

# MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

*“La salud es territorio,  
es palabra, es memoria,  
es espiritualidad,  
es vida...”*

Universidad Latina de Costa Rica  
Facultad de Ciencias de Salud  
Escuela de Odontología

**MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES  
INDÍGENAS COSTARRICENSES**

San José, Costa Rica  
2025



## **MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES**

### **EQUIPO DE TRABAJO:**

Dr. Sergio Castro Mora, Director de Carrera

Dra. Reyna Garita Quesada, Coordinadora de Investigación

Dr. Randall Masís Muñoz, Coordinador de Odontología Social

“Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este documento, siempre y cuando se cite la fuente y su distribución sea gratuita”.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

## ÍNDICE

### 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes a nivel internacional

1.2. Población indígena costarricense

1.3. Salud bucal en población indígena costarricense

1.4. Justificación del Modelo de Promoción y Protección de la Salud Bucal en poblaciones indígenas costarricenses

### 2. OBJETIVOS

### 3. MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUES TEÓRICOS

### 4. MARCOS INSTITUCIONALES EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL INDÍGENA

### 5. MARCO LEGAL

### 6. MODELO DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

6.1. Gobernanza y liderazgo comunitario

6.2. Interculturalidad en la promoción y protección de la salud bucodental

6.3. Reorientación de recursos estatales y articulación intersectorial

6.4. Sostenibilidad y Evaluación Participativa

### 7. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

### 8. REFLEXIONES FINALES

### 9. REFERENCIAS

### ANEXOS - Guía de implementación

## **1. INTRODUCCIÓN**

---

En el ámbito de la salud pública y la atención sanitaria, los modelos de salud desempeñan un papel fundamental al proporcionar marcos conceptuales que orientan la comprensión de los procesos de salud-enfermedad y la organización de los sistemas de salud. Estos modelos no solo guían la práctica clínica y la formulación de políticas, sino que también reflejan las concepciones culturales, sociales y científicas predominantes en una sociedad determinada.

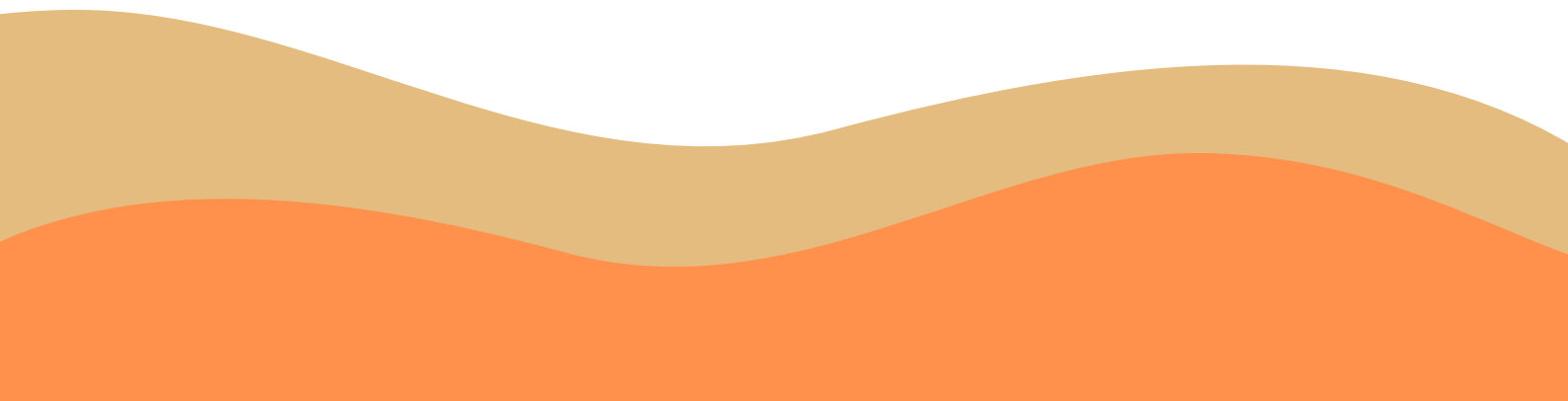
El presente documento establece las bases teóricas, conceptuales y metodológicas que permiten el abordaje de las necesidades en salud bucodental de los pueblos indígenas costarricenses desde un enfoque etnográfico, territorial y de derechos humanos.

### **1.1. Población indígena costarricense**

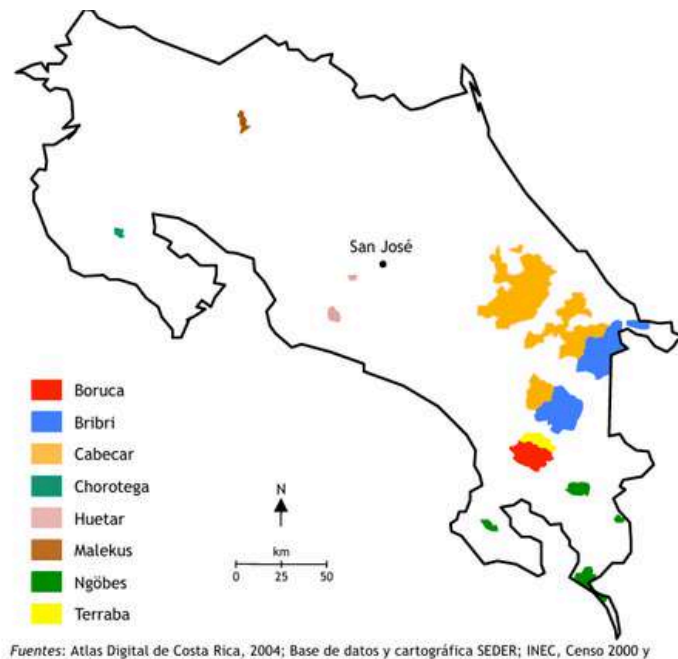
Costa Rica alberga una diversidad cultural profunda y milenaria que se expresa con singular fuerza en los pueblos indígenas. Esta población, aunque cuantitativamente minoritaria —representando aproximadamente el 2,4% del total nacional, según el Censo Nacional 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2013)— constituye un componente central en la construcción histórica, territorial y simbólica del país.

Históricamente, los pueblos originarios han habitado los actuales territorios costarricenses desde tiempos precolombinos, organizándose en cacicazgos complejos, con formas propias de producción, espiritualidad, arte y organización sociopolítica. Durante la colonización, sufrieron un proceso sostenido de desestructuración cultural y territorial, cuyas secuelas aún persisten en forma de exclusión, discriminación y desigualdad estructural (Guevara, 2013).

Actualmente, el Estado costarricense reconoce formalmente a ocho pueblos indígenas: Bribri, Cabécar, Ngäbe (Guaymí), Buglé, Maleku, Boruca, Térraba y Huetar. Cada uno de ellos posee características particulares en términos lingüísticos, cosmovisión, organización comunal, estructuras familiares, prácticas agrícolas y expresiones rituales (UNESCO, 2011; Ministerio de Educación Pública, 2016).



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES



Los pueblos Bribri y Cabécar, ubicados principalmente en Talamanca y en la Cordillera de Talamanca, conservan en buena medida sus lenguas originarias, sus sistemas de medicina tradicional y una fuerte identidad espiritual vinculada a la tierra y al equilibrio cósmico (Fonseca Vindas, 2005; MEP, 2016).

Los pueblos Ngäbe y Buglé, presentes en el sur del país, especialmente en Coto Brus y zonas fronterizas con Panamá, mantienen relaciones transfronterizas que vuelven complejo su reconocimiento jurídico e institucional. Viven una movilidad constante entre ambos países, lo cual genera desafíos en salud, educación y documentación legal (Defensoría de los Habitantes, 2021).

Los Maleku, en Guatuso, presentan una estructura sociocultural cohesionada pero una marcada vulnerabilidad territorial, con tierras reducidas y presiones externas sobre sus recursos. Los Boruca y Térraba, en la región Brunca, han enfrentado procesos de aculturación intensos, aunque conservan prácticas artesanales y rituales profundamente significativos (Chacón Zúñiga, 2004).

El pueblo Huetar, sin lengua viva documentada, se localiza principalmente en la zona central del país, con una identidad cultural que permanece presente en las prácticas comunitarias, los sistemas de parentesco y la memoria colectiva (Estrada, 2012).

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Geográficamente, los 24 territorios indígenas oficialmente reconocidos se distribuyen en zonas rurales, montañosas o fronterizas, muchas veces con limitado acceso a infraestructura, servicios de salud, transporte y tecnología (CCDRI, 2022; Guevara 2011). Esta ubicación, lejos de ser una variable pasiva, incide directamente en las formas de organización comunal, en el acceso a derechos y en las estrategias de resistencia cultural.



Fuente: Imagen generada con Canva i.a., con fines ilustrativos

Para el abordaje de la salud bucodental, es indispensable comprender a los pueblos indígenas como sujetos históricos, activos y diversos. No constituyen una categoría homogénea, sino una pluralidad de comunidades con trayectorias, lenguas, epistemologías y desafíos propios. Esta diversidad, lejos de representar un obstáculo, debe ser el punto de partida para cualquier propuesta en salud pública, especialmente en salud bucodental, si se aspira a un enfoque verdaderamente intercultural, participativo y justo.

## **1.2. Salud bucal en población indígena costarricense**

La salud bucodental de los pueblos indígenas en Costa Rica refleja una compleja interacción de factores estructurales, históricos y culturales que se traducen en brechas significativas en el acceso, la calidad y la pertinencia de los servicios odontológicos. Estos factores incluyen condiciones geográficas adversas, carencias educativas, exclusión histórica y limitaciones en la cobertura y la equidad de las políticas públicas, todos ellos determinantes sociales que inciden directamente sobre la salud oral de esta población.

Esta problemática además ha sido permeada por modelos biomédicos tradicionales que tienden a invisibilizar las particularidades socioculturales y territoriales de los pueblos originarios, incrementando las distancias en el ejercicio del derecho a la salud bucodental.

En Costa Rica, aunque el modelo de seguridad social contempla formalmente la atención odontológica dentro de sus prestaciones, múltiples investigaciones y diagnósticos situados han demostrado que las comunidades indígenas enfrentan serias barreras en el acceso efectivo a dichos servicios. A pesar del sistema de seguro social universal, se estima que cerca de un 10,8 % de los habitantes indígenas no están asegurados por la CCSS y que el acceso efectivo a servicios odontológicos se ve dificultado por largas distancias, vías de comunicación deficientes, falta de transporte, barreras lingüísticas y una distribución desigual del recurso humano especializado.

Problemas recurrentes en salud	Cantidad de territorios que lo menciona
Inexistencia de EBAIS	3
Problema de transporte al centro de salud	4
Escasez de medicamentos	4
Mala infraestructura	6
Irrespeto a la cultura indígena, mal servicio	5
Lejanía y acceso	5
Pocas visitas de campo	1
Poca disponibilidad de citas	3
Poco personal	3
No hay estudios sobre la población	1
Falta de charlas sobre higiene	1
Contaminación del agua	2

Fuente: Elaboración propia según resultados de talleres de consulta con población joven indígena para la Política Pública de la Persona Joven 2020-2024

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Por ejemplo, en regiones indígenas como Huetar Norte, Brunca y Central Norte, la relación odontólogo-paciente supera los 13 000 habitantes por profesional, muy por encima de la proporción ideal de 1 por cada 5 000 estipulada por el Plan Nacional de Atención en Salud Bucodental (Cairol y Obando, 2023).



Fuente: Elaboración propia según datos suministrados por Cairol y Obando, 2023

Estudios desarrollados por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2018) y por organismos independientes (Fundación Sifais, 2020) señalan que la prevalencia de caries dental no tratada, enfermedad periodontal y pérdida dental en poblaciones indígenas supera significativamente los promedios nacionales, particularmente en personas adultas mayores, población infantil en edad escolar y mujeres en edad reproductiva. Esta situación se agrava en comunidades como Talamanca, Alto Telire, Rey Curré, Cabagra y Abrojo-Montezuma, donde el acceso a la atención bucodental formal es casi inexistente durante meses consecutivos.

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Además de estas condiciones estructurales, la salud bucal se ve afectada por la persistencia de prácticas discriminatorias que se originan en el sistema educativo. La falta de traductores, el diseño curricular monocultural y la escasa valoración de los saberes tradicionales reproducen un entorno de exclusión que repercute en el conocimiento, las prácticas y la actitud frente a la higiene bucal (Morales, 2016; De León, 2024). La educación deficiente se convierte así en un factor indirecto que amplifica el riesgo de padecer enfermedades como caries, enfermedad periodontal y pérdida de piezas dentales, patologías comunes en comunidades como la ngäbe buglé de Coto Brus, donde la situación bucodental ha sido calificada como crítica (Leandro, 2019).

En algunas comunidades se han adaptado recursos culturalmente apropiados para la higiene oral, como el uso de hilos de costales de polipropileno, que cumplen una función similar al hilo dental, demostrando formas creativas de autocuidado con pertinencia cultural y bajo costo (UNICEF, 2012). Sin embargo, estos esfuerzos locales no son suficientes frente a la ausencia de políticas sostenidas que fortalezcan los servicios públicos desde un enfoque intercultural.

Los modelos actuales de atención tienden a replicar una visión biomédica que no siempre considera la cosmovisión indígena, ni el rol de los terapeutas tradicionales como el awá, el sukia o el jawa, cuya influencia en el bienestar integral de la comunidad es vital (Bozzoli, 2002). La falta de integración entre estos saberes y la medicina occidental genera tensiones que pueden disminuir la aceptación de los servicios odontológicos institucionales.



Fuente: Imagen generada con Canva i.a., con fines ilustrativos

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Esta realidad no puede abordarse únicamente con medidas asistenciales. La salud bucal debe entenderse como resultado de determinantes sociales complejos, que incluyen factores como el nivel educativo, los ingresos familiares, las condiciones de vivienda, el acceso a agua segura, la alimentación, las creencias culturales y las relaciones históricas con las instituciones del Estado (PAHO, 2021; OPS, 2023).

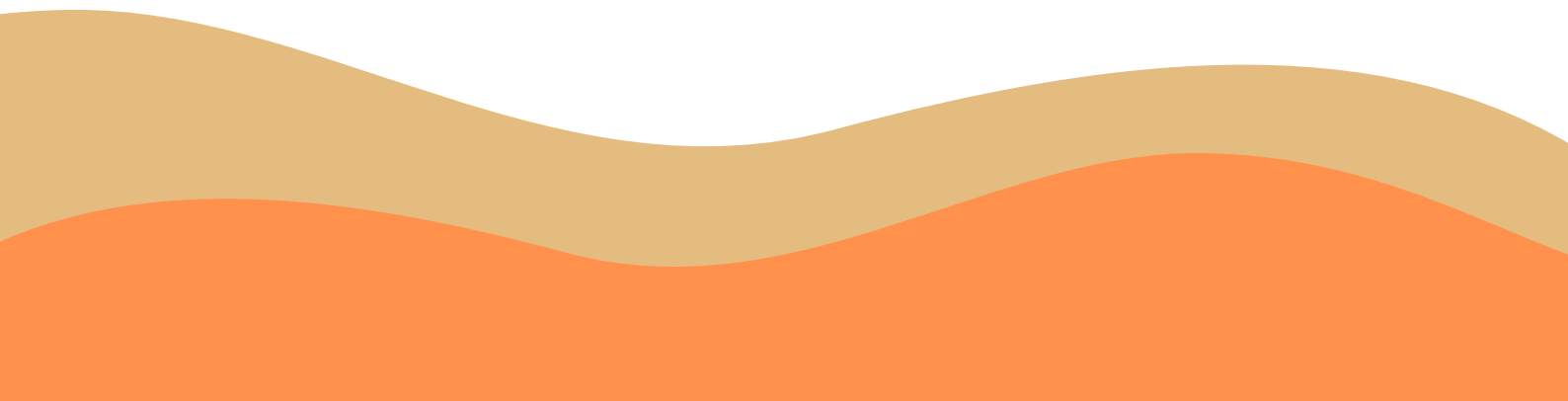
Así, la salud bucal en contextos indígenas requiere ser abordada como un componente integral de las estrategias de salud comunitaria, que articule la participación activa de las comunidades, el respeto a los sistemas de salud tradicionales, el fortalecimiento de capacidades locales y la incorporación de promotores comunitarios bilingües con formación básica en salud oral.

