

Modelo de atención odontológica intercultural para la población del territorio indígena de Quitirrisí, Costa Rica

Model of intercultural dental care for the population of the indigenous territory of Quitirrisí, Costa Rica

Laury Vargas Rodríguez, Caja Costarricense Seguro Social, Costa Rica, lmvr23@hotmail.com
Yahaira Madrigal León, Caja Costarricense Seguro Social, Costa Rica, yahimale@hotmail.com

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un aporte innovador hacia la concepción de un modelo de atención intercultural reflejado en la relación entre el mundo indígena y el mundo social moderno, con el objetivo de brindar servicios de salud con equidad cultural.

Se propone realizar una aproximación a la relación entre el concepto originario de la atención a la salud y el enfoque moderno, para que esté acorde con la nueva política en salud explícita para pueblos indígenas, impulsada por la Caja Costarricense del Seguro Social, mediante un modelo de atención intercultural, integral, familiar y comunitario.

PALABRAS CLAVE

Intercultural, vulnerabilidad en salud, factores de riesgo, modelo de atención.

ABSTRACT

This article is an innovative contribution to the design of a model intercultural care reflected in the relationship between the indigenous world and the social world modern with the objective of providing health services for cultural equity.

Make an approach to the relationship between the concept of the health care and modern approach, it is proposed to be consistent with the new policy on health explicitly for indigenous people driven by the Caja Costarricense de Seguro Social, through a model of intercultural, integrated, family and community care.

KEYWORDS

Intercultural, vulnerability in health, risk factors, model of care.

Recibido: 26 noviembre, 2015

Aceptado para publicar: 30 de mayo de 2016

INTRODUCCIÓN

La reserva indígena huetaar de Quitirrisí se encuentra localizada al sur del Cantón de Mora, en el distrito Colón, a 20 kilómetros de San José y a 10 kilómetros de Ciudad Colón, y cuenta con un área total de 9.63 Km² y una población de 3.168 habitantes.

La población indígena de Quitirrisí es un grupo poblacional en condición de vulnerabilidad debido al resultado de un conjunto de factores determinantes de la salud, tales como bajos ingresos económicos, desempleo, bajos niveles de escolaridad, déficit de vivienda, caminos en mal estado, presencia de deslizamientos, total ausencia de canalización de aguas, incumplimiento del decreto de educación bilingüe y drogadicción, por mencionar algunos.

A pesar de que Costa Rica suscribió el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, no se ha avanzado suficiente en la aplicación de los derechos de los pueblos indígenas constatados en la legislación nacional e internacional, pues los servicios de salud deben preocuparse por proponer modelos de atención que se adapten a la cosmovisión de este tipo de poblaciones, en los que se tome en cuenta los determinantes sociales de la salud, para mejorar el acceso a estos servicios.

La necesidad de elaborar una propuesta de atención bucodental para la población indígena de Quitirrisí, surge de una serie de características propias de este grupo, y entre las que destacan:

- Las condiciones geográficas en que habitan los pueblos indígenas caracterizados por la falta de vías de comunicación, el lenguaje, la cultura y las condiciones socioeconómicas, dificultan la atención en salud que reciben

estos pueblos, lo que impide que se les brinde servicios en los que se apliquen los principios de igualdad y equidad, como ocurre con las poblaciones no indígenas.

- La política dirigida a las poblaciones indígenas ha sido elaborada por el Gobierno, sin tomar en cuenta su participación, lo que dificulta el apoyo por parte de ellos para los esfuerzos que realizan las instituciones estatales en procura de mejores resultados en el tema salud.
- Las poblaciones indígenas presentan una serie de problemas de origen jurídico, social, económico y ambiental, que se ha ido complicando a través de los años, esto porque se ha trabajado en la solución de esos difíciles asuntos, pero no en las causas que los producen.
- La diversidad de la comunidad indígena de Quitirrisí, debe ser contemplada como un factor social positivo, pero se tiene que procurar su incorporación en las políticas sociales, permitiendo establecer una verdadera universalidad, en la que se reconozcan los derechos y responsabilidades de todos los individuos por igual.
- La solución a las necesidades de los pueblos originarios se ha realizado de manera independiente entre la comunidad indígena y las instituciones públicas y privadas, lo que produce una pérdida de recursos económicos y humanos, y una insatisfacción por parte de estos grupos, pues se impide su integración y compromiso con las iniciativas planteadas.
- La inexistencia a nivel institucional (Caja Costarricense de Seguro Social) de un modelo de atención en salud bucal que se adapte a la realidad indígena, que respete sus derechos y disminuya la brecha entre las políticas y programas públicos dirigidos a estos grupos, que permita la interac-

ción de la comunidad originaria con los funcionarios del servicio de odontología de la CCSS y que respete, en todo momento, la interculturalidad tan necesaria para que se produzca una verdadera integración social.

- La atención que brinda el servicio de odontología del Área de Salud Mora Palmichal no está adaptada a las características particulares de los indígenas, tales como su condición socioeconómica y cultural, por cuanto no responde a sus necesidades de atención bucodental.
- El servicio de odontología cuenta con un diagnóstico de la condición bucodental de toda la población del cantón de Mora, pero no dispone de información epidemiológica, cultural, social, económica, ambiental, exclusiva de la región indígena que permita formular un panorama de la condición bucodental de este grupo; además no se tienen identificados los grupos de riesgo, ni los factores de riesgo, así como no se han tenido acercamientos con los pobladores o grupos organizados de la comunidad para conocer sus necesidades, costumbres, su percepción del servicio, inquietudes y propuestas.
- El intenso proceso de transculturación que han sufrido los huetaares, hace muy difícil a los funcionarios de la salud reconocer sus particularidades indígenas y tomarlas en cuenta en la atención y diseño de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad propuestos.

En el presente artículo se realiza un aporte innovador hacia la concepción de un modelo de atención intercultural, reflejado en la relación entre el mundo indígena y el mundo social moderno, con el objetivo de brindar servicios de salud con equidad cultural, es decir, reconociendo los derechos de los pueblos indígenas.

Los resultados arrojados por este artículo servirán como parámetros para redireccionar la consulta odontológica brindada por el servicio del área de salud, acorde con sus recursos y capacidad instalada. Además, que servirá como guía para implementar por medio de líderes realmente comprometidos en promover estilos de vida saludables en su comunidad, programas de promoción y prevención de la salud tan escasos en la reserva indígena Huetar de Quitirrisí.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

El objetivo general de este artículo se detalla a continuación:

Proponer un modelo de atención odontológica con enfoque intercultural para la población del territorio indígena de Quitirrisí, y que responda a sus necesidades bucodentales.

Los objetivos específicos de este artículo se detallan a continuación:

1. Realizar un estudio epidemiológico bucodental de la población del territorio indígena de Quitirrisí.
2. Determinar las necesidades bucodentales de acuerdo con el grupo etario de la población del territorio indígena de Quitirrisí.
3. Determinar el nivel de riesgo que tiene la población indígena de Quitirrisí de padecer una enfermedad bucodental.
4. Identificar los determinantes socio culturales de la condición bucodental de la población del territorio indígena de Quitirrisí.
5. Proponer un enfoque odontológico que incorpore los elementos culturales de la población indígena, y aliente una política de salud con perspectiva intercultural.

MARCO METODOLÓGICO

El tipo de estudio que se realizó fue observacional debido a que no existió intervención por parte de las investigadoras, las cuales se limitaron únicamente a medir las variables que definen el presente análisis epidemiológico.

También se considera un estudio transversal porque se desarrolla en un momento concreto del tiempo, en el que se mide la prevalencia de las enfermedades bucodentales en una muestra de la población indígena de Quitirrisí, la cual se puede generalizar a toda la población anteriormente mencionada, con el objetivo de establecer metas de salud pública orientadas, específicamente en este caso, a un modelo de atención odontológica para esta población en particular.

Metodológicamente el estudio se realiza como un insumo de la atención programada institucionalmente de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), ya que ésta tiene interés en la atención diferenciada de los grupos vulnerables, en cuenta los pueblos indígenas, y es por esta razón que se contó con el apoyo y la autorización del director médico del Área de Salud Mora Palmichal.

La fuente primaria de las valoraciones fueron las personas adscritas al Área de Salud de Mora Palmichal, específicamente habitantes del territorio indígena de Quitirrisí, quienes fueron captadas mediante consultas realizadas en la propia comunidad de Quitirrisí así como también en las consultas realizadas en los servicios de odontología de los diferentes EBAIS del Área de Salud.

Las consideraciones éticas tomadas en cuenta para el trabajo de campo fueron que se respetó el anonimato de las personas eva-

luadas, se contó con el permiso respectivo tal y como se explicó anteriormente, pero además se realizaron los procedimientos para las valoraciones epidemiológicas y de riesgo bucodental, según lo normado por la Caja Costarricense del Seguro Social.

La obtención de los datos de las variables e indicadores se realizó por medio de la utilización de dos herramientas, las que se explican a continuación.

La descripción de la primera de estas herramientas de investigación está basada en el Manual de Procedimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Odontología (SIVEO) (Corrales, 2013), y la segunda herramienta es el Sistema de Riesgo Bucodental (SIRB). (Corrales, 2013).

El SIVEO es una herramienta creada por el Área de Regulación y Sistematización de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica de la CCSS (ARSOT-O), y también es un estudio poblacional y aplica la técnica de muestreo representativo por grupo preestablecido, entendiéndose niños de 0 a 5 años, niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 12 años, adolescentes de 13 a 19 años, mujeres de 20 a 35 años, mujeres de 36 a 45 años, hombres de 20 a 45 años, mujer y hombre de 46 a 59 años y adulto mayor de 60 años o más.

Es una matriz de Excel de Microsoft donde se ingresaron las valoraciones epidemiológicas realizadas a la población muestra del territorio indígena de Quitirrisí, para que posteriormente mediante el mismo sistema se obtuvieran los gráficos sobre condición de la pieza sana real (sanas +selladas + obturadas), estado periodontal, alteración de planos y los índices globales de calidad en odontología

como lo son índice de salud bucodental, índice de riesgo bucodental y el índice de pérdida bucodental.

El Sistema de Riesgo Bucodental (SIRB), es un instrumento de screening, para detectar el riesgo de padecer enfermedades bucodentales. Estos son métodos de análisis simples que se utilizan para la identificación o el descarte de patologías en pacientes, los cuales son aplicados para obtener una información rápida sobre esas patologías.

Consta de un cuestionario que incluye diez variables: dependencia, ingreso económico, consumo de alimentos, actividad física, nivel de alfabetismo, frecuencia de cepillado, técnica de cepillado, piezas cariadas, obturadas y perdidas, estado periodontal, alteración de planos. Lo anterior permite identificar el riesgo bucodental de un grupo poblacional determinado, de adquirir enfermedades que atenten contra su salud, con el propósito de orientar las estrategias preventivas de abordaje a los individuos. Una vez aplicado el cuestionario y seleccionadas las respuestas el mismo programa brinda el nivel de riesgo bucodental que tiene cada uno de los integrantes de la muestra.

Seguidamente se utilizó el programa EpiInfo para procesar la información y obtener la relación entre las diferentes variables, tales como porcentaje de riesgo de padecer de enfermedades bucodentales por edad, tipos de factores de riesgo por grupo etario, para luego por medio del programa Excel obtener los gráficos que las representen.

A los mismos pacientes a quienes se les realizó el estudio epidemiológico (SIVEO), también se les aplicó el cuestionario del SIRB (Sistema de Riesgo Bucodental), y la información se digitó directamente en el programa de cómputo.

Posteriormente se realizó un análisis de Pareto, con el fin de determinar el 20% de los factores de riesgo expuestos mediante la herramienta del SIRB, que causan el 80% de los problemas bucodentales de la población indígena; esto ayudó a enfocar el servicio de atención en las áreas en las que se debe actuar para causar mayor impacto y también a optimizar los recursos. Por lo que se identificó los determinantes socioculturales que influyen en la condición bucodental del territorio indígena de Quitirrisí.

El análisis de los resultados obtenidos sirvió para orientar las estrategias preventivas de abordaje a los individuos, así como para la toma de decisiones, ya que permitió determinar el grado de exposición y carga de salud o morbilidad bucodental acumulada, por medio del ciclo de vida, además de identificar el riesgo bucodental de adquirir enfermedades que atenten contra la salud bucodental.

En el gráfico 1 se puede analizar la condición o estado bucodental desde el punto de vista de condiciones positivas de la salud, como lo es:

- Estado del diente: se refiere específicamente a la condición de

pieza dental sana real: sana + sellada + obturada.

- Planos cráneo faciales: en este caso se refiere a la no clasificación de alteración de planos.
- Tejidos periodontales: en lo que respecta a la presencia de condiciones higiénicas.

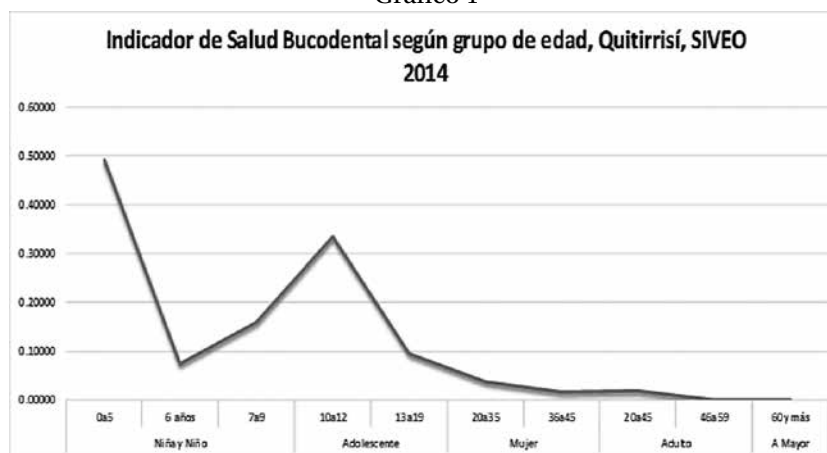
Según los datos del gráfico, se observan altos porcentajes de salud bucodental en niños antes de los 5 años; luego esta condición decrece abruptamente hasta los 6 años, y a partir de esta edad mejora la salud bucodental hasta adolescentes de 10 a 12 años, para luego disminuir conforme avanza la edad hasta alcanzar niveles extremadamente bajos o ausentes.

En los grupos etarios a partir de los 10 a 12 años de edad se debe establecer medidas correspondientes al nivel de atención primaria, como son la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, destinadas a disminuir o eliminar los factores determinantes de la salud propios de la realidad social, económica y cultural de su comunidad, los cuales ponen en riesgo su salud bucodental.

La salud bucodental en la población de Quitirrisí se hizo evidente

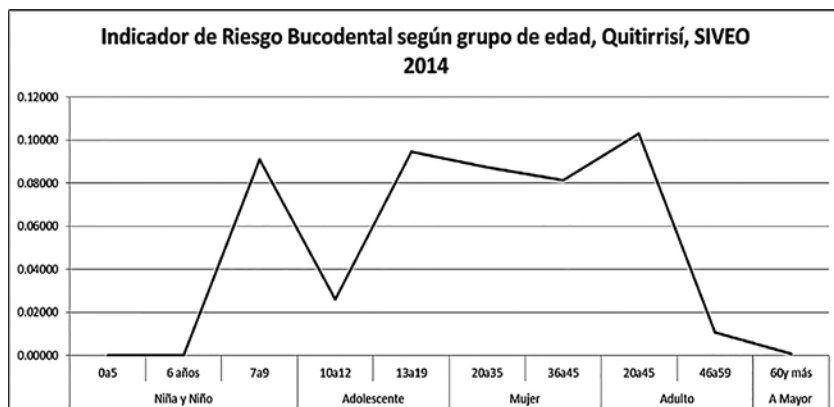
Resultados

Gráfico 1



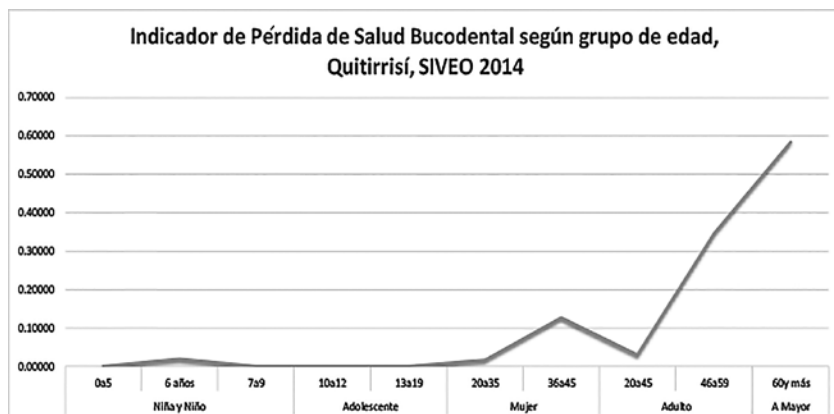
Fuente: elaboración propia

Gráfico 2



Fuente: elaboración propia

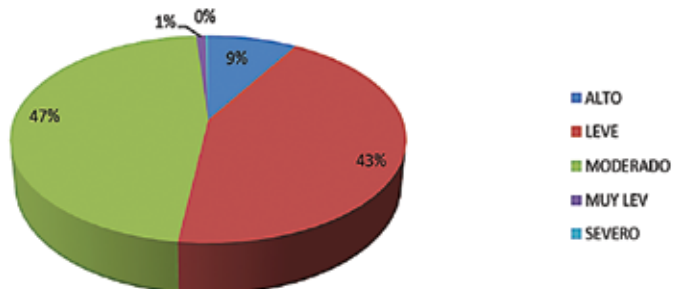
Gráfico 3



Fuente: elaboración propia

Gráfico 4

Porcentaje de riesgo de padecer enfermedades bucodentales, Quitirrisí, SIRB 2014



Fuente: elaboración propia

de los 0 a los 5 años, debido a hábitos de alimentación saludable y a los bajos ingresos económicos familiares, que no permitieron adquirir alimentos altamente cariogénicos.

En la etapa escolar también se presentó una mejoría en los índices de salud bucodental, esto debido a que durante este periodo la atención odontológica es más directa, lo que permite afirmar que el impacto que se produce en estos niños por parte del personal de odontología es positivo; sin embargo, una vez que esta población crece y se desarrolla de forma independiente, no se evidencia rastro alguno de la educación impartida durante la etapa escolar, y el resultado fue la pérdida de salud bucodental de los 19 años en adelante.

El gráfico 2 permite analizar la condición o estado bucodental desde el punto de vista negativo (enfermedad), como fue:

1. Estado del diente: se refiere específicamente a la caries dental.
2. Planos cráneo faciales: en este caso se refiere a la condición de apiñamiento dental.
3. Tejidos periodontales: en lo que respecta a la enfermedad periodontal (sangrado, cálculo y bolsas periodontales).

Según expresa el gráfico, existieron altos índices de riesgo bucodental de tener caries, enfermedad periodontal y apiñamiento dental en la población del territorio indígena a partir de los 10 a 12 años de edad hasta adultos de 45 años. Es necesario hacer énfasis en esta condición en tres grupos etarios, los cuales presentaron los más altos porcentajes de riesgo, como fueron: niños de 7 a 9 años, adolescentes de 13 a 19 años y hombres de 20 a 45 años.

En los niños de 7 a 9 años se presentaron altos índices de riesgo

bucodental, debido a la presencia en boca de molares temporales cariadas. En los adolescentes de 13 a 19 años se presentaron altos índices de riesgo bucodental debido a que por horarios o compromisos académicos no tienen facilidad de acceder a los servicios de atención odontológica. Una situación similar ocurrió en el grupo de los hombres de 20 a 45 años, pues debido a compromisos laborales u horarios no pudieron asistir a las consultas odontológicas con la regularidad debida.

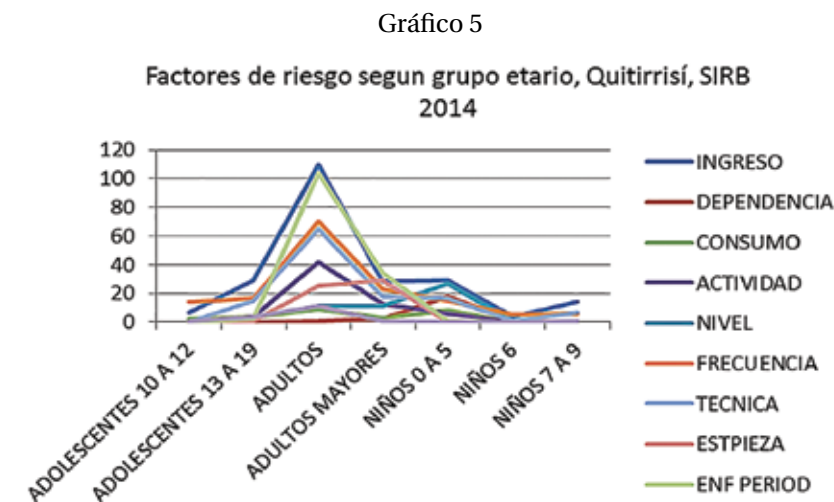
Por lo contrario, no se encontraron en riesgo los niños de 0 a 6 años y con poco riesgo adultos después de los 46 años, debido a la poca posibilidad de tener caries o enfermedad periodontal a causa de la pérdida de las piezas dentales.

En el gráfico 3 se puede observar la condición buco dental desde el punto de vista de rehabilitación, como es:

1. Estado del diente: se refiere específicamente a la pérdida de piezas dentales.
2. Tejidos periodontales: indica la presencia de sextantes nulos.

Según los datos que arroja este gráfico, en los niños, adolescentes y adultos jóvenes antes de los 35 años no se presentó pérdida de la salud bucodental, pero sí hubo un alto porcentaje de pérdida a partir del grupo etario de hombres de 20 a 45 años en adelante y en una menor proporción en mujeres entre los 36 y 45 años. De tal manera que esta situación ocurrió en grupos de población laboralmente activa con dificultad de acudir a los servicios de odontología y con pobres hábitos de autocuidado bucodental.

Para estos grupos etarios se debió implementar acciones correspondientes a un tercer nivel de prevención, tal como la rehabilitación protésica de las piezas dentales



Fuente: elaboración propia

perdidas debido a la caries y la enfermedad periodontal.

Seguidamente se presenta los resultados obtenidos mediante la aplicación del Sistema de Riesgo Bucodental (SIRB), el cual arroja datos sobre cuáles son las razones por las cuales la población indígena de Quitirrisí presentó la condición bucodental expuesta en el apartado anterior.

El 1% de la población tuvo riesgo muy leve de padecer enfermedades bucodentales, mientras que el 43% fue riesgo leve, el 47% riesgo moderado y por último el 9% riesgo alto. Los niveles de riesgo leve y moderado son los que presentaron los porcentajes más altos.

Como se observa en el gráfico 5, el grupo poblacional que presentó más riesgo bucodental fue el de los adultos. Su condición de salud se ve afectada por la influencia de los factores de riesgo siguientes:

- Bajos índices de ingreso económico
- Alta prevalencia de enfermedad periodontal
- Poca frecuencia de cepillado dental

- Técnica incorrecta de cepillado dental
- Escasa actividad física

Con menor grado de influencia se puede mencionar el estado de las piezas dentales, nivel de escolaridad y consumo de carbohidratos.

Otro grupo poblacional que estaba en riesgo bucodental, aunque en menor grado fueron los adultos mayores. Debido a la influencia de los factores de riesgo su salud se vio afectada de la manera siguiente:

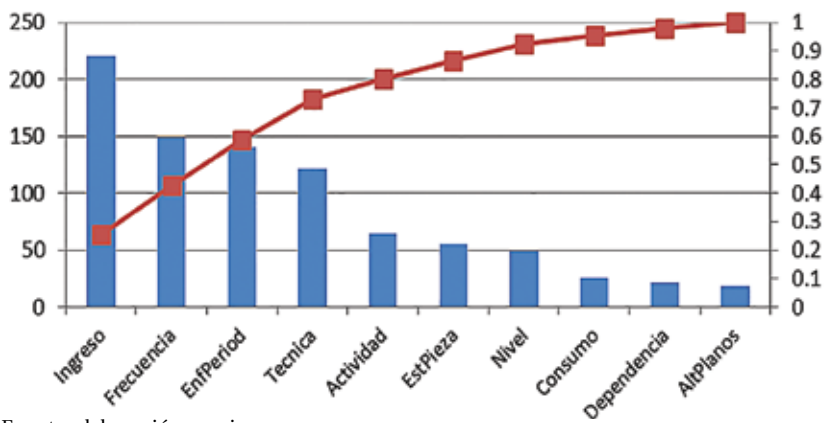
- Bajos índices de ingreso económico
- Alta prevalencia de enfermedad periodontal
- Mal estado de las piezas dentales
- Poca frecuencia de cepillado dental
- Técnica incorrecta de cepillado dental

Con menor grado de influencia se presentó la escasa actividad física, nivel bajo de escolaridad, consumo de carbohidratos y dependencia.

Un tercer grupo poblacional en riesgo son los niños de 0 a 5 años, en un grado mucho menor que los dos grupos anteriores. Los factores

Gráfico 6

Gráfico Pareto factores riesgo para la Población Indígena Quitirrisi, Costa Rica, CCSS, SIRB 2014.



Fuente: elaboración propia

de riesgo que influyen su estado de salud son los siguientes:

- Bajos índices de ingreso económico
- Bajo nivel de escolaridad
- Técnica incorrecta de cepillado dental
- Alto grado de dependencia

Con menor grado de influencia se pudo mencionar poca frecuencia de cepillado dental, actividad física y consumo de carbohidratos.

Un cuarto grupo en riesgo fueron los adolescentes de 13 a 19 años. Los factores de riesgo que influenciaron en mayor proporción su estado de salud son:

- Bajos índices de ingreso económico.
- Poca frecuencia de cepillado dental.
- Técnica incorrecta de cepillado dental.

Con menor grado de influencia se pudo mencionar poca actividad física, consumo de carbohidratos y estado de la pieza dental.

Los demás grupos poblacionales, tales como adolescentes de 10 a 12 años y niños de 6 a 9 años presen-

taron menos influencia de factores de riesgo, aunque se pudo mencionar los bajos ingresos económicos y la escasa e incorrecta técnica de cepillado dental.

Según el análisis de los factores de riesgo en el ámbito de toda la población del territorio indígena de Quitirrisí, se determinó que los comunes a todos los grupos etarios y edades son: el bajo ingreso económico, la escasa frecuencia de cepillado dental y la incorrecta técnica de cepillado dental.

El ingreso económico es un factor de riesgo que no pudo ser modificado mediante un modelo de atención, pero sí fue un factor por tomar en cuenta, ya que puede ser un limitante para el acceso de la población a los servicios de salud, o para la adquisición de implementos necesarios para la higiene bucal.

En cuanto a la intervención de los otros dos factores como lo son la frecuencia y técnica de cepillado, se propone un modelo de atención basado en la familia y así lograr impactar a miembros de diferentes grupos etarios y edades en un mismo escenario. Dentro del 20%

de los factores que causan el 80% de los problemas bucodentales de la población indígena, también se encontró que la enfermedad periodontal y la escasa actividad física, afectan en una mayor proporción la salud bucodental de la población adulta.

Resulta importante aclarar algunos aspectos de factores que aunque no estuvieron dentro del 20% que se tiene que priorizar, se debieron tomar en cuenta al diseñar una estrategia de intervención por razones como el nivel de escolaridad al igual que el económico, que expresan el grado de complejidad que debieron utilizar los funcionarios del servicio de salud para comunicarse con la comunidad en actividades sobre todo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el objetivo de que el mensaje fuera transmitido de forma clara y precisa.

Otro aspecto por mencionar, es la importancia de comprometer a los adultos responsables de los niños de 0 a 6 años en actividades de las diferentes barreras de prevención, ya que el grado de dependencia es un factor vital por tomar en cuenta en esta población.

PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN BICULTURAL

Para lograr la interculturalidad en un modelo de atención se propone trabajar desde el mismo entorno de la comunidad, sin modificar su cultura y sus costumbres.

En el modelo de atención propuesto se requiere entremezclar lo mejor del modelo integral y el concepto originario indígena de salud o atención de la salud, por cuanto se pueden aplicar conocimientos y técnicas científicas a los individuos, y que se tome en cuenta su ser integral y su realidad cultural, económica y social en contraposi-

ción a la forma fragmentada, como tradicionalmente se ha realizado.

Se propone tratar a la población indígena desde su comunidad, debido a que este concepto no solo está relacionado con su territorio sino que tiene una trascendencia histórica al estar ligada a su organización político – comunitario. El enfoque familiar es importante debido principalmente a tres razones: la primera es la pertenencia y el ligamen de grupo como pilares que fortalecen la identidad étnica de esta comunidad, la segunda es cómo la influencia familiar afecta la salud de sus miembros por medio de sus hábitos y estilos de vida y la tercera es que mediante el escenario familiar se puede aplicar el concepto originario indígena de salud o atención de la salud para tratar no solo al individuo, sino también el contexto en el que se desenvuelve.

Para lograr el éxito del modelo propuesto es importante establecer alianzas estratégicas con equipos multiprofesionales, en las que los esfuerzos realizados actúen de manera sinérgica y organizada para atender las necesidades de los pobladores de Quitirrisí y lograr en estos la cultura del autocuidado, de tal manera que tanto las personas como sus familias tengan más protagonismo y participación en el cuidado de su salud y, por otro lado, el modelo de atención se anticipe a la aparición de la enfermedad o que responda de manera oportuna para recuperar el estado de bienestar.

Al tomar en cuenta la condición bucodental del territorio indígena de Quitirrisí, los factores determinantes de la salud, las características de un modelo de atención familiar y la interculturalidad necesaria, se expone a continuación aspectos importantes del modelo de atención propuesto para la po-

blación indígena de Quitirrisí:

1. El servicio de odontología debe contar con un diagnóstico de salud diferenciado en la comunidad indígena de Quitirrisí, para identificar las enfermedades bucodentales características por grupo etario y los factores determinantes de la salud que repercuten en estas enfermedades, con el objetivo de entender la salud de esta población y su interacción con múltiples factores, contextos y procesos que forman parte de la cosmovisión de la comunidad. El modelo intercultural que se propone se centra en los determinantes sociales de la salud del territorio indígena de Quitirrisí entre los que se mencionan, nivel de ingresos económicos, nivel de escolaridad, técnicas y frecuencia de cepillado, enfermedad periodontal y actividad física, entre otros.
2. Los pobladores del territorio indígena presentan en común los factores de riesgo de técnica y frecuencia de cepillado dental, por lo que se recomienda implementar actividades de promoción de la salud enfatizando en estos factores y utilizando el escenario familiar, por las razones siguientes: se pueden captar miembros de diferentes grupos etarios y edades en un mismo lugar; y en el caso de los niños de 0 a 6 años se debe comprometer a los adultos de quienes depende su salud bucodental. Para la niños de 6 a 12 años también es importante utilizar el escenario escolar debido a la facilidad de captar a esta población en un mismo lugar, por el tiempo que pasan en los centros educativos y la posibilidad de que el personal docente se pueda convertir en un aliado estratégico en la realización de actividades de promoción de la salud. Se aplican las mismas ra-

zones y escenarios para los adolescentes de 13 a 19 años.

3. En el caso de los adultos, cuya captación en los centros de atención es más difícil por la poca asistencia que presentan debido a horarios o compromisos laborales, se debe utilizar el escenario familiar para intervenciones de promoción de la salud y además aprovechar actividades como lo son reuniones de padres de familia en los centros educativos. En cuanto a actividades curativas referentes a la enfermedad periodontal y piezas cariadas, al igual que en el adulto mayor, es conveniente otorgar citas previas a pacientes identificados con riesgo, de moderado a alto.
4. En los grupos etarios tales como adulto, adulto mayor, niños de 0 a 5 años y adolescentes de 13 a 19 años se debe priorizar las actividades de intervención debido a que son los sectores más expuestos a factores de riesgo, lo cual se refleja en la condición bucodental expuesta en el SI-VEO.
5. En el modelo intercultural propuesto, es importante que los funcionarios de odontología sectoricen la comunidad, con el objetivo de que conozcan a las personas, las familias y la comunidad del territorio en el que están insertos y del que provienen sus usuarios. Es relevante que conozcan a las familias con las que tienen contacto, por cuanto el grupo familiar es el ámbito social primario del individuo, la matriz de socialización, que determina sus conductas, factores protectores o de riesgo para la salud, su vivencia y rol de la enfermedad, su perfil de uso del sistema de salud y el potencial de resultados terapéuticos favorables; además se tiene un

mayor control de la ubicación de las personas con riesgo moderado a alto, a las cuales se les puede matricular en un programa de seguimiento que implique programas de los diferentes niveles de prevención.

Para realizar esta sectorización:

- 5.1 Se deben establecer los criterios para subdividir a la población en conglomerados más pequeños, para lo cual es conveniente trabajar en conjunto con funcionarios auxiliares técnicos de atención primaria en salud (ATAPS), ya que ellos mapean la región que les corresponde visitar en el área de salud, y manejan información relevante, que es de gran utilidad.
- 5.2 Se deben determinar los límites geográficos de los sectores o delimitar grupos poblacionales específicos, como por ejemplo los que presentan más riesgo bucodental debido a que presentan mayor influencia de los factores determinantes de la salud, como son adultos de 20 a 59 años, adulto mayor y niños de 0 a 5 años.
- 5.3 Hay que conformar los equipos de trabajo multiprofesional con tareas y funciones definidas.
- 5.4 Cada equipo debe reconocer las características epidemiológicas, geográficas, socio-demográficas, de vivienda, etc., e identificar los recursos comunitarios u otros disponibles en el área.
Esta acción se puede realizar mediante una alianza estratégica con los funcionarios auxiliares técnicos de atención primaria en salud (ATAPS), los cuales tienen experiencia y conocimiento sobre técni-

cas de sectorización de la comunidad.

- 5.5 Se deben abrir espacios de comunicación, para construir relaciones de confianza y complementariedad en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad, para lo cual se recomienda establecer mesas interculturales de diálogos que garanticen autodeterminación, autonomía y cumplimiento de las normas.
- 5.6 Es importante mantener un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales como por ejemplo la Asociación de Desarrollo de Quitirrisí, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implantar con las acciones de salud interculturales.
- 5.7 En este modelo de atención se debe dar énfasis a la promoción de salud y prevención de la enfermedad, donde hay que recalcar las necesidades y los factores determinantes de la salud, entre los que destacan mejorar y promover adecuadas técnicas de cepillado dental y su frecuencia. Al mejorar estos dos factores de riesgo, también se estaría contribuyendo a disminuir la prevalencia de la enfermedad periodontal, que es otro de los factores determinantes de la salud que afecta a la comunidad.
- 5.8 Debido a que uno de los factores determinantes de la salud más significativos para esta población son los bajos ingresos económicos y este puede limitar el acceso a los servicios de salud, se recomienda tomar en cuenta la capacidad instalada del servicio de odontología del Área

de Salud Mora Palmichal y brindar atención en la propia comunidad, siempre y cuanto se tenga la infraestructura adecuada. Y de esta manera es posible garantizar el acceso oportuno a la atención de la salud.

- 5.9 Desarrollar programas permanentes de formación y capacitación continua a los funcionarios de salud sobre la realidad sociocultural en la que se inserten los servicios de salud con enfoque intercultural, y se aborden temas tales como grupos vulnerables, modelos de atención, características particulares de la población indígena de Quitirrisí, factores determinantes de la salud, transculturación e interculturalidad, entre otros. Los equipos de salud deben tener habilidades, conocimientos y destrezas para trabajar con familias en forma escalonada y progresiva según riesgo.
- 5.10 Participación de equipos de salud en actividades culturales convocadas por las comunidades, en las cuales se puede promover la actividad física de los pobladores con eventos deportivos, aeróbicos, bailes, etc.
- 5.11 Dedicar más tiempo para actividades comunitarias, prevención, visita domiciliar y formación de líderes comunitarios comprometidos en promover la salud de sus comunidades.
- 5.12 Los funcionarios deben trasladarse hasta las comunidades para que conozcan las mismas experiencias que viven los indígenas, y así comprendan hacia dónde deben dirigirse sus prioridades.

- 5.13 Para facilitar la implantación de programas y la comunicación fluida con la población indígena es necesaria la colaboración de facilitadores interculturales, en este caso, miembros líderes de la comunidad que se comprometan desinteresadamente en ayudar a la población.
- 5.14 Se debe dar una articulación estratégica con diferentes servicios de salud para visitar la comunidad e implementar proyectos. Como por ejemplo: técnicos de atención primaria, equipo básico atención integral, servidora social, psicología, etc.
- 5.15 Priorizar la atención de curación y rehabilitación individual para aquellas personas con riesgo de moderado a alto de padecer una enfermedad bucodental, mediante el otorgamiento de citas previas.
- 5.16 Los equipos de atención deben participar en el fortalecimiento, recuperación y desarrollo del concepto originario de atención de la salud indígena para facilitar los procesos de interculturalidad en el territorio de Quitirrisí. ■■■

Dra. Laury Vargas Rodríguez, Cirujano Dentista, Universidad de Costa Rica, Maestría Gerencia de la Salud, ICAP, Caja Costarricense Seguro Social, Costa Rica, lmvr23@hotmail.com

Dra. Yahaira Madrigal León, Cirujano Dentista, Universidad de Costa Rica, Maestría Gerencia de la Salud, ICAP, Caja Costarricense Seguro Social, Costa Rica, yahimale@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

(PNUD), P. d. (2013). *Informe Nacional de Desarrollo Humano del PNUD en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Clara Ines Angarita.

Aguayo, E. (2008). *Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario*. Santiago, Chile.

Aragón, V. (2006). *Salud contextualizado. Territorio indígena cabécar de Chirripó*. San José, Costa Rica.

Busso, G. (20 y 21 de Junio de 2001). Recuperado el 11 de marzo de 2015, de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf>

COLOSPI, C. L. (2013). *Plan Integral comunidad indígena de Quitirrisí. Cantón de Mora, San José, Costa Rica*.

Corrales, R. (2013). *Manual procedimiento vigilancia epidemiológica en odontología SIVO*. San José, Costa Rica.

Deportes, M. d. (2006). *Modelo de salud familiar comunitaria intercultural*. Bolivia.

Duarte, M. B. (2011). *Un modelo de atención en salud al pueblo wayuu en la frontera Colombia- Venezuela*. *Panam Salud Pública*, 272-278. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000900012>

Guendel, L. (2011). *Política social e intercultural: Un aporte para el cambio*. *Revista Intercambio*, 1-52. http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/. (s.f.).

Humanos, I. I. (2006). *Salud indígena y derechos humanos*. San José, Costa Rica.

indígenas http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Asi_vivimos_los_pueblos_indigenas.pdf. (s.f.).

INEC. (Abril de 2013). *Principales indicadores demográficos y socioeconómicos, Censo Nacional 2011*. San José, San José, Cost .

Juárez-Ramírez C, M.-S. M. (2014). *La desigualdad en salud, de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes*. *Rev Panam Salud Publica.*, 284–90.

Lao, W. (2012). *Indicadores globales de calidad en odontología*. San José, Costa Rica.

María Viviana López, M. C. (2008). *Análisis histórico - crítico de las contradicciones de la política social en materia de salud y las necesidades de la población indígena: el caso de Quitirrisí*. San José, Costa Rica.

Martins, D. V. (Octubre, 2013). *La intraculturalidad en las comunidades indígenas de la región metropolitana de Fortaleza- Brasil*. *Seminario de investigaciones #2*.

Medina, L. (2011). *Dificultad comunicacional entre los profesionales de odontología y los pacientes indígenas*. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 132-140.

MIDEPLAN, M. d. (Setiembre de 2013). *Costa Rica, Índice de Desarrollo Social*. Recuperado el 18 de Marzo de 2015, de <http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/8919cc42-afa2-4283-ab37-837547406763/IDS%202013.pdf>

Núñez, D. M. (2014). *Sistema y modelos de atención en salud*. San José, Costa Rica.

OMS. (2008). *La salud de las poblaciones indígenas*. Ginebra, Suiza.

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación* . Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal, S.A.

- ONU. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*.
- Ornat, R. (2002). *Proceso de etnogénesis en Quitirrisí: Identidad y poder*. San José, Costa Rica.
- Palmichal, Á. d. (2013-2014). *Balances 2013-2014. Cantón de Mora*, San José, Costa Rica.
- primaria, S. d. (2013). *Orientaciones para la planificación y programación en red*. Santiago, Chile.
- Quesada, M. (1999). *Los huetares: Historia, lengua etnográfica y tradición oral*. Cartago, Costa Rica: Editorial Tecnológica de Costa Rica.
- Quintero, E. P. (s.f.). *Modelo de salud para pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta*. Colombia.
- Rica, F.N. (2005). *Situación de las condiciones de salud de los pueblos indígenas de Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- Rica, M. d. (2005). *Reserva Indígena de Quitirrisí*. En M. d. Rica, *Análisis Situación Integral de la Salud* (pág. 22). Cantón de Mora, San José.
- Ruales, J. (2004). *Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud*. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 33-39.
- Ruales, J. (2004). *Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33-39.
- Salas, M. M. (2008). *Identidad étnica en indígenas huetares de Quitirrisí*. San José, Costa Rica.
- Salud, O. M. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A.
- Sanchón, M. (s.f.). *Salud pública y atención primaria de salud*.
- Silva, C. P. (2014). *Las múltiples alternativas en el desarrollo: Más allá de la interculturalidad étnica*. *Revista de antropología social*, 55-72.
- Silvia Barrios Ureña, L. V. (2007). *Pueblos indígenas de Costa Rica: su derecho constitucional a la salud. Cómo lo entiende el sistema dominante?* San José, Costa Rica.
- UNICEF. (2009). *Así vivimos los pueblos indígenas*. San José, Costa Rica.
- Vignocio, J. (2007). *Salud y enfermedad. Determinantes de la salud*. Montevideo, Uruguay.

