

Simposio

Educación sanitaria
Una revisión crítica

Simposio

Educación Sanitaria
Una revisión crítica

Javier Cortés Martinicorena
(Ed.)

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD PÚBLICA ORAL**

**PROMOLIBRO
VALENCIA**

COLECCIÓN ODONTOLOGÍA
DIRECTOR: LEOPOLDO FORNER NAVARRO

EDITORIAL PROMOLIBRO
Luís Mayans Nº 7 bajo
46009 Valencia
Telf. 96361209 Tel/Fax: 963933138
E-mail: promolibro@terra.es
<http://www.promolibro.com>

IMPRIME: Promoción del libro Universitario S.L.
Paseo de las Facultades, 10
46021 Valencia

Reservados todos los derechos. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 270 y siguientes del Código Penal vigente, podrán ser castigados con penas de hasta cuatro años de prisión y multa de hasta 24 meses, quienes reproduzcan, plagien, distribuyan o comuniquen públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística, científica, o su transformación, fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

© Promolibro. SESPO.

ISBN: 84-7986-287-4
Depósito Legal: V- 1139 -1999

Ponentes:

Dr. Rafael Guayat Escolies
Dirección General de Salud Pública.
Generalitat de Catalunya. Barcelona

Dr. Vicente Gil Guillen
Profesor Titular de Medicina de Familia
Universidad de Alicante. Alicante

Dr. Blas Noguero Rodríguez
Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad
de Granada.
Práctica exclusiva de periodoncia e implantes. Granada

Dr. Gonzalo San Martín Autelo
Jefe de Producto. Colgate Palmolive España, S.A. Madrid.

ÍNDICE

ÍNDICE

Prólogo

I. EDUCACIÓN SANITARIA. BASES CIENTÍFICAS DE MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

(Rafael Guayta Escolés)

El modelo de aprendizaje	20
Taxonomía cognitiva de Bloom	22
Taxonomía afectiva de Krathwol	22
Taxonomía Psicomotriz de Dave	23
Bibliografía	26

II. EV ALUACION y RESULTADOS EN EDUCACION SANITARIA INDIVIDUAL Y COMUNITARIA

(Vicente Feo. Gil Guillen)

Objetivos,	31
Introducción	31
La educación sanitaria	31
La Evaluación.....	32
Técnicas de evaluación en educación sanitaria	35
Problemas relacionados con la educación sanitaria	37
Experiencia propia. Los resultados	39
Resumen	41
Bibliografía	41

III. INTEGRACIÓN DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

(B/as Noguero/ Rodríguez)

Introducción	45
¿Hasta dónde puede llegar la higiene bucal?	46
¿Cuánto representa en términos de prevalencia?	48
¿Cómo se implementa la educación sanitaria en la consulta? ..	51
Aplicación del modelo cognitivo-social MCS en la consulta periodontal.....	53
Bibliografía	59

IV. EL MARKETING COMERCIAL COMO AGENTE DE EDUCACIÓN SANITARIA

(Gonza/o Sanmartín Ante/o)

Introducción	63
Breve historia de Colgate	64
Compromiso de la Industria	64
El Marketing comercial.....	65
Análisis del entorno (Análisis DAFO)	65
Métodos para influir en el consumidor	65
Situación actual del mercado de salud bucal.....	71
Empresas	73
Canales	73
Consumidores.....	75
Profesionales	79
Colgate y la educación sanitaria	79
Programa escolar: "Sonrisas brillantes, futuros brillantes"	80
Programa profesional.....	82
Jornadas 48 horas de salud bucodental.....	83
Bibliografía	84

PROLOGO

Este libro sobre "*Educación Sanitaria*" da comienzo a una nueva serie titulada Salud Dental Comunitaria, dentro de la colección Odontología, y que será la continuación de la ya iniciada con los tres libros anteriores. Un siglo y un milenio están próximos a irse y una nueva serie y nueva portada, llegan. Así pues, démosles la bienvenida.

El libro nos presenta una visión sintética de aspectos relevantes de la educación sanitaria. Con este simposio, hemos querido salirnos un poco del esquema tradicional e introducir algunas cuestiones poco tratadas habitualmente, como son las relativas a la evaluación de su efectividad, y la importancia del marketing comercial en la adquisición de hábitos saludables. La primera porque es una pregunta que continuamente nos planteamos, y la última porque es sin duda un objetivo prioritario de la educación sanitaria de la población. Junto a ellas, presentamos la base científica que subyace en las técnicas de modificación del comportamiento, y un modelo de la propia técnica en sí. Una excelente revisión realizada por los autores, que nos introduce en conceptos actuales y necesarios para nuestra actividad como promotores de salud.

Creo que todos estaremos de acuerdo en que la educación sanitaria juega un papel en el mantenimiento de la salud oral, que es valorado positivamente, pero que siempre es difícil de evaluar. Es considerada como un derecho fundamental (Declaración de Alma Ata, 1978) y también como la base de la Promoción de la Salud, y esta última, la consideramos la razón nuclear de la actividad de las profesiones sanitarias. En este sentido, tiene dos ámbitos de actuación como la propia actividad sanitaria, y éstos son el comunitario y el individual.

Deliberada o inconscientemente, en nuestro quehacer diario, todos los que trabajamos con el público en el campo de la salud, hacemos educación para la salud; cuando informamos, aconsejamos, o simplemente instruimos en una técnica de cepillado, estamos siendo educadores de salud.

Nos encontramos en un tiempo en el que el nivel de educación sanitaria de la población evoluciona positivamente en nuestro país, pero en el que todavía estamos lejos de alcanzar objetivos que podemos considerar básicos. El nivel de conocimientos sobre salud dental, el nivel de hábitos de higiene, el consumo de dentífricos y de cepillos de dientes, y el nivel de preocupación por el mantenimiento de una buena salud dental deben subir todavía muchos puntos entre nuestros conciudadanos. Pongo por ejemplo la comunidad que me es más próxima, y que tiene desde hace ya más de diez años un programa de intervención importante en este campo de la salud, con actividades de educación para la salud en la escuela, además de cobertura asistencial dental infantil con un marcado carácter preventivo. Pues bien, la última encuesta epidemiológica realizada en Navarra en el año 1997 puso de manifiesto, junto a una mejoría de los niveles de salud dental, que más del 50% de los adolescentes de 14 años no se cepilla los dientes después de las comidas, y que incluso un 15% no lo hace nunca o casi nunca; hace diez años estas cifras eran del 77% y 30% respectivamente. Es cierto que algo hemos avanzado, pero todavía queda camino por recorrer.

Por otra parte, en algo en lo que probablemente también estemos de acuerdo es en que el nivel de educación de la población en materia de salud, y la adquisición de hábitos saludables, traspasa claramente la frontera de lo sanitario y se convierte en materia de relación de agentes sociales, culturales, políticos y también de la industria. La promoción de la salud no es una actividad que afecte sólo a médicos y sanitarios en general, sino que compromete a todas las esferas de lo cotidiano. A la industria también. Una tesis hoy defendida ampliamente por la comunidad científica es que el descenso de la prevalencia de caries ocurrido durante las últimas décadas, en los

países industrializados se debe, como factor principal, al consumo de dentífricos fluorados.

Nosotros tenemos interés en que nuestra población se cepille los dientes a diario, pero sin duda tanto ó más interés tienen los fabricantes de cepillos y pasta de dientes. Visto así, parece que más puede hacer la industria por el aumento de ése consumo, que nosotros mismos.

Javier Cortés Martincorena
Presidente de SESPO
Pamplona, Febrero de 1999

**I. EDUCACIÓN SANITARIA.
BASES CIENTÍFICAS DE
MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO**

Rafael Guayta Escolies

Responsable de Investigación e Información Técnica en Educación Sanitaria. Dirección General de Salud Pública. Generalitat de Catalunya.

1. INTRODUCCIÓN

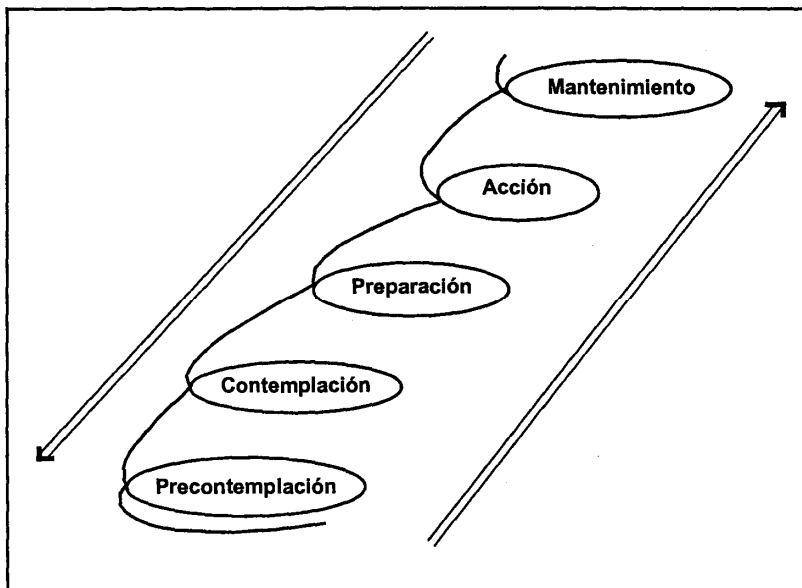
La educación sanitaria es un elemento importante de la intervención terapéutica y preventiva en diversos problemas de salud, tanto agudos como crónicos. Probablemente existen tantas definiciones de educación sanitaria como autores han intentado definirla. Podríamos sin embargo coincidir en definirla como aquellas combinaciones de experiencias de aprendizaje planificadas, sobre conocimientos, actitudes y habilidades, destinadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos con el objetivo final de que el individuo pueda definir y alcanzar sus propias metas en materia de salud.(1,2) El objetivo fundamental es la promoción de la salud que debe generar necesariamente cambios de conducta(3)

La importancia de sumar y combinar actividades conlleva la afirmación de que a cada objetivo de aprendizaje corresponderá un método educativo y que su combinación final permitirá abordar el total de los objetivos contenidos en el proyecto educativo. Tal y como se ha puesto de manifiesto, las experiencias de aprendizaje deben abarcar a todos los componentes del comportamiento humano: conocimientos, actitudes y habilidades; pero sin olvidar, que el objetivo final del proceso educativo es que el paciente realice una conducta concreta, es decir use las capacidades adquiridas en su quehacer cotidiano. Así pues la vehiculización de conocimientos y la modificación de actitudes sólo son pasos intermedios en el proceso de cambio conductual perseguido.

Se nos advierte sobre la necesidad de establecer un proceso de reflexión sistemático, a fin de elaborar un proyecto de intervención educativa, enfatizándose el hecho de que el profesional sanitario debe actuar como facilitador, acotando así su papel como educador.

Es por ello, que éste no debe aceptar toda la responsabilidad del cambio sino capacitar al individuo objeto de la intervención educativa, para que pueda adoptar voluntariamente el comportamiento propuesto, interiorizando el nuevo comportamiento en su esquema de valores y dentro del ambiente social, cultural y económico que le rodea. Sólo si ésto es así, el comportamiento perdurará.

Figura 1.- Modelo transteórico del comportamiento.
Adaptado de Prochaska et al



Todos los individuos experimentan diferentes fases en el proceso hacia el cambio de comportamientos relacionados con la salud, dichos cambios fueron definidos por Prochaska y DiClemente en lo que se ha denominado el proceso transteórico de cambio(4) (figura 1).

Una de las mayores contribuciones del modelo radica en el reconocimiento de la naturaleza dinámica del cambio conductual y en la consideración de las intenciones individuales ligadas a la futura acción(5). Hoy en día el modelo ha dejado de apostar por un diseño lineal del que invariablemente se deducía la recaída o el mantenimiento de la conducta, y ha propuesto una configuración "espiral" en la que los individuos inmersos en el proceso de cambio ascenderían o descenderían por él, aprendiendo de los progresos o recaídas hacia sustratos inferiores del procesos de adopción.(6,7)

Un aspecto importante a tener en cuenta cuando analizamos el proceso de cambio conductual es el análisis de los determinantes del comportamiento.

Se considera que los determinantes del comportamiento humano son todos aquellos factores personales o ambientales que influyen sobre la conducta del individuo.

Entre los factores personales encontraremos todos aquellos que son internos al ser humano y que conllevan la intención de realizar un determinado comportamiento. Son aquellos que permiten "saber y desear". Así, podemos referirnos a factores **fisiológicos** como la herencia y la constitución física, **físicos** como el grado de habilidad psico-motriz, **psicológicos** como los valores, creencias, grado de información, personalidad, **sociodemográficos** como el sexo, la edad, la raza, la clase social, el nivel de instrucción y, finalmente, una miscelánea donde agrupamos **aspectos culturales** como religión, cultura, etc.

Entre los ambientales hallaremos todos aquellos que son externos al individuo pero que se relacionan estrechamente con sus factores personales. Son aquellos que permiten "poder hacer" un comportamiento. Entre ellos destacamos **las relaciones interpersonales** como la familia, el "grupo de pares", los compañeros de trabajo, el círculo de amistades, **los servicios y recursos comunitarios** en relación a su disponibilidad, accesibilidad, cantidad y cualidad de los mismos, y finalmente aquellos de **índole social** como el tipo de domicilio y barrio donde habite, el clima, la economía, la publicidad, la política gubernamental, el país o incluso el continente donde viva el individuo objeto de la intervención.

2.- EL MODELO DE APRENDIZAJE

Existen muchas y diferentes teorías que intentan explicar el abordaje de las conductas relacionadas con la salud, y muchas de ellas comparten las mismas predicciones. No obstante, difieren principalmente unas de otras en dos importantes cuestiones. Primero, en el tipo de factores que reconocen como causa de las conductas relacionadas con la salud. De un lado teorías como el "health belief model"(8,9) o la teoría de la adopción de Rogers (10), focalizadas en actitudes y motivaciones. Otras como la teoría de aprendizaje social de Bandura(11,12) o la teoría de control social de Hirschi(13) las cuáles ponen el énfasis en las influencias de la sociedad en las conductas relacionadas con la salud y desde dónde pueden adquirirse éstas, a saber desde la relación social con otros, la observación y la imitación y el mantenimiento de las mismas por el refuerzo social. En segundo lugar también difieren en la proximidad de las variables que determinan las conductas relacionadas con la salud. Por ejemplo el clima sociocultural acentuado por Johnston(14), o los postulados de McKinlay (15) que aseguran que las intervenciones sociopolíticas afectan dramáticamente a las conductas relacionadas con la salud. Ajzen(16), Fishbein(17) y Rosenstock (18) por su parte, argumentan la influencia de creencias y actitudes en la génesis de conductas relacionadas con la salud, en el sentido de que, cualquier conducta relacionada con la salud, está determinada por intenciones razonadas o decisiones de alcanzar una determinada conducta, y que dichas intenciones o decisiones están moldeadas a partir de sus actitudes hacia la conducta en cuestión, la percepción de la presión normativa hacia la práctica de ésta conducta, o la de su propia autocapacidad para lograrla o, finalmente, de la creencia de su habilidad para lograr el éxito.