En algunas comunidades se han adaptado recursos culturalmente apropiados para la higiene oral, como el uso de hilos de costales de polipropileno, que cumplen una función similar al hilo dental, demostrando formas creativas de autocuidado con pertinencia cultural y bajo costo (UNICEF, 2012). Sin embargo, estos esfuerzos locales no son suficientes frente a la ausencia de políticas sostenidas que fortalezcan los servicios públicos desde un enfoque intercultural.

### **1.3. Justificación del Modelo de Promoción y Protección de la Salud Bucal en poblaciones indígenas costarricenses.**

El abordaje intercultural, lejos de ser un añadido protocolario, constituye una condición ética y operativa para garantizar intervenciones pertinentes, sostenibles y efectivas. Diversos programas internacionales de la OMS y la OPS han reconocido que el diseño de estrategias de salud bucal en comunidades indígenas debe partir de diagnósticos participativos, procesos de consulta previa e incorporación de prácticas locales (OMS, 2016; PAHO, 2021).

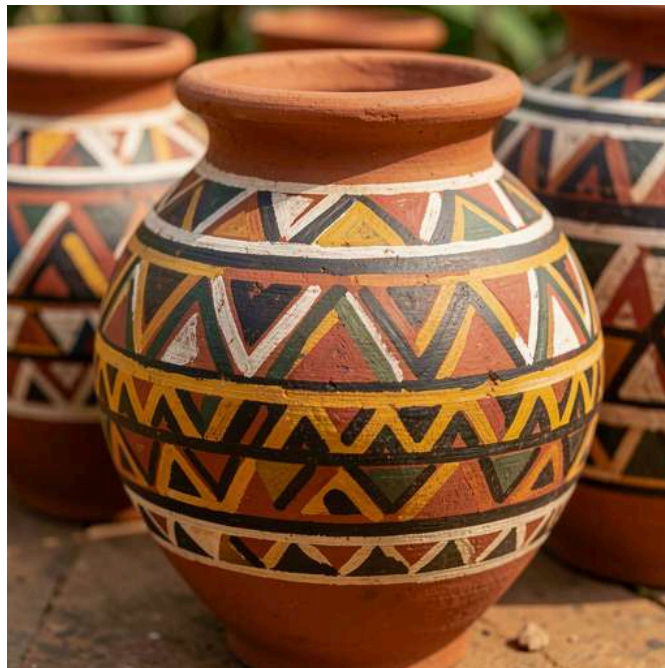
El panorama de la salud bucal en las poblaciones indígenas de Costa Rica refleja una deuda histórica acumulada. Requiere con urgencia el tránsito hacia modelos comunitarios, integrales, interculturales y equitativos, que trasciendan la lógica curativa para centrarse en la promoción de derechos, el fortalecimiento de capacidades locales y la creación de entornos saludables.



## **2. OBJETIVOS**

---

- a) Proveer bases teóricas y conceptuales para el abordaje integral de la salud bucal de las poblaciones indígenas costarricenses desde un enfoque etnográfico e intercultural, que integre los saberes y prácticas de este grupo social al conocimiento científico que aporta la profesión.
  
- b) Fortalecer el reconocimiento del derecho que las poblaciones indígenas costarricense tienen en materia de salud bucal, tanto en acceso como en calidad de los servicios disponibles.
  
- c) Ofrecer lineamientos metodológicos generales que orienten la atención del proceso salud-enfermedad en las poblaciones indígenas costarricenses y permita la elaboración de políticas, planes, programas y proyectos que respondan a las particularidades de los distintos territorios



Fuente: Imagen generada con FreePik i.a., con fines ilustrativos

### **3. MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUES TEÓRICOS**

---

#### **Modelos de Atención en Salud:**

Un modelo de salud, como representación teórica o conceptual que describe y explica los factores que influyen en la salud de los individuos y las poblaciones, sirve como herramientas para analizar y abordar los determinantes de la salud, facilitando la planificación, implementación y evaluación de intervenciones sanitarias.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud comprende "todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud" (OMS, 2007). Dentro de este sistema, los modelos de salud proporcionan las bases teóricas para estructurar los servicios y las políticas de salud.

Los modelos de salud bucal permiten estructurar intervenciones que van más allá del tratamiento clínico, incorporando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la participación comunitaria y la formulación de políticas públicas en esta materia. Su finalidad es explicar los determinantes de la salud bucal, guiar la intervención odontológica y promover estrategias de promoción, prevención y rehabilitación dentro de un enfoque integral y equitativo (Ministerio de Salud Pública de Ecuador [MSP], 2018).

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

### Modelo preventivo

Este modelo se centra en la prevención de enfermedades bucales mediante estrategias como la educación para la salud, la promoción de hábitos saludables, la utilización de flúor y la aplicación de selladores dentales. Busca reducir la incidencia de caries y enfermedades periodontales antes de que se desarrollen. Se basa en un enfoque poblacional, con énfasis en la infancia y adolescencia (MSP, 2018).

### Modelo curativo

Tradicionalmente dominante en los sistemas de salud, este modelo se centra en el tratamiento clínico de las enfermedades bucales ya establecidas, como caries y enfermedades periodontales, a través de procedimientos clínicos. Este modelo, aunque necesario, no aborda las causas subyacentes de las enfermedades bucales, sino que más bien ha generado críticas por su visión reduccionista y poco sostenible en salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

### Modelo integral

Combina acciones curativas, preventivas, educativas y de rehabilitación, considerando los determinantes sociales de la salud y promoviendo la equidad en el acceso a los servicios odontológicos. Este modelo reconoce la importancia de factores como el nivel educativo, el ingreso económico, la ubicación geográfica o el acceso a servicios influyen en la salud bucal de las personas (FDI World Dental Federation, 2021).

### Modelo intercultural

Este modelo incorpora el respeto por la diversidad cultural y el diálogo de saberes entre la odontología científica y los conocimientos tradicionales. Reconoce y valora las prácticas y conocimientos tradicionales en salud oral de diferentes culturas, integrándolos en la prestación de servicios odontológicos. Este enfoque es especialmente relevante en comunidades indígenas y rurales, donde las prácticas tradicionales tienen un papel importante en la salud bucal, pues permite diseñar estrategias culturalmente adecuadas que fortalecen la participación y la autonomía comunitaria (Castiblanco et al., 2021).

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Comprender y aplicar diferentes modelos de salud permite a los profesionales y responsables de políticas de salud abordar de manera más efectiva los desafíos sanitarios contemporáneos. Al integrar perspectivas biológicas, psicológicas, sociales y ecológicas, que afectan la salud bucal, se pueden desarrollar estrategias más holísticas y equitativas para mejorar la salud de las poblaciones.

Además, en el marco de las metas de desarrollo sostenible y de la estrategia de cobertura universal, el desarrollo de modelos de salud bucal basados en derechos, equidad y participación es prioritario (OMS, 2021).

El modelo intercultural propuesto en este documento tiene asidero en tres enfoques orientadores que dan sentido al planteamiento:

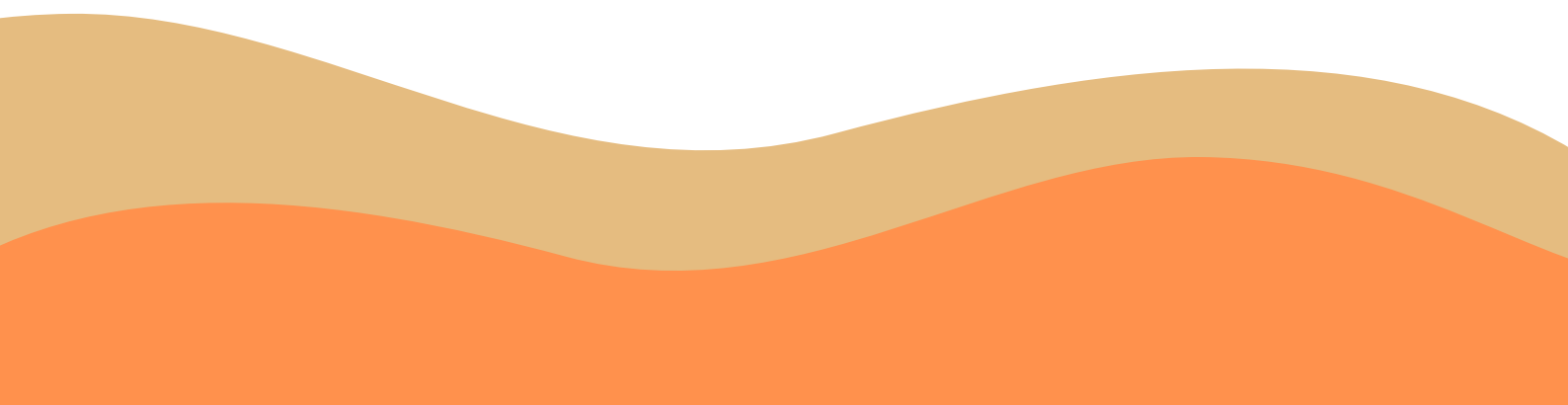


## **Enfoque Etnográfico**

El enfoque etnográfico, como estrategia epistemológica, permite comprender la salud bucal en contextos indígenas desde los significados y prácticas cotidianas que las comunidades otorgan a su bienestar. Su aplicación no se reduce a la simple descripción de costumbres, sino que implica una inmersión profunda en los sistemas de representación simbólica, en la ritualidad del cuerpo, la alimentación, el dolor y la enfermedad. Este enfoque se orienta a capturar la cosmovisión indígena respecto al proceso salud-enfermedad-cuidado, reconociendo que la salud bucal no puede ser disociada de los valores, creencias, vínculos espirituales y memorias territoriales de los pueblos originarios.

En Costa Rica, pueblos como los Maleku y los Chorotega han sostenido prácticas alimentarias, rituales de curación y expresiones lingüísticas que configuran su identidad cultural, la cual, al ser erosionada por procesos de aculturación, colonización y exclusión social, incide directamente en el acceso y la valoración de la salud oral. Por ejemplo, la pérdida de la lengua nativa, denunciada por Umaña (2011), implica no solo un empobrecimiento simbólico, sino también una barrera comunicativa en la relación clínica, especialmente cuando el modelo biomédico no incorpora traductores ni referentes interculturales.

Este enfoque permite visibilizar cómo el conocimiento tradicional, transmitido intergeneracionalmente por ancianas, curanderos y parteras, incluye prácticas preventivas y terapéuticas que pueden entrar en diálogo con la promoción de la salud bucal. Sin embargo, esta riqueza ha sido históricamente ignorada por la medicina oficial. Como sugiere Acevedo (2022), muchas comunidades indígenas latinoamericanas solo recurren a servicios odontológicos en casos extremos, debido a la desconfianza hacia una atención que no reconoce sus significados culturales sobre el cuerpo y la enfermedad.



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Desde la salud pública bucal, integrar un enfoque etnográfico significa abandonar la idea de modelos universales y normativos, y asumir que la efectividad de la promoción depende de su capacidad de adaptación a los saberes locales. En este sentido, el diseño de programas debe sustentarse en procesos dialógicos, donde las comunidades definan qué significa para ellas tener una "boca sana", cómo se construye el valor del cepillado, qué alimentos son considerados protectores o dañinos, y cuáles son los tiempos, espacios y agentes adecuados para la intervención.

Así, la etnografía se vuelve una herramienta política y epistémica para construir modelos de promoción de salud bucal contextualizados, que no patologizan la diferencia ni perpetúan la exclusión, sino que reconocen la dignidad cultural de los pueblos indígenas y la diversidad de formas de habitar la salud.

### **Enfoque territorial**

El enfoque territorial introduce una perspectiva integradora que vincula las condiciones geográficas, ecológicas, sociales y políticas del espacio habitado con los procesos de salud y enfermedad. Desde la sociología rural y la planificación en salud, este enfoque reconoce que los territorios indígenas no son meros espacios físicos, sino construcciones históricas con densidad simbólica, donde se expresa la lucha por la autonomía, la conservación del ambiente y la defensa del buen vivir.

En los territorios indígenas costarricenses, la marginación estructural se refleja en múltiples capas: lejanía de los servicios de salud, caminos intransitables, baja cobertura eléctrica y digital, y deterioro de las fuentes de agua. Estos factores dificultan el acceso a los servicios odontológicos y comprometen la equidad en salud. Como señala Burke (2014), para muchos jóvenes indígenas, la única vía de acceso a la educación superior o a servicios especializados implica abandonar su territorio, con las consecuencias de desarraigo, discriminación y pérdida cultural.

## **MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES**

La promoción de la salud bucal debe, por tanto, asumir una lógica territorializada, entendiendo que los determinantes sociales no operan en abstracto, sino que se configuran en paisajes concretos. Las diferencias entre los Maleku y los Chorotega en cuanto a estructura económica, patrones de vivienda y grado de integración a la economía de mercado evidencian que no existe una única manera de ser indígena ni una sola forma de habitar el territorio.

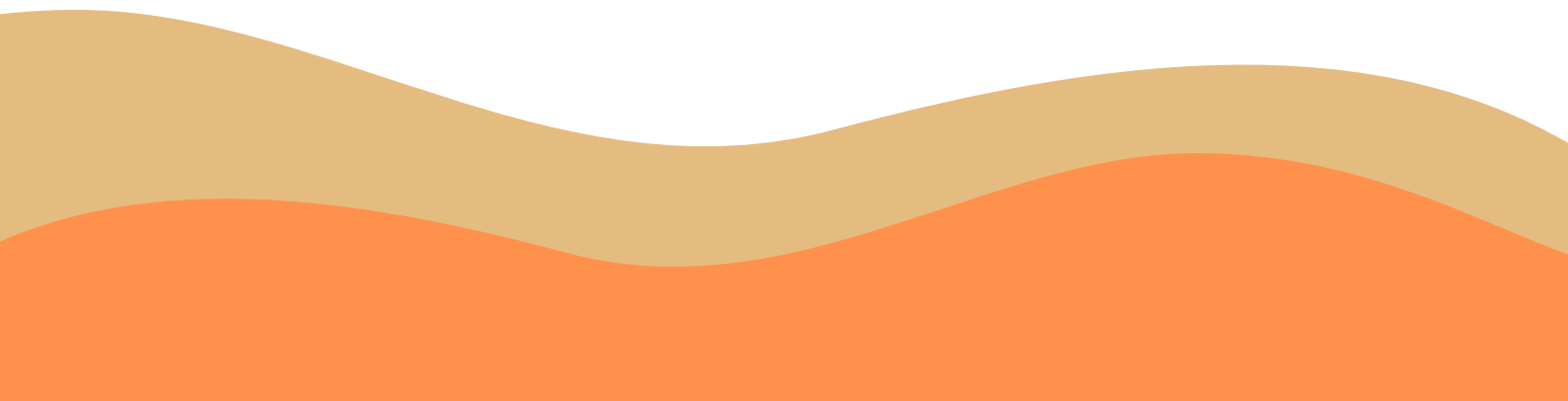
Además, el enfoque territorial exige considerar los impactos ambientales —como la deforestación, la contaminación de fuentes hídricas o la expansión turística— que afectan no solo la salud física, sino también la soberanía alimentaria, la biodiversidad y los medios de subsistencia, con implicaciones directas sobre la salud bucal.

