

**ACTIVIDADES DE SALUD ORAL DE LA UEB EN LOS PROYECTOS
COMUNITARIOS EN LA RELACIÓN DOCENCIA-SERVICIO CON EL
HOSPITAL SAN JOSÉ CENTRO - FUCS.
BOGOTÁ D.C.; 2016 - 2019.**

Campo Zafra Andrés Francisco

García Lubo María Fernanda

Lasprilla Moriones Valentina

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ, D.C.; JUNIO 2020**

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Actividades de salud oral de la UEB en los proyectos comunitarios en la relación docencia servicio con el Hospital San José Centro - FUCS. Bogotá D.C.; 2016 - 2019.
Grupo de Investigación	Investigación en Salud Bucal Pública y Comunitaria - INVBOCA
Línea de investigación:	Línea calidad de vida y enfoque diferencial: abordaje interdisciplinario de la salud bucal de sujetos y colectivos del
Otras Instituciones participantes:	- Hospital San José - HSJ (Centro) - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud) - FUCS
Tipo de investigación:	Pregrado/ Grupo
Estudiantes:	Andrés Francisco Campo Zafra María Fernanda García Lubo Valentina Lasprilla Moriones
Director:	Dra. Liliana Huertas Ordoñez
Codirector/ asesor metodológico:	Dr. Juan Camilo Tocora R.

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

TIANA CIAN LEAL	Presidente del Claustro
CAMILO ALBERTO ESCOBAR JIMÉNEZ	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen	
Abstract	
	Pág.
Introducción	1
2. Marco teórico	2
3. Planteamiento del problema	17
4. Justificación	19
5. Situación Actual	20
6. Objetivos	21
7. Metodología del Proyecto	22
7.1. Tipo de estudio	22
7.2. Población y muestra	22
7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información	22
7.4. Hipótesis de estudio	24
7.5 Plan de tabulación y análisis.	24
8. Consideraciones éticas.	25
a. Sustento legal	25
9. Resultados	26
10. Discusión	38
11. Conclusiones	42
12. Referencias bibliográficas	43
13. Anexos	45

LISTADO DE TABLAS

	Págs.
Tabla 1. Historia Clínica de Valoración 2016-1 y 2016-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora	25
Tabla 2. Valoración de riesgo de enfermedad bucal, registro de placa bacteriana (índice de o'leary). 2017-1. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora	27
Tabla 3. Valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal. 2017-1. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora	29
Tabla 4. Valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal. 2017-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora	30
Tabla 5. Valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal unificada. 2018-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora	31
Tabla 6. Valoración inicial riesgo de enfermedad bucal unificada 2019-1. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora	32
Tabla 7. Valoración inicial e índice de O'Leary 2019-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora	34

LISTADO DE FIGURAS

	Págs.
Figura 1. Política de proyección y responsabilidad social universitaria. Tomado de Universidad El Bosque.	5
Figura 2. Proyección social. Tomado de Fundación universitaria de ciencias de la Salud.	8
Figura 3. Línea de tiempo de salud familiar y comunitaria en Colombia. Diseñado por María Fernanda García Lubo	- 16

RESUMEN

ACTIVIDADES DE SALUD ORAL DE LA UEB EN LOS PROYECTOS COMUNITARIOS EN LA RELACIÓN DOCENCIA-SERVICIO CON EL HOSPITAL SAN JOSÉ CENTRO - FUCS. BOGOTÁ D.C.; 2016 - 2019.

En el marco del convenio docencia-servicio entre la Universidad el Bosque - UEB y el Hospital San José - HSJ (Centro), se extienden desde el 2016, acciones de salud oral a los escenarios comunitarios de proyección social de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, con estudiantes de odontología en equipos de salud. Hay dificultades en estructurar informes que, monitoreen y den continuidad al respectivo trabajo. La Responsabilidad Social Institucional se relaciona con el impacto generado en el ejercicio de sus tareas fundamentales, en lo humano, social y ambiental, aportando así al desarrollo sostenible. **Objetivo:** Describir las actividades de salud oral de la UEB en los proyectos comunitarios en la relación docencia servicio con el Hospital San José (Centro) - FUCS en Bogotá, durante el 2016 - 2019. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo con seguimiento retrospectivo. Se diseñaron bases de datos en Microsoft Excel, para el registro del contenido en formatos físicos, con las variables de interés, correspondientes a las actividades realizadas. **Resultados:** Descripción retrospectiva cuantitativa de las acciones en salud oral, orientadas principalmente a valorar riesgo. Evidenciando más atención en mujeres que en hombres; principalmente niños y adolescentes; población característica de los escenarios de trabajo (jardines infantiles, fundaciones de rehabilitación en el consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA y gestantes en el Hospital de Mosquera. La afiliación en salud, principalmente a través del régimen contributivo, población con estrato socioeconómico bajo y principalmente, clasificados con enfermedad bucal moderada. **Conclusión:** Se identifica un vínculo en la relación interinstitucional, por un lado, el modelo biopsicosocial y cultural de la UEB y de otro lado el enfoque familiar y comunitario de la FUCS que, a través de las actividades comunitarias, fortalecen la interacción social, mediante la formación y el servicio, participando así, en el progreso social de la población.

Palabras clave: Proyección y Responsabilidad Social, Salud Familiar y Comunitaria, Actividades de Salud Oral

ABSTRACT

ORAL HEALTH ACTIVITIES OF EBU IN COMMUNITY PROJECTS RELATED TO TEACHING AND SERVICE AT SAN JOSE CENTRO HOSPITAL-FUCS, BOGOTA DC, 2016-2019

Oral health actions have been implemented since 2016 between El Bosque University EBU and San Jose Hospital SJH (centre) for community projects from *Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS* with dentistry students in oral health teams. There are difficulties structuring reports which monitor and provide continuity to said work. Institutional social responsibility relates to the impact generated by the exercise of its fundamental tasks within the human, social and environmental aspects, contributing to sustainable development. **Objective:** To describe the oral health activities of EBU in the community projects related to teaching and service at San Jose Hospital – FUCS Bogota between 2016 and 2019. **Materials and methods:** Observational descriptive study with retrospective follow-up; databases were developed in Excel in order to register the content in physical formats with the relevant variables for each activity. **Results:** Quantitative retrospective description of oral health activities aimed at providing risk assessment. There was more attention on women than men, mainly children and adolescents; population representative of the project areas (childcare centres, drug rehabilitation centres and expectant females and Mosquera hospital). Healthcare affiliation by the contributive system, lower socio-economic strata classified with moderate oral diseases. **Conclusions:** A connection was identified in the inter-institutional relation: on one hand, the bio-psycho-social and cultural model of EBU and on the other the family and community focus of the FUCS. These strengthen social interaction with formation, service, participating in the social progress of the population. **Key words:** social responsibility and projection, family and community health, oral health activities.

1. Introducción

Existe un convenio docencia-servicio entre la Universidad el Bosque - UEB y el Hospital san José - HSJ (Centro) que involucra la rotación por el servicio de salud oral de la UEB y los diferentes servicios intrahospitalarios, entre estos, los relacionados con los proyectos comunitarios de proyección social de la FUCS. Esta rotación la realizan 1 a 2 estudiantes de IX semestre de la Facultad de Odontología de la UEB cada 3 meses, participando en equipos de salud, con los docentes y estudiantes de la Facultad de Medicina y residentes de pediatría, ginecología y de la especialización de Medicina Familiar de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Desde los inicios de la relación interinstitucional, se ha buscado articular la función del odontólogo en el trabajo multidisciplinario, extendiéndose desde el 2016 a los escenarios comunitarios vinculados a dos de las tres líneas de proyección social de la FUCS: la línea de salud familiar y comunitaria y la línea de responsabilidad social. En ese sentido y buscando nutrir dicha participación en relación a los alcances de proyección social establecidos, fortaleciendo los instrumentos que permitan realizar lectura de necesidades y riesgos en salud bucal, para orientar acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Bucal en correspondencia a las políticas de salud de nuestro país.

2. Marco teórico o conceptual

2.1. Proyección y responsabilidad social universitaria

La Responsabilidad Social Universitaria es un pilar funcional, por el cual las instituciones educativas se comprometen no sólo a formar buenos profesionales y a generar conocimiento, sino que, además, entienden que sus miembros, deben sensibilizarse ante las problemáticas del entorno y comprometerse con el desarrollo de su país y la inclusión social, reconociendo la necesidad de evaluar el impacto social.(Pineda Cañar, 2010)

Dentro de la razón de ser de las instituciones de educación superior se destacan las acciones encaminadas a:

- La voluntad de servir a la comunidad, que responde a la obligación moral y social de la Universidad de posibilitar la formación humana, académica, investigativa y social de los estudiantes y brindar las herramientas para que éstos construyan el sentido social de su profesión.
- La necesidad de desarrollar las potencialidades de la persona, mediante la formación integral, con énfasis en el proceso de socialización. Desde la perspectiva anterior, las Universidades asumen la función de proyección y responsabilidad social con un nuevo sentido y dirección que supera las actividades esporádicas de carácter técnico, educativo y Política de proyección y responsabilidad social universitaria cultural, por acciones sistemáticas, continuas e innovadoras que consagran un auténtico servicio a la comunidad dentro del contexto histórico cultural para lograr un mejoramiento cualitativo de la interacción entre la universidad, su entorno y la sociedad. (González G, 2007)

La interacción entre la extensión y la proyección social Universitaria en el País, se define en la Ley 30 de 1992 como una función activa de doble vía en la Institución de Educación Superior, que debe verse como una actividad planeada desde la razón de ser de la Institución, articulada, controlada, que gestiona y evalúa, como parte integral de un proceso donde la

Interacción de la proyección social universitaria y la extensión se accionan desde el quehacer académico. (González G, 2007)

Los *principios* que orientan las acciones de *proyección social*, son:

- *Beneficio Institucional*: La función de proyección y responsabilidad social genera efectos e impactos positivos en las personas, organizaciones y sociedad en general. Pretende lograr que los conocimientos, experiencias y prácticas institucionales conduzcan al desarrollo intelectual, personal y social de los estamentos universitarios en beneficio de la sociedad.
- *Compromiso*: Corresponde a la obligación contraída voluntariamente por los estamentos universitarios para desarrollar la función de proyección y responsabilidad social.
- *Innovación*: Esta función aporta a la concepción y puesta en funcionamiento de nuevas estrategias y metodologías para la incorporación de saberes a la base del conocimiento y a la transferencia del conocimiento.
- *Credibilidad*: Es la garantía de la confianza entre los interesados o involucrados en la función de proyección y responsabilidad social. Responde a la necesidad de confiabilidad, lo cual contribuye a alcanzar a la política de proyección y responsabilidad social universitaria mejores niveles de interacción con otros sectores y actores sociales. Parte del establecimiento de unas normas claras y estrictas sobre el diseño, aplicación, seguimiento y análisis de los resultados correspondientes a la función.
- *Pertinencia*: “Entendida como la coherencia y adecuación de los proyectos y acciones de proyección y responsabilidad social promovidos por la Universidad en su relación con diversos contextos”.

