

EVALUACIÓN DEL PROYECTO SOCIAL “CUIDANDO SONRISAS ALDEA INFANTIL SOS PACHACÁMAC”, LIMA-PERÚ, 2011-2015

EVALUATION OF THE SOCIAL PROJECT "CARING FOR SMILES CHILDREN'S VILLAGE SOS PACHACÁMAC", LIMA-PERÚ, 2011-2015

León-Manco Roberto.^{1*}

¹ Cirujano Dentista, Maestría en Salud Pública, Residente de la Segunda Especialidad en Salud Pública Estomatológica, Profesor Auxiliar de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú

*roberto.leon@upch.pe

Resumen

OBJETIVO: Evaluar el resultado del programa “Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac”, Lima-Perú, en el período 2011-2015. **MATERIALES y MÉTODOS:** La presente investigación fue de tipo longitudinal y retrospectiva. Se contó con 54 sujetos de estudio entre los años 2011 y 2015 de un base de datos existente, las variables estudiadas fueron experiencia de caries dental (Índice CPOD, CPOS, ceod, ceos), higiene oral (Índice de higiene oral simplificado), medidas de salud oral (prevalencia de caries dental y condición de higiene oral). El análisis estadístico fue descriptivo y bivariado (Chi-cuadrado, U de Mann Whitney, Kruskal Wallis). **RESULTADOS:** Existió diferencia estadísticamente significativa en el Índice CPOD, IHO-S, prevalencia de caries dental y condición de higiene oral ($p < 0.01$) entre los años 2011 y 2015. **CONCLUSIÓN:** Se lograron resultados positivos en el proyecto “Cuidando Sonrisa Aldea Infantil SOS Pachacámac”, Lima-Perú, en el periodo 2011-2015.

Palabras clave: Evaluación, índice, salud oral.

Abstract

AIM: The main was to evaluate the result of the social project "Caring Smile SOS Children's Village Pachacamac", LimaPeru, in the 2011-2015 period. **MATERIALS AND METHODS:** This research was longitudinal and retrospective. 54 study subjects between 2011 and 2015 from an existing database were part of the study, the variables studied were dental caries experience (DMFT, DMFS, dmft, ceos), oral hygiene (Index simplified oral hygiene) measures oral health (dental caries prevalence and oral hygiene condition). The statistical analysis was descriptive and bivariate (Chi-square, Mann Whitney, Kruskal Wallis). **RESULTS:** There was statistically significant difference in the DMFT, OHI-S, prevalence of dental caries and oral hygiene status ($p < 0.01$) between 2011 and 2015. **CONCLUSION:** Positive results were achieved through the social project "Caring Smile SOS Children's Village Pachacamac", Lima-Perú, in the 2011-2015 period.

Key words: Evaluation, index, oral health.

1 INTRODUCCIÓN

La Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH-FE) desarrolló desde el año 2011 el proyecto social de salud “Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac” que tienen como objetivo disminuir los indicadores de salud bucal en la población residente menor de edad. La niñez es una de las etapas de mayor importancia para lograr el desarrollo de un país, es

así que Aldeas Infantiles SOS (AISOS) tiene como finalidad brindar a través de sus aldeas el apoyo necesario a los niños para que puedan disfrutar de una niñez feliz, siendo su visión que cada niño pertenezca a una familia, que crezca con amor, con respeto, y con seguridad, garantizando una mejor calidad de vida para ellos que se encuentran en situación de orfandad y abandono. La misión de la AISOS es crear familias para niñas y niños necesitados, los apoyan a formar su propio futuro y participan en el desarrollo de sus comunidades.¹

Siendo congruente con los diversos lineamientos nacionales e internacionales.

Los indicadores nacionales reportan que dentro de las principales causas de morbilidad se ubica a las enfermedades bucales en segundo orden de recurrencia.² Por ello, son diversos los programas de salud bucal implementados a nivel mundial, algunos como directivas ministeriales a nivel nacional, como el caso chileno el cual interviene en niños de edad escolar con atenciones odontológicas integrales, la constitución de escuelas saludables, y soporte alimenticio. Hasta el año 2004 con seis años de programa se aumentó la cobertura de 8 % a 69 % de la población la cual formaba parte del programa, esto contribuyó al aumento del presupuesto en los gobiernos locales.³

Otro ejemplo es Paraguay, que mediante un programa dirigido a salvar al primer molar permanente en los niños mediante los selladores de fosas y fisuras con el procedimiento de restauración atraumática (PRAT) promueve una serie de complementos necesarios para la intervención, en sus conclusiones indican que no sólo es necesario aumentar las coberturas, también se debe abordar el tema de educación para la salud e intervenir en los determinantes sociales de la salud⁴. Los procedimientos que sólo se basan en la intervención no siempre son exitosos y el gasto de recursos es mayor a los beneficios,⁵ por ello, se recomienda que el segundo paso de toda evaluación de programa tenga un componente económico para calcular el costo-efectividad de la intervención.⁶