Desde la salud pública bucal, territorializar las intervenciones implica descentralizar los servicios, adaptar horarios, fortalecer la teleodontología, e incluso capacitar promotores comunitarios dentro de las propias comunidades, reconociendo que la promoción no puede realizarse desde la distancia, la homogenización ni la verticalidad.

El enfoque territorial no solo reubica geográficamente la salud bucal, sino que exige un compromiso ético con la justicia espacial. Implica ver el territorio no como obstáculo, sino como potencial para la innovación social y la participación comunitaria en salud, contribuyendo a consolidar modelos sustentables, resilientes y culturalmente pertinentes para los pueblos indígenas de Costa Rica.

### **Enfoque de Derechos Humanos**

La salud bucal, tradicionalmente relegada en los sistemas de salud, ha sido reivindicada en las últimas décadas como parte indisoluble del derecho humano a la salud. Esta afirmación encuentra sustento tanto en el marco jurídico internacional de los derechos humanos como en la literatura científica y la práctica clínica-comunitaria que reconoce la salud bucal como componente esencial del bienestar físico, psicosocial y colectivo.



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

El derecho a la salud, consagrado en instrumentos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ha sido interpretado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N.º 14 como un derecho que incluye todas las dimensiones del estado físico y mental, lo cual abarca la salud oral. En consecuencia, la salud bucal debe ser comprendida desde una perspectiva de integralidad, equidad y justicia.

El tratamiento institucional de la salud bucal en Costa Rica ha sido históricamente fragmentado y excluyente, lo cual vulnera los principios de universalidad y no discriminación. Datos reportados por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2018) y la Defensoría de los Habitantes (2021) evidencian que la implementación efectiva de la atención odontológica en comunidades indígenas enfrenta barreras administrativas, territoriales y lingüísticas que resultan en exclusión fáctica. Asimismo, la revisión de la Política Nacional de Salud Bucal 2022–2032 del Ministerio de Salud (2019) indica que esta carece de un enfoque diferencial, lo que limita su alineación con los principios de derechos humanos en salud.

La salud bucal, como derecho humano, exige que los Estados garanticen servicios disponibles, accesibles, aceptables y de calidad (AAAQ), conforme lo establece el marco internacional. Esta exigencia no puede entenderse exclusivamente en términos de infraestructura física o número de odontólogos por habitante. Como señalan lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) y estudios desarrollados por la CCSS (2018), la accesibilidad en salud bucal implica también el respeto a la diversidad cultural, la disponibilidad de atención en lenguas originarias, la incorporación de saberes ancestrales y la eliminación de prácticas institucionales que reproducen el racismo estructural.

Desde un enfoque interdisciplinario, el reconocimiento de la salud bucal como derecho humano implica una revisión crítica de los marcos epistemológicos que sustentan las políticas sanitarias. En clave filosófica, esta noción remite a la dignidad inherente de toda persona y al imperativo ético de garantizar condiciones que permitan una vida plena y autónoma. En términos sociológicos y de trabajo social, exige transformar las condiciones estructurales que perpetúan las desigualdades en salud, incorporando acciones afirmativas y estrategias participativas que empoderen a las comunidades.

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Los aportes de la psicología comunitaria y la salud colectiva también enriquecen este análisis, al visibilizar el impacto subjetivo de la exclusión en salud bucal: la vergüenza, el dolor silenciado, la pérdida de autoestima y la limitación en las interacciones sociales y laborales. Por tanto, garantizar el derecho a la salud oral no es únicamente una acción técnica, sino una apuesta ética, política y cultural por el bienestar integral.

Reconocer la salud bucal como derecho humano, particularmente en contextos históricamente vulnerabilizados como los pueblos indígenas, obliga a replantear los modelos de atención, superando el asistencialismo y promoviendo la justicia redistributiva, el diálogo de saberes y la autonomía colectiva.



Fuente: Imagen generada con FreePik i.a., con fines ilustrativos

## **4. MARCOS INSTITUCIONALES EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL INDÍGENA**

---

La atención de la salud bucal en los pueblos indígenas de Costa Rica se inscribe en el marco de los compromisos asumidos por el Estado costarricense en materia de derechos humanos, equidad en salud y reconocimiento de la diversidad cultural. Estos compromisos se expresan tanto en la normativa nacional, como en iniciativas institucionales orientadas a superar las barreras históricas de acceso y a implementar políticas de salud inclusivas con enfoque intercultural.

La Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032, elaborada por el Ministerio de Salud, establece como uno de sus pilares la equidad en el acceso a servicios preventivos, promocionales y curativos. Reconoce explícitamente la situación de desventaja de ciertos grupos sociales, incluidos los pueblos indígenas, e incorpora lineamientos que contemplan las características socioculturales y territoriales de estas poblaciones (Ministerio de Salud, 2022). Asimismo, la Política propone la construcción de protocolos diferenciados de atención y la integración de estrategias educativas, aunque su implementación aún enfrenta limitaciones importantes.

Entre los actores institucionales, destaca la participación del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, que ha impulsado acciones concretas de promoción y atención gratuita en comunidades indígenas, en coordinación con organizaciones locales y bajo un enfoque de responsabilidad social. En palabras del Dr. Rafael Porras, presidente del Colegio (2017-2019), una de las prioridades institucionales es “educar a la población sobre la importancia de la salud bucal y llevar atención gratuita a comunidades en condición vulnerable, como los pueblos indígenas” (Porras, 2020). Además, este colegio profesional elaboró en 2011 una propuesta de política nacional de salud bucal dirigida a poblaciones prioritarias, aunque su alcance fue limitado en materia de interculturalidad (Salas, 2022).

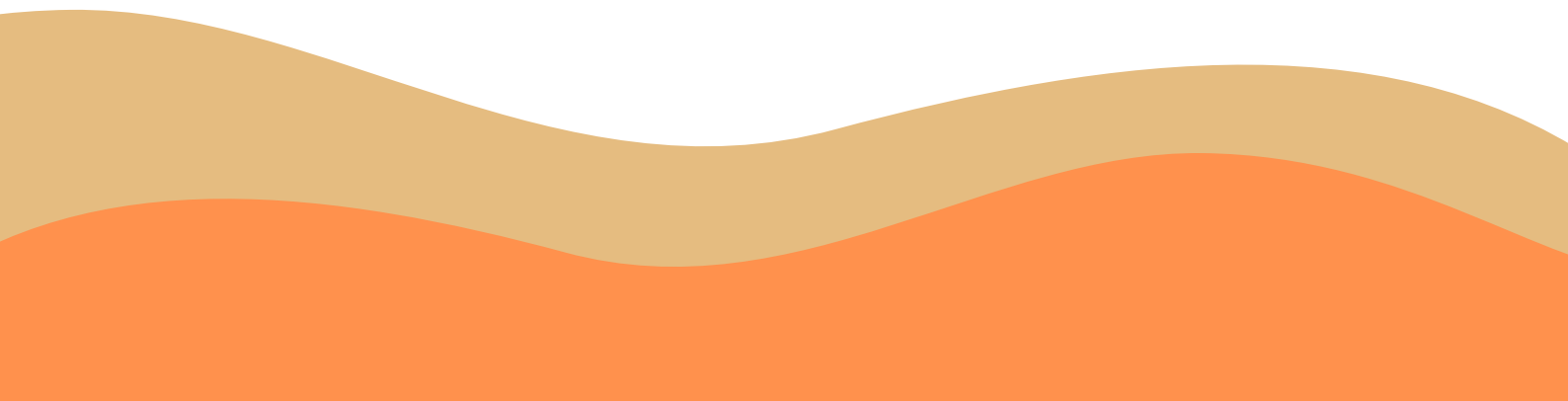
## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

La atención de la salud bucal en los pueblos indígenas de Costa Rica se inscribe en el marco de los compromisos asumidos por el Estado costarricense en materia de derechos humanos, equidad en salud y reconocimiento de la diversidad cultural. Estos compromisos se expresan tanto en la normativa nacional, como en iniciativas institucionales orientadas a superar las barreras históricas de acceso y a implementar políticas de salud inclusivas con enfoque intercultural.

La Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032, elaborada por el Ministerio de Salud, establece como uno de sus pilares la equidad en el acceso a servicios preventivos, promocionales y curativos. Reconoce explícitamente la situación de desventaja de ciertos grupos sociales, incluidos los pueblos indígenas, e incorpora lineamientos que contemplan las características socioculturales y territoriales de estas poblaciones (Ministerio de Salud, 2022). Asimismo, la Política propone la construcción de protocolos diferenciados de atención y la integración de estrategias educativas, aunque su implementación aún enfrenta limitaciones importantes.

Iniciativas como las jornadas de salud oral en Coto Brus, que integran a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), líderes comunitarios y entes privados, evidencian los esfuerzos de articulación interinstitucional en algunos territorios (Ortiz, 2024). No obstante, los informes disponibles apuntan a una fragmentación persistente de los esfuerzos institucionales. Las intervenciones siguen siendo aisladas, muchas veces coyunturales, sin procesos sistemáticos de seguimiento, ni indicadores que midan su impacto real. Además, las poblaciones indígenas continúan enfrentando barreras estructurales como la escasa presencia de personal odontológico en zonas rurales, las dificultades geográficas de acceso, la falta de programas adaptados lingüística y culturalmente, y la débil institucionalización de la salud oral dentro de los servicios de atención primaria (Isidro Olán et al., 2022).

En el plano de la protección social, instituciones como el IMAS, INAMU y PANI han sido corresponsables en algunas iniciativas relacionadas con la salud bucal, principalmente en la infancia. Por ejemplo, el PANI ha participado en procesos de capacitación a familias sobre salud oral en el marco del programa “Una sonrisa para toda la vida” (Política Nacional de Salud Bucal, 2022). Sin embargo, estas acciones carecen de sostenibilidad territorial y no forman parte de una política de largo plazo.



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES



Fuente: Imagen generada con Canva i.a., con fines ilustrativos

Desde la sociedad civil, se han documentado aportes valiosos de organizaciones no gubernamentales como Hands for Health Costa Rica y Comunident, que han logrado desarrollar programas educativos y giras odontológicas con enfoque intercultural en comunidades cabécares, a pesar de no contar con sistematización académica o respaldo presupuestario sostenido (Hands for Health Costa Rica, 2018; Comunident, 2014). Estas experiencias, aunque localizadas, evidencian el potencial de las alianzas respetuosas entre profesionales de la salud y estructuras comunitarias indígenas.

A pesar de los avances, persisten vacíos institucionales que dificultan el goce efectivo del derecho a la salud bucal de los pueblos originarios. Entre ellos, sobresale la escasa articulación entre actores estatales y comunitarios, la ausencia de financiamiento específico para acciones sostenibles, y la débil participación indígena en los procesos de toma de decisiones en salud. La construcción de un modelo de atención que responda a los principios de equidad, pertinencia cultural e integralidad exige una transformación estructural del sistema de salud y el compromiso activo de todos los sectores involucrados.

El desafío inmediato para las instituciones costarricenses es superar el carácter asistencialista de las intervenciones actuales y avanzar hacia modelos colaborativos, donde la planificación, ejecución y evaluación de las políticas en salud bucal cuenten con liderazgo indígena y mecanismos reales de rendición de cuentas. Solo así podrá asegurarse que la promoción y protección de la salud oral deje de ser un privilegio condicionado y se convierta en un derecho garantizado.

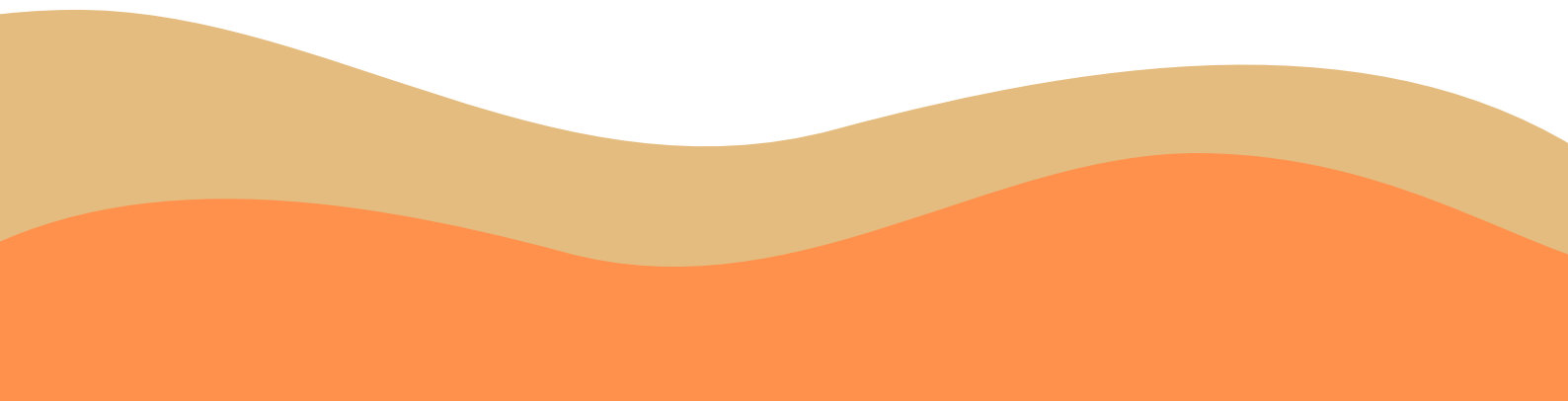
## **5. MARCO LEGAL**

---

La salud bucal, como componente del derecho humano a la salud, encuentra respaldo en un sólido entramado jurídico tanto a nivel internacional como nacional. Este apartado ofrece una revisión crítica e integradora de los instrumentos legales pertinentes para el desarrollo de un modelo comunitario de promoción y protección de la salud bucal en poblaciones indígenas costarricenses, incorporando principios de equidad, autonomía, interculturalidad y justicia social.

El acceso diferenciado a la salud en comunidades indígenas ha estado condicionado históricamente por estructuras coloniales, centralización institucional y exclusión socioterritorial. Diversos estudios advierten que estas condiciones han perpetuado un modelo de atención homogéneo y asistencialista, ajeno a las realidades culturales y territoriales de los pueblos indígenas (Ancina, 1966; Hall, 1994; Del Popolo, 2000; Bello, 2005; Huenchuan, 2009; Ixchiu, 2013; Canales, 2014; Solórzano, 2017, citados por Cuero, 2023).

Descolonizar el derecho a la salud implica trascender el reconocimiento normativo e impulsar mecanismos operativos que garanticen la participación protagónica de las comunidades, el respeto a sus cosmovisiones y la adaptación de los servicios a sus contextos.