- *Permanencia*: Relacionada con el sentido de pertenencia al proyecto y la visión amplia de largo plazo que debe orientar los programas de Proyección y Responsabilidad Social de la Universidad.
- *Flexibilidad*: La función de proyección y responsabilidad social requiere flexibilidad para afrontar la incertidumbre y las particularidades culturales presentes en el trabajo con comunidades. (González G, 2007)
- *Participación*: La función de proyección y responsabilidad social requiere procesos y prácticas sociales participativas que faciliten la integración de todos los interesados e involucrados en el proceso y que posibilite compartir experiencias individuales y colectivas indispensables en la construcción de tejido social. (González G, 2007)
- *Posicionamiento*: Pretende que los diversos actores sociales asimilen y mantengan una buena imagen institucional a partir de la calidad del servicio educativo que presta la Universidad en beneficio de la sociedad. (González G, 2007)
- *Sustentabilidad*: La proyección y responsabilidad social es una función sustantiva y permanente, basada en sistemas de generación, desarrollo, seguimiento y evaluación concertados, claramente definidos por los involucrados, que permite apreciar el progreso y las dificultades, al tiempo que facilita corregir falencias. (González G, 2007)

2.2. Proyección y responsabilidad social de la Universidad el Bosque (UEB)

Para la Universidad El Bosque el servicio es una afirmación básica que se deriva de la función social. Por ello, la institución ha construido un modelo de Proyección y Responsabilidad Social Universitaria (PRSU) que integra diversos aspectos sobre los que puede abordar el conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan de los impactos que su actividad educativa produce en el ámbito social, laboral, medioambiental, entre otros. En la Política de proyección y

responsabilidad social universitaria, el modelo trazado no es un conjunto de reglas rígidas, sino un modelo que enmarca una continua ejecución y un constante perfeccionamiento. (Sánchez *et al.*, 2014)

Supone unos actores que planifican, ejecutan, acompañan, evalúan, ajustan y construyen permanentemente el proceso. Al mismo tiempo, tiene en cuenta necesidades, intereses, motivaciones y realidades que llevan a la solución de problemáticas específicas locales, regionales y nacionales, desarrollando proyectos de formación e investigación.

El modelo que se presenta en la Figura 1 expresa cada uno de los campos en los cuales la institución considera que es importante generar acciones medibles y contundentes en diferentes escenarios sociales y académicos a través de sus directivos, estudiantes y egresados, a nivel local, regional y nacional.

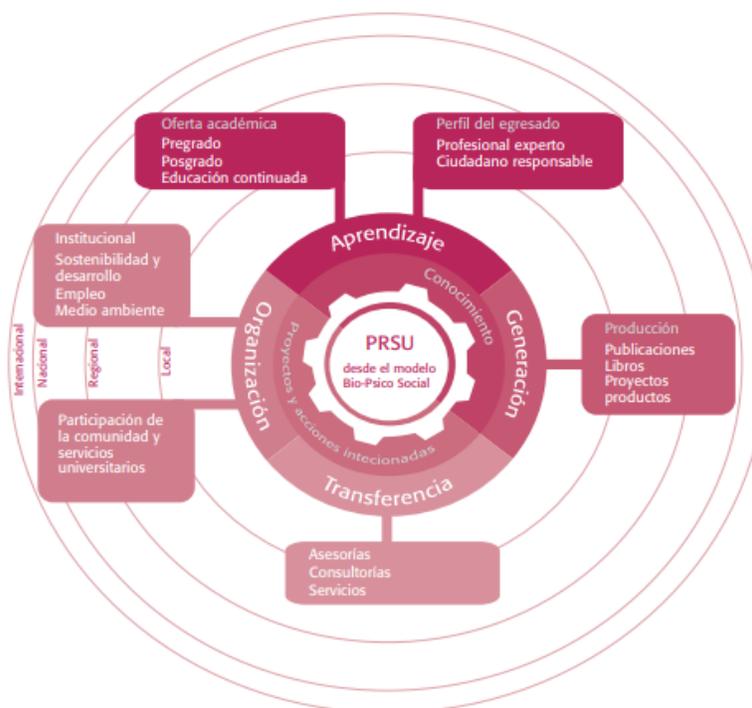


Figura 1. Tomado de: Política de proyección y responsabilidad social universitaria. Universidad El Bosque.

La concepción de la Proyección y Responsabilidad Social Universitaria (PRSU), comprende la pertinencia y calidad del desempeño de la comunidad universitaria (estudiantes, académicos, investigadores y administrativos), a través de una gestión responsable del impacto educativo, investigativo, social y organizacional generado por la Universidad,

mediante una interacción adecuada con la sociedad en búsqueda de la promoción de la dignidad humana y el desarrollo sostenible.

Por ello la gestión de la Proyección y Responsabilidad Social de la Universidad, comprende el impacto generado por la Institución, en el ejercicio de sus tareas fundamentales, en sus entornos humano, social y ambiental, aportando así al desarrollo humano sostenible de la nación y la humanidad.(Sánchez *et al.*,2014)

De esta manera, se generan unos *ámbitos de Impacto*:

- *Aprendizaje*: Referido al impacto generado por la Universidad en correspondencia a las necesidades de formación de recurso humano de la sociedad, para el sector productivo y la vida en comunidad. Para el sector productivo, atendiendo sus necesidades laborales, en sus dimensiones disciplinares (programas) y cualitativas (perfil del egresado) y de conocimiento (consultoría). Para la vida en comunidad, en sus dimensiones bioéticas y humanísticas. Es todo lo relacionado con los procesos de enseñanza-aprendizaje y la construcción curricular que derivan en el perfil del egresado que se está formando (¿Qué tipo de profesionales y personas vamos formando?, ¿Cómo debemos estructurar nuestra formación para formar ciudadanos responsables del Desarrollo Humano Sostenible en el país?).
- *Investigación*: comprende el impacto generado por la Universidad en su atención a necesidades de generación, transferencia y aplicación del conocimiento en las comunidades locales, regionales, nacionales y globales. Los procesos de producción y difusión del saber, que derivan en el modo de gestión del conocimiento. (¿Qué tipo de conocimientos producimos, para qué y para quiénes?, ¿Qué conocimientos debemos producir y cómo debemos difundirlos para atender las carencias cognitivas que perjudican el desarrollo social en el país?).
- *Organización*: comprende el impacto generado por la Universidad en su vida y operación cotidiana como organización humana, siendo ejemplo ético ante la

sociedad en sus responsabilidades frente al Estado, el medio ambiente y los trabajadores. Hace referencia a los aspectos laborales, ambientales, de hábitos de vida cotidiana en el campus, que derivan en valores vividos y promovidos intencionalmente. Política de proyección y responsabilidad social universitaria o no, que afectan a las personas y sus familias (¿Cuáles son los valores que vivimos a diario? ¿Cómo debemos vivir en nuestra universidad en forma responsable, en atención a la naturaleza, la dignidad y el bienestar de los miembros de la comunidad universitaria?).

- *Interacción con la sociedad:* comprende el impacto generado por la Universidad en su interacción con las comunidades mediante el ejercicio de sus actividades de formación y servicio, es todo lo relacionado con los vínculos de la Universidad y los actores externos, su participación en el desarrollo de su comunidad y de su Capital Social, que derivan en el papel social que la Universidad está jugando como promotora de desarrollo humano sostenible. (¿Qué papel asumimos en el desarrollo de la sociedad, con quiénes y para qué?, ¿Cómo la Universidad puede ser, desde su función y pericia específica, un actor partícipe del progreso social a través del fomento de Capital Social?).

-
De esta manera existe plena coherencia con la Orientación Estratégica de la Universidad, en la cual la institución se inserta en el entorno global, y se siente comprometida con las necesidades y oportunidades locales, regionales y nacionales y de esta forma participar en los programas de paz e inclusión social. (Sánchez *et al.*, 2014)

Para llevar a la práctica los diferentes campos de acción de la Proyección y Responsabilidad Social, se desarrollan proyectos, se administran convenios y contratos, se implementan acuerdos y resoluciones, con la participación activa de: facultades, institutos, centros, departamentos y divisiones, para beneficiar a la comunidad y facilitar la participación de los estudiantes en distintos escenarios. (Sánchez *et al.*, 2014)

2.3. Proyección y responsabilidad social de la FUCS

La proyección social de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS se gesta a partir de la relación que genera en la comunidad el impacto de los programas, proyectos, servicios y actividades que desarrolla en su función universitaria, esta es de gran importancia en tanto que muestra la responsabilidad social de la institución en la disponibilidad de recursos, de su conocimiento y de sus interacciones para aportar a la transformación social.