Existen diversas intervenciones a nivel comunitario que dan énfasis al componente educativo, algunos en los cuales se interviene en las madres de los sujetos de intervención y los resultados son diversos, es claro que los conocimientos pueden ser adquiridos mediante una sesión educativa sin embargo, lograr adecuadas prácticas en salud bucal es otro reto.⁷ Este mejoramiento de los conocimientos en los centros educativos puede ser mediante sesiones educativas y talleres, dirigidos a los propios escolares, a los padres como se mencionó anteriormente, o complementarlos con los responsables de la enseñanza de los niños: profesores, auxiliares, administrativos.^{8,9}

Por ello, toda intervención para ser duradera en el tiempo debe contemplar todos los aspectos importantes, desde los conocimientos, las prácticas, proporcionar acceso a servicios y mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios.¹⁰ Con la implementación del proyecto social de salud “Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac” se buscó mejorar los niveles de salud de los niños, garantizar una aldea saludable, reducir los costos de salud mediante medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, promover el desarrollo de los beneficiarios, y finalmente, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos entendiendo a la salud como un derecho.

Por ello, el objetivo del estudio fue evaluar el resultado del proyecto social de salud “Cuidando Sonrisas Aldea Infan-

til SOS Pachacámac”, Lima-Perú, en el período 2011-2015.

2 MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue descriptivo, longitudinal y retrospectivo. La población estuvo constituida por una base de datos perteneciente al Departamento Académica de Odontología Social de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la cual cuenta con los registros de los menores de edad de la Aldea Infantil SOS Pachacámac en el periodo 2011 al 2015 (2011: 55 registros, 2012: 66 registros: 2013: 68 registros, 2014: 67 registros y 2015: 54 registros). Por ello, se estableció que el tamaño muestral para cada año serían los 54 registros de niños beneficiarios, siendo escogidos mediante selección aleatoria simple, previamente depurando las base de datos verificando que se cuenten con los registros completos de cada uno de los indicadores en evaluación. Las bases de datos cuentan con los resultados de las evaluaciones odontológicas hechas como parte de la evaluación anual del proyecto, siendo el diagnóstico del 2011 la línea basal previa a la implementación (Agosto de 2011), y cada año consecutivamente (siempre en los meses de Agosto, porque se cumple un año de la implementación del proyecto). Es importante mencionar que las evaluaciones odontológicas se hacen con personal egresado destinado a la ejecución del proyecto, son los egresados en el programa de Servicio Estomatológico Alternativo para la Obtención del Título de Cirujano Dentista (SESAOTS), los cuales previamente realizan el diagnóstico pasan un proceso de calibración inter-examinador con un gold estándar siendo necesario alcanzar un Kappa >0.80.

Las variables de estudio fueron los registros de experiencia de caries dental (Índice ceod, Índice ceos, Índice CPOD, Índice CPOS), prevalencia de caries dental (con caries dental aquellos que tengan los componentes diente cariado “dc/DC” del ceod/CPOD mayores o iguales a 1) e higiene oral (Índice de Higiene Oral Simplificado-IHO-S y Condición de higiene oral), siguiendo los criterios de la OMS,¹¹ además, se obtuvieron las distribuciones por sexo y edad en cada año.

Se consideraron los componentes del Índice ceod (sumatoria de dientes deciduos que han sufrido caries dental; dc: dientes deciduos cariados, de: dientes deciduos extraídos por caries dental, do: dientes deciduos obturados), los del Índice CPOD (sumatoria de dientes permanentes que han sufrido caries dental; DC: dientes permanentes cariados, DP: dientes permanentes extraídos por caries dental, DO: dientes permanentes obturados), los índices ceos y CPOS contienen los mismos componentes pero tomando como unidad de medida las superficies dentarias deciduas y permanentes, respectivamente. El IHO-S se considera de la suma del Índice de Placa Blanda (IP) y el Índice de Placa Calcificada (IC), y su categorización de severidad (Buena higiene: de 0-1.1, Regular higiene: de 1.2 a 3.0, y Mala higiene: de 3.1 a más).¹¹

Una vez depurada la base de datos se procedió a su análisis obteniendo los promedios y desviaciones estándar de las variables cuantitativas, y las frecuencias absolutas y

relativas de las variables cualitativas. Luego se procedió al análisis bivariado, se determinó que los datos no tenían distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por ello para la comparación de medias se utilizó la prueba de U de Mann Whitney y Kruskal Wallis. Para las variables cualitativas se empleó la Prueba de Chi-cuadrado. Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 20.0 y se contó con un nivel de confianza de 95 % y un $p < 0.05$.

El presente estudio se realizó luego de contar con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con código SIDISI Nro 61336.