## **5.1. Marco Jurídico Internacional**

Los tratados internacionales de derechos humanos constituyen la piedra angular de la protección de los derechos colectivos de los pueblos indígenas. En particular, destacan:

### **La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007):**

Reconoce explícitamente el derecho de los pueblos indígenas a mantener sus prácticas culturales y sistemas de salud tradicionales, así como a acceder a todos los servicios de salud sin discriminación (artículos 24 y 25).

### **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC):**

En su artículo 12, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluyendo la salud bucal.

### **Convención sobre los Derechos del Niño**

**(1989):** Garantiza el acceso universal a servicios de salud preventiva, incluida la atención odontológica, con énfasis en poblaciones vulnerables.

### **Convenio 169 de la Organización**

#### **Internacional del Trabajo (OIT):**

Ratificado por Costa Rica, establece que los gobiernos deben garantizar que los servicios de salud sean organizados y ejecutados en coordinación con los pueblos indígenas, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales (artículo 25).

### **Observaciones Generales del Comité DESC:**

Especialmente la Observación General N° 14 sobre el derecho a la salud, que introduce el concepto de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ), principios claves para el diseño de políticas públicas en salud bucal indígena.

Estos instrumentos no solo orientan la política sanitaria, sino que obligan a los Estados parte a garantizar un enfoque diferencial e intercultural en el acceso a la salud bucal, reconociendo la diversidad cultural, los sistemas médicos tradicionales y la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones.

## **5.2. Normativa Nacional Costarricense**

El ordenamiento jurídico costarricense incluye múltiples disposiciones que respaldan los derechos de los pueblos indígenas y, por tanto, legitiman el desarrollo de un modelo específico de salud bucal con enfoque territorial y comunitario. Entre ellas destacan:

- **Constitución Política de la República de**

**Costa Rica:** El artículo 21 reconoce el derecho a la vida como un valor supremo, lo cual ha sido interpretado ampliamente por la jurisprudencia constitucional como el derecho a condiciones dignas de salud.

- **Ley Indígena (Ley N.º 6172):** Reconoce la autonomía territorial y administrativa de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a gestionar sus propios sistemas de salud, en articulación con las instituciones del Estado.

- **Política Nacional de Salud Intercultural (Ministerio de Salud, 2019):** Constituye un referente programático clave para la inclusión de un enfoque intercultural en la atención odontológica.

- **Política Nacional de Salud Intercultural y Política Nacional de Salud Bucal 2022–2032:** Constituyen esfuerzos programáticos que, según Garro (2023), requieren mayor operativización en contextos indígenas.

- **Ley General de Salud (Ley N.º 5395):**

Establece la responsabilidad del Estado en la promoción, prevención y recuperación de la salud en todos los niveles, y contempla la salud bucal como una dimensión fundamental de la salud integral.

- **Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer (N.º 7142) y la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N.º 7935):**

Normas que refuerzan el principio de no discriminación y de atención diferenciada, especialmente relevante para mujeres y personas mayores indígenas.

- **Lineamientos del Ministerio de Educación Pública (MEP) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)**

**sobre salud bucal escolar:** Si bien generales, permiten una articulación estratégica con iniciativas de salud comunitaria adaptadas al contexto indígena.

### **5.3. Fundamentos Éticos e Interdisciplinarios**

Desde una perspectiva integradora, este modelo entiende el derecho a la salud bucal como parte de una deuda histórica con los pueblos indígenas. Implica reconocer sus aportes civilizatorios, su resistencia cultural y su derecho a decidir sobre sus condiciones de vida y bienestar. Este enfoque demanda una ética del cuidado, basada en la equidad estructural, la justicia redistributiva y la reparación simbólica y material de siglos de exclusión.

Por tanto, el modelo aquí propuesto no solo se sustenta en las obligaciones jurídicas del Estado, sino también en un principio de corresponsabilidad colectiva. Se trata de una herramienta emancipadora, construida desde el diálogo de saberes, la autodeterminación comunitaria y el respeto profundo por la diversidad.



Fuente: Imagen generada con Canva i.a., con fines ilustrativos

## **6. MODELO DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES**

---

Con el propósito de contar con insumos para un abordaje integral, ético y humanizado de la salud bucal de la población indígena costarricense, el Modelo de Promoción ofrece cuatro líneas consideradas insustituibles para un acercamiento que respete los enfoques que lo orientan.

### **6.1. Gobernanza y liderazgo comunitario**

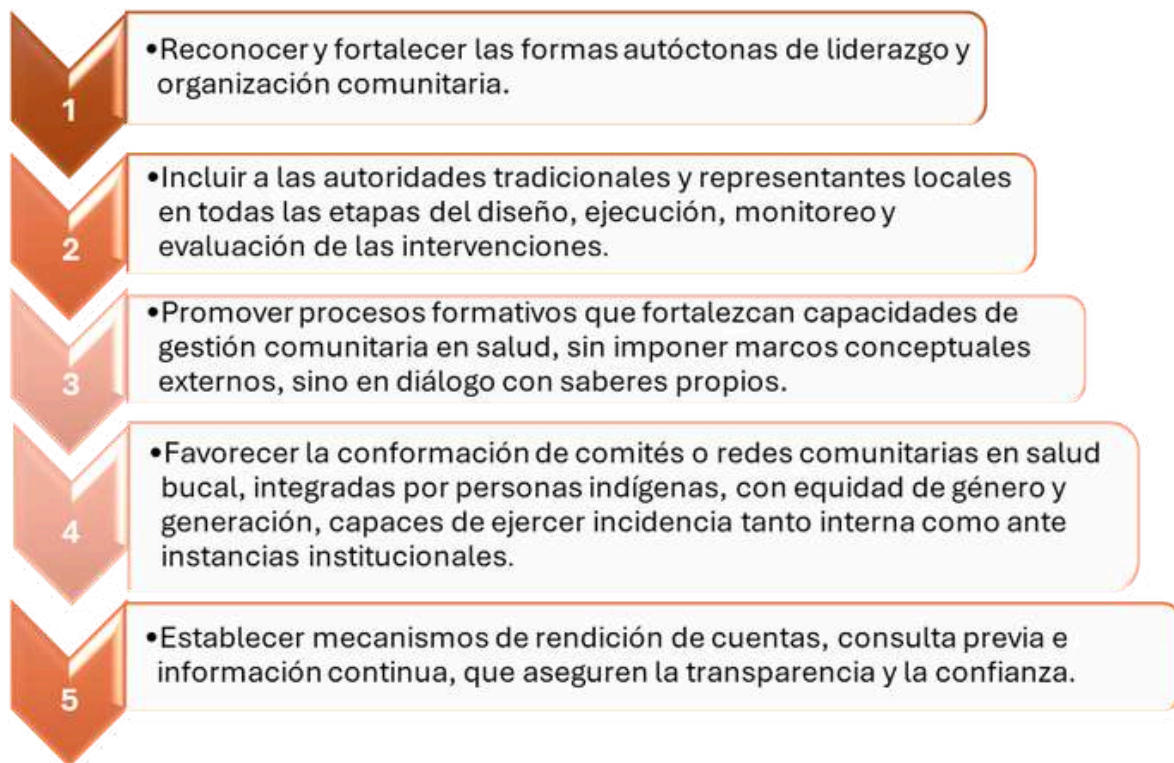
La gobernanza comunitaria constituye uno de los pilares fundamentales para la implementación efectiva y sostenida de estrategias de promoción y protección de la salud bucal en pueblos indígenas. Lejos de replicar estructuras institucionales verticales o modelos de intervención exógenos, este modelo parte del principio de autodeterminación de los pueblos indígenas y reconoce el papel central de sus estructuras de autoridad, representación y organización social.

Desde un enfoque territorial, la gobernanza no se limita a la administración del espacio geográfico, sino que se comprende como la gestión colectiva de la vida comunitaria: de sus relaciones internas, de sus recursos naturales, de sus procesos de salud y enfermedad, y del diálogo intercultural con agentes externos. En este sentido, la salud bucal es inseparable de los mecanismos comunitarios que regulan los saberes, las prácticas y las prioridades del desarrollo local.

El liderazgo comunitario, por su parte, debe ser reconocido como una expresión legítima de epistemologías propias y de procesos históricos de resistencia cultural. No se trata únicamente de identificar "líderes visibles", sino de comprender las dinámicas de decisión, los espacios de consulta y deliberación, las formas de autoridad colectiva (como los consejos de ancianos, asociaciones indígenas, comités de salud, redes de mujeres o juventudes) y las figuras de confianza en temas de salud y bienestar.

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

La promoción de la salud bucal en estos territorios requiere entonces de una articulación respetuosa y continua con dichos liderazgos, lo cual implica:



A su vez, la gobernanza en salud bucal debe ser vista como una estrategia de empoderamiento comunitario. No solo se trata de intervenir para "mejorar" indicadores clínicos, sino de crear condiciones para que las propias comunidades ejerzan el derecho a la salud desde su cosmovisión y cultura. Esto requiere que las instituciones estatales se transformen: pasando de una lógica de control y tutela, a una lógica de acompañamiento técnico, facilitación intercultural y reconocimiento de derechos.

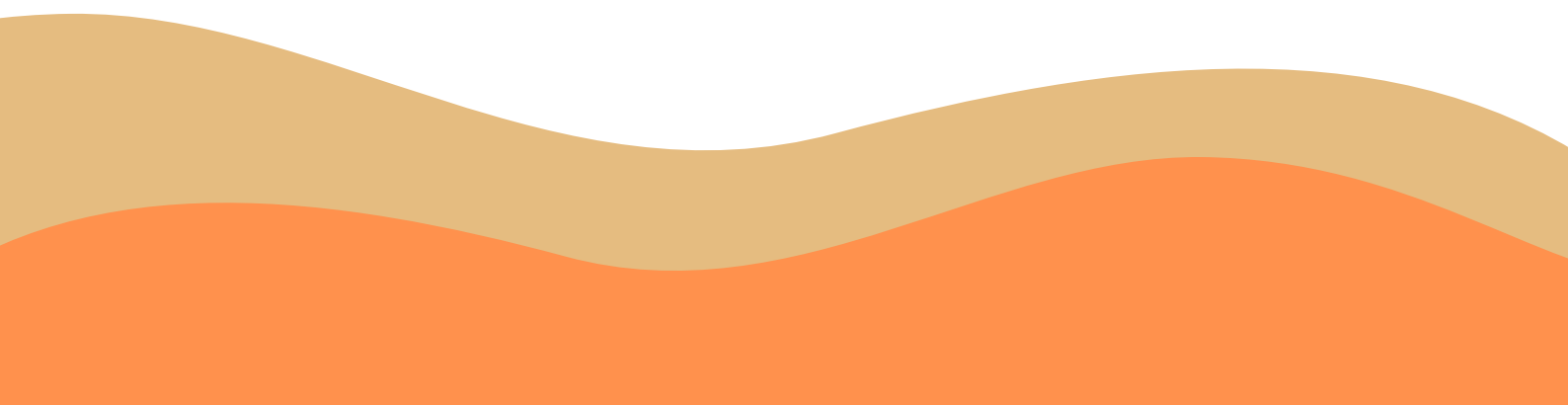
La articulación con los sistemas normativos propios, con las prácticas ancestrales de autocuidado y con los liderazgos legítimos, permite avanzar hacia formas de gobernanza intercultural en salud, donde el conocimiento biomédico no se impone, sino que se integra críticamente, en diálogo horizontal con los conocimientos indígenas. Solo así es posible construir un modelo de atención que sea culturalmente pertinente, ética y políticamente justo.

## **6.2. Interculturalidad en la promoción y protección de la salud bucal**

La promoción y protección de la salud bucal en pueblos indígenas costarricenses debe entenderse como un proceso integral, profundamente anclado en los territorios, en la cultura y en los derechos colectivos. No se trata de intervenir sobre cuerpos individuales desde un paradigma clínico-biologicista, sino de comprender la salud bucal como una dimensión más del tejido social, espiritual y ecológico que conforma la vida comunitaria. Desde esta visión, promover la salud bucal implica crear condiciones para el bienestar colectivo, la autonomía sanitaria y la revalorización de los saberes ancestrales.

La intervención efectiva en salud bucal comienza por reconocer que los pueblos indígenas cuentan con prácticas históricas de cuidado, higiene y tratamiento que han sido invisibilizadas o deslegitimadas por el sistema de salud hegemónico. Esta marginación de saberes no solo ha erosionado conocimientos valiosos, sino que ha contribuido a fracturar la confianza de las comunidades en los programas institucionales. Por ello, la promoción de la salud bucal en estos contextos exige un viraje radical: pasar de una lógica unidireccional y tecnocrática a una lógica de diálogo, reciprocidad y horizontalidad entre culturas.

El modelo propone que la protección de la salud bucal no se reduzca a la provisión de insumos o servicios, sino que se afirme como una responsabilidad colectiva que compromete tanto a las instituciones públicas como a las propias comunidades. La primera condición para ello es asegurar que las acciones de promoción se desarrollen desde el territorio, lo que significa no solo en el espacio físico de las comunidades, sino a partir de sus lenguajes, temporalidades, cosmovisiones y prioridades. Es en el territorio donde la salud se produce y se defiende y, por tanto, es allí donde debe nacer y desplegarse cualquier estrategia de acción.



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

En este contexto, proteger la salud bucal no significa imponer hábitos de higiene aprendidos en otros contextos, sino abrir espacios para la co-construcción de prácticas, mensajes y materiales que valoren los saberes locales, respeten la lengua originaria y fortalezcan la identidad cultural. La promoción efectiva se da cuando una madre recupera el uso de plantas tradicionales para el cuidado de la dentición de su hijo, cuando un joven indígena lidera una campaña de salud en su lengua, o cuando un sabio comparte en asamblea los signos que anuncian enfermedad antes de que haya dolor.



Fuente: Imagen generada con Canva i.a., con fines ilustrativos

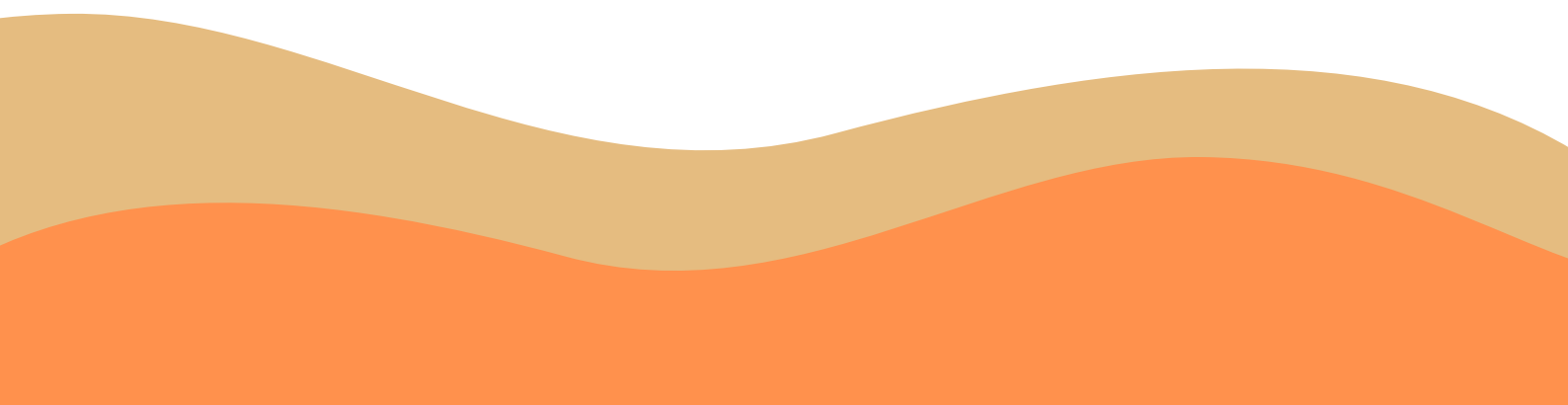
De igual forma, el enfoque de derechos humanos permite comprender que la promoción de la salud bucal es una obligación del Estado, y que esta no puede ser delegada únicamente a la voluntad de los profesionales o al esfuerzo de las familias. La protección del derecho a la salud implica garantizar agua potable, alimentación adecuada, acceso a insumos, información comprensible y servicios respetuosos. Pero más allá de eso, implica también reparar las brechas históricas de exclusión, crear políticas públicas interculturales y reconocer las múltiples dimensiones de la salud como expresión del buen vivir.

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

El modelo propone entonces estrategias que se entrelazan con los procesos ya existentes en la comunidad. Las celebraciones tradicionales, las prácticas agrícolas, las reuniones familiares, los espacios educativos y espirituales, todos pueden convertirse en escenarios legítimos para promover salud bucal, si se respetan los códigos culturales y se fortalece la autonomía local. Por ello, los procesos de promoción no deben ser eventos aislados o campañas impersonales, sino más bien caminos compartidos, donde profesionales, promotores comunitarios, líderes espirituales y sabedores ancestrales se reconozcan como agentes de salud, cada uno con su forma de ver y cuidar el mundo.

A nivel práctico, la protección de la salud bucal requiere también de decisiones estructurales: una red de acompañamiento que no sea episódica, la integración de la salud bucal en la planificación comunal, la formación de equipos comunitarios con liderazgo indígena, y la articulación con otras políticas sociales que incidan en los determinantes estructurales de la salud. La boca, como el territorio, también puede ser campo de resistencia o de exclusión, y por eso se requiere un abordaje que conecte lo local con lo institucional y lo cotidiano con lo político.

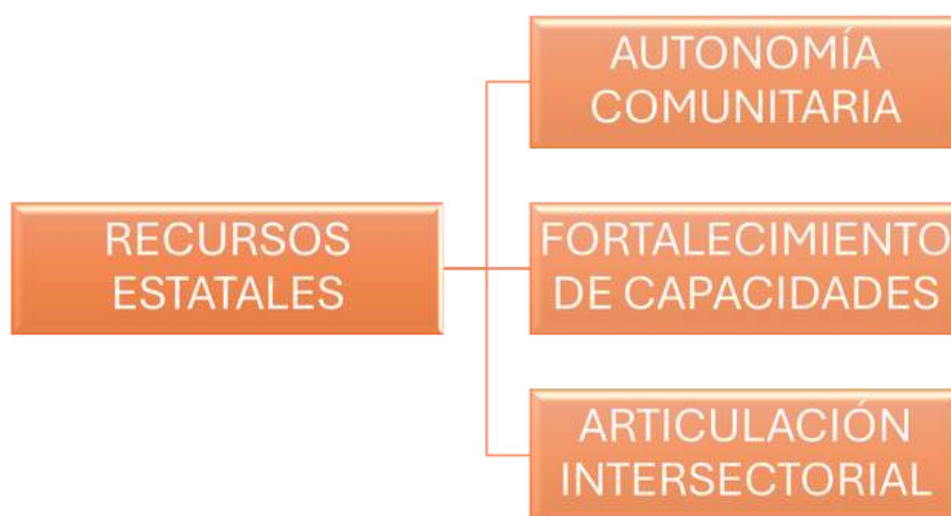
Promover y proteger la salud bucal en los pueblos indígenas, entonces, no es una tarea técnica: es un acto de justicia, un ejercicio de reparación histórica y un compromiso ético con la vida. Es asumir que el conocimiento no está solo en los manuales de salud pública, sino también en los cantos, los rituales, las memorias de las abuelas, y en las formas de cuidado que la comunidad ya practica. Es, finalmente, construir salud bucal desde la dignidad, desde el territorio y desde la palabra compartida.



### **6.3. Reorientación de recursos estatales y articulación intersectorial**

La implementación de un modelo de promoción y protección de la salud bucal en pueblos indígenas costarricenses requiere mucho más que voluntad técnica o despliegue operativo: exige una transformación profunda en la forma en que el Estado concibe, organiza y distribuye sus recursos. Reorientar los recursos estatales hacia las prioridades de los territorios indígenas no significa únicamente asignar más presupuesto, sino garantizar que este sea equitativo, pertinente y gobernado desde los principios de participación, interculturalidad y justicia social.

Durante décadas, las comunidades indígenas han sido tratadas como destinatarias de atención focalizada y asistencialista, con intervenciones puntuales desconectadas de sus realidades estructurales. Esta lógica ha contribuido a perpetuar brechas históricas de acceso y ha invisibilizado la necesidad de una inversión pública sostenida, corresponsable y culturalmente competente. Frente a ello, este modelo propone que los recursos estatales —financieros, humanos, logísticos y de conocimiento— sean reorientados hacia una nueva arquitectura institucional centrada en la autonomía comunitaria, el fortalecimiento de capacidades locales y la articulación entre sectores.



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Una primera condición para esa reorientación es el reconocimiento del territorio indígena como unidad legítima de planificación y gestión de salud, en la que deben integrarse presupuestos descentralizados y mecanismos de asignación directa a proyectos definidos por la propia comunidad. Esta medida no solo responde a los compromisos internacionales suscritos por el país (como el Convenio 169 de la OIT), sino que también permite contrarrestar la centralización administrativa y las decisiones tomadas desde oficinas distantes, sin diálogo ni conocimiento de la realidad local.

La articulación intersectorial, por su parte, constituye una estrategia clave para potenciar la eficacia y sostenibilidad de cualquier intervención. La salud bucal no puede —ni debe— abordarse desde el sistema sanitario de forma aislada. Su estado y evolución están ligados a múltiples determinantes sociales: acceso a agua segura, disponibilidad de alimentos saludables, condiciones de vivienda, educación, trabajo, comunicación y cultura. Por ello, es indispensable que las instituciones estatales, los gobiernos locales, las universidades, los sistemas educativos, la empresa privada, las entidades civiles de bien social y las organizaciones comunitarias se integren en un tejido de corresponsabilidad, capaz de asumir colectivamente la construcción de bienestar bucal y general.

Esta articulación debe ir más allá de los convenios formales o mesas técnicas, y convertirse en una práctica territorializada, donde cada actor asuma un rol activo en la creación de entornos promotores de salud. El Ministerio de Salud, la CCSS, el MEP, el INDER, el IMAS, el INAMU, el PANI y otros organismos afines deben coordinar esfuerzos y objetivos comunes, con planes de acción conjuntos en los territorios indígenas, donde la salud bucal esté transversalizada. A su vez, es fundamental que los recursos estatales no se concentren únicamente en el aparato clínico o en campañas masivas, sino que se inviertan en procesos formativos, producción de materiales culturalmente adecuados, apoyo logístico para equipos itinerantes, y fortalecimiento de redes comunitarias de salud.

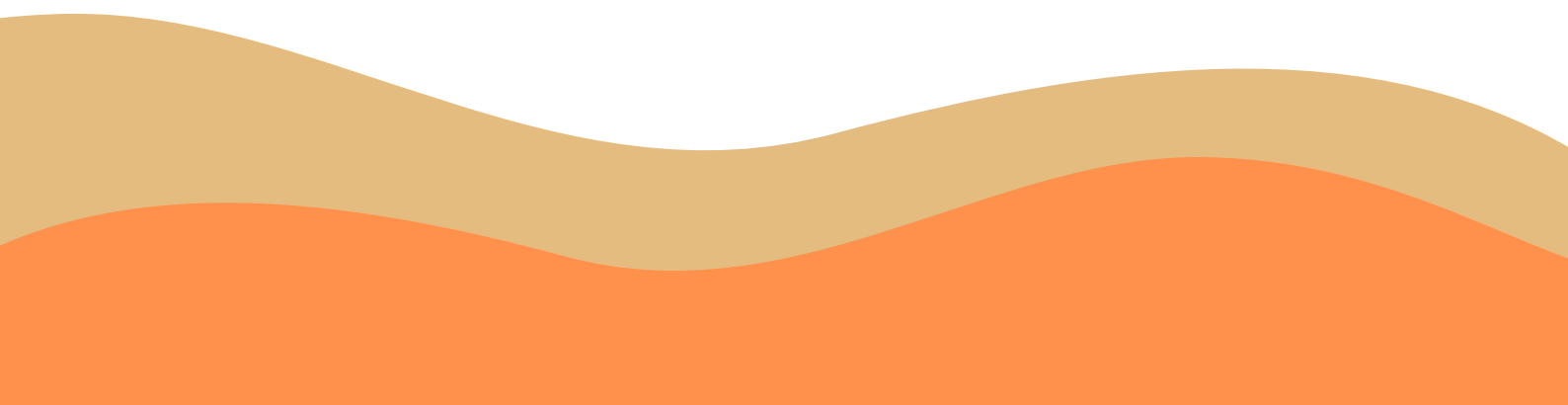
## **MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES**

Además, el modelo plantea que la reorientación de recursos debe considerar el principio de reciprocidad. Si las comunidades aportan su tiempo, su saber, su palabra y sus estructuras sociales para sostener los procesos, el Estado tiene la obligación de corresponder con recursos suficientes, oportunos y pertinentes. La gratuidad de la atención no puede justificarse con acciones mínimas o simbólicas: debe traducirse en una inversión real que valore el esfuerzo comunitario y reconozca la deuda histórica que el Estado mantiene con los pueblos indígenas.

Una estrategia de reorientación presupuestaria y articulación intersectorial sólida debe incluir mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas. Las comunidades indígenas tienen el derecho a saber cómo se invierten los recursos que les conciernen, a participar en las decisiones presupuestarias, y a exigir que las políticas públicas respondan a sus necesidades y contextos. Sin este componente, cualquier intento de articulación se vuelve unilateral, y cualquier promesa de transformación corre el riesgo de diluirse en la retórica.

### **6.4 Sostenibilidad y Evaluación Participativa**

La sostenibilidad y la evaluación participativa constituyen componentes inseparables de modelos comunitarios de promoción y protección de la salud en contextos indígenas, donde la continuidad de los procesos está íntimamente ligada al respeto por las formas propias de organización, al arraigo territorial y al reconocimiento de la autonomía colectiva. Sostener una estrategia en el tiempo no implica solo garantizar recursos materiales o presencia institucional, sino asegurar que las comunidades la hagan suya, la transformen, la integren a su vida cotidiana y la proyecten como parte de su camino propio hacia el bienestar individual y colectivo.



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

La sostenibilidad, en este sentido, no puede depender exclusivamente de dispositivos externos. Un modelo intercultural requiere que las comunidades no sean vistas como destinatarias pasivas, sino como sujetos activos de producción de salud, capaces de conducir y adaptar los procesos en función de sus lógicas propias. Esto implica reconocer, desde el diseño, que todo plan de acción debe inscribirse en el ritmo vital de la comunidad, responder a sus tiempos organizativos, articularse con sus prioridades históricas y respetar los ciclos de la vida, las costumbres, los ritos, la palabra y la memoria.

Para lograr sostenibilidad real, el modelo debe favorecer la consolidación de capacidades locales, tanto organizativas como técnicas, mediante procesos de formación continua, acompañamiento situado y circulación de saberes. Pero aún más importante es fomentar vínculos afectivos, éticos y políticos con el proceso: cuando una estrategia de salud bucal se convierte en parte del tejido social, cuando se incorpora en las asambleas, los cantos, las decisiones comunales, entonces trasciende la dependencia de recursos externos y empieza a pertenecerle a la comunidad en su conjunto. Esta pertenencia es el núcleo de la sostenibilidad.



Fuente: Imagen generada con FreePik i.a., con fines ilustrativos

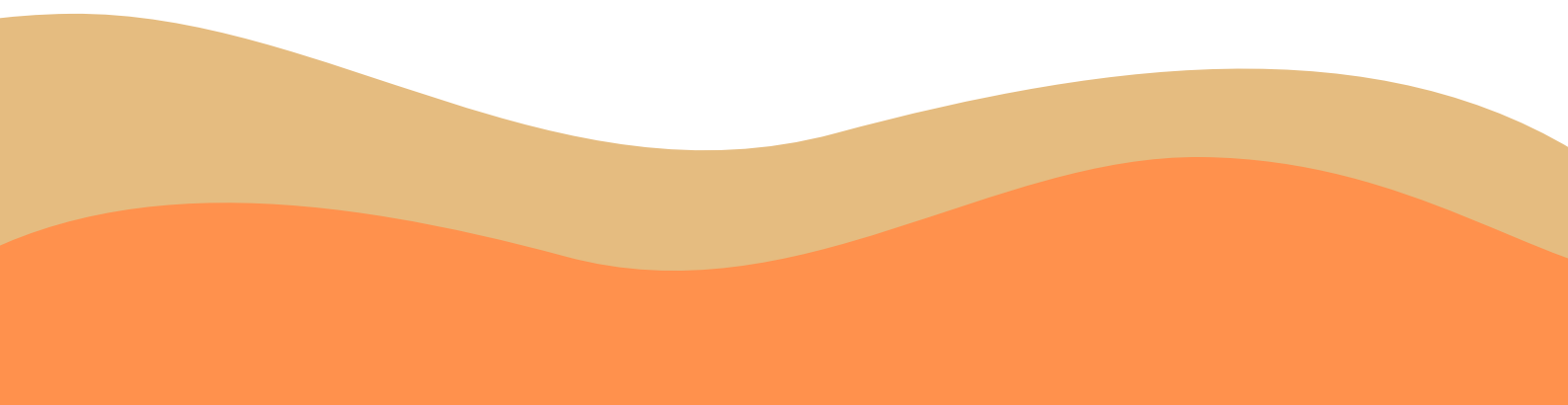
## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

En este camino, la evaluación participativa cumple un papel fundamental. Evaluar no significa controlar desde fuera, ni imponer métricas descontextualizadas, sino construir de forma colectiva las preguntas que importan, los indicadores que reflejan lo significativo, y los mecanismos que permiten aprender desde la experiencia. Una evaluación intercultural debe partir de la comprensión de que los criterios de éxito varían según las cosmovisiones: para algunas comunidades, una estrategia será exitosa si logró convocar el consenso; para otras, si fortaleció la identidad; para otras, si reactivó un saber ancestral olvidado o si protegió a la niñez sin transgredir la espiritualidad del territorio.

Desde esta perspectiva, la evaluación se convierte en un acto pedagógico y político. Es una oportunidad para devolver la palabra a quienes han sido históricamente silenciados, para revisar con honestidad los aprendizajes, para corregir sin culpas y celebrar sin paternalismos. Los espacios de devolución deben ser tan diversos como las comunidades mismas: círculos de reflexión, dibujos colectivos, cartografías comunitarias, dramatizaciones, asambleas abiertas o narraciones orales pueden constituir herramientas legítimas para compartir resultados, abrir preguntas y proyectar nuevos caminos.

Asimismo, se propone que la evaluación no sea un evento puntual, sino una práctica continua y situada, que se alimente de la observación diaria, de los diálogos informales, de los relatos de vida y de las transformaciones silenciosas que no siempre aparecen en los informes técnicos, pero que sí habitan en los cuerpos, las relaciones y los afectos. Esta forma de evaluar requiere sensibilidad, humildad epistémica y disposición a que los resultados no siempre se ajusten a las expectativas institucionales, sino que reflejen las verdades profundas de quienes viven el proceso.