Apoyado en estos conceptos la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud a través de los diferentes programas, desarrolla la proyección social a través de tres grandes áreas:

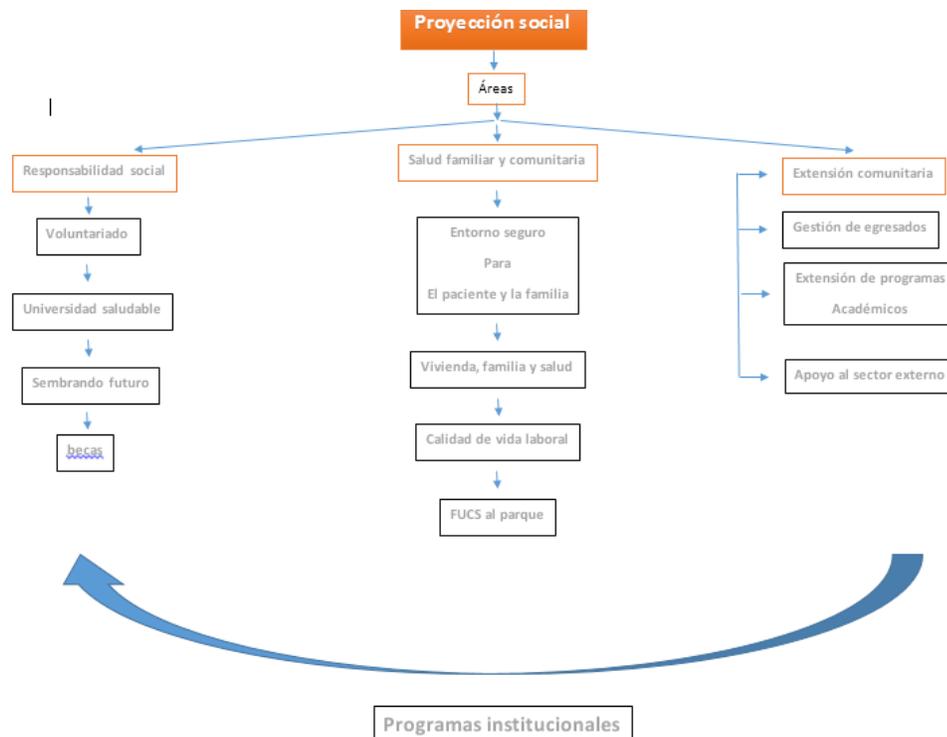


Figura 2. Tomado de: PROYECCIÓN SOCIAL. FUCS.

La proyección social de la FUCS se gesta a partir de la relación que genera en la comunidad el impacto de los programas, proyectos, servicios y actividades que desarrolla en su función universitaria, esta es de gran importancia en tanto que muestra la responsabilidad social de la institución en la disponibilidad de recursos, de su conocimiento y de sus interacciones para aportar a la transformación social.

La consciencia de responsabilidad social de la FUCS ha llevado al desarrollo de diferentes estrategias por parte de la universidad con el fin de generar un impacto en la comunidad. La institución ha implementado una serie de programas, proyectos, servicios y actividades que desarrolla en su función universitaria para así contribuir en la transformación social. Estas estrategias se han clasificado en tres líneas, salud familiar y comunitaria, responsabilidad social y extensión universitaria. Estas a su vez agrupan los programas y proyectos que realiza la institución.

- ***Línea 1: Salud Familiar y Comunitaria***

La primera línea cuenta con una serie de programas como, vivienda familia y salud, FUCS al parque, entorno seguro para el paciente y la familia, espacios educativos saludables y calidad de vida laboral.

- ***Línea 2: Responsabilidad Social***

Esta línea cuenta con programas de voluntariado, becas, sembrando futuro, crear y creer, permanencia y universidad saludable. Este último es el programa de incidencia de los internos de la UEB, donde se han realizado la mayor parte de proyectos y actividades de salud oral en el convenio con el área de medicina familiar de la FUCS.

De igual manera, cuenta con el Programa Universidad Saludable, que está orientado a la valoración y seguimiento de conductas de riesgo. Por medio de las actividades que se realizan como las encuestas, talleres y conferencias de salud sexual y reproductiva y salud emocional, valoración a individuos de alto riesgo de enfermedad crónica y los diferentes programas de salud, el programa ha permitido la remisión a diferentes interconsultas.

- ***Línea 3: Extensión Universitaria***

La última línea tiene proyectos como gestión de egresado, educación continuada, extensión de programas académicos y apoyo al sector externo. Dentro de las actividades desarrolladas bajo el convenio de la UEB y la FUCS no se ha realizado ninguna intervención en esta línea. (Arias et al., 2008)

2.4. Salud Familiar y Comunitaria

La *Medicina Familiar* es una especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y solución de los problemas de salud más frecuentes de las personas y sus familiares independiente de su sexo, edad y otros y también se ve como un modelo que busca realizar una atención integral a las personas y sus familias a través de todo su ciclo vital individual con base en unos principios de continuidad, enfoque de riesgos, teniendo en cuenta el contexto y cultura de la persona. (Sánchez *et al.*, 2014)

El *Modelo de Salud Familiar y Comunitario* basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS, el cual obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud a los grupos más excluidos socialmente o menos favorecidos de todas las edades con el sistema nacional de salud, mediante su participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar la economía de su desarrollo. Respondiendo a las necesidades y expectativas de la población con el fin de obtener una atención de calidad, efectividad y de respeto, garantizando el derecho a la salud. (González, 2007)

La práctica médica en la salud familiar y comunitaria está regida bajo el enfoque por Ian R. Mac Whinney (Profesor de Medicina Familiar en la Universidad de Western Ontario en Canadá) con principios que recogidos en su libro "An introduction to Family Medicine", publicado en 1981. Comentaba el Dr. Mc Whinney hablaba acerca de estos principios: "Lo que yo he tratado de hacer es articular el fundamento teórico, que es válido, con la experiencia de ser un médico familiar, al mismo tiempo que sitúo la medicina en los hechos intelectuales y sociales de nuestros tiempos.

La medicina familiar cuenta los siguientes *principios*:

a. Compromiso con la persona, más que con la técnica, sexo o un órgano afectado. La Medicina Familiar considera a la persona como ser individual y social, involucrado en el proceso de salud- enfermedad. El cual es diferente como en otras especialidades que se enfocan ya sea en el sexo, en la edad o en la enfermedad pasa diferente con el médico familiar

ya que ‘establece una relación continua con la persona, valorándose como ser íntegro (con cuerpo, mente, sentimientos y espíritu), y al tiempo como un ser integrante de una familia y perteneciente a una comunidad y a una cultura.’ (González, 2007)

La Medicina Familiar adopta cualquier problema de salud por las personas y de su familia sin importar sexo y edad. Sin un punto final definido, debiéndose iniciar aún antes de la presencia de la enfermedad, yendo más allá del final del ciclo de tratamiento o del diagnóstico de una enfermedad incurable.

b. Contexto y cultura de la persona. Los problemas o las situaciones de salud se presentan bajo múltiples que, están asociados en la aparición y el comportamiento de las enfermedades el cual conforman el contexto. ‘Se ha demostrado progresivamente la importancia del contexto sociocultural para los estados de salud, enfermedad, vida, muerte, y las acciones que se toman en torno a los mismos’. Generando u obligando a los profesionales de la Medicina Familiar a generar estrategias para la atención de las familias y comunidades teniendo la capacidad de obtener la mayor información posible y entender y manejar las interrelaciones que se presentan en dicho entorno. (Resolución 429, 2016)

c. Enfoque centrado en la familia. ‘La familia como unidad social básica y recurso primario para el individuo’, es fundamental en el cuidado que se proporcione a la persona y también es importante que el profesional de la Medicina Familiar incentive a la familia a mejorar y mantener sus redes de soporte de salud consultada, referente a los procesos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. (Resolución 429, 2016)

d. Cada contacto es una oportunidad de prevención y educación. Este principio está enfocado a cada encuentro con el paciente y su familia, ‘debe ser considerado como oportunidad para trabajar aspectos relacionados con la promoción de la salud, educación en salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación.’ Las estrategias para la educación y consejería en salud, en el contexto de la práctica clínica. Y los intereses de las personas son:

- Informar a las personas de los propósitos y de los efectos esperados de la intervención y cuándo esperarlos.
- Sugerir pequeños cambios, más que grandes cosas.

