucciones en forma personalizada a cada niño sobre el cepillado dental, uso de la seda dental, también se evaluó en forma personalizada la destreza de cepillado y uso de seda dental.

Se solicitó consentimiento escrito a los padres y madres de familia de los escolares, después del cual se dio instrucciones a los escolares para la autoaplicación del fluoruro a través del cepillado, también se dio recomendaciones para después de la fluorización.

Cuando las condiciones permitieron: en algunos casos se eliminó placa bacteriana calcificada supragingival o detartraje con ultrasonido-cavitron y en otros casos se realizó profilaxis; también se colocaron sellantes de fosas y fisuras.

Todas las actividades fueron registradas en formatos diseñados para tal fin por los Servicios y por la Universidad, que sirvieron de base de datos para la elaboración del informe final.

Limitantes de la práctica: paros nacionales que alteraron el cronograma de actividades, falta de compromiso de algunos sectores para el trabajo en equipo; la comunidad aún piensa que el mantenimiento de la Salud no es responsabilidad de ella.

## RESULTADOS

Con base en los informes escritos que las estudiantes presentaron al finalizar la práctica Comunitaria en los Municipios de Santiago de Cali y de Yumbo: se impartió educación y motivación bucodental a 3.500 personas correspondientes a niños, maestros, padres de familia de escolares y madres Comunitarias.

Instrucciones sobre cepillado y uso de seda dental a 3.400 personas; Índice de Placa Comunitario a 200 escolares tres registros a cada uno, total de 600 registros. El resultado del primer registro fue alto en porcentaje, el segundo y tercer registro disminuyó sucesivamente en la mayoría de los casos. Eliminación de cálculos supragingivales a 30 escolares, profilaxis coronal 40 escolares.

Fluorización por autoaplicación 3.400 escolares. En ese momento se entregó material de higiene oral donado por el sector privado. Sellantes de fosas y fisuras a 55 escolares, con un promedio de 6 sellantes por escolar, con un total de 330 superficies selladas.

## CONCLUSIONES

La práctica en comunidad permitió a la estudiante de Higiene Oral la comprensión de las necesidades de educación sanitaria y las prioridades del medio social, que enfrentará luego de terminar su capacitación en la Universidad.

El trabajo en equipo e intersectorial entre estudiantes, docentes, personal de servicios de salud, del sector educativo, niños y padres de familia, madres comunitarias fueron de crecimiento personal y profesional.

El trabajo conjunto permitió compartir responsabilidades y las vivencias; dio la posibilidad de contribuir a mejorar la educación sanitaria de la comunidad en sus espacios sociales: centro docente, hogares familiares y hogares comunitarios.

El trabajo en equipo permitió comprobar el beneficio que tienen las acciones de prevención con la educación en salud oral.

El ambiente ocupacional fue tan motivante que en el Municipio de Yumbo algunas auxiliares tenían promesa de trabajo una vez certificadas por la Universidad del Valle, en el momento ya se encuentran laborando.

## SUGERENCIAS

Desarrollar estudios experimentales, con evaluación periódicas anuales o cada cuatro años para medir el impacto benéfico real que tienen la prevención en salud bucodental y la participación de los sectores de salud educativos y la participación comunitaria.

Implantar programas masivos de educación sanitaria en forma permanente, hasta repetitivos en los aspectos de motivación para el mantenimiento de la salud en general y bucomaxilofacial en particular para conseguir modificaciones favorables y obtención de una cultura de higiene dental.

Buscar con el apoyo logístico, jurídico y políticas de salud, la creación en establecimientos educativos, espacios para el trabajo en equipo de salud en general y bucomaxilofacial en particular con delegación de funciones, atención, remisión e interconsulta entre los estudiantes de Auxiliares, pregrado y posgrado, o a los Servicios de Salud.

Sensibilizar y capacitar al personal de los sectores para trabajar en equipo y especialmente a los grupos Comunitarios sobre su responsabilidad y participación en el mantenimiento de la salud.

## SUMMARY

The goal of this study is to let know the experience from the community practice carried on by 23 students of the oral hygienic program at

the school of Dentistry at the University of the Valley, from August to December 1999.

The purpose was to elaborate and develop a program of oral hygiene according to the regulations and policies established by the Ministry of Health to undertake educational actions on oral common diseases encouraging people to acquire good nutritional and oral habits to keep in good health.

