



**CAP - SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL, DE ESTUDIANTES
DE UNICOC SEDE CALI EN EL PERIODO 2022**

AUTORES

**CARLOS STEVE FERNANDO REVELO DELGADO
CRISTHIAN MIGUEL BURBANO DELGADO
JULIO CARLOS MORALES GARCIA**

**COLEGIO ODONTOLOGICO
INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC
SANTAGO DE CALI
22 DE NOVIEMBRE DE 2022**



**CAP - SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL, DE ESTUDIANTES
DE UNICOC SEDE CALI EN EL PERIODO 2022**

AUTORES

**CARLOS STEVE FERNANDO REVELO DELGADO
CRISTHIAN MIGUEL BURBANO DELGADO
JULIO CARLOS MORALES GARCIA**

DIRECTOR

**CARLOS HUMBERTO MARTINEZ CAJAS
ODONTÓLOGO, MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA Y PEDAGOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN INFORMÁTICA EDUCATIVA**

ASESOR ESTADISTICO

**JULIAN ANDRES TAMAYO CARDONA
ESTADISTICO, MAGISTER EN LOGISTICA**

COLEGIO ODONTOLOGICO

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC
ESPECIALIZACION EN REHABILITACIÓN ORAL**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

22 noviembre de 2022. Santiago de
Cali

DEDICATORIA

A quienes hicieron posible este logro, familia, asesores académicos, amigos, a la Institución Universitaria Colegios De Colombia, a los participantes de la investigación, y a todos quienes diariamente inspiran nuestra labor como Rehabilitadores Orales.

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes que participaron en nuestro trabajo de investigación. A los estudiosos de la Educación para la Salud y las generaciones futuras de especialistas de la odontología que aplicaran esta disciplina en su quehacer diario.

TABLA DE CONTENIDO

1. CONTENIDO

2. INTRODUCCIÓN	13
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
4. MARCO TEÓRICO	15
4.4 PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD:.....	21
3.5 TEORÍAS Y MODELOS LA EpS	21
4.6 PROMOCIÓN SALUD ORAL.....	22
4.7 MODELO ACTUAL DE SALUD - ENFERMEDAD	23
4.8 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	24
4.12 MARCO LEGAL.....	34
5. OBJETIVOS.....	36
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	36
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
6. METODOLOGÍA	37
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	37
6.2 POBLACIÓN OBJETIVO	37
6.2.1 Criterios de selección	37
6.2.2 Criterios de exclusión.....	37
6.3 TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO DE MUESTREO	38
6.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES	38
6.4.1 Variables.....	38
6.4.2 Cuadro operacional de las variables	38
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40

6.5	40
6.6	ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... 41
6.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS..... 41
7.	RESULTADOS.....44
8.	DISCUSION51
9.	RECOMENDACIONES55
10.	CONCLUSIONES56
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 definición de variables.....	30
Tabla 2 Presentación descriptiva resultados variables sociodemográficas...	43
Tabla 3 Presentación descriptiva resultados variables de nivel de CAP.....	44

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 años de experiencia vs score conocimientos	48
Gráfico 2 años de experiencia vs score actitudes.....	49
Gráfico 3 años de experiencia vs score practica.....	49

GLOSARIO

- **Actitud:** Sentimiento generalmente positivo o negativo hacia alguna persona, objeto o situación.
- **Aprendizaje autónomo o autodirigido:** Es la forma de educación que deja a la iniciativa del alumno la identificación de sus propias necesidades de aprendizaje (con o sin ayuda), de modo que es el alumno quien tiene la responsabilidad de su aprendizaje.
- **Asertividad:** Ser afirmativos con respecto a lo que creemos o queremos, como voluntad de la persona de hacer valer sus derechos, de expresar sus opiniones, sentimientos y deseos en un sentido positivo.
- **Atención Primaria de Salud:** La Organización Mundial de la Salud (1986), define la atención primaria de salud como el principal sistema de asistencia sanitaria a nivel local en el sistema
- **Calidad de vida:** Grado con el que las personas perciben su capacidad de realizar funciones físicas y su grado de desarrollo emocional y social. Se refiere a las condiciones de vida sociales, económicas, políticas y ecológicas de la existencia del individuo; incluye condiciones de trabajo y de vida; tiempo libre, organización del descanso; necesidades y forma de satisfacerlas; servicios utilizados, medio ambiente, sanidad, instrucción. La calidad de vida se asocia al futuro deseado. En términos generales, es lo que hace que valga la pena vivir.
- **Capacidades:** Condiciones que posee una persona para realizar con éxito una actividad determinada.
- **Ciencia:** Rama del conocimiento que aporta explicaciones teóricas a los fenómenos naturales, según los resultados de la experimentación y la observación.
- **Competencia:** Posesión de un nivel satisfactorio de conocimientos y de habilidades relevantes que incluyen componentes relacionales y técnicos.
- **Comportamiento:** Manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o

involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. La ciencia que estudia la conducta y el comportamiento animal es la Etología y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la evolución es la Ecología del comportamiento.

- **Comunicación:** Proceso a través del cual las personas comparten la información y los sentimientos a través de un intercambio de mensajes verbales y no verbales
- **Eficacia:** Capacidad para conseguir el resultado necesario o deseado.
- **Eficiencia:** Capacidad de realizar adecuadamente una función o conseguir un resultado concreto sin malgastar energía, recursos, esfuerzos, tiempo o dinero.
- **Ética:** Rama de la filosofía que tiene por objeto distinguir entre aquello que es correcto y lo que no lo es, así como analizar las consecuencias morales de los actos del ser humano.
- **Morbilidad:** Proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado. Es la acción de las enfermedades sobre la población.
- **Mortalidad:** Acción de la muerte sobre la población. Constituye un alejamiento del estado de bienestar físico o mental como resultado de una enfermedad o traumatismo que afecta al individuo.
- **Natalidad:** La frecuencia con que se producen los nacimientos en una población.
- **Prevalencia:** Frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido (prevalencia de período).
- **Prevención: Acción y efecto de prevenir.** Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar una cosa. provisión de mantenimiento o de otra cosa que sirve para un fin.
- **Promoción de salud:** Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste

en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía. Además, utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales.

- **Responsabilidad:** Sentido del deber, que se expresa en el cumplimiento de los deberes escolares, familiares y sociales, de las normas de disciplina y comportamiento individual y colectivo. Voluntad para cumplir las metas y perseverancia ante las dificultades.
- **Salud:** Según la Organización Mundial de la Salud (1948), la salud se define como "un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad o malestar". La salud se define en este caso como un concepto positivo en el que quedan reflejados los aspectos sociales y personales, así como los aspectos físicos.
- **Servicios de salud:** Son los servicios prestados por los profesionales de la asistencia sanitaria o por otros profesionales bajo su dirección, con el objetivo de mejorar, mantener o restablecer la salud. Además de la asistencia sanitaria de carácter personal, los servicios sanitarios incluyen también las medidas de protección y promoción de la salud, así como las de prevención de la enfermedad.

2. INTRODUCCIÓN

Actualmente las áreas de la medicina y salud tienen un profundo enfoque en la enfermedad generando una fragmentación de la atención clínica, así como a una modificación y comercialización del campo de la salud (1).

Estudios demuestran que el personal relacionado con la salud oral no tiene los conocimientos, y prácticas suficientes respecto de la promoción de salud y prevención principalmente de caries y enfermedad periodontal para ejercer acciones tendientes al cambio, que mejore la salud de sus pacientes. Es evidente que la promoción de salud, y en consecuencia la educación para la salud es un área carente de profundización entre profesionales de salud oral.(2)

Los profesionales de la odontología desempeñan un papel fundamental como educadores en salud bucal, por tal razón es importante conocer el nivel de su propio conocimiento, actitud, y comportamiento hacia la salud oral. La actitud y el comportamiento hacia el mantenimiento de la salud oral de los profesionales dentales reflejan su comprensión de las medidas preventivas de salud, y esto es muy importante para la mejora de la salud oral de sus pacientes. Para realizar una adecuada educación para la salud que impacte en la vida de los pacientes, el nivel de conocimientos y practicas por parte del profesional y especialista en odontología deben ser óptimos (3)

Antes de que los profesionales de la salud se capaciten como educadores en salud bucal, es necesario determinar el estado de sus propios conocimientos y comportamientos sobre salud bucal.(4)

Es de vital importancia conocer el grado o nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, sobre la promoción y educación para la salud oral de los odontólogos que cursan posgrados en UNICOC. Esto servirá como una línea de base para investigaciones futuras sobre estrategias educativas, de promoción de salud oral, en el marco de las tendencias actuales que buscan cambiar el paradigma los servicios de salud centrados en la enfermedad hacia la persona y sus entornos

como llaves del éxito en la conservación y mantenimiento de su salud. Los resultados de la presente investigación serán una herramienta fundamental para que UNICOC, conozca la realidad de su oferta curricular frente al tema de investigación, lo cual permitirá fortalecer su oferta académica, enfocándola a las tendencias actuales que establecen los modelos educativos en salud.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El desarrollo de la medicina en la época moderna con sus impresionantes avances científicos sobre la enfermedad y la innovación respecto de tratamientos tecnológicos puede resultar desaprovechado si no es acompañado por un entendimiento de las necesidades y preocupaciones del paciente. (1)

Las practicas actuales de las áreas de la medicina y salud han derivado en una profunda focalización en la enfermedad conllevando a una creciente especialización que a menudo genera una fragmentación de la atención clínica, así como a una modificación y comercialización del campo de la salud. (1)

Lo anterior afecta sustancialmente la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud y sus pacientes; situación que limita el entendimiento sobre su condición o patología y la colaboración necesaria para tratarla. Igualmente, no se tienen en cuenta los aspectos positivos de la salud, componente crucial para atender la prevención y promoción del bienestar. Adicionalmente, un estrecho y rígido acento sobre la práctica basada en la “evidencia” ha marginalizado la consideración de los valores y experiencias subjetivas de los pacientes que los lleva a adquirir enfermedades, así como las acciones de salud dirigidas a mejorar la condición de salud que se devuelve con los tratamientos odontológicos restauradores o correctivos. (1)

Estudios demuestran que el personal de salud y más aún relacionado con la salud oral no tiene los conocimientos, y prácticas suficientes respecto de la promoción de salud y prevención principalmente de caries y enfermedad periodontal para ejercer acciones tendientes al cambio, que mejore la salud de sus pacientes.

De esta manera se evidencia que la promoción de salud, y en consecuencia la educación para la salud es un área carente de profundización entre profesionales de salud oral. Esta debe ser profundizada por las escuelas o universidades formadoras de los profesionales.(2)

Dichas carencias de conocimientos y practicas evidenciadas en estudios, concluyen acerca de la necesidad de promover la reforma de la educación actual de la odontología y áreas de salud, en donde se cambie el enfoque dando gran prioridad a la promoción en salud bucal y establecer un modelo para que la competencia de la promoción y educación en salud oral no sea competencia exclusiva de los higienistas orales y odontólogos, sino también de especialistas, quienes intervienen a pacientes en la historia natural de las enfermedades orales; inclusive se plantea la necesidad de dar un manejo interdisciplinario a dichas acciones. (5)(4)

Desde la perspectiva de los pacientes, existen estudios respecto de los conocimientos y practicas sobre salud oral, acciones para mantener dicha salud, así mismo acciones de prevención de enfermedades entre la población, arrojan resultados preocupantes, algunos datos revelan que incluso el 75% de población no tiene un nivel de conocimiento mínimo sobre la salud oral y cómo mantenerla, también se conoce que aproximadamente el 97% de personas manifiestan no conocen sobre acciones o planes de salud pública. (6)

4. MARCO TEÓRICO

3.1. EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

La educación es un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se da durante todos los momentos de la vida del ser humano. Se inicia en el nacimiento y es la familia (unidad básica de la sociedad) su primera fuente de aprendizaje. Posteriormente, será su entorno biopsicosocial quien lo determine. Pero la educación no sólo implica la transmisión de mensajes necesarios para la vida del

hombre por parte de un docente o del medio biopsicosocial; por el contrario, es un proceso continuo e interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz, generando en este último una capacidad crítica para que pueda discernir entre las opciones que se le presenten en la vida, manteniendo su propia posición (6).