- Ser específico.
- Adicionar nuevos comportamientos, más que pretender cambiar los previos.
- Unir los nuevos comportamientos a los viejos comportamientos.
- Hacer compromisos explícitos con el paciente.
- Combinar diferentes estrategias.
- Comunicar y trabajar con diferentes miembros del equipo de salud.
- Referir cuando sea necesario.
- Monitorear los progresos a través de un programa de seguimiento

e. Enfoque de riesgo. “La Medicina Familiar considera a los pacientes como población en riesgo”, el cual se trata de aprovechar cada contacto para educar y prevenir la enfermedad, incluyendo la valoración del riesgo y su consecuente intervención, mostrando en la valoración de personas enfermas, para definir (diagnóstico, terapéutico, educativo y de seguimiento) y para establecer un pronóstico. O atendiendo también personas sin enfermedad que consultan buscando oportunidades que les permitan mantener o mejorar sus condiciones de salud. Este último aspecto incluye actividades de consejería, tamizaje, inmunización y quimioprofilaxis. (González, 2007)

f. El médico familiar como recurso. “El profesional de la Medicina Familiar se debe considerar a sí mismo parte de la red de apoyo y atención sanitaria. Todas las comunidades cuentan con diversas redes de apoyo, sociales, oficiales y no oficiales, formales e informales. ” Estas redes en ocasiones los miembros de los servicios de atención sanitaria y social atienden o trabajan en sitios aislados, sin que haya un grupo redes de apoyos. “Es indispensable que el profesional de la Medicina Familiar identifique los otros recursos formales y no formales, las redes de soporte social, para dinamizar y liderar las diferentes actividades” (Gaete, 2015)

g. Conocimiento de sí mismo. los profesionales de la medicina familiar requieren que tengan autoconocimiento y autoexploración de sí mejorando y adquiriendo conocimiento de sus fortalezas y debilidades en su desempeño profesional y personal, fortaleciendo de sus actitudes una comunicación eficiente con sus pacientes, sus colegas, con los integrantes de

los equipos de trabajo en salud en los diferentes sectores de cada territorio en donde actuara o trabajara , Las anteriores exigencias le posibilitan, en el ejercicio de arte y ciencia que es la Medicina Familiar y el ‘‘permanente conocimiento de sí mismo le ayudará a evitar que sus sentimientos y valores, le lleven a establecer juicios que afecten la atención cálida, respetuosa y honesta que deben brindar a las personas de su comunidad (sean o no sus pacientes)’’(Gaete, 2015)

h. El médico familiar como gerente de recursos. El profesional de medicina familiar deberá tener un manejo eficiente de los recursos en la práctica con la comunidad dando un equilibrio costo - beneficio apropiado teniendo en cuenta en no afectar la calidad y la eficacia del tratamiento y debe ser consciente en qué momento se deberá hacer una remisión o interconsulta con otros médicos Debido a la oportunidad y responsabilidad como personal de primer contacto que tiene en la práctica. (González, 2007)

i. Idealmente vivir en el vecindario donde vive la comunidad a la que sirve este principio ofrece generar y mejorar un enfoque epidemiológico y la comprensión y control de las múltiples variables ambientales. (Vallareis, 2010)

2.6. Marco Político de la Salud Familiar y Comunitaria en Colombia

En los diferentes países la medicina familiar ha hecho énfasis en la atención como medicina comunitaria, los médicos familiares se toman como una puerta de entrada a la atención primaria. En Colombia la medicina familiar en sus inicios se manifiesta puntualmente en programas de posgrados con iniciativas que no contaban con apoyo político para considerar esta especialidad de la medicina como la primera atención para acceder al sistema de salud.

A partir de este enfoque de salud familiar y comunitaria se han planteado una serie de leyes en el país a través del tiempo. La Ley 1438 de 2011, que busca en el marco de la Atención Primaria en Salud -APS i) articular las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con una atención integral, integrada y continua, basada en las necesidades y

potencialidades de la población, ii) vincular las acciones intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud, con una orientación familiar y comunitaria, que promueve la participación social y comunitaria, y iii) en la gestión territorial.(Ley 1438, 2011)

El Ministerio de Salud en Colombia actualizó el Plan Obligatorio de Salud (POS) por medio de la resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013, donde se contempla la medicina familiar como una especialidad que permite el acceso a los servicios de salud, actuando como una puerta de entrada para la población.

En 2014 el ministerio de salud, liderado por el viceministro de salud pública y prestación de servicios, Fernando Ruíz Gómez, planteó que para garantizar la atención en salud y la efectividad de la prestación del servicio, el modelo de salud en Colombia debería ser enfocado en la medicina familiar y comunitaria. Este planteamiento se realiza a partir de la experiencia presentada en 2013 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Internacional de Médicos Familiares (WONCA) quienes indican que se debe proyectar la propuesta en base a la interacción multidisciplinaria. Esto permitiría que los médicos amplíen su conocimiento y tengan una mayor capacidad de resolución en la atención primaria.

Posteriormente, en el año 2015 se crea la ley 1751, que es la ley estatutaria en salud. Esta aparece con la necesidad de que en Colombia la salud sea un derecho fundamental, lo que indica que el estado debe garantizar el debido cumplimiento del derecho a la salud. Con esta ley a ningún ciudadano se le puede negar el acceso al servicio de salud y este debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y de calidad. Principalmente se le da prioridad a la atención de niños, niñas, adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. Este mismo año surge la ley 1753 de 2015, retomando la ley estatutaria anterior, se especifica que se debe contar con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios, convirtiéndose en un puente entre la seguridad social y el sistema de salud.

En Colombia se crea una Política de Atención Integral en Salud, con el fin de mejorar el sistema y el servicio prestado a la población. El sistema de salud se empieza a construir

enfocado en la atención integral para así asegurar la atención de manera oportuna y eficaz y de esta manera afianzar el bienestar del ciudadano.

La resolución 429 de 2016 surge a partir de esta idea y se fundamenta en “permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran.” (Resolución 429, 2016).

A partir de esta resolución surge la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en la cual desde el enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y a la comunidad como los principales sujetos de atención en salud y se centra en el cuidado a las familias. A su vez considera la salud previa a la enfermedad y determina la importancia del autocuidado, la gestión y la prevención. Desde esta perspectiva se plantean tres componentes fundamentales, el desarrollo del talento humano en salud, la articulación y reorganización de servicios en salud y la planeación en gestión territorial.

Para el cumplimiento de esto se implementan una serie de instrumentos que contribuyen a que estos sujetos de atención en salud, las familias y comunidades, se les garantice la prestación adecuada de los servicios teniendo en cuenta el territorio donde viven y se desarrollan. Uno de estos lineamientos es el Modelos Integral de Atención en Salud (MIAS) que busca garantizar la continuidad, oportunidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. A su vez esta engloba otras estrategias para orientar la gestión de la atención integral en salud relacionando la situación de la población y las características de cada territorio que puedan ser determinantes para la salud, como es la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS). Posteriormente el MIAS sería modificado a Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) por el componente territorial que se agregó a esta estrategia, buscando orientar la gestión de la atención integral en salud relacionando la situación de la población y las características de cada territorio que puedan ser determinantes para la salud.

Las estrategias que plantea el sistema de salud para la atención integral con el establecimiento de esta resolución son orientadas a mejorar el estado de salud de la población, garantizar el

derecho a la salud a los ciudadanos por medio del acceso efectivo a los servicios de salud en un sistema sostenible a nivel financiero. A su vez las estrategias de promoción y prevención son un aspecto que se ve enfatizado con la resolución. (Sánchez *et al.*, 2014)

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA A TRAVÉS DEL TIEMPO

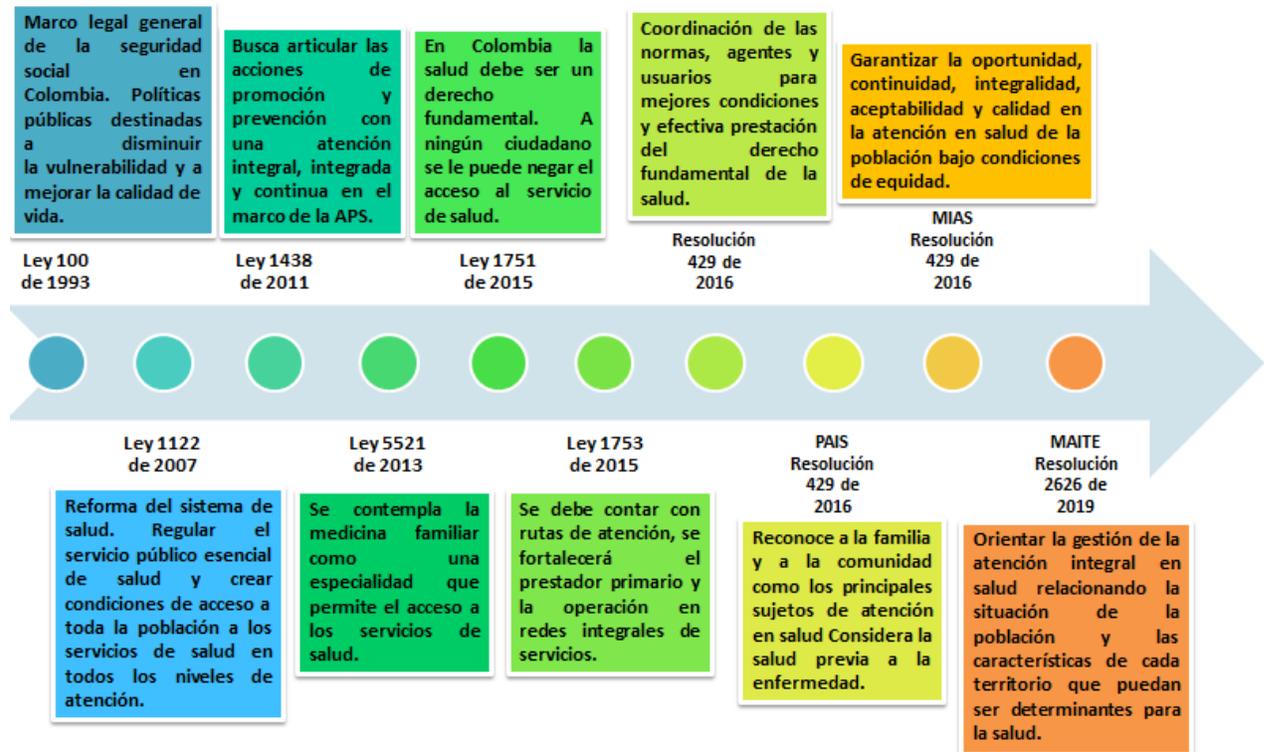


Figura 3. Línea de tiempo de salud familiar y comunitaria en Colombia.