The underlying principles of the habits were: whole attention in the preventive aspects and interinstitutional coordination where resources from the official areas were channeled - University of the Valley, Health and Education offices and private institutions- and the community participation of the different social groups.

Results from the activities performed are presented and suggestions to revise, improve the strategies for group work were outlined.

## REFERENCIAS

1. Pérez FY. Evaluación del desempeño de las auxiliares de Odontología por Empleadores. *Rev. ESTOMATOLOGÍA* 7: 34-41. Cali, Colombia, 1997.
2. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Odontología, Programas de Auxiliares. Planeamiento Instruccional. Plan de estudios Auxiliar de higiene oral. Semestre 01, Calero JA Coordinador. Santiago de Cali. 1999.
3. Univalle, Escuela de Odontología. Planeamiento del Plan de estudios Auxiliar de Higiene Oral, Semestre 02, Calero JA Coordinador. Santiago de Cali. 1999.
4. Univalle, Escuela de Odontología. Programa de auxiliares. Documento para la modificación del Plan de estudios de Higiene Oral y la creación del mismo plan en la modalidad nocturna. Calero JA. Coordinador Santiago de Cali. 1999.

5. Palomino LH., Corchuelo J. Políticas de salud bucal del Municipio de Santiago de Cali. 1997-2001. Secretaría de Salud Pública Municipal. Santiago de Cali 1997.
6. Palomino LH, Corchuelo J. Protocolo de atención bucodental al escolar. Secretaría de Salud Pública Municipal. Santiago de Cali. 1997.
7. Cruz LF, Guerrero VR, Alzate A. La salud como Empresa Social. Aproximaciones, reflexiones y propuestas. Fundación Carvajal: 92-165. Santiago de Cali. 1999.
8. Nieva R. B.C. La investigación en la comprensión del proceso Salud-enfermedad Ponencia IX. Encuentro de Investigación. Facultad de Odontología. Universidad de Colombia. ACFO: 10-13. Santa fé de Bogotá. 1998.
9. Herazo A. B. Clínica del sano en odontología. Ediciones ECOE. Bogotá. 1987.
10. Diaz G.M.V, Jaramillo D.G. La promoción de la salud en el ámbito escolar. Colegio José Celestino Mutis. Medellín. Memorias IX Encuentro de Investigaciones. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. ACFO: 146-147. Santa fé de Bogotá. 1998.
11. Avellaneda DP., Casas GP., González PD y colaboradores. Capacitación en Promoción en salud oral a través de una metodología participativa, con Promotores y líderes de salud Comunitaria en los Municipios de Tabio y Duitama. Revista Federación Odontológica Colombiana. N° 194: 83-89. Set-Dic 1998. Impresión Unión Gráfica Ltda.
12. Moncayo OS., Tapias TL., Velasco RL. y colaboradores. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de una población escolar de 7 a 12 años frente a la salud oral. Encuentro VIII de investigaciones. Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena. ACFO: 342-347. 1997.
13. Alvarán Z, LM. Escobar MA., Zea AH., Arias MI. Estudio comparativo para determinar la eficacia entre un video y una cartilla, como método de motivación para higiene oral. Memorias VII encuentro de investigaciones. Facultad de Odontología. Universidad Autónoma de Manizales: 348-351. 1996.
14. Corchuelo OJ. El juego: una alternativa en la promoción de la salud oral. Revista Estomatología 4(2) 5(1): 18-23. Dic 1994-Jun 1995. Santiago de Cali.
15. Herazo AB. La odontología para el tercer milenio. Ponencia en 18 Jornada Odontológica, panel, Córdoba Argentina. Revista Federación Odontológica Colombiana N° 194: 93-94. Set-Dic-98. Impresión Unión Gráfica Ltda.
16. Lindhe J. and Nyman S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. Journal of Clinical Periodontology 2: 67-79. 1975.
17. Herazo AB. Higiene buco-dental y cepillos dentales. Edit. ECOE: 19-44. Bogotá. 1990.
18. Corchuelo OJ, Trillos Z. Sensibilidad de un nuevo indicador de placa dental de uso comunitario para el monitoreo de programas dirigidos a PAB y el POS. Memorias VII. Encuentro de investigaciones. Facultad de Odontología. Universidad Autónoma de Manizales. ACFO: 102-106. 1996.
19. Bordoni N. Prevención en cariólogía en Barrancos MT. OPERATORIA DENTAL. Restauraciones Ed. Panamericana. Buenos Aires: 96-129. 1993.