Al ser parte de las ciencias de la salud, la odontología tiene un carácter eminentemente social, pues busca el bienestar de la persona desde su nacimiento hasta el final de su ciclo de vida, mientras reconoce las particularidades del individuo y del grupo social al que pertenece. Si bien los primeros años son vitales para la persona, la salud oral también tiene un impacto durante todo el proceso del ciclo vital del ser humano. Los problemas orales influyen en la masticación, la capacidad para hablar, el desarrollo de relaciones sociales y la calidad de vida (7).

Los resultados en salud oral son influenciados por condiciones de carácter social, económico, político y ambiental. A lo largo de la historia, se han llevado a cabo acciones para prevenir las principales enfermedades en salud oral, bajo el enfoque de un modelo epidemiológico del proceso salud-enfermedad. Por tal razón, es pertinente desarrollar, a la luz de la comprensión de la salud como un proceso dinámico, algunos autores lo definen como un sistema complejo adaptativo, las intervenciones bajo la mirada de los determinantes sociales (8).

La educación cobra vital importancia en la salud infantil, así como en el desarrollo del individuo, y logra un impacto social de largo alcance. Por lo tanto, el proceso educativo se constituye en un factor clave que puede mitigar condiciones adversas, ya que es un “arma” que se acumula lo largo de la vida con repercusiones positivas, pues logra disminuir, de esta manera, las inequidades en salud que se pueden presentar en la vida adulta (5). Al reafirmar su importancia para la salud, la educación en salud se define como un conjunto de oportunidades para el aprendizaje, desarrollado a partir de estrategias de comunicación e información sobre temas de salud que buscan el desarrollo de habilidades que permitan el mantenimiento de una salud individual y colectiva, a fin de propiciar que las personas busquen y deseen estar sanas (8).

Las intervenciones educativas en salud deben considerar la participación de todos los actores que componen el círculo social, donde el saber académico y científico, frente a otros saberes y conocimientos, no se tome como la única realidad, ya que podría impedir una comunicación recíproca entre el profesional de la salud y la comunidad (8). Este saber académico, construido desde el individuo y que trasciende a su grupo social, impactará directamente en la vida y en el bienestar de la persona misma y del grupo social al que pertenece (6) (7).

3.2 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EpS).

Enmarcada en la Atención Primaria de Salud, significa un nuevo enfoque en la asistencia sanitaria, en el entendimiento del proceso salud - enfermedad, en la cobertura a cubrir en la población, en las relaciones profesionales sanitarios-usuario, en la metodología y objetivos a conseguir, en definitiva, un proceso educativo dirigido fundamentalmente a potenciar, promover y educar aquellos factores que inciden directamente sobre la población en general y el ciudadano en particular.(9)

En Atención Primaria de Salud (APS), la EPS se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir de ésta la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad (9).

Desde un marco de Promoción de la Salud, en el que se encuadra la EpS como elemento clave (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986), ésta sería una forma concreta de trabajo orientada hacia la adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la Salud. La EpS, como herramienta de la Promoción de la Salud, tendrá que ocuparse además de crear oportunidades de aprendizaje para facilitar cambios de conducta o estilos de vida Saludables, para que la gente conozca y analice las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en la Salud de la comunidad.(9)

No se trata de una especialidad, ni de actividades aisladas, sino de un estilo profesional íntimamente ligado a las actividades de promoción, prevención y asistencia tendente a generar capacidades en los ciudadanos y partiendo de la capacidad crítica para aumentar el control sobre su propia salud y la de su comunidad.

Es indispensable la participación de la comunidad en todo el proceso, desde el estudio de la realidad previa hasta la evaluación de los resultados obtenidos.

En la concepción actual, probablemente la definición más completa de EpS que considera todos los aspectos mencionados anteriormente, es la propuesta por el IV Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine, (U.S.A., 1975), presidida por Anne R. Somers, que estableció que: “La EpS es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”. En el estudio detallado de esta definición, se puede observar la inclusión de una serie de acciones conducentes a:

- Informar a la población la Salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para mantener un estilo de vida saludable.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludable y una conducta hacia la Salud positiva.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de Educación para la salud de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos. Los

principales aspectos diferenciales respecto al planteamiento clásico están constituidos por la consideración de los factores ambientales, la inclusión de la EpS en la fase terciaria de la enfermedad, y la capacitación de los individuos para lograr su participación activa en todo el proceso.

- Se puede considerar este periodo influenciado fundamentalmente por los siguientes enfoques de Educación para la Salud:
 - **Sociologicista**; enfoque que parte de la constatación de que las prácticas de Salud y los estilos de vida de la población son un producto social y, por tanto, un mero eslabón en la cadena de morbilidad. En su acción, este enfoque minimiza el papel del comportamiento individual y dirige fundamentalmente su acción a introducir cambios en el macrosistema social en el que vive la población. Posiblemente a través de este enfoque se pueda entender mejor el papel de la Educación para la salud en la Promoción de la Salud, definida esta última como la "capacitación de la población al objeto de aumentar el control sobre su propia salud". La conferencia de Ottawa de 1986 sobre Promoción de la Salud, la consideró como un recurso estratégico en base a los siguientes principios: Se ocupa más de la población en general que de personas aisladas; sus acciones van dirigidas a modificar las causas básicas de morbilidad, es decir, los determinantes sociales; su desarrollo depende fundamentalmente de la participación; su enfoque está orientado a la educación de la comunidad, al fomento del desarrollo y organización de servicios de asistencia y a la organización de la población en defensa de su propia Salud. A la luz de esta tendencia se observa que la Educación para la salud no es solo la aplicación de técnicas de modificación de conductas individuales o grupales, sino más bien una tarea de rediseño ambiental y personal que permitiera que las opciones de conducta más saludable fueran también las más fáciles de adoptar. (9)
 - **Modelos Críticos (O'Neill 1980)**, que según su enfoque científico y para efectos del presente estudio se tendría en cuenta a través del:

- **Modelo político - económico - ecológico.** Según los autores de este modelo, también llamado ambientalista, radical y ecológico, destacan el fracaso de los Programas de EpS destinados sólo a la modificación de conductas, si no se consideran de forma esencial los determinantes socioeconómicos y ambientales que influyen en ellas. Consideran que los programas educativos han tenido un carácter culpabilizador hacia el comportamiento individual, cuando el verdadero responsable es el ambiente social en el que se desenvuelve el individuo. Los defensores de este modelo consideran la importancia de la clase social como determinante de las desigualdades en salud, por lo que, siguiendo las teorías de Hortwizt, abogan por las clases más desfavorecidas al ser la pobreza el principal condicionante de enfermedad. Por ello Mckinley propone que los educadores sanitarios dediquen sus esfuerzos tanto a la capacitación de la comunidad como a la organización de esta, en busca de cambios en la política económica que controlen el poder de determinados grupos - lobys con extraordinaria influencia sobre la salud de la población. Propugnan los autores más radicales un cambio en definitiva del modelo de sociedad capitalista. El papel por tanto del educador sanitario sería el de despertar la conciencia de la población respecto a las relaciones existentes entre las condiciones, los estilos y la calidad de vida de la población. En la actualidad, asumida la imposibilidad del cambio de modelo económico, se entiende que las modificaciones del medio ambiente deben hacerse a través de leyes votadas en los parlamentos, sin que sea preciso el cambio de modelo de sociedad. (9)

3.3 Modelo pragmático o multifactorial. Enfoque asumido por la O.M.S., al constatar la inutilidad de dirigir los esfuerzos en cuanto al cambio de comportamientos en la población si no se actúa simultáneamente sobre las

dimensiones económicas y sociales implicadas en el problema de salud, parte de la base de la intervención a través de la comunicación persuasiva - Modelo K.A.P. en la población, adoptando simultáneamente las aportaciones del modelo político económico ecológico para intervenir sobre los determinantes sociales de Salud; tiene por tanto una base multifactorial, de donde toma el nombre este modelo.(9)

4.4 PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Son cuatro los principios básicos que deben servir de guía para la acción del personal de salud:

- 1) Los receptores de la EpS no son pasivos, sino sujetos activos en la relación educativa.
- 2) La EpS no es una simple transmisión de información científica, sino una auténtica intervención en la cultura de los individuos ya que incide en sus conocimientos, valores y comportamientos.
- 3) La EpS forma parte de la dinámica cultural.
- 4) Se debe modificar el prejuicio que comúnmente se presenta en el personal de salud al creer que los conocimientos, valores y estilos de vida de la población (que no tienen sustento científico) representan un obstáculo en la intervención educativa (6).

3.5 TEORÍAS Y MODELOS LA EpS

Cuenta con diversas teorías y modelos que pueden ser usados como estrategias para modificar comportamientos en salud no deseados. Se entiende como teoría a “una serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos”. En la EpS existen las siguientes teorías: de las necesidades, cognitiva-social, de difusión de innovaciones, de etapas o estados de cambio (6).

Por otra parte, un modelo es “un arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo”. Los más reconocidos en EpS son: el modelo de creencias en salud,

KAP o de comunicación persuasiva, demócrata-participativo y de investigación-acción, de las contingencias situacionales, precede- procede (6).

4.6 PROMOCIÓN SALUD ORAL

Promover la salud es capacitar a las personas para que puedan mejorar la salud actuando sobre sus determinantes. Una de las estrategias de la promoción de la salud es el desarrollo de habilidades considerando a las propias de jóvenes y adultos, como principal recurso para la salud. Las técnicas educativas cuando son diseñadas desde el contexto de la Promoción de salud han de conseguir que sus participantes se sientan protagonistas, desarrollen habilidades, se conviertan en «activos» para tomar decisiones y generen salud. Este empoderamiento les permite darles más autonomía «poder» para decidir; ha de centrarse, sobre todo, en el desarrollo y adquisición de estas habilidades, en el «aprender haciendo» (Organización Mundial de la Salud, 2001) de una manera motivadora y divertida (10).

Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que si enfocamos la educación para la salud (EpS) desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá responsabilidad en su aprendizaje y este no estará centrado en el «saber», sino también en el «saber hacer». Se trata de crear contextos para desarrollar un proceso de enseñanza-aprendizaje participativo en donde se combine el «saber», el «querer» y el «poder»: las competencias que al finalizar dicho proceso las personas participantes deben haber adquirido (10).

La participación en un grupo es el método más efectivo para «alfabetizar» en salud, descubrir nuevas capacidades, desarrollar las que se poseen y compartirlas entre otros iguales. Esta potenciación de capacidades, «capacitar para capacitar», supone un proceso gradual de «empoderamiento» a través del cual los individuos tienen un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud (10).