3. Planteamiento del problema

3.1 Descripción del problema

Desde el 2016 se implementan actividades de salud oral dependiendo los alcances establecidos para la proyección social por parte de Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, las cuales involucran acciones de valoración de riesgo, acciones de Educación para la Salud (individual y grupal) y reorientación a los servicios de salud oral.

A pesar que dichas actividades se han descrito en informes parciales desarrollados por el docente a cargo, aún no se logra estructurar a profundidad un documento que defina instrumentos, base de datos, indicadores, monitoreo, continuidad y avances de las acciones realizadas por los estudiantes en la rotación de medicina familiar.

A lo largo del desarrollo de las actividades se han utilizado diferentes instrumentos y de acuerdo a las actividades se requiere establecer finalmente cuál instrumento sería acorde para la evaluación eficiente, reuniendo los criterios en el marco de las políticas de salud y de la estrategia de salud familiar.

Últimamente se ha optado por realizar valoraciones exclusivamente de riesgo adaptando el instrumento de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia - AIEPI específico en salud oral y que ha sido trabajado por el área comunitaria de la Facultad de Odontología de la UEB. Las adaptaciones realizadas, involucran considerar aspectos de riesgo, en todo el ciclo vital, con el propósito de que sea aplicable a diversos grupos poblacionales, que participan en dichas actividades y de esta manera unificar a futuro indicadores que permitan valorar cambios en la población.

Es así, que se hace necesario documentar los antecedentes, instrumentos utilizados, las actividades desarrolladas, los indicadores reportados, como insumo referente para avanzar aspectos relevantes de información que den luces de los impactos con dichas actividades.

Por lo que es necesario, describir las características de los diferentes escenarios, la población beneficiada, la clasificación de riesgo y las acciones orientadas en el marco de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad Bucal.

3.2 Pregunta de investigación

Como ya se ha descrito a pesar de los esfuerzos para caracterizar dichas acciones, no se ha logrado estandarizar los instrumentos y por consiguiente conocer de manera uniforme las actividades realizadas a través del internado de medicina familiar en el HSJ Centro en el período de 2016 al 2019. Por lo que surge como pregunta de investigación:

¿Cuáles son las actividades de Salud Oral en los proyectos comunitarios en la relación docencia - servicio con el Hospital San José (Centro) - FUCS. Bogotá, D. C.; 2016 - 2019?

4. Justificación

La presente investigación se enfoca en la necesidad de identificar a profundidad los antecedentes, las actividades y avances en la rotación de medicina familiar; a partir de la descripción de una manera detallada todas las actividades que han realizado los internos que han pasado por este servicio, el marco del convenio docencia - servicio de la Universidad El Bosque y el Hospital San José (Centro) y la relación interinstitucional con la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS; participando en los diferentes proyectos comunitarios, conforme a sus lineamientos de proyección social.

Con este referente, avanzar hacia la definición de instrumentos, indicadores, alcances y proyecciones en la articulación e integración en el trabajo interdisciplinario, avances en el monitoreo de acciones que correspondan a las necesidades identificadas, a las a las políticas de Proyección Social de las respectivas instituciones involucradas y al marco político colombiano.

5. Situación actual de las acciones en salud oral de la UEB en la relación docencia servicio con el Hospital San José Centro.

En la actualidad se cuentan con informes parciales de las actividades realizadas, las cuales en muchas oportunidades no son procesadas en su totalidad, por los internos. Hay descripciones muy limitadas de lo realizado, pero con debilidades en una mirada integral de todo el trabajo desarrollado. Se observan debilidades en el monitoreo de las acciones realizadas en la población y la correspondencia. Situación desencadenada posiblemente por la variación de interno cada tres meses, sin evidenciar documentación en la continuidad del proceso durante el período 2016 – 2019.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

- Describir las actividades de salud oral de la UEB en los proyectos comunitarios en la relación docencia servicio con el Hospital San José (Centro) - FUCS en Bogotá D.C. durante el período 2016 - 2019.

6.2. Objetivos específicos

- Realizar un inventario de los proyectos, instrumentos y acciones realizadas durante el periodo de estudio.
- Realizar una caracterización sociodemográfica de la población beneficiada, factores de riesgo, clasificación de enfermedad bucal y las acciones de salud oral de los proyectos comunitarios, durante el período de estudio.

7. Metodología del proyecto

7.1. Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo con seguimiento retrospectivo basado en registros del 2016-2019.

7.2. Población y muestra:

La unidad de análisis serán los registros físicos tales como actas, formatos de caracterización, actas de asistencia y formatos de caracterización provenientes de los resultados de las actividades realizadas en el periodo de tiempo objeto de estudio, no se obtendrá una muestra dado que se analizarán todos los registros.

Los registros pertenecen a actividades de la FUCS en el marco de sus proyectos de responsabilidad social y que se encuentran a cargo de la docente tutora de dicha rotación.

7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información (Materiales y métodos):

Se diseñará una base de datos en Microsoft Excel en la cual se registrará lo contenido en los formatos físicos, con las variables de interés que corresponde a las actividades realizadas durante el periodo de estudio. (Anexo 1)

7.3.1 Matriz de operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Naturaleza	Nivel Medición	Escala o Medida
Salud familiar y comunitaria	Independiente	Espacios donde se realiza promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	No paramétrico	No aplica	No aplica
Responsabilidad social	Independiente	Valoración del riesgo y seguimiento a conductas de riesgo	No paramétrico	No aplica	No aplica

Régimen de afiliación	Dependiente	Prestación de servicios de salud	No paramétrico	No aplica	No aplica
Edad	Dependiente	Etapa de la vida en la que se encuentra	paramétrica	Razón	Edad: ___ años
Tipo de Población	Dependiente	Grupo de seres vivos que comparten ciertas características y que viven en un lugar determinado	No paramétrico	No aplica	No aplica
Sexo	Dependiente	Diferencia entre hombre y mujer	No paramétrica	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Índice de O'Leary	Dependiente	Índice utilizado para evaluar la placa presente en las superficies	paramétrica	Ordinal	% de placa por diente 1- Buena 2- Regular 3- Mala
Índice AIEPI	Dependiente	Valoración de riesgo	paramétrica	Ordinal	1-Sano 2-leve 3-moderada 4-grave 5-alto riesgo 6- trauma

7.4. Hipótesis de estudio no se plantean hipótesis en la presente investigación

7.5. Plan de tabulación y análisis.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos a partir de tablas de frecuencias absolutas y relativas y se diseñaron representaciones gráficas correspondientes. El análisis proveniente de los registros cualitativos tales como actas y demás instrumentos documentales también se analizó de forma descriptiva.

8. Consideraciones éticas

8.1. Sustento legal

Conforme al ARTÍCULO 11 de la Resolución Número 8430 de 1993, este trabajo corresponde a una investigación sin riesgo: Aquellos estudios con técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, Entre este tipo de estudios, se encuentran la revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El presente estudio, comprende una metodología observacional descriptiva con seguimiento retrospectivo; a partir de los registros físicos tales como actas, formatos de caracterización, actas de asistencia y formatos de caracterización provenientes de los resultados de las actividades realizadas en los períodos correspondientes.

8.2 Consentimiento y asentimiento informado (NO APLICA)

En el caso de investigaciones sin riesgo, el proyecto no se debe someter al comité técnico, para revisión, comentario y aprobación.

9. Resultados

9.1. Inventario de instrumentos y base de datos del período de estudio (2016 - 2019).

Para este trabajo se revisaron los instrumentos que se aplicaron en el periodo de 2016-2019 en las actividades de salud oral desarrolladas por la facultad de odontología de la Universidad El Bosque en los proyectos comunitarios de proyección social de la FUCS. Durante este periodo se observa que los instrumentos utilizados fueron historia clínica y valoración en el año 2016, historia clínica, valoración dental, valoración de riesgo y clasificación de enfermedad bucal e índice O'Leary en el periodo 2017-1, historia clínica, valoración de riesgo y clasificación de enfermedad bucal e índice O'Leary en el periodo 2017-2, historia clínica en el periodo 2018-1, historia clínica, valoración de riesgo y clasificación de enfermedad bucal, valoración de la calidad de higiene bucal que incluye índice O'Leary en el periodo 2018-2. De igual manera, para el 2019 se trabajó con el instrumento para la valoración de riesgo y clasificación de enfermedad bucal unificado para todo el ciclo vital y que en algunos casos consideró la valoración de la calidad de higiene bucal que incluye el índice O'Leary, tanto en el periodo 2019-1 como en el periodo 2019-2. (Anexo 2). Los instrumentos no son aplicados en su totalidad a toda la población.

9.2 Caracterización sociodemográfica, de riesgo y clasificación de enfermedad bucal en los proyectos comunitarios

Teniendo en cuenta los referentes conceptuales y lineamientos de proyección social de la FUCS, durante el período 2016 - 2019, las actividades de salud oral de la UEB se encuentran vinculadas a los proyectos comunitarios de dos de las tres líneas de Proyección Social de la FUCS: la primera, la de Salud Familiar y Comunitaria y la segunda, la de Responsabilidad Social.

A la línea de Salud Familiar y Comunitaria se vinculan dichas acciones de salud oral, principalmente a los programas: *Espacios Educativos Saludables*, con los proyectos en jardines infantiles en la Localidad de los Mártires, en el Municipio de Mosquera y los escenarios educativos en Sibaté. *Vivienda, Familia y Salud*, con las visitas domiciliarias en la localidad de los Mártires y el Municipio de Mosquera, las asociaciones de comunidades indígenas, las gestantes del Hospital de Mosquera y el proyecto con la Fundación Semillas

de Amor orientada a la rehabilitación de niñas y adolescentes con experiencia en el consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA, en Bogotá. *FUCS al Parque*, con las actividades con equipos básicos de salud orientada a la población del entorno y las que se encuentran en condición de habitante de calle. *Calidad de Vida Laboral* con proyectos en algunas empresas del sector cercano al Hospital San José, como creaciones Miquelina.