Tanto la sostenibilidad como la evaluación deben estar mediadas por relaciones éticas: no hay sostenibilidad posible en la imposición, ni evaluación válida sin consentimiento informado, sin respeto a los tiempos culturales y sin devolución clara de la información a la comunidad. Todo lo que se aprende en el territorio debe volver al territorio, transformado en herramienta, memoria o acción concreta.



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

Consolidar estrategias de salud bucal sostenibles y evaluadas participativamente es, entonces, mucho más que cumplir con un requisito metodológico: es construir confianza, dignidad y futuro compartido. Es caminar con las comunidades, sin apurar sus pasos ni frenar sus ritmos, reconociendo que la verdadera transformación no se impone ni se mide en indicadores únicos, sino que florece donde hay respeto, memoria viva y compromiso colectivo.



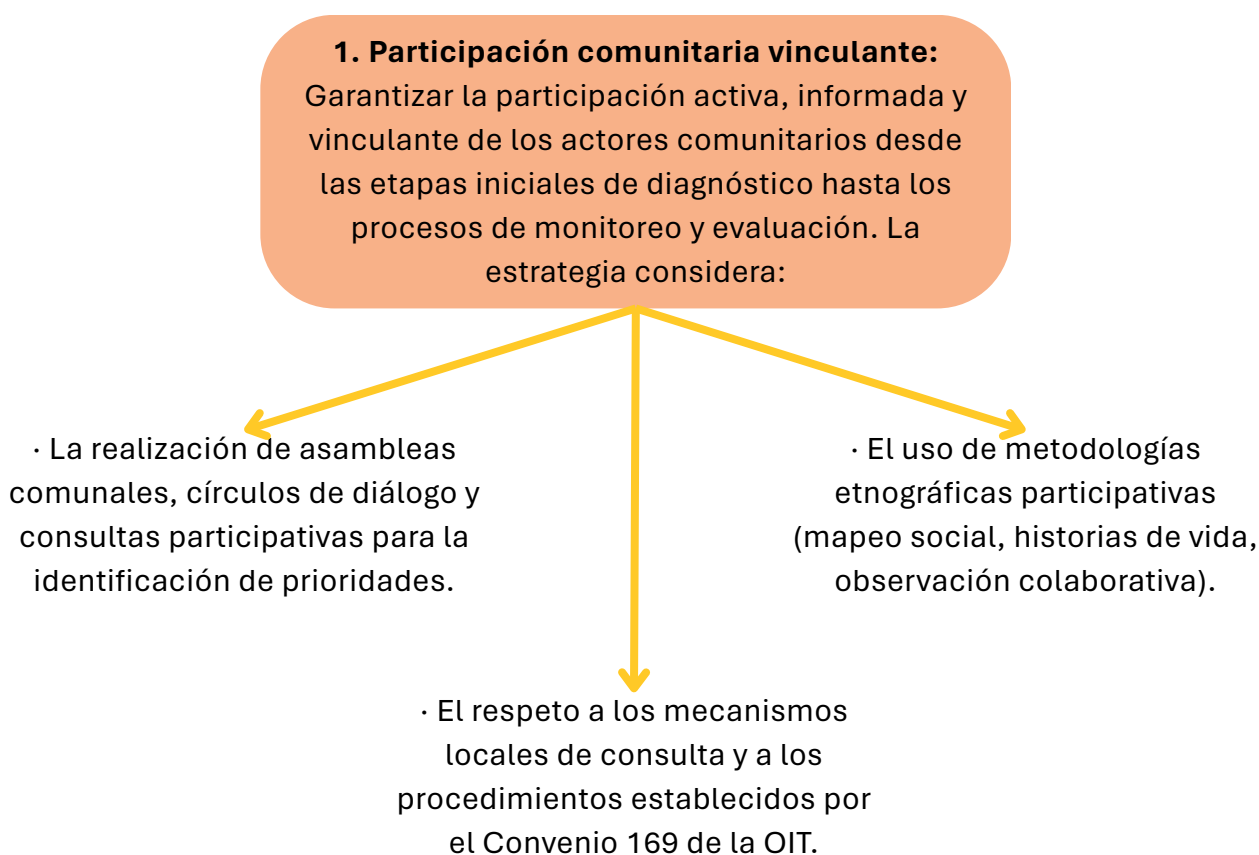
Fuente: Imagen generada con FreePik i.a., con fines ilustrativos

## **7. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES**

---

La implementación del presente modelo debe responder a una lógica de construcción conjunta, respeto a la diversidad cultural y sostenibilidad en el tiempo. Las estrategias planteadas buscan ser orientadoras más que prescriptivas, de modo que puedan ser adaptadas a los contextos específicos de cada territorio indígena costarricense. Estas estrategias se articulan en torno a los cuatro líneas fundamentales:

### **Gobernanza y liderazgo comunitario**



## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

### 2. Fortalecimiento de capacidades:

El modelo contempla procesos de formación intercultural que integren saberes tradicionales y conocimientos técnicos. Se propone:

· Desarrollar talleres formativos para liderazgos indígenas, promotores de salud y cuidadores tradicionales, con metodologías dialógicas y adaptadas lingüísticamente.

· Incorporar contenidos de salud bucal en procesos educativos comunitarios, incluyendo escuelas, espacios de mujeres, juventudes y personas mayores.

· Fomentar el interaprendizaje entre profesionales de salud y actores comunitarios como ejercicio de horizontalidad y respeto mutuo.

### 3. Interculturalización de los servicios de salud bucal:

El modelo contempla procesos de formación intercultural que integren saberes tradicionales y conocimientos técnicos. Se propone:

· Adaptación cultural de materiales educativos, protocolos de atención y espacios clínicos.

· Acompañamiento psicosocial y espiritual en los procesos de atención, cuando así lo determine la comunidad.

· Establecimiento de equipos de salud itinerantes, que trabajen en coordinación con líderes comunitarios y respeten los tiempos y dinámicas territoriales.

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

### 4. Promoción de entornos comunitarios saludables:

Este eje busca intervenir no solo a nivel individual, sino también colectivo y estructural. Las estrategias incluyen:

·Apoyo a iniciativas de producción de alimentos saludables, gestión del agua potable y saneamiento básico desde las propias comunidades.

·Fomento de prácticas tradicionales de higiene y cuidado bucal como parte de la identidad cultural.

·Desarrollo de campañas comunitarias cocreadas que valoren el idioma, el arte y las formas propias de comunicación.

### 5. Incidencia interinstitucional y territorial:

La implementación efectiva del modelo exige una acción articulada entre distintos actores institucionales y comunitarios. Se propone:

·Establecimiento de mesas territoriales interculturales en salud bucal, con participación de representantes comunitarios, instituciones de salud, educación, desarrollo social y gobiernos locales.

·Sistematización de experiencias locales para alimentar la política pública desde el territorio.

·Impulso a acuerdos de coordinación intersectorial para garantizar el acceso a recursos, la continuidad de procesos y la protección de derechos.

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES



## Interculturalidad en la Promoción y Protección de la Salud Bucal

### 7. Co-diseño participativo de procesos educativos interculturales

Impulsar procesos educativos en salud bucal contruidos desde el diálogo de saberes entre el conocimiento técnico-científico y los saberes ancestrales. Estos procesos deben ser desarrollados en lengua originaria, con metodologías participativas, narrativas propias y facilitadores comunitarios. Se prioriza la co-creación de contenidos con personas líderes, sabios locales, promotores y cuidadores, garantizando pertinencia cultural y legitimidad social.

**8. Activación de espacios comunitarios como entornos promotores de salud bucal:** Reconocer e intervenir los espacios cotidianos de la vida comunitaria (escuelas, asambleas, celebraciones, huertas, espacios comunales) como escenarios legítimos para la promoción de la salud oral. Las estrategias deben adaptarse a las dinámicas territoriales, fortaleciendo los vínculos existentes y evitando la fragmentación de esfuerzos. Esto incluye el uso de recursos visuales, expresivos y simbólicos propios de la cultura local.

**9. Revalorización de prácticas tradicionales de cuidado oral:** Documentar, proteger y articular prácticas ancestrales de higiene y tratamiento bucal, tales como el uso de plantas medicinales, técnicas de limpieza tradicionales, elementos rituales o consejos transmitidos por sabios comunitarios. Se propone un abordaje crítico y respetuoso que evite su folklorización, y promueva el reconocimiento institucional de estas prácticas como parte del acervo sanitario del país.

**10. Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias de salud bucal:** Apoyar la conformación de redes de liderazgo comunitario en salud oral, integradas por personas indígenas con reconocimiento local. Estas redes pueden asumir funciones educativas, de acompañamiento, vigilancia comunitaria, articulación interinstitucional y representación política. Su fortalecimiento implica brindar formación técnica contextualizada, reconocimiento institucional, recursos logísticos y espacios de toma de decisión.

**11. Integración de la salud bucal en la planificación territorial y comunitaria:** Asegurar que el componente de salud bucal esté incluido en los planes de vida, los diagnósticos participativos, las estrategias de desarrollo local y los mecanismos de gestión territorial indígena. Esto requiere trabajar de manera articulada con instancias comunales y actores institucionales, garantizando recursos, acompañamiento técnico y reconocimiento formal del derecho colectivo a la salud oral como parte del buen vivir.

**12. Diseño de sistemas comunitarios de evaluación y retroalimentación:** Desarrollar herramientas de evaluación participativa que permitan a las comunidades medir y retroalimentar sus propios procesos de promoción y protección de la salud bucal. Se incluyen metodologías mixtas (cuantitativas y cualitativas) adaptadas culturalmente, como mapas de percepción, testimonios, narrativas gráficas y análisis colectivos. La evaluación se concibe como un ejercicio comunitario de aprendizaje, ajuste y empoderamiento.

### **Sostenibilidad y evaluación participativa**

**13. Acompañamiento continuo basado en vínculos de confianza:** Promover procesos de acompañamiento a mediano y largo plazo, centrados en la construcción de relaciones respetuosas, horizontales y afectivas entre los equipos técnicos y las comunidades. La sostenibilidad no puede entenderse como presencia intermitente o episódica, sino como presencia comprometida, que respeta los tiempos del territorio y valida las decisiones colectivas como guía de acción. El vínculo es la primera herramienta de sostenibilidad.

**14. Formación intercultural para el fortalecimiento de capacidades comunitarias:** Desarrollar programas de formación para liderazgos locales, promotores comunitarios, cuidadores y juventudes indígenas, con contenidos adaptados cultural y lingüísticamente. Estas formaciones deben ir más allá de lo técnico, incluyendo herramientas organizativas, gestión autónoma de procesos, comunicación comunitaria y análisis crítico de derechos. Se trata de fortalecer sujetos colectivos capaces de sostener las estrategias desde su identidad y territorio.

**15. Incidencia en la planificación y políticas públicas locales :** Integrar los procesos de salud bucal a los instrumentos de planificación comunal y territorial (planes de vida, diagnósticos participativos, agendas de desarrollo indígena), garantizando su inclusión en mecanismos de financiamiento, alianzas interinstitucionales y toma de decisiones locales. Esta estrategia permite arraigar el modelo en las estructuras políticas propias, reforzando su legitimidad y continuidad.

**16. Diversificación de fuentes de sostenibilidad:** Explorar mecanismos mixtos de sostenibilidad, que incluyan tanto recursos institucionales como aportes comunitarios, cooperación solidaria, intercambios de saberes, economía social y alianzas estratégicas respetuosas de la autonomía local. La sostenibilidad no debe recaer exclusivamente en la comunidad, pero tampoco puede depender totalmente de actores externos. Lo ideal es construir una red de sostenes entrelazados desde adentro y desde afuera, sin perder el centro comunitario.

**17. Diseño de sistemas de evaluación culturalmente pertinentes:** Crear herramientas e indicadores de evaluación que reflejen los valores, prioridades y sentidos propios de la comunidad. Estas herramientas deben ser diseñadas participativamente e incluir componentes cualitativos (memorias, relatos, símbolos) y cuantitativos (indicadores locales de cambio, acceso, participación o percepción). La evaluación debe ser comprensible, útil y significativa para quienes participan, y no solo para fines institucionales.

**18. Metodologías participativas de retroalimentación comunitaria:** Implementar estrategias de devolución de resultados que sean sensibles al contexto cultural: asambleas, círculos de palabra, cartografías, murales colectivos, narraciones escénicas, registros visuales o sonoros. Estas metodologías permiten que la evaluación no sea un cierre, sino una apertura a nuevas decisiones, aprendizajes compartidos y apropiación comunitaria de los procesos.

**19. Monitoreo continuo desde la vida cotidiana:** Fomentar que la evaluación no dependa exclusivamente de cortes formales, sino que se integre a las dinámicas cotidianas del territorio: observaciones durante los encuentros, cambios en los vínculos comunitarios, relatos espontáneos, participación en espacios comunales. Este monitoreo desde la vida misma permite detectar ajustes necesarios a tiempo, prevenir el desgaste del proceso y visibilizar logros que escapan a los indicadores tradicionales.

**20. Sistematización de experiencias desde las voces del territorio:** Promover la construcción de memorias comunitarias del proceso, mediante sistematizaciones participativas, donde la comunidad narre su camino, sus logros, obstáculos, aprendizajes y propuestas. Estas sistematizaciones deben reconocer la autoría colectiva, respetar la pluralidad de voces y permitir que la comunidad se reconozca como sujeto de transformación. Su difusión puede ser también una herramienta de incidencia y de inspiración para otras comunidades.

## **Reorientación de recursos estatales y articulación intersectorial**

**21. Asignación presupuestaria descentralizada con enfoque territorial:** Impulsar la inclusión de partidas específicas para salud bucal indígena dentro de los presupuestos del Ministerio de Salud, la CCSS y otras instituciones, con posibilidad de ejecución directa desde estructuras comunales o territoriales. Esta estrategia implica reconocer a los territorios indígenas como unidades de gestión legítimas, capaces de planificar y ejecutar acciones conforme a sus prioridades y tiempos culturales.

**22. Fortalecimiento del rol del Ministerio de Salud como ente articulador intercultural:** Reforzar el papel del Ministerio de Salud como organismo coordinador de las acciones interinstitucionales en salud bucal indígena, asegurando que cuente con personal capacitado en interculturalidad, mecanismos de seguimiento y facultades operativas para integrar los distintos sectores implicados en el bienestar comunitario.

**23. Creación de alianzas interinstitucionales permanentes en territorio** Establecer espacios de diálogo y planificación conjunta entre el sector salud, el sistema educativo, los gobiernos locales, las instituciones sociales (IMAS, INAMU, PANI, INDER, CEN-CINAI), universidades públicas, ONGs y las estructuras de gobierno indígena. Estas alianzas deben tener carácter operativo, con planes de trabajo coordinados y sujetos a evaluación conjunta.

**24. Priorización de recursos para procesos comunitarios sostenidos:** Asegurar que la inversión pública no se centre exclusivamente en campañas esporádicas o servicios clínicos, sino también en procesos comunitarios de formación, producción de materiales interculturales, logística de equipos itinerantes y fortalecimiento de redes de liderazgo local en salud bucal. Esta redistribución debe estar basada en criterios de equidad estructural y no en población general atendida.