4.7 MODELO ACTUAL DE SALUD - ENFERMEDAD

Los gobiernos y los ministerios de salud, con el acompañamiento de las asociaciones profesionales que agrupan a los odontólogos, de las asociaciones de especialistas y de higienistas orales, son los llamados a diseñar, implementar y evaluar programas de prevención, de educación y de promoción de la salud oral a nivel poblacional. Los sistemas y los servicios de salud son las plataformas para brindar atención a la población, y se recomienda en la actualidad integrar la salud general con la salud oral, entre otras cosas porque los odontólogos y los higienistas podemos promocionar la salud oral y la salud general al mismo tiempo, vemos a los pacientes muchas veces y podemos de ese modo integrarnos mejor en los sistemas de salud (11).

Así, los sistema, los servicios y los profesionales de salud, deben promover la salud general y la salud oral, favoreciendo entonces la introducción de al menos 3 nuevos paradigmas en la odontología: el primero es el trabajo interdisciplinar y la cooperación entre diversos sectores como educación, trabajo, deporte y recreación, comercio, agricultura, alimentación y cultura compartiendo esfuerzos, estrategias y recursos para el cuidado, la promoción, la educación y la atención en salud (11).

Un segundo paradigma es la conformación y participación de los odontólogos y especialistas en los equipos básicos de salud, donde se haga equipo con otros profesionales y aporten su conocimiento y esfuerzo para promover la salud oral y general para la población (11).

El último paradigma consiste en cambiar los modelos de atención pasando de un modelo curativo-individual, cuestionado hoy en día pues no responde a las necesidades de la gente; por un modelo integrador centrado en la promoción de la salud, apoyándose en intervenciones comunitarias, en la atención primaria de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción tanto de la exposición como del riesgo (11).

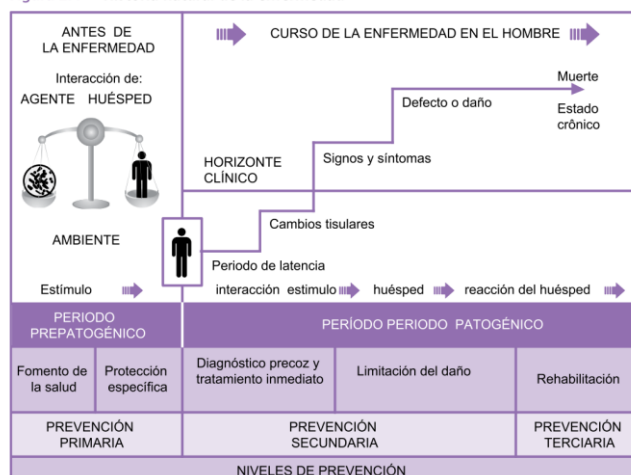
4.8 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La historia natural de la enfermedad es el curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución. En otras palabras, es la manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso, cuando se abandona a su propio curso. El proceso se inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte. En la Figura 2.4 se presenta el modelo tradicional de la historia natural de la enfermedad y su relación con los niveles de prevención propuestos por Level y Clark (12).

En esta figura se delimitan claramente el periodo prepatogénico y patogénico, el primero de ellos antes de la enfermedad y refleja el momento de la interacción del agente, el ambiente y el huésped. El periodo patogénico muestra los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo (12).

El horizonte clínico marca el momento en el que la enfermedad es aparentemente clínica. En este modelo se remarca la importancia de las diferentes medidas de prevención que se pueden llevar a cabo dependiendo del momento en que se encuentre la enfermedad, así las actividades de prevención primaria se desarrollan en el periodo prepatogénico y están encaminadas al fomento a la salud y a la protección específica; en la prevención secundaria las acciones son el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño y la prevención. (12)

Figura 2.4 Historia natural de la enfermedad



3.9 MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD.

Los Modelos de Atención Integral en Salud se desarrollan en relación con la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios, dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias. En ellos se hace énfasis en la participación de la población en el proceso de apoderamiento de la salud a expensas de una respuesta Estatal – institucional que considere características poblacionales propias, como por ejemplo las relaciones interculturales que determinan el estado de salud de un colectivo y que abogue por disponer y gestionar los recursos necesarios a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.(13)

La organización panamericana de la salud (OPS) propone un esquema de atención para establecer la forma organizacional de los niveles de servicio y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial. En él, además, se establecen las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria) y el tipo de recurso humano que otorga la atención (médicos especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.). Asimismo, determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel y los recursos necesarios para ello. Algunos modelos incluyen las entidades prestadoras y las interrelaciones entre estas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, así como los mecanismos de financiamiento. Además, los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud han experimentado un continuo perfeccionamiento en el tiempo, hasta llegar en la actualidad, a la constitución de organizaciones complejas que se describen en los modelos de prestación.

Es importante mencionar que la ley 100 de 1993 tan criticada por la gran mayoría de los sectores, ha tenido resultados buenos en algunas situaciones como la cobertura de aseguramiento a los Colombianos que pasó del 15,7% en 1990 al 98% en 2015, además se redujo el gasto financiero de las familias en 3,2 veces, es decir que se pasó del 45% en 1990 al 14% en 2014, siendo el menor gasto en salud

de Latinoamérica después de Cuba, además de cerrar la brecha de inequidad en cuanto a acceso hospitalario hasta lograr la tasa de hospitalización, lo anterior como sistema de seguridad social.(14)

Ahora bien, como sistema de salud, ligada a las necesidades sanitarias y sociales en salud, los resultados no son los mejores, puesto que la carga de enfermedad se incrementó en un 7,2% entre el año 2005 y 2010, más del 40% de la carga de enfermedad en Colombia está relacionada con enfermedades crónicas, con una tasa de hospitalización que supera el doble de la de países como Brasil o México, con una tasa cuatro veces mayor a la recomendada por la OMS. Evidentemente y a la luz de estos datos podemos concluir que nos encontramos con un sistema de salud determinado por la enfermedad, además de ser un modelo de salud asistencial y hospitalario, donde la integralidad o ganancias en salud no es lo fundamental.(14)

Sin embargo, esta visión tiene ciertas características y connotaciones territoriales diferenciales de importancia. En el país se pueden observar situaciones disímiles respecto a la carga de enfermedad, por ejemplo, en la región Andina existe una mayor carga de enfermedades crónicas, mientras en la Orinoquia y Amazonia la carga de enfermedades transmisibles predomina; por su parte en la región Pacífica y Caribe se presenta una mayor carga de enfermedades relacionadas con la desnutrición y enfermedad perinatal, entonces, es pertinente someter a discusión acerca de la pertinencia del modelo de salud actual del país Colombiano y su generalización en todo el territorio, teniendo en cuenta si éste modelo se adapta a las características de los diferentes territorios, y sus diferentes características poblacionales, colectivas e individuales, pues que quizá, no deba ser uniformemente implementado, pues se debe considerar, además, las características de vida, culturales, de trabajo y de desarrollo de cada región que determinan el proceso salud - enfermedad.(14)

Además por el lado de la oferta se puede observar que, en efecto, el modelo actual hospitalario se refleja en la saturación de la oferta en salud, pues los servicios de alta y media complejidad se encuentran saturados en un 90%, mientras que hay

una subutilización de los servicios de baja complejidad o primer nivel de atención con solo un 37% de uso, lo cual se refleja un mínimo acceso a servicios de naturaleza preventiva para la población Colombiana, generando altos índices en la carga de enfermedad de las personas que al no recibir servicios integrales para la prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, termina agravando su proceso de salud – enfermedad llegando a su resolución en el entorno hospitalario de alta complejidad.(14)

Lo anterior conlleva a un paradigma del sistema de salud cuyo núcleo de análisis es la sostenibilidad económica, financiamiento general del sistema, soportado como principal objetivo que en ocasiones se antepone como prioridad frente al conservar o mantener el adecuado estado de salud de los colombianos; en este caso la acción de rectoría del Estado no está enfocada a promover ni mantener la salud.

Seguidamente desde la visión de la sostenibilidad existen diversos problemas que se hace necesario abordar. En primer orden está la delimitación de los servicios de salud a manera de “lista” que el Estado determina en lo referente a la garantía del derecho a la salud de una población, pero no determina cómo se debe realizar la atención en salud a las personas con enfoque mayormente integral y holístico, en segundo orden, está un modelo de aseguramiento indemnizatorio donde el asegurador se comporta como un agente económico que debe buscar equilibrio, cuya capacidad de respuesta es muy limitada frente a la gran demanda de servicios de salud de la población, que desafortunadamente por desconocimiento, falta de autocuidado y apoderamiento individual y colectivo sobre su salud, incluyendo las barreras en el acceso a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, demanda la utilización masiva de servicios de alto costo en salud, potenciada entre otras cosas, por la errada percepción popular sobre una atención de calidad, la cual se asimila desde un juicio de valor positivo siempre y cuando sea proporcionada por agentes especializados en la enfermedad del sistema asistencial, a través de la realización de diversos exámenes diagnósticos, en ocasiones, careciendo de toda necesidad vital y donde lo

importante es la cantidad de elementos diagnósticos o medicamentos formulados, determinando la necesidad de analizar y quizá reevaluar un modelo medicalizado centrado en la atención hospitalaria.

A esto se suma la falencia del Estado frente a la regulación y rectoría del sistema de salud, lo que ha generado ciertos efectos muy relevantes como la acumulación de riesgos tanto de liquidez, de operación, de mercado y de reputación de los actores del sistema. Dicha debilidad también se ve reflejada en la acumulación del riesgo en salud expresado en la alta carga de enfermedad, con una atención que carece de ser integral y con una serie de dificultades para acceder a algunos servicios de salud, en búsqueda de contener la demanda de servicios que generan tramitología y que finalmente la persona debe gestionar para su debida atención en salud.(14)

En este orden de ideas, surge la incógnita relacionada con como reorganizar el sistema de salud para solucionar los problemas de los últimos años, algunos sectores, sugieren que se debe hacer por la vía legislativa para crear un nuevo sistema de salud, lo cual no garantiza que las condiciones mejoren en el entendido de que no es conveniente tomar sistemas de otros países para ser implementados en el territorio de manera rígida, puesto que Colombia es un país con una gran diversidad étnica, cultural y territorial, donde posiblemente los mejores modelos actuales de salud, como el caso de Inglaterra basado en un sistema nacional de salud, o el de Holanda con un sistema de aseguramiento, tienen poblaciones y territorios con características diferentes con modelos creados desde su propia capacidad de agenciamiento institucional. A esto se suman el problema de la articulación institucional entre sectores que sugieren abordar los problemas desde la vía regulatoria a partir de acuerdos que definan la reorganización del sistema; pues bien, este planteamiento es más centrado e implica menos riesgos para la población, de hecho, se ha iniciado con la regulación hace ya un tiempo donde uno de los avances más significativos ha sido el diseño y puesta en marcha de la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015), que definió el derecho a la salud como eje central, además de definir al sistema de salud colombiano como un conjunto de

procesos, procedimientos, acciones que se debe dar a la población Colombiana, pasando de la contingencia a la atención integral, que debe incluir la promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación dentro de una visión de gestión del riesgo.