3 RESULTADOS

Los resultados son basados en registros de 54 niños beneficiarios del proyecto “Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac” en el período 2011-2015, siendo la distribución según sexo en el año 2011: 25 (46.3 %) hombres y 29 (53.7 %) mujeres, 2012: 21 (38.9 %) hombres y 33 (61.1 %) mujeres, 2013: 30 (55.6 %) hombres y 24 (44.4 %) mujeres, 2014: 25 (46.3 %) hombres y 29 (53.7 %) mujeres, 2015: 21 (38.9 %) hombres y 33 (61.1 %) mujeres. En el caso de las edades, los promedios fueron en el año 2011 de 10.6 (D.E.=4.2), 2012 de 10.1 (D.E.=3.6), 2013 de 10.8 (D.E.=3.9), 2014 de 10.4 (D.E.=4.8), y 2015 de 9.8 (D.E.=3.4).

Al comparar el diagnóstico realizado en el año 2011 con los resultados del año 2012, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los siguientes indicadores epidemiológicos de salud oral: dc, de, do, sc, se, so, DC, CPOD, SC, CPOS, e IC ($p < 0.05$) (Gráfico 1); y en las medidas de salud oral: prevalencia de caries dental y condición de higiene oral ($p < 0.05$) (Tabla 2).

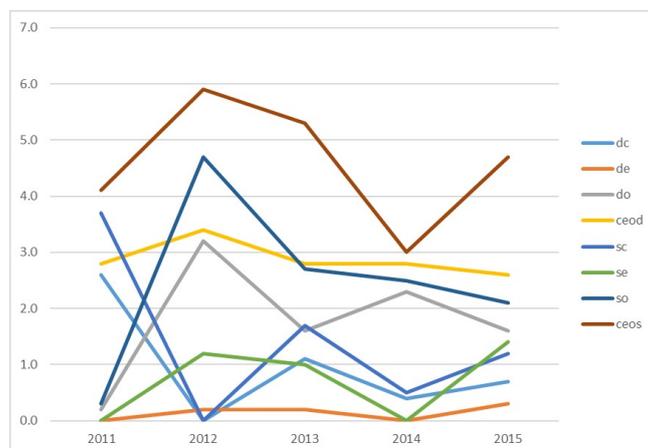
Al comparar el año 2012 con el año 2013, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los siguientes indicadores epidemiológicos de salud oral: dc, do, sc, DC, SC, IP, e IHO-S ($p < 0.05$) (Tabla 1); y en la medida de salud oral de prevalencia de caries dental ($p < 0.05$) (Gráfico 2).

Al comparar el año 2013 con el año 2014, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los siguientes indicadores epidemiológicos de salud oral: DO, e IC ($p < 0.05$) (Gráfico 1).

Al comparar el año 2014 con el año 2015, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los siguientes indicadores epidemiológicos de salud oral: DC, DO, SC, SO ($p < 0.05$) (Gráfico 1); y en la medida de salud oral de prevalencia de caries dental ($p < 0.05$) (Gráfico 2).

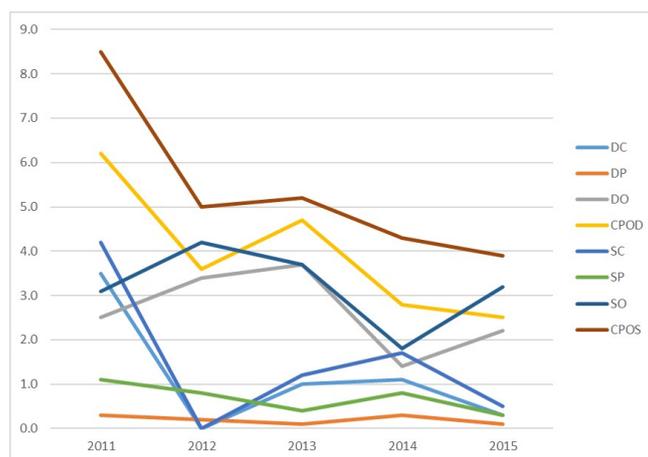
Considerando el período de años 2011-2015, se observó una diferencia estadísticamente significativa en los siguientes indicadores epidemiológicos de salud oral: dc, do, sc, so, DC, CPOD, SC, CPOS, IP, IC e IHO-S ($p < 0.05$) (Gráfico 3); y en las medidas de salud oral: prevalencia de caries dental y condición de higiene oral ($p < 0.05$) (Gráfico 4).

Grf. 1. Variación de la experiencia de caries dental en dentición decidua en los beneficiarios del Proyecto Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac, Lima-Perú, 2011-2015.



Diferencia estadística significativa en dc, do, sc y so (Prueba de Kuskall Wallis, $p < 0.01$).

Grf. 2. Variación de la experiencia de caries dental en dentición permanente en los beneficiarios del Proyecto Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac, Lima-Perú, 2011-2015.