**25. Inclusión de la salud bucal en políticas y agendas de desarrollo local:** Articular el componente de salud bucal en los planes de vida indígena, planes cantonales de desarrollo, agendas de niñez, género y juventud, y estrategias de reactivación económica rural. Esta integración permite visibilizar la salud bucal como un derecho transversal y estratégico, y favorece la inversión intersectorial con enfoque de ciclo de vida y territorialidad.

**26. Reformulación de los esquemas de cooperación**

**institucional:** Diseñar modelos de cooperación técnica y financiera donde las comunidades indígenas no sean vistas como beneficiarias pasivas, sino como co-ejecutoras de los procesos. Esto implica establecer convenios solidarios, con rendición de cuentas bilateral y recursos flexibles para adaptar las acciones a los contextos culturales y sociales del territorio..

**27. Fortalecimiento de capacidades institucionales en gestión**

**intercultural:** Desarrollar procesos formativos dirigidos a funcionarios públicos (de salud, educación, protección social y planificación) en temas de interculturalidad, salud colectiva, derechos de los pueblos indígenas y planificación participativa. El objetivo es mejorar la calidad del acompañamiento técnico y evitar prácticas colonizadoras o extractivas en la gestión estatal.

**28. Transparencia y rendición de cuentas ante las**

**comunidades:** Establecer mecanismos claros y periódicos de rendición de cuentas, mediante informes accesibles, asambleas de devolución, auditorías sociales y mecanismos de seguimiento comunitario. Esta estrategia no solo fortalece la confianza entre instituciones y comunidades, sino que permite el control ciudadano del uso de los recursos públicos.

**ESTRATEGIAS DEL MODELO ORGANIZADAS POR FASES DEL PROCESO COMUNITARIO**

**Fase I: Preparación y apropiación territorial**

Esta fase comprende las acciones previas a cualquier intervención formal. Tiene como objetivo establecer vínculos de confianza, reconocer liderazgos, comprender el contexto sociocultural y organizar de manera colectiva los procesos. La planificación comienza desde el territorio, con la comunidad como protagonista del diseño.

<b>Item</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Fase</b>	<b>Actores involucrados</b>
1	Participación comunitaria vinculante	Preparación	Comunidad indígena, autoridades tradicionales, Ministerio de Salud
2	Reconocimiento de liderazgos autóctonos	Preparación	Comunidad, asociaciones locales, CCSS
3	Formación comunitaria en liderazgo	Preparación	Universidades públicas, líderes comunitarios, ONG
4	Redes comunitarias de salud bucal	Preparación	Promotores de salud, CCSS, organizaciones locales, CCDCR
5	Mecanismos de consulta y rendición de cuentas	Preparación	Gobiernos indígenas, Ministerio de Salud, Defensoría de los Habitantes
6	Fortalecimiento organizativo	Preparación	Asociaciones de desarrollo, instituciones educativas
7	Codiseño de procesos educativos interculturales	Preparación	Comunidad, MEP, universidades, ONG
13	Acompañamiento basado en vínculos de confianza	Preparación	Equipos territoriales de salud, líderes comunitarios
14	Formación intercultural para liderazgo local	Preparación	Universidades, Ministerio de Salud, CCSS
21	Presupuesto descentralizado con enfoque territorial	Preparación	Ministerio de Salud, CCSS, MIDEPLAN, CONAI
23	Alianzas interinstitucionales permanentes	Preparación	Gobierno local, instituciones públicas, comunidad
27	Capacidades institucionales en gestión intercultural	Preparación	Ministerios, CCSS, universidades, CCDCR, funcionarios públicos

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

### Fase II: Ejecución y acción participativa

Durante esta etapa se desarrollan las acciones comunitarias en salud bucal, articuladas con actores institucionales y culturales del territorio. La implementación ocurre desde dentro, respetando las dinámicas locales y asegurando la pertinencia cultural de cada actividad.

Item	Estrategia	Fase	Actores involucrados
8	Espacios comunitarios como entornos promotores	Ejecución	Comunidad, escuelas, centros culturales
9	Revalorización de prácticas tradicionales	Ejecución	Sabios/as indígenas, promotores locales, universidades, CCDCR
10	Redes comunitarias de salud bucal	Ejecución	Comunidad, CCSS, ONG, CCDCR
11	Inclusión en planificación territorial	Ejecución	Asociaciones indígenas, gobiernos locales, INDER
15	Incidencia en planificación local	Ejecución	MIDEPLAN, municipalidades, comunidades
22	Ministerio de Salud como ente articulador	Ejecución	Ministerio de Salud, CCDCR, instituciones afines
24	Recursos para procesos sostenidos	Ejecución	CCSS, Ministerio de Salud, CCDCR, cooperación
25	Inclusión en políticas y agendas locales	Ejecución	Municipalidades, IMAS, INAMU, CONAI, CCDCR

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

### Fase III: Evaluación participativa y aprendizaje colectivo

La evaluación es concebida como un proceso continuo, horizontal y transformador. Esta fase permite a las comunidades reflexionar sobre lo vivido, ajustar los procesos y proyectar nuevas acciones desde su propia lectura de la experiencia. El conocimiento retorna al territorio y fortalece la autonomía.

Ítem	Estrategia	Fase	Actores involucrados
12	Evaluación culturalmente pertinente	Evaluación	Comunidad, Ministerio de Salud, universidades
16	Diversificación de fuentes de sostenibilidad	Evaluación	Gobierno local, cooperación, comunidad
17	Metodologías de retroalimentación comunitaria	Evaluación	Comunidad, facilitadores territoriales
18	Monitoreo desde la vida cotidiana	Evaluación	Comunidad, promotores, CCSS
19	Sistematización desde voces del territorio	Evaluación	Universidades, organizaciones comunitarias
28	Rendición de cuentas ante la comunidad	Evaluación	Instituciones públicas, comunidad, Defensoría

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

### Fase IV: Consolidación comunitaria y sostenibilidad estructural

Esta fase tiene como propósito fortalecer las bases comunitarias, políticas e institucionales que permitan sostener el proceso en el tiempo, adaptarlo a nuevas generaciones, y asegurar que la salud bucal permanezca como parte viva del proyecto colectivo de bienestar.

Ítem	Estrategia	Fase	Actores involucrados
20	Sistematización de experiencias	Consolidación	Comunidad, universidades, MIDEPLAN
26	Reformulación de esquemas de cooperación	Consolidación	Instituciones, cooperación, gobiernos indígenas
27	Formación continua para permanencia	Consolidación	Universidades, CCSS, Ministerio de Salud
22	Articulación institucional sostenida	Consolidación	Intersector institucional, gobiernos locales
21	Inversión pública a largo plazo	Consolidación	Asamblea Legislativa, MIDEPLAN, instituciones rectoras

## **8. REFLEXIONES FINALES**

---

El presente modelo constituye un esfuerzo por articular el conocimiento técnico en salud pública con los saberes ancestrales de los pueblos indígenas costarricenses, reconociendo que la salud bucal es parte inseparable del bienestar integral, del tejido social y de los derechos humanos colectivos. En este sentido, no se trata de una receta aplicable de manera uniforme, sino de una propuesta viva, adaptable, sensible a las realidades particulares de cada territorio, con el compromiso de respetar la autodeterminación y los procesos organizativos de las comunidades.

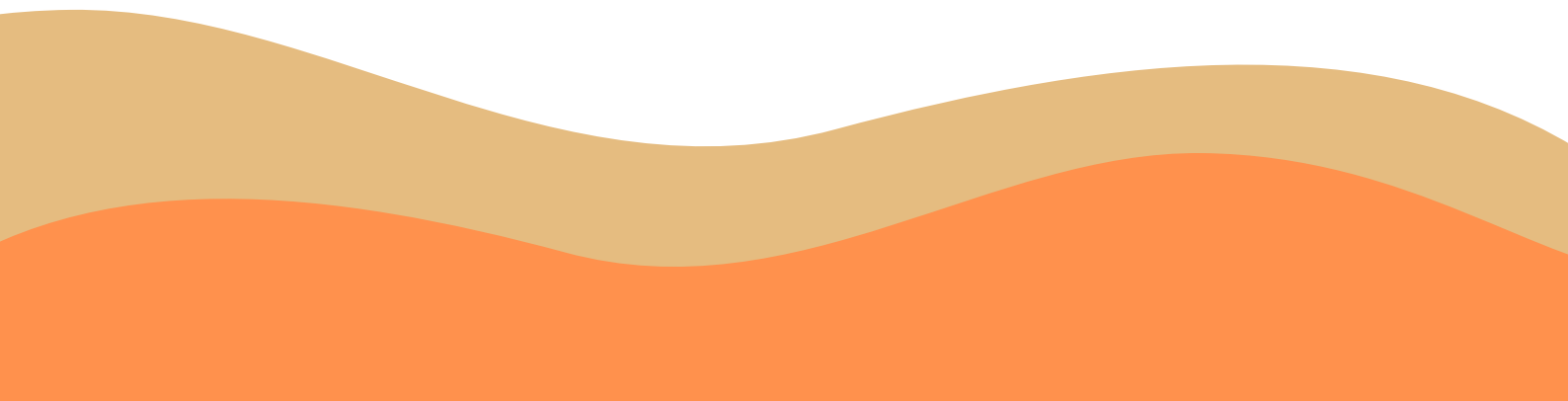
Durante su formulación, se evidenció la necesidad de trascender el paradigma biomédico para incorporar perspectivas interculturales, enfoques territoriales, pedagógicos y de derechos humanos. Este tránsito epistemológico exige que las instituciones y actores externos se sitúen desde una posición de humildad epistémica, apertura y voluntad de diálogo, permitiendo que los liderazgos indígenas conduzcan los procesos de transformación comunitaria en salud.

Asimismo, el modelo no busca suplantarse estructuras existentes, sino fortalecerlas desde adentro, potenciando iniciativas locales y creando puentes de colaboración horizontal entre los saberes tradicionales y los aportes de la salud pública. Al poner en el centro la consolidación comunitaria como eje articulador, se reconoce que cualquier proceso de promoción de la salud es, ante todo, un proceso político, cultural y educativo que debe estar anclado en la vida cotidiana, en la palabra compartida, en la memoria colectiva y en la proyección hacia el buen vivir.

Finalmente, se reconoce que este modelo es apenas un punto de partida. Su implementación y sostenibilidad dependerán de la voluntad política, la formación intercultural de los equipos técnicos, el reconocimiento legal y práctico de los derechos de los pueblos indígenas y, sobre todo, de la fuerza de las comunidades para apropiarse del modelo, recrearlo a su manera y convertirlo en una herramienta propia de defensa y construcción de salud bucal con dignidad.

## **9. REFERENCIAS:**

---

- Acevedo, L. (2022). *Acceso y uso de servicios odontológicos en comunidades indígenas latinoamericanas: revisión crítica de experiencias*. Revista Latinoamericana de Salud Colectiva, 18(3), 225-240. <https://doi.org/10.XXXX/rlsc.2022.18.3.225>
- Avendaño, J. (2022). *Procesos de adaptación cultural en los pueblos indígenas de Costa Rica ante dinámicas contemporáneas*. Revista de Estudios Sociales, 76(2), 113–132.
- Bonilla, J. (1992). *Los sistemas agrícolas tradicionales en la historia precolombina costarricense*. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Borges, M. (2012). *Indicadores de situación educativa en poblaciones indígenas de Costa Rica*. Ministerio de Educación Pública.
- Burke, F. (2014). *Movilidad educativa y desplazamiento territorial en jóvenes indígenas costarricenses*. Cuadernos de Población Indígena, 14(1), 45–66.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Diagnóstico de salud bucodental en territorios indígenas priorizados*. San José, Costa Rica. <https://www.ccss.sa.cr/>
- Castiblanco, Y., Gamboa, L. F., & Gutiérrez, L. A. (2021). *Diseño de un modelo integral en salud bucodental con enfoque intercultural*. Universidad El Bosque. <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/5516>
- Castillo, E. (2004). *Suelos, bosques y fronteras agrícolas en Costa Rica*. Editorial INBio.
- CCDRI. (2022). *Condiciones de vida de los pueblos indígenas de Costa Rica*. Consejo Coordinador de Desarrollo Regional Indígena. <https://www.ccdri.cr/condiciones-pueblos-indigenas.pdf>
- Chacón Zúñiga, F. (2004). *Multiculturalismo y derechos indígenas en Costa Rica*. Editorial Universidad Estatal a Distancia. [https://uned.ac.cr/recursos/biblioteca/pdf/Multiculturalismo\\_Derechos\\_Indigenas.pdf](https://uned.ac.cr/recursos/biblioteca/pdf/Multiculturalismo_Derechos_Indigenas.pdf)
- 

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC)*. Naciones Unidas.  
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0024.pdf>
- Comunident. (2014). *Programa de atención odontológica comunitaria*. Clínica sin fines de lucro. Recuperado de los documentos consultados en Alfaro (2024).
- Cruz, M. (2021). *Educación y salud bucal: la escuela como promotora de bienestar*. *Revista Educación y Sociedad*, 25(1), 45-61.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Estrada, J. (2012). *Cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas costarricenses. Módulo Educativo Indígena*. Ministerio de Educación San José, Costa Rica.  
<https://mep.go.cr/sites/default/files/indigena.pdf>
- FDI World Dental Federation. (2021). *Visión 2030: La profesión dental en pro de la salud bucodental, el bienestar general y un planeta saludable*.  
[https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-04/vision-2030-esp\\_0.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-04/vision-2030-esp_0.pdf)
- Fundación Sifais. (2020). *Salud bucal en territorios indígenas: hallazgos preliminares*. San José, Costa Rica. <https://www.sifais.org/salud-bucal-indigena-2020>
- Guevara Víquez, F. (2011). *Cronología básica de los pueblos indígenas de Costa Rica: desde los inicios del siglo XVI hasta el año 2000*. San José, C.R.: Siwä Pakö.
- Hands for Health Costa Rica. (2018). *Informe de impacto anual*. San José, Costa Rica.
- INEC. (2013). *Resultados del Censo Nacional 2011: Población indígena*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.inec.cr/censos/censos-2011>
- Isidro Olán, G., Garita, A., & Méndez, J. (2022). *Determinantes sociales y brechas en el acceso a la salud bucodental en poblaciones originarias*. *Revista de Salud Pública y Poblaciones Vulnerables*, 11(2), 33–48.

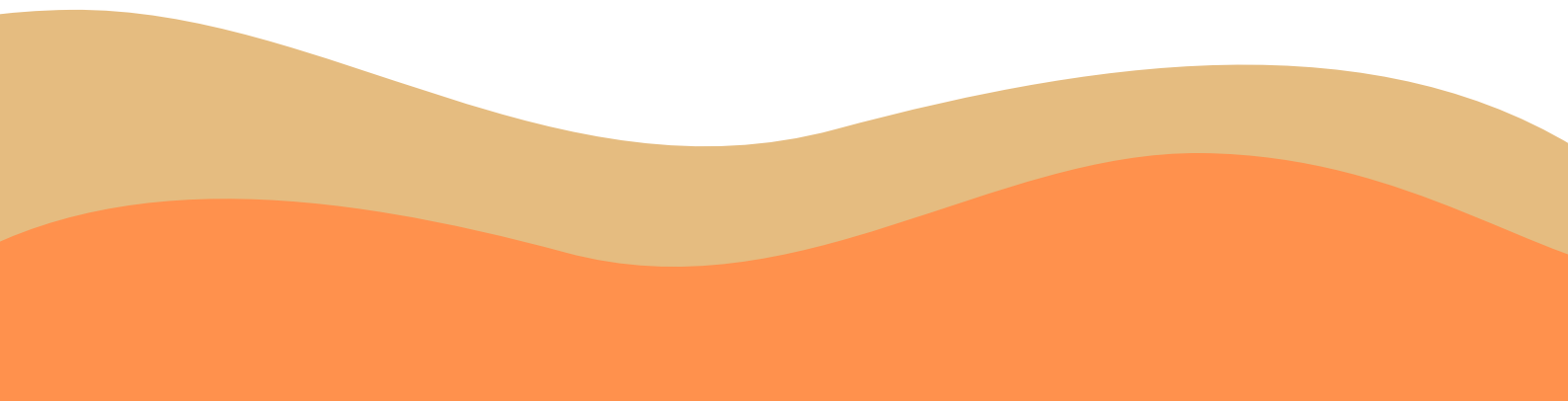
## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

- MacKay, F. (2007). *Los derechos de los pueblos indígenas y el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR)*. IWGIA Documentos Internacionales.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2005). *Social determinants of health*. Oxford University Press.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377.  
<https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Ministerio de Educación Pública. (2016). *Guía para el abordaje de la diversidad cultural indígena en el sistema educativo*.  
<https://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/guia-diversidad-cultural-indigena.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2019). *Política Nacional de Salud Bucal 2022–2032*.  
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/politicas-salud-bucal>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Plan Nacional de Salud Bucal 2018–2025*.  
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
- Molano, M. (2007). *Identidad cultural indígena y políticas públicas*. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(1), 89–102.
- Montoya, J. (2007). *Exclusión social y derechos de los pueblos indígenas en América Latina*. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, 4(2), 57-78.
- Moreno Salas, M. (2008). *Diversidad cultural y organización social en los pueblos indígenas de Costa Rica*. *Revista de Ciencias Sociales*, 120, 29–50.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Marco conceptual de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*.  
<https://www.who.int/classifications/icf/en/>

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Marco para la acción sobre salud oral en pueblos indígenas*. <https://iris.who.int/handle/10665/250130>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estrategia mundial sobre salud bucodental 2022–2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240063882>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Avances en la salud bucal en poblaciones vulnerables de América Latina*. <https://www.paho.org/es/documentos/avances-salud-bucal-america-latina>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Determinantes sociales de la salud y equidad en salud oral*. <https://www.paho.org/es/documentos/determinantes-sociales-equidad-salud-bucal-2023>
- Ortiz, J. (2024). *Relato de experiencias comunitarias en salud bucodental en el cantón de Coto Brus*. Testimonio recuperado por Pastrana (2024).
- Porras, R. (2020). Declaración institucional del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica. Citado en Alfaro (2024).
- Quesada, G. (2012). *Desaparición de lenguas indígenas en Costa Rica: causas, consecuencias y resistencias*. *Revista de Filología y Lingüística*, 38(1), 113–127.
- Rojas, L. (2018). *El derecho a la salud bucodental en territorios indígenas: análisis desde las políticas públicas*. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 27(2), 38-52.
- Salas, D. (2022). *Propuesta de política nacional de atención, promoción y protección de la salud oral*. Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica. Documento citado en Alfaro (2024).
- Solano, M. (2012). *Los Huetares: historia, identidad y reivindicación cultural*. Editorial Costa Rica. <https://editorialcostarica.com/catalogo/huetares-historia-identidad>
- Solano, R. (2000). *Ubicación territorial y calidad de vida de los pueblos indígenas en Costa Rica*. *Revista Geográfica de América Central*, (32), 109-124.
- 

## MODELO COMUNITARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIONES INDÍGENAS COSTARRICENSES

- Solís, P. (2022). *Subsistencia y transformación económica en comunidades indígenas del norte de Costa Rica: el caso Maleku*. Revista de Ciencias Sociales, 176, 33–50.
- Solórzano, H. (2017). *Asentamientos indígenas en Costa Rica: orígenes agrícolas y expansión territorial*. Revista Mesoamérica, 23(2), 77-93.
- Umaña, C. (2011). *La lengua chorotega en Costa Rica: aportes para su estudio histórico y recuperación cultural*. Revista Filológica, 37, 65-82.
- Umaña, C. (2022). *Acción comunitaria universitaria en salud bucodental en territorios indígenas*. Universidad de Costa Rica, Facultad de Odontología. [Informe técnico].
- Vásquez, M. (2005). *La pérdida del territorio indígena en Costa Rica y sus implicaciones sociales*. Revista de Derecho, 12(1), 105-128.
- Vásquez, M. (2008). *Desinterés institucional por la educación indígena en Costa Rica*. Revista Educación, 32(1), 55–72.
- Vásquez, F. G. (2011). *Cronología Básica de los pueblos indígenas en Costa Rica*. <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UCR.000073790> Vásquez, M. (2011). *El obispo Thiel y la defensa del pueblo Maleku*. Historia y Sociedad, 18(2), 97–110.
- Villalobos, A. (2021). *El legado de la alfarería chorotega en la identidad cultural costarricense*. Revista Arte y Sociedad, 17(1), 21-38.
- 

## **10. ANEXOS (Orientaciones prácticas por etapas)**

---

### **Guía para la implementación del Modelo Comunitario de Promoción y Protección de la Salud Bucal en Poblaciones Indígenas Costarricenses**

#### **ETAPA 1: Acercamiento territorial y consolidación del vínculo**

##### **Objetivo:**

Establecer una relación de confianza y reconocimiento mutuo con la comunidad indígena, como base ética y metodológica para cualquier acción posterior.

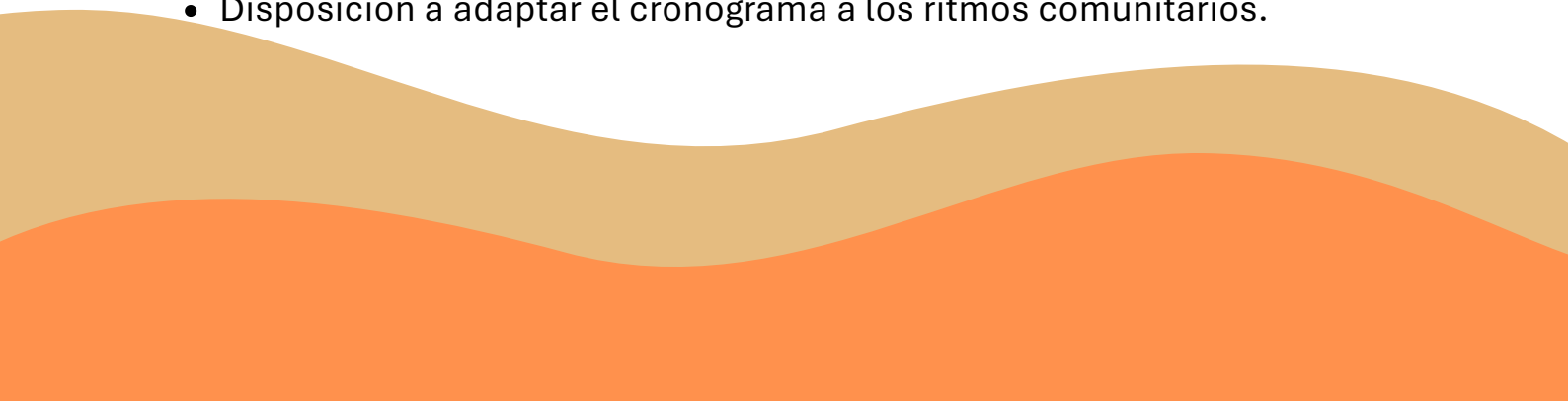
##### **Lista de verificación de acciones sugeridas:**

- Solicitar autorización y acompañamiento a autoridades indígenas locales.
- Participar en espacios comunitarios de forma respetuosa (reuniones, rituales, caminatas).
- Identificar actores clave: sabios y sabias, líderes comunales, promotores de salud, docentes.
- Reconocer las prácticas culturales locales en torno al cuerpo, la salud y la boca.

##### **Recomendaciones interculturales:**

- Respetar los tiempos propios de la comunidad.
- Evitar lenguaje técnico o institucional excesivo.
- Observar más de lo que se habla en las primeras visitas.

##### **Requisitos mínimos:**

- Presencia de al menos una persona mediadora que conozca la lengua indígena local.
  - Disposición a adaptar el cronograma a los ritmos comunitarios.
- 

## **ETAPA 2: Diagnóstico participativo y recuperación de saberes**

### **Objetivo:**

Comprender la situación de salud bucal desde la perspectiva de la comunidad, incluyendo factores sociales, culturales, ambientales y espirituales.

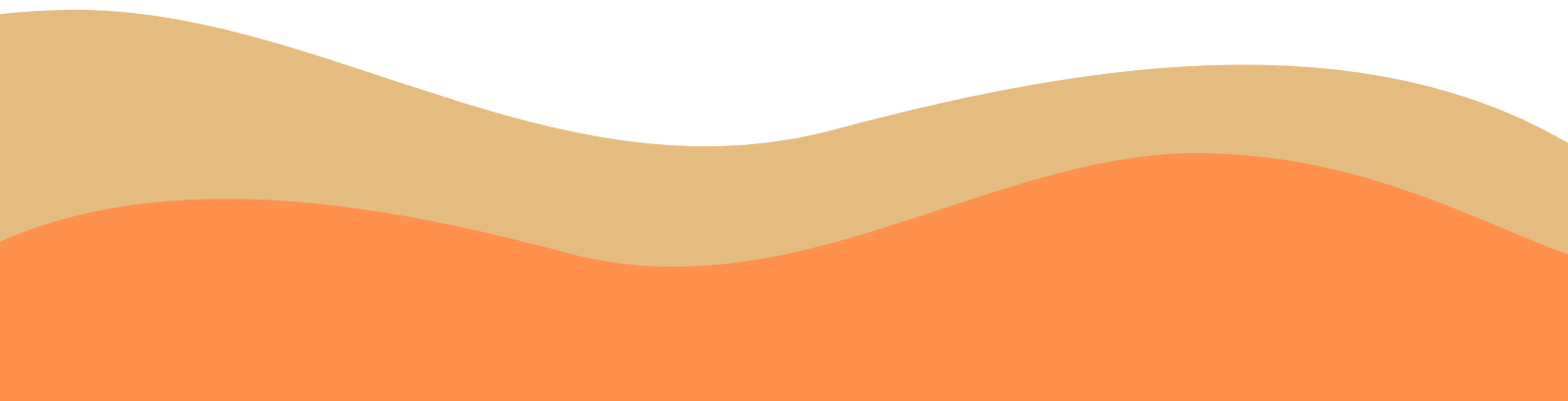
### **Lista de verificación de acciones sugeridas:**

- Realizar mapeos comunitarios o caminatas diagnósticas.
- Facilitar espacios de diálogo para recoger narrativas sobre salud, alimentación y cuidado bucal.
- Identificar prácticas tradicionales y plantas medicinales utilizadas.
- Detectar brechas de acceso a servicios y barreras comunicativas.

### **Recomendaciones interculturales:**

- Usar técnicas visuales o dramatizadas si se trabaja con niños o personas con bajo nivel de alfabetización.
- Asegurar traducción y comprensión mutua en lengua indígena.

### **Requisitos mínimos:**

- Herramientas adaptadas lingüística y culturalmente (cuestionarios, guías de entrevista, etc.).
  - Validación comunitaria de los hallazgos.
- 

### **ETAPA 3: Diseño colectivo de estrategias de promoción**

#### **Objetivo:**

Construir acciones de promoción y protección de la salud bucal que respondan a las prioridades, conocimientos y modos de vida de la comunidad.

#### **Lista de verificación de acciones sugeridas:**

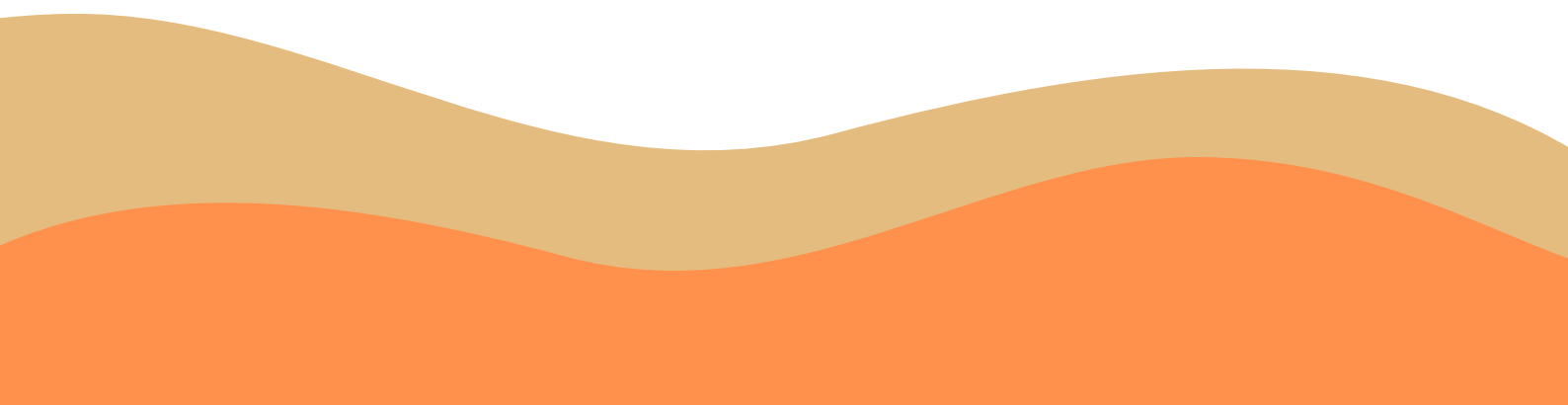
- Organizar talleres de co-creación con distintos grupos (niñez, juventud, sabios, cuidadores).
- Diseñar mensajes clave en lengua indígena.
- Elaborar materiales educativos junto a miembros de la comunidad.
- Incorporar prácticas tradicionales y conocimiento ancestral como recursos pedagógicos.

#### **Recomendaciones interculturales:**

- Usar elementos culturales (mitos, símbolos, metáforas) para construir mensajes significativos.
- Evitar copiar materiales urbanos o escolares sin adaptación previa.

#### **Requisitos mínimos:**

- Traducción de todos los materiales orales y escritos a la lengua indígena local.
- Validación por parte de los sabios/sabias o líderes culturales.



## **ETAPA 4: Implementación comunitaria y acompañamiento sostenido**

### **Objetivo:**

Ejecutar las estrategias con participación activa de la comunidad, reforzando capacidades locales y promoviendo la autonomía en salud.

### **Lista de verificación de acciones sugeridas:**

- Iniciar actividades educativas en espacios naturales de encuentro (escuela, casa de salud, montaña, río).
- Acompañar a los liderazgos indígenas en la implementación.
- Monitorear avances desde una lógica de aprendizaje, no solo indicadores cuantitativos.
- Adaptar o corregir en función del diálogo con la comunidad.

### **Recomendaciones interculturales:**

- Mantener una actitud flexible y no impositiva.
- Reconocer los ciclos agrícolas y espirituales como parte de los calendarios posibles.

### **Requisitos mínimos:**

- Participación activa de personas de la comunidad en la ejecución.
- Registro de experiencias y saberes emergentes (bitácora comunitaria, grabaciones orales, etc.).