Se puede afirmar entonces, que el verdadero foco de la rectoría del Estado debe ser los problemas con decisiones desde la visión de la Salud Pública y como construir a partir de estos una visión holística y diferencial. En los últimos años el Estado Colombiano ha cambiado de manera sustancial dicha visión, gracias al desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública en 2012, donde por primera vez se trabajó con una insignia integradora de toda la población con más de 150.000 personas que participaron contribuyendo a la identificación de los problemas reales de salud de las comunidades, que en un trabajo mancomunado y estructurado desde el ámbito académico, permitieron la formulación de prioridades en Salud Pública plasmadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, que posteriormente se consolidó y sirvió para el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

La Política de Atención Integral en Salud tiene un elemento central de desarrollo que es el usuario, o persona, limitando los intereses de los agentes del sistema. Otro elemento a destacar, es que toda decisión y acción debe basarse en los Determinantes Sociales de la Salud, al igual que el Plan Decenal de Salud Pública donde se realizaron los primeros intentos por generar un análisis integral desde esta perspectiva.(14)

Este modelo se construye a través de estrategias dentro de las cuales la más relevante desde un marco metodológico y operativo, es la Atención Primaria en Salud (APS), a la cual se le ha dado un enfoque de salud familiar, que se expresa desde lo individual hacia lo comunitario, enfocado en la integralidad del ser.

Otra estrategia, no menos importante, es la diferenciación territorial basada en zonas urbanas, dispersas o rurales. Como tercera estrategia está la implementación de un modelo basado en el autocuidado y cuidado dado desde el

sistema, que busca esencialmente concientizar y apoderar a la población frente a que la verdadera respuesta en salud no debe centrarse en la atención de la enfermedad, sino en el mantenimiento y mejora de su salud; de aquí la premisa de que solo el 14% de los problemas de salud deben ser resueltos en los servicios de salud, por cuanto el resto, debe abordarse desde el apoderamiento, autocuidado, promoción de la salud individual y colectiva, el análisis de los Determinantes Sociales de Salud y la articulación intersectorial e interinstitucional para trabajar sobre los mismos. Como cuarta y última estrategia central está la integración entre la entidad territorial, la EPS, y la IPS, para guiar los esfuerzos en salud enfocados en las características territoriales e integrar los riesgos diferenciales de los territorios respondiendo de una manera acertada frente al riesgo en salud.(14)

Teniendo en cuenta las estrategias, el Modelo de Atención Integral en Salud reúne 10 componentes para disminuir el riesgo en salud dentro de los cuales están la caracterización poblacional de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública, y se constituye como el vínculo para integrar al Plan Decenal con el Modelo de Atención Integral en Salud.

Seguidamente están las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), que cambian totalmente el concepto sobre los servicios que incluyen la atención, en una transición hacia la calidad e integralidad de la atención, apuntando a alcanzar resultados esperados de manera programática, afrontando los riesgos desde el trabajo en prevención de la enfermedad complementándose con acciones de promoción de la salud. De esta manera se sustentan los demás componentes del MIAS/MAITE, modelo que comprende las dimensiones del ser y los colectivos, a través de la apropiación y aplicabilidad en planes, programas y proyectos, de los principios referentes a la incorporación del enfoque de derechos, enfoque diferencial, enfoque poblacional, resaltando el valor de la equidad y estableciendo los Determinantes Sociales de Salud como un pilar fundamental para abordar las problemáticas de la salud en las poblaciones. (14)

3.9 EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Capacidad de lograr los objetivos y metas programadas con los recursos disponibles en un tiempo predeterminado, utilizando herramientas, procedimientos, pensamientos, conjunto de actividades y operación mentales que se utiliza para lograr aprendizajes de cuidado frente a la hipertensión arterial.

3.10 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

La Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad.(15)

La atención primaria en salud (APS) ha demostrado ser una estrategia de promoción de la salud efectiva para fortalecer los sistemas y servicios de salud y mejorar la calidad de vida de la población. En Colombia, la APS se empezó a implementar a partir de 1981, sin embargo, ésta desapareció del escenario nacional con la implementación de la Ley 100 de 1993 que instauró una reforma basada en el mercado con intermediación de aseguradoras para la provisión de servicios de salud. Desde el año 2004, algunos gobiernos de índole local y departamental han retomado en la red pública esta estrategia, aunque solo hasta el 2011 con la Ley 1438 se adoptó nuevamente en Colombia.(16)

3.11 DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD.

Para la OMS los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas

en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (17)

Para Luz M. Mejía O. 2013. En el mundo académico de la generalidad de los países, el concepto de los Determinantes Sociales en Salud (DSS) ha llegado a ocupar un lugar de preeminencia no sólo para explicar las diferencias que existen entre las diversas comunidades con relación a las condiciones de vida, salud y bienestar, sino también para proponer políticas públicas y estrategias de intervención. En los días actuales el tema de los DSS ha llegado a constituirse en un instrumento conceptual esencial de la salud pública para explicar las inequidades sociales en las condiciones de vida y de salud colectiva y para orientar las intervenciones pertinentes.

La salud pública como disciplina científica ha construido su objeto de estudio a partir de estos conceptos básicos: a) Las estructuras políticas, económicas y socioculturales determinan la salud y el bienestar de los colectivos humanos en su contexto histórico. b) En tanto la salud no es un asunto de exclusiva responsabilidad individual, los DSS son materia de intervención del Estado y c) La búsqueda de mejores condiciones de salud de los colectivos humanos implica la colaboración y la solidaridad social. (17)

En el año 2003, la OMS se propuso establecer una política de relacionamiento entre el conocimiento y la acción, en un intento por conformar una base científica y movilizar sectores de diversas instancias para la formulación de políticas públicas orientadas a reducir las inequidades en salud y recuperar los valores de Alma Alta. En la perspectiva de la OMS, el concepto de los DSS se ha definido como aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población y en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. En tanto dichas condiciones pueden ser positivas o negativas, se les reconoce como factores protectores y/o factores de riesgo respectivamente.(17)

La CDSS en su informe final de 2008 planteó que los DSS son “las

circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece”; tales circunstancias a su vez determinadas por la manera como se distribuye el dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local (determinantes estructurales). Para la CDSS, el conjunto de los determinantes estructurales y las condiciones de vida son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y al interior de ellos. Por lo tanto, sostiene que las políticas y los programas para reducir las inequidades en salud deben englobar a todos los sectores clave de la sociedad (poderes públicos, organismos internacionales, empresas, sociedad civil y comunidad) y deben dirigirse a mejorar las condiciones de vida y a luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.(17)

Según informe de la OPS, desde el 19 al 21 de octubre del 2011, se celebró en Río de Janeiro, Brasil, la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud. La Conferencia buscaba concentrar la atención de los líderes e instancias normativas sanitarias en cómo se podrían reducir las inequidades en materia de salud en distintos países y dentro de una misma nación, y forjar una visión mundial para una respuesta internacional coordinada.

Para esta Conferencia, se elaboró un documento de trabajo de la OMS, en consulta con un Grupo Asesor integrado por expertos prominentes y con las aportaciones recibidas durante una extensa consulta pública en la web. El documento estableció los componentes clave que todos los países deberían integrar cuando pongan en práctica un “enfoque basado en los determinantes sociales de la salud”. En particular, se describieron cinco áreas clave de la política que requieren acción inmediata: 1) la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud; 2) la promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales; 3) la función del sector de la salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en salud; 4) la acción mundial sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y de los actores; y 5) la vigilancia del progreso:

medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales.(17)

4.12 MARCO LEGAL.

La *Constitución Política de Colombia de 1991*, establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, y más específicamente en su Artículo 48 expresa que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, además garantiza la Seguridad Social como un hecho irrenunciable. Establece entre otros aspectos que el Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, que a día de hoy se constituye como la principal norma o guía para la ejecución y desarrollo del sistema de salud colombiano, entre otros aspectos destacan, el enfoque de protección social del sistema, los principios rectores, la regulación del servicio público de salud, y condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención, determina grandes objetivos que son: mantener estado de salud población a través de planes de beneficios, proveer protección financiera a través del aseguramiento y lograr equidad y justicia mediante la solidaridad. Esta Ley establece los actores del Sistema, su rol o campo de acción, pautas para el financiamiento del sistema, bases de cotización para los distintos grupos laborales, y regímenes del sistema.

Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 del 15 de marzo de 2013, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que

garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. Busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de sus mayores desafíos es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución.(18)

Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, que tiene por objeto garantizar el Derecho a la salud, regularlo y establecer mecanismos de protección, El Derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. dentro de los aspectos de mayor relevancia de esta Ley está la orden al Ministerio de Salud y Protección Social, que dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud y demás leyes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a

las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

Resolución 429 del 17 de febrero de 2016 por medio de la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política de Atención integral en Salud PAIS, acogiendo a lo ordenado por la Ley 1751 del 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolla la política de atención en salud para la población Colombiana, esta política parte de un análisis de la situación actual de salud de los Colombianos, medición del alcance del sistema de salud, y propone unas estrategias dentro de las cuales establece un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS/MAITE), que es un conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones a cada uno de los integrantes del SGSSS en cumplimiento de sus funciones, competencias y responsabilidades, con miras a garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, teniendo en cuenta las metas y estrategias del Plan Decenal de Salud.

Resolución 3220 de 2016 por medio de la cual el Ministerio de Salud y Protección Social, adopta el manual metodológico para el desarrollo e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud RÍAS en el marco de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, estas Rutas son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud, además de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, así como las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación se enfoca en la rehabilitación (12).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de Conocimientos Actitudes y Practicas en educación para la salud de los estudiantes de posgrados odontológicos en UNICOC sede Cali.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento sobre educación para la salud de la población objeto de estudio.
- Identificar el nivel de actitudes sobre educación para la salud de la población objeto de estudio.
- Aplicar instrumento CAP sobre educación para la salud que se adecue al nivel de formación de los participantes del estudio.

6. METODOLOGÍA

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de tipo cuantitativo, transversal descriptivo.

6.2 POBLACIÓN OBJETIVO

Se constituyo por odontólogos estudiantes de posgrado en UNICOC sede Cali independientemente del semestre que estén cursando.

6.2.1 Criterios de selección

6.2.1.1 Criterios de inclusión.

- Estudiantes de posgrados odontológicos de UNICOC sede Cali, matriculados de cualquier semestre.
- Estudiantes que acepten participar voluntariamente en el estudio.

6.2.2 Criterios de exclusión.

- Estudiantes menores de edad
- Estudiantes con algún grado de discapacidad intelectual.

6.3 TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO DE MUESTREO

Censo que incluyo a los 82 estudiantes en total entre las especialidades de Ortodoncia, Periodoncia y Rehabilitación oral a quienes se aplicó instrumento de recolección de información validado por expertos.

6.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.4.1 Variables.

- Variable resultado o dependiente: Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre educación para la salud.
- Variable explicativa o independiente: Posgrados odontológicos
- Variables intervinientes: Estudiantes de UNICOC Cali.

6.4.2 Cuadro operacional de las variables

Tabla 1. Definición operacional de las variables

NOMBRE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES POSIBLES	FUENTE
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
EDAD	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha	Cuantitativa /discreta	Valor absoluto años de 18 en adelante	Instrumento de recolección de datos.
SEXO	Identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino	Cualitativa /nominal	Femenino Masculino	
ESPECIALIDAD QUE CURSA	Establece el posgrado que el residente encuentra cursando al	Cualitativa /nominal	Periodoncia Ortodoncia Rehabilitación Oral	

	momento de contestar.			
SEMESTRE CURSADO ACTUALMENTE	Establece el semestre que cursa el residente al momento de contestar	Cualitativa /ordinal	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto	
TIEMPO DE EXPERIENCIA COMO ODONTÓLOGO	Establece el tiempo laboral desde que egreso como odontólogo general.	Cualitativa	Sin experiencia De 1 a 5 años De 6 a 10 años Mas de 10 años	
EXPERIENCIA LABORAL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO	Establece el ámbito de la experiencia laboral como odontólogo.	Cualitativa /nominal	Publico Privado Ambos Ninguno	
VARIABLES CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS.				
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Índice que se determina de acuerdo con el porcentaje de conocimiento con base en las respuestas acertadas a las preguntas de esta sección	Cualitativa / Ordinal	Excelente: entre 38 y 40 puntos Sobresaliente: entre 32 y 37 puntos Adecuado: entre 24 y 31 puntos Regular: entre 16 y 23 puntos Deficiente menor de 15 puntos	Instrumento de recolección de datos.

NIVEL DE ACTITUD EN EDUCACION PARA LA SALUD	Índice que se determina de acuerdo con el porcentaje de actitudes con base en las respuestas acertadas a las preguntas de esta sección	Cualitativa / Ordinal	Positiva: entre 20 y 25 puntos Neutra: entre 15 y 19 puntos Negativa: menor de 14	
NIVEL DE PRACTICA DE EDUCACION PARA LA SALUD	Índice que se determina de acuerdo con el porcentaje de prácticas con base en las respuestas acertadas a las preguntas de esta sección	Cualitativa / Ordinal	Muy frecuente: entre 38 y 40 puntos Frecuente: entre 32 y 37 puntos Adecuado: entre 24 y 31 puntos Poco frecuente: entre 16 y 23 puntos Nula: menor de 15 puntos	

6.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se validó la encuesta mediante instrumento de evaluación apoyado por el concepto de dos expertos, así mismo se realizó prueba piloto aplicada a 13 estudiantes de octavo semestre de pregrado de la institución universitaria, en donde se verificó la pertinencia y comprensión de la encuesta

Se realizó utilizando los espacios académicos relacionados con investigación que cada semestre de los diferentes posgrados cursa previa autorización del docente encargado, la encuesta se aplicó de forma electrónica, mediante el aplicativo forms, dicha encuesta tenía 27 preguntas, no se diligencio el nombre del encuestado pero si se solicitó el código para verificar la participación dentro del estudio.

6.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos serán registrados en una hoja de Excel (mediante Microsoft Forms) e importados desde STATA IC/15 para macos 10.16. Serán nombradas y etiquetadas todas las variables, además, se asignarán los valores para cada código.

El análisis consistirá en el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas: de los puntajes obtenidos en los componentes de evaluación sobre conocimiento – actitud y práctica, se realizarán pruebas de Shapiro-Wilk y Levene para verificar si los datos tienen distribución normal y homogeneidad de varianzas, respectivamente. Además, se realizaron gráficos de cajas y bigotes (boxplot).

Los resultados del instrumento se presentarán en tablas de frecuencia con conteos y porcentajes para sexo, semestre, especialización y según la escala de valor y clasificación por medidas de posición según la distribución del puntaje en conocimiento: excelente, sobresaliente, adecuado, regular, deficiente; actitud: negativa, neutra, positiva y practica: excelente, sobresaliente, adecuado, regular, y deficiente.

Se realizarán contrastes de hipótesis entre grupos para cada instrumento según la escala de cada uno de los ítems que constituyen las respuestas mediante prueba χ^2 entre hombres y mujeres. Este análisis se complementa con el contraste de promedios de puntajes de conocimientos, actitudes y prácticas para muestras independientes entre los grupos por sexo y semestre mediante prueba t-student o anova de una vía, en su orden; en caso de no cumplir los supuestos necesarios se usarán las pruebas no paramétricas de KruskalWallis. Se establecerá un nivel de confiabilidad del 95% y de significancia del 5%.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas del presente estudio se basaron en las disposiciones éticas conforme a la resolución 8430 de 1993 emanada por el Ministerio de Salud de Colombia y por la declaración de Helsinki; en los cuales se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La Resolución 8430 de 1993 establece que la investigación, según artículo 11, se encontró clasificada dentro de investigación de sin riesgo por lo que presento el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: el diligenciamiento de instrumento de recolección de información que no presentaron alteración mayor en el participante.

Hay que señalar que el estudio no implicó riesgos inmediatos ni tardíos para los sujetos de investigación ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Esta investigación se ajustó a estas características por cuanto la metodología se centró en la selección de individuos, recolección de datos y análisis de resultados. Los participantes autorizaron su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterían, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Este formato contiene la siguiente información: justificación y objetivos de la investigación (Ver anexo 2), procedimientos generales que serán utilizados y su propósito, incluyendo la identificación de riesgos, beneficios que puedan obtenerse, garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de la intervención, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios académicos, seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Conforme al artículo 4 de la resolución 8430 de 1993, como parte fundamental de toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, en esta, prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del paciente.

Prevaleció la seguridad de los beneficiarios y se expresó claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de la resolución en mención.

El estudio se realizó por los integrantes del grupo de investigación con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano con la asesoría de profesionales con alto conocimiento del tema y de igual forma contando con la responsabilidad de las instituciones de salud nombradas anteriormente que cuentan con la disposición y los recursos humanos necesarios que garantizaron el bienestar de los participantes de la investigación.

Así también se usó el método definido de selección (muestreo tipo Censo), para obtener una muestra significativa de los participantes, acogiendo, además, la norma técnica determinada para este tipo de investigación, y se tomaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Las acciones para la recolección de datos se realizaron única y exclusivamente por los investigadores, para esto se envió una solicitud a los coordinadores de posgrados UNICOC sede Cali, informándoles las características y objetivos del estudio, con el fin de obtener su permiso. El uso de la información recolectada fue utilizado con fines científicos y recogida a través de un instrumento de recolección de información diseñado por los investigadores principales; en la recolección, análisis y presentación de la información se tuvo en cuenta la confidencialidad y la veracidad, en la publicación de los resultados, se mostraron los verdaderos resultados y una vez presentados a UNICOC, se dieron a conocer a las instituciones que participaron.

Frente al derecho a la privacidad con respecto a la información específica del instrumento, se garantizó el manejo reservado de la información y del manejo responsable y veraz de las mismas, de manera anticipada y dentro de la solicitud que se realizó al comité de ética de cada entidad participante se les comunicó el uso de la información, la forma de almacenamiento y transmisión que garantizaron la seguridad de esta. Se mantuvo de manera discreta la información concerniente a

cada uno los participantes, además el informe final consto de cifras numéricas y descriptivas que no incluyen nombre, números de identificación, ni ningún otro dato personal.

Entre los beneficios que el estudio brindo está el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en educación para la salud, con el fin de fortalecer capacidades humanas en los participantes y de la articulación institucional para el mejoramiento de la oferta académica que permita fortalecer el área de la promoción de la salud en sus estudiantes y futuros egresados. Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud física o psicológica de los participantes en quienes se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

7. RESULTADOS

Se realizo prueba piloto a 13 estudiantes de octavo semestre de pregrado de odontología, quienes no expresaron inconvenientes relacionados con la comprensión y diligenciamiento del instrumento, más si con la temática abordada pues referían no tener el conocimiento ni las practicas relacionadas con el tema.

Posteriormente se realizó recolección de datos semestre a semestre a todos los estudiantes de posgrado de Ortodoncia, Periodoncia y Rehabilitación oral. Del total de 82 estudiantes, 67 personas es decir el 81.7% del total de la población objeto de estudio, aceptaron participar y contestar el instrumento que se diseñó a través de la plataforma Forms. El promedio de tiempo que ocuparon en responder el instrumento de recolección de información fue de 19 minutos con 25 segundos.

A continuación se presenta tabla resumen que contiene la información recolectada.

Tabla 2. Presentación descriptiva resultados variables sociodemográficas.

Grupo	Variable	Categoría	Posgrado			Total	p
			Periodoncia	Rehabilitación Oral	Ortodoncia		

			18 = (23.8%)	32 = (47.8%)	17 = (28.4%)	67=100%	
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Variables sociodemográficas	Edad	Promedio años	30.4 ±5.1	29.7 ±5.2	29.3 ±5.2	29.8 ±5.2	p=0.8482
	Sexo	Masculino	3 (16.7%)	17 (53.1%)	3 (17.6%)	23 (34.3%)	
		Femenino	15 (83.3%)	15 (46.9%)	14 (82.4%)	44 (65.7%)	
	Especialidad que cursa		18 (100%)	32 (100%)	17 (100%)	67 (100%)	
	Semestre actual	Primero	8 (44.4%)	6 (18.8%)	0 (0%)	14 (20.9%)	
		Segundo	2 (11.2%)	7 (21.8%)	11 (64.7%)	20 (29.8%)	
		Tercero	3 (16.7%)	8 (25%)	0 (0%)	11 (16.5%)	
		Cuarto	5 (27.7%)	11 (34.4%)	6 (35.3%)	22 (32.8%)	
		Quinto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Tiempo de experiencia	Promedio Años de experiencia	5.6 ±5.2	5.6 ±5.2	5.4 ±5.2	5.6 ±5.2	p=0.7172
	Sector Experiencia	Privado	9 (50%)	10 (31.3%)	9 (52.9%)	28 (41.8%)	
		Publico	0 (0%)	6 (18.8%)	3 (17.7%)	9 (13.4%)	
		Ambos	7 (38.8%)	11 (34.4%)	5 (29.4%)	23 (34.3%)	
		Ninguno	2 (11.2%)	5 (15.5%)	0 (0%)	7 (10.5%)	

Tabla 3. Presentación descriptiva resultados variables de nivel de CAP.

Nivel o Grado	Categorías	Posgrado			Total	P:
		Periodoncia	Rehabilitación Oral	Ortodoncia		
		18 = (23.8%)	32 = (47.8%)	17 = (28.4%)		
Conocimientos	Excelente (38 – 40)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	P: 0.2184
	Sobresaliente (32 – 37)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Aceptable (24 – 31)	1 (5.5%)	2 (6.2%)	1 (5.9%)	4 (6%)	
	Regular (16 – 23)	4 (22.3%)	10 (31.3%)	3 (17.6%)	17 (25.4%)	
	Deficiente (< 15)	13 (72.2%)	20 (62.5%)	13 (76.5%)	46 (68.6%)	
Actitudes	Positiva (20 - 25)	10 (55.5%)	18 (56.3%)	8 (47.1%)	36 (53.7%)	P: 0.9562
	Neutra (15 - 19)	7 (39%)	11 (34.4%)	9 (52.9%)	27 (40.3%)	
	Negativa (< 14)	1 (5.5%)	3 (9.3%)	0 (0%)	4 (6%)	
Prácticas	Muy frecuente (38 – 40)	0 (0%)	2 (6.4%)	0 (0%)	2 (3%)	P: 0.2253
	Frecuente (32 – 37)	11 (61%)	10 (31.3%)	7 (41.3%)	28 (41.8%)	
	Aceptable (24 – 31)	7 (39%)	15 (46.8%)	9 (52.9%)	31 (46.3%)	
	Poco frecuente (16 – 23)	0 (0%)	5 (15.5%)	1 (5.8)	6 (8.9%)	
	Nula (< 15)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

6.1. Análisis Descriptivo o Univariado

Se realizó recolección de datos semestre a semestre a todos los Estudiantes de posgrado de Ortodoncia, Periodoncia y Rehabilitación oral. Del total de 82 Estudiantes, 67 personas es decir el 81.7% del total de la población objeto de estudio, aceptaron participar y contestar el instrumento que se diseñó a través de la plataforma Microsoft Forms. El promedio de tiempo que ocuparon en responder el instrumento de recolección de información fue de 19 minutos con 25 segundos. Los resultados descriptivos se muestra en la tabla 2: Presentación descriptiva resultados variables sociodemográficas y tabla 3: Presentación descriptiva resultados variables de nivel de CAP. De las cuales se destacan los datos de mayor relevancia.

La Edad que para el total de 67 participantes tuvo un promedio de 29.8 ± 5.2 años, teniendo un comportamiento similar entre especialidades. La variable Sexo, el 65.7% (44/67) de las personas se identifican de sexo femenino, y el 34.3% (23/67) se identifican de sexo masculino. La variable Especialidad que cursa: 47.7% (32/67) del total de la población corresponden a Rehabilitación oral. Los posgrados de Periodoncia y Ortodoncia con 18 y 17 Estudiantes respectivamente. El Tiempo de experiencia el promedio general fue de 5.6 años de experiencia, sin encontrar diferencias significativas entre especialidades. Finalmente el Sector de Experiencia el 41.8% (28/67) con experiencia en el sector privado.

Para el nivel de CAP se evaluaron 3 variables; en el caso de nivel de Conocimiento de educación para la salud, el 68.6% (46/67) tuvieron resultados deficientes, seguidos del 25.4% (17/67) que tuvieron un conocimiento regular, y solo el 6% (4/67) con resultado adecuado respecto de esta variable.

Para la variable nivel de Actitud frente a la educación para la salud, el 53.7% (36/67) tuvieron un resultado positivo; el 40.2% (27/67) tuvieron una actitud neutra, y el 5.6% (4/67) tuvieron una actitud negativa.

En la variable nivel de practica sobre educación para la salud, el 46.2% (31/67) tuvieron nivel de prácticas aceptable, seguido del 41.7% (28/67) con nivel sobresaliente, el 9.3% (6/67) con nivel poco frecuente y finalmente el 2.8% (2/67), tuvieron un nivel excelente; se resalta que en el nivel de prácticas deficiente no se encontró ningún estudiante.

6.2. Análisis de correlación o bivariado.

- Contraste con prueba de kruskal Wallis

- Edad vs Especialidad: $p=0.8482$ no hay diferencias significativas, sin embargo las personas de periodoncia tuvieron un promedio mayor que otros grupos en casi un año de diferencia.
- Años experiencia vs Especialidad $p=0.7172$ no hay diferencias significativas, sin embargo la especialidad de ortodoncia tiene menos años de experiencia.

- Prueba de normalidad Shapiro Wilk para variable Conocimiento.

- Puntaje promedio conocimiento Rehabilitación Oral 13 ± 8.25
- Puntaje promedio conocimiento Periodoncia 12.11 ± 6.96
- Puntaje promedio conocimiento Ortodoncia 12.64 ± 5.66

- Prueba de Levene homogeneidad de varianza (Conocimiento por Especialidad)

- Cálculo de posible diferencia de conocimiento por especialidad con prueba de Anova de una vía: $P=0.9191$ No hay diferencia significativa.

- Prueba de normalidad Shapiro Wilk para variable Actitud.

- Puntaje promedio actitud Rehabilitación Oral 19.5 ± 3.21

- Puntaje promedio actitud Periodoncia 19.61 ± 3.46
- Puntaje promedio actitud Ortodoncia 19.11 ± 1.90

- **Prueba de Levene homogeneidad de varianza (Actitud por Especialidad)**
 - Cálculo de posible diferencia de conocimiento por especialidad con prueba de Anova de una vía: $p=0.8764$ No hay diferencia sig. $P=0.8764$

- **Prueba de normalidad Shapiro Wilk para Practicas**
 - Puntaje promedio practica rehabilitación Oral 30 ± 5.62
 - Puntaje promedio practica Periodoncia 31.44 ± 2.91
 - Puntaje promedio practica Ortodoncia 30.29 ± 4.49

- **Prueba de Levene homogeneidad de varianza (Practicas por Especialidad)**
 - Cálculo de posible diferencia de conocimiento por especialidad con prueba de Anova de una vía: $p=0.5822$ No hay diferencia significativa.

- **Prueba de Kurskal Wallis**
 - Nivel de Conocimientos versus Especialidad: $p=0.2184$ no hay diferencias significativas.
 - Nivel de Actitudes versus Especialidad: $p=0.9562$ no hay diferencias significativas.
 - Nivel de Practicas versus Especialidad: $p=0.2253$ no hay diferencias significativas.

- **Prueba de Anova conocimiento vs sector experiencia**
 - $p=0.9054$ no hay diferencias significativas (se pasó Shapiro y Barlet y se entiende que pruebas disminuyen su poder)

- **Prueba de Anova actitud vs sector experiencia**
 - $p=0.8244$ no hay diferencias significativas.

- **Prueba de Anova practica vs sector experiencia**
 - $p=0.2124$ no hay diferencias significativas.

- **Verificación años de experiencia vs score de conocimientos/actitudes y practicas** (No hay correlación entre años y CAP por lo tanto se realizó correlación Spearman.)

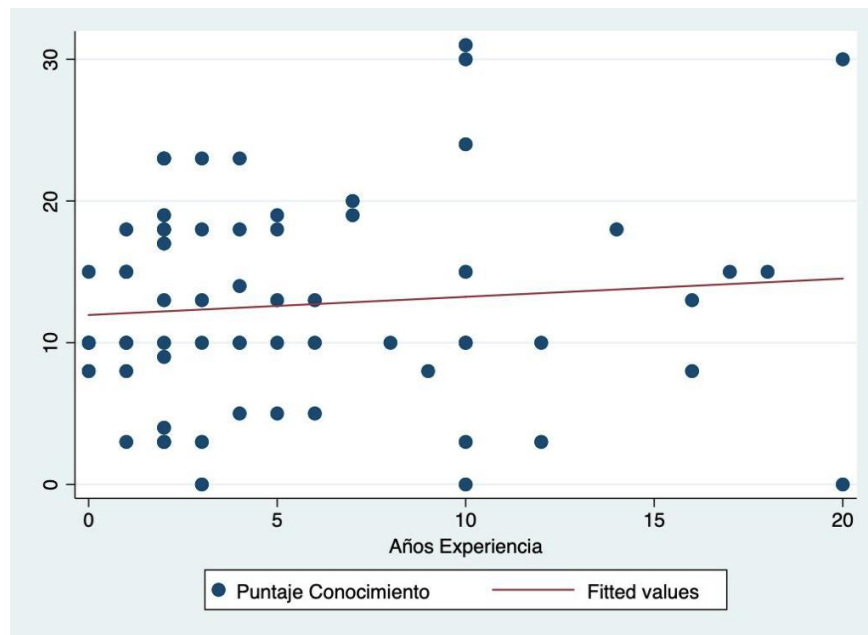


Gráfico 1: Años de experiencia vs score conocimientos
 $RO=0.0782$ No hay correlación.

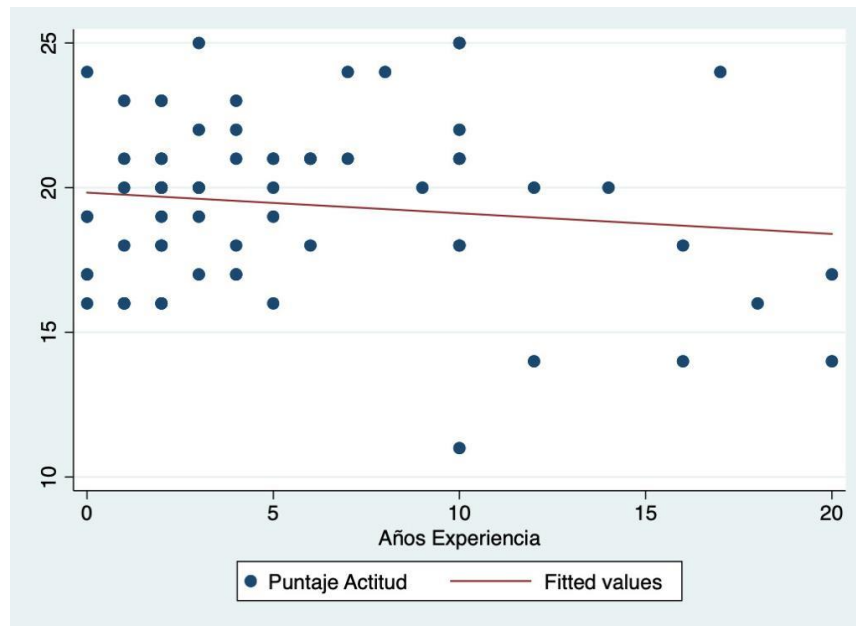


Gráfico 2. Años de experiencia vs score actitudes
 $RO=0.0481$ No hay correlación.

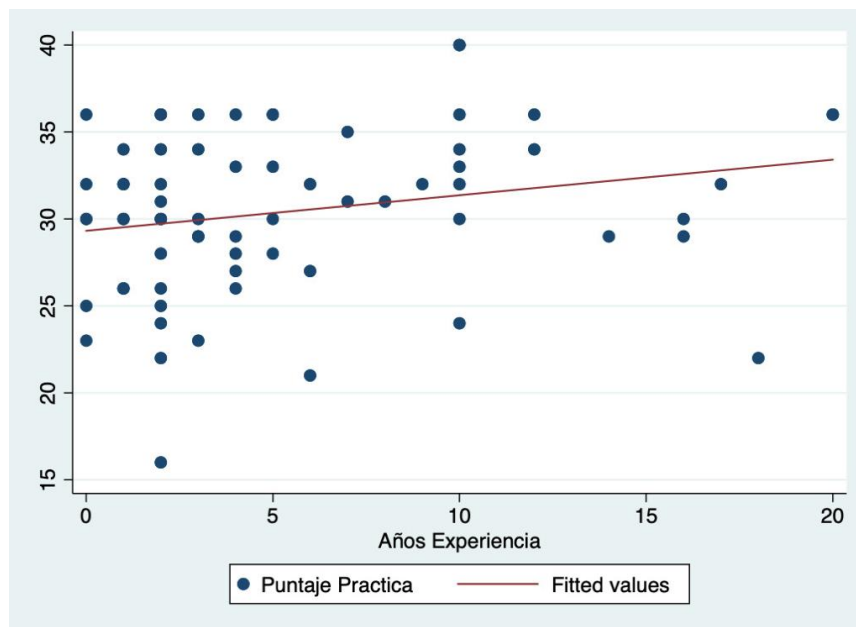


Gráfico 3. Años de experiencia vs score practicas
 $RO=0.2455$ hay una correlación leve.

8. DISCUSION

A la luz de los resultados y teniendo en cuenta que el objetivo del estudio fue evaluar los Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre educación para la salud, se puede afirmar que en general el nivel conocimientos de los estudiantes de Posgrado es Deficiente con más del 73% de la población, lo cual invita a pensar en la forma como los profesionales estudiantes de los posgrados de Ortodoncia, Rehabilitación oral y Periodoncia tienen un enfoque quizá basado en enfermedad, dejando de un lado la promoción de la salud junto con la educación para la salud como facilitadores de la salud integral; de otra parte, estos resultados podría revelar para la Institución Universitaria Colegias de Colombia sede Cali la necesidad de replantear su currículo académico y formativo a nivel de pregrado y posgrados respecto del acápite de Promoción y Mantenimiento de la salud con sus nuevos conceptos. Lo anterior en concordancia con el estudio realizado por Santacruz Et al. en 2019 quienes midieron el nivel de conocimientos y prácticas en salud bucodental de estudiantes de posgrados en enfermería, encontraron un nivel de conocimiento bajo en 58,7% y el 56% presentaron niveles de prácticas desfavorables, de los participantes. Concluyendo de la importancia de reforzar los conocimientos en salud bucal de sus estudiantes, que conlleven a una práctica consciente (19).

Respecto del nivel de actitud frente a la educación para la salud, fue satisfactorio evidenciar que la mayoría de los estudiantes tienen un actitud positiva o al menos neutra frente a esta temática, esto quiere decir que son sujetos de cambio que pueden incorporar conceptos actuales de Promoción y Mantenimiento de salud desde la integralidad de la persona a su clínica como futuros especialistas; tal y como lo evidencia el estudio de Basser Et al. en 2012, quienes evaluaron el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de varios profesionales de salud que trabajaban en Riyadh respecto de la salud bucodental, específicamente en la variable actitudes más del 50% de los profesionales de la salud mostraron una actitud positiva hacia la necesidad de conocer y aplicar buenos hábitos de salud bucodental; situación que podría refirmar que la actitud en general de los

profesionales en donde el conocer y practicar acerca de la salud oral está marcada por el positivismo (4).

De otra parte en el nivel de practica mostró resultados confusos para los investigadores, toda vez que el 46.2 y 41.7% de los estudiantes tuvieron unas prácticas en educación para la salud aceptables y sobresalientes respectivamente; esto podría llevar a pensar que si bien es cierto su clínica tiene cierto enfoque de educación para la salud, este se realiza de manera empírica o sin el conocimiento necesario, puesto que el nivel de conocimientos fue deficiente en su mayoría. Diferentes estudios concluyen acerca de la importancia de manejar un modelo interactivo: en donde el profesional y el paciente deciden la atención brindada a través de la combinación de la experiencia y los valores de los pacientes. La educación en salud bucal del individuo y de la comunidad tiene un gran impacto a partir del conocimiento de los odontólogos, que en última instancia depende del conocimiento, actitud y comportamiento de los estudiantes de las facultades de odontología, lo que finalmente repercute en su práctica clínica (3)(5).

Es materia de análisis que en este estudio los resultados hayan arrojado bajos niveles de conocimiento, pero si aceptables e incluso sobresalientes prácticas en Educación para la Salud, de los estudiantes de los diferentes posgrados de Unicoc sede Cali. Lo anterior podría interpretarse que entre más experiencia se tenga, mayor número de actividades diarias se realizan, por lo tanto las actividades se realizan no por un mayor conocimiento sino por el mismo hecho de la experiencia ganada a lo largo del tiempo. En el presente estudio al realizar prueba de correlación de Spearman entre las variables años de experiencia y practicas se observó $RO = 0.2455$ es decir una leve correlación. Ahamed Et al. en 2015, evaluaron en nivel de conocimiento actitudes y practicas en salud oral de estudiantes de odontologia en donde evidenciaron que en los primeros años de estudio cuando el estudiante no realizaba practicas con pacientes tenia niveles de CAP mas bajos en comparacion con estudiantes de tercer y cuarto año que ya se encontraban realizando practicas con pacientes, quienes aumentaban su nivel de CAP en salud oral, concluyen sobre la importancia de aumentar la conciencia sobre la salud bucal entre los estudiantes

de odontología, y sugieren que los temas de salud oral y odontología preventiva se enfaticen en el plan de estudios de los estudiantes y también los programas de educación dental continua sobre estos temas pueden ser útiles (3).

De igual manera Al Ansari Et al. en el año 2003 evaluaron conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en estudiantes de ciencias de la salud en Kuwait, encontrando valores deficientes de conocimientos y prácticas; discuten en su estudio que aunque el conocimiento de la salud bucodental no necesariamente se relaciona con mejores prácticas de salud, las personas que han asimilado este conocimiento y tienen una sensación de control personal sobre su salud bucodental son más propensas a adoptar prácticas de autocuidado. Se debe buscar un óptimo conocimiento de la salud bucal entre los estudiantes, porque es un contenido importante en su educación profesional y necesitan este conocimiento para educar a los pacientes y a la comunidad cuando comienzan a trabajar en su práctica clínica. (2)

Es importante que los especialistas en las diferentes áreas clínicas de la odontología siendo prestadores de servicios del salud, que al final está inmersos dentro del modelo de salud nacional, tenga las competencias necesarias para educar para la salud a sus pacientes, que se entienda que no se trata de una simple labor que puede ser delegada a la higienista, sino que es responsabilidad de todos los actores del sistema tal y como lo establece la normativa en Colombia con la Política de Atención Integral en Salud (9)(11)(16). Estudios como el de Cuba S. Et al, en su análisis que menciona la necesidad de entender a las personas en su contexto y explorar el significado que tiene la enfermedad en la vida de la persona son parte de los cambios que se plantea en la construcción del nuevo paradigma entendiendo que la enfermedad, persona y entorno no son independientes, sino que confluyen y que necesitan de educación para generar cambios tendientes a mejorar su proceso de salud. (20)

En el mismo sentido Mezzich Et al, concluyeron que la reconceptualización de la misión central de la salud, reconociendo a la persona como fin fundamental y no como simple portadora de enfermedades, se nutre de desarrollos recientes en la

clínica y la salud pública. La convergencia creciente de importantes como la Organización Mundial de la Salud incrementan las probabilidades de cambiar el enfoque netamente prestacional a solucionar enfermedades, pasando a uno más completo centrado en la educación para la salud. Nuevas investigaciones avizoran promisoros horizontes para la educación y promoción de la salud centradas en la totalidad de la persona y no en sus enfermedades. (1)(2)

Este estudio tuvo como fortaleza ser una propuesta innovadora al existir poca evidencia científica concreta sobre el análisis de CAP en educación para la salud desde el ámbito de especialistas en salud, en este caso particular de odontología. Esto en razón a la importancia de cambiar el paradigma de segregación de servicios o de la base que un especialista solo trata enfermedades específicas para pensar a futuro en ver a la persona como un todo y no como una determinada condición o enfermedad.

Se tuvieron algunas limitantes para la ejecución del estudio, como que no todos los Estudiantes de posgrado cursan cátedras específicas relacionadas con el sistema de salud de Colombia y la Educación para la Salud en los primeros semestres; dichas cátedras se cursan en 3 y 4 semestre solo por los posgrados de Ortodoncia y Rehabilitación oral, por tanto semestres inferiores o el posgrado de Periodoncia pudieron no tener un enfoque más actualizado de lo que se pretendió evaluar.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar más investigaciones sobre el tema de educación para la salud en posgrados de odontología, se podría incluir población de egresados para conocer su comportamiento actual.
- Se puede hacer un estudio comparativo entre universidades del Valle del Cauca para conocer la realidad de la Institución Universitaria Colegios de Colombia sede Cali respecto de otras instituciones educativas.
- Los resultados de este estudio deben tomarse como una línea de base para mejorar o complementar el pensum académico respecto a la educación para la salud y promoción de la salud, desde el primer semestre de cada posgrado, convirtiendo una institución líder en este tipo de enseñanzas que se relacionan con el modelo de salud actual, y en correspondencia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud al respecto.
- Se recomienda incorporar la promoción de la salud y la educación para la salud con su respectiva evaluación a los requisitos de grado, con el fin de motivar a los estudiantes a incorporar esta práctica a sus actividades clínicas cotidianas.

10. CONCLUSIONES

- El nivel de Conocimientos en educación para la salud oral de los estudiantes de posgrados de Unicoc sede Cali es bajo o deficiente.
- El nivel de Actitudes en educación para la salud oral de los estudiantes de posgrados de Unicoc sede Cali es positivo en su mayoría.
- El nivel de Practicas en educación para la salud oral de los estudiantes de posgrados de Unicoc sede Cali es aceptable en su mayoría.
- No existe relación entre el posgrado, la edad, años de experiencia, sector de experiencia; con los score o puntajes de Conocimientos, Actitudes y Practicas en educación para la salud oral.
- Existe una mínima correlación entre los años de experiencia y el resultado de Practicas en educación para la salud oral, pero no es estadísticamente significativa.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mezzich JE. Repensando el centro de la medicina: de la enfermedad a la persona. *Acta Médica Peru*. 2010;27(2):148–50.
2. Al-Ansari J, Honkala E, Honkala S. Oral health knowledge and behavior among male health sciences college students in Kuwait. *BMC Oral Health*. 2003;3(1):1–6.
3. Ahamed S, Moyin S, Punathil S, Patil NA, Kale VT, Pawar G. Evaluation of the Oral Health Knowledge, Attitude and Behavior of the Preclinical and Clinical Dental Students. *J Int oral Heal JIOH* [Internet]. 2015;7(6):65–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26124603><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4479777>
4. Baseer MA, Alenazy MS, Alasqah M, Algabbani M, Mehkari A. Oral health knowledge, attitude and practices among health professionals in King Fahad Medical City, Riyadh. *Dent Res J (Isfahan)* [Internet]. 2012;9(4):386–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23162577><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3491323>
5. Yao K, Yao Y, Shen X, Lu C, Guo Q. Assessment of the oral health behavior, knowledge and status among dental and medical undergraduate students: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–9.
6. Zhao Q, Wang S Bin, Xu G, Song Y, Han X, Liu Z, et al. Periodontal health: A national cross-sectional study of knowledge, attitudes and practices for the public oral health strategy in China. *J Clin Periodontol*. 2019;46(4):406–19.
7. Inocente-Diaz ME P-BF. Educación para la Salud en Odontología. *Rev Estomatol Herediana*. *Rev Estomatol Hered*. 2012;22(4):232–73.
8. Montenegro Martínez G, Saralde Delgado A, Lamby Tovar C. La educación como determinante de la salud oral. *Univ Odontológica*. 2013;32(69):115–21.
9. Fuden. Enfermería y educación para la salud. *Fund para el Desarro la enfermería*. 2005;
10. Almeida AR de, Silva CL da, Santoyo AH. Cita sugerida (APA, sexta edición). *Univ y Soc*. 2018;10(3):134–41.
11. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral*. 2016;9(2):193–202.

12. Organización Panamericana de la Salud. Salud y enfermedad en la población - MOPECE 2. Organ Panam la Salud. 2011;2:1–46.
13. Colombiano O, Patricia B, Uribe M, Aguilar SS. Voces de la academia y los tomadores. 2017;49(2):320–9.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Repos Inst Digit Minsalud [Internet]. 2016;97. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
15. Baquero-Latorre H, Ríos-García AL. Characterization of the Atlantic population of the village of Salgar (Colombia) as a preliminary to the implementation of a model of primary health care, 2014 | Caracterización de la población del corregimiento de Salgar (Atlántico, Colombia) como fase pr. Salud Uninorte. 2015;31(3):525–36.
16. Rodríguez-Villamizar LA, Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia TT - Evaluation of a primary health care model in Santander, Colombia Avaliação de um modelo de atenção primária à saúde em santander, colômbia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2016;34(1):88–95. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000100011<=pt
17. Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigual en una generación Alcanzar la equidad Sanit actuando sobre los Determ Soc la salud [Internet]. 2008;31. Available from: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
18. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud 2012-2021. 2013;(32):2012–21.
19. Santa Cruz-González NO, Pérez-Aquino CF, Villagra-Rivera N, Achucarro-Galeano S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud. 2019;17(2):56–63.
20. Cuba Fuentes MS, De Los Milagros Romero Albino ZO. The clinical person-centered method and its application in primary healthcare. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre educación para la salud oral,
de los estudiantes de posgrados odontológicos en UNICOC sede Cali
en el primer periodo 2022.**

Fecha ____/____/____

Código del encuestado: _____

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS					
1. EDAD	años _____	2. SEXO	☐ Femenino ☐ Masculino	3. ESPECIALIDAD QUE CURSA	☐ Ortodoncia ☐ Periodoncia ☐ Rehabilitación oral
4. SEMESTRE ACTUAL	☐ Primero ☐ Segundo ☐ Tercero ☐ Cuarto ☐ Quinto	5. TIEMPO EXPERIENCIA COMO ODONTOLOGO	☐ Sin experiencia ☐ _____ años	6. SECTOR EXPERIENCIA LABORAL	☐ Publico ☐ Privado ☐ Ambos ☐ Ninguno
VALORACION DEL CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD					
INSTRUCTIVO: las siguientes preguntas constan de un enunciado con opción de respuesta única, marque la respuesta que considera correcta.					
7. El modelo integral de atención territorial del país (MAITE), a través de las rutas integrales de atención en salud (RIAS), específicamente la de promoción y mantenimiento de la salud tiene como principal objetivo:			a. Desplegar acciones preventivas en las personas para regular la aparición de enfermedades. b. Realizar acciones de promoción de la salud dirigidas a las personas y sus entornos para el mejoramiento de los resultados en salud.. c. Ejecutar acciones de promoción de la salud para prevenir enfermedades. d. Atender las enfermedades de las personas y su entorno a fin de disminuir su efecto.		
8. El modelo de atención integral territorial de Colombia (MAITE) tiene como objetivo garantizar la atención integral en salud a partir de intervenciones de			a. Individual y colectivo. b. Personal, familiar, cultural y social. c. Individual, comunitario, educativo, laboral, y hogar.. d. Exclusivamente a nivel individual.		

valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud. Lo anterior se ejecuta en los siguientes entornos:	
9. La historia natural de la enfermedad describe la evolución de la enfermedad, sin intervención médica, desde antes de que ésta se inicie (interacción entre el individuo y su ambiente biopsicosocial), hasta su resolución en recuperación, cronicidad o muerte. Existen unos niveles de atención que son:	a. Primario, secundario, terciario, cuaternario.. b. Primario, secundario y terciario. c. Inicial, intermedio y final d. De prevención, paliación, y rehabilitación.
10. De acuerdo con la historia natural de la enfermedad. Son acciones para realizar en el periodo prepatogénico:	a. Fomento de la salud y protección específica.. b. Diagnóstico precoz y tratamiento inmediato. c. Tratamiento paliativo y limitación del daño. d. Rehabilitación.
11. La educación para la salud (EpS) es un proceso individual, familiar y colectivo, que transmite conocimientos a través de estrategias educativas, cuya finalidad es lograr que las personas tengan autocuidado y autogestión de su salud. De acuerdo con lo anterior se puede concluir que: (puede seleccionar varias opciones de respuesta)	a. La EpS es un componente de la prevención de la salud. b. La EpS debe llevarse a cabo a todos los niveles de atención de la historia natural de la enfermedad.. c. La EpS es un componente de la promoción de la salud. d. La EpS debe llevarse a cabo en el primer nivel de atención de la historia natural de la enfermedad. e. La EpS se enmarca como una herramienta de la atención primaria en salud..
12. Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluidas fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida. En este orden de ideas los DSS:	a. Indican el nivel de desigualdad o inequidad de las personas y comunidades.. b. Establecen el riesgo de enfermedad de las personas. c. Determinan el acceso a los servicios de salud de la población. d. Relacionan las necesidades en salud con la cultura de las personas.
13. Son principios de la Educación para la Salud (EpS) que deben servir de guía para la acción del personal de salud: (puede seleccionar varias opciones de respuesta)	a. Los receptores de la EpS no son pasivos, sino sujetos activos en la relación educativa.. b. La EpS no debe tener en cuenta el conocimiento no científico para enseñar. c. La EpS no es una simple transmisión de información científica, sino una auténtica intervención en la cultura de los individuos.. d. La EpS debe reforzar comportamientos, independiente de su perjuicio o beneficio. e. La EpS forma parte de la dinámica cultural..
14. La Promoción de la Salud tiene carácter anticipatorio, es decir, la virtud de prever y prevenir el desarrollo natural de la enfermedad. Los resultados de esta acción se reflejan en mejoras de la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas. Así las cosas promover la salud es:	a. Capacitar a las personas para que puedan controlar y mejorar su salud actuando sobre sus determinantes.. b. Realizar acciones de protección específica para evitar enfermedades. c. Tratar enfermedades y sus consecuencias a fin de devolver la salud que se perdió. d. Regular el comportamiento de la persona a fin de evitar complicaciones en su vida.
VALORACIÓN DE LA ACTITUD SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD <i>INSTRUCTIVO: las siguientes preguntas constan de un enunciado con cinco opciones de respuesta, marque la respuesta que considera más acertada de acuerdo con su percepción o manera de pensar sobre el tema.</i>	

15. Considera que los métodos de promoción y educación para la salud aplicados a un determinado paciente no son competencia de un especialista, sino del higienista oral; además estos deben realizarse en comunidades y no de manera individual.	☐ Totalmente de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo/ Ni desacuerdo ☐ Desacuerdo ☐ Totalmente desacuerdo
16. Considera que la educación para la salud implica mucho más que la transmisión de información, pues se trata de un complejo proceso activo de asimilación, en el que la nueva información promueve un cambio de conducta duradero.	☐ Totalmente de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo/ Ni desacuerdo ☐ Desacuerdo. ☐ Totalmente desacuerdo
17. Considera que las diferentes etapas o cursos de vida que tenga el paciente son una herramienta importante al momento de diseñar y proponer un plan de tratamiento integral, con el objetivo de generar cambios reales que permitan a la persona a través del autocuidado mejorar su proceso de salud.	☐ Totalmente de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo/ Ni desacuerdo ☐ Desacuerdo ☐ Totalmente desacuerdo
18. Considera importante incorporar a su consulta particular aspectos relacionados con las Rutas de Atención Integral en Salud, establecidas en el MIAS/MAITE.	☐ Totalmente de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo/ Ni desacuerdo ☐ Desacuerdo. ☐ Totalmente desacuerdo
19. Considera que la educación para la salud debe abordarse mediante transmisión de información técnica sobre problemas de salud, en donde finalmente la cultura de los individuos no incide en sus conocimientos, valores y comportamientos.	☐ Totalmente de acuerdo ☐ De acuerdo ☐ Ni de acuerdo/ Ni desacuerdo ☐ Desacuerdo ☐ Totalmente desacuerdo
VALORACION DE PRÁCTICAS SOBRE EDUCACION PARA LA SALUD <i>INSTRUCTIVO: las siguientes preguntas constan de un enunciado con cinco opciones de respuesta, marque la respuesta que más aplica o practica en su práctica clínica.</i>	
20. En su consulta clínica, al momento de entrevistar al paciente, identifica y diligencia en historia clínica aspectos relacionados con determinantes sociales de salud, que pudieran contribuir a mejorar o empeorar dicho proceso de salud en su paciente.	☐ Siempre ☐ Casi siempre: ☐ A veces ☐ Casi nunca:

	☐ Nunca
21. Al momento de realizar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de su paciente, lo aborda como un individuo que se desenvuelve en distintos ámbitos (familiar, laboral, personal, comunitario) que influyen en su proceso de salud.	☐ Siempre ☐ Casi siempre. ☐ A veces ☐ Casi nunca. ☐ Nunca
22. A parte de su grupo de trabajo interdisciplinario (diferentes especialidades odontológicas) conforma un equipo transdisciplinario (médico, trabajo social, psicología, psiquiatra, familiares, amigos, etc.) con el objetivo de dar una atención integral en salud a sus pacientes.	☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Casi nunca: ☐ Nunca
23. Respecto a las acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Usted realiza con su paciente, estrategias de educación para la salud que generen herramientas de cambio, para mantener la salud que se logró con su intervención, Antes, durante y al finalizar un tratamiento odontológico.	☐ Siempre ☐ Casi siempre. ☐ A veces ☐ Casi nunca. ☐ Nunca.
24. Durante las citas de mantenimiento o control, aparte de realizar seguimiento a la adaptación o evolución de sus intervenciones, también analiza factores externos o diferentes a los encontrados en la cavidad oral, relacionados con el entorno o determinantes sociales de salud que contribuyen o afectan el proceso de salud de su paciente.	☐ Siempre ☐ Casi siempre. ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca
25. Teniendo en cuenta el curso de vida, usted, diseña y ejecuta diferentes estrategias educativas a través del uso de técnicas acordes a sus pacientes, entendiendo que en cada etapa de vida existen diferentes formas de aprender y percibir la vida.	☐ Siempre ☐ Casi siempre. ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca
26. Cuando inicia o termina un determinado tratamiento odontológico, usted hace educación para la salud transmitiendo información a partir de cartillas educativas, videos, o ayudas didácticas.	☐ Siempre ☐ Casi siempre. ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca

27. Cuando inicia o termina un determinado tratamiento odontológico, usted hace educación para la salud integrando al paciente como participe de la construcción de su propio conocimiento, a través de sus propias experiencias y empoderamiento como agente de cambio.	☐ Siempre ☐ Casi siempre. ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca
Gracias por su colaboración.	



ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado (a) con C.C. No. _____
 _____ de _____ certifico que:

Los investigadores del proyecto llamado " **Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre educación para la salud oral, de los estudiantes de posgrados odontológicos en UNICOC sede Cali en el periodo 2022**", me explicaron que me han elegido posible sujeto de investigación porque soy residente de posgrado de odontología. Me han informado que con este estudio se pretende evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en educación para la salud.

Entiendo que mi participación es completamente voluntaria y que si acepto estoy autorizando a: Responder con veracidad los cuestionarios diseñados para la investigación.

De igual manera se me han explicado de manera clara los alcances de la investigación, así como los beneficios que entre otros son: fortalecer capacidades humanas en los participantes y de la articulación institucional para el mejoramiento de la oferta académica que permita fortalecer el área de la promoción de la salud en sus estudiantes y futuros egresados.

De igual manera se me ha explicado que no existen riesgos o molestias que puedan asociarse a mi participación dentro de la investigación.

Se me explica que no se entregara ninguna compensación económica por la participación en el proyecto, más sin embargo los conocimientos adquiridos a través de la aplicación de las estrategias educativas serán de beneficio para mi salud.

Se me explica sobre la confidencialidad de los datos que se obtengan de la aplicación de encuestas o cuestionarios, la cual será exclusivamente de manejo por los investigadores de igual manera se me manifiesta que podre conocer al final de la investigación, si así lo requiero, los resultados finales del estudio.

Finalmente, se me explicó que puedo retirarme en cualquier momento si así lo decido, como también a que en el momento que yo lo solicite se dará respuesta a cualquier pregunta y aclaración de duda que tenga sobre todo el proceso.

Cualquier información adicional podrá ser solicitada a los investigadores: Steve Revelo teléfono de contacto 3182101424, Julio Morales teléfono de contacto 3183767102, Cristhian Burbano teléfono de contacto 312 2243956.

Declaro que he recibido información acerca de los puntos indicados. He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el equipo multidisciplinario y personal perteneciente a esta investigación realicen los procedimientos mencionados anteriormente.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas con respecto al procedimiento.

Participante:

Fecha _____

Firma _____

Nombre _____

Identificación _____

Identificación _____

Testigo 1

Firma

Nombre