Diferencia estadística significativa en DC, CPOD, SC, CPOS (Prueba de Kuskall Wallis, $p < 0.01$).

4 DISCUSIÓN

Un proyecto social es un “conjunto de tareas que se realizan por única vez, en cierto período de tiempo y con recursos determinados para el logro de objetivos específicos” en beneficio de una población determinada. Se basa en un diagnóstico de la realidad, es decir, de la situación actual para intervenir en ella y generar un cambio a una situación esperada, sin embargo, es importante mencionar que en ese proceso existen fuerzas positivas y negativas que contribuyen al fracaso o éxito del proyecto.^{13,14}

Es importante diferenciar tres conceptos de interven-

Tabla 1. Variación de indicadores epidemiológicos de salud oral en los beneficiarios del Proyecto Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac, Lima-Perú, 2011-2015.

Indicadores epidemiológicos en salud oral	Años													
	2011		2012		2013		2014		2015		2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
	X	DE	p*	p*	p*	p*								
dc	2.6	3.0	0.0	0.0	1.1	1.9	0.4	0.7	0.7	1.7	<0.01	<0.01	0.21	0.96
de	0.0	0.0	0.2	0.6	0.2	0.9	0.0	0.2	0.3	0.8	0.04	0.34	0.47	0.11
do	0.2	0.5	3.2	3.7	1.6	2.0	2.3	3.7	1.6	2.1	<0.01	0.06	0.93	1.00
ceod	2.8	3.1	3.4	4.0	2.8	3.6	2.8	4.1	2.6	2.9	0.87	0.44	0.58	0.68
sc	3.7	5.1	0.0	0.0	1.7	4.3	0.5	0.8	1.2	3.1	<0.01	<0.01	0.16	0.93
se	0.0	0.0	1.2	3.2	1.0	4.1	0.0	0.2	1.4	3.7	0.04	0.34	0.45	0.10
so	0.3	1.2	4.7	7.3	2.7	4.6	2.5	4.1	2.1	3.2	<0.01	0.11	0.63	0.83
ceos	4.1	5.3	5.9	9.6	5.3	9.5	3.0	4.5	4.7	8.4	0.76	0.41	0.41	0.29
DC	3.5	4.3	0.0	0.0	1.0	1.9	1.1	1.9	0.3	0.8	<0.01	<0.01	0.43	<0.01
DP	0.3	0.7	0.2	0.6	0.1	0.3	0.3	1.0	0.1	0.4	0.60	0.85	0.41	0.36
DO	2.6	2.9	3.4	4.2	3.7	4.6	1.4	2.3	2.2	2.2	0.71	0.94	0.03	0.04
CPOD	0.2	5.0	3.6	4.4	4.7	5.3	2.8	3.6	2.5	2.5	0.01	0.42	0.14	0.54
SC	4.2	4.8	0.0	0.0	1.2	2.4	1.7	4.4	0.5	1.8	<0.01	<0.01	0.44	<0.01
SP	1.1	3.4	0.8	3.0	0.4	1.3	0.8	4.0	0.3	1.1	0.61	0.85	0.51	0.42
SO	3.1	3.3	4.2	5.5	3.7	4.6	1.8	2.8	3.2	3.5	0.96	0.72	0.08	0.04
CPOS	8.5	7.4	6.0	7.1	5.2	6.1	4.3	8.0	3.9	4.1	0.01	0.62	0.26	0.29
IP	1.0	0.8	0.9	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.9	0.5	0.72	0.02	0.78	<0.01
IC	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	<0.01	1.00	0.02	0.24
IHO-S	1.1	0.9	0.9	0.6	0.6	0.7	0.6	0.8	0.9	0.5	0.75	0.02	0.74	<0.01

X: Promedio.
 DE: Desviación estándar.
 p: Significancia estadística.
 *: Prueba de U de Mann Whitney.

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de U de Mann Whitney.

Tabla 2. Variación de medidas de salud oral en los beneficiarios del Proyecto Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac, Lima-Perú, 2011-2015.

Medidas de salud oral	Años													
	2011		2012		2013		2014		2015		2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p*	p*	p*	p*
Prevalencia de caries dental														
Sin caries	14	25.9	54	100.0	28	51.9	27	50.0	39	72.2	<0.01	<0.01	0.85	0.02
Con caries	40	74.1	0	0.0	26	48.1	27	50.0	15	27.8				
Condición de higiene oral														
Buena higiene	34	63.0	45	83.3	45	83.3	44	81.5	37	68.5	0.02	1.00	0.97	0.12
Regular higiene	20	37.0	9	16.7	9	16.7	10	18.5	17	31.5				