Muchos teóricos como Bandura(11,12), Frankenhaeuser(19), Magnusson(20) o Sadava (21), han postulado que un conocimiento comprensivo de cualquier conducta humana debiera empezar por un análisis que integrara los factores ambientales que estarían constituidos por el macroambiente sociocultural, los factores situacionales entendidos como el microambiente en que se posibilita la conducta , los factores personales que incluyen las características

del individuo que realiza el comportamiento y la conducta misma, amén de las conductas que le están directamente relacionadas, y la interacción de todos éstos factores. Pero ello, no puede especificar cuáles son las circunstancias ambientales, situacionales o personales que influyen en la génesis de la conducta. La Teoría de la influencia triádica(22) fué diseñada para buscar precisamente cuáles eran esas circunstancias y cómo interaccionaban entre ellas haciendo posible la conducta. Su más grande afirmación es que, las causas finales de que una conducta relacionada con la salud se realice, existen en diferentes niveles de influencia. En un primer nivel, encontraríamos las causas primigenias, las raíces de la conducta, herencia cultural, disposición personal heredada, etc. En un segundo nivel, aparecerían las relaciones socio-personales donde la situación social o cultural interaccionaría con los conocimientos, los valores transmitidos y la autopercepción. En un tercer nivel, las cualidades de la relación socio-personal devienen más específicas para el comportamiento que deseamos predecir; por ejemplo, un conocimiento cultural influencia creencias acerca de las consecuencias particulares de una determinada conducta. En el cuarto nivel, por último, las normas sociales y las creencias, actitudes y percepción de autocapacidad generadas influyen sobre la decisión e intención de actuar de una determinada manera frente a una particular situación.

El patrón de aprendizaje conductual se inspira en diferentes modelos que intentan explicar los determinantes del comportamiento humano, como las taxonomías educativas de Bloom o Krathwol(23,24), la citada teoría de aprendizaje social de Bandura(12), el modelo de enseñanza de Gagné(25), la teoría piramidal de las necesidades de Maslow(26) o el cambio individual de Kelman por efecto del control externo(27).

Estos modelos intentan explicar el proceso que lleva a la interiorización de un comportamiento. Es decir, a la realización voluntaria, valorizada y permanente del mismo. Las taxonomías cognitiva, afectiva y psicomotriz, son un intento de catalogar las diferentes fases por las que, en el proceso de interiorización de un comportamiento relacionado con la salud, pasan los conocimientos, actitudes y habilidades que la forman.

2.1 Taxonomía cognitiva de Bloom

La **taxonomía cognitiva de Bloom**, nos muestra cómo es el proceso de adquisición de conocimientos. Da comienzo con la primera información que el individuo recibe, es decir conoce. En esta fase el individuo puede "memorizar" dicha información y repetirla sin comprender nada o casi nada necesariamente. El segundo paso es la comprensión. Comprender es decodificar la información, poder resumirla y explicarla a terceros. Podemos comprender cuando la información está adaptada y se nos muestra con medios que la hacen parecer más clara. Cuando un individuo comprende una información es capaz de aplicarla, de ponerla en práctica en una situación cotidiana y real. Aquí entendemos la comprensión como paso vital, desde la información, a la aplicación; ya que, ¿acaso puede ponerse en práctica aquello que no se comprende en su esencia?. Cuando comprendemos y aplicamos podemos analizar y comparar con otras conductas. Aquí serán muy importantes los valores y las habilidades que permitirán escoger si, finalmente, se adopta la conducta que se conoce.

Cuando se conocen y se comparan las alternativas, el individuo sometido a la intervención educativa puede desarrollar un ejercicio de síntesis para analizar los "pros" y los "contras". En esta fase los individuos clarificarán y consultarán para escoger y evaluar, con el fin de decantarse por la adopción de ésta o aquella conducta.

2.2 Taxonomía afectiva de Krathwol

En la **taxonomía afectiva de Krathwol**, el nivel inicial es la recepción, que se subdivide en la concienciación y la actitud preferencial. La concienciación es la voluntad de recibir y completar la información, es decir, un primer paso a la adopción potencial del comportamiento propuesto por el educador. La actitud preferencial constituye el nacimiento del deseo de tomar una decisión y conlleva el acúmulo de información para contrastar lo que este deseo representa. El periodo de respuesta corresponde al ensayo del comportamiento propuesto. Este periodo se subdivide en tres. El primer nivel es el de asentimiento, donde se realiza el

comportamiento porque al individuo se le dice que debe hacerlo y aunque no esté plenamente convencido, lo ensaya. El segundo nivel corresponde a la voluntad de dar una respuesta positiva frente al comportamiento propuesto, ésta es fruto de una voluntad, el individuo está convencido de ensayar la adopción. El tercer nivel se da cuando se realiza la acción porque se produce una satisfacción en la respuesta. Es decir, no se realiza el comportamiento porque se nos diga que hay que hacerlo, ni tampoco porque hayamos llegado al convencimiento y a la voluntariedad, sino porque hallamos placer en llevarlo a cabo.

Cuando la actitud se convierte en un valor importante en la escala del individuo, nos encontramos en la fase de valorización. La valorización es el paso final de la adopción, y es el momento en el que el individuo realiza el comportamiento, no porque le guste, sino porque cree en él. El punto final es la organización. En ella el individuo realiza una búsqueda y un examen de sus valores, los analiza y clasifica en un intento de jerarquización, desde la conceptualización de un valor hasta el establecimiento de su escala de valores.

2.3 Taxonomía psicomotriz de Dave

La **taxonomía psicomotriz de Dave**, por último, corresponde a un intento de clasificar los niveles de psicomotricidad inherentes a la puesta en práctica de un comportamiento, desde la imitación simple a la interiorización ("virtuosidad") propiamente dicha.

Las taxonomías se relacionan íntimamente con las diferentes fases de adopción de un comportamiento descritas por Rogers(10), a saber: a) estar al corriente e interesado, b) sentir el deseo de tomar una decisión, c) tomar una decisión, d) ensayar y e) adoptar.

La etapa de "estar al corriente" corresponde al hecho de conocer la existencia del comportamiento que le proponemos. La fase "estar interesado" corresponde a la actitud de recepción, a un deseo de saber más y de profundizar en el comportamiento. La etapa de "tomar una decisión" corresponde a la fase de análisis de pros y contras. La evaluación se concretará en la fase de "ensayar" y, finalmente, la adopción, que constituye el uso continuado de una conducta.

Un aspecto importante en el modelo de aprendizaje de un comportamiento es el diagnóstico educacional (23). Esto es, el

análisis de los diferentes factores que influyen en la adopción potencial de una conducta sean éstos predisponentes, facilitadores o de refuerzo. El modelo PRECEDE(1), es un modelo de planificación muy usado en educación sanitaria que permite realizar dicho diagnóstico, al analizar los diferentes factores que determinan la puesta en práctica de un comportamiento, permitiendo posteriormente decidir qué actividades deberán llevarse a cabo, ya que actualmente se acepta la necesidad de hacer dicho diagnóstico de los condicionantes educacionales y psicosociales asociados a las conductas, de la misma manera que se hace el diagnóstico en las otras dimensiones de la salud. La valoración de las necesidades educacionales se puede definir como la identificación de las variables individuales que pueden ser influidas por las medidas de educación sanitaria(28) Primero hallamos los **factores predisponentes**, que son aquellos que preceden al comportamiento propuesto y que motivan al individuo a su ensayo y posterior adopción. Aquí incluimos todo tipo de informaciones previas, creencias, valores, percepciones y diferentes variables sociales y demográficas como sexo, edad niveles económico y sociocultural, etc. Los **factores facilitadores** son aquellos que facilitan el paso a la acción y se situarían antes de la conducta, permitiendo que la motivación sea eficaz. Entre ellos destacan las habilidades y los recursos personales y comunitarios. Los **factores de refuerzo** son aquellos que siguen al comportamiento. Es más, en esencia son consecuencia del mismo, son premios o castigos, éxitos o fracasos, que contribuyen al mantenimiento, adopción, o cese del nuevo comportamiento ensayado.

Quizá el modelo de aprendizaje de comportamiento sobre el que se sustenta la teoría del consejo médico que desarrollaremos en el apartado siguiente sea acaso el modelo de enseñanza de Gagné (25). Dicho autor identifica las etapas para lograr una enseñanza óptima tanto en el aspecto cognitivo como en el psicomotriz. Según Gagné estas etapas serían: a) Informar al "alumno" sobre los objetivos de su enseñanza, es decir aquello que se pretende de él. b) presentarle los "estímulos educativos", es decir desvelarle las actividades educativas que vamos a llevar a cabo conjuntamente. c) aumentar la atención del individuo, motivarle.

d) desvelarle los prerrequisitos , hacerle ver lo que puede hacer

desde el primer momento del inicio del proceso educativo.e) crear aquellas condiciones psicomotrices que permitirán la puesta en escena del comportamiento, capacitarle dándole instrucciones de "uso" de la información.f) determinar la secuencia del aprendizaje, es decir diseñar conjuntamente el plan educativo a seguir para la consecución de los objetivos propuestos en la fase de información y, por último, g) guiar al alumno durante todo el proceso.

Mención aparte, por su importancia en la adopción de un comportamiento, merece el análisis del control que ejerce el medio sobre el individuo. La teoría del cambio de Kelman(27),

relaciona la adopción de un nuevo comportamiento respecto a los factores ambientales que le rodean. Así, identifica tres procesos de cambio, que acostumbran a coexistir en formas mixtas en las interacciones humanas: La observancia (compliance), la identificación y la interiorización. Por observancia entendemos el ensayo de un comportamiento debido a un control externo. Así, la vía legislativa puede resultar un coadyuvante en las estrategias de prevención, ya que es capaz de estimular muchos comportamientos humanos. No sólo la ley deviene un ejemplo de control externo, también las recomendaciones taxativas de padres, parejas o compañeros pueden entenderse como una forma de dicho control. La identificación correspondería a la influencia de un modelo exterior a imitar. Quizá la moda sea el ejemplo más demostrativo, el modelo a imitar es capaz de provocar cambios comportamentales a fin de identificarse con él. La interiorización, analizada aquí, no como el paso último en la adopción de un comportamiento, sino como un control de la conducta ejercido por la escala de valores del propio individuo, sería el último de los modelos propuestos por Kelman.

A modo de resumen podríamos decir que el aprendizaje de un comportamiento no obligado, necesita de la toma de decisiones basadas en la voluntad del individuo acorde con sus recursos y el medio ambiente que le rodea; sería la interacción de la actitud del individuo y esas contingencias lo que determinaría finalmente el comportamiento, en lo que Kapferer llamó el modelo de las contingencias situacionales(29).

Nadie es un terreno "virgen" frente a la adopción de un comportamiento. Todo el mundo está dotado de una estructura cognitiva y afectiva determinada, que debemos explorar y tener en

cuenta, puesto que condicionará cualquier modificación de conducta que intentemos. Hay que tener en cuenta que, ya que toda adopción es fruto de la voluntad, el individuo puede cuestionarse en todo momento sus decisiones y su comportamiento, pudiendo sentir insatisfacción y abandonar el proceso educativo o el nuevo comportamiento adoptado (10).

Finalmente, debe señalarse que los aspectos cognitivos, afectivos y psicomotrices son indisociables en todo el proceso de interiorización de un comportamiento propuesto. Esto es, que no pueden abordarse por separado en ninguna de las fases del proceso

BIBLIOGRAFIA

1. Green LW, Kreuter M, Deeds S, Partridge K. Health Education Planning: a Diagnostic Approach. Mayfield: Palo Alto, 1980.
- 2.-Feste C., Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. Patient Educ Couns. 1995;26:139-44
- 3.- Nebot M. Educación sanitaria, ¿Dónde estamos? Atención Primaria 1992;9:508-511
- 4.- Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change in smoking towards an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983;51:390-5
- 5.-Buxton K, Wyse J, Mercer T. How applicable is the stages of change model to exercise behaviour? A Review. Health Education Journal 1996;55:239-257
- 6.- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC In search of how people change: applications to addictive Behaviours. The American Psychologist 1992;47:1102-14
- 7.-Prochaska JO. What causes people to change from unhealthy to health enhancing behaviour? In: Overview and Report of a Conference on Unmet Research Needs. Atlanta, GA: American Cancer Society, 1989:30-34
- 8.-Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behaviour. Thorofare 1974
- 9.- Janz NK., Becker MH the Health Belief Model: a decade later. Health Education Quarterly. 1984;11.1-47
- 10.-Rogers RW. Cognitive and Psychological processes in fear appeals and attitude change. A revised theory of protection

motivation. En Social Psychophysiology.1983 Cacioppo JT y Petty RE eds New York

11.- Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behaviour Change Psychological review 1977;84:191.215

12.- Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.1986 new York Prentice Hall

13.- Hirschi T. Causes of delinquency. 1969 Bekerly CA. University of California Press

14.-Johnston L. Toward a theory of drugs epidemics.En Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention.1991 Donohew L., Sypher HE., Bukoski WJ., Hillsdale NJ: Lawrence Earlbaum associates

15.- McKinlay JB Health Promotion Through Healthy Public Policy: A Contribution of Complementary research methods.1992 canadian Journal of Public Health,83:11-19

16.- Ajzen I. From decisions to actions: A theory of Planned Behaviour. En action control. from cognition to behaviour. Kuhl J and Beckamn J. 1985 Heildelberg:Springer

17.- Fishbein M., Ajzen I. belief, Attitude, Intention and Behaviour: An introduction to Theory and Research.1975 Reading MA: Addison-Wesley

18.- Rosenstock Im., Strecher VJ., Becker MH. Social Learning Theory and Health Belief Model. Health education Quartely. 1988,15(1):175-183

19.-Frankenhaeuser M. the Psychophysiology of Woarkload, stress and healt: Comparison between the sexes. Annals of Behavioural Medicine 1991;13:197:204

20.- Magnusson D. "Wanted: A Psychology of Situations". En Toward a Psychology of situations: An International Perspective.1981 Magnusson D eds.