Los estudiantes de odontología se vincularon a equipo de salud en los que participaron estudiantes de medicina, docentes de la facultad de medicina, especialistas y residentes en pediatría, ginecología y medicina familiar.

Finalmente, las acciones en salud oral también se orientaron al programa *Universidad Saludable* que se encuentra vinculado a la línea de Responsabilidad Social y en el que se vinculan los estudiantes de los diferentes programas académicos de la FUCS.

Para esta caracterización se realizaron las tablas a partir de base de datos de los registros respectivos de variables sociodemográficas y de riesgo de los individuos que participaron en el estudio en las cuales, hay una orientación por población con alguna condición de vulnerabilidad.

(Anexo 3)

Tabla 1. Historia clínica de valoración 2016-1 y 2016-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora

ITEM	n	%
PACIENTES ATENDIDOS	147	100,00%
HOMBRES	40	27,21%
MUJERES	107	72,79%
EDAD	147	100,00%
13-18 AÑOS	27	18,37%
19-25 AÑOS	105	71,43%
MÁS DE 25 AÑOS	15	10,20%
REGIMEN DE AFILIACION	147	100,00%
CONTRIBUTIVO	81	55,10%
SUBSIDIADO	17	11,56%
ESPECIAL	4	2,72%
NO REGISTRA	45	30,61%

ENFERMEDADES SISTÉMICAS	147	100,00%
SI	51	34,69%
NO	96	65,31%
CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD BUCAL	147	100,00%
NO PRESENTA ENFERMEDAD BUCAL	29	19,73%
PRESENCIA DE ENFERMEDAD BUCAL	8	5,44%
NO REGISTRA	110	74,83%
INSTRUMENTO	147	100,00%
VALORACIÓN INICIAL	147	100,00%
FACTORES DE RIESGO	147	100,00%
SI	24	16,33%
NO	13	8,84%
NO REGISTRA	110	74,83%

Como se presenta en la tabla 1, durante el periodo 2016-1 y 2016-2, se atendió un total de 147 pacientes, a los cuales se les realizó Historia clínica y Valoración en su totalidad, por medio del programa Universidad Saludable de Medicina Familiar, en las instituciones, Fundación Semillas de Amor Sede Unicentro y Calle 180, Creaciones Miquelina, Albergue Sukurame y Visitas domiciliarias en el barrio Los Mártires en la ciudad de Bogotá. De estos pacientes 40 fueron hombres, lo cual corresponde al 27.21% de la población total y 107 fueron mujeres, lo cual corresponde al 72.79% de la población, mostrando que se atendió una mayor cantidad de mujeres que hombres en este periodo. Los rangos de edad se encontraban entre los 13-18 años, con 27 pacientes, 19-25 años con 105 pacientes, siendo el rango de edad con mayor cantidad de pacientes valorados y solo 15 pacientes mayores de 25 años. De acuerdo al régimen de afiliación al sistema de salud, de estos pacientes 81 pertenecían al régimen contributivo, siendo la mayoría, 17 al régimen subsidiado y se una menor proporción al régimen especial con solo 4 afiliados. 45 pacientes no tenían ningún registro de afiliación al sistema de salud. De la totalidad de pacientes 34.69% presentaban enfermedades sistémicas de base y el 65.31% no presentaban ninguna enfermedad. Según los datos registrados, de acuerdo a la clasificación de enfermedad bucal la mayoría de la población no presentaban enfermedad bucal y solo un 5.44% si presentaba enfermedad, pero no se clasificó la severidad de la enfermedad en los pacientes con diagnóstico positivo. Se debe tener en cuenta que del 74.83% de la población examinada en este periodo no se tiene registro del estado de salud oral, siendo la mayor cantidad de la población la que no se encuentra

clasificada. Finalmente se encontró que, con un 16.33% de la población presentaba factores de riesgo preexistentes, mayor proporción que la población que no presentaba ningún factor de riesgo, pero igual que en la categoría anterior no se tiene información del 74.83%, encontrándose la mayor cantidad de la población total sin registro de este dato.

Tabla 2. Valoración de riesgo de enfermedad bucal, registro de placa bacteriana (índice de O'Leary). 2017-1. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora

ITEM	n	%
PACIENTES ATENDIDOS	59	100,00%
HOMBRES	5	8,47%
MUJERES	54	91,53%
EDAD	59	100,00%
12-20	47	79,66%
20-30	11	18,64%
Mayor de 50	1	1,69%
NIVEL DE ESCOLARIDAD	59	100,00%
Primaria	5	8,47%
Secundaria	48	81,36%
Secundaria y técnico	2	3,39%
Universitaria	3	5,08%
Ninguno	1	1,69%
REGIMEN DE AFILIACION	59	100,00%
Contributivo	32	54,24%
Subsidiado	24	40,68%
No asegurado	3	5,08%
TIPO DE POBLACIÓN	59	100,00%
Mestizo	32	54,24%
Negro, Mulato o Afro descendiente	2	3,39%
Blanco	1	1,69%
No sabe	2	3,39%
NO REGISTRA	22	37,29%
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	59	100,00%
SI	10	16,95%
NO	49	83,05%
CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD BUCAL	59	100,00%
Sano	2	3,39%
Leve/moderado	33	55,93%
Grave	6	10,17%
No hay dato	18	30,51%
INSTRUMENTO	59	100,00%
VALORACIÓN INICIAL	18	30,51%
AIEPI	23	38,98%
OLEARY	18	30,51%

FACTORES DE RIESGO	59	100,00%
SI	18	30,51%
NO	41	69,49%

Como se presenta en la tabla 2, durante el periodo 2017-1, se atendió un total de 59 pacientes, a los cuales se realizó Valoración de riesgo de enfermedad bucal, registro de placa bacteriana (índice de O'Leary) en su totalidad, por medio del programa universidad saludable de medicina familiar, orientadas a los siguientes escenarios visitas domiciliarias, albergues, estudiantes FUCS, semillas calle 80. De estos pacientes 5 fueron hombres, lo cual corresponde al 8,47% de la población total y 54 fueron mujeres, lo cual corresponde 91,53% de la población, mostrando que se atendió una mayor cantidad de mujeres que hombres en este periodo. La edad promedio fue 12-20 años con un porcentaje del 79,6%, siendo este el valor más alto de la población. De acuerdo al régimen de afiliación al sistema de salud, de estos pacientes 32 pertenecían al régimen contributivo, siendo la mayoría, 24 al régimen subsidiado y se una menor proporción 3 pacientes no tenían ningún registro de afiliación al sistema de salud. La mayoría de la población registrada, con un 54,24% era mestizos. De la totalidad de pacientes 16,95% presentaban enfermedades sistémicas de base y el 83,05% no presentaban ninguna enfermedad. Según los datos registrados, de acuerdo a la clasificación de enfermedad bucal la mayoría de la población presentaban enfermedad bucal leve/moderada con 55,93%. Finalmente se encontró que, con un 69,49% de la población no presentaba factores de riesgo preexistentes, mayor proporción a la población que si presentaba factores de riesgo.

Tabla 3. Valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal. 2017-1. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora

ITEM	n	%
PACIENTES ATENDIDOS	19	100,00%
HOMBRES	0	0,00%
MUJERES	19	100,00%
EDAD	19	100,00%
Menor de 10	1	5,26%
14-17	14	73,68%

18	2	10,53%
X	2	10,53%
REGIMEN DE AFILIACION	19	100,00%
Contributivo	0	0,00%
Subsidiado	16	84,21%
No tiene	2	10,53%
X	1	5,26%
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	19	100,00%
SI	2	10,53%
NO	17	89,47%
OCUPACIÓN	19	100,00%
Empleado	5	26,32%
Desempleado	12	63,16%
X	2	10,53%
INSTRUMENTO	19	100,00%
VALORACIÓN DENTAL	19	100,00%

Como se presenta en la tabla 3, durante el periodo 2017-1, se atendió un total de 19 pacientes, a los cuales se realizó Valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal, en su totalidad, por medio del programa universidad saludable de medicina familiar, en la Fundación Semillas de Amor. De estos pacientes el 100% de la población total fueron mujeres. La edad promedio de 14-17 años con un porcentaje del 73,6%, siendo este el valor más alto de la población. De acuerdo al régimen de afiliación al sistema de salud, de estos pacientes 16 pertenecían al régimen subsidiado y se una menor proporción 2 pacientes no tenían ningún registro de afiliación al sistema de salud y e, 5,26% de la población no tenía dato. De la totalidad de pacientes 89,47% no presentaban enfermedades sistémicas de base y el 10,53% presentaban ninguna enfermedad. Según los datos registrados, el 63,1% de la población está desempleada y en menor proporción en un 26,32 % son empleados.