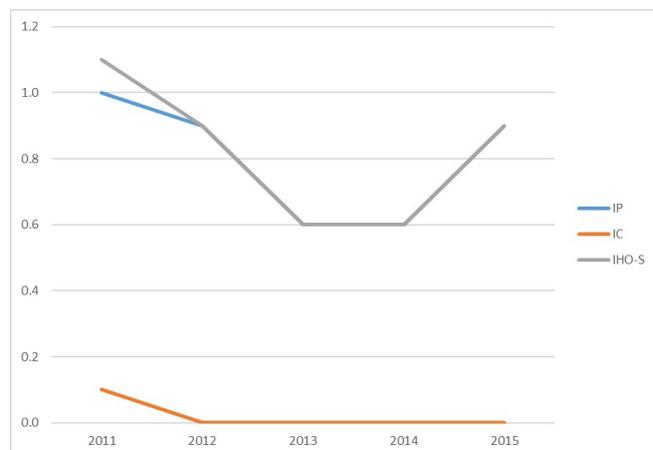
n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

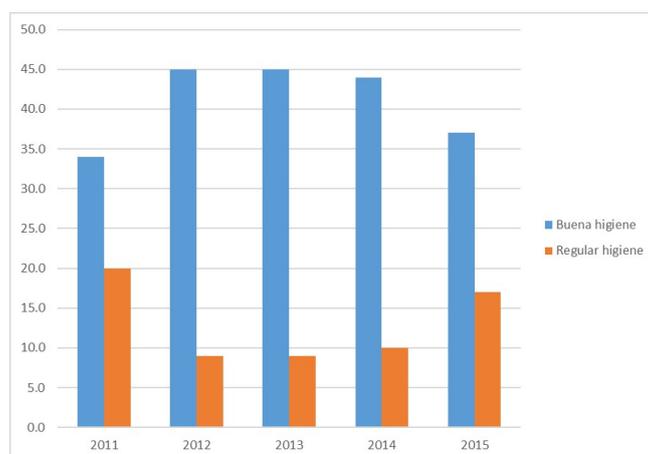
*: Prueba de Chi-cuadrado.

Grf. 3. Variación de la higiene oral en los beneficiarios del Proyecto Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac, Lima-Perú, 2011-2015.



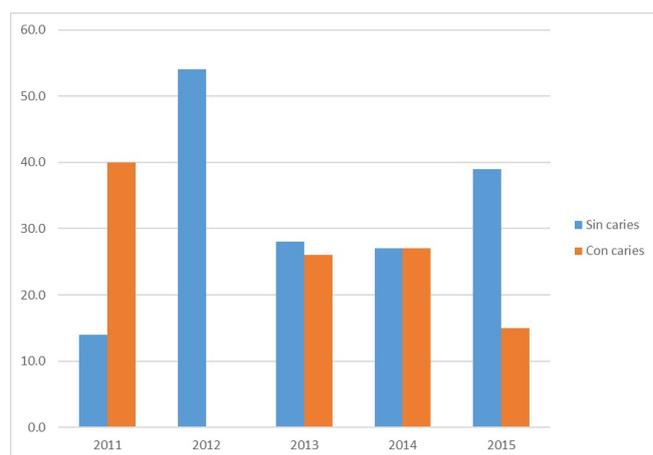
Diferencia estadística significativa en IP, IC y IHO-S (Prueba de Kuskall Wallis, $p < 0.01$).

Grf. 5. Variación de la condición de higiene oral en los beneficiarios del Proyecto Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac, Lima-Perú, 2011-2015.



Diferencia estadística significativa (Prueba de Chi-cuadrado, $p < 0.01$).

Grf. 4. Variación de la prevalencia de caries dental en los beneficiarios del Proyecto Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac, Lima-Perú, 2011-2015.



Diferencia estadística significativa (Prueba de Chi-cuadrado, $p < 0.01$).

ción: los planes, programas y proyectos. Los primeros se circunscriben al logro de la visión y misión de una institución o grupo humano, los segundos al logro de objetivos, y finalmente, los proyectos a la solución de una problemática. En ese esquema se puede decir que el conjunto de proyectos articulados constituyen un programa, y la unión de programas fortalecen los planes.¹⁴

Entonces un proyecto es un conjunto de tareas que se ejecutan en un cierto período de tiempo con determinados recursos para cambiar una problemática, estas actividades deben ser organizadas y sistemáticas,¹⁵ si es un proyecto

social de salud, las tareas irán destinadas a la solución de un problema sanitario general, o como el caso del presente estudio, de salud oral.

El ciclo de un proyecto puede diferenciarse en tres etapas: el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación.¹⁶ La diferenciación entre implementación y monitoreo es básicamente un tema académico porque se desarrollan en simultáneo.

Abordando específicamente los proyectos sociales de salud, en la etapa de diseño se pueden considerar dos sub etapas: la primera destinada al diagnóstico situacional (puede estar compuesto de un diagnóstico socioeconómico y epidemiológico) y el trabajo de elaboración del documento técnico (ante-proyecto) con un método tradicional (replicar un proyecto existente) o mediante el marco lógico (visualiza el conjunto del problema y promueve la participación de los involucrados). La implementación son todas las actividades propias del proyecto, desde las de gestión, las actividades propuestas, las estrategias, entre otras, éstas deben ejecutarse según cronograma establecido. El monitoreo es el seguimiento del cumplimiento de las actividades del proyecto, se da en el mismo período de la implementación y su importancia radica en establecer medidas correctivas de ser necesario si se observa falencias en la implementación. Finalmente, la evaluación se da al final del proyecto y establece el éxito del cumplimiento de los objetivos del proyecto, y sus recomendaciones sirven para la generación de nuevos proyectos o el seguimiento del mismo, por ello, estas cuatro etapas constituyen un ciclo.¹⁷⁻²¹

El proyecto “Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac” beneficia a un total de 68 residentes de la aldea entre hombres y mujeres desde los 0 años hasta 18 años de

edad.⁸ En el esquema del proyecto, la AISOS Pachacámac es el financiador, la UPCH-FE es el prestador del servicio de salud, y los niños y niñas los beneficiarios finales al recibir las atenciones de salud, enmarcado en los convenios interinstitucionales firmados consecutivamente en los cuatro años de proyecto, desde su inicio en el año 2011 a 2015. La coordinación es desarrollada por docentes del Departamento Académico de Odontología Social y ejecutada por estudiantes de pregrado, posgrado, egresados en proceso de titulación, personal administrativo, y conjuntamente con colaboradores de la AISOS Pachacámac.²²

El costo del proyecto por beneficiado es aproximadamente 24 dólares americanos calculado de un diagnóstico previo de necesidades de tratamientos, teniéndose un paquete de atención anual por beneficiario de: un diagnóstico clínico, una profilaxis dental, dos fluorizaciones, dos sellantes preventivos, una extracción dental, tres curaciones dentales, dos instrucciones de higiene oral, dos sesiones educativas, y un control odontológico. Lo que significa un ahorro de 50 % a la aldea si los tratamientos se realizarán en la propia Clínica Dental Docente de la UPCH-FE, debido a que los costos son reducidos al utilizar equipo odontológico simplificado y apropiado (se cuenta con una clínica dental itinerante de tres sillones dentales, tres cajas de control, una compresora, y mobiliario), los docentes emplean sus horas de extensión universitaria o docencia en servicio, las atenciones son con operadores egresados o estudiantes en formación, los estudiantes voluntarios son encargados de las sesiones de educación para la salud, y el personal administrativo desarrolla las actividades de mantenimiento de los equipos como parte de su labor en la facultad. Es importante mencionar que, la AISOS Pachacámac designa a uno de sus colaboradores responsable de las coordinaciones del proyecto, y siempre se cuenta con apoyo de los directivos, las madres, tías, y demás personal.²²

El proyecto contempla seis fases, éstas son: gestión, diagnóstico, atenciones, educación para la salud, controles, nuevamente educación para la salud, y otra vez inicial el ciclo del proyecto. Las actividades comienzan en Enero y terminan en Diciembre de cada año, en ese año se desarrollan las últimas cinco fases, sin embargo, la fase de gestión empieza a realizarse en el último trimestre del año anterior al inicio del nuevo ciclo, por ello, su nombre de Fase 0.²²

Fase 0: Gestión. Desarrollada por los coordinadores del proyecto de la UPCH-FE en conjunto con la AISOS Pachacámac, destinada a las actividades de diseño y planificación de la implementación del proyecto, aquí se realiza la firma de convenios entre las instituciones, compra de materiales e insumos, mantenimiento de equipos, inducción a los operadores, coordinaciones con los responsables de la aldea, identificación de los beneficiarios, programación de horarios de atenciones, entre otras actividades de gestión.²²

Fase 1: Diagnóstico. Desarrollado por egresados de la UPCH-FE en proceso de titulación pertenecientes al Progra-

ma de Servicio Estomatológico Alternativo para la Obtención del Título de Cirujano Dentista (SESAOT). Se realizan dos tipos de diagnósticos, el primero es de indicadores epidemiológicos en salud oral midiendo la prevalencia de caries dental, la experiencia de caries dental (Índice ceod e Índice CPOD) e higiene oral (Índice de Higiene Oral Simplificado) según indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014). Y el otro diagnóstico es clínico mediante el llenado de una historia clínica como cualquier servicio odontológico. El diagnóstico epidemiológico permite la evaluación anual de los avances del proyecto desde un enfoque de salud pública, y el segundo, la planificación de los tratamientos requeridos por los beneficiarios.²²

Fase 2: Atenciones. Se brinda el paquete odontológico (1 profilaxis dental, 1 fluorización, 2 sellantes preventivos, 1 extracción dental y 3 curaciones dentales) que es realizado principalmente por los egresados del SESAOT, sin embargo, se ha contado con la participación de estudiantes de pregrado y de posgrado (estudiantes de la segunda especialización en odontología pediátrica). Las atenciones son tres veces por semana en horarios rotativos, evidentemente no todos los niños requerirán el paquete completo de atenciones, en el diagnóstico se observaron menores que estaban completamente sanos, en ellos sólo se realizaron tratamientos preventivos, y los restaurativos eran destinados a otros que necesitaban más curaciones dentales, se tuvo el caso de un niño que tenía 25 superficies dentales con caries dental.²²

Fase 3: Educación para la salud. Los integrantes del SESAOT o estudiantes voluntarios de los primeros años de la carrera de estomatología realizan las instrucciones de higiene oral a los niños, madres y tías, de forma personalizada. A eso se suman talleres de educación para la salud mediante estrategias de animación sociocultural, habiendo recibido preparación previa a cargo de docentes en el área, los temas abordados no sólo se circunscriben a salud oral, también son de nutrición, higiene corporal, valores, y otros, empleando material educativo elaborado para cada actividad.²²

Fase 4: Controles. Los controles se llevan a cabo a los seis meses de iniciada las atenciones odontológicas por los integrantes del SESAOT, tiene como finalidad la identificación de nuevos casos de caries dental, continuar con tratamientos odontológicos, y reforzar la prevención mediante una fluorización.²²

Fase 5: Educación para la salud. Esta fase es similar a la Fase 3, tiene la finalidad de reforzar las medidas preventivas y mantenimiento de los logros alcanzados, es etapa final del año antes del nuevo inicio del ciclo del proyecto con la fase diagnóstica.²²

La generación de proyectos con la finalidad de mejorar la salud bucal mediante la disminución de la prevalencia de caries dental es una prioridad en salud pública, según la OMS uno de los principales objetivos es reducir el Índice CPOD a menos de 3,²³ habiéndose logrado en el proyecto la reducción del promedio de CPOD de 6.2 en el 2011 a 2.5 en

el 2015, siendo considerado una experiencia de caries dental se severidad muy baja según categorías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).²⁴

En general los resultados demuestran una disminución de la prevalencia de caries dental producto de la reducción de los indicadores de superficies con lesiones de caries dental, y un aumento de las superficies obturadas y extraídas. Congruente a Romero-Méndez Y (Venezuela; 2005),²⁵ quien evalúa un programa de promoción y educación en salud oral durante un año y medio en un centro educativo de preescolares, concluyendo que el indicador de experiencia de caries dental, como ceod, no registrará diferencias estadísticas porque los cambios se originan al invertirse los valores de caries con los de obturaciones. Similar a lo encontrado por Cárdenas-Espinoza C y col (Chile; 2010)²⁶ donde evaluaron un programa municipal entre los años 2000 y 2010, donde la experiencia de caries dental no representó diferencias significativas. En el proyecto se evidenció una diferencia estadística en el CPOD a lo largo de los años de su implementación, esto se atribuye a la movilidad de residentes, se debe indicar que las muestras en cada año de evaluación han sido elegidas al azar y no ha sido un seguimiento de los mismos beneficiarios.

El componente educativo en los diversos programas de salud son los pilares de la sostenibilidad y mantenimiento de los resultados obtenidos una vez se termine el ciclo de proyecto, y este punto ha sido una debilidad en la implementación porque los horarios han estado priorizados a las atenciones odontológicas, lo cual se evidencia en una reducción del IHO-S y en la condición de higiene oral, pero la tendencia a ir aumentado el número de beneficiarios con una regular higiene evidencia la necesidad de reforzar el componente de educación para la salud, para establecer una práctica en salud es primordial construir conocimientos y una actitud positiva.

Bosch R y col. (España);²⁷ Limonta E. (Cuba; 1998),²⁸ Ruiz N y col. (Cuba; 2004),²⁹ Campos M (Perú; 2010)³⁰ y Ávila S (Perú; 2011),³¹ reportaron mejoras en las prácticas en higiene oral mediante actividades de educación para la salud mediante la construcción de conocimientos acompañado de una correcta instrucción de higiene oral.

La principal limitación de la investigación es la movilidad social de los beneficiarios lo cual impide un seguimiento de los sujetos en estudio en el tiempo, y así, poder evaluar la mejora de los indicadores en el largo plazo, por ello, los resultados son las diferencias de promedios en cada año de implementación del proyecto.

Es importante seguir reportando los resultados de los diversos proyectos sociales en salud, estas iniciativas permiten un mutuo conocimiento e intercambio de experiencias, se debe sistematizar los modelos implementados para identificar sus logros, limitaciones y extraer lecciones aprendidas. Además, se necesita que estas intervenciones sean medidas mediante enfoques cuantitativos, pero también deben hacerse evaluaciones cualitativas, y por supuesto, seguir generando otros proyectos similares en salud bucal que son beneficiosos

para las instituciones, los profesionales y la población beneficiaria.

5 CONCLUSIÓN

En conclusión, en general se lograron resultados positivos en el proyecto “Cuidando Sonrisa” en la Aldea Infantil SOS Pachacámac, en el periodo 2011-2015.

Referencias

- 1 Aldeas Infantiles SOS Perú. Aldeas Infantiles SOS Perú. Lima: Aldeas Infantiles SOS Perú. (Consultado el 18 de Mayo de 2012). disponible en: [Documento disponible](#)
- 2 Presidencia del Consejo de Ministros. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Informe del Cumplimiento Perú-2008. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros; 2009.
- 3 Gobierno de Chile. Estudio de caso evaluación del programa de salud bucal. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2005.
- 4 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional Salvemos la Primera Molar. Asunción: Presidencia de la República del Paraguay; 2012.
- 5 Navarro-Montes I, Peso de Ojeda L, Herrera Ballesteros MA, González Sanz A. Evaluación de la aplicación de selladores en el marco asistencial de un programa público de salud bucodental. *Av Odontostomatol.* 2004; 21(1): 33-40.
- 6 Morgan M, Mariño R, Wright C, Bailey D, Hopcraft M. Economic evaluation of preventive dental programs: what can they tell us?. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40 (Suppl. 2): 117-121.
- 7 Menguez T, Sexto N, González Y. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. *MediSur.* 2009; 7(1): 49-53.
- 8 Revello V, Isler M. Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el “Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares” Región Metropolitana. *Rev Chil Salud Pública.* 2013; 17(1): 40-7.
- 9 Junta de Andalucía. Programa de educación para la salud bucodental + Propuesta didáctica sonrisitas. Andalucía; Junta de Andalucía; 2012.
- 10 Barella-Balboa JL et al. Estudio sobre la influencia a largo plazo de un programa de salud bucodental en escolares. *Medicina de Familia.* 2000; 1(1): 47-54.
- 11 Organización Mundial de la Salud. Encuesta de salud bucodental. Métodos básicos. Quinta edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
- 12 Petersen P. The World Oral Health 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 13 Cohen E, Martínez R. Formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. Santiago de Chile: CEPAL; 2009.
- 14 Nino-Guerrero A, Alcalde-Rabanal J. Guía para la formulación de proyectos sociales. Lima: G y C Salud Ambiental SRL; 2012.

- 15 Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI. Washington: American Red Cross; 2001.
- 16 Miranda M. Gestión de proyectos: evaluación financiera económica social ambiental. 5ª.ed. Bogotá: MM editores; 2005.
- 17 Ministerio de Economía y Finanzas. Salud: Guía para la formulación de proyectos de inversión exitosos. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; 2011.
- 18 Cejas C.; Kremer P.; Olaviaga S. Manual para la formulación de proyectos de organizaciones comunitarias. 1ª Ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC; 2008.
- 19 Cano A, Migliaro A, Acosta A. Formulación de Proyectos Sociales. Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. Montevideo: Universidad de la República; 2009.
- 20 Jesús D. Formulación de proyectos de inversión pública a nivel de perfil sobre desarrollo de capacidades en educación. Lima: Ministerio de Educación; 2010.
- 21 Ministerio de Salud. Consideraciones metodológicas para la evaluación de proyectos y programas institucionalizados con cooperación internacional en el Ministerio de Salud. Lima: Oficina General de Cooperación Internacional; 2004.
- 22 León-Manco R. Proyecto "Cuidando Sonrisas Aldea Infantil SOS Pachacámac". Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014.
- 23 Petersen P. The World Oral Health 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 24 Nithila A, Bourgeois D, Barmes D, Murtomaa H. Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental. Rev Panam Pública 1988; 4(6): 411-5.
- 25 Romero-Mézdes Y. La salud bucal en el marco de las políticas públicas en Venezuela. ODOUS Científica. 2005; 6(2): 59-69.
- 26 Cárdenas-Espinoza C, Romero-Saavedra M, Giacaman-Sarah RA. Evolución de la prevalencia de caries y gingivitis en niños de 6 y 12 años de Peralillo, VI Región, entre el año 2000 y el 2010. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2011; 4(3): 102-5.
- 27 Bosch R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontoestomatología. 2012; 8(1): 17-23.
- 28 Limonta E, Araújo T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN. 2000; 4(3): 9-15.
- 29 Ruiz N, González E, Soberats M, Amaro I. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud oral en educandos de la enseñanza primaria. MEDISAN. 2004; 8(3): 24-6.
- 30 Campos M. Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1o año de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua-Cañete (Tesis Bachiller). Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
- 31 Ávila S. Influencia del programa educativo "Sonríe Feliz" sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio "José Olaya Balandra", Distrito de Mala, 2009 (Tesis Bachiller). Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2011.

Recibido: 07 de Febrero de 2016

Aceptado: 15 de Febrero de 2016