21 Sadava.SW Psychological interactionism and substance use.Drugs and Society 1987; 2:1-30

22.-Flay BR., Petratis J. a theory of triadic influence: a new Theory of Health Behaviour whit implications for preventive interventions. advances in Medical Sociology 1994 4:19-44

23.- Rochon A. Éducation pour la santé. Un guide FACILE pour réaliser un project. Agence d'ARC Inc. (les éditions).Ottawa 1988

- 24.-Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health Behaviour and Health Education. Theory Research and Practice. Jossey-Bass Publishers San Francisco 1990.
- 25.-Gagné RN. Conditions of learning. New York:Holt Rinehart & Winston 1965
- 26.- Maslow AH. Toward a psychology of being. New York: Di Van Nostrand,1968
- 27.-Kelman HC Processes of opinion change in: Bennis W, Benne K, Chin R The Planning of change:Readings in the applied Behavioural Sciences.New York:Holt Rinehart & Winston 1969
- 28.- Simonds SK. Individual Health counselling and education: emerging directions from current theory, research, and practice. Pat Educ Counsel 1984,4.175-181
- 29.- Salleras LI. Educación Sanitaria. Bases científicas. En: Medicina Preventiva y Salud Pública 8ª edición Salvat editores Barcelona 1988.

II. EVALUACION Y RESULTADOS EN EDUCACION SANITARIA INDIVIDUAL Y COMUNITARIA

Vicente Fco. Gil Guillen.

Profesor Titular de Medicina de Familia
Facultad de Medicina. Universidad de Alicante

1.- OBJETIVOS

Ubicar la evaluación en la educación sanitaria.

Analizar las técnicas de educación sanitaria.

Conocer los problemas relacionados con la evaluación en la educación sanitaria.

Evaluar una experiencia de educación sanitaria en atención primaria.

2.- INTRODUCCIÓN

2.1 La Educación Sanitaria

En la definición del concepto de la Educación Sanitaria, a parte de la terminología clásica (acciones educativas y persuasivas dirigidas al individuo, grupo o comunidad), se actúa sobre los factores externos medioambientales, para hacerlos favorables o al menos neutros a conductas o comportamientos de salud. (1)

Los métodos que se usan en Educación Sanitaria (tabla nº1) pueden ser bidireccionales (existe intercambio activo, tanto de información como de roles entre educador y educando) y unidireccionales (cuando el educando no tiene posibilidad de responder activamente al educador).

También los métodos pueden ser directos (hay contacto próximo), e indirecto (existe una distancia entre espacio y tiempo).

En la práctica clínica, se utilizan los métodos directos y bidireccionales para realizar la Educación Sanitaria a través de la entrevista clínica, que usa el diálogo siendo el mejor método de todos. La intervención puede ser individual o en grupo, y para que la segunda sea más efectiva, no debe pasar de más de 12-15 personas el grupo. Los niveles de intervención de educación sanitaria se observan en la tabla nº2.

Tabla 1. Métodos de Educación Sanitaria

<p>Bidireccionales (más recomendables)</p> <p> Diálogo: relación médico-paciente, entrevista clínica</p> <p> División en grupos</p> <p> teléfono</p> <p>Unidireccionales (métodos de apoyo)</p> <p> Visual: folletos, cartas, paneles, periódicos, revistas, carteles, fotografías.</p> <p> Audio: radio, cassette</p> <p> Audiovisual: cine, videos, televisión.</p>

Tabla 2. Niveles de intervención de Educación Sanitaria

Individual		<p>Conocimientos imprescindibles</p> <p>Conocimientos básicos</p> <p>Adiestramiento óptimo</p>
Grupal		Formación de los grupos
Comunitaria		Características de los cursos

2.2 La Evaluación

La Evaluación de un programa se puede definir como un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas, con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción, como de su ejecución, así como

sobre las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación. (2)

Por tanto, dentro del marco conceptual de la evaluación hay que definir de antemano quienes son los beneficiarios, los proveedores de servicios y sobre qué elementos del programa debe efectuarse la evaluación.

Para realizar la evaluación se tienen que determinar unos objetivos y lo que se evalúa es el cumplimiento o no de esos objetivos, a través de unos criterios y normas. Los objetivos pueden ser de recursos, actividades y resultados. Dentro de cada actividad del programa de Educación Sanitaria, los objetivos pueden ser generales y específicos (si se cuantifica el tiempo necesario, para realizar la modificación buscada y la cantidad deseada). (tabla nº3)

Tabla 3

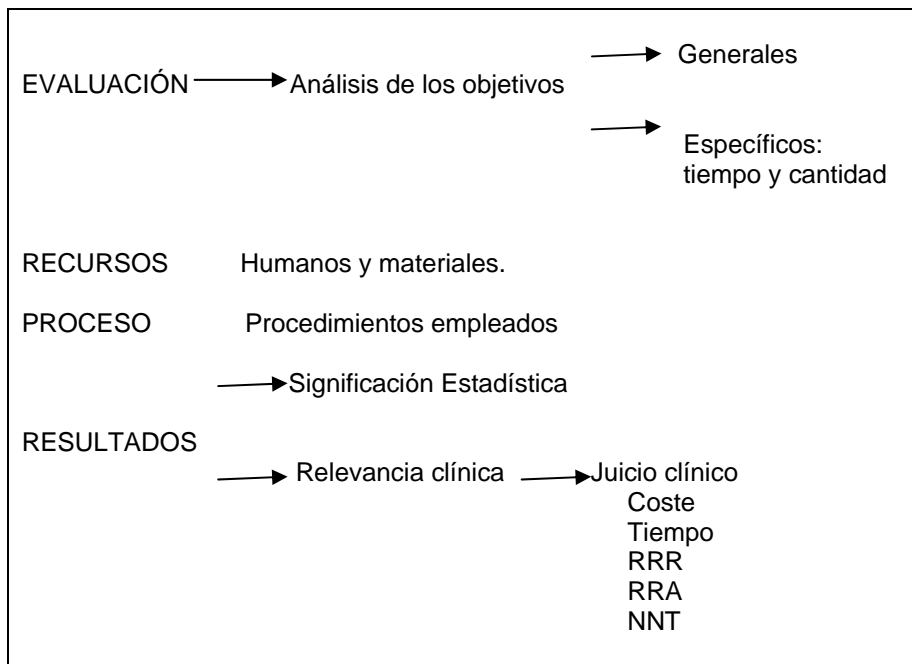


Tabla 4 Metodología de la programación en Educación Sanitaria y Evaluación.

<ul style="list-style-type: none"> • Fase de conocimiento de la realidad o identificación de los problemas. • Priorización. • Programación de la intervención. • Realización de la intervención. • Evaluación de: <ul style="list-style-type: none"> Estructura Proceso TÁCTICA Componentes del programa Resultado
<p>Pertinencia ESTRATEGIA Adecuación entre programa problemas a resolver.</p>
<p>Eficiencia: coste-efectividad, coste-beneficio, coste-eficacia y coste-utilidad. ECONÓMICA</p>
<p>Ejecución e implantación OPERATIVA</p>

Tabla 5. Paradigmas de la evaluación

EMPÍRICO		NORMATIVO
Cuantitativo	← Datos	→ Cualitativo
Objetividad	← Criterios	→ Subjetividad
Extrospección	← Distancia	→ Introspección
	Observación	
Fragmentaria	← Orientación	→ Orientación
Fijo	← Sistema	→ Dinámico
Deductivo	← Procedimiento	→ Inductivo
Fiabilidad	← Importancia	→ Validez
Uniformidad	← Tiende	→ Diversidad

Hay que tener muy claro que la diferencia fundamental entre programa y protocolo es, que el protocolo al no tener objetivos no se puede evaluar.

La metodología de la programación en educación sanitaria y los tipos de evaluación se aprecian en la tabla nº4 y los paradigmas de la evaluación (el empírico y el normativo) en la tabla nº5.

3.- TÉCNICAS DE EVALUACIÓN EN EDUCACIÓN SANITARIA

Los programas pueden evaluarse desde tres perspectivas: (3) Si el programa produce mayor bien que perjuicio cuando se implementa en condiciones cuidadosamente controladas, se llama evaluación de la eficacia y para ello se utilizan estudios experimentales.

La evaluación de la efectividad analiza la valoración de las consecuencias del programa como parte de una campaña real de educación para la salud y para ello utiliza estudios experimentales o cuasi-experimentales.

La evaluación de la eficiencia del programa es la valoración económica en la que se compara los recursos empleados a través del cálculo de los costes con las mejoras en salud.

Según Pineault (2) los métodos empleados para la evaluación de la rentabilidad económica de los programas de salud, pueden ser de cuatro tipos:

Análisis coste – efectividad o valor real de los efectos en relación con la población - objetivo.

Análisis coste – beneficio o valor monetario de los efectos, bien sea en relación a la población – objetivo o a los individuos que han sido aceptados por el programa.

Análisis coste – eficacia o valor real de los efectos en la población a la que afecta el programa.

Análisis coste – utilidad o valor real de los efectos en los individuos a los que ha afectado el programa y que se expresa por medio de medidas subjetivas (beneficios percibidos por el mismo individuo).

La evaluación (2) puede ser *táctica*, si analiza los componentes del programa, *estratégica*, si evalúa la adecuación entre el programa y el problema a resolver y *operativa*, si evalúa la ejecución e implantación del programa.

Las técnicas de evaluación pueden ser *cualitativas* o de análisis no estructurado y *cuantitativas* o de análisis estructurado (4). A menudo se suele utilizar un análisis mixto combinando técnicas cualitativas con técnicas cuantitativas. Dentro del análisis cualitativo se define el llamado análisis de contenido como un conjunto de técnicas de análisis de la comunicación funcional, mediante procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción de contenidos de los mensajes, que tienen por objeto interpretarlos.

En la ponencia se desarrollarán los conceptos, las ventajas y desventajas de cada técnica cualitativa que se expresa en la tabla nº6 (5).

Tabla 6 Técnicas de evaluación

Análisis no estructurado cualitativo	
El modo en que las personas se ven a sí mismas, lo que dicen de sí y de su mundo, de su trabajo.	
Métodos descriptivos y holísticos → Métodos cualitativos de investigación:	
A Técnicas utilizadas en la detección de necesidades y problemas de salud.	
Encuesta	→ informadores claves, Delphi
Reflexión individual	→ normal, Brainwfiting
Interacción	→ Brainstorning, forun comunitario
Combinadas	→ impresiones de la comunidad
B Métodos utilizados en la investigación social	
Basadas en la observación	
Entrevista no estructurada	
C Análisis de contenido	
Análisis estructurado cuantitativo	
Metodología del método científico	
Datos objetivos y numéricos	→ indicadores o índices
Fuente de datos: sistemas de información y encuestas	

El análisis cuantitativo se realiza a través de encuestas que tienen como objetivo fundamental cuantificar los conocimientos y actitudes para conocer las carencias de los pacientes. En los programas de educación sanitaria se recomienda la evaluación del proceso de forma periódica (3 y 4).

Las técnicas que usan el método cuantitativo se basan fundamentalmente en la cuantificación de los datos y para ello utiliza indicadores o índices de las fuentes donde se buscan los datos y que son fundamentalmente los sistemas de información y las encuestas (5).

Por último hay que pensar que la evaluación implica siempre un juicio cualitativo del asunto evaluado y que siempre se plantean fundamentalmente dos preguntas: ¿Para qué? y ¿Por quién?. La primera es para saber si vamos por donde queremos y la segunda, se hace con la comunidad (3, 4).

4.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACIÓN SANITARIA

En opinión de Green, existe una serie de dilemas en la evaluación y medidas de la educación sanitaria que han de ser conciliados y que desarrollaremos en la exposición de la ponencia (tabla nº7) (3).

Tabla 7 Dilemas en torno a la evaluación en la educación sanitaria

- Rigor del diseño experimental versus significación o adaptabilidad del programa
- Validez interna o efectividad "auténtica" versus validez externa o viabilidad
- Efectos experimentales versus placebo
- Efectividad versus economía de escala
- Riesgo versus resultado
- Medida de los resultados a largo plazo versus medidas a corto plazo
- Gasto umbral versus nivel de disminución de los beneficios

Lawrence W. Green. American Journal Public Health 67: 155-161. 1997.

La justificación de la educación sanitaria realizada en su vertiente clínica es por ser el momento más oportuno para el paciente o individuo cuando se contacta con el sistema sanitario. La educación para la salud es parte del sistema sanitario y los profesionales sanitarios son los más indicados para su impartición (4,5,6).

Los principales problemas a este nivel, se deben fundamentalmente a la ausencia de un sistema de registro que cumplimente estas actividades junto con la falta de objetivos en las intervenciones de educación sanitaria, la falta de formación y la ausencia de contenidos.

La educación sanitaria en la comunidad se justifica fundamentalmente por el conocimiento de las causas de la mortalidad según el modelo epidemiológico, así el 43% es debido a estilos de vida y básicamente al alcohol, tabaco, mala alimentación falta de ejercicios y drogas (7).

Los principales problemas de la evaluación en su vertiente comunitaria es debido a los problemas que se obtienen a la hora de medir los resultados y a la ausencia de bases de datos adecuadas. Esta evaluación debe de llevar a soluciones políticas y el problema fundamental es la determinación del beneficio en el programa de educación sanitaria (4, 5, 6).

En nuestro país a parte de no existir tradición de evaluación aún no se ha conseguido las estrategias que permite actuar sobre los determinantes de salud según los principios expuestos en la carta de Ottawa (tabla nº8).

Tabla 8

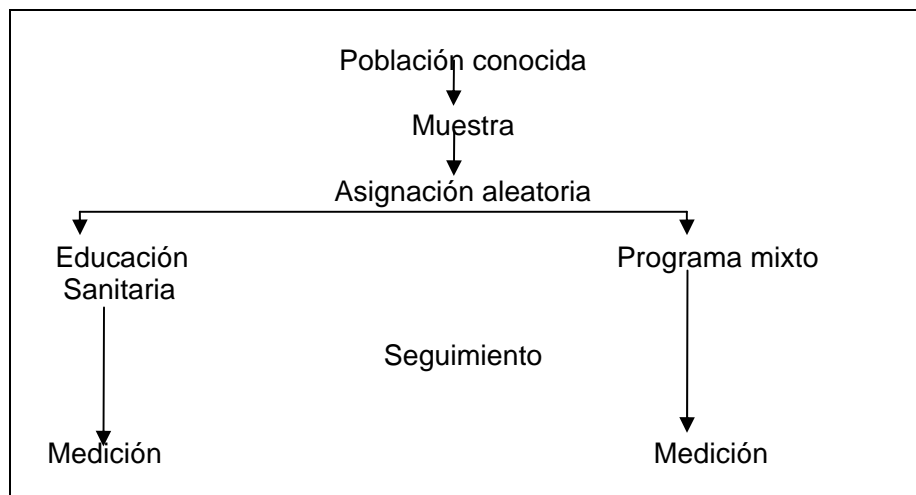
Carta de Ottawa → Selecciona cinco estrategias

1. Establecer políticas saludables
2. Desarrollar las aptitudes y los recursos individuales
3. Reforzar la acción comunitaria
4. Crear un entorno que favorezca la salud
5. Reorientar los servicios de salud

5.- EXPERIENCIAS PROPIAS. RESULTADOS.

La experiencia del grupo de epidemiología clínica del departamento de medicina de la Universidad de Alicante (8) se basa fundamentalmente en programas de prevención secundaria y terciaria dirigidos a conocer el cumplimiento terapéutico a través de programas mixtos de educación sanitaria impartidos en la práctica asistencial. El modelo del esquema utilizado se aprecia en la figura nº1.

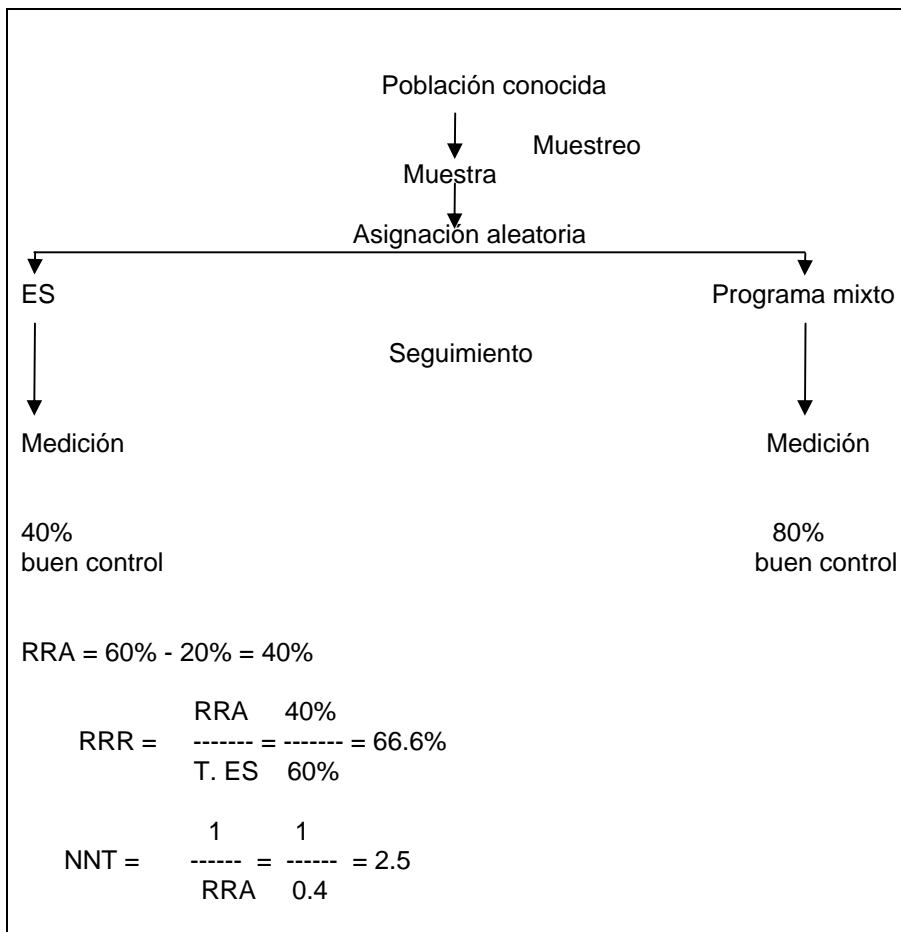
Figura 1 Estudios de Educación Sanitaria en AP



En la ponencia se desarrollarán varios ejemplos prácticos haciendo especial relevancia a la interpretación de los resultados y para ellos se desarrollarán los conceptos de reducción de riesgo absoluto (RRA), reducción de riesgo relativo (RRR) y número necesario de pacientes a tratar (NNT) tal como se observa en la figura nº2.

La RRA es el beneficio absoluto que consigue la estrategia nueva con respecto a la convencional, por lo que sería la diferencia o resta entre los resultados de las dos intervenciones.

Figura 2 Ejemplo de Evaluación de resultados. Criterios críticos de Medicina basada en la evidencia.



La RRR es el beneficio relativo que consigue la estrategia nueva con respecto a la convencional y sería el cociente entre la RRA y el resultado del tratamiento convencional.

Los NNT son el número necesario de pacientes a tratar con la estrategia nueva para evitar una complicación y su calculo se realiza a través de la inversa de la RRA.

6.- RESUMEN

La evaluación de la educación sanitaria es posible siempre y cuando se tengan los ingredientes necesarios para su realización. Lo fundamental es la determinación en el programa de educación sanitaria de los objetivos o metas que se quieren conseguir, el tipo de evaluación que se necesita y las técnicas que se quieren utilizar.

Los problemas que los clínicos tenemos en la evaluación son fundamentalmente por la falta de tradición, falta de formación, la ausencia de datos, y la interpretación de los beneficios conseguidos. En nuestro país hace falta una cultura de la evaluación.

La educación sanitaria es realmente efectiva siempre y cuando se dispongan de lo medio necesarios para su realización tanto los recursos humanos como materiales.

En la vertiente clínica, la educación sanitaria se basa fundamentalmente en una buena relación médico – paciente y entrevista médica. En la vertiente comunitaria se basa fundamentalmente en la estructuración reflexiva de las campañas de educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zumalacarregui Fdez. M. J. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Educación sanitaria en: Manual de metodología de trabajo en enfermería de atención primaria (ed.) Madrid: Jarpyo SA, 1997.
2. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Concepto, métodos y estrategias (2ª ed.) Barcelona: Masson, 1992.
3. Green WL. Evaluación y medidas: algunos dilemas para la educación para la salud. En: Green WL. Tendencias actuales en

educación sanitaria. Compilación. Barcelona: Quadern Camps. Nº 8., 1987.

4. Serrano Gonzalez M. I. Educación para la salud y participación comunitaria. (ed.) Madrid: Díaz de Santos SA, 1990.

5. Zafra Espinosa T. Investigación cualitativa y cuantitativa. Participación comunitaria En: Manual de metodología en atención primaria. Madrid (ed.) Jarpyo SA, 1997: 93-114.

6. Trilla M, Planas M, Esplugues A. Educación sanitaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria (3ª ed). Barcelona: Mosby, 1996: 378-393.

7. Dever, GEA. An epidemiological model for health policy analysis social indicators. Research, 1977, 2: 453-466.

8. Gil Guillen V. F., Piñeiro F., Merino J. Estrategias para aumentar el cumplimiento terapéutico. En: Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo SA, 1997: 627-652.

III. INTEGRACION DE LA EDUCACION SANITARIA EN LA PRACTICA CLÍNICA DIARIA

Blas Noguero Rodríguez
Profesor Asociado. Odontología Integrada de
Adultos. Universidad de Granada
Periodoncia Exclusiva. Granada

1.- INTRODUCCIÓN

La adquisición de hábitos saludables constituye uno de los pilares en que se basan las estrategias de salud en general para la población del siglo XXI.

Muchos de estos hábitos se sitúan en planteamientos de «no acción» y por lo tanto representan esfuerzos más o menos importantes en los que la única dificultad para su implementación se deriva de la voluntad del paciente y su capacidad de mantenerse a largo plazo. Ejemplos en este sentido serían dejar de fumar, la restricción de sal en las comidas para reducir los riesgos cardiovasculares y en nuestro ámbito la reducción de azúcares en la dieta para prevenir la caries.

En otras ocasiones los pacientes además de la voluntad de acción deben ser capaces de adquirir ciertas destrezas más o menos complejas que representan un grado adicional de dificultad. En este campo se encontrarían las medidas de higiene bucal para prevenir las enfermedades de la encía y la caries dental. En este caso el paciente tendrá que alcanzar un nivel de destreza manual importante, que deberá permanecer estable en el tiempo.

Esta dificultad para alcanzar la destreza es junto a la permanencia del hábito. el problema principal que se encuentran los agentes de salud bucal. Hoy se acepta que en los patrones cambiantes de salud bucal de la segunda mitad del siglo XX con una reducción más o menos marcada de la caries dental y tendencia a la estabilización de las enfermedades periodontales estas circunstancias están teniendo una gran influencia. La reducción en la caries dental se ha debido, más que a grandes esfuerzos de las personas a nivel individual,

a estrategias de promoción de salud a nivel comunitario como la fluoración o las campañas de empresas de productos para la salud bucal (FDI 1986).

Los planteamientos a nivel internacional valen también para nuestro país como ha sido recogido en diferentes documentos (Cuenca et al. 1991, Noguerol et al. 1990)

La generación de hábitos de higiene bucal dirigidos al control de la caries dental y periodontitis se basa en la aplicación de estrategias a nivel individual y comunitario. El dentista en su clínica es uno de los pilares fundamentales de la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y por lo tanto deberá conocer las variables asociadas a la modificación del comportamiento y su aplicación.

El presente documento va dirigido a mostrar algunas de las ideas actuales, en base al conocimiento científico disponible al respecto y a la experiencia acumulada por el autor del mismo en la práctica como periodoncista.

2.- ¿HASTA DÓNDE PUEDE LLEGAR LA HIGIENE BUCAL?

La evidencia científica disponible sustenta la necesidad de la higiene oral en la prevención y tratamiento de las enfermedades de la encía.

Modelos de gingivitis experimental en humanos han demostrado la relación de causa-efecto entre la falta de higiene oral y la inflamación de la encía así como la reversibilidad de la situación (Loe et al. 1965). La enfermedad periodontal destructiva se caracteriza por la progresión de la inflamación a zonas más profundas del periodonto. En el establecimiento de la misma a partir de una gingivitis preexistente, tienen un gran protagonismo factores de riesgo como el tabaco y el estrés, incluso de magnitud similar a la higiene oral deficiente. Pero sin duda el factor condicionante fundamental es la predisposición genética, por lo que entra en juego el concepto de susceptibilidad individual (Hart et al 1997, Salvi et al 1997).

Por lo tanto, la prevención de las periodontitis no se basará sólo en la promoción de la higiene oral en la población de forma generalizada

Sino en la identificación de sujetos de riesgo genético con diferentes factores de riesgo ambiental.

Actualmente el abordaje terapéutico racional y efectivo de las periodontitis comprende la obtención de unos niveles de placa bacteriana compatibles con salud para cada paciente individual. En la práctica estos se logran mediante una combinación de *actuaciones terapéuticas profesionales* y la *colaboración del paciente* con la higiene oral domiciliar y participación en el mantenimiento o «terapéutica periodontal de soporte».

La eficacia de la terapéutica periodontal actual viene avalada por evidencia científica consistente, derivada de trabajos de investigación que controlaron las variables relacionadas con la misma.

Axelsson y Lindhe (Axelsson et al 1981), demostraron en un grupo de Suecos que un protocolo que incluya la eliminación de placa bacteriana supra y subgingival mediante actuación profesional y participación activa del paciente (Programa de higiene bucal, PHB) es capaz de reducir de forma significativa los niveles de inflamación gingival y prevenir pérdidas futuras de inserción periodontal, reduciendo de forma paralela la pérdida de dientes. El tratamiento convencional dirigido a solucionar los problemas que le van surgiendo al paciente, sin actuaciones preventivas planificadas (Terapéutica dental convencional TDC), dio lugar a un deterioro progresivo y pérdida de dientes aumentados respecto al primer grupo.

Pero estudios de costes han demostrado que la actuación profesional en la prevención y tratamiento de las periodontitis conlleva un *elevado gasto* que dada la prevalencia de esta patología, lo hace difícilmente asumible por los sistemas de protección social, para buscar la equidad. Tradicionalmente se ha cuestionado la necesidad de intervención profesional, asignándole el papel fundamental a la higiene por parte de paciente. Para sustentar científicamente esta hipótesis se realizaron estudios que comprobaron el papel de la higiene oral aislada, sin actuación profesional en el tratamiento de las periodontitis.

Listgarten y colaboradores (Listgarten et al 1978), estudiaron el efecto de la higiene oral aislada (grupo control) frente a un protocolo de higiene oral más actuación profesional (grupo experimental).

Los resultados demostraron que la higiene oral aislada tiene un efecto moderado de mejora de los índices de placa y gingival en las periodontitis pero sobre la profundidad de sondaje es mínimo y nulo en la mejora de los niveles de inserción.

También se ha planteado si un abordaje terapéutico que actúe sobre la placa supragingival exclusivamente sería capaz de controlar de forma eficaz la pérdida de inserción en pacientes con bolsas periodontales. El interés de esta propuesta se basa en la evidencia de que la placa supragingival es necesaria para que se constituya una placa subgingival con capacidad patogénica y tendría un gran interés sanitario pues reduciría enormemente las necesidades de actuación profesional cualificada, con la paralela reducción de costes asistenciales.

Westfelt y colaboradores (Westfelt et al 1998) seleccionaron pacientes periodontales con bolsas moderadas y profundas. La mitad de los cuadrantes fueron considerados controles y sometidos a un tratamiento consistente en raspado y alisado subgingival; la otra mitad fue sólo raspada supragingivalmente. Los pacientes fueron instruidos para realizar una buena higiene domiciliaria y sometidos a revisiones periódicas en que se registraron los valores de placa, inflamación y profundidades de bolsa y niveles de inserción. Tras tres años de seguimiento los pacientes sometidos a raspado supragingival siguieron perdiendo inserción mientras que los tratados subgingivalmente mostraron niveles de inserción estables.

En resumen, la evidencia científica disponible, avala la eficacia de la higiene oral aislada para controlar las enfermedades gingivales sin pérdida de inserción, pero ésta se muestra incapaz para controlar las periodontitis con pérdida de inserción, que necesitan la actuación profesional subgingival que requiere un elevado gasto sanitario.

3. ¿CUÁNTO REPRESENTA EN TÉRMINOS DE PREVALENCIA?

Las enfermedades periodontales, gingivitis y periodontitis afectan en España a la mayor parte de la población en todas las edades. En niños apenas existe pérdida de inserción siendo la afectación

predominante la gingivitis; en adultos, la mitad presenta destrucción periodontal siendo la moderada más frecuente (Noguerol et al. 1995).

La historia natural de las periodontitis demuestra que incluso en ausencia de tratamiento la mayor parte evoluciona de forma crónica. La mayoría de los individuos afectados presenta una tasa moderada de pérdida de inserción, siendo menos frecuente la evolución rápida hacia la pérdida de dientes (Loe et al. 1986).

Esta consideración sobre la diferente afectación por individuos, asociada al concepto de susceptibilidad y factores de riesgo, previamente expuesto, tiene una gran trascendencia, ya que como hemos planteado antes, las medidas de prevención de las periodontitis representan un alto coste profesional y esfuerzo por parte del paciente, que además deberá ser mantenido en el tiempo. La realidad es que no todas las personas están dispuestas a hacer el sacrificio necesario y un abordaje racional debería considerar si protocolos de prevención menos exhaustivos son aceptables en términos de salud pública.

Tabla 1.- Distribución por edades de prevalencia de enfermedades periodontales en España. 1994. Se observa que en edades infantiles y juveniles prácticamente no existe afectación con bolsas. En las edades adultas la mayor afectación es la formación de bolsas periodontales que son moderadas más frecuentemente

CPITN/ Edad	Salud	Sangrado	Calculo	Bolsas moderadas	Bolsas profundas
12 años	33,00	34,59	32,41	0,00	0,00
15 años	25,32	26,99	40,85	6,65	0,18
35-44 años	3,57	4,32	42,67	38,72	10,71
64-74 años	2,22	3,16	38,29	39,24	17,09

En resumen, las enfermedades periodontales afectan a la mayoría de la población, en niños y jóvenes prácticamente sin pérdida de inserción y en adultos con pérdida moderada sobre todo. Las estrategias preventivas deberían tener en cuenta las consideraciones epidemiológicas y evolutivas, para seleccionar *grupos de diferente riesgo* y asignar estrategias preventivas asociadas a este factor. El dentista en su consulta deberá considerar el riesgo individual para aplicar medidas costo-eficaces, que variarán con cada sujeto.

4.- ¿CÓMO SE IMPLEMENTA LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA CONSULTA?

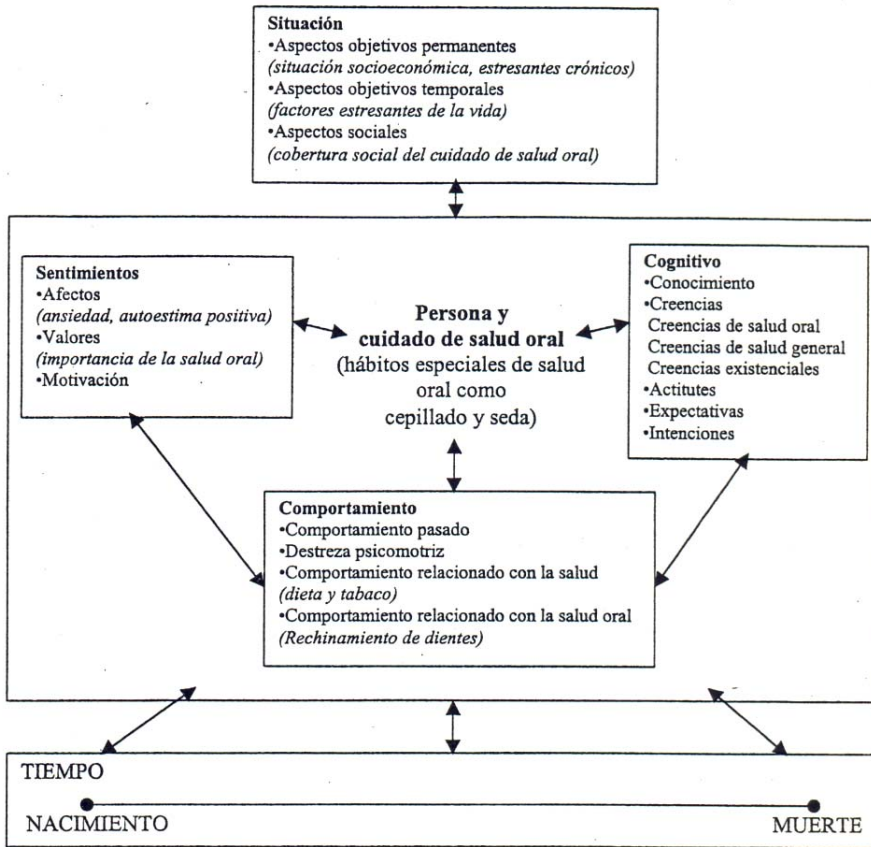
Las actuaciones de educación sanitaria en la clínica dental van dirigidas a mejorar los niveles de higiene de los pacientes de forma mantenida. Lo que buscamos es un cambio mantenido de comportamiento y como tal deberá tener en consideración los aspectos psicológicos y pedagógicos que ello implica.

La intención de este documento no es entrar de forma exhaustiva en los mismos, pero no puede un profesional que pretenda introducir en su paciente comportamientos positivos de salud oral, realizar adecuadamente su función sin un conocimiento mínimo del contexto en que se desarrollará.

Aunque la medicina fue siempre consciente de la importancia de la participación del propio paciente como agente de su salud, ha sido de forma reciente cuando se ha intentado una aproximación sistemática al problema. Los grandes retos de salud como tabaquismo, alcoholismo y drogas han puesto de manifiesto, en la segunda mitad del siglo XX, la necesidad de la educación para la salud y la participación del sujeto.

En salud oral se han realizado intentos fundamentalmente en la mejora de la higiene, y la evidencia disponible es contradictoria respecto a la eficacia de cada procedimiento, posiblemente por la falta de homogeneidad y sistematización en los métodos aplicados y en la evaluación de los mismos (Kay et al. 1996). El procedimiento más efectivo para promoción de salud es la entrevista personal que se desarrolla en la práctica odontológica habitual (Kay et al. 1997).

Figura 1.- Esquema actual de la promoción de salud oral basado en el modelo Cognitivo Social MCS



Los cambios de comportamiento que se obtienen en educación sanitaria reflejan cambios psicológicos que han sido bien estudiados, pero la existencia de diferentes teorías sobre los mecanismos implicados refleja la existencia de lagunas. Según Inglehart y Tedesco (Inglehart et al. 1995), las teorías sobre el aprendizaje en salud se encuentran en el *modelo cognitivo-social* (MeS) tras pasar por las teorías cognitivas generales y antes aún los modelos de tipo conductista de Pavlov y Skinner.

El MCS representa una visión dinámica de los procesos que interaccionan con el aprendizaje de salud en cada individuo y en cada momento de la vida del mismo (Figura 1). Se tienen en cuenta todos los aspectos de la vida de la persona que entrarán en juego a la hora del aprendizaje y en la estabilidad del comportamiento obtenido, como la situación personal y los aspectos afectivos, intelectuales y conductuales del paciente.

Frente al modelo tradicional o médico, en que se basaba el proceso de motivación para la salud en la mera transmisión de información y adquisición de destrezas, los procedimientos basados en el MCS han demostrado su eficacia en trabajos de investigación (Tedesco et al. 1992).

Tedesco y colaboradores seleccionaron dos grupos de pacientes con gingivitis. El grupo *control* recibió un entrenamiento tradicional sobre cepillado e higiene interproximal de una higienista. También se informó a los pacientes sobre su situación de higiene oral al principio y se enfatizó la necesidad de mejorar las áreas problema. El grupo *experimental* recibió la misma atención que el control pero además se les mostró en su propia boca la situación de inflamación y las bacterias mediante microscopio de contraste de fase. Se les grabó un video de su boca para que en futuras revisiones compararan la situación de salud con la que previamente tenían. Ambos grupos recibieron profilaxis profesionales en las visitas de seguimiento. Los resultados a los 14 meses evidenciaron una mejora relativa del grupo experimental respecto del control en los índices de placa y hemorragia, aunque con el paso del tiempo los resultados tendieron a igualarse. Además tardó más en mostrar recaída de los índices de inflamación lo que se convertiría en un importante factor para

promocionar el cumplimiento de la higiene oral entre visitas de mantenimiento, o incluso alargar al periodo de tiempo entre visitas.

Por lo tanto, cuando un individuo se propone cambiar parte de su estilo de vida, según Hernán (Hernán et al. 1996) deben darse alrededor un conjunto de circunstancias que se consideran predisponentes:

- Es imprescindible que esté *informado e interesado* sobre el tema, sepa la importancia que tiene para él y quiera saber más. - Su posición ante el tema deberá estar apoyada en que *siente la necesidad de tomar una decisión* para mejorar la salud, prevenir alguna enfermedad o curarse la que tiene.
- Debe ser *capaz de tomar una decisión* buscando las ventajas e inconvenientes de incorporar nuevas formas de actuar a su comportamiento, solicitando si lo necesita el apoyo y la solidaridad de otros.
- Es necesario que *clarifique la información* que va obteniendo, que la compare con sus necesidades y poco a poco vaya ensayando los cambios.
- Para *facilitar* el cambio deberá aprender a realizar *aquellos procedimientos* de lo que será su vida en el futuro y necesitará tener a su alcance los *medios* materiales y el *tiempo* necesario para hacerlo.

4.1. Aplicación del modelo cognitivo-social MCS en la consulta periodontal

En nuestra opinión, una actuación clínica basada en el citado modelo deberá incluir siempre los siguientes pasos:

- Conocimiento del problema por parte del paciente con definición de las circunstancias controlables y no controlables
- Asunción por el paciente de su propia afectación
- Definición del papel del profesional en su solución
- Definición del papel del paciente en su solución
- Estrategias de actuación
- Adquisición de destrezas

- Transformación de las destrezas en hábitos
- Identificación de los resultados del tratamiento

Cada uno de estos pasos se cumple en diferentes entrevistas entre el profesional y el paciente que a continuación detallamos.

- Primera visita

La primera visita suele ser trascendental pues en ella se producen hechos de gran relevancia posterior.

- Primer contacto entre paciente y profesional

Antes que ninguna otra circunstancia el paciente se hace una idea de nosotros al vernos por primera vez, no del aspecto físico que suele ser poco relevante, sino de nuestro comportamiento al empezar a escucharle. No hay nada que transmita más confianza que *mirar a los ojos* a la persona con *gestos de asentimiento* de lo que dice, de vez en cuando. Es aconsejable *no interrumpir* al paciente hasta que lleve algún tiempo hablando pues le transmitirá la sensación de que lo que nos dice es importante y le hará sentir seguro ante la situación. No hay nada peor que las *interrupciones*, pues transmitimos al paciente la sensación de que no nos concentramos en su problema y además de que somos algo desorganizados si no somos capaces de planificar nuestra agenda para respetar el tiempo que le habíamos asignado. Lo anterior, por supuesto, incluye las llamadas telefónicas.

Es aconsejable *no realizar la primera visita directamente en el sillón* pues impide «romper el hielo» y traslada al paciente directamente a una situación de ansiedad innecesaria. Lo más aconsejable es tener el despacho en una sala contigua a la clínica que permita pasar de forma sencilla de uno a otra y viceversa.

- Primera transmisión de información

Cuando el paciente nos ha contado su problema es importante que le preguntemos acerca de la *percepción del mismo* que él tiene: de qué información dispone, dónde la ha obtenido y que *actitud* tiene frente a la situación. Es un error pensar que porque un paciente

demanda nuestro tratamiento, está muy preocupado por la situación, ya que en ocasiones viene algo obligado por su pareja, porque le «huele la boca». El diagnóstico de la actitud del paciente es fundamental en el MCS, pues aporta la dimensión de interacción entre el individuo y el medio.

La información que debemos dar en la primera visita debe estar *bien sistematizada*, pues tendrá una gran trascendencia en la aceptación del tratamiento por parte del paciente y evitará errores que después cuesta más solucionar. Se aconseja que cada profesional se haga el guión de primera visita, aunque nos parezca repetitivo, no hay que olvidar que *cada paciente recibe la primera visita una sola vez*.

Es interesante que el paciente vea *en su propia boca* los síntomas o indicadores clínicos de la enfermedad, como el sangrado, la encía inflamada, las bolsas periodontales y la recesión. Dos signos presentan un gran valor motivacional, la supuración y la pérdida ósea de la radiografía.

No es conveniente dar mucha información de una vez, pues el paciente no la retendrá toda e incluso la interpretará mal.

La información que no se debe olvidar nunca en la primera visita es:

- *Diagnóstico* de la situación. «Usted tiene un enfermedad periodontal moderada, con ausencias dentarias que se deberán solucionar y una maloclusión».
- *Causas* del problema. Se debe explicar al paciente porqué se ha producido sin olvidar destacar el papel de la susceptibilidad, la frecuencia y la posibilidad de contagio. No olvidar hablar del papel del tabaco.
Se debe aclarar la información, no del todo correcta, que la gente tiene sobre la relación entre enfermedad periodontal y mala higiene oral, explicando que *más que la higiene oral influye la predisposición individual*, pues esto libera al paciente de cierta vergüenza y sentimiento de culpa, haciéndole sentirse bien.
- *Consecuencias* del problema. A donde evoluciona en ausencia de tratamiento y las posibles complicaciones para su salud.

- *Planteamiento de las estrategias de actuación*

Explicaremos el tratamiento que proponemos y el porqué de cada actuación. «Le recomiendo tres sesiones de raspado porque creo que con ellas será suficiente para remover la placa y cálculo subgingivales y le permitirán probablemente llegar a alcanzar un nivel suficiente de destreza en la higiene».

Desde la primera visita se debe *hablar al paciente de la cirugía*, ya que el miedo a plantearla, por miedo a crear un rechazo previo puede conducir a que piense posteriormente que no habíamos previsto bien las cosas y que improvisamos.

Explicar claramente el *papel del mantenimiento* en el resultado a largo plazo, incluso insistiendo en que algunos pacientes tienden a dejarlo al creer con el paso del tiempo que se han «curado» y ello puede conducir a la recaída. Incluso se puede llegar a plantear la inoportunidad de recibir tratamiento si no se tiene la firme intención de cumplir con el mantenimiento.

- *Definición de los papeles*

Antes de empezar el tratamiento, el paciente deberá conocer y aceptar el papel que el profesional y su equipo y él mismo tendrán en cada una de las etapas del tratamiento.

Se explicará al paciente que de él se esperan dos cosas fundamentalmente, *colaboración con la higiene oral domiciliaria y cumplimiento riguroso de las visitas de mantenimiento*.

Si en la clínica se delegan funciones en higienistas, es conveniente explicar al paciente, antes de empezar, que ellos intervendrán y en qué etapas, ya que algunos pacientes pueden tener prejuicios al respecto. La mejor manera de evitarlos es que los *higienistas tengan una buena preparación* no sólo en cuanto a destrezas psicomotrices sino conocimiento teórico consistente sobre las periodontitis y de la psicología del paciente. En los casos en que delegamos funciones clínicas en el higienista, sería conveniente que estuviera ya en la primera visita para que conociera bien el problema desde el principio. Cuando se marcha el paciente, es recomendable *dar información por escrito*, ya que al llegar a casa suele descubrir que una parte

de lo que le habíamos dicho no lo recuerda bien y otra parte la ha interpretado mal. Esta forma de dar información es la mejor manera de sistematizarla bien y tiene la ventaja de que el paciente la lee tranquilamente. Además los familiares y personas cercanas también suelen leerla, pues en ese momento suele haber un interés importante en el entorno hacia el problema, con lo que el terreno es abonado para que nos convirtamos en vectores de educación sanitaria de grupo. *Cada profesional debería elaborar su propio folleto de información*, ya que el paciente lo valorará mucho más que uno estandarizado.

En esta etapa no es recomendable abusar de los medios audiovisuales, por otra parte, la información que hay que dar es poco compleja y el mejor modelo de educación es la propia boca del paciente.

- Sesiones de tratamiento

Cumplen varios objetivos:

Realización de las actuaciones terapéuticas propiamente dichas

Reforzamiento de la parte *afectiva* de interacción profesional-paciente. Avanzar en la confianza mutua.

Instrucción en higiene oral. *Comportamiento*

Valoración de los cambios clínicos que aparezcan. *Cognitivo*

El indicador clínico que el paciente comprende mejor es la hemorragia al sondaje y su desaparición como reflejo de la reinstauración de la salud, por ese debemos explicarle bien la interpretación de los índices de hemorragia.

Todas las sesiones de instrucción de higiene se deben realizar *en la propia boca del paciente no en modelos*. Tiene interés que le vayamos mostrando al paciente imágenes grabadas de su propia boca, con los cambios que se van presentando como consecuencia del tratamiento.

La terminación de la fase básica, no debe basarse en un criterio exclusivamente clínico, establecimiento de salud periodontal, sino también deberá incluir El *criterio de adquisición suficiente de actitudes, aptitudes y destrezas* y a veces podrá ser necesario dedicar alguna sesión adicional a este fin.

- Visita de alta

Es importante pues el paciente valora de esta forma que tenía un problema de salud, que ahora ya está resuelto. Es igual que sucede en otros campos de la medicina y de esta forma se establece una clara separación entre la fase activa y el mantenimiento.

En ella se:

- Explica al paciente la situación clínica en el momento, mostrando los resultados obtenidos.
- Si ha quedado algún problema remanente se insiste sobre él.
- Vuelve a recapitular global mente sobre la situación global de la salud bucal del paciente y la integración de los distintos tratamientos. Prótesis, implantes etc.
- Introduce al paciente en el mantenimiento explicándole lo que significa y la trascendencia que tiene en el resultado a largo plazo.

Es aconsejable que al terminar El paciente se vaya con un documento personalizado «Estimado Javier:», en el que demos información sobre lo hecho y lo que se hará a continuación en el mantenimiento.

- Mantenimiento

Cada visita de mantenimiento se debe convertir en el *MCS* en una recapitulación da cada una de las tres facetas del comportamiento del paciente, afectiva, cognitiva y conductual.

Es importante que el paciente vea que tenemos en cuenta cada uno de los tres aspectos, pues se dará de esa forma cumplimiento al protocolo del *MCS*.

El protocolo deberá incluir:

- Verificación de la situación *afectiva* del paciente sobre su problema y su relación con nosotros. Comprobar si ha surgido algún elemento distractor. Podemos aprovechar para «de forma simpática», recordarle si ha dejado de fumar.
- Recordatorio de los *conocimientos* del paciente sobre su enfermedad. En este momento se utiliza la evolución de los

índices de hemorragia, bolsas y radiografías que repetimos periódicamente. También es bueno dar información al paciente sobre avances en el conocimiento de las periodontitis '

- Reforzamiento del hábito de higiene y de la técnica de realización. Suele haber una recaída con el paso del tiempo.

No hay que olvidar que una parte de los pacientes deja de asistir con el tiempo a las visitas de mantenimiento. No hay que entender que en todos los casos están descontentos con nosotros, es posible que influya más una cierta inconstancia y pérdida de interés hacia el problema, asociado al hecho de que muchos pacientes piensan al pasar el tiempo y ver que se encuentran bien, que se han curado (Wilson T et al. 1984).

La mejor manera de prevenir esto es:

- Que el paciente vea que el mantenimiento es «mucho más que una limpieza de boca».
- Interrogar periódicamente al paciente sobre su actitud respecto al problema y a nuestra actuación.
- Recordar la cita sin dejamos influir por el «yo llamaré».

En resumen, en la práctica diaria podemos ser auténticos actores de educación sanitaria con nuestros pacientes. Los protocolos de actuación clínica deberán tener siempre en consideración esta circunstancia, ya que tendrá un efecto directo en la calidad de atención que ofertemos a nuestros pacientes y en nuestro propio éxito profesional.

BIBLIOGRAFIA

1. Axelsson P, Lindhe J. (1981). Effect of controlled hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin Periodontol* ; 8:239-248.
2. Cuenca E, Alvarez MT. (1991). Evolución de la salud bucodental en España en los últimos 20 años. *Archivos de Odontotoestomatología Preventiva y Comunitaria*, 3: ~3-39.

3. Federación Dental Internacional. (1986). Patrones cambiantes de salud buco-dental e implicaciones para los recursos humanos dentales. Parte primera. *Archivos de Odontoestomatología*; 105: 75-79.
4. Hart TC; Kornman KS. (1997). Genetic factors in the pathogenesis of periodontitis *Periodontol 2000*, 4: 202-215.
5. Hernán M, March JC, Simbela JL. (1996). Proceso de aprendizaje y educación para la salud. Escuela andaluza de Salud Pública. Granada.
6. Inglehart M, Tedesco LA. (1995). Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion. *Periodontology 2000*; 8: 15-23.
7. Kay EJ, Locker D. (1996). Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Den Oral Epidemiol*; 24: 231-235.
8. Kay EJ, Locker D. (1998). A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dental Health*; 15: 132-144.
9. Loe H, Theilade E, Jensen S. Experimental gingivitis in man *J Periodontol* 1965; 36:167-177.
10. Loe H, Anerud A, Soysen H, Morrison E. (1986). The natural history of periodontal disease in man *J Clin Periodontol*; 13:431- 442.
11. Nogueroles S y Sicilia A. (1990). ¿Está disminuyendo la caries dental en España? *Revista de la Actualidad Odontoestomatológica Española*; 390: 71-75.
12. Nogueroles S, Llodra JC, Sicilia A, Follana M. (1995). La salud bucodental en España 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Avances Madrid ..
13. Salvi GE; Lawrence HP; Offenbacher S; Seck JD. (1997). Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *Periodontology 2000*, 14:173-201.
14. Tedesco LA, Keffer MA, Davis EI, Christerson LA. (1992). Effect of social cognitive intervention on oral health status, behavior reports and cognitions. *J Periodontol*; 63: 567-575.
15. Westfelt E, Rylander H, Dahlen G, Lindhe J. (1998). The effect of supragingival plaque control on the progression of advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol*; 25:536-541.
16. Wilson T, Glover M, Schoen J, Saus c, Jacobs T. (1984). Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J Periodontol*; 55: 468-473.

IV. EL MARKETING COMERCIAL COMO AGENTE DE EDUCACIÓN SANITARIA

Gonzalo Sanmartín Antelo
Jefe de Producto
Colgate-Palmolive España, SA.

1.- INTRODUCCION

Desde que se empezó a hablar de marketing, como disciplina económica, en Estados Unidos en los años 50, siempre ha surgido la controversia de cuáles eran los objetivos exactos del mismo. El marketing como tal, busca la satisfacción de las necesidades de los consumidores, a través de productos o servicios. Muchas veces se ha criticado que en esta búsqueda, no sólo se satisfacían estas necesidades, sino que se creaban nuevas necesidades a los consumidores, en beneficio de las empresas, o se les hacían visibles necesidades hasta ese momento ocultas.

El marketing como conjunto de actividades, ha existido desde que nace el comercio, pero en la actualidad busca adoptar una nueva orientación. Ya no sólo se trata de satisfacer las necesidades de los consumidores a corto plazo, ahora debe reorientarse para intentar satisfacerlas también a largo plazo. El marketing debe adquirir así una nueva orientación social, buscando alcanzar los objetivos de la empresa, por medio de la satisfacción de las necesidades del entorno social en el que se encuentra, y procurando educar al consumidor para que no sacrifique su futuro por las necesidades del presente.

Muchas empresas para conseguir sus objetivos de beneficio a largo plazo, llevan a cabo campañas de marketing con un claro componente de ayuda social. Este es el caso, de las campañas realizadas por los fabricantes de dentífricos para acostumbrar a los niños a lavarse los dientes después de las comidas. Bien es cierto que si no existiese este hábito, difícilmente se podría vender pasta dentífrica, pero a pesar de ello, es indudable que estas campañas suponen un beneficio social que mejora la salud dental de la población a la que se dirigen.

1.1 Breve historia de Colgate

La compañía fue fundada en 1873 por William Colgate, un fabricante de jabón de Manhattan. Colgate llegó a España en 1956 y un año después comenzó a comercializar su primera pasta de dientes. Colgate Palmolive es líder mundial en productos de consumo dirigidos al cuidado bucal, personal y del hogar.

- a) Fue la primera compañía que envasó en tubo la pasta de dientes en 1890.
- b) Primera compañía que introdujo el Flúor en la Pasta de Dientes en 1963. Desde entonces, el descubrimiento de que el flúor y los compuestos de flúor, añadidos a la pasta dentífrica, fortalecen el esmalte y lo protegen contra la caries dental, ha representado un significativo paso adelante.
- c) Más de 1.000 millones de personas en 200 países utilizan productos Colgate
- d) Posee la única “boca artificial” que simula el comportamiento de la saliva y las bacterias presentes en la boca.
- e) Es la compañía con más patentes registradas de Higiene Bucodental.
- g) Posee la Pasta de Dientes Colgate Total, la que más estudios clínicos tiene de todo el mercado y cuya fórmula exclusiva está patentada hasta el 2008. Además es la primera y única pasta aprobada en EEUU por la FDA (Administración de Alimentación y de Medicamentos). En España ha obtenido el registro DENT en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1.2 Compromiso de la Industria

Como compañía líder a nivel mundial en higiene y cuidado bucal, el objetivo de Colgate no sólo es vender muchos productos, sino comprometerse en ofrecer siempre los productos más avanzados, fruto de una investigación constante, y colaborar en la difusión y educación bucodental. Esto significa ser un verdadero agente de Educación Sanitaria, y colaborar en que los consumidores adquieran hábitos de higiene y cuidado bucal saludables.

2.- EL MARKETING COMERCIAL

Si se quiere conocer el porqué del comportamiento del consumidor, saber porqué compra un determinado producto en lugar de otro, o una marca en lugar de otra, habrá que acudir al estudio de las motivaciones, siendo las necesidades la base de esas motivaciones. Ya que el marketing es una disciplina que consiste en la satisfacción de las necesidades de los clientes, habrá que conocer cuáles son esas necesidades para ver qué motiva (qué mueve a los consumidores).

2.1 Análisis del entorno (ANALISIS DAFO)

El marketing no es ajeno a su entorno, y por ello debe operar en el marco definido por una serie de variables internas y externas a la empresa.

1.- Factores Internos

Puntos Fuertes de la empresa, producto o servicio.
Puntos Débiles de la empresa, producto o servicio.

2.- Factores Externos

Demanda del producto / servicio
Consumidores / Factores Demográficos.
Competencia
Factores Legales.
Entorno Socio-Económico
Nivel de Cultura Oral

2.2 Métodos para influir en el consumidor:

Lo primero que ha de hacerse, es definir nuestro ámbito de actuación, determinando el mercado actual de consumidores y el de no consumidores. Dentro del mercado actual de consumidores, estarán aquellos que consumen el producto de la empresa y aquellos que consumen productos de la competencia.

Dentro del mercado de no consumidores, encontraremos los que nunca van a consumir nuestro producto y por lo tanto no deberán significar gasto de tiempo ni de recursos para la empresa, y el mercado de aquellos consumidores que no consumen actualmente el producto, pero que podían llegar a hacerlo (serían aquellas personas que sintiendo la misma necesidad, consumen otros productos diferentes, por ej. para la Coca Cola, sería el grupo de personas que teniendo necesidad de apagar la sed tomando una bebida refrescante, consumen zumos, agua, cerveza...).

A) SEGMENTACIÓN DE MERCADO

La segmentación supone la división del mercado en grupos de consumidores relativamente homogéneos respecto a algún criterio o característica, a fin de desarrollar para cada uno de esos segmentos, estrategias de marketing diferenciadas que ayuden a satisfacer sus necesidades y conseguir los objetivos comerciales de la empresa.

1.- Criterios Objetivos

Demográficos (sexo, edad...)

Socioeconómicos (renta, ocupación, nivel de estudios...)

Geográficos

Uso del producto

Fidelidad a la marca / empresa

Tipo de compra

Lugar de compra

2.- Criterios Subjetivos

Personalidad

Estilos de vida

Percepciones

Preferencias

Actitudes

B) PRODUCTO / SERVICIO:

Son los elementos centrales del marketing, las variables sobre las que la empresa tiene que tomar decisiones en primer lugar. Se deben adaptar a las necesidades o deseos de los consumidores, para satisfacerlos. Así, muchas veces se afirma que no se venden productos, sino satisfactores de necesidades. El producto es un satisfactor de necesidades, y éstas no son creadas por la empresa, sino que existen en el mercado a nivel consciente o inconsciente aunque cambien con el paso del tiempo. La misión de la empresa es descubrirlas para poder satisfacerlas en todo momento, incluso antes de que se manifiesten .

- Ciclo de vida del producto: Todo producto tiene una vida, y en ella pasa por diferentes etapas hasta llegar a la muerte o sustitución por nuevos productos. Un ejemplo de un producto en fase de introducción - crecimiento serían los nuevos DVD, equipos llamados a sustituir a los actuales CD ROM.

La duración del ciclo de vida depende directamente del producto que se trate.

- Atributos del producto: Son las características del mismo que han de ser tenidas en cuenta a la hora de su comercialización. Para una empresa es importante conocer qué opina el consumidor de su producto y a cuál de sus atributos le da más importancia, para modificarlo o explotarlo en su comunicación. A través de los atributos, la empresa buscará diferenciar su oferta de la competencia, posicionándolo según sea más interesante para el consumidor.

Así, el producto y las modificaciones que sobre él realicemos, son un instrumento de influir sobre el consumidor, haciéndole más atractivo el producto, dándole a probar nuevos formato, dotando de nuevas aplicaciones a productos ya existentes...

C) EL PRECIO:

La definición de un precio adecuado, es fundamental a la hora de asegurar el éxito de un producto / servicio. Se ha de encontrar el punto óptimo, en el que los clientes se sienten satisfechos con lo que pagan a cambio de lo que obtienen, y la empresa consigue lo máximo

que puede cobrarse por ello. Tan negativo puede resultar quedarse corto a la hora de fijar un precio como pasarse. A la empresa le interesa saber realmente el peso específico que el precio puede llegar a tener en las actitudes e intenciones del consumidor respecto al producto. De esta forma la empresa podrá diseñar una política de precios flexible y eficaz.

El precio tiene mucha influencia sobre una serie de factores que han de ser tenidos en cuenta:

- 1.- Influye en la percepción de los compradores, ayudando a posicionar el producto.
- 2.- Determina los márgenes del fabricante y del establecimiento que lo vende.
- 3.- Influye sobre la competencia.
- 4.- Influye sobre los objetivos de la empresa y del marketing.

Una forma muy clara de influir sobre los consumidores es a través del precio. Para ello se utilizan diferentes técnicas:

- 1.- Precios "psicológicos": 995 pts en lugar de 1.000 pts.
- 2.- Precios comparativos: Los precios se comparan con los que anteriormente tenían los mismos productos (apareciendo el precio antiguo tachado y el nuevo en color rojo). Puede darse el caso de no haber existido nunca un precio anterior, pero la ignorancia de los clientes sobre este punto, lo hace irrelevante.
- 3.- Precios de oportunidad (ofertas promocionales): Buscan generar la sensación de oportunidad puntual, en muchos casos obligando a realizar al cliente una compra mayor que la inicialmente planeada (Por ej: Oferta 3 por el precio de 2).
- 4.- Precios de prestigio: Política de precios que persigue dotar al producto de un halo de categoría y prestigio social.

D) LA DISTRIBUCION:

Es la función comercial que consiste en poner los productos al alcance del mercado, utilizando para ello los canales de distribución.

La distribución puede ser exclusiva (otorgando a un intermediario la exclusividad para vender el producto en una zona geográfica determinada), selectiva (vendiéndolo sólo en alguna de las tiendas en

las que podría hacerlo, bien por el tipo de tienda que representa, bien por las instalaciones que posea, por el barrio donde se encuentre, por el estilo de la tienda...), intensiva (colocándolo en todos los establecimientos de la misma rama comercial en los que se pueda vender) o extensiva (no sólo en todos los establecimientos posibles de la misma rama comercial, sino incluso en establecimientos que no sean de la misma rama comercial).

E) LA COMUNICACIÓN COMERCIAL:

En la comunicación que una empresa establece con su mercado, el grado de persuasión que se puede conseguir con un mensaje puede depender, entre otros factores, de la credibilidad del emisor. Es por ello, que las empresas muchas veces utilizan emisores de comunicación que generan credibilidad en la audiencia, como podría ser la publicidad con personajes conocidos por todo el mundo, o anuncios con personas imitando a científicos. Es de sobra conocido, que un mensaje que quiera transmitir una empresa, será tanto más creíble, cuando parezca ser transmitido por una persona ajena a la empresa (alguien desinteresado podrá dar su opinión más libremente), o por alguien que genere confianza en los receptores del mensaje.

La comunicación comercial es un conjunto de técnicas de comunicación ligadas a un producto o servicio, y que se puede llevar a cabo de diferentes formas:

1.- Venta personal: Los vendedores actúan como portavoces de la empresa, pero al ser emisores interesados, es uno de los canales de comunicación para la empresa, que menos influencia positiva pueden tener, ya que su credibilidad es menor.

2.- Publicidad: Busca principalmente crear impresiones eficaces y duraderas (que el consumidor pueda memorizar el mensaje), para ello ha de ser creíble o al menos parecerlo. Como ejemplo de esto podemos ver el anuncio del limpia-todo, del que se dice que posee bioalcohol, compuesto químico que no existe, pero que parece innovador tecnológicamente.

Aunque existe una normativa rígida de control publicitario, son constantes las polémicas y a menudo los juicios, que se derivan de la publicidad, ya que muchas veces ésta pretende influir en el consumidor de forma ilegal. En estos casos se englobarían los casos de publicidad engañosa, la publicidad desleal (en España a pesar de la legislación permisiva de la publicidad comparativa, se sigue considerando poco elegante destacar las menores prestaciones de los productos de la competencia para resaltar lo bueno de la marca propia) y la publicidad subliminal (muchas veces con connotaciones sexuales).

3.- Patrocinio: Es la aportación que hace una empresa a una actividad cultural, deportiva, benéfica o científica, organizada por otros, para impulsarla y apoyarla económicamente. A cambio de esta ayuda, y aunque las contraprestaciones pueden ser muy variadas, el patrocinador puede expresar en su comunicación dicho patrocinio, o el patrocinio se compromete a incluir publicidad de su patrocinador en su actividad. Con ello se busca una mejora de imagen de la empresa y / o de sus productos y sus marcas.

4.- Punto de Venta (Gestión de Categorías): La última de las formas que tiene el marketing para influir en los consumidores, es la que se está desarrollando en los mismos puntos de venta, en ellos se estudia hasta el mínimo detalle, para conseguir en la medida de lo posible una compra dirigida del consumidor. Para ello se estudia en que pasillo de la tienda debe ir colocada cada familia de productos, cómo se deben anunciar las promociones, dónde deben estar los artículos de compra por impulso, cómo y dónde han de colocarse los displays y expositores especiales, y cómo han de estar colocados los productos en los lineales (de todos es conocido que los productos de mayor rotación son aquellos que se encuentran situados a la altura de los ojos).

Dentro de la categoría de Higiene Oral, en los lineales se establecen criterios de implantación por marca, ya que el consumidor tiene dificultades para distinguir los distintos segmentos dentro de cada categoría. El orden de implantación es de menor a mayor volumen de ventas para potenciar el acto de compra de aquellas familias de menor rotación y de mayor rentabilidad (cepillos y enjuagues), situando al final del flujo de tráfico las cremas dentales por ser las de mayor venta.

5.- Relaciones Públicas: Buscan crear, mediante un esfuerzo deliberado, planificado y sostenido, un clima sociológico de comprensión y de confianza mutuas entre una organización y un público. Cualquier actividad de relaciones públicas emite un mensaje que consiste en una demostración de buena voluntad con el que la empresa espera conseguir la aceptación y reconocimiento de los públicos de su entorno. Se pueden llevar a cabo a través de muy diferentes medios, como ferias, salones y exposiciones, regalos de empresa, fundaciones, donaciones, premios y becas, revistas de empresa, etc.

6.- Promoción de Ventas: Emplea incentivos materiales o económicos, para producir un estímulo de la demanda y conseguir la venta a corto plazo. Como ejemplos de promoción encontraríamos los premios y regalos, concursos y sorteos, prueba gratuita del producto, descuentos especiales por cantidad, mayor cantidad del producto al mismo precio, entrega de productos complementarios sin incremento de precios, rebajas, saldos y liquidaciones, reducciones temporales de precio...

Los objetivos de la promoción de ventas serían romper la fidelidad del cliente a otra marca o a otro producto, producir aumentos provisionales de ventas y/o acelerar la eliminación de stocks.

7.- Marketing Directo: A través de correo, teléfono o fax.

8.- Product Placement: Colocación de un producto de una determinada marca en un lugar bien visible de una escena de una película o programa de televisión.

3.- SITUACIÓN ACTUAL DEL MERCADO DE SALUD BUCAL

La cultura de cuidado bucal en España, se está desarrollando muy rápidamente, y aunque la situación ha mejorado en los últimos 30 años, las diferencias que aún encontramos frente al resto de Europa son todavía grandes. En España no existe una buena higiene bucal general ni un verdadero comportamiento preventivo en temas de salud bucodental. Los problemas bucales que más afectan a nuestra población adulta son la gingivitis y la enfermedad periodontal. Los consumidores sólo son conscientes de que su salud bucodental es una parte importante de su salud cuando realmente tienen algún

problema, y es en ese momento cuando de verdad se visita a un especialista. Son muy pocas las personas que visitan regularmente a su dentista, tengan o no algún problema en la boca, por ello en Colgate pensamos que es responsabilidad tanto de los profesionales de la salud bucodental como de la industria, el promover y desarrollar una verdadera cultura de prevención en salud bucodental en la sociedad. Un 40.5% de los españoles afirma que se debe acudir al dentista si se tiene un problema o es conveniente. Mientras tanto, la caries y las enfermedades periodontales afectan a la mayoría de la población.

Los datos en España no pueden ser más relevantes:

- El índice CAO a los 12 años es de 2,3.
- A los 35 años un 96.5% de la población presenta algún tipo de problemas gingivales.
- Y a los 65 años el 97.8%. Pero paradójicamente, sólo el 50% DE LA POBLACIÓN RECONOCE QUE TIENE ALGÚN PROBLEMA.
- El 90% de la población reconoce que el cepillado es importante para la salud bucal, pero sólo el 31% mantiene hábitos de higiene bucal aceptables.

Diversas investigaciones han demostrado que los consumidores no consideran la salud bucal como una necesidad básica y de primer orden. Sólo el 31% de los españoles se cepilla los dientes después de cada comida y más de un quinto de los adultos no ha visitado al dentista en los últimos 5 años. Sólo la mitad de los jóvenes españoles afirma lavarse los dientes habitualmente y menos de la mitad de los españoles visita al dentista, y tan sólo lo hace una vez al año. En la mayoría de las ocasiones, esta visita al dentista no está motivada para realizar revisiones o vigilar la higiene buco-dental, sino para extraer dientes y muelas o para empastarlos a consecuencia de las caries.

Según el Libro Blanco “La salud buco-dental en España. Odontoestomatología 2005”, existirá próximamente una mayor preocupación por la salud bucal y esto se traducirá en un mayor consumo de dentífricos terapéuticos y fluorados. Este libro blanco está promovido por el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, la Asociación Nacional de Higienistas

Dentales y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

3.1 Empresas:

En la mente tanto de los profesionales, como de los consumidores, existe una división entre las empresas que venden sus productos en el canal de gran consumo y aquellas que sólo utilizan el canal de farmacias. Los productos de las empresas farmacéuticas suelen tener una imagen mucho más “terapéutica”, mientras que los de gran consumo tienen una imagen mucho más “cosmética”. Existe la creencia de que los productos por el hecho de venderse en farmacias son siempre mejores, mientras que en muchos casos lo único que son es más caros.

Gran Consumo (Colgate, Henkel, Elida Gibbs, Beecham...): Normalmente son grandes multinacionales, que en algunos casos pueden tener productos específicos sólo para el canal de farmacias (este es el caso de Colgate con su línea Colgate Periogard).

Farmacéuticas (Lacer, Dentaid, Kin...): Venden sus productos en canal de farmacias exclusivamente, apoyándose en la prescripción que de ellos hace tanto el dentista, como el higienista y el farmacéutico.

3.2 Canales:

Igual que ocurre con las empresas, existe una gran división entre los dos canales de venta de productos, para el cuidado bucal. En otros países en los que la legislación lo permite, encontraríamos un tercer canal formado por las clínicas dentales, en aquellos lugares en los que éstas están autorizadas a vender productos a sus pacientes.

Al igual que ocurre con otros mercados, muchas veces los consumidores e incluso los profesionales tienen percepciones diferentes de los productos, en función de que éstos se vendan en gran consumo o exclusivamente en farmacias. Otros países como el Reino Unido, no se encuentran con esos problemas, ya que muchos medicamentos se pueden adquirir directamente de las droguerías (es el caso de la cadena de droguerías Boots).

En el caso de los productos para la higiene bucal, los dentífricos son vendidos mayoritariamente en gran consumo, donde se realiza el 78% de las compras en valor, cifra que se convertiría en un 92% si hablásemos de volumen. Esta diferencia viene provocada porque los productos que se venden en el canal de farmacias son ostensiblemente más caros que los que se venden en gran consumo, y porque los dentífricos son un producto muy bien introducido en los hogares españoles, los cuales consideran muchas veces que no es necesario adquirirlos en farmacias. Esto mismo no ocurre con Enjuagues y Cepillos, aunque la tendencia a medida que se extienda el mayor uso de enjuagues y el cambio de cepillos en los hogares españoles, es que el consumo en el canal de farmacias sea cada vez menor y éste se vaya trasladando al mercado de gran consumo. Por otra parte, aquel consumidor que compra sus productos en farmacias por la teórica garantía que ofrecen éstas, va trasladando su lugar de compra, de los productos más habituales al gran consumo. Por supuesto, el canal farmacias mantiene el consumo de aquellos productos muy específicos, diseñados para tratamientos muy concretos.

	GRAN CONSUMO	FARMACIAS
DENTÍFRICOS	78%	22% (8% en volumen)
ENJUAGUES	44%	56%
CEPILLOS	54%	46%
TOTAL	68%	32%

3.3 Consumidores

España es uno de los países europeos menos desarrollados, en términos de consumo de productos para el cuidado bucal. En España se visita al dentista con mucha menos frecuencia que la de otros países europeos, y en la mayoría de los casos, esas visitas son para solucionar problemas, raramente para prevenirlos. Por otra parte el cepillado de los dientes es muchas veces incorrecto o insuficiente, y el uso de colutorios y sedas dentales está muy poco difundido entre la población.

Peso relativo del cuidado bucal respecto a otros mercados de referencia:

Cuidado Bucal	100	Gel + Jabón Líquido	110
Desodorantes	92	Champús	111

Así, si el índice de gasto realizado por los consumidores españoles es 100, observamos que por ejemplo, nos gastamos un 11% más en champús, un 10% más en geles de baño y jabón líquido y sólo un 8% menos en desodorantes.

Dentro del gasto que realiza un consumidor en el mercado de higiene oral, de cada 100 pts, gasta 73 pts en dentífricos, 11 pts en colutorios y 16 en cepillos de dientes. El consumo de productos de higiene oral está creciendo en volumen (3%) en Cremas Dentales, (7%) en Cepillos y (16%) en Enjuagues.

Por otra parte, encontramos claramente diferenciados, dos grupos básicos de consumidores, en función de las inquietudes y preocupaciones de cada uno, en lo que a salud bucal se refiere. Como es de suponer, en España es todavía mucho más numeroso el grupo de consumidores básicos que el de los avanzados, pero sin embargo la tendencia es a que este último aumente cada vez más, a medida que los consumidores se conciencian de la importancia de una buena higiene oral, de visitar regularmente al dentista, cambiar regularmente el cepillo de dientes, etc.

CONSUMIDORES BÁSICOS	CONSUMIDORES AVANZADOS
Preocupado por el mal aliento Conocen Flúor como ingrediente Máximo dos cepillados al día Llena el cepillo de pasta Solo visita al dentista con algún problema Nivel cultural medio	Concienciado con la higiene Conoce consecuencias del no cepillado Mínimo dos cepillados al día Llena menos el cepillo, pero se cepilla más Visita al dentista regularmente Nivel cultural alto (no económico) Nivel de edad más concentrado (25-40 años)

En cuanto al análisis de los productos más importantes para el cuidado bucal, la situación sería la siguiente:

Dentífricos:

CONSUMO PER CÁPITA	Dinamarca	Reino Unido	España
	Dentífricos grs/año	450	380

En España el consumo de pasta de dientes por habitante, sigue creciendo aunque menos que los mercados de cepillos y enjuagues, ya que todavía nuestros consumos están lejos de los de otros países europeos. Además de en volumen, el mercado crece sobre todo en valor, ya que los consumidores tienden a consumir productos más avanzados y específicos (como antibacterianos, blanqueadores...), los cuales son más caros que los dentífricos tradicionales.

Recientes estudios han demostrado que el consumidor, distingue básicamente 4 segmentos de mercado:

- 1.- DENTIFRICOS BASICOS (anti caries): Es un segmento que va decreciendo paulatinamente, pero supone todavía el 47%, del consumo total de dentífricos.
- 2.- ESPECIFICOS (beneficio concreto - blanqueador): Supone el 23% del mercado y va en claro aumento.
- 3.- AVANZADOS (antibacterianos): Es el 27% del mercado y también es de los segmentos emergentes.
- 4.- NIÑOS: Permanece estable.

La compra de un dentífrico se elige por Marca (53%), Variedad (25%), Precio / Promoción (20%), Envase (2%). El 87% de la gente que compra una pasta de dientes, lo tenía previsto antes de ir a la compra, y el 75% tenía decidida la marca que iba a comprar.

Por otra parte, la fidelidad a la marca es muy alta, con un 89.5% de personas que compran siempre o habitualmente la misma marca, el 9.4% cambia frecuentemente de marca y el 1% es totalmente infiel. Sobre 10 actos de compra, un comprador medio compra 8.1 veces su marca habitual y 1.9 veces otra.

Enjuagues:

CONSUMO PER CÁPITA	Dinamarca	Reino Unido	España
	Enjuagues ml/año	80	70

El consumidor hoy por hoy es incapaz de distinguir entre un elixir y un enjuague y saber cuál debe usarse antes y cuál después del cepillado.

Los consumidores buscan en este producto o bien una higiene básica (cosméticos) o avanzada (antisépticos, antiplaca, flúor...). Los principales aspectos tenidos en cuenta por el consumidor en la elección de un enjuague son el Sabor (35%), el Beneficio terapéutico (que combata la placa) (25%), el Beneficio cosmético (mal aliento)

(21%), la Economía / Valor añadido del producto (14%), la Recomendación o Prescripción por un especialista (10%), si es Infantil (4%) y como complemento de Pasta / Cepillo (2%).

Cepillos:

CONSUMO PER CÁPITA			
	Dinamarca	Reino Unido	España
Cepillos uds/año	4	1,5	0,8

España está a la cola de Europa con Portugal, en cuanto a consumo de cepillos por habitante se refiere. Mientras la recomendación general sería cambiar de cepillo de dientes cada 3 meses, en España este cambio se produce de media cada 15 meses. Los consumidores no son conscientes de que las cerdas del cepillo se gastan y se estropean, y con ello su uso sobre dientes y encías puede ser más perjudicial que beneficioso. En otros países europeos, las cifras de consumo son las siguientes:

ITALIA	1.1 Cepillos por hab. y año.
FRANCIA	1.2 Cepillos por hab. y año.
ALEMANIA	2.2 Cepillos por hab. y año.
SUECIA	2.3 Cepillos por hab. y año.
SUIZA	2.7 Cepillos por hab. y año.

Los consumidores distinguen entre los recomendados por los dentistas (Oral B), o por bandas de precios, no entrando demasiado a valorar el cabezal del cepillo, las cerdas, el mango...

El 72% de la gente que compra un cepillo, lo tenía previsto antes de ir a la compra, y sólo el 34% tenía decidida la marca que iba a comprar. Los no decididos eligen por el precio (38%), el envase (38%) y la marca (23%).

3.4 Profesionales

La práctica de la profesión dental en España, ha cambiado drásticamente en los últimos años, no sólo por los avances tecnológicos y nuevas técnicas terapéuticas como la implantología, etc, sino también y muy importante, por el aumento tan espectacular de profesionales de la salud bucodental que han aparecido en España desde los años 80.

Entre 1980 y 1990 se multiplicó por 3 el número de alumnos en universidades de Estomatología y Odontología.

En los años 80 se produjo una masiva inmigración de profesionales latinoamericanos, llegando a la proporción actual. 1 de cada 4 dentistas que ejercen en nuestro país son sudamericanos.

También, en los años 80, muchos españoles fueron a Sudamérica, para obtener su título en universidades latinoamericanas.

Todo lo anterior, ha producido que mientras a principios de los 80, la proporción era de 1 dentista por cada 9.566 habitantes, la cifra pasara a 1 dentista por cada 3.269 habitantes a principios de los 90 y a uno por cada 2.000 habitantes en la actualidad. A esto hay que añadir, que no se ha producido un aumento proporcional de la demanda de asistencia sanitaria, lo cual ha llevado a la profesión dental a nuevas fórmulas para la práctica profesional, como a través de asociaciones, seguros médicos, etc.

Actualmente, en España hay más de 15.000 dentistas y más de 3.000 higienistas, lo que hace que el número de pacientes por dentista sea sensiblemente inferior al del resto de Europa y EEUU.

4.- COLGATE Y LA EDUCACIÓN SANITARIA

Uno de los objetivos principales de Colgate, como compañía líder a nivel mundial en higiene y cuidado bucal, es comprometerse con ofrecer siempre los productos más avanzados, fruto de una investigación constante, y colaborar en la difusión y educación bucodental. Este compromiso social de Colgate le ha llevado a desarrollar programas específicos para promover el cuidado bucal y la educación sanitaria entre la población. Dichos programas están diseñados para colaborar directamente con los agentes sanitarios y

de educación, con el fin de mejorar la salud bucal de toda la población.

4.1 programa escolar: “sonrisas brillantes, futuros brillantes”:

Consciente de la importancia de una buena prevención y de la necesidad de crear hábitos estables en materia de higiene bucal desde la infancia, Colgate ha creado el programa escolar “Sonrisas Brillantes, Futuros Brillantes”, para potenciar el cuidado de los dientes en 60 países de todo el mundo, alcanzando actualmente a 43 millones de niños. Colgate es la única compañía que desarrolla un programa de educación en salud bucodental a nivel mundial, este programa se lleva a cabo en todo el mundo, y en España desde hace casi 20 años. Este programa cuenta en España con la recomendación del Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España. Este es un programa gratuito, al que tienen acceso todos los colegios, así como los profesionales dentales, previa petición del mismo. Colgate mantiene contactos con los gobiernos, organizaciones para la salud y asociaciones profesionales en todo el mundo, para conseguir los beneficios deseados en la población infantil. Además Colgate colabora con las autoridades e instituciones sanitarias, aportando material educativo a los programas de prevención bucodental ya establecidos en los centros escolares. De esta manera, el programa contribuye a la integración curricular de la salud en las escuelas. Este programa busca impulsar las prácticas que sirvan para crear hábitos estables para mejorar el cuidado bucal. Globalmente, se busca contribuir a la prevención de las enfermedades dentales en niños de todo el mundo, tal y como señala la Organización Mundial de la Salud, educando y concienciando a los niños en los hábitos correctos de higiene buco-dental, implicando a los padres y a la sociedad en general en la prevención de la caries, y colaborando con los profesionales en las campañas de prevención.

El material básico del programa escolar está compuesto por un vídeo educativo, con personajes reales y animados, que explica los consejos de una correcta higiene buco-dental de una forma amena y divertida para los niños. Además el vídeo contiene un guión para los profesores, así como la letra de las canciones que aparecen en el mismo.

Tras el visionado del vídeo, en aquellas zonas en las que es necesario reforzar la aplicación del programa de higiene buco-dental, a los niños se les entrega un folleto que resume los principales contenidos incluidos en el vídeo, con juegos, un cupón de pedido del vídeo de forma gratuita, y una carta para los padres, con el fin de que participen de una manera activa en la educación bucodental del niño. Asimismo, a los niños se les entrega un cepillo de dientes y pasta dentífrica, para que puedan poner en práctica lo aprendido en la escuela.

Los objetivos del programa son los siguientes:

- 1.- Concienciar de la importancia de una buena salud bucodental entre los niños y sus familias.
- 2.- Reducir el desarrollo de enfermedades bucales, a través del desarrollo de hábitos de higiene saludables.
- 3.- Potenciar la Prevención entre los niños, haciéndoles responsables de su propia salud bucodental y concienciándoles de la necesidad de acudir regularmente a su dentista.
- 4.- Concienciar a los padres de la importancia de su involucración en la salud bucodental de sus hijos.
- 5.- Integrar en las escuelas, actividades y clases para fomentar el cuidado bucal.
- 6.- Trabajar conjuntamente con la profesión dental, proporcionándoles instrumentos y materiales para educar a sus pacientes.

El programa escolar pretende ser apoyo o complemento a de los programas preventivos institucionales. De hecho se ha aplicado a través de Ayuntamientos, Consejerías de Sanidad y Centros de Salud. Se ha demostrado que los hábitos más fuertes que adquirimos en nuestras vidas, son aquellos que desarrollamos en los primeros años escolares. De esta forma se establece que enseñar hábitos de higiene oral, a una edad temprana, puede impactar en dichos hábitos para toda la vida. Una adecuada higiene buco-dental se inicia desde la infancia, con un correcto cepillado y limpieza de los dientes. La prevención de las enfermedades bucales desde la infancia es una

prioridad para Colgate, como ha venido demostrando en sus programas escolares a lo largo del mundo.

4.2 programa profesional:

Colgate Palmolive pone en marcha en 1993 su Programa Profesional, creando en 1994 el "GRUPO DE PREVENCIÓN DENTAL (GPD)" de Colgate. Este programa consiste en un amplio abanico de acciones que van dirigidas a dentistas e higienistas.

La relación con la profesión se estableció en tres pilares básicos:

- 1.- Mejorar el nivel básico de cultura dental en España
- 2.- Aumentar la demanda de atención dental
- 3.- Formación continuada y apoyo a todas las clínicas colaboradoras

Se llevan a cabo diferentes programas:

- 1.- Programa de Evaluación de Pacientes (PEP).
- 2.- Programa Internacional de Formación Continuada: Jornadas de Puesta al día (con doctores de prestigio internacional), para cubrir la necesidad básica que todo profesional tiene de cara al reciclaje de sus conocimientos.
- 3.- Cuentos didácticos y materiales educativos para las consultas, con nociones básicas sobre el cepillado, enfermedades bucales...
- 4.- Programas de Educación a la comunidad (realización del Primer Estudio de Hábitos de Higiene Bucal): En este estudio se repartieron más de 17.000 encuestas sobre hábitos de higiene bucodental.
- 5.- Programa de Revisiones dentales gratuitas, practicado sobre niños escolarizados de entre 4 y 10 años, en todo el territorio español, aumentando la demanda de asistencia dental a las clínicas del GPD.
- 6.- Asistencia a los principales congresos de carácter nacional e internacional, organizados por las asociaciones de dentistas. En 1998 Colgate estuvo presente en la Expodental en Madrid y en la FDI de Barcelona (Colgate era el máximo patrocinador mundial).

Durante la FDI de Barcelona, Colgate para reafirmar el compromiso que mantiene con la salud bucal, realizó, conjuntamente con la Universidad de Barcelona, una revisión dental a unos 500 niños de entre 6 y 12 años. Los resultados obtenidos de esa revisión fueron difundidos, en forma de encuesta epidemiológica de prevalencia de caries en la población infantil de la ciudad de Barcelona. Este estudio pretendía dar a conocer el porcentaje actual de niños entre 6 y 12

años libres de caries, conocer los índices de COD (media de dientes primarios careados y obturados), CAOD (media de dientes permanentes careados, ausentes de caries y obturados) y los índices actuales de restauración. Dicho estudio siguió las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, para los estudios epidemiológicos sobre la caries, escogiendo escolares de esas edades como objeto de estudio. Los niños pudieron conocer el estado de sus dientes, y recibir consejos sobre cómo cuidarlos de una forma correcta.

4.3 jornadas 48 horas de salud bucodental

Para contribuir a la prevención y a la lucha de las enfermedades periodontales, se presentó en 1998, a lo largo de diversas ciudades españolas (Santiago, Granada, Bilbao, Oviedo, Valencia...), la campaña de 48 horas de Salud Bucodental, que con un objetivo educativo, se llevó a cabo en colaboración con la Sociedad Española de Periodoncia y la ONG Dentistas sin Fronteras.

Durante la primera jornada se presentaron dos estudios clínicos que demuestran la eficacia del principio activo Triclogard, fórmula que posee en exclusiva Colgate Total. Esta presentación se llevó a cabo a través de una rueda de prensa, una reunión con la asociación de consumidoras más importante de la ciudad y una conferencia en el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la ciudad.

Durante el segundo día, miembros de la ONG Dentistas sin Fronteras y estudiantes de estomatología de la ciudad, repartían el “Decálogo de la Salud Bucodental” en el que cada consejo de higiene oral era ilustrado por un prestigioso humorista colaborador habitual de la prensa española, como Chumy Chúmez o Martín Morales, con “10 Consejos para una boca sana y solidaria”, difundiendo consejos sobre salud bucal y encuestando a los transeuntes sobre sus hábitos de higiene oral diaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.. La salud bucodental en España. Odonto-estomatología 2005. Barcelona: Lacer SA, 1997.
2. Drucker P. Marketing & Economic Development. Journal of Marketing. Enero. Ed. Harper Row, 1958.
3. Noguero B, Llodra C, Sicilia A, Follana M. La salud Bucodental en España 1994. Antecedentes y Perspectivas de futuro. Madrid: Ed Avances, 1997.
4. Kotler Ph. Estudios de Mercadotecnia, Recopilación. México: Ed. Diana, 1972.
5. Santesmases, M., Marketing: Conceptos y Estrategias. Madrid: Ed.Pirámide, 1991
6. Vela, C, Bocigas, O. Fundamentos de Marketing. Madrid: Ed. ESIC, 1992