Tabla 4. Valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal 2017-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora

ITEM	n	%
PACIENTES ATENDIDOS	49	100,00%

HOMBRES	27	55,10%
MUJERES	22	44,90%
EDAD	49	100,00%
2-5	33	67,35%
9-11	15	30,61%
X	1	2,04%
CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD BUCAL	49	100,00%
Sano	9	18,37%
Leve	5	10,20%
Moderado	26	53,06%
Grave	9	18,37%
INSTRUMENTO	49	100,00%
VALORACIÓN INICIAL RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL UNIFICADA	49	100,00%

Como se presenta en la tabla 4, durante el periodo 2017-2, se atendió un total de 49 pacientes, a los cuales se realizó Valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal, por medio del Programa Universidad Saludable de medicina familiar, orientadas a los siguientes escenarios Sibaté (Las ardillitas, Colegio psicopedagógico), I.C.B.F. De estos pacientes 27 fueron hombres, lo cual corresponde al 55,10% de la población y 22 fueron mujeres, lo cual corresponde 44,90% de la población, mostrando que se atendió una mayor cantidad de hombres que mujeres en este periodo. La edad promedio fue 2-5 años con un porcentaje del 67,35%, siendo este el valor más alto de la población. Según los datos registrados, de acuerdo a la clasificación de enfermedad bucal la mayoría de la población presentaba enfermedad bucal moderada con 53,06%.

Tabla 5. Valoración inicial riesgo de enfermedad bucal unificada 2018-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora

ITEM	n	%
PACIENTES ATENDIDOS	16	100,00%
HOMBRES	1	6,25%
MUJERES	15	93,75%

EDAD	16	100,00%
16-19	11	68,75%
19-30	5	31,25%
REGIMEN DE AFILIACION	16	100,00%
Contributivo	14	87,50%
Subsidiado	2	12,50%
No asegurado	0	0,00%
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	16	100,00%
SI	2	12,50%
NO	14	87,50%
CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD BUCAL	16	100,00%
Sano	0	0,00%
Leve/moderado	7	43,75%
Grave	9	56,25%
X	0	0,00%
INSTRUMENTO	16	100,00%
VALORACIÓN INICIAL RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL UNIFICADA	16	100,00%
AIEPI	0	0,00%
OLEARY	16	100,00%
FACTORES DE RIESGO	16	100,00%
NO REGISTRA (X)	16	100,00%

Como se presenta en la tabla 5. Durante el periodo 2018- 2, atendió un total de 16 personas a los cuales se le realizó valoración inicial de riesgo de enfermedad bucal, por medio del Programa Universidad saludable de medicina familiar, orientada al siguiente escenario HOSPITAL SAN JOSÉ CENTRO. En que se evidencia una población del 100% de mujeres, una edad promedio fue 16-19 años con un porcentaje del 68,75%, y de 19-30 años con un porcentaje del 31,25% De las pacientes atendidas tienen un régimen de afiliación subsidiado con un porcentaje de 12,50% y en una mayor proporción del 87,50% para personas afiliadas con régimen Contributivo, En cuenta a la clasificación de enfermedad bucal se observa un 43,75% de enfermedad leve/moderada y 56,25% para enfermedad grave.

Tabla 6. Valoración inicial riesgo de enfermedad bucal unificada 2019-1. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora

ITEM	n	%
PACIENTES ATENDIDOS	98	100,00%
HOMBRES	32	32,65%
MUJERES	66	67,35%
EDAD	98	100,00%
1-5 AÑOS	56	57,14%
12-18 AÑOS	29	29,59%
19-25 AÑOS	8	8,16%
MÁS DE 25 AÑOS	1	1,02%
NO REGISTRA	4	4,08%
REGIMEN DE AFILIACION	98	100%
CONTRIBUTIVO	33	33,67%
SUBSIDIADO	29	29,59%
ESPECIAL	2	2,04%
NO AFILIADO	1	1,00%
NO REGISTRA	33	33,67%
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	98	100,00%
SI	24	24,49%
NO	74	75,51%
CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD BUCAL	98	100,00%
SANO	27	27,55%
LEVE	29	29,59%
MODERADO	29	29,59%
GRAVE	13	13,27%
INSTRUMENTO	98	100,00%
VALORACIÓN INICIA RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL UNIFICADA Y AIEPI	98	100,00%
FACTORES DE RIESGO	98	100,00%
SI	82	83,67%
NO	16	16,33%

Como se puede observar en la tabla 6, durante el periodo 2019-1 se atendió un total 98 pacientes, a los cuales se les realizó valoración inicial de riesgo y enfermedad bucal unificada en su totalidad, por medio del programa Universidad Saludable de Medicina Familiar, en las instituciones Winnie Pooh, Tallerin, El Rincón del Saber, El Paraíso, Pipelin y el Hospital de Mosquera, Cundinamarca, la institución Los Pitufos Sede I ubicada en Sibate, Cundinamarca y las instituciones Mi Primera Infancia y Semillas de Amor en Bogotá. De estos pacientes 32 fueron hombres lo cual corresponde a un 32.65% de la población total y 66 mujeres lo cual corresponde al 67.35%, mostrando que se atendió una mayor cantidad de mujeres que hombres en este periodo. Los rangos de edad se encontraban entre 1-5 años, con 56 pacientes, de 12-18 años con 29 pacientes, siendo en rango de edad con mayor cantidad de pacientes, de 19-25 años, con 8 pacientes, 1 paciente mayor a 25 años y 4 pacientes de los cuales no se tiene registro de edad. De acuerdo al régimen de afiliación al sistema de salud, de estos pacientes 33 pertenecían al régimen contributivo, siendo la mayoría, 29 al régimen subsidiado, 2 al régimen especial, 1 no afiliado a ninguna entidad prestadora de servicios de salud y no se encontró registro del régimen de afiliación de 33 pacientes. De la totalidad de pacientes 24 presentaron enfermedades sistémicas de base y 72 pacientes no presentaron. De acuerdo a la clasificación de enfermedad bucal, 29 pacientes se encontraban sanos, 29 pacientes fueron clasificados con enfermedad bucal leve, 29 con enfermedad bucal moderada y 13 con enfermedad bucal grave, mostrando que los pacientes con en un estado de salud oral grave era la minoría y el resto de los grupos se encontraba con cifras similares. Finalmente se encontró que en su mayoría los pacientes presentaban factores de riesgo preexistentes, 82 de los pacientes valorados y solo 16 no presentaban ningún factor de riesgo.

Tabla 7. Valoración inicial e índice de O'Leary 2019-2. Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Tocora

ITEM	n	%
PACIENTES ATENDIDOS	35	100,00%
HOMBRES	19	54,29%
MUJERES	16	45,71%
EDAD	35	100,00%

20-40	14	40,00%
42-71	18	51,43%
NO REGISTRA	3	8,57%
REGIMEN DE AFILIACION	35	100,00%
Contributivo	8	22,86%
Subsidiado	18	51,43%
Ninguno	4	11,43%
NO REGISTRA	5	14,29%
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	35	100,00%
SI	7	20,00%
NO	28	80,00%
CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD BUCAL	35	100,00%
Sano	2	5,71%
Leve/moderado	1	2,86%
Grave	32	91,43%
INSTRUMENTO	35	100,00%
VALORACIÓN INICIAL RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL UNIFICADA	34	97,14%
AIEPI	0	0,00%
OLEARY	1	2,86%
FACTORES DE RIESGO	35	100,00%
SI	12	34,29%
NO	23	65,71%
TIPO DE POBLACIÓN	37	100,00%
MESTIZO	37	100,00%

Como se presenta la tabla 7 durante el periodo 2019-2, se atendió un total de 55 paciente, a los cuales se le realizó valoración de riesgo de enfermedad bucal , registro de placa bacteriana (índice de O'Leary) en el cual fueron orientadas al siguiente escenario FUCS A EL PARQUE - Universidad saludable-Medicina familiar, se evidencia una población del 45,71% de mujeres y un 54,29% de hombres, una edad promedio fue 20-40 años con un porcentaje del 40%, de 42-71 años con un porcentaje del 51,43%, y pacientes que no registraron su edad (X) un 8,57% De las pacientes atendidas tienen un régimen de afiliación subsidiado con un porcentaje de 51,43% y en una menor proporción del 11,43% para personas que no están

afiliadas, para el régimen Contributivo en 22,96% y sin registrar 14,29%. En cuenta a la clasificación de enfermedad bucal se observa un 5,71% para pacientes sanos, enfermedad leve/moderada 2,86%, y para enfermedad grave con mayor porcentaje 91,43 se evidencio que los pacientes que presentan factores de riesgo se encuentran en un porcentaje de 34,29% sobre 100% de las personas registradas.

9.3. Acciones de salud oral realizadas.

Las acciones de salud oral de intervención realizadas fueron las valoraciones de riesgo, la clasificación de enfermedad bucal, las estrategias educativas individuales y colectivas y los conversatorios. Durante el periodo de 2016-1 se realizó una actividad, historias clínicas, en el 2016-2 se realizaron dos actividades, historias clínicas y valoración, en el 2017-1 se realizaron tres actividades, valoración inicial, valoración de riesgo de enfermedad bucal y registro de placa bacteriana, en el 2017-2 se realizaron dos actividades, valoración de riesgo de enfermedad bucal y registro de placa bacteriana, en el 2018-1 se realizó una actividad, valoración de riesgo de enfermedad bucal unificada, en 2018-2 se realizaron dos actividades, valoración de riesgo de enfermedad bucal unificada y registro de placa bacteriana, en el 2019-1 se realizaron dos actividades, valoración inicial y valoración de riesgo de enfermedad bucal unificada y en el 2019-2 se realizaron dos actividades, valoración inicial y registro de placa bacteriana. En total en año 2016 se realizaron dos tres actividades, en el año 2017 se realizaron cinco actividades, en el 2018 se realizaron tres actividades y finalmente en el año 2019 se realizaron cuatro actividades. Desafortunadamente, no aparece registradas las actividades educativas que se realizan de manera individual y colectiva en los diferentes escenarios.

10. Discusión

Desde el año 2016, en el cual se iniciaron las actividades de salud oral de la Universidad El Bosque, para la proyección social de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, estas han sido descritas en informes parciales desarrollados por el docente a cargo y durante todo este tiempo no se logra estructurar a profundidad un documento que abarque todos los aspectos y se han utilizado diferentes instrumentos en los diferentes periodos. Se encuentra que hay una necesidad de describir las características de los diferentes escenarios, la población beneficiada, la clasificación de riesgo y las acciones orientadas en el marco de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad Bucal.

Inicialmente, en el periodo 2016-1 y 2 se realizaron únicamente historias clínicas, donde no se podían evaluar todas las variables de los pacientes y describir a profundidad. En los siguientes periodos se implementaron más instrumentos en comparación con este primer periodo. En el 2017-1 se realizó valoración de riesgo de enfermedad bucal y registro de placa bacteriana, al igual que en 2017-2 y 2018-2. En el 2019-1 se realizó únicamente valoración de riesgo de la enfermedad bucal unificada y finalmente en el 2019-2 se realizó nuevamente valoración inicial de riesgo y enfermedad bucal unificada y registro de placa bacteriana.

De la población atendida durante todos los periodos, del 2016 al 2019, en general se determinó que se atendieron más mujeres que hombres. La población se encontraba distribuida mayormente entre niños y adolescentes, observándose una poca cantidad de individuos adultos y adultos mayores. Esto se debe a los lugares de trabajo, que en su mayoría eran jardines infantiles, fundaciones de jóvenes y el Hospital de Mosquera donde se valoraban en mayor proporción mujeres embarazadas. Aunque se encontró que el régimen de afiliación a salud prevalente durante todos los periodos fue el contributivo, igualmente se pudo evidenciar que en su mayoría esta población se encontraba en situación de vulnerabilidad y pertenecían a un estrato socioeconómico bajo.

En cuanto al estado de salud oral inicialmente, en el primer periodo evaluado, se obtuvo un buen diagnóstico general y los sujetos con enfermedad bucal presente eran la minoría. Se debe tener en cuenta que en este periodo no se evaluó la severidad de la enfermedad bucal a diferencia de los periodos posteriores. Con el paso del tiempo, se observó una progresión de

enfermedad bucal, con un crecimiento de los índices en cada periodo. Se inició en el primer periodo con una mayor población sin enfermedad bucal presente y en el último periodo evaluado la mayor parte de la población se encontró con enfermedad bucal grave. Se determinó que el diagnóstico prevalente durante todos los periodos evaluados fue, enfermedad bucal moderada, seguido por enfermedad bucal grave y finalmente pacientes sanos. La menor proporción se observó en diagnóstico de enfermedad bucal leve.

La Universidad El Bosque tiene un modelo biopsicosocial y cultural, el cual implica asistir al paciente como un ser humano en la integración de todas sus partes desde lo biológico, psicológico, sociológico y cultural y no solo a través de la aplicación del método científico o biomédico. El enfoque de salud familiar y comunitaria que se tiene en cuenta en el marco del Hospital San José y la FUCS, tiene correspondencia con este modelo de la UEB, por lo cual las dos instituciones, tanto la FUCS como la UEB, a través de estos proyectos comunitarios tienen un punto de encuentro.

Con este trabajo de investigación se puede identificar que hay un vínculo entre dos instituciones y es a través, por un lado, del modelo biopsicosocial y cultural de la UEB y también por los lineamientos de proyección social de la FUCS y la UEB, que son enfoques que se relacionan y comparten fundamentos mutuamente. Esto se puede evidenciar en los aspectos relacionados con la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación, proporcionados a través del profesional de la salud incentivando la familia. Para nosotros en correspondencia a los lineamientos institucionales, con estas actividades que se desarrollaron, van ligadas a este modelo que comparten las dos instituciones.

Igualmente, se tiene un modelo de Proyección y Responsabilidad Social Universitaria, en la Universidad El Bosque, que integra diversos aspectos sobre los que puede abordar el conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, que se derivan de los impactos que su actividad educativa produce en el ámbito social, laboral, medioambiental, entre otros. En correspondencia con la investigación, la universidad plantea unos ámbitos de impacto, el aprendizaje, la investigación, la organización e interacción con la sociedad. En cuanto al primer aspecto, a partir de las experiencias en la realización de las actividades y la interacción con las comunidades, se genera aprendizaje de la formación del profesional en las dimensiones bioéticas y humanísticas, aplicable en diferentes entornos. En el aspecto

investigativo, este trabajo permite determinar necesidades de la población, para orientar las actividades de promoción y prevención hacia mejorar estas falencias de la comunidad y disminuir los factores que contribuyen al deterioro social en esa población. En cuanto a la organización se debe tener en cuenta los aspectos éticos, donde prevalece siempre el bienestar, siempre en concordancia con y dirigiéndose a los hábitos ambientales y laborales, de acuerdo al estilo de vida de esta población. Finalmente, mediante las actividades comunitarias y domiciliarias se genera una interacción social, mediante el ejercicio de formación y servicio haciéndonos partícipes del progreso social de esta comunidad.

De esta manera existe plena coherencia con la orientación de la universidad, en la cual la institución se inserta en el entorno global, y se siente comprometida con las necesidades y oportunidades locales, regionales y nacionales y de esta forma participar en los programas de paz e inclusión social.

De acuerdo a los resultados encontrados se puede decir que estos no son determinantes, debido a que el estudio presentó limitaciones en cuanto al registro en los instrumentos. De algunos periodos no se cuenta con registro de todos los datos de algunos pacientes, lo cual hace que no se pueda realmente determinar cuál fue la tendencia de esa variable durante el periodo analizado. Los periodos no pueden ser comparados entre sí ya que la cantidad de la población era diferente en cada uno y se encontraban algunos periodos con una población muy reducida en comparación con otros. También por la variabilidad de los instrumentos, que si bien en algunos se repetían, en general no se consideraba los mismos aspectos en todos los periodos, ya que estos han ido evolucionando a partir de los ajustes realizados.

No se registró del periodo 2018-1. En este periodo se realizaron conversatorios, pero estos no fueron incluidos porque al ser un instrumento cualitativo, a diferencia de los otros instrumentos, este requería un procesamiento diferente al establecido en la metodología, por lo cual se dejó por fuera de este trabajo de investigación.

Para futuras investigaciones y poder retomar la presente, se recomienda incluir en la metodología el procesamiento de instrumentos cualitativos para tener el registro completo de las actividades. También es importante unificar los instrumentos e identificar uno que permita abarcar todas las variables a considerar, para analizar el estado de una población y tener

presente que para obtener una mayor exactitud en los resultados se deben llenar todos los datos de los instrumentos para que los periodos puedan ser comparables.

11. Conclusión

A partir de este trabajo de investigación se determinó que durante el periodo 2016-2019 las actividades de salud oral, realizadas bajo en convenio docencia servicio entre la FUCS y la UEB en el Hospital San José Centro, fueron, historias clínicas, valoraciones, valoración de riesgo de enfermedad bucal unificada y registro de placa bacteriana (O'Leary).

Aunque los instrumentos variaban en cada periodo evaluado durante el estudio, estas actividades de salud oral realizadas, permitieron identificar variables y clasificar a la población de acuerdo al riesgo. Se pudo indagar el ámbito de proyección social de la Universidad El Bosque en la cual esta se ve comprometida con las necesidades y oportunidades locales, regionales y nacionales, y se evidencia el impacto hacia las comunidades, generando un aprendizaje aplicable al ámbito profesional.

12. Referencias bibliográficas

1. Pineda Cañar C. MEDICINA FAMILIAR EN EL NUEVO CONCEPTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. Disponible en: URL: http://socmef.com/socmef/images/pdf/medicina_familiar_en_el_nuevo_concepto_de_la_aps.pdf
2. González G. Ministro de Salud xxx Viceministro de Salud Dr. Adrián Zelaya Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) MINSA: Managua -2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MOSAFC)
3. Arias-Castillo L, Domingo Alarcón J, Carmen E. Ruiz P, Mora Villa-Roel S, Dallos Arenales J. Principios de Medicina y Salud Familiar. Palacios A. Fundamentos de salud familiar. Primera Edición. 2008 pág. (17-68).
4. Sánchez R, Rangel Galvis MC, Falla Carrasco FJ, Otero Cadena M, Ruiz Rubiano M, Soto JM. Política de proyección y responsabilidad social universitaria. Universidad El Bosque. Editorial Universidad El Bosque .Junio de 2014.
5. Rodríguez M. La medicina familiar en Colombia: Experiencia de la universidad El Bosque. Editorial Universidad El Bosque. Bogotá D.C. Enero de 2011
6. Ministerio de Salud y protección social, República de Colombia. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia. No. 52 Marzo 10 de 2014
7. Ministerio de salud y protección social. Resolución 429 de 2016, Política de atención integral en salud. 17 de febrero de 2016
8. Gaete R. El concepto de responsabilidad social universitaria desde la perspectiva de una alta dirección. Cuadernos de Administración / Universidad del Valle / Vol. 31 N° 53 / Enero - Junio de 2015
9. Vallaeyes F. ¿Qué es la responsabilidad social universitaria? Pontificia Universidad Católica del Perú
10. Gilli J. Responsabilidad social. Revista Científica "Visión de Futuro", vol. 5, núm. 1, 2006
11. Universidad el Bosque. Proyecto educativo institucional. Enero de 2017

12. Rodríguez M. El programa de formación en medicina familiar de la universidad el bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto. Editorial Universidad El Bosque. Bogotá D.C. Enero de 2012
13. Universidad el Bosque. Política de proyección y responsabilidad social universitaria. Editorial Universidad el Bosque. Bogotá D.C. Junio de 2014
14. Universidad el Bosque. Plan de desarrollo institucional. Editorial Universidad el Bosque. Bogotá D.C. Septiembre de 2016
15. LEY"1438 "POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES'