



Universidad
Continental

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA
Y PRIVADA DE LA SALUD

Trabajo de Investigación

**Desarrollo de un modelo de atención en salud
bucal en pueblos indígenas. Satipo-Junín.
período 2018-2020**

Evelyn Andrea Rojas Oré

Huancayo, 2019

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud



Repositorio Institucional Continental

Trabajo de Investigación



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

Asesor

Mg. José Castro Quiroz

Dedicatoria

La Presente Investigación está dedicada a los niños que viven en poblaciones indígenas, quienes fueron los que inspiraron este trabajo.

Agradecimientos

A mis docentes de la Universidad Continental, por su gran aporte en las aulas universitarias.

Al Mg. José Castro, por sus consejos, sugerencias, orientación permanente y correcciones al trabajo de investigación, que sin el apoyo de él no hubiese sido posible la conclusión de la presente investigación.

2.1.2.	Modelos Conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema.	35
A.	Salud Bucal:	35
B.	Pueblos Indígenas.....	41
C.	Salud y Salud Bucal en Pueblos Indígenas:	48
D.	Atención en Salud Bucal:.....	51
E.	Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas:	53
F.	Medicina Tradicional:.....	64
G.	Prácticas Tradicionales en Salud Bucal.....	72
H.	Interculturalidad en Salud:	74
I.	Participación Comunitaria:.....	84
J.	Prevención y Promoción en Salud Bucal:	86
K.	Habilidades y conocimientos del Personal de Salud para los Servicios de Salud:	91
L.	Factores que influyen en la Salud Bucal:.....	95
M.	Programa Presupuestal N°0018- Programa de Enfermedades No Transmisibles- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal.....	96
N.	Promoción de la Salud.....	102
2.1.3.	Otras Bases Teóricas.	104
A.	Documentos de Apoyo:	104
B.	Normatividad:	106
Capítulo III:	El Diagnóstico	110
3.1.	Determinación del Problema	110
3.1.1.	Análisis del Proceso Problema	112
3.1.2.	Sustento de Evidencias	115
A.	Evidencias del Proceso:	115
B.	Evidencias de los Nudos Críticos:	116
C.	Responsables del Nudo Crítico:	117
3.2.	Análisis Organizacional	117
3.2.1.	La Organización:.....	117
A.	DIRESA JUNÍN:.....	117
B.	RED DE SALUD SATIPO:	125

3.2.2.	Análisis Interno	129
A.	Subsistema Razón de Ser:	129
B.	Subsistema Estructural:.....	130
C.	Subsistema Sicosocial:.....	135
D.	Subsistema Gestión:	137
3.2.3.	Entorno Organizacional	139
A.	Entorno Inmediato:	139
2.1.4.	Alianzas Estratégicas:.....	152
3.3.	Análisis de Stakeholders:	162
Capítulo IV:	La Formulación.....	164
4.1.	Determinación de objetivos	164
4.1.1	Objetivos General:	164
4.1.2	Objetivos Específicos:.....	164
4.1.3	Sustento de Evidencias	165
4.2.	Productos	179
4.2.1.	Producto 1: Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena:.....	179
4.2.2.	Producto 2: Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas:	180
4.2.3.	Producto 3: Talleres.....	181
4.2.4.	Producto 4: POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural	182
4.2.5.	Producto 5: Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.	182
4.3.	Actividades.....	183
Capítulo V:	La propuesta de Implementación.....	186
5.1.	Identificación de Recursos Críticos.....	186
5.1.1.	Comunicación Estratégica	186
5.1.2.	Incidencia de Stakeholders	186
5.1.3.	Recursos Humanos:	188

5.1.4. Recursos Financieros:	189
5.1.5. Recursos Logísticos:.....	192
5.1.6. Recurso Tempo:	192
5.2. Metas periodo de 3 años:	193
Capítulo VI: Análisis de Viabilidad y Factibilidad	196
6.1. Viabilidad y Factibilidad	196
6.1.1. Metodología SADCI:	196
6.1.2. Viabilidad Política:.....	211
6.1.3. Viabilidad Social:	211
6.2. Metodología MACTOR:	211
6.3. Análisis de Viabilidad según Evaluación Estratégico – Gerencial	214
Capítulo VII: Seguimiento y Evaluación.....	215
7.1. Seguimiento	215
7.2. Desarrollo de Indicadores de Resultado	217
7.3. Evaluación.....	218
Conclusiones	221
Recomendaciones	224
Bibliografía:.....	227
ANEXOS	239
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	239
Anexo 2: Producto 1	241
ANEXO 3: Producto 2	296
ANEXO 4: Producto 3.....	309
ANEXO 5: Producto 4:.....	327
ANEXO 6: Producto 5.....	330

Índice de Figuras

Figura 1	Influencias en salud oral y disparidades en salud oral.....	95
Figura 2	Árbol de Medios Salud Bucal.....	99
Figura 3	Árbol de problemas Salud Bucal.	112
Figura 4:	Proceso de Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas.	113
Figura 5:	Nudos Críticos del proceso de Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas.	113
Figura 6	Organigrama DIRESA Junín.....	118
Figura 7	Proporción de ruralidad/urbanidad de las provincias del departamento de Junin, año 2007.....	121
Figura 8	Cobertura de aseguramiento de la población general en la región junin según provincias 2008,2021 y 2013.....	123
Figura 9	Porcentaje de población afiliada al SIS en situación de pobreza que se atendió en un establecimiento de salud público cuando se percibió enferma en el Perú y la región Junin, 2013-2014.....	124
Figura 10	Porcentaje de niños de 2 años afiliados al sis que han recibido atenciones preventivas de salud en el Perú, promedio de las 5 regiones objetivo y Junin 2015.....	124
Figura 11	Organigrama red de salud Satipo.	126
Figura 12	Organigrama INS.....	145

Índice de Tablas

Tabla 1	Análisis de la barrera de acceso a los servicios de salud.....	61
Tabla 2	Cuantificación de la población potencial con problemas de salud bucal, población objetivo y criterios de focalización de la Dirección Ejecutiva de salud Bucal.....	97
Tabla 3	Transición de las alternativas al producto.	100
Tabla 4	Indicadores de resultado para salud bucal.	101
Tabla 5	Actividades de Promoción de la Salud que incluyen Salud Bucal	103
Tabla 6	Codificación para pertenencia étnica.	109
Tabla 7	Población total en las comunidades indígenas, por sexo, según departamento.	119
Tabla 8	Población total de las comunidades indígenas, por sexo y grupos de edad del Departamento de Junín.	120
Tabla 9	Tasa de odontólogos por provincia en la Región Junín 2009-2013.	123
Tabla 10	Primeras causas de consulta externa en la región de Selva de Junín 2013.	125
Tabla 11	Primeras causas de consulta externa en la provincia de Satipo, Junín 2013.	127
Tabla 12	Análisis FODA de la situación de salud de Satipo en el Plan de desarrollo concertado Provincial de Satipo 2008-2021.	127
Tabla 13	Objetivos y Estrategias para la problemática de salud del plan de desarrollo concertado provincial Satipo 2008-2021.	128
Tabla 14	Morbilidad de la población indígena andina por regiones, según grupos de enfermedades, Año 2012	141
Tabla 15	Análisis de Stakeholders.....	162
Tabla 16	Actividades Propuestas.....	183
Tabla 17	Presupuesto.....	190
Tabla 18	Metas Periodo de 3 años	193
Tabla 19	Formulario C: Codificación Actividades /Tareas	196

Tabla 20	Formulario D 1: DCI Análisis desde el punto de vista de las reglas del juego	198
Tabla 21	Formulario D 2: DCI Análisis desde el punto la vista de las relaciones interinstitucionales	200
Tabla 22	<i>Formulario D 3: DCI Análisis desde el punto de vista de organización y asignación de funciones</i>	202
Tabla 23	Formulario D 4: DCI Análisis desde el punto de vista de las políticas de personal	204
Tabla 24	Formulario D 5: DCI Análisis desde el punto de vista de insumos físicos y recursos humanos	206
Tabla 25	Formulario D 6: DCI Análisis relativos a la capacidad individual de las personas intervinientes.....	208
Tabla 26	Formulario E 1: Consolidación de DCI relativos a falta de capacidad institucional no relacionados con capacidades individuales.....	209
Tabla 27	Relación de Actores	212
Tabla 28	Relación de los Actores con los Productos Propuestos.....	213
Tabla 29	Seguimiento	215
Tabla 30	Indicadores de Resultado	217
Tabla 31	Evaluación	218

Resumen

La presente Propuesta se basa en dar una solución a la problemática de Salud Bucal de Poblaciones Indígenas, además de brindar un aporte innovador hacia la concepción de un modelo de atención de salud bucal intercultural reflejado en la relación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, con el objetivo de brindar servicios de salud bucal con equidad cultural.

Esta propuesta tiene como fin la mejora de la intervención, gestión y reorientación de los servicios de salud bucal, adecuados a las necesidades y saberes culturales de las poblaciones indígenas. Asimismo, se espera reducir las brechas de acceso a servicios de salud en estas poblaciones, incluir el enfoque intercultural a través de la adecuación de los servicios de salud incluyendo saberes tradicionales referidos a salud, enfermedad y plantas medicinales.

Por último, incentivar a la población indígena ejercer su derecho a recibir una salud bucal de calidad de acuerdo con sus saberes y prácticas culturales, así como participar activamente del diseño e implementación de un modelo de salud bucal intercultural. Y, en definitiva, brindar servicios de salud de calidad y fomentar la tolerancia y respeto por la diversidad de creencias en torno a la salud bucal.

Palabras Clave: Salud bucal, población indígena, interculturalidad.

Abstract

The present Proposal is based on providing a solution to the problem of Oral Health of Indigenous Populations, as well as providing an innovative contribution towards the conception of a model of intercultural oral health care reflected in the relationship between traditional medicine and modern medicine, with the aim of providing oral health services with cultural equity.

This proposal aims to improve the intervention, management and reorientation of oral health services, adequate to the needs and cultural knowledge of indigenous populations. It is also hoped to reduce the gaps in access to health services in these populations, including intercultural approach through the adequacy of health services including traditional knowledge related to health, disease and medicinal plants.

Finally, encourage the indigenous population to exercise their right to receive quality oral health according with their knowledge and cultural practices, as well as actively participate in the design and implementation of an intercultural oral health model. Ultimately, provide quality health services and foster tolerance and respect for the diversity of beliefs about oral health.

Key Words: Oral health, indigenous population, interculturality.

Introducción

Es un objetivo del sistema de atención en salud el de proporcionar el tipo de servicio que la población necesita para mejorar los niveles de salud de la población. Sin embargo, en el Perú existe un programa de salud bucal donde no se respeta la cultura ni las necesidades de las poblaciones indígena, que poseen una realidad muy diferente a la población urbana. La población indígena ha sido sometida a un proceso de exclusión y marginación y es por ello que la información sobre su situación sanitaria se encuentra poco sistematizada; esta situación ha dado lugar a la escasa información respecto a las patologías bucales que afectan estas comunidades.

Se reconoce los esfuerzos que el Sector Salud ha desplegado para hacer llegar sus servicios a las comunidades nativas, en especial a las más alejadas y dispersas, así como por haber iniciado un proceso de adecuación del servicio a las particularidades culturales de estas comunidades. Sin embargo, estos esfuerzos deben ser fortalecidos mediante una firme política de incorporación de la salud intercultural en el sector. (República del Perú, 2008.p.9)

A pesar de la evidente importancia del tema, se han realizado pocas propuestas para la mejora de la salud bucal en pueblos indígenas, por lo que se espera que con esta propuesta se puedan construir políticas de salud bucal más equitativas y adecuadas a la realidad pluricultural de nuestro país, en la perspectiva de optimizar la atención bucal en las condiciones de disponibilidad, accesibilidad y adecuación cultural del servicio de salud y así forjar una sociedad en la cual los habitantes puedan gozar del más alto nivel posible de salud física, mental y social.

La presente Propuesta estará desarrollada en seis capítulos, tal como se detalla a continuación: capítulo I: generalidades. En este primer capítulo, trabajaremos los antecedentes de nuestra Propuesta. Determinaremos el problema que requiere de solución, además justificaremos por qué nuestro Propuesta resultará de utilidad para la organización y que permitirá mejorar la salud bucal de la población indígena

de Satipo-Junín, estableciendo el Objetivo General y los objetivos específicos de la Propuesta, asimismo describiremos el Producto Propuesto, que consistirá en una Guía de procedimientos desarrollada para identificar los riesgos relevantes en la población indígena de Satipo-Junín, finalmente estableceremos los alcances y límites de la Propuesta, capítulo II: marco teórico. En este capítulo trabajaremos, el Marco Teórico de la Propuesta, identificando las Publicaciones previas relacionadas, los Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema (que incluye Las Escuelas en las que se justifica) y otras Bases Teóricas donde se incluirá la normatividad actual que sobre el tema se han dictado, capítulo III: diagnóstico, en el segundo Capítulo desarrollaremos el Diagnóstico general de la atención en salud bucal de los pueblos indígenas de Satipo-Junín, estableciendo el diagnóstico organizacional, realizando la delimitación de la realidad problema, a través de la descripción y análisis de los aspectos internos y del entorno y la realidad de la empresa; asimismo estableceremos, luego de ello las brechas que se deben resolver para alcanzar la realidad ideal y se determinarán los problemas institucionales que están originando esta realidad, capítulo IV: formulación. En este capítulo trabajaremos, el Marco Teórico de la Propuesta, identificando las Bases Teóricas y la Escuelas en las que se justifica, igualmente definiremos los términos básicos que se utilizarán a lo largo del trabajo y estableceremos las estrategias que se utilizarán para el logro del Desarrollo de un Modelo de Atención en Salud Bucal en la población indígena de Satipo-Junín. Así mismo, se delimitará la ruta estratégica a seguir y se desarrollarán los productos con los cuales se propone resolver los problemas encontrados en el Capítulo II, alcanzar los objetivos propuestos y disminuir las brechas a fin de acercarnos a la situación o escenario ideal planteado, capítulo V: propuesta de implementación. Este capítulo está destinado a plantear la implementación del Plan de Trabajo en la población indígena de Satipo-Junín, identificando los recursos críticos que podrían poner en riesgo la ejecución de la presente propuesta. Se analizan los Recursos: Humanos, los recursos financieros, logísticos necesarios para implementar la propuesta, y el tiempo requerido. De otro lado identificaremos las metas y actividades necesarias de realizar para lograr cada uno de los productos propuestos, las metodologías y técnicas científicas utilizadas, y finalmente en este capítulo nos referiremos a los Aspectos Administrativos del Trabajo, identificando responsables y costos, Capítulo

VI: análisis de viabilidad y factibilidad. En el quinto capítulo analizaremos la viabilidad de ejecutar el Desarrollo de un Modelo de Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas Satipo-Junín –Período 2018-2020, y su factibilidad a fin de ser usada como una herramienta eficiente en el logro de los objetivos misionales de la Institución, Capítulo VII: seguimiento y evaluación. En este capítulo determinaremos mecanismos de control, a nivel de monitoreo y control a fin de que nos permita acompañar, así como la elaboración de Indicadores de resultado y finalmente evaluar semestralmente, si estamos logrando los objetivos esperados, y ejecutar inmediatamente los ajustes necesarios y conclusiones, se presentará las conclusiones finales de la Propuesta que a nuestro criterio resulten importantes y señalar las razones para que sea implementada. Estarán en relación con los problemas encontrados, y las recomendaciones, se presentará las recomendaciones que a nuestro criterio resulten importantes para que la Propuesta sea implementada. Estarán en relación directa con las conclusiones a las que se arriba al final de este trabajo de Investigación.

La Autora.

Capítulo I

Generalidades

1.1. Antecedentes:

Uno de los aspectos que más debemos cuidar, ya sea por apariencia o salud, es la higiene bucal. Tener una mala salud dental tiene consecuencias como caries, mal aliento, inflamación de las encías, entre otras, también puede afectar de manera negativa a la autoestima y a la capacidad de comunicación, alimentación, etc. En el Perú, existen muchas poblaciones excluidas y dispersas, que en su mayoría dependen del Sistema de Salud Pública, pero al ser este deficiente se entiende que la mayoría de problemas de salud bucal no están siendo atendidos. Actualmente, la información sobre el estado de salud bucal de la población indígena es escasa por lo que surge la necesidad de analizar la misma, y por tanto cabe resaltar la importancia de levantamientos epidemiológicos buscando promover la oferta de servicios preventivos e interceptivos para esta parte de la población peruana no asistida. Es por esto que la Salud Bucal de nuestra población indígena es un tema que me gustaría desarrollar a profundidad para poder mejorarlo y contribuir a mejorar el nivel de vida de esta población.

Gobierno de Chile – Ministerio de Salud, (2010). Las etapas iniciales de la vida son claves para sentar las bases del desarrollo posterior de los individuos. Desde las ciencias biológicas y cognitivas existe acuerdo que este período de la vida es el más significativo para la formación de una persona. En esta etapa se estructuran las bases fundamentales de las particularidades físicas y psicológicas de un individuo, que lo acompañarán por el resto de su vida y desarrollo. Estas características se consolidan o perfeccionan en sucesivas etapas de formación. No existe otro momento en la vida donde se encuentre tal nivel de plasticidad en los individuos. Si los niños y niñas en estos períodos de alta potencialidad y vulnerabilidad no cuentan con familias, comunidades, equipos de salud y de educación capacitados y estimulantes,

entre otros múltiples factores ambientales involucrados, no solo se perderán importantes oportunidades para su formación, sino que se arriesgan a daños permanentes que marcarán su capacidad de desarrollo futuro.

En el Perú, la caries dental es una de las enfermedades más prevalentes en la población infantil y los problemas orales son una de las principales causas de consulta en los establecimientos de salud. Los factores de riesgo de caries dental son múltiples pero la información socio-demográfica, socio-económica, higiene oral y presencia de fluoruros cobran gran importancia cuando hablamos de poblaciones indígenas, pues, analizando, observamos, que en la población indígena, al ser una población excluida ya sea por la distancia a los establecimientos de salud, así como su escasa capacidad adquisitiva económica no les permite disfrutar de un equipo dental básico como es un cepillo y una pasta dental; por lo tanto se observa una deficiente higiene oral en estas comunidades nativas. Por consiguiente, poseen un 50% más de riesgo en adquirir enfermedades dentales.

Me motiva el realizar esta investigación el hecho de que soy de profesión Cirujano Dentista y en los años de experiencia acumulados, diferentes lugares de trabajo y convivencia con la población rural he observado que los servicios de salud bucal son deficientes y que existen diversas limitaciones y brechas de equidad que deben concluirse. Esto me ha hecho reflexionar sobre nuestras poblaciones indígenas más vulnerables y lo que con esfuerzo y dedicación podríamos lograr es un país más equitativo, inclusivo y reconciliado.

1.2. Determinación del problema

Ministerio de Cultura (2014). En el Perú conviven diferentes culturas, cada una con sus respectivas lenguas, tradiciones, cosmovisiones y costumbres. Sin embargo, diversas poblaciones han sido subvaloradas debido a la forma jerárquica, discriminatoria y excluyente de relaciones que se organiza nuestra sociedad.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.

Godoy, Navas, Fox, y Quintero (2014). Es de gran preocupación la atención tanto en lo curativo como en lo referente a la educación preventiva dispensada a los pueblos indígenas, desarrollando acciones, programas, modelos de salud oral, de los cuales es necesario conocer su abordaje desde el enfoque intercultural, es decir, si en esas propuestas se ha considerado las cosmovisiones acerca del proceso salud/enfermedad bucal, las costumbres, prácticas, lenguas, entre otros aspectos, de los pueblos indígenas y que contribuyen a garantizar un impacto efectivo sobre las condiciones de salud bucal que estos presentan.

Ministerio de Salud (2013). De acuerdo con el Censo 2012, la mayor población indígena se encuentra asentada en la sierra y selva del Perú y según el documento Perú Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2013, la ejecución de prácticas adecuadas de higiene bucal es un ejercicio poco frecuente en la población de la sierra y selva con un 23,3% y 16,2% respectivamente. El mismo documento indica que sólo el 21,1% y 26,1% de niñas y niños menores de 12 años de la selva y sierra respectivamente, han sido atendidos en un servicio odontológico. Ministerio de Salud, (2014). Además, sólo el 57,0% de los responsables de los menores han recibido información sobre las prácticas de salud bucal. Evidenciándose además que no existe mucha información al respecto porque no se gerencia este tema a nivel de las instancias rectoras de la salud bucal.

El Ministerio de Salud establece una Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, que tiene entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las

etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales, la problemática de esta directiva es que no se incluye la interculturalidad en salud y por tanto la atención en salud bucal es deficiente en la población indígena.

Ministerio de Salud (1986). En cuanto a la práctica odontoestomatológica, que comprende tres componentes principales: la producción de conocimientos, la producción de servicios y el desarrollo de recursos humanos, éstos se han desarrollado en forma separada y desarticulada, debido a los diferentes objetivos, fines e intereses de las instituciones que han tenido la responsabilidad de administrarlos. Los distintos componentes de la práctica odontológica han tenido en común el abordaje individualista, complejo y costoso, con evidente dependencia, especialmente en lo tecnológico. Entre los más notables de estos componentes se han señalado: la investigación escasa, dispersa, repetitiva, costosa y dependiente en lo económico y en los contenidos.

Ministerio de salud (1986). Los servicios se han caracterizado por desarrollarse dentro de una práctica costosa, individualista, de baja cobertura, orientada hacia la mutilación y la restauración antes que a la prevención. La formación de recursos humanos se ha orientado al manejo de la enfermedad y no a la preservación de la salud; a la especialización, en desmerito de la formación integral; no desarrolla en los educando odontoestomatólogos, la capacidad crítica ni la búsqueda sistematizada de alternativas de solución a los problemas.

García (1987). La medicina académica, necesaria para afrontar problemas de salud producidos por la aculturación, sólo tendrá éxito si el programa establece un plan de comunicación recíproca y compatibilidad con las prácticas y creencias etnomédica; de ahí el interés por la Medicina Tradicional.

En el Perú y en otros países de la Región, se han desarrollado experiencias previas, que muestran que cuando se incluye el componente intercultural, el uso de los servicios de salud se incrementa significativamente, no solo por la mayor aceptación por la población, sino por la mejora de la calidad del servicio producto de la incorporación de conocimientos tradicionales en salud, basados en evidencias científicas. Esto implica la revalorización del conocimiento tradicional, elemento sustantivo en las políticas de inclusión social de las comunidades históricamente excluidas. (Decreto Supremo N°016-2016-SA. Diario Oficial El Peruano, Perú, 2 de abril de 2016)

Este hecho tiene directa repercusión en el acceso a los servicios de salud. La población tiene limitado acceso a los servicios de salud, no solo porque éstos no existen o si existen, tiene escasa capacidad resolutive, lo que sumado a la falta de reconocimiento de parte del sistema público de salud de las necesidades, percepciones, conocimientos y prácticas de estas comunidades, genera en ellas una percepción de incompreensión y maltrato, por lo cual se produce un limitado uso de estos servicios, haciendo ineficiente e improductivo el funcionamiento de los establecimientos de salud. (Decreto Supremo N°016-2016-SA. Diario Oficial El Peruano, Perú, 2 de abril de 2016)

Ministerio de Salud-Chile, (2010). Las actividades de promoción y prevención constituyen una herramienta altamente eficiente para cubrir grandes grupos poblacionales, y en el proceso, un individuo o un grupo de individuos aumenta su conocimiento sobre temas de salud específicos y generales, con la finalidad de implementar, modificar o perpetuar comportamientos individuales y colectivos, que favorezcan el cuidado de la salud y su calidad de vida. Éstos pueden potenciarse si son acompañados de cambios ambientales, legislativos y técnico sanitarios adecuados y coordinados, pero fundamentalmente si tienen la adecuada duración y perseverancia en el tiempo.

Ministerio de Salud-Chile (2010). Las actividades de promoción de la salud bucal deben incluir diversas áreas que tienen impacto en la salud bucal de las

personas, como por ejemplo los aspectos sociales, económicos y estructurales de la sociedad, como también las políticas públicas y la institucionalidad local.

Las acciones preventivas contra la caries dental tienen como objetivo general reducir su incidencia, prevalencia y gravedad; pueden ser implementadas a nivel individual, familiar y comunitario, siendo las más básicas la aplicación de sellantes, aplicación de flúor gel y PRAT. Estas actividades de promoción y prevención muy bien dirigidas y planificadas garantizarán a futuro que nuestras poblaciones indígenas mejoren su calidad de vida.

Si bien existe la necesidad de implementar más establecimientos de salud, así como contar con más profesionales de la salud, es importante también que la autoridad sanitaria nacional y los demás actores sociales fomenten y participen en el cambio, de la relación entre la población y los servicios de salud, a fin de reconocer e incorporar dichos conocimientos y tradiciones en salud que estas poblaciones han acumulado a lo largo de su existencia en nuestro sistema de salud, ya que muchos de estos conocimientos y prácticas, pueden contribuir a ampliar y mejorar la atención de la salud del conjunto de la población. (Decreto Supremo N°016-2016-SA. Diario Oficial El Peruano, Perú, 2 de abril de 2016)

Correa y Roopnaraine (2013). En cuanto a Salud Intercultural, existen dos categorías amplias: aquellas directamente relacionadas con la identidad indígena y los relativos a la salud propiamente tal. En la primera se alude a asuntos como la cultura, las lenguas, las creencias, los miedos y preocupaciones, así como a las experiencias de discriminación y desempoderamiento en el acceso a los servicios públicos. En la segunda se abarcan temas que si bien son relevantes para entender la situación social de las comunidades indígenas, no son atribuibles a factores culturales y más bien responden a problemas generales de zonas rurales en situación de pobreza. Aquí cabría las distancias que hay que recorrer para acceder a las instancias de salud, la situación de la infraestructura pública, la existencia de recursos

humanos debidamente calificados y la disponibilidad de medicinas. Además, la calidad del servicio depende de factores que se entrelazan, como por ejemplo la actitud del personal y su conocimiento de la cultura e idiomas locales, entre otros.

Agentes de Medicina tradicional, con un amplio conocimiento de las prácticas que mantienen las familias en el cuidado de su salud, así como de los aspectos relativos a la atención y prevención, contribuirá a mejorar la atención en salud de la población. (Decreto Supremo N°016-2016-SA. Diario Oficial El Peruano, Perú, 2 de abril de 2016)

Se debe precisar finalmente, que la Dirección de Salud de Junín, reporta que la provincia de Satipo, es la Provincia con mayor población de comunidades nativas y que en ella las atenciones que se brinda a través de los Establecimientos de Salud son eminentemente curativas (caries Dental) y extracciones dentales.

Así mismo, que la población de estas comunidades nativas solo acude a los establecimientos de salud cuando el dolor no mejora y casi siempre o termina con una extracción dental o con grandes curaciones.

La población de estas comunidades nativas cuando llegan a la tercera edad casi no cuenta con dentadura, lo que afecta su calidad de vida considerablemente.

De lo dicho anteriormente, se ha determinado un problema general, así como problemas específicos. Los cuales serían:

1.2.1. Problema General:

INADECUADA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTERCULTURAL en
Pueblos Indígenas de la Provincia de Satipo-Junín

1.2.2. Problemas Específicos:

- A. Inexistencia de un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena.
- B. Inadecuado perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que labora en establecimientos de salud y que brinda servicios a pueblos indígenas.
- C. Falta de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto, una Inexistente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal
- D. Incompleta asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.
- E. El POI de los establecimientos de salud no tiene enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque.
- F. Falta de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.
- G. Falta de participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, para asegurar la concientización en temas de prevención y promoción.
- H. Falta de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural.
- I. Niños y niñas menores de 12 años sin atenciones odontológicas a lo largo de su vida.

1.3. Justificación del Plan

La presente investigación tiene las siguientes justificaciones:

1.3.1. Justificación Práctica.

La Salud Bucal constituye un aspecto fundamental en las condiciones de salud general del individuo y actualmente las patologías bucales

muestran una alta prevalencia y severidad. Esta problemática influye en la calidad de vida de los individuos, vulnerando la autoestima, dificultando las relaciones sociales y los potenciales de éxito personal. Desarrollando este modelo de atención ofrecemos contribuir a la inclusión social, reconocer la diversidad cultural, respetar nuestras diferencias culturales y finalmente satisfacer las necesidades de la población indígena.

1.3.2. Justificación Social.

Los antecedentes registrados en cuanto a índice de patologías bucales en la población peruana indican una evidente tendencia que presenta el desarrollo de estas enfermedades en la población, y su alta prevalencia ya en tempranas edades. Por lo que se hace fundamental intervenir de manera más precoz, principalmente con medidas de protección específica y general. Desarrollar este modelo de atención en salud Bucal en pueblos indígenas ayudará a mejorar no sólo la salud bucal sino que influirá en la calidad de vida de los individuos, fundamentalmente si se interviene de manera precoz.

1.4. Propósito

La presente investigación generará Valor Público, ya que conjuntamente con la “Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural” (Decreto Supremo N°003-2015-MC) garantizamos que el Estado reconozca la diversidad cultural, contribuya a la inclusión social y sobre todo la integración nacional, donde no existan culturas superiores ni inferiores, respetando nuestras diferencias culturales y colaborando entre sí. Así, generamos valor al contribuir a la mejora de la atención en salud bucal de los pueblos indígenas, ofreciendo elementos útiles sobre sus condiciones de salud bucal, mejorando la cobertura y las condiciones de accesibilidad, respetando sus creencias y su cultura para finalmente crear un modelo de atención de Salud Bucal que satisfaga las necesidades de la población indígena. Ello contribuirá a mejorar la calidad de vida de estas poblaciones,

pues un buen estado de salud bucal también afecta la alimentación, comunicación y autoestima de la persona.

Por otra parte, entendiendo que toda institución pública se ha creado para servir a la población, analizando la misión del Centro Nacional de Salud Intercultural, que es “Proponer políticas, estrategias y normas de salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación que permita la integración de la medicina tradicional, alternativa y complementaria con la medicina académica, respetando el carácter multiétnico del país y mejorando el nivel de salud de los pueblos andinos y amazónicos en el marco de la interculturalidad como derecho”, la presente investigación contribuye al logro de la misión institucional, así como a proponer una política (un modelo) de atención en salud bucal en pueblos indígenas.

Es necesario comprender que La Salud Bucal tiene muchas implicancias en la salud general del ser humano: es esencial para una buena salud, el bienestar integral del individuo y es fundamental para una buena calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren.

Jordán (2009). Además, participa en la fonación de las palabras para la comunicación de las personas. Diversas investigaciones han demostrado la relación entre la salud bucal y otras enfermedades sistémicas, por ejemplo, enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades respiratorias.

Se muestra el importante rol de la salud bucal para mantener una buena salud general y con ello el valor público de esta Investigación aplicada para con la población.

1.5. Aspectos Metodológicos

La modalidad de investigación, es la investigación propuesta, dado que se focaliza en la identificación de cadenas de valor que contengan relaciones

causales entre las principales causas y los efectos de la problemática que se desea cambiar y en base a ello hacer una propuesta de intervención sustentada en evidencias. Así mismo se realiza un análisis de Proceso, así como la utilización de las siguientes Metodologías que permitieron finalmente desarrollar nuestra propuesta de solución:

1.5.1. Metodología Análisis Interno:

El análisis interno de La Red de Salud Satipo, se determina a través del modelo de E. Kast, F., & E. Rosenzweig, J. (1990). *Administración en las Organizaciones - Enfoque de Sistemas y de Contingencias*. México D.F.: Mc GRAW - Hill., donde señala que se describen, que las organizaciones pueden ser analizadas como un sistema con características de ser un sistema abierto dinámica en su entorno, un dinamismo que resulta la interacción de los subsistemas entre ellos mismos y de cada uno con el entorno, este modelo ayuda a realizar un diagnóstico completo de una organización. Modelo que permitirá hacer un análisis del problema, desde la perspectiva completa que una institución esta como sistema conformada de subsistemas.

Entre los subsistemas que se analizarán están:

1. Sub Sistema de razón de ser
2. Sub Sistema de estructural
3. Sub Sistema psicosocial
4. Sub Sistema de gestión

1.5.2. Metodología Análisis Entorno:

Para el análisis del entorno organizacional de la Red de salud Satipo, se utilizó el método de *Collerette y Schneider en el libro Diagnóstico y Cambio Organizacional: Elementos Claves*, describe tres niveles en entorno organizacional, en:

1. Entorno Inmediato
2. Entorno Intermedio
3. Tendencias Globales

1.5.3. Metodología para diagnóstico de capacidades institucionales:

Se aplica el Sistema de Análisis del Desarrollo de Capacidad Institucional (SADCI), en los casos en que se necesita identificar el grado de capacidad institucional actual para llevar a cabo determinadas acciones; evaluar los obstáculos y debilidades a remover o eliminar y establecer tanto las acciones como los planes requeridos para ello. También el SADCI puede ser aplicado para conocer el déficit de capacidad en la gestión rutinaria de una organización, así como para evaluar los resultados de un programa o proyecto.

El principal producto de la metodología es la identificación de los denominados Déficit de Capacidad Institucional (DCI), su clasificación en diferentes tipos de déficit atendiendo a sus posibles causas; y la formulación de un Componente de Desarrollo Institucional como una repuesta de fortalecimiento e investigación organizacional para la supervisión de ese déficit.

1.5.4. Metodología del Análisis de Actores:

Se aplica el Método, Actores, Objetivos, Resultados de Fuerza (MACTOR), el cual propone un análisis de los juegos de actores y algunas herramientas simples que permiten tener en cuenta la riqueza y la complejidad de la información a tratar, aportando al analista resultados que establecen ciertas dimensiones de problema. Aunque no siempre es llevado a cabo de manera sistemática e incluso a menudo es obviado, el análisis estratégico del juego de los actores constituye una etapa importante en el análisis prospectivo.

Concretamente el análisis del juego de actores, la confrontación de sus proyectos, el examen de sus valoraciones de fuerza (experiencias y medios de acción) son esenciales a la hora de

evaluar los retos estratégicos y las cuestiones clave para el futuro (resultados y consecuencias de los conflictos previsibles).

1.6. Alcances y limitaciones del Plan de Gestión

Con relación al Alcance de la presente investigación, el mismo es:

La Población Indígena Satipo - Junín.

Respecto de las Limitaciones en el desarrollo de la presente investigación, se observaron las siguientes:

- Acceso geográfico a poblaciones indígenas alejadas
- Poblaciones indígenas de primer contacto
- Poca disponibilidad de los Cirujanos Dentistas para trabajar con poblaciones indígenas

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Investigaciones Previas Relacionadas.

Aliaga (2014). Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en el Perú

El objetivo de este estudio fue determinar los avances que se han alcanzado en el desarrollo de la Política de Salud Intercultural en el Perú, encontrando que está limitado a la pertinencia cultural y la adecuación cultural en cuanto a parto con adecuación intercultural y casas de espera materna.

Este trabajo sustenta mi investigación en cuanto a que también se afirma que existe una falta de formación del personal de salud orientada a la parte sociocultural de la salud. Así como la falta de voluntad política por parte del estado y su falta de articulación con las comunidades indígenas.

Panduro (2014). Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de las Madres con el estado de salud bucal en niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán-Distrito Belén, Iquitos.

En esta investigación se pretende establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de un programa de estimulación temprana, se encontró que el 83% de las madres tienen un conocimiento deficiente y un 17% de las madres tienen un nivel regular; además el 75% de los niños presentó un índice de Higiene

oral regular y el 23% bueno. Así se demostró que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de los niños.

Con este trabajo se reafirma que es muy importante el conocimiento sobre salud bucal y que los padres de familia cumplen un rol importante en cuanto al cuidado y prevención de las enfermedades bucales en niños de edad temprana.

Mireles (2011). Problemática de Salud Indígena en puerto Carreño-Vichada - Bogotá.

En este proyecto se pretende determinar las características, necesidades y factores que reflejan el problema de salud en las comunidades indígenas de Puerto Carreño-vichada; concluyendo que sus condiciones económicas y culturales afectan su bienestar debido a la poca intervención de las autoridades gubernamentales, sugiriendo finalmente que su derecho a una atención médica sea acorde a su cultura y pensamiento ancestral.

Por consiguiente, este trabajo también sustenta lo que se concluye en mi tesis, afirmando lo importante que es entender que en las poblaciones y comunidades indígenas se debe tener en cuenta las costumbres, cultura y tradiciones cuando se trata de la atención en salud.

Celis, Flores y Santa Cruz, (2014). Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque.

El propósito de este estudio fue determinar la efectividad el programa educativo “La conquista de una boca sana” sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo. Se concluyó que la aplicación de este programa fue efectivo sobre la condición de higiene oral de los niños.

Con este trabajo se puede comprobar que con el apoyo de programas de prevención donde participe la comunidad, las familias y consecuentemente los niños, se puede lograr mejorar la condición de salud bucal de una población.

Velásquez (2016). Efectividad del Programa Educativo: Niño sin caries, Niño Feliz, para los agentes comunitarios de Salud, en el centro poblado Virgen del Carmen.

El propósito de esta investigación fue evaluar la efectividad del programa educativo “Niño sin caries, niño feliz” en los agentes comunitarios de salud del centro poblado Virgen del Carmen, donde se midió los conocimientos y habilidades de salud bucal, antes y después del programa. En este estudio se consideró la necesidad de involucrar a los actores sociales de la comunidad quienes intervienen en el cuidado y educación de los menores de edad. Se concluyó que se puede incrementar significativamente los conocimientos y habilidades de los agentes comunitarios, demostrando que los programas educativo-preventivos novedosos dan resultados positivos.

Gracias a este estudio, confirmamos que existe una falta de conocimiento e interés de la sociedad en la salud oral y que involucrando a los diferentes actores sociales de la comunidad se puede lograr una diferencia significativa en cuanto a la adquisición de conocimientos y habilidades para la prevención en salud oral.

Rojas (2015). Cepillado dental en niños de 1 a 11 años según la encuesta demográfica y salud familiar a nivel nacional, Perú.

El objetivo de esta investigación fue Determinar los hábitos de cepillado dental de 1 a 11 años, donde se encontró que la prevalencia de frecuencia de cepillado diario de 3 veces a más al día fue de 41% y que los que solo se cepillaban solo una vez al día presentan una prevalencia de 19%. Concluyendo que la mayoría de los niños de 0 a 11 años tienen un hábito diario de cepillado. Además, los resultados indicaron que este hábito era mayor en la zona urbana y que era necesario el énfasis en la promoción de la práctica en la zona rural, ya que 86% de la población que habita en esta zona no tiene un hábito de cepillado diario.

Este estudio nos reafirma que en las zonas rurales y alejadas las prácticas de higiene dental no están siendo tomadas en cuenta por la población y que es necesario un trabajo intensivo para cambiar esta realidad.

Quispe y Quintana (2014). Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida en niños pre-escolares de la Institución Educativa “José Antonio Encinas” N° 1137 en el distrito de Santa Anita, Lima.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los niños pre-escolares mediante ECOHIS (Escala de Impacto de la salud Oral en la infancia temprana), concluyendo que la severidad alta de caries de infancia temprana obtuvo el promedio más alto en relación al ECOHIS, lo que indicaría un impacto negativo en la Calidad de Vida del niño.

Gracias a este estudio, confirmamos que la prevalencia de caries en niños afecta su calidad de vida y lo importante que debería ser que reciban una atención odontológica de calidad acorde a sus necesidades.

López (2016). Factores que permiten la compilación de los mitos tradicionales Yanasha en la Institución Educativa Bilingüe N° 34511 Sector Centro Conaz, Comunidad nativa 7 de junio Villa América.

Esta investigación pretende descubrir cuáles son los factores que permiten la compilación de los mitos tradicionales de la cultura Yanasha, manejando la hipótesis de la que la compilación de mitos tradicionales se realiza gracias a la tradición oral y las fuentes escritas. Resultado esta hipótesis cierta, la tradición oral, en la que los padres transmiten a los hijos los mitos originales, así como las fuentes escritas realizadas por diferentes personas.

Esta investigación brinda a mi trabajo la importancia de concientizar a la sociedad sobre las diferentes culturas y conocimientos ancestrales, indicando que es necesario preservarlas y fortalecerlas cada día más.

Corro (2015). Prácticas de Higiene Bucal No Tradicionales en Comunidades Indígenas

Este trabajo da a conocer las prácticas sanitarias relacionadas con la medicina curativa basadas en la herbolaria y otros métodos alternativos como costumbres de una comunidad. Se explora los hábitos relacionados a la salud bucal utilizando métodos tradicionales. Como resultado ha logrado describir las diversas prácticas alternativas o no convencionales de higiene bucal en comunidades que no cuentan con servicios de salud o recursos económicos.

Gracias a este trabajo respaldamos que las prácticas tradicionales aplicadas a la práctica odontológica puedan ayudar al mantenimiento de la salud buco dental y que la transferencia de conocimientos tradicionales a los programas preventivos y promocionales de salud

bucal crearían un gran impacto en la vida de las comunidades indígenas.

2.1.2. Modelos Conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema.

A. Salud Bucal:

Ramírez, Suárez, y De la Fuente (2015) La salud bucodental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal”.

Ministerio de Salud – Colombia (2014). Además, habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida.

Ministerio de Salud – Colombia, (2014). Así mismo, La Asociación Dental Canadiense señala que la salud bucal es un estado de los tejidos de la boca y de las estructuras relacionadas que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social, al bienestar y disfrute de las posibilidades de la vida, permitiendo al individuo hablar, comer, socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza.

Ramírez et al. (2015). La salud bucal es parte integral de la salud general, las enfermedades que afectan la cavidad oral repercuten en la salud mental y física de los individuos. Existe evidencia de la relación existente entre las afecciones orales y un peso corporal bajo, trastornos del sueño y de la alimentación debidos al dolor y cambios en los procesos digestivos, etcétera.

Ministerio de Salud – Colombia, (2014). Es parte del reconocimiento que hacemos de los demás y del auto-reconocimiento, favoreciendo la autoestima y la posibilidad de relacionarse socialmente de forma asertiva, desde la primera infancia y hasta la edad adulta y la vejez, lo cual favorece el bienestar psicosocial.

Ramírez, et al. (2015). La conceptualización de salud bucal que cada persona perteneciente a un grupo social tiene está determinada por los parámetros de normalidad que el grupo acepta y determina; además, se ve influida por las condiciones socioeconómicas y culturales en las que éste se desarrolla.

- Ministerio de Salud (2013). Importancia de la Salud Bucal:

- La masticación: Fase inicial de la digestión. Para que se cumpla de manera correcta, es necesario que la dentadura esté completa, sana y que cierre de forma adecuada. La saliva ayuda a que la comida pase al estómago, mantenga la humedad de la boca y proteja los dientes y encías.
- La comunicación: La correcta pronunciación de las palabras depende del buen estado de los componentes de la boca. Los sonidos dependen en gran parte de la posición y estado de los labios, mejillas, dientes, paladar, lengua y cuerdas vocales.
- La buena apariencia: Todos los componentes de la boca y en especial los dientes, juegan un importante papel en la buena apariencia. Dientes en mal estado, rotos, cariados, o encías enrojecidas y sangrantes, dan una inadecuada impresión.

Cruz (2012). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las familias de bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislado geográficamente, además de los migrantes, y los individuos con capacidades diferentes, son los

que menor cuidado reciben y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales.

Ministerio de Salud - Perú, (2013). Es así, que la enfermedad de mayor prevalencia que afecta a los dientes es la caries dental, que es de 90,7 por ciento; le sigue la enfermedad periodontal, 85 por ciento y la maloclusión 80 por ciento.

Barbería (2002). Caries Dental:

La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios y provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental. La caries es una enfermedad multifactorial condicionada tanto en su localización y extensión como en la velocidad de progresión por elementos ya bien conocidos como son la morfología dentaria, la localización de las acumulaciones, bacterianas, la dieta, el factor tiempo, etc.

Barbería (2002). En los primeros años de vida del hombre, procesos como la erupción y la maduración dentaria, los cambios en la alimentación, la morfología de los dientes temporales o los hábitos higiénicos deben ser tenidos en cuenta para comprender mejor esta enfermedad. Además, la enfermedad de caries es multifactorial. La presencia de bacterias cariogénicas determinará el riesgo microbiológico, al que habrá que añadir la susceptibilidad genética y los otros condicionantes biológicos o ambientales. Cada uno de estos factores van a incidir de forma positiva o negativa y, así, podemos observar a pacientes con un riesgo microbiológico alto, pero con características salivares o ambientales favorables, por las que el riesgo de caries no es tan alto como cabría suponer.

Triana, Rivera, Soto y Bedoya (2005) .Existen factores predisponentes y atenuantes como la civilización y la raza; en ciertos grupos humanos hay más susceptibilidad a la caries quizás por la influencia racial en la mineralización, morfología de los dientes y dieta; herencia, hay grupos inmunes o susceptibles y esta característica es transmisible. El uso de cepillo dental, hilo dental, palillos, irrigación acuosa u otros elementos, reducen significativamente la frecuencia de esta lesión; sistema inmunitario, la IgA de la saliva protege al organismo de ciertos ataques y al recubrir a las bacterias de la placa posibilita su fagocitosis por parte de los neutrófilos de la cavidad bucal; flujo salival, su cantidad, consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante la caries; las glándulas de secreción interna (actúan en el metabolismo del calcio, el crecimiento y la conformación dentaria, el medio interno y otros aspectos; las enfermedades sistémicas y los estados carenciales favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno.

Wolf (2009). Enfermedad Periodontal:

Las enfermedades del periodonto son diversas, y entre ellas destacan la gingivitis asociada a la placa (inflamaciones de la encía sin pérdida de la inserción) y las periodontitis (atrofia del periodonto debida a inflamación).

- La gingivitis se limita a los tejidos blandos supracrestales marginales. Se manifiesta clínicamente por sangrado durante el sondaje del sulcus gingival, y en casos graves por enrojecimiento e hinchazón, especialmente en la zona de las papilas.⁹⁾
- En el caso de una depresión del estado inmunitario, presencia de factores de riesgo y mediadores proinflamatorios, así como de un incremento excesivo de bacterias periodontopatógenas,

es posible que a partir de una gingivitis se desarrolle una periodontitis; esto se produce cuando la inflamación de la encía afecta a las estructuras más profundas del aparato de sostén dental.

Mafla (2011). Maloclusión:

La maloclusión se define como una oclusión anormal en la cual los dientes no están en una posición adecuada en relación con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos cuando los maxilares están en cierre.

García (2011). La maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático. Los factores genéticos y el medio ambiente son los dos factores principales. Según datos epidemiológicos, la tendencia en los países en desarrollo es la de aumentar la prevalencia de maloclusiones en su población general. Alrededor del 70% de la población infantil presente algún grado de desviación de la oclusión ideal, y entre un 25 y 30% necesita tratamiento ortodóncico. A su vez, las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, aparte de producir alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas a cada momento.

Cruz (2012). La OMS establece los principales componentes y prioridades del programa mundial de salud bucodental, donde además de abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo, una parte esencial de la estrategia también se ocupa de los principales

determinantes socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones de fomenten la salud bucodental.

Cruz (2012). De esta manera, el diagnóstico del estado de salud bucal familiar, el establecimiento de la vigilancia y evaluación de este mediante el plan de acción y ejecución, constituyen los tres elementos más importantes para desarrollar la Estomatología General Integral, con la aplicación adecuada de los conceptos relacionados con los determinantes del estado de salud.

Cruz (2012). Por otra parte, los hábitos deseables en términos de salud oral, están relacionados con diversos factores, de ellos los socio-económicos son muy importantes en la determinación del comportamiento para la salud, los niños de clases socio-económicas bajas tienden a tener peor salud oral y peores hábitos dietéticos que los niños de clases socio-económicas superiores.

Cruz (2012). Es así que, los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y la disminución de la calidad de vida “son considerables y costosos”. La OMS estima que el tratamiento representa entre el 5 y 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo. Asimismo, la mayoría de niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías), y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Igualmente, entre el 5 y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes.

B. Pueblos Indígenas.

Organización de Naciones Unidas, (2004). Las poblaciones indígenas están compuestas por los descendientes de los pueblos que habitaron el territorio actual de un país en la época en que personas de una cultura u origen étnico diferente llegaron procedentes de otra parte del mundo y los superaron por conquista, colonización u otros medios y los redujeron a una situación de no dominancia o colonial; que hoy viven más de conformidad con sus propias costumbres y tradiciones sociales, económicas o culturales - más que con las de los países de los que ahora forman parte - , a las que han incorporado características nacionales, sociales y culturales de otros segmentos de la población que son predominantes.

Pirona, Rincón, García y Cabrera (2008). Las poblaciones indígenas en todo el mundo, históricamente, han sido grupos vulnerables por los efectos de la colonización y las políticas de asimilación, así como el impacto negativo que sobre éstos han causado los modelos occidentales de desarrollo y progreso, lo que ha ocasionado diversos grados de desarticulación, sumados al deterioro del medio ambiente, los conflictos de toda índole, la violencia, entre otros agentes. Los pueblos indígenas tienen la tierra como base de su subsistencia, tanto espiritual como material, generando sistemas complejos de adaptación con base en el medio ambiente, diferencias y significaciones socioculturales de la vida y el mundo con respecto a la sociedad occidental, lo que conlleva a los “choques culturales” de todo tipo y un camino seguro a la exclusión, la marginalización social y política en comparación con otras sociedades pobres. Asimismo, poseen una alta tasa de mortalidad infantil y enfermedades denominadas del subdesarrollo como desnutrición, hepatitis, tuberculosis, y en el caso de patologías

bucales, las más comunes como la caries y las enfermedades periodontales.

Organización Panamericana de la Salud, (2008). La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas. Los saberes colectivos, las prácticas locales, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de gran valor en el contexto del mantenimiento general de la vida y la cultura de la gente, ante un perfil epidemiológico tan complejo cubren solamente una parte de sus necesidades de salud.

Organización Panamericana de la Salud, (2008). El personal de salud del primer nivel de atención que trabaja directamente con poblaciones indígenas a nivel comunitario debe conocer las nociones de salud, enfermedad, y “buen vivir” que existen en la zona, así como los recursos primarios curativos de las personas. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. Estos incluyen, conocer – de acuerdo al perfil epidemiológico existente – el curso clínico de la enfermedad, los métodos y habilidades de diagnóstico, conocimientos básicos de entomología, y particularmente el conocimiento de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de los pueblos.

Organización Panamericana de la Salud, (2008). Cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes.

Peña (2017). En el Perú la población rural se asocia con un bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, falta de servicios básicos para una adecuada calidad de vida, la falta de transporte y acceso para movilizarse. La aparición de la enfermedad, caries dental y la enfermedad periodontal, de no ser controladas y monitoreadas pueden causar un desequilibrio en los tejidos bucales, propiciando alteraciones funcionales diversas. Algunos de los estudios reportan que factores de riesgo sociodemográficos, socioculturales, de estilo de vida y del sistema de salud oral, influyen en las prácticas de salud y repercuten sobre el bienestar bucal, determinando la disponibilidad y prevención u orientación curativa.

Peña (2017). Otras causas que contribuyen son las barreras para recibir un adecuado tratamiento odontológico: barreras de acceso y utilización de servicios odontológicos. Asimismo, se ha podido observar que las enfermedades orales de la población rural están íntimamente asociadas a consulta dental tardía.

República del Perú, (2008). La salud de los miembros de las comunidades nativas se ve afectada por múltiples aspectos, entre los que destacan la alteración de su hábitat, los cambios en sus patrones de asentamiento poblacional, la pobreza, la desnutrición, el bajo nivel educativo, la falta de sistemas de agua potable y servicios de saneamiento, entre otros. No obstante, ello, los pueblos indígenas han desarrollado durante siglos, sobre la base de su experiencia y relación con la naturaleza, conocimientos y prácticas para preservar su salud. La medicina tradicional les ha permitido sobrevivir hasta nuestros tiempos y convertir a la sociedad peruana en testigo de su milenaria ciencia y de su experiencia tecnológica.

República del Perú (2008). Por otro lado, tanto su identidad y su lengua como sus diversas culturas hacen que el concepto de salud se relativice y adquiera un significado particular, que el Estado está en la obligación de entender, respetar y valorar para adecuar su oferta a las diversas características culturales del Perú. En ese orden de ideas, el derecho a la salud de estos pueblos involucra más que el deber general de protección de la salud y asistencia médica. Finalmente, incorpora la dimensión intercultural, es decir, la clara noción de que poblaciones indígenas peruanas tienen derecho a recibir un servicio de salud que se adecúe a su cultura.

República del Perú (2008). En las poblaciones indígenas, la atención es brindada por un personal agobiado por las dificultades que afronta para ejercer su trabajo profesional, afectado por la carencia de formación en salud intercultural, que limita su capacidad para brindar un servicio adecuado ante las necesidades de salud que se presentan en las comunidades nativas. En efecto, una formación en salud intercultural podría permitirle conocer el sistema de salud tradicional, así como desarrollar un tipo de atención que, conjugando lo mejor de la medicina occidental y la tradicional, dé respuestas adecuadas y eficientes a los problemas de salud de la población.

República del Perú (2008). Principales barreras que encuentra la población indígena:

- Las barreras geográficas, se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional.
- Las barreras culturales en los servicios de salud se traducen por la falta de comprensión de los contextos culturales por parte de los formuladores de políticas,

gerentes y personal técnico y de apoyo. La expresión de las barreras culturales en los servicios de salud, se traduce en los problemas que existen en los servicios públicos de salud asociados al desempeño del personal de salud: los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados. Cada una de estas manifestaciones evidencia la incongruencia entre los paradigmas utilizados en la organización y provisión de servicios públicos de salud en poblaciones multiculturales y las diferencias de estas culturas en lo referente a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo.

- Las barreras económicas constituyen las dificultades financieras que la población debe encarar para acceder a la atención en salud, ya sea por su nivel de ingreso o por el costo real de la atención.
- Las barreras sociales están determinadas, de modo importante, por el nivel de educación de la población. En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas, especialmente entre las mujeres. El tema educativo es especialmente crucial cuando se trata de hacer frente a enfermedades foráneas o nuevas.

República del Perú (2008). Principales problemas que enfrentan los pueblos indígenas:

- Acceso limitado a los servicios de salud
- Falta de planes de atención de la salud culturalmente adecuados
- Falta de centros de salud cerca de las zonas donde habitan las comunidades.
- Marginación de la medicina tradicional de los pueblos indígenas.

- Discriminación por profesionales de salud que carecen de formación en torno a las necesidades particulares de los indígenas.
- Falta de servicios de salud disponibles en idioma indígena.
- Falta de agua potable y saneamiento apropiado.

República del Perú (2008). Acciones para revertir estos problemas de los pueblos indígenas:

- En todas las políticas, programas y proyectos sanitarios, tener en cuenta las necesidades, cultura y tradiciones de los distintos grupos étnicos.
- Promover la sensibilización de todos los profesionales de la salud respecto de la problemática de la etnicidad, la cultura y el género.
- Instar al gobierno central y regional, las instituciones educativas, las asociaciones profesionales de la salud y otros tipos de entidades a idear e implementar estrategias para alentar a la gente de todos los grupos étnicos a convertirse en profesionales de la salud. Esas estrategias deberían comprender medidas que fomenten la diversidad étnica de la población estudiantil que se beneficia de los programas de formación. Asimismo, se deberían programar otros cursos para y por indígenas y otros grupos étnicos no dominantes. Dichos cursos deberían incluir el estudio de las tradiciones y prácticas médicas de los interesados.
- Propiciar el desglosamiento por grupo étnico y condición socioeconómica de todos los datos sobre la salud.
- Fomentar la participación activa de todos los grupos étnicos afectados, con la información necesaria, en la elaboración e implementación de políticas, programas y proyectos sanitarios.

- Promover en los centros, programas y proyectos sanitarios dirigidos a comunidades nativas la utilización del idioma de la mayoría de sus habitantes.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Ante esta realidad es preciso identificar estrategias que permitan que la atención formal de salud se acerque a estas comunidades, lo que implica, no obstante, incluir lengua, comunicación, valores, creencias, organización social, formas de vida, organización del tiempo y recursos terapéuticos locales.

República del Perú (2008) En consecuencia, una tarea pendiente para la agenda pública consiste en implementar el enfoque de interculturalidad en todas las estrategias de salud, a fin de garantizar el pleno goce y el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas y de todos los sectores de la sociedad. En ese sentido, un reto adicional consiste en que este enfoque pueda beneficiar, progresivamente, al conjunto de la población peruana, con el entendido de que se trata de una sociedad multiétnica y pluricultural.

Pirona et al. (2008). Finalmente, la voluntad del diálogo intercultural con los pueblos indígenas para establecer pautas que fomenten la salud bucal con su participación activa, el reconocimiento y conjugación de sus saberes ancestrales con los de la odontología oficializada, que apuntalen a mejorar sus perfiles de salud – enfermedad bucal y calidad de vida, sin obviar, que todas estas significaciones culturales deben asumirse en primera instancia, para devolver la salud a la población indígena.

C. Salud y Salud Bucal en Pueblos Indígenas:

Ministerio de Salud Colombia (2012). La salud, entendida desde la interculturalidad, presenta una imbricación entre justificaciones tradicionales, imposibilidades materiales de acceso a servicios y redes de salud caracterizadas por no ofrecer respuestas efectivas a la comunidad. En este bricolaje, se acompañan las transformaciones de hábitos de higiene y consumo de alimentos la justificación de las enfermedades por el paradigma tradicional y la ausencia de respuestas preventivas y terapéuticas occidentales. Estamos frente a una transformación histórica de los modos de vida indígenas y de las lógicas que se atribuyen a la cotidianidad de la vida, relacionadas con los procesos de colonización, el desarrollo particular del estado peruano en relación con estas comunidades y el avance de los mercados globales dentro de sus territorios.

Ochoa, Patiño, Pérez, Lambraño y Sierra (2015). Aunque se habla de modelos de salud interculturales, no hay grandes avances en este sentido, y hoy en día continúa vigente la presencia hegemónica de propuestas de homogenización cultural, carentes de la posibilidad de incluir la interpretación y la comprensión de los significados de la salud y la enfermedad para los pueblos indígenas.

Cajiao, Acosta y Alegría (como se citó en Zambrano & Reinaldo, 2009) afirman que “las costumbres y creencias se desarrollan, transmiten y mantienen a través de la experiencia del grupo social que la práctica. Las que se relacionan con la salud y la enfermedad están bien arraigadas en el entorno cultural. Los cuidados de la salud cuya base es el saber científico, generan conflictos mientras se integran al legado cultural del grupo. Hay costumbres y creencias que se consideran incorrectas desde la

perspectiva de la medicina científica, aunque son lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen” (p.5)

Zelocuatecatl, Sosa, Ortega y De la Fuente (2010). Trabajar con el tema de salud bucal en indígenas, nos enfrenta con variables como el aislamiento y la pobreza en la que se encuentran las comunidades, la falta de información acerca del tema (con relación a la detección, prevención, tratamiento de las enfermedades bucodentales), el nulo conocimiento de las autoridades locales, la ausencia de personal médico capacitado y la condiciones culturales, toda estas características incrementan el riesgo de presentar altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Ministerio de Salud Colombia (2012). En el caso de la comunidad indígena, la determinación social de su salud bucal está representada por una vulnerabilidad extrema debida a la precaria inserción de sus redes económicas en los mercados globales y a la transformación del ambiente amazónico que amenaza su posibilidad de auto-sostenibilidad. Preguntas por la “estética bucal” en el mundo indígena amazónico quedan irresueltas, ya que aparentemente no prima la lógica occidental de la importancia de la sonrisa blanca de dientes alineados. Un constructo generalizado por los modos de vida indígena, extrapolable a otras comunidades, es la tensión entre lo tradicional y lo occidental representado en el Estado y la Biomedicina.

Zelocuatecatl et al. (2010). Así mismo, la dieta ha sufrido cambios debido a la pérdida de costumbres y la entrada masiva de productos instantáneos, bebidas gasificadas y alimentos ricos en hidratos de carbono. Lo que conlleva a que la caries dental sea un problema de elevada prevalencia en las

poblaciones marginadas y de alto riesgo, lo que se transforma en una limitación para cubrir sus actividades cotidianas y de productividad, lo cual repercute en la calidad de vida y en los modos de producción.

Zelocuatecatl et al. (2010). Es evidente que la higiene bucal deficiente es un factor de riesgo que genera y agudiza el problema de caries dental, aunado a una falta de información acerca de medidas preventivas.

Aliaga y Del Castillo (2011). En el Perú, existen muchas poblaciones excluidas y dispersas para las cuales el Sistema de Salud Pública no asiste problemas de oclusión y como todas estas poblaciones dependen exclusivamente de este sistema, se entiende que muchos pacientes portadores de maloclusiones no están siendo atendidos. Cabe resaltar la importancia de levantamientos epidemiológicos que colocan a las maloclusiones como un problema importante de salud bucal, buscando promover la oferta de servicios ortodónticos preventivos e interceptivos, para esta parte de población peruana no asistida.

Ministerio de Salud Colombia, (2012). El edentulismo parcial, presente en la mayoría de las personas, evidencia que no es importante la conservación de los dientes por razones funcionales o estéticas; su extracción parece no impactar la vida individual o social y justificarse desde lo mítico.

Polanco, Acuña, González y Arenas (2011). La investigación odontológica se ha enfatizado en mejorar e innovar los materiales y métodos usados cotidianamente. Sin embargo, las comunidades indígenas también conservan su repertorio terapéutico ancestral que les ha permitido solucionar sus

problemas de salud y que aún hoy se utilizan en combinación con la medicina occidental. Los procesos de aculturación que viven los pueblos indígenas y la inclusión de los métodos terapéuticos de la medicina occidental han sido favorables para incluir un concepto de salud oral en las comunidades indígenas sin menoscabo de la importancia de su medicina tradicional y resaltando los resultados que tienen sus tratamientos tomados de su entorno, para mantener el equilibrio con el ambiente que los rodea.

D. Atención en Salud Bucal:

Reyes (2011) En el Perú, la salud bucal se ve afectada por múltiples factores. La ausencia de una cultura de prevención es muy frecuente, y la mayoría de las personas sólo acude al dentista cuando tiene molestias y presenta una patología bucal avanzada. Esta situación está relacionada con las condiciones socio económicas de nuestra población. Por todo esto, la patología dental es sumamente prevalente en nuestro país. Es así que el Colegio Odontológico del Perú estima que el 95% de la población presenta caries dental.

Hernández (2015). Durante el año 2014, sólo el 26% del total de menores de cinco años, accedió a servicios de salud dental. Asimismo, del número total de menores de cinco años que poseía afiliación al SIS, sólo el 26% accedió a un servicio de salud dental. Respecto al lugar de atención de los menores afiliados al SIS, el 61% fue atendido en establecimientos del Ministerio de Salud y un 18% acudió a servicios dentales privados para atención. Respecto al área de residencia de los afiliados al SIS que recibieron servicios dentales, hay una clara desventaja del área rural comparada con el área urbana, en donde existe una brecha de 34 puntos porcentuales. Finalmente, teniendo en consideración el acceso según región geográfica, la

región de la selva es la menos favorecida con sólo un 11% de menores afiliados al SIS que accedieron a los servicios dentales.

Kroeger y Luna (1992). Existe una gran variedad de factores que pueden influir en la decisión de un individuo enfermo para elegir entre uno u otro servicio de salud. Por ejemplo, un anciano con poca educación formal acude más fácilmente al curandero que un joven con educación secundaria. Igualmente, es más probable que la gente se dirija al agente tradicional de salud cuando el centro o puesto de salud más próximo está lejos o es de mala calidad. Son, entonces, dos los tipos de percepción que determinan la elección del servicio de salud: la del “beneficio” que va a obtener del tratamiento y la “percepción” de las barreras culturales, geográficas y financieras.

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan el estado de salud-enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de una comunidad. (Kroeger y Luna, 1992, p.36)

Hernández (2015). En Perú, la mayor parte de las barreras que originan un problema de acceso a servicios de salud se concentran en los habitantes de menores recursos económicos y en aquellas zonas alejadas, por lo tanto, se deben implementar una serie de actividades destinadas al reconocimiento del problema y posteriormente, a su modificación o cambio. Ello requiere, en primer lugar, una mirada profunda a los factores individuales que influyen en el proceso de búsqueda de atención de nuestra población que dificulta el interés del cuidado de la salud. En segundo lugar, es fundamental poner atención a la

oferta de servicios de salud públicos que incluyen la disponibilidad y oportunidad de la atención. Finalmente, a la obtención del tratamiento necesario que tiene que ver con la efectividad del tratamiento brindado, calidad en la atención y satisfacción del usuario.

Cruz (2012). Asimismo, los servicios odontológicos institucionales, no obstante haber alcanzado grandes avances, su calidad de atención no corresponde a lo esperado, debido a la poca o nula actualización del personal profesional y a la falta de equipo e instrumental o su obsolescencia.

E. Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas:

Kroeger y Luna (1992). Varios estudios han demostrado que grupos étnicos y socioeconómicos diferentes presentan patrones patológicos distintos, y perciben la enfermedad y actúan frente a ella en forma diferente.

Kroeger y Luna (1992). En muchos países de América Latina existe una amplia base poblacional nativa, integrada sólo parcialmente al desarrollo general de la sociedad. Aparte de los idiomas oficiales se habla una variedad de lenguas y dialectos. Hay, en consecuencia, importantes elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres, creencias) que establecen una percepción especial de los procesos de salud y enfermedad. Lo que se conoce como “medicina indígena”, “medicina folklórica”, “medicina tradicional” o “medicina popular”, es precisamente, este saber de la población, mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y mezcla con diferentes grupos étnicos y sociales. Este saber que conforma un verdadero cuerpo de doctrina sobre el origen de la enfermedad, su clasificación y tratamiento, es utilizado

actualmente por un amplio porcentaje de la población, especialmente de las zonas rurales o urbano-marginales.

Kroeger y Luna (1992). La medicina científica ha negado, reiteradamente, los valores de la medicina tradicional; no obstante, últimamente hay mayor apertura para su consideración. Si bien existe una carga de elementos mágico-mítico-religiosos, explicables por la situación social y cultural en que permanecen estos grupos, también hay muchos elementos empíricos y racionales que pueden ser utilizados e incorporados a la práctica médica occidental.

García (2015). Diversos autores y organismos internacionales al analizar las desigualdades e inequidades en salud bucal en el contexto mundial reconocen diversas manifestaciones, tales como: a menor nivel de desarrollo cultural y económico, mayores son los niveles de patologías bucales; que el acceso a la prevención en salud bucal está claramente desequilibrado a favor de los que se encuentran en una posición económica y cultural más favorecida, llegándose a la paradoja de ofrecer prevención a los que más medios tienen y tratamientos generalmente agresivos (exodoncias) a los que menos tienen; que los recursos humanos para la salud bucal se encuentran distribuidos desigualmente, observándose altas concentraciones de personal en las ciudades de mayor desarrollo económico y social; un modelo hegemónico de práctica odontológica que responde a un enfoque liberal de mercado y a los intereses de las industrias biotecnológicas alejándose de su verdadero rol social.

Godoy (2014). Es necesario tener en cuenta que no sólo debemos basar los retos por afrontar la resolución de los problemas de salud bucal de las comunidades indígenas, en

barreras culturales, es decir, que este elemento de las diferencias entre valores, creencias y barreras de comunicación es fundamental pero no constituye por sí solo la génesis de las diferencias, sino que estas se encuentran determinadas por el tejido político, social y económico que es necesario abordar para la superación de las inequidades presentes en los pueblos indígenas.

Godoy (2014). No basta el reconocimiento de las diferencias culturales y generar diálogos que impliquen un esfuerzo recíproco por hallar y conservar un espacio común en el que se pueda producir un encuentro. Se hace indispensable no solo reconocer y valorar los conocimientos y prácticas de la salud de los grupos humanos de diferentes culturas, sino que además de la indispensable interacción comunicativa y de la concertación y negociación de esas diferencias, es imprescindible plantearse una perspectiva que trascienda la interculturalidad.

Godoy (2014). Es por esto que se hace imperativo, que la Odontología como ciencia médica y social en su praxis, identifique y comprenda que la cultura perfila la conducta de los grupos humanos y que los conocimientos, creencias y prácticas culturales respecto a la salud/enfermedad bucal inciden en este proceso; razón por la cual debe extender su abordaje mediando y adaptándose creativamente a los respectivos contextos multiculturales y pluriétnicos a través de herramientas teórico-metodológicas de las Ciencias humanas

Godoy (2014). Se requiere la construcción de modelos de atención a la salud bucal basados en el respeto, la negociación, la equidad, el reconocimiento de la alteridad, manteniendo la autonomía de los actores sociales involucrados.

Cruz (2012). El sistema de salud a través de las organizaciones, deben garantizar la atención mediante un servicio acorde con las necesidades y en casos de poblaciones vulnerables, llevar la atención a dichas comunidades con el único fin de evitar barreras de acceso y ellos puedan utilizar los servicios, sin tener que invertir en tiempos de espera y de traslado, ya que afecta el presupuesto que se tiene para otro tipo de necesidades básicas como es la alimentación. Es conveniente estar pendiente para que los servicios a este grupo se otorguen de manera más justa, sobre todo en estas poblaciones donde queda de manifiesto la gran desigualdad. La salud bucal se debe considerar como un elemento de la salud general y por tanto del bienestar y calidad de vida del individuo.

Cruz (2012). La decisión de generar políticas dirigidas a la atención sanitaria en odontología, requiere una reflexión sobre cuáles son los grupos de individuos susceptibles, además de conocer los indicadores epidemiológicos y cuáles intervenciones son más costo-efectivas. Es importante que la problemática de salud oral se encuentre incluida en la agenda política y motivar a los que formulan políticas de salud invitar los miembros de la comunidad de profesionales odontológicos y formadores de odontólogos a fundamentar de forma más explícita sus decisiones en consideraciones de justicia social, lo que propiciaría el reconocer a grupos vulnerables y sus necesidades reales a resolver.

Kroeger y Luna (1992). El concepto tradicional de servicio de atención en el campo de la salud oral se ha relacionado con la provisión de atención por parte de personal capacitado profesionalmente, inaccesible a las comunidades en muchas partes de Latinoamérica por el escaso número de profesionales, costo o demanda de los servicios.

Kroeger y Luna (1992). Los programas de atención primaria con la participación de personal auxiliar y de la comunidad, equipo portátil y tecnología moderna no son necesariamente costosos, y en efecto, se pueden poner en operación a bajo costo. La repercusión para la salud oral es, en consecuencia: participación de la comunidad, promoción de la responsabilidad individual, posibilidad de investigar y de obtener mayor información sobre los hábitos orales de la comunidad, oportunidad de educar a las generaciones actuales y futuras sobre los beneficios de la salud oral. En lugares en los que se produjo esta combinación, se ha notado que los índices de enfermedades bucodentales empiezan a declinar.

Jaramillo, Gaviria y Gómez (2007). Aunque se ha observado poca participación de los odontólogos en los estudios sobre el conocimiento popular-tradicional y las plantas medicinales, la temática ha comenzado a abordarse desde la profesión en diferentes aspectos. En el estudio “Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbanos marginales” realizado por Misrachi y Sáenz (como se citó en Jaramillo D., Gaviria S., & Gómez O., 2007) señalan que “En Chile y en otros países latinoamericanos, para el manejo de los problemas de salud bucal predomina la medicina popular sobre la medicina oficial, incluso esta suele ser en ocasiones el único recurso al que recurren preferentemente la población rural y los sectores socioeconómicos pobres de las áreas urbanas”(p.2) Además de ellos estos autores exponen que en las conductas de salud bucal de la población, las prácticas herbarias se han constituido como un recurso importante, de hecho reconoce que aunque en un mismo tratamiento se pueden entremezclar varios recursos es apreciable casi como constante el empleo de plantas medicinales.

Peñaranda y Bastidas (citado por Escobar-Paucar, Sosa-Palacio, & Burgos-Gil, 2010) afirma que “se requiere entonces un esfuerzo para lograr que, desde su formación, los odontólogos no sólo cuenten con unos sólidos conocimientos técnico-científicos; es también necesario que integren la dimensión social a su praxis y reconozcan las representaciones sociales y la coexistencia de diferentes racionalidades en el encuentro educativo entre los pobladores y los profesionales, en el ámbito de los servicios de salud” (p.5). Así también Ríos ERG (citado por Escobar-Paucar, Sosa-Palacio, & Burgos-Gil, 2010) afirma que la integración de la dimensión social a la praxis de los odontólogos “les permitirá relativizar sus propios conceptos e incursionar en propuestas educativas que reconozcan las diferencias culturales, permitan un diálogo con “el otro” y construyan propuestas más ajustadas a la realidad de los sujetos sociales. Ello supone rupturas paradigmáticas, más que esfuerzos metodológicos” (p.5), con lo cual Bastidas M, Pérez F (citado por Escobar-Paucar, Sosa-Palacio, & Burgos-Gil, 2010), indica que “para el logro de una educación fundamentada en el respeto y en la práctica de relaciones más horizontales y democráticas, que parta de reconocer al otro como sujeto responsable y actor de su propio destino” (p.5)

Ramírez et al. (2015). Una sociedad como la nuestra, que tiene una amplia diversidad de grupos socioculturales, la descripción y el análisis del impacto que tiene la cultura en la percepción, el conocimiento, la actitud y por lo tanto en las prácticas en salud bucal, es de interés primordial para sentar las bases científicas y culturales que pueden ser utilizadas en el diseño de programas y políticas públicas de salud bucal.

Ramírez et al. (2015). En los programas de salud bucal se deben reconocer las diferentes culturas que existen en el país. Los

programas deben ser más enfáticos en la prevención de las enfermedades educando para ello a la población, intentando romper los círculos viciosos en la transmisión de conocimientos y los hábitos perniciosos en las familias, basándose siempre en estrategias culturalmente adecuadas que justifiquen las acciones y que garanticen el mayor aprovechamiento de los recursos destinados, así como un mayor cumplimiento de los objetivos.

Ramírez et al. (2015). Además, es necesario el estudio de los componentes culturales de la salud bucal desde un abordaje multidisciplinario en beneficio del reconocimiento de las diferencias existentes entre contextos culturales de las comunidades. Es necesario identificar los “conocimientos, actitudes y prácticas” en salud bucal de los distintos grupos socioculturales del país mediante el trabajo colaborativo, en pro del respeto y el aprendizaje de métodos de curación diferentes de los que se practican en la odontología actual, y dirigir los programas, planes y políticas de salud bucal hacia la inclusión de grupos poblacionales que utilizan medicina popular y el mejoramiento de la competencia cultural.

Almaguer, Vargas y García (2009). En el caso de las instituciones de salud, se cuestiona por los usuarios de los servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en la resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

República del Perú, (2008). El personal que labora en los establecimientos de salud atiende a poblaciones indígenas, carece de una formación profesional con enfoque intercultural. El sector salud no logra aún, en el terrero, contribuir a revertir el esquema biomédico, por lo que el personal de salud tiende a discriminar y subvalorar las prácticas sanitarias y la medicina tradicional que practican los pueblos indígenas.

Biblioteca mexicana del conocimiento, (2014). Desde diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica. La queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los servicios de salud. A los pacientes y sus familiares no se les escucha y no se toma en cuenta sus opiniones respecto a lo que se esperan de los servicios médicos. Señalan también que es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad. Pero se ha comprobado que al estar en un ambiente de respeto, empatía y confianza los cuales son principios básicos de la interculturalidad, el paciente obtendrá mejores resultados satisfaciendo sus expectativas y al mismo tiempo las del prestador de servicios de salud.

Cevallos & Amores, (2009). Los indígenas son a menudo discriminados en los centros de salud por el personal no indígena, y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que los indígenas busquen la atención de salud que necesitan. Y al existir resistencias por parte de elementos del sistema de salud, esto se refiere a los

trabajadores o profesionales, se debe generar estrategias de sensibilización, y así propiciar programas de fortalecimiento de la identidad y valor de los pueblos indígenas. Es necesario impulsar y potenciar acciones intersectoriales para fortalecer la presencia de los pueblos indígenas en el contexto nacional y generar acciones coordinadas que respondan a una problemática indígena compleja que supera el ámbito de acción del sector salud.

Cabe señalar, que, según el Ministerio de Salud, en el documento Análisis de Situación de Salud del Perú del año 2013, existen diferentes razones por la cual una persona no acude a los servicios de salud, las cuales observaremos a continuación:

Tabla 1

Análisis de la barrera de acceso a los servicios de salud

Razones de no consulta (%)						
Año	Falta de Dinero	Maltrato del personal/Falta de confianza/Demoran en atención	Remedios caseros o auto recetó	Falta de tiempo	No fue necesario	Otras 1/
2004	23.7	8.3	43.5	9	34.3	8
2005	24.4	7.9	38.7	9.7	35.1	7.5
2006	21.8	7.9	37.4	10.1	35	6.6
2007	22.1	8.6	34.4	12.1	35.1	7.6
2008	18.6	10.3	33.4	14.1	36.2	8.6
2009	15.2	12	30	17.5	39.2	9.8
2010	13.6	13.1	29.8	19.1	38.5	12.2
2011	12.9	13.6	28.8	18.1	40.5	11.9

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología 2013

Según el cuadro, se encontró que para el año 2011, las personas que manifestaron tener algún problema de salud, no buscaron atención por las siguientes razones: No fue necesario (40,5%), el uso de remedios caseros (28.8%), el maltrato del

personal/falta de confianza/demora en atención (13.6%) entre otros.

Se debe recalcar frente al cuadro que el porcentaje por Maltrato del personal/falta de confianza/demora en atención se incrementó desde el 2004 hasta el 2011.

República del Perú, (2008). La capacitación de los profesionales tendría que enmarcarse en una política nacional con enfoque intercultural y en medicina tradicional. El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) es el órgano encargado de fortalecer los recursos humanos y ampliar la oferta de salud con modalidades adecuadas a las zonas indígenas. Empero, carece de la capacidad para impulsar una propuesta de capacitación amplia especialmente al personal encargado de las Direcciones Nacionales, las Estrategias Nacionales, Direcciones Regionales de Salud, entre otras.

Biblioteca mexicana del conocimiento, (2014). A través de La capacitación y sensibilización del personal, se ha logrado una mayor escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, una mayor aceptabilidad a las creencias personales y grupales, lo cual ha ayudado a: Que haya una mejoría de la comunicación asertiva entre los prestadores y usuarios en los ámbitos clínicos y educativos impactando en la adherencia de los tratamientos y en consecuencia en la disminución de la morbilidad y mortalidad y Mejora de la calidad de los servicios y la satisfacción del usuario.

República del Perú, (2008). En suma, existe todavía un largo camino por recorrer en materia de capacitación de profesionales de la salud con un enfoque intercultural, preparados para poder atender y entender la salud de los pueblos indígenas. En este campo, las universidades e institutos pueden cumplir un papel

importante en la formación para incentivar el aprendizaje de estos conocimientos tradicionales e interculturales y aplicarlos de una manera activa en clínicas u hospitales. En la actualidad, son escasas las universidades que imparten algún curso sobre medicina tradicional e intercultural, destacando la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que en sus facultades de Obstetricia y Biología ha incorporado el curso de medicina tradicional. Asimismo, las facultades de Medicina, de Cusco, y de Enfermería, de Ayacucho, también han incorporado en su plan de estudios la materia de medicina tradicional.

Martínez (2010). En regiones en las que la atención odontológica resulta inaccesible, el empleo de remedios naturales constituye una opción plausible, en particular si se cuenta con un repertorio de especies de probada eficacia farmacológica que posibilite su implementación en atención primaria. El conocimiento de estos usos propicia la incorporación de las medicinas tradicionales y eventualmente la prescripción de etnofármacos naturales en el sistema local de salud.

Chamorro y Hernández (2015). La ausencia de personas responsables de la salud oral en las comunidades indígenas hace que cada individuo o cada núcleo familiar maneje la higiene oral según su propio criterio y según su grado de educación personal. En términos generales, la higiene oral que realizan los indígenas es inadecuada, por ello es importante lograr comprender el ambiente cultural de las comunidades y así entender que es lo que piensa cada individuo sobre salud oral; es importante que los miembros propios de las diferentes comunidades, en este caso los promotores de salud, sean quienes se encarguen de dirigir y sean los líderes y abanderados en las campañas de programas, prevención y capacitación en salud oral, así la población indígena podría cambiar el concepto

de promoción y prevención, convirtiéndose en la mejor forma de motivar y enseñar su cuidado personal.

Chamorro y Hernández (2015). Así mismo, se la plantea la práctica de una odontología con un modelo de atención que exige conocer a las comunidades y mimetizarse en su cultura para poder conocer sus hábitos y enseñarles a cuidar sus dientes, algo casi sin importancia para ellos. Sin olvidar que para establecer el estado de salud bucal de estas comunidades indígenas implica desprenderse del esquema tradicional del odontólogo en un consultorio rodeado de todos sus instrumentos básicos.

F. Medicina Tradicional:

Becerra (2015). Se entiende por medicina tradicional como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral.

Almaguer et al. (2014). La medicina tradicional es la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acoplado y organizado a lo largo de milenios. Esto es muy importante subrayarlo, porque algunas interpretaciones le restan su aporte respecto a la salud, dejando sólo su papel cultural.

Almaguer et al. (2014). La medicina tradicional es un conjunto de sistemas de atención a la salud que tienen sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los

diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia. Esto significa que cada pueblo indígena, cada etnia, tiene su propio sistema.

Encarnación (2007). Frecuentemente se piensa que la medicina tradicional abarca sólo el manejo de medicamentos naturales o más específicamente, la curación herbolaria. Pero la medicina llamada tradicional es más que eso: es una concepción holística que ubica al individuo en su relación con otros hombres, con la naturaleza y con el universo. Tiene su propia lógica y leyes que entrelazan las percepciones del cuerpo con las del macrocosmos. Por ello, en las enfermedades están incluidas causalidades generadas en esos tres aspectos. La enfermedad es vista como un desequilibrio que se presenta por la falta de armonía o la infracción a las leyes reconocidas en dichas esferas.

La OMS (como se citó en Becerra Gómez, 2015) sostiene que “La medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años, y sus practicantes han contribuido enormemente a la salud humana, en particular como proveedores de atención primaria de salud a nivel de la comunidad. La medicina tradicional ha mantenido su popularidad en todo el mundo. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo” (p.22). Así mismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (citado por Becerra Gómez, 2015), refiere que “Es un sistema, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradicionales, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos

terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica”(p.22)

Organización Panamericana de la Salud, (2006). Principios de las terapias de la medicina tradicional: El sistema de salud tradicional se manifiesta solvente e integrador, en el sentido de que:

- Posee principios y formas propias de interpretar los conceptos de enfermedad y salud, generalmente acorde con la cosmovisión. Dicha cosmovisión tiene que ver con la forma como se explica el origen y el establecimiento del universo, donde el ser humano está interrelacionado con el todo y no está en el centro del universo, pero que es parte del equilibrio y que cuando el ser humano pierde el equilibrio, pierde la salud.
- Existe una forma de organizar la terapéutica
- Existe un cuerpo de conocimientos, principios, fundamentos y técnicas.
- Se posee una práctica social que establece la prevención, la promoción, el tratamiento de la problemática de salud y la enfermedad.
- Se tiene la aceptación social por parte de la población con identidad e inclusive presta asistencia a aquellos marginados y pobres de su entorno.
- En la mayor parte de los pueblos indígenas, se acatan los consejos preventivos de enfermedad que los terapeutas recomienda, entre ellas prohibiciones y restricciones de comportamiento, la observación de dietas, empleo de los amuletos (los collares, lazos de diversos colores y naturalezas de hilos, los atados de hierbas medicinales adheridos a la ropa, la inclusión de elementos simbólicos, etc.); la mayoría de niños llevan una.

Kroeger y Luna, (1992). El curandero (o terapeuta tradicional) es definido como una persona reconocida por la propia comunidad en que vive como un personaje competente para prestar atención en salud mediante empleo de productos vegetales, animales y minerales, y la aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad. Sin embargo, el término de curandero representa, según las regiones, diferentes agentes del sistema informal de salud.

Almaguer et al. (2014). Estos conocimientos han sido ordenados por los pueblos originarios en una visión del mundo que pone énfasis en la totalidad de las cosas, en la relación de las personas y los seres vivos con la naturaleza, las divinidades, el cosmos y en el equilibrio entre diferentes elementos y conceptos, que se manifiestan físicamente en el organismo y/o partes de él con proceso de frío o calor.

Almaguer et al. (2014). Así se estructuró y se mantiene en la concepción de los “sabios” y herederos de estos saberes, un sistema determinado y complejo de atención a la salud que configura un modelo causal propio muy elaborado; una nosología que pone el acento en el equilibrio corporal y en la fuerza vital de los individuos; procedimientos diagnósticos complejos que obedecen a la misma racionalidad; así como un conjunto amplio de procedimientos terapéuticos que pretenden la restauración del equilibrio perdido en la persona, así como con las fuerzas sociales, naturales y divinas en las que se mueve. En la medicina indígena tradicional, por lo general se considera la salud como el resultado de un estado de equilibrio interno entre distintos factores, entre los que sobresalen los elementos fríos y calientes, que dependen del estado de armonía externa

con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general.

Almaguer et al. (2014). La situación de pérdida y menosprecio a la cultura indígena, en lo general, y a la medicina tradicional, en lo particular, ha sido potenciada por las posiciones que durante décadas enarbolaron las instituciones de salud del país, que ignoraban, rechazan y perseguían este sistema de atención a la salud, generando repercusiones importantes en los distintos grupos indígenas.

Almaguer et al. (2014). En las regiones donde coexisten las instituciones de salud y la medicina tradicional y sus practicantes, la medicina tradicional supone una competencia con los servicios modernos de salud, por lo que hay que vigilarla, detectarla, capacitarla y si es posible eliminarla. Esta percepción respecto a la medicina tradicional continúa vigente en las posturas del personal de salud cuando reprime o se burla de la población por utilizar la medicina tradicional y está presente en la visión de diferentes instituciones, herederas de las políticas integracionistas de principios del siglo XX.

Almaguer et al. (2014). Sin embargo, recientemente se impulsa un enfoque diferente, más representativo de los intereses indígenas, en el marco de los procesos emergentes de la globalización: la difusión de la perspectiva de género, los derechos humanos y del posicionamiento de los derechos indígenas.

Almaguer et al. (2014). El sistema de medicina tradicional comprende actualmente:

- Una cosmovisión en la que se comprende el universo como totalidad interconectada; el cuerpo humano, que incluye a la

mente y el espíritu, conectado estrechamente a ese universo, y una concepción de la salud y enfermedad como estados de equilibrio y desequilibrio entre distintos factores entre los que sobresalen los elementos fríos y calientes, derivados del comportamiento individual y de las relaciones sociales, ambientales y espirituales.

- Una concepción y clasificación (nosología) de las diferentes patologías, coherente con toda la cosmovisión y concepción de la salud y enfermedad.
- Una concepción de la causalidad que toma en cuenta a mecanismos que rompen el equilibrio frío-calor del cuerpo, desórdenes alimenticios, movimientos bruscos, alteraciones de la fuerza vital, entre otros, de acuerdo con la cosmovisión participar de cada grupo indígena.
- Un conjunto amplio de procedimientos preventivos, enfocados en la exclusión y control de los factores desequilibradores, sobre todo respecto al equilibrio de frío-calor.
- Una serie de estrategias para diagnosticar las enfermedades y los desequilibrios, inmersa en el conjunto del sistema.
- Y un conjunto de elementos terapéuticos que incluyen: la herbolaria, el uso de productos animales y minerales, diferentes tipos de masajes, punciones con diferentes tipos de espinos, uso del frío y humedad y calor a través del barro o brazas de carbón.
- La medicina tradicional también comprende otros procedimientos como la utilización de limpias, ensalmos, y diversos ritos.

Almaguer et al. (2014). Estrategias de interrelación de los servicios de salud con la medicina tradicional:

- La coordinación entre el personal de salud y los terapeutas tradicionales del sistema indígena de atención a la salud

deberá darse en un marco de respeto y complementariedad.

- Identificar claramente los nombres con los que se les llama en el idioma local a los “terapeutas tradicionales”, registrándolos en su propia lengua, ya que ese nombre posee un significado específico y profundo para su cultura.
- Por el término de “terapeutas tradicionales” nos referimos a las personas que realizan actividades para curar o mantener la salud individual, familiar y comunitaria, enmarcados en la cosmovisión del sistema indígena tradicional.
- La identificación y reconocimiento de quién es terapeuta tradicional deberá ser otorgada en primer lugar por la población y autoridades comunitarias, esta información es importante validarla con distintas fuentes locales, de manera que la mayoría de los integrantes de la comunidad los avalen.
- Convocar encuentros de “enriquecimiento mutuo” entre el personal de salud y los terapeutas tradicionales para valorar los aportes de ambos modelos y establecer convenios de colaboración mutua.
- Apoyar los procesos de auto-sistematización de la medicina tradicional, considerando que se requiere un proceso que ayude a las poblaciones indígenas a organizar para sí mismos sus conocimientos, a auto-sistematizar sus saberes, para que en los casos donde se están perdiendo las lenguas, tradiciones y prácticas, pueda preservarse, enriquecerse y, en un proceso equitativo, potenciarse para el desarrollo consiente y benéfico de las propias comunidades.

Almaguer et al. (2014). Auto-sistematización de la medicina tradicional:

Para favorecer el fortalecimiento de la medicina tradicional, es necesario desarrollar procesos que propicien la recuperación, sistematización y difusión de las diferentes medicinas tradicionales por sus propios actores. Estimular acciones de formación de nuevos recursos humanos con dicha información.

La estrategia de auto-sistematización tiene implicaciones muy importantes: promueve la dignificación del grupo, recupera todo el sistema desde la racionalidad de cada cultura, evita las interpretaciones deformadas, fortalece el reconocimiento de cada modelo médico tradicional y permite el diseño de estrategias de fortalecimiento y desarrollo, estimulado la formación de nuevos terapeutas.

El objetivo de la auto-sistematización es facilitar la recuperación del sistema de atención a la salud de cada grupo étnico, de manera que sus protagonistas lo puedan utilizar en provecho propio, facilite la socialización del conocimiento médico tradicional, la formación de nuevos terapeutas tradicionales, y fortalezca la identidad cultural de cada grupo.

Finalmente, para una articulación eficiente de nuestro sistema de salud con la medicina tradicional se debe establecer una relación horizontal de sinergia y complementariedad. Se considera a la medicina tradicional como un modelo de atención a la salud que parte de una cosmovisión diferente que, además, impregna gran parte de la población de origen indígena. Como todos los modelos (incluyendo el occidental) se reconoce que tiene fortalezas y debilidades, ventajas y desventajas. No se trata de subordinarlo, sino de establecer relaciones equitativas y horizontales que favorezcan una interacción sinérgica entre ambos modelos de salud.

G. Prácticas Tradicionales en Salud Bucal.

Silva (2013). Los sistemas médicos tradicionales brotan espontáneamente en el medio en el que cada grupo humano percibe su mundo en el cual se desarrolla, para comenzar la batalla entre el hombre y la enfermedad. Desde los inicios de la vida del ser humano, las dolencias causadas a los dientes han estado presentes con sus sensaciones y acciones. La enfermedad dental es una de las cargas que el hombre paga y sigue pagando en sus constantes cambios dietéticos y su modo de vivir.

Medina y Barquero (como se citó en (Alzate Naranjo, 2015) afirman que “Las prácticas sociales, asociadas al saber popular de las comunidades, por medio de la transmisión de generación en generación, de forma verbal o escrita, hacen de las costumbres de las poblaciones una fuente de información que permite enriquecer diversos ámbitos del conocimiento” (p.3)

Pérez-Cajaraville y Badke MR (como se citó en (Alzate Naranjo, 2015) afirman que “las prácticas sociales son importantes para orientar las políticas públicas para el mejoramiento de la salud bucal; teniendo en cuenta las tradiciones ancestrales de la población en el tratamiento de la enfermedad y las percepciones acerca de la terapia tradicional, las representaciones sociales y las necesidades propias de las comunidades. Con el advenimiento de la tecnología, la ciencia y el mejoramiento en los niveles educativos de los países, que propenden por la interdisciplinariedad en la solución de las necesidades de los pueblos; esta cultura ha sido opacada por métodos clínicos manejados por un profesional capacitado, que favorecen la curación de enfermedades en forma más rápida y completa” (p.3)

Betancourt y Gatchel (como se citó en Alzate Naranjo, 2015) aseguran, que, “la ansiedad de las personas y el temor a las intervenciones que se realizan en las consultas odontológicas son factores determinantes en la continuidad del tratamiento odontológico y el mantenimiento de prácticas en salud bucal aceptables” (p.3). Además, existen otros factores como el estrato socioeconómico, el nivel educativo y las condiciones de acceso a servicios de salud, que conllevan la población a hacer uso de otros tipos de tratamientos convencionales, para mitigar el dolor o tratar la afección padecida. (Alzate Naranjo, 2015, p.3)

Misrachi, (1989). Los programas de educación para la salud deben estar basados en el conocimiento previo de las pautas culturales de las poblaciones objetivo. Si éstas no son consideradas, los contenidos no resultarán culturalmente relevantes y, por lo tanto, el programa tendrá escasas probabilidades de éxito. Por tanto, interesa explorar en este estudio aquellas pautas culturales que inciden en beneficio o deterioro de la Salud Oral de la población de bajos recursos socioeconómicos, con el objeto de que sirvan de punto de partida para los programas de educación en esa área.

Jaramillo, Gaviria y Gómez, (2007). Los profesionales de la salud, en cumplimiento de su función social deben estar al tanto de los conocimientos y prácticas a los que la población recurre para su autocuidado. El odontólogo, como parte de este equipo, debe reconocer estos elementos de manera que pueda valorarlos e incorporarlos a su práctica en tanto sea pertinente, ampliando los recursos terapéuticos que puedan responder positiva y coherentemente a las necesidades en salud bucal de la comunidad, por consiguiente, debe interactuar constantemente con el saber popular entiendo que este último es insumo del saber científico.

Misrachi, Manríquez, Fajreldin, Kuwahar y Verdaguer, (2014). Es perentorio mejorar el acceso a los servicios de salud bucal, si se desea que un programa educativo en salud oral sea exitoso. Asimismo, debiera generarse un fuerte énfasis en el acceso a los programas de promoción de salud, considerando el aislamiento geográfico y la precariedad económica de las familias. Es decir, fortalecer la autonomía que la comunidad local tenga frente a sus recursos en salud e incentivar la formación de recursos humanos que mediaten la relación entre el sistema sanitario formal, el informal de tipo tradicional-indígena, y la comunidad toda.

Misrachi et al. (2014). Además, un programa educativo eficiente debiera enfatizar los conocimientos y creencias en salud oral, pero considerando la elaboración participativa de materiales y estrategias educativas que incorporen enfoque intercultural.

De Langhe González, (2013). Teniendo en cuenta los derechos a la salud de los pueblos indígenas, es necesario incrementar los programas de salud odontológica que garanticen el cumplimiento de atención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones que se manifiesten en la cavidad bucal y zonas peribucales, siempre dentro de un marco de respeto y tolerancia por la diversidad étnica, la interculturalidad, costumbres e idiosincrasia de estos pueblos originarios.

H. Interculturalidad en Salud:

Albarrán, Berbesí, Hernández y Marín, (2016). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la interculturalidad es la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las diferencias entre dos o más grupos humanos de diferentes culturas.

Ardito (como se citó en Organización Panamericana de la Salud, 2008), refiere que “La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades” (p.11)

Organización Panamericana de la Salud, (2008). A través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales - así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales - como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano.

Organización Panamericana de la Salud, (2008). Incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud.

Organización Panamericana de la Salud, (2008). Existe riqueza de conocimientos de los médicos locales tanto en los Andes como en la Amazonía y el reto es reconocer y valorar formas

distintas de conocimientos y saberes en el campo de la salud, e incorporarlas de manera gradual a los sistemas de salud “oficiales”. Porque existe una concepción distinta de la salud entre la población indígena, y la comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento.

Almaguer et al. (2014). La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia

Almaguer et al. (2014). Como modelo de convivencia y como proceso comunicativo, la interculturalidad propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial del mundo (cosmovisión) y un marco de referencia y paradigmas respecto a diferentes aspectos de la realidad.

Almaguer et al. (2014). Es así que la interculturalidad plantea que al interactuar de manera positiva grupos culturales que comparten un espacio geográfico determinado, se generan alternativas de solución frente a un problema, que serían muy difíciles de encontrar desde la visión de un solo grupo, con

planteamientos y características diferentes. Se señala de esta manera que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

República del Perú, (2008) La interculturalidad en el campo de la salud supone tomar en cuenta que cada pueblo indígena posee un perfil cultural propio, como consecuencia de una historia particular que determina sus concepciones y formas de entender el mundo. Así, los pueblos indígenas tienen diversas formas de concebir la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, que no sólo difieren de la concepción de la medicina convencional, sino que también establecen matices entre éstos. Estas maneras distintas de enfrentar el tema de salud se evidencian, por ejemplo, en el uso de plantas y su relación con el medio en que viven.

Hansen (2012). La interculturalidad en salud requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. Un principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es la complementariedad de estos sistemas médicos, proponiendo un acercamiento de los equipos de salud (medicina occidental) con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional, respetando los conocimientos del otro y generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas.

Almaguer et al. (2014). Desde diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica. La queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización

y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los Servicios de Salud. A los pacientes y sus familiares no se les escucha y no se toma en cuenta sus opiniones respecto a lo que esperan de los servicios médicos. Señalan también que es común el maltrato y regaños ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad. Estos aspectos terminan por incidir en su percepción sobre los servicios de salud y de la atención del personal, influyendo en el desapego a las indicaciones médicas, en el abandono de los tratamientos y en la resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

Hansen (2012). Así la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incidiendo en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos.

Hansen (2012). La capacitación del personal, para que produzca un impacto positivo, deberá incidir en cambios importantes en la prestación de los servicios, mejorando la relación médico-paciente y paciente-institución de salud, es decir, brindar atención con sensibilidad intercultural.

Hansen (2012). Es necesario que los agentes que se desempeñan en la atención en salud en zonas de alta concentración de población indígena logren una mayor comprensión de la diversidad y dinámica cultural y social en la que están insertos los usuarios de salud. Es en este marco en el que se han implementado procesos de formación y capacitación de los funcionarios de salud hacia lo que es la salud intercultural, tendientes a favorecer las estrategias de

comunicación entre cuerpo de salud oficial y pueblos indígenas, logrando entre otras cosas una mejora en la satisfacción usuaria de la población atendida, mayor calidad de trato y disminución del prejuicio étnico.

Kroeger y Luna, (1992). Condiciones básicas para lograr una participación favorable de la comunidad:

Para la ejecución de las acciones de participación debe existir, como mínimo, las siguientes condiciones, aunque no estén totalmente desarrolladas.

- Una comunidad con una organización relativamente estable.
- Capacidad para realizar acciones comunes
- Habilidad para identificar y formular sus propias necesidades y lograr un cambio sin esperar la ayuda de expertos (con o sin apoyo exterior).
- Un clima político favorable que, si no favorece directamente la participación de la comunidad, por lo menos no la impida.
- Una actitud favorable del personal de salud hacia la participación de la comunidad (lo que a menudo es difícil de lograr).
- Personas que intermedien entre la comunidad y los profesionales de salud que sean capaces y estén interesadas en buscar el apoyo de la comunidad.
- Existencia de objetivos precisos para la participación.
- Coordinación intersectorial.

Agudelo (como se citó en Kroeger y Luna, 1992) afirma que estos factores pueden presentarse en forma combinada en una comunidad determinada, pero cada uno de ellos con distinta intensidad (p.99)

Kroeger y Luna, (1992). En caso de no existir estas condiciones deben fomentarse las acciones para su desarrollo, pensando que la participación no se realiza con los deseos sino con el trabajo. Hay que luchar por la participación y contar con resistencias y engaños.

Agudelo y Martínez, (2009). La participación social es una estrategia puesta al servicio de la comunidad; sin embargo, debe existir una correspondencia entre los diferentes actores. Se puede comparar a la comunidad con un tejido donde cada persona es una célula que se interrelaciona con otras, en formas variadas y cumpliendo un objetivo. Hablando de salud este colectivo cumple un importante papel en el fortalecimiento de su acción por medio de estrategias, una de ellas es denominada empoderamiento. Este puede definirse como: “el proceso de acción social que promueva la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social”. Sin embargo, la participación no solo involucra a los grupos sociales por intervenir. Para la salud bucal colectiva tienen diferente cabida los diversos gremios como las instituciones sociales, educativas, de salud, y las diferentes organizaciones de apoyo.

Agudelo y Martínez, (2009). Las experiencias socioculturales también constituyen un análisis de la salud bucal colectiva, porque permiten conocer las vivencias propias del individuo, su forma de asumir el proceso salud-enfermedad en su familia y en su comunidad, a través de metodologías cualitativas, para reconocer y comprender los discursos de los actores involucrados.

Almaguer et al. (2014). En una educación intercultural el propósito de las actividades educativas se dirige hacia la apropiación del conocimiento por parte de la población considerando sus propias experiencias. Esto implica la promoción de la independencia y autonomía en el análisis de su situación, la toma de decisiones, el planteamiento de sus necesidades y las acciones conjuntas en la interacción con otros sujetos y en ciertas situaciones, con los servicios de salud.

Objetivos de la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud:

- Transferir a la comunidad información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas de manera que ésta las pueda aprovechar en beneficio propio, de acuerdo con su propia percepción de la problemática.
- Promover la satisfacción de las necesidades de la población usuaria. Evitar consecuencias producto de una mala comunicación.
- Facilitar que la población participe en la planeación y evaluación de los servicios y programas, asumiendo el control de los procesos relacionados con su salud, su ambiente y su contexto social.
- Potenciar los objetivos comunes y generar acciones conjuntas.
- Favorecer la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud.
- Fortalecer la oferta de los servicios.

Almaguer et al. (2014). Lineamientos interculturales para el fortalecimiento de los programas de salud a través del enfoque intercultural:

- Conocer el contexto cultural de la región donde se va aplicar el programa.

- Indagar los conocimientos y prácticas de prevención y atención que tiene la familia y la comunidad sobre la temática a considerar.
- Promover el involucramiento de la familia y la comunidad en el fortalecimiento de la salud.
- Informar a profundidad y en su lengua si es el caso, de los procedimientos, beneficios y consecuencias del programa ofrecido, asegurando su consentimiento.
- Promover y apoyar la conformación de equipos comunitarios de apoyo.
- Fomentar la participación de indígenas en los procesos encaminados al cuidado de su salud y favorecer un plan de trabajo creado con y por los mismos grupos étnicos que conlleve a tener un entorno saludable.
- Reconocer y respetar el derecho a la diversidad e identidad cultural de los usuarios y usuarias de los programas de salud, manifestada en la pertenencia étnica, género, edad, etc.
- Capacitar a todo el personal operador de los programas de salud en el enfoque intercultural.
- Favorecer la coordinación y el enriquecimiento mutuo entre el personal de salud y el terapeuta tradicional para articular la medicina tradicional y convencional mediante estrategias interculturales.
- Promover la “Farmacia verde” que consiste en un espacio en centros o casa de salud, para contar con botiquín de preparados de plantas medicinales, de acuerdo a las enfermedades de la región, así como a sus recursos naturales. Es útil para enfermedades en las cuales las plantas medicinales son menos agresivas que el medicamento convencional, o en casos en los que éste escasea.

República del Perú, (2008). El enfoque intercultural de salud se basa en las siguientes premisas:

- Es un espacio de “diálogo” que se genera entre dos sistemas de salud existentes.
- No podrá existir tal espacio si uno de los sistemas ignora o desprecia al otro.
- Sólo es posible este enfoque en una sociedad pluricultural, es decir, que acepta y reconoce la diversidad como una fortaleza y una oportunidad.
- Desde la visión indígena, la interculturalidad es un enfoque natural; los pueblos indígenas siempre han compartido saberes y tecnologías con otras culturas.
- La principal dificultad es la actitud de los especialistas del sistema de salud occidental, quienes, por su formación etnocéntrica, no reconocen otro modelo de conocimientos en salud.

Cardona (2013). La interculturalidad en salud es un factor importante para fomentar el desarrollo y evolución de las culturas, es fundamental implementarla en poblaciones indígenas debido a las limitaciones que presenta el sistema médico de estas poblaciones para abordar ciertas enfermedades, además es importante que se integre la medicina occidental con la tradicional para ejercer una intervención más oportuna y con mayor calidad.

Alarcón, Vidal y Neira, (2003). La experiencia internacional ha demostrado la existencia de principios conceptuales que sustentan el desarrollo de modelos pluriculturales en salud. Entre estos se encuentra el de reconocer a los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuestas culturales al fenómeno universal de la enfermedad. Por último, es necesario mejorar los procesos de

comunicación entre pacientes y profesionales, fenómeno que no sólo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los pacientes

I. Participación Comunitaria:

Almaguer et al. (2014). Para que la población pueda tomar en sus manos la responsabilidad de su salud, se requiere fortalecer las capacidades de autogestión de la población (empoderamiento), entendiendo por empoderamiento o poderío la capacidad de una persona o grupo para relacionarse, dentro de un marco de equidad, horizontalidad y respecto, con otros actores sociales, estableciendo diálogos y negociaciones con igualdad de oportunidades.

Almaguer et al. (2014). En este contexto, la participación comunitaria es un instrumento que favorece la toma de decisiones de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman.

Almaguer et al. (2014). Es común que queramos imponer a las comunidades programas oficiales que se han diseñado con sólo la visión y opinión de los expertos, en cuya planeación las comunidades no han tenido ninguna participación. Luego, se pretende que la comunidad participe desarrollando las actividades de dicho programa, argumentando que son para el beneficio de su salud. Los resultados frecuentes de estos programas son apatía, rechazo y por lo tanto de bajo impacto.

República del Perú, (2008). La incorporación de agentes comunitarios de salud o promotores de salud fue pensada como una medida para expandir las acciones del Estado, con la finalidad de mejorar la situación de salud de las poblaciones campesinas y nativas. Los denominados agentes comunitarios

de salud poseen ciertas habilidades y actúan también como nexo entre las políticas sociales del Estado y las comunidades en lo que a promoción comunitaria se refiere.

República del Perú, (2008). Las acciones de estos agentes se desarrollan bajo dos ejes principales: la prevención y la promoción de salud, aun cuando se conoce que en localidades alejadas pueden llegar a asumir funciones más complejas. El agente de salud logra administrar cierto nivel de conocimiento de la medicina occidental, aprovecha los talleres de capacitación para incrementar sus conocimientos y en algunas oportunidades, cuando se trata de promotores del lugar, utiliza las plantas medicinales como recurso terapéutico complementario en el tratamiento de las enfermedades.

República del Perú, (2008). En el ejercicio del promotor se distingue tres modos de tratamiento: recetando medicinas químicas, recetando plantas medicinales, o ambas cosas a la vez. Además, son quienes pueden propiciar el encuentro de dos culturas distintas. Ello no solo significa servir de intérprete a los profesionales médicos, sino también esclarecer la cosmovisión de salud de las poblaciones indígenas y evidenciar las prácticas tradicionales, propiciando procesos de validación y acercamiento intercultural entre dos modelos médicos.

República del Perú, (2008). En la elección del promotor se requiere contar con un perfil específico, por ello se plantea que el agente comunitario pueda cumplir un rol de orientación y asesoría a la organización de base. Así como ser elegido por la comunidad, habitar en la comunidad donde va a trabajar y disponibilidad para realizar el trabajo voluntario.

República del Perú, (2008). Los agentes tradicionales, manifiestan haber heredado sus conocimientos de sus antepasados y también que suelen ser investigadores de los principios activos de las plantas medicinales y sus efectos curativos sobre determinadas dolencias. Afirman conocer acerca de los efectos individuales o en combinación de las plantas medicinales.

República del Perú, (2008). Las organizaciones indígenas enfatizan la importancia de la medicina tradicional en la salud de las personas por lo que recomiendan que tanto médicos como promotores de salud sean capacitados.

República del Perú, (2008). Los equipos AISPED son clave para atender a las comunidades nativas según sus necesidades. Es por ello que deberían recibir mayor apoyo desde los más altos niveles del sector salud, empezando por una asignación presupuestal suficiente para contar con recursos humanos y logísticos que les permita cumplir con sus objetivos, así como de apoyo para la capacitación de los profesionales de salud que integran estos equipos en temas de interculturalidad, prevención y promoción de la salud.

J. Prevención y Promoción en Salud Bucal:

Silva (2014). La odontología preventiva, parte de la odontología, es el estudio o la ciencia que se encarga del estudio y conocimiento del medio bucal y sus implicaciones microbiológicas e inmunológicas en la prevención de enfermedades.

Rolón y Samudio, (2014). La comunidad Odontológica debe velar por el bienestar y preservar la salud oral de los pacientes en todos los campos para aumentar la expectativa y calidad de

vida de la población, por lo tanto, es imprescindible mantener una mentalidad preventiva sobre todo respecto a las patologías bucodentales, no solo sobre caries y periodontopatías sino también en la prevención de las anomalías dentomaxilofaciales.

Cisneros y Hernández, (2011). La prevención en estomatología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover la salud bucal y prevenir problemas estomatológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos.

Rolón y Samudio, (2014). La educación para la salud dental es el primer y el más importante pilar de la prevención y su puesta en práctica en el niño corresponde a padres y profesionales sanitarios. El éxito de la educación sanitaria no reside en el conocimiento de las puestas de salud, sino en la adopción y mantenimiento de hábitos saludables. Educar para la adopción de hábitos saludables es importante para la obtención de la salud sistémica y bucal. Además de eso, en la primera infancia tiene inicio el establecimiento de hábitos benéficos o normales, los cuales, pueden persistir a lo largo de la vida del individuo.

Escobar, Sosa y Burgos, (2010). Existe un creciente interés por fortalecer acciones de fomento temprano de la salud bucal, sustentado en la estrecha relación salud bucal-calidad de vida, en el inicio temprano del proceso salud-enfermedad y en la alta prevalencia de enfermedades como la caries de la infancia temprana, considerada un problema de salud pública.

González y García, (2013). Las principales estrategias orientadas a la creación de mejores condiciones de salud bucal incluyen intervenciones dirigidas a la población infantil, etapa, donde se adquieren las actitudes y patrones de conducta que regulan la vida en la edad adulta.

González y García, (2013). En diferentes países, los problemas de salud oral se abordan en forma preventiva-educativa directamente en las escuelas, considerando a estas como el lugar ideal para realizar promoción de la salud con el propósito de desarrollar estilos de vida saludable.

González y García, (2013). La finalidad de educar en salud bucal a niños de temprana edad, es generar motivación, cambio, refuerzo de actitud y hábitos, cuya tarea es difícil y toma tiempo; sin embargo, es un pilar fundamental en la prevención de enfermedades bucodentales. También es necesario transmitir y educar en temas de salud bucal a los padres de familia, para que así la educación otorgada penetre a los núcleos familiares. González y García, (2013). La finalidad de la intervención educativa en el padre de familia es motivarlo, dotarlo de competencias, herramientas y conocimientos para el autocuidado de su salud bucal y la de los niños. Ellos cumplen un papel importante en la educación en salud bucal del niño de corta edad, como lo demostraron diversas investigaciones.

González y García, (2013). Se recomienda realizar programas educativos en salud bucal con metodología diversa que contemple temas de higiene bucal, alimentación y conocimientos generales de salud bucal, aplicados por un período largo para padres, educadores y niños desde temprana edad, evaluando la intervención periódicamente para determinar la eficacia e influencia y así ayudar a establecer o reforzar

hábitos de salud bucal, programas que deben ser impartidos principalmente en instituciones educativas iniciales. Se debe propiciar e incluir en el plan educativo preescolar y escolar actividades con temas de salud bucal como parte de la rutina educativa diaria, las cuales funcionarán como estrategia para otorgar conocimientos y propiciar el autocuidado de la salud bucal, asimismo, como parte de la lonchera saludable del niño se debe incluir al cepillo dental.

Mayor, Pérez y Cid, (2014). Es necesario continuar perfeccionando la actividad preventiva en grupos de población llamados vulnerables, que por sus características sociales se ha podido comprobar que son los más propensos en adquirir la enfermedad de la caries dental. Esto se puede alcanzar mediante la implementación de técnicas afectivas participativas, para formar en ellos una determinada cultura de salud que abarque todos los aspectos de la vida, porque a medida que su papel sea más eficiente, así como el trabajo de los médicos y estomatólogos, se alcanzarán mejores resultados en la prevención de la caries dental, para mejorar la calidad de la existencia del hombre como valor supremo.

Aucca (2014). La promoción de la salud en el Perú, buscar promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de salud, que involucra a individuos, familias, comunidad y sociedad, en la promoción de la salud bucal incluye además, modificación de costumbres, hábitos y requiere del esfuerzo mancomunado de muchos factores, dentro de ellos es muy importante la responsabilidad del individuo y la familia, de cómo esta valore su salud y participe en su preservación. Es importante que, dentro de la familia, los individuos que la componen adquieran estilos de vida saludables como el hábito

del correcto cepillado dentario, hábitos dietéticos saludables con el control de la dieta cariogénica, hábitos adecuados de visita al odontólogo, donde es muy importante en las primeras etapas de la vida del niño.

Rodríguez (como se citó en Silva Medina, 2014), asegura que “La experiencia nos indica que la prevención de la salud bucal debe ser una responsabilidad de todos los actores sociales de la comunidad no solamente de profesionales de la especialidad. La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos. La Educación para la Salud, influye favorable sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades” (p.16)

Silva (2014). Además, la educación para la salud constituye un elemento esencial que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.

Silva (2014). En la Comunidad todos sus actores sociales deben estar involucrados en estas tareas preventivas de enfermedad bucal, es la mejor estrategia para contrarrestar los efectos adversos de la problemática de salud, se debe medir esa percepción de nivel de conocimientos sobre salud bucal e identificar las deficiencias para plantear en un futuro, mejores programas odontológicos para disminuir los altos índices de enfermedad bucal.

República del Perú, (2008). La medicina tradicional implica una práctica social que se orienta hacia la prevención, promoción y

el tratamiento de la problemática de salud y la enfermedad. En ese sentido, representa una importante aliada para la prevención de enfermedades.

K. Habilidades y conocimientos del Personal de Salud para los Servicios de Salud:

Almaguer et al. (2014). Una competencia es un conjunto de destrezas, habilidades, conocimiento, características conductuales los que, correctamente combinados frente a una situación de desempeño laboral, predicen un desempeño superior. La competencia se estructura en base a tres componentes fundamentales: el saber actuar, el querer actuar y el poder actuar.

Almaguer et al. (2014). La competencia cultural es la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes o usuarios, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa, y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Almaguer et al. (2014). Los servicios de salud culturalmente competentes son aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad. La competencia cultural pretende

desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud.

Almaguer et al. (2014). Esta competencia comprende:

- El conocimiento del contexto cultural de la región donde va a desempeñarse como profesional de la salud.
- El indagar los conocimientos y prácticas de prevención y atención que tiene la familia y la comunidad sobre la enfermedad específica que se quiera promover en su atención y prevención.
- El conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y prácticas terapéuticas.
- La información a profundidad y en la lengua de los usuarios si son indígenas monolingües, de los procedimientos, beneficios y consecuencias de la atención ofrecida, asegurándose de su comprensión y de su consentimiento.
- La comunicación intercultural asertiva.
- La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes.

Almaguer et al. (2014). Lineamientos interculturales para el personal de salud:

La sensibilización intercultural es uno de los dos brazos para favorecer el trato con calidad y calidez que requieren los usuarios con cultura diferente a la del personal de salud. Pretende que éste comprenda los códigos culturales de otros grupos y se sensibilice para un trato más humano y horizontal.

Almaguer et al. (2014). Lo que se pretende es dar directrices concretas de acción en la relación con la población usuaria, para

favorecer la amabilidad, el respeto y la comunicación. Su ejercicio estimula el desarrollo de una espiral positiva: mejor trato a los usuarios, mayor satisfacción de los mismos, mejoría del trato hacia el personal de salud de parte de los usuarios y población, mayor satisfacción del personal de salud, estimulación para continuar tratando con calidad intercultural a los usuarios de acuerdo con los lineamientos.

Entonces algunos de los lineamientos son:

- Incluir en la misión de la unidad de salud: la satisfacción del usuario o de la usuaria como uno de los elementos centrales, tomando en cuenta el respeto a cada paciente como norma fundamental.
- Fomentar la empatía. Averiguar y utilizar los códigos de respeto de la cultura local.
- Identificar la singularidad cultural de cada paciente y conocer su percepción y expectativas.
- Evitar burlarse, regañar o prohibir la utilización de elementos de la cosmovisión y de la medicina tradicional indígena.
- Fomentar la participación social y la comunicación asertiva con las autoridades locales, terapeutas tradicionales, y otras terapias y modelos médicos reconocidos, independientemente de que haya comunión con sus creencias o no, coordinando acciones específicas, favoreciendo la referencia mutua en beneficio a la salud de la población.
- Explicar claramente la enfermedad, el tratamiento y los cuidados, asegurándose de que el usuario y sus familiares le entiendan.

República del Perú, (2008). En el Perú, si bien existen algunas iniciativas específicas, el Estado carece de una política de formación de los profesionales en salud intercultural. Por el

contrario, todavía predomina ampliamente el enfoque biomédico en los centros de formación de profesionales de la salud.

Mac-Ginty (2006). Los desafíos en materia de salud bucal son enormes, la alta incidencia y prevalencia de enfermedades bucales obliga a repensar las formas de la odontología tradicional. En este sentido han sido fundamentales los paradigmas “de oposición” como el paradigma de la salud colectiva y consecutivamente el papel de la OMS, pero pareciera que en el ámbito de la formación profesional y las formas de organización de los servicios de salud este tránsito ha sido mucho más lento y confrontacional.

Mac-Ginty (2006). En este sentido, el trabajo transdisciplinar es clave, por una parte, no puede entenderse la salud bucal escindida de la salud general, aún más, si los condicionantes que intervienen en la producción de enfermedades bucales son en gran parte los mismos que en muchas de las enfermedades no transmisibles. Y por otra, se necesitan diferentes miradas y enfoques para su comprensión donde quizás uno de los aspectos más trascendentales es la integración de los saberes colectivos, considerando los componentes históricos y socioculturales de cada comunidad en el proceso salud-enfermedad-atención.

Mac-Ginty (2006). A nivel internacional y nacional, la investigación producida sobre salud bucal en los pueblos indígenas es limitada, mucho más aún, la que trata sobre educación y promoción de la salud. Es importante que futuras investigaciones puedan desarrollarse en esta línea y que puedan contribuir a la inclusión de la salud intercultural en la salud bucal y viceversa, en las políticas públicas.

L. Factores que influyen en la Salud Bucal:

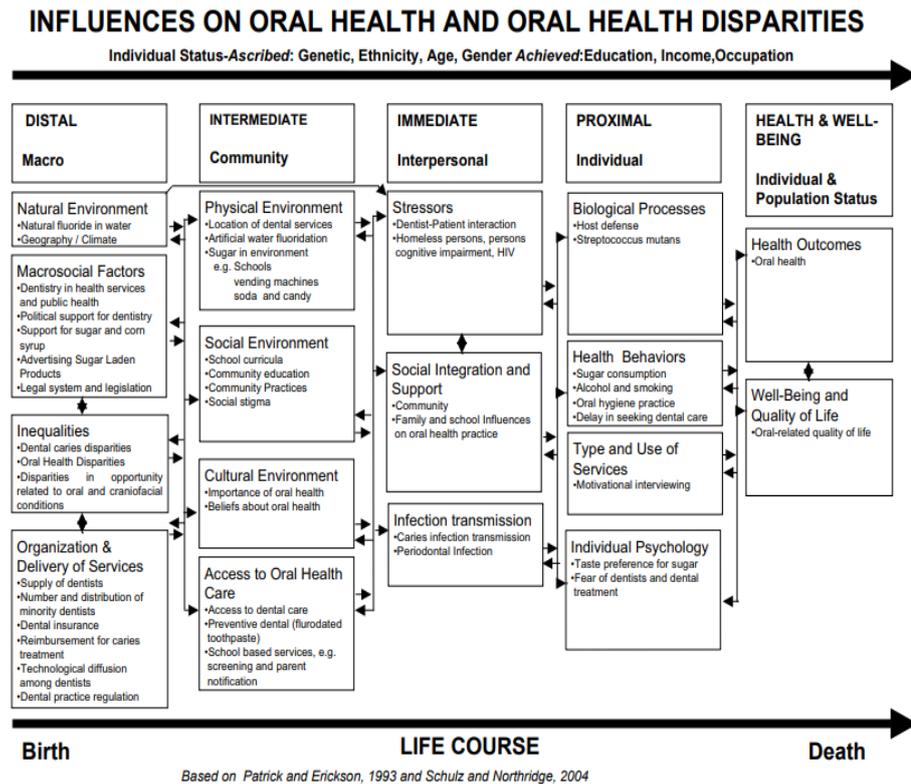


Figura 1 Influencias en salud oral y disparidades en salud oral

Fuente: Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants. 2006 BioMed Central

En la figura mostrada sobre influencias y disparidades en salud oral observamos la existencia de factores que influyen sobre la salud oral así como la desigualdad existente en el momento de la atención en salud oral; Se observa que el problema empieza Distalmente y a nivel Macro con el Entorno natural (geografía, el clima, el agua), Factores macrosociales (odontología en salud pública, apoyo político para la odontología), Desigualdades (en tratamiento dental, cuidado dental) y Organización y Prestación de servicios (distribución y numero de dentistas, seguro dental, regulación de la práctica dental).

A un nivel Intermedio encontramos a la Comunidad, con, el Ambiente físico (ubicación de los servicios dentales, fluorización artificial del agua, uso del azúcar), el Ambiente Social (currícula

escolar, educación y prácticas comunitarias, estigma social), el Ambiente Cultural (importancia de la salud oral, creencias sobre salud oral) y Acceso a la atención en Salud Oral (acceso a la atención dental, prevención dental, notificación a los padres). Asimismo, en este mismo nivel encontramos Relaciones Interpersonales, con, Factores estresantes (interacción odontólogo-paciente, personas sin hogar, enfermedades como VIH), Integración social y apoyo (comunidad, influencia de la familia y la escuela sobre prácticas de salud bucal) y la transmisión de infecciones (transmisión de caries y enfermedades periodontales).

A un nivel proximal, encontramos a la Persona en sí, el Individuo, con, Procesos Biológicos (defensa del huésped, streptococcus mutans), Conductas saludables (consumo de azúcar, consumo de alcohol y cigarro, prácticas de higiene oral, retraso en la búsqueda de atención dental), Tipo y uso de servicios (entrevista motivacional) y Psicología individual (gusto por el azúcar, miedo al dentista y a los procedimientos dentales)

La confluencia de todos estos factores nos lleva al deficiente estado de salud bucal en nuestra población y lo que se quiere lograr con el Desarrollo de este modelo es brindar servicios de salud con equidad, donde se reconozcan los derechos de todos los peruanos, resaltando también los conocimientos de nuestros pueblos indígenas. En el Anexo I-Producto I se desarrolla un modelo de atención odontológica intercultural.

- M. Programa Presupuestal N°0018- Programa de Enfermedades No Transmisibles- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal.

Ministerio de salud, (2018). La prevalencia de caries dental a nivel nacional se reportó como 85.6%, valor elevado entre los países de américa latina. Y en cuanto a la respuesta del estado,

para abordar estos problemas, se calcula que se llega a 35.39% de la población que necesita atención dental. Así mismo, el problema específico de la ESN Salud Bucal es: Elevada morbilidad y discapacidad por patologías del Sistema Estomatognático. (Alta prevalencia de caries dental en todas las etapas de vida, alta prevalencia de enfermedad periodontal, incidencia de edentulismo en adultos mayores).

Ministerio de salud, (2018). Para el Programa de Enfermedades No Transmisibles, la población potencial en riesgo de patologías del sistema estomatognático son: Niños de 0 a 11 años de edad con enfermedades de la cavidad oral, Adolescentes con enfermedades de la cavidad oral, Adultos con enfermedades de la cavidad oral y Adultos mayores con edentulismo o enfermedades de la cavidad oral.

Tabla 2

Cuantificación de la población potencial con problemas de salud bucal, población objetivo y criterios de focalización de la Dirección Ejecutiva de salud Bucal.

Cantidad	Población Objetivo	Características
1,799,573	Niños de 0 a 11 años de edad con enfermedades de la cavidad oral	Según el estudio de perfil epidemiológico del 2001 al 2002 en población de 5 a 15 años de edad evidencio que la prevalencia nacional de caries dental en niños es de 90,4%. Es decir 9 de cada 10 niños padece de caries dental. Así también el último estudio perfil epidemiológico en escolares de 3 a 15 años realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades, en proceso de publicación, muestra la prevalencia de caries dental del 85,6% un índice de severidad de caries dental de 5 piezas dentarias y una prevalencia de enfermedad periodontal de 49.2% en este grupo etéreo.
486,540	Adolescentes son enfermedades	Según los datos estadísticos de Oficina General de Tecnologías de la información, las enfermedades de la cavidad bucal en la

Cantidad	Población Objetivo	Características
	de la cavidad oral	etapa de vida adolescente ocupa el primer lugar entre las 15 principales causas de morbilidad en la consulta externa para el año 2015. Así también el estudio de perfil epidemiológico del 2001 al 2002 en población de 5 a 15 años de edad evidenció que la prevalencia nacional de caries dental es de 90.4%.
1,904,354	Adultos con enfermedades de la cavidad oral	Según base de datos estadísticos de la oficina general de tecnologías de la información del ministerio de salud, las enfermedades de la cavidad bucal en adultos de 18 a 59 años ocupan el primer lugar entre las 15 principales causas de morbilidad en la consulta externa para el año 2015.
24,246	Adultos mayores con Edentulismo o enfermedades de la cavidad oral	Las poblaciones pobres y de extrema pobreza son los que soportan una mayor carga de morbilidad de la cavidad bucal.

Fuente: Ministerio de salud, 2018

Ministerio de Salud, (2018). **La Magnitud de la causa:** En infraestructura: En el país existen 7741 establecimientos de salud, solo 1375 cuentan con UPS de odontología (17%). En Recursos humanos: en el Perú, el año 2011 hubo 3234 odontólogos, para 19,080,045 personas asignadas al MINSA, es decir 0.8 odontólogos por cada 10 mil habitantes. En la rectoría: La salud bucal de la población va empeorando, tal como lo indica el ASIS 2010, estableciendo que en el estudio realizado el año 2008, las afecciones dentales ocupaban el 3er lugar de morbilidad en el país y para el 2010 pasaron a un 2do lugar.

Ministerio de Salud, (2018). El cambio que se espera en la población, es la disminución de la morbilidad por patología estomatológicas en pacientes de 12 años a menos, reduciendo la prevalencia de estas desde 90% (situación actual) a 80% en

10 años. Se mide internacionalmente la prevalencia de estas enfermedades a los 12 años, por recomendación de la OMS.

Ministerio de Salud, (2018). **Análisis de alternativas:** Los medios fundamentales para la disminución de la morbilidad y discapacidad masticatoria por patologías del sistema estomatognático son los abordajes de los factores del sistema de salud, abordaje de los factores socio culturales y el abordaje de los factores individuales, teniendo en cuenta las siguientes alternativas de solución de los medios indirectos. Las intervenciones que posibilitan viabilizar los medios desarrollados son:

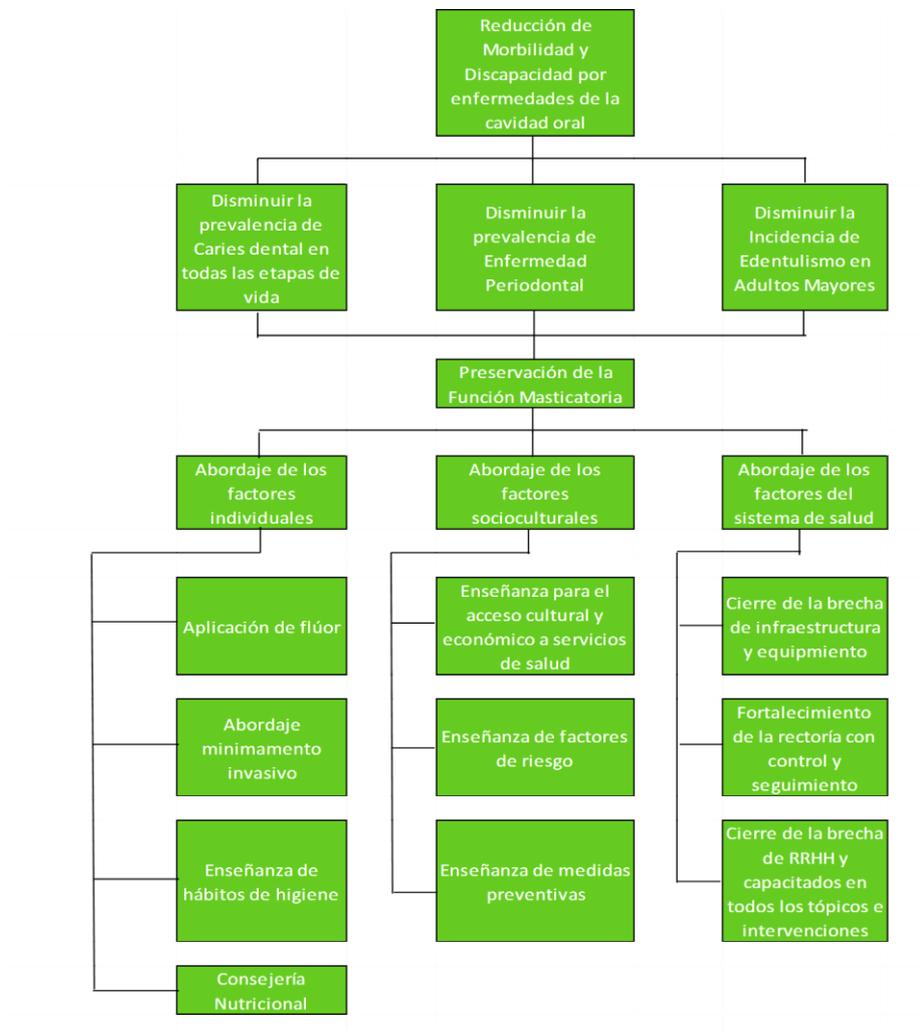


Figura 2 Árbol de Medios Salud Bucal.

Fuente: Ministerio de Salud, 2018

Ministerio de Salud, (2018). **Transición de las alternativas al producto:**

Tabla 3

Transición de las alternativas al producto.

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas			Productos
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
1	Intervenciones para incrementar el abordaje de los factores socioculturales	1.1	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales		Atención Estomatológica Preventiva
		1.2	Examen estomatológico		
		1.3	Instrucción de Higiene Oral		
		1.4	Aplicación de Sellantes		
		1.5	Aplicación de Flúor Barniz		
		1.6	Aplicación de Flúor Gel		
		1.7	Profilaxis Dental		
		2.1	Técnica de Restauración Atraumática (PRAT)		
		2.2	Raspaje Dental		
		2.3	Restauraciones Dentales con ionómero de vidrio		
2.4	Restauraciones dentales con resina				
2.5	Exodoncia dental simple				
2.6	Debridación de los procesos infecciosos bucodentales				
2.7	Consulta estomatológica				
2.8	Pulpotomía				
2.9	Pulpectomía				
2.10	Terapia Endodóntica en Piezas Anteriores y Bicúspides				
2.11	Rehabilitación Protésica				
2	Intervenciones para incrementar el abordaje de los factores individuales	2.12	Curetaje Subgingival Periodontal		Atención Estomatológica Especializada
		2.13	Fijación y/o Ferulización de Piezas dentales con resina fotocurable		
		2.14	Terapia Endodóntica en Piezas dentales posteriores		
		2.15	Exodoncia compleja		
		2.16	Apexogénesis		
		2.17	Apicectomía		
		2.18	Frenectomía		
		2.19	Apexificación		
		2.20	Cirugía Periodontal		
		2.21	Instalación de Aparatología Fija		
		2.22	Instalación de Aparatología Removible		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos
N°	Denominación	N°	Denominación	Denominación
3	Intervenciones para incrementar el abordaje del sistema de salud	3.1	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas para la atención de las principales enfermedades de la cavidad oral	
		3.2	Difusión de Documentos Técnicos Normativos	
		3.3	Capacitación del Personal para la atención integral	
		3.4	Análisis de situación de la salud bucal	
		3.5	Evaluación, seguimiento y monitoreo en intervenciones de salud bucal	

Fuente: Ministerio de Salud, (2018). Indicadores de resultado para salud bucal

Tabla 4

Indicadores de resultado para salud bucal.

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador
	Resultado Final
Reducir la morbilidad las enfermedades de la cavidad bucal	Porcentaje de población priorizada (niños, gestantes y adultos mayores) con altas básicas odontológicas
	Resultado Específico
	Porcentaje de niños y niñas con examen estomatológico
Tratamiento estomatológico preventivo	Porcentaje de personas con instrucción de higiene oral
	Porcentaje de personas con asesoría para el control de enfermedades de la cavidad bucal
Tratamiento estomatológico recuperativo	Porcentaje de niños y niñas con restauración a traumática
	Porcentaje de personas(valores y mujeres) mayores de 12 años con raspaje dental
Tratamiento estomatológico especializado	Porcentaje de adultos mayores con inicio de tratamiento de rehabilitación protésica
	PRODUCTO
Atención Estomatológica Preventiva	Porcentaje de niños de 6 meses a 11 años protegidos con topicaciones de flúor
Atención Estomatológica Recuperativa	Porcentaje de altas básicas odontológicas en gestantes
Atención Estomatológica Especializada	Porcentaje de adultos mayores con prótesis dental

Fuente: Ministerio de salud, 2018

N. Promoción de la Salud.

Ministerio de Salud, (2018). La mayoría de personas que presentan enfermedades no transmisibles, están asociados principalmente a inadecuados estilos de vida y a entornos medio ambientales que presentan factores de riesgo para las personas en sus diferentes espacios de socialización. La Promoción de la Salud busca fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para tener mayor control sobre su salud y mejorarla, logrando un estado de bienestar físico, mental y social. Es importante promover la participación activa de la población, organizaciones sociales de base, autoridades locales y/o regionales e instituciones existentes en la localidad.

En ese sentido, y según el documento del Ministerio de Salud: “Programa presupuestal 0018-Programa Enfermedades No Transmisibles”, Promoción de la Salud se articula con la Estrategia de Salud Bucal de la siguiente manera:

Tabla 5

Actividades de Promoción de la Salud que incluyen Salud Bucal

Denominación del producto	Familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles	Salud Bucal
Actividad 1	Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles	<p>1° Sesión educativa: Se desarrollan contenidos relacionados al consumo de alimentos cariogénicos y no cariogénicos así como medidas preventivas en salud bucal, a un grupo máximo de 15 familias, de 60 minutos de duración.</p> <p>2° Sesión demostrativa: Incluyen la demostración de la técnica del cepillado dental y uso del hilo dental, a un grupo máximo de 15 familias, de 60 minutos de duración. Seguidamente las familias realizarán la demostración de la técnica del cepillado dental y uso del hilo dental.</p>
Actividad 2	<p>Subproducto1: Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no transmisibles</p> <p>Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles</p>	<p>El concejo municipal provincial o distrital recibe información mensual relacionada a la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no transmisibles, para el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar las condiciones que favorezcan prácticas saludables. A través de reuniones de trabajo con el gobierno local, el personal de salud previamente capacitado de la Diresa/Geresa/Red/Microred de Salud, según corresponda, cumple un rol facilitador de la acción intersectorial y de la participación comunitaria según problema sanitario priorizado.</p> <p>Institución educativa pública de educación básica regular del nivel inicial, primaria y secundaria que desarrolla proyectos de aprendizaje sobre el cuidado de la salud bucal, salud ocular. En Salud bucal: Cepillado dental.</p>
	<p>Subproducto 1: Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no transmisibles.</p> <p>Subproducto 2: Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal</p> <p>Subproducto 3: Organizaciones comunitarias realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos.</p>	

Fuente: Ministerio de salud, 2018

2.1.3. Otras Bases Teóricas.

A. Documentos de Apoyo:

- República del Perú (2008). Se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Alma Ata, en esta reunión se adoptaron acuerdos para la promoción de los remedios tradicionales de eficacia comprobada en la atención primaria de salud. Asimismo, se subrayó el papel del personal sanitario de la comunidad, así como de los curanderos y parteras tradicionales, quienes forman parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad.
- República del Perú (2008). En 1993, en Canadá se llevó a cabo una reunión de trabajo sobre pueblos indígenas y salud. En esta reunión, de carácter consultivo, se prepararon recomendaciones para la Organización Panamericana de la Salud, los Gobiernos miembros y otras organizaciones para abordar de manera integral la salud, el derecho a la autodeterminación de los pueblos, el derecho a la participación sistémica y el respeto y la revitalización de las culturas indígenas.
- República del Perú (2008). En julio del 2000, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas estableció el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. En este foro se señala que la consecución de objetivos de políticas favorables a los pueblos indígenas debe considerarse en el contexto más amplio de la Declaración del Milenio. Respecto a la salud de los pueblos indígenas, el Foro permanente ha señalado la necesidad de incorporar las perspectivas culturales sobre la salud y la enfermedad en las políticas y programas de salud.

- República del Perú (2008). El año 2003, la 56ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA) insta a los Estados Miembros a que adapten, adopten y apliquen, cuando sea conveniente, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional.
- República del Perú (2008). En el año 2001 en Cusco, los países miembros de la Comunidad Andina adoptaron la Declaración sobre la Democracia, los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Lucha contra la Pobreza, en la cual se resalta el apoyo a los esfuerzos encaminados a promover y proteger los sistemas, conocimientos y prácticas de la medicina tradicional.
- República del Perú (2008). En el 2002 en la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos (Carta Andina de Naciones), los que suscriben, se comprometen de manera especial a promover programas a favor de la interculturalidad, y cumplir y hacer cumplir los derechos y obligaciones consagrados en instrumentos internacionales que tienen como finalidad promover y proteger los derechos de los pueblos, en particular el Convenio N°169 de la OIT, que reconoce que los pueblos indígenas tienen especialmente derecho a la protección de sus conocimientos ancestrales colectivos y al ejercicio de sus prácticas tradicionales.
- República del Perú (2008). En el año 2007, se aprueba el Plan Andino de Salud Intercultural, cuya implementación corresponde a los Ministerios de Salud de los países miembros, donde las líneas estratégicas priorizadas son: la inclusión de indicadores diferenciados en los sistemas de información, el desarrollo y fortalecimiento de capacidades humanas y competencias en salud

intercultural, y la elaboración y ejecución de proyectos de adecuación intercultural en zonas de pueblos originarios.

- República del Perú (2008). En el 2004, el sector salud aprobó la Estrategia Sanitaria Nacional de los Pueblos Indígenas, cuyos objetivos plantean la adecuación del servicio de salud con enfoque intercultural.
- Mac-Ginty Fontecilla (2006). En el año 2007, la “Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos en los Pueblos Indígenas” en materia de salud señala en el artículo 24: 1.- Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2.- Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

B. Normatividad:

- R.M. N° 454-2001-SA/DM
Norma Técnica Sanitaria para la Adición de Fluoruros en Cremas Dentales, Enjuagatorios y otros productos utilizados en la Higiene Bucal.
Esta norma técnica permite regular, controlar y supervisar a las empresas que incorporen flúor a los productos de higiene personal y prevención masiva de caries dental.
Es necesario afrontar el elevado índice de enfermedades bucales que afectan a la población y la incorporación de esta normativa en el año 2001 fue muy importante, ya que se frenaba de alguna manera esta enfermedad, aun así, no

toda la población del Perú goza de kits de higiene bucal y en este punto es donde resaltamos a las poblaciones indígenas, siendo éstas las menos beneficiados con esta norma. Mi propuesta busca utilizar los conocimientos ancestrales y articularlos a la odontología moderna para encontrar nuevos métodos en la prevención de la caries dental.

- R.M. N°453-2005/MINSA

Guías de Práctica Clínica Estomatológicas

Estas guías describen el manejo de siete patologías bucales, así como sus respectivos tratamientos, está dirigida a la práctica estomatológica en el sector público y privado, y pretende facilitar la atención que ofrecen los Cirujanos Dentistas que laboran en el país.

En la población urbano y rural, es importante que el Cirujano Dentista conozca el adecuado manejo y tratamiento de las enfermedades bucales, pero cuando se incluyen a las poblaciones indígenas, propongo, que, sea necesario que también conozca sus costumbres y su cultura y poder articularlos a la práctica odontológica y así lograr la satisfacción completa del paciente

- R.M. N°882-2005/MINSA

Norma Técnica para Atenciones Odontológicas Básicas a Poblaciones Excluidas y Dispersas

Esta norma regula y establece las atenciones odontológicas básicas, desarrolladas por los Equipos itinerantes en Poblaciones Excluidas y Dispersas y tiene como finalidad reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y garantizar a las poblaciones una atención oportuna integral y de calidad.

Por consiguiente, esta norma es muy importante ya que con ella se empieza a trabajar por nuestras poblaciones indígenas, pero según esta norma, es de modalidad de oferta flexible, lo que significa que el equipo estará presente en una comunidad de manera periódica. Además, los procedimientos que abarca son los mínimos. Lo que propongo con mi investigación es que el Cirujano Dentista y el curandero de la comunidad puedan articular sus conocimientos y ambos trabajar en conjunto, para que cuando uno de ellos falte, el otro pueda hacerse cargo, siempre respetando su ámbito y funciones.

- R.M. N°423-2007/MINSA
Guía Técnica Práctica de Restauración Atraumática
Esta norma tiene como finalidad impulsar la prevención a través de la correcta implementación de la Práctica de Restauración Atraumática, en poblaciones con limitaciones para acceder a una restauración convencional.
Lo que propongo con mi investigación es que no solo exista una guía práctica con métodos de la Odontología moderna, sino proponer guías prácticas donde se utilice los conocimientos ancestrales para el tratamiento de enfermedades bucales.
- R.M. N°0073-93-SA/DM – Sistema de Información HIS
Donde la Oficina de Estadística e Informática desarrollará un instrumento de recopilación de información de las consultas externas y actividades de los programas de salud en los establecimientos de salud a nivel nacional.
Este documento es una herramienta indispensable para garantizar el adecuado registro de las actividades de salud. Además, sirve de fuente de información para la vigilancia epidemiológica en cuanto a morbilidad.

En cuanto a este trabajo es importante porque se registra también el código correspondiente al tipo de etnia del paciente.

Tabla 6

Codificación para pertenencia étnica.

Cod.Etnia	Descripción-Etnica	Etnia
1	Aymara	Andino
2	Uro	Andino
3	Jaqaru, kawi	Andino
4	Chancas	Andino
5	Chopccas	Andino
	Otros grupos	
8	Quechuas del Area Andina	Andino
17	Ashaninka	Indígena Amazónico
25	Caquinte	Indígena Amazónico
48	Nomatsiguenga	Indígena Amazónico
70	Yanesha	Indígena Amazónico

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática, 2014

Capítulo III

El Diagnóstico

3.1. Determinación del Problema

Ministerio de Salud (2018). Frente a las enfermedades del sistema Estomatognático, las enfermedades orales, especialmente la caries dental es sumamente prevalente en la población peruana, y significan pérdidas de más de 2 mil millones de Nuevos Soles anualmente. Su alta prevalencia y cronicidad hace que las enfermedades orales sean la 2da causa de consulta externa en establecimientos de salud, con un alto impacto en la productividad económica de las personas, incluyendo horas perdidas de estudio o de trabajo.

Ministerio de Salud (2018). Para el Programa Presupuestal de Enfermedades No transmisibles se considera los factores que determinan la salud al modelo del Dr. Marc Lalonde:

-Determinantes biológicos: Elementos tanto físicos como mentales que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos del individuo.

-Determinantes ambientales: Aspectos relacionados con el ambiente en general y con el hábitat humano en específico, que influyen o tienen impacto en la salud de las personas, entendiendo por hábitat humano el espacio donde vive un individuo o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia, incluyendo el agua, el aire y el suelo, condiciones laborales, condiciones de la vivienda, las condiciones de saneamiento básico, la urbanización, entre otros.

-Determinantes socioeconómicos y culturales: Variables sociales y económicas en las que se desenvuelve el individuo y que tienen un efecto

sobre su salud o su enfermedad (estilo de vida, hábitos alimentarios, tipos de familia, nivel educativo, etc)

-Determinantes relacionados con servicios de salud: Aspectos relacionados con el acceso, cobertura, relación con los usuarios, disponibilidad de recursos, etc)

Ministerio de Salud (2018). Es así que las personas en situación de pobreza y pobreza extrema teniendo mayor probabilidad de vivir en condiciones poco favorables, como zonas alejadas con menor acceso a servicios de salud y profesionales de la salud de diferentes especialidades, con necesidades básicas insatisfechas, sin mayor protección de los riesgos ambientales, limitado conocimiento respecto a los factores de riesgo y medidas de prevención para las enfermedades crónicas no transmisibles, se vuelven variables a estas patologías.

A continuación, se presenta el Árbol de Problemas adaptado a Salud Bucal según el modelo de Marc Lalonde:

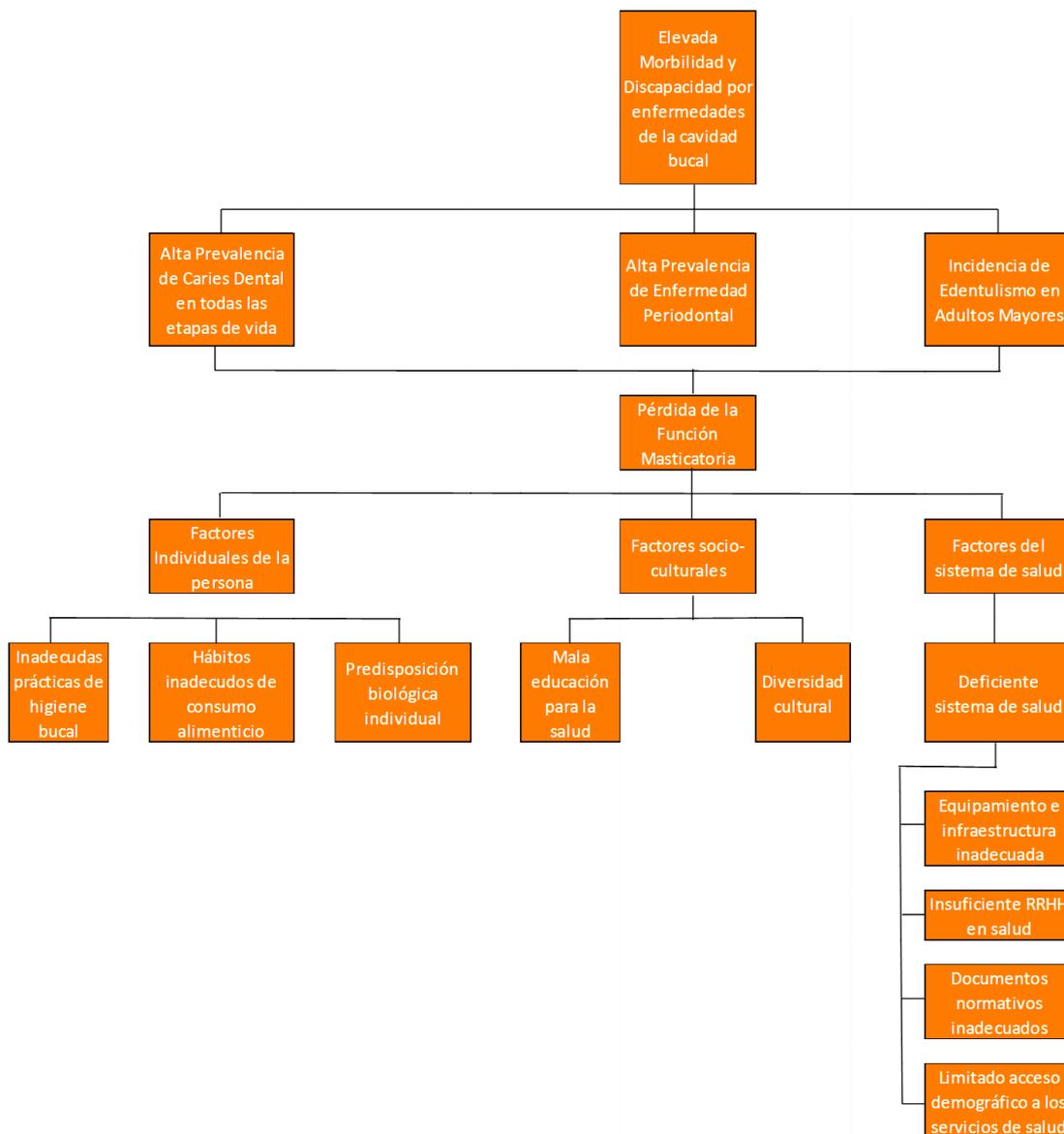


Figura 3 Árbol de problemas Salud Bucal.

Fuente: Ministerio de Salud, 2018

Conociendo los diversos factores que afectan la salud bucal, llegamos al análisis del Proceso Problema, donde se identifica la problemática en el Proceso de Atención.

3.1.1. Análisis del Proceso Problema

El proceso que se va a analizar a fin de conocer en detalle las causas del problema es el denominado Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas

Flujograma de atención:



Figura 4: Proceso de Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas.

Fuente: Elaboración propia.

En este gráfico se puede observar el proceso que sigue la población indígena para recibir una atención en salud bucal. El proceso comienza con una molestia o dolor que puede presentar desde un niño hasta un adulto y que por múltiples razones decide acudir a un establecimiento de salud, donde es recibido por un profesional que pueda o no conocer su cultura, idioma o costumbres. Cuando ya es derivado al servicio de salud bucal (odontología) y consulta por su molestia al profesional odontólogo, éste probablemente tampoco conocerá su cultura, idioma o costumbres antes mencionados. Entonces se brinda una atención poco acorde a los conocimientos de este poblador y que al recibir nuevos conocimientos muy diferentes a lo que conoce, no los quiera aceptar y sólo se atienda una única vez, y al recibir el tratamiento, donde es probable que sea medicado con antibióticos y analgésicos, no los tome, pues ya conoce remedios tradicionales que le puedan ayudar.

Al respecto, en este proceso, se aprecian tres nudos críticos:



Figura 5: Nudos Críticos del proceso de Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas.

Fuente: Elaboración propia.

- Nudo crítico I - NCI:

En el momento en que la Población Indígena acude por problemas de Salud Bucal a los establecimientos de Salud, al ser atendido por personal de Salud, no se toma en cuenta que esta población asiste después de haber agotado todos los medios que conocía dentro de su cultura y conocimientos tradicionales para solucionar el problema por el que acude, y lo que busca es ser escuchado y comprendido por aquellos que lo atienden y además de que intentará depositar su confianza en aquellos que para él son desconocidos pero que pueden solucionar sus problemas de Salud. Si el personal de Salud no brinda una adecuada atención desde un primer momento, mostrando comprensión y respeto por la cultura del paciente indígena, se incurre en un grave error, que es perder la confianza del paciente.

Los responsables de que este nudo crítico se dé son:

- Personal de Salud
- Jefe de Establecimiento de Salud
- Centro Nacional de Salud Intercultural (será analizado en el entorno intermedio)
- Ministerio de Salud (será analizado en el entorno intermedio)

- Nudo Crítico II - NCII:

Servicio de Salud Bucal: Consulta y Evaluación Odontológica: Cuando el Paciente indígena llega al consultorio Odontológico, y explica el problema que tiene y cómo intentó tratarlo, recurrentemente, el odontólogo, al no conocer su cultura ni sus costumbres, lo que hace es explicarle en términos médicos la causa de la enfermedad, sin entender que está transgrediendo y modificando todas las creencias del paciente.

Los responsables en este nudo crítico son:

- Cirujano Dentista

- Jefe de Establecimiento de Salud
 - Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal – Coordinador Nacional de Salud Bucal (será analizado en el entorno intermedio)
- Nudo Crítico III - NCIII:
 Tratamiento Odontológico: El Odontólogo brinda el tratamiento y receta medicamentos que el paciente indígena probablemente no conocía, a veces explicándole para que sirva y a veces por el tiempo limitado no pudiendo explicar el beneficio. El paciente indígena recibirá el tratamiento, pero al llegar a su hogar, lo más probable es que no consuma lo medicado y prefiera utilizar plantas medicinales que en cierta forma, a su entender, tengan los mismos beneficios que los medicamentos que le indicaron tomar. Y si no le explicaron los beneficios de los medicamentos, simplemente dejará los medicamentos y tratará de solucionar su molestia con ayuda de sus conocimientos tradicionales.
 Los responsables en estos nudos críticos son:
 - Cirujano Dentista
 - Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal – Coordinador Nacional de Salud Bucal (será analizado en el entorno intermedio)

3.1.2. Sustento de Evidencias

A. Evidencias del Proceso:

El Proceso a ser estudiado se ha construido sobre la base del Manual de Procedimientos de Admisión Integral en establecimientos del primer nivel de atención.

Según el “Manual de Procedimientos de Admisión Integral en establecimientos del primer nivel de atención” del Ministerio de Salud, el proceso de Admisión Integral comprende la “Captación del Usuario”, seguido la “Identificación y calificación de

Usuarios”, inmediatamente la “atención Intramural o extramural” y por último el “Seguimiento”.

B. Evidencias de los Nudos Críticos:

En los diversos lugares donde he laborado he podido observar que desde el inicio del ingreso del paciente al establecimiento de salud empieza a tener dificultades comunicaciones con el personal de salud, igualmente en el momento de la consulta y por último con el tratamiento. La referencia que he obtenido de diversos colegas es la misma cuando se trata de poblaciones indígenas.

Específicamente en el ámbito de la Investigación

- Nudo crítico I - NCI:
Las Comunidades nativas sufren de caries en un 100%. Y de toda la población adscrita a los establecimientos de salud, según las estadísticas de la Dirección regional de Salud, sólo acude a recibir atención odontológica el 35%. Luego de haber agotado todos los medios que conocía dentro de su cultura y conocimientos tradicionales para solucionar el problema por el que acude.
- Nudo Crítico II - NCII:
Servicio de Salud Bucal:
 - El servicio de salud bucal brinda en casi un 100% un tratamiento considerado occidental que consiste en este nivel de atención en curaciones y extracciones. En población infantil se añade la fluorización.
 - No utiliza plantas para el cuidado de la salud bucal
- Nudo Crítico III - NCIII:
Tratamiento Odontológico:

- El servicio de salud bucal brinda atención al 100% de pacientes que acude para recibir un tratamiento.
- Sólo un 20% de odontólogos de esta zona conoce o habla algún tipo de dialecto local con el cual le es más fácil comunicarse.
- No conocen plantas para el cuidado de la salud bucal

C. Responsables del Nudo Crítico:

Los responsables de cada nudo crítico intervienen de diferente manera: El Ministerio de salud, así como La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal y el Centro Nacional de salud Intercultural no publican las directivas necesarias para la atención en poblaciones indígenas, ni tampoco promueven programas donde se pueda realizar intercambio de conocimientos convencionales y tradicionales.

Los jefes de establecimientos, personal de salud y Cirujanos Dentistas, no se capacitan en cuanto al idioma ni en cuanto a las costumbres de la población a la que van a realizar la atención.

El servicio que se brinda es eminentemente curativo y extractivo. Así mismo no se aplican plantas medicinales en salud bucal.

3.2. Análisis Organizacional

3.2.1. La Organización:

A. Dirección regional de salud JUNÍN:

La Región Junín se encuentra ubicada en la parte central del Perú, dividido en nueve provincias: Huancayo (capital), Chupaca, Junín, Tarma, Yauli, Jauja, Chanchamayo, Satipo y Concepción.

Según el Censo 2007, en el departamento de Junín se registró una población total de 1 millón 225 mil 474 habitantes, de los cuales 610 mil 745 son hombres y 614 mil 729 son mujeres.

Dentro de esta población se ubica una población nativa amazónica de 73 mil 637 habitantes, es decir 6,0% de la población total del departamento de Junín. (Instituto Nacional de estadística e informática, 2010. p.145). Cuenta con 9 redes de salud: Pichanaki, San Martín de Pangoa, Chupaca, Valle del Mantaro, Chanchamayo, Jauja, Junín, **SATIPO** y Tarma, en las cuales el total de Cirujanos Dentistas es de 119.

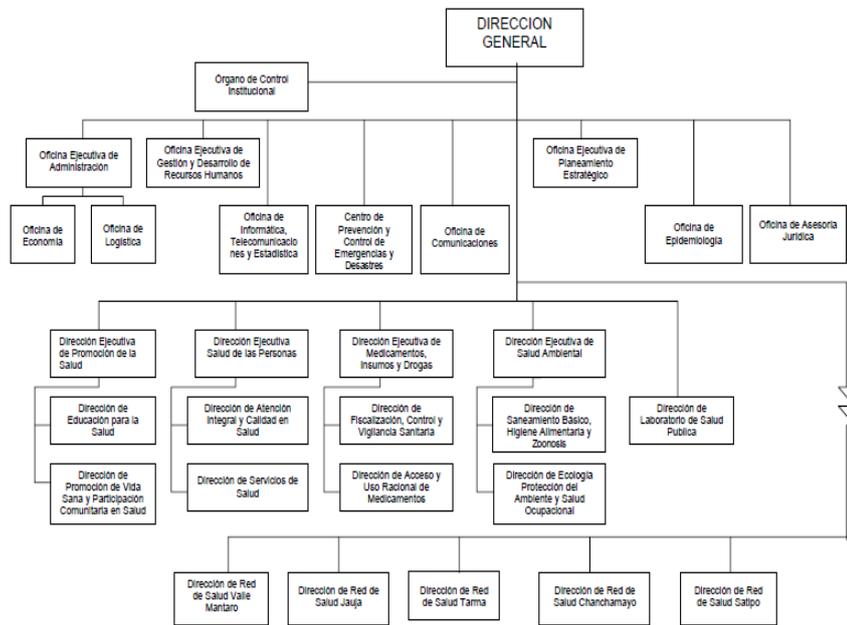


Figura 6 Organigrama DIRESA Junín.

Fuente: DIRESA JUNIN

Instituto Nacional de Estadística e informática, (2009). En el Perú, los departamentos que presentan población indígena son: Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín y Ucayali. Y los que concentran el mayor número de habitantes indígenas son: Loreto, agrupando el 31% y le sigue el departamento de Junín, con el 22,1%.

Tabla 7

Población total en las comunidades indígenas, por sexo, según departamento.

Departamento	Total	Sexo	
		Total	Mujeres
Total	332 975	100	47.8
Amazonas	52 153	100	50
Ayacucho	231	100	45.5
Cajamarca	988	100	50.2
Cusco	15 230	100	48.8
Huánuco	2 594	100	46.4
Junín	73 637	100	47.3
Loreto	105 900	100	47.3
Madre de Dios	4 005	100	45.5
Pasco	16 414	100	47.4
San Martín	21 416	100	47.6
Ucayali	40 407	100	47.6

Fuente: INEI, 2009

En la siguiente tabla, en el departamento de Junín existen 4 comunidades indígenas: Amuesha o yanesha, Ashaninka, Caquinte y Nomatsiguenga. Se puede observar el total de población por grupos de edad y según sexo. Y se observa que la mayor cantidad de población se encuentra en la población Ashaninka.

Tabla 8*Población total de las comunidades indígenas, por sexo y grupos de edad del Departamento de Junín.*

Departamento y pueblos étnicos	Población			Grupos de edad					
	Total	Hombres	Mujeres	0 a 14 años		15 a 39 años		40 a más años	
				Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.
Departamento Junín	73 637	38 816	34 821	17 195	16 675	15 364	13 465	6 257	4 681
Amuesha (Yanesha)	1 075	594	481	224	184	217	186	153	111
Ashaninka	64 107	33 915	30 192	14 794	14 325	13 578	11 796	5 543	4 071
Caquinte	439	211	228	116	116	69	91	26	21
Nomatsiguenga	8 016	4 096	3920	2 061	2050	1 500	1 392	535	478

Fuente: INEI, 2009

Programa SISTEC, (2016). La región Junín es multicultural y multilingüe. De acuerdo al Censo de Población y vivienda del 2007, en ella habitaban 73,237 nativos amazónicos (6% de la población total de la región), con predominio de la etnia Asháninka, cuyo territorio ocupa el 44.5% de la superficie regional.

Dirección Regional de salud Junín (2014). En la Región Junín, en el año 1940, el 59,3% de la población era rural, disminuyendo para el año 2007 a 33%. Si comparamos con los departamentos de Huánuco, Pasco, Ayacucho y Huancavelica, Junín presenta menor porcentaje de población rural. Y dentro de Junín, las provincias con mayor porcentaje de población rural son Satipo (72.39%) y Concepción (50.93%).

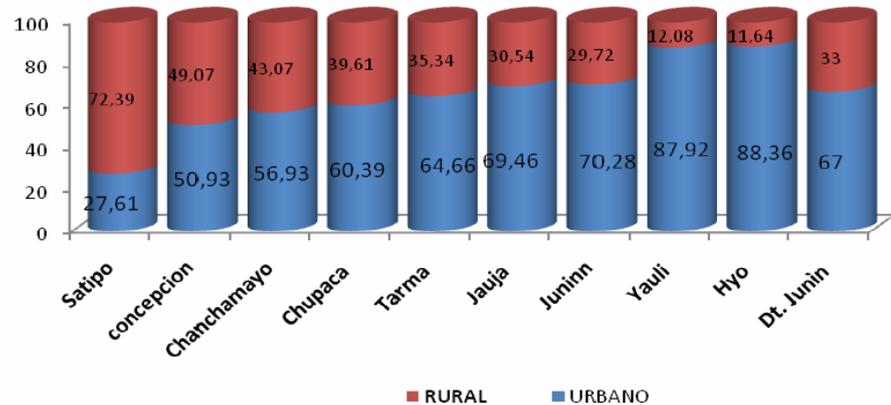


Figura 7 Proporción de ruralidad/urbanidad de las provincias del departamento de Junín, año 2007.

Fuente: Dirección Regional de salud Junín, 2014

Determinantes Socioeconómicos:

- Dirección Regional de salud Junín (2014). En 64 distritos de la región Junín, el Acceso a Agua está por debajo del 50%. La cobertura de abastecimiento de agua en todas

las provincias de la región se ha incrementado a través de los años, siendo Huancayo la provincia que ha logrado la mayor cobertura (74,6%), seguido de la provincia Yauli con 53,8% y Tarma con 51.9%. La provincia con menor cobertura es Satipo con 19%.

- Dirección Regional de salud Junín, (2014). En el último censo 2007 la tasa de analfabetismo en Perú fue de 7.5% mientras que la Región Junín presenta una tasa similar de 7.6% pero al interior de la Región, la provincia de Junín presenta la más alta tasa de analfabetismo (13.1%), seguido de la provincia de Satipo (11. 8%) y la provincia de Concepción (10%).
- Dirección Regional de salud Junín, (2014). La provincia con mayor porcentaje de idioma castellano materno es jauja (97.7%), seguido de Yauli (95.8%) y Tarma (94.4%). Las provincias de Satipo, Junín, Concepción y Chupaca tienen las tasas más bajas de lenguaje castellano, conservando en mayor proporción el idioma nativo.

Determinantes del Sistema de Salud:

- Disponibilidad de Recursos Humanos:

Tabla 9

Tasa de odontólogos por provincia en la Región Junín 2009-2013.

Provincias	Odontólogo		Población		Tasa X Mil	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013
Huancayo	18	64	467030	499432	0,04	0.13
Satipo	3	11	147771	254488	0.02	0.04
Chanchamayo	4	10	163167	196791	0.02	0.05
Concepción	2	8	60488	58138	0.03	0.14
Jauja	5	21	97513	86957	0.05	0.24
Tarma	6	7	100361	110445	0.06	0.06
Yauli	2	7	44845	44613	0.04	0.16
Junín	2	8	3003	26965	0.06	0.3
Chupaca	2	8	52442	53424	0.04	0.15
Región Junín	44	144	1191620	13331253	0.04	0.11

Fuente: Dirección regional de salud Junín, 2014.

La Salud oral es tan importante pero el recurso humano que debería prestar los servicios es aún poco en relación a la población que la requiere. El 100% de las provincias tiene necesidad de odontólogos.

- Cobertura de Aseguramiento:

En este gráfico se observa que las provincias con mejores coberturas son Concepción (65.77%), Jauja (55.87%), Junín (55.53%) y Satipo (55.53%).

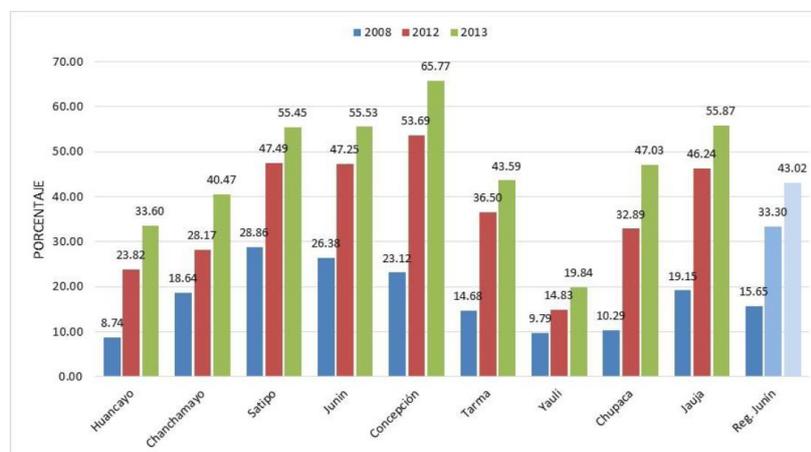


Figura 8 Cobertura de aseguramiento de la población general en la región Junín según provincias 2008,2021 y 2013.

Fuente Dirección regional de salud Junín 2014

Según la siguiente figura se puede observar que de la población afiliada al sis en la región Junín, sólo el 39% se atendió en un establecimiento público.

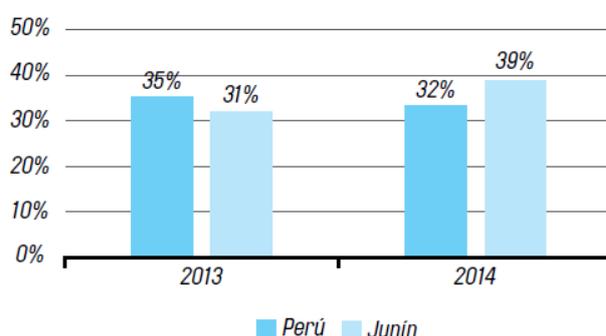


Figura 9 Porcentaje de población afiliada al SIS en situación de pobreza que se atendió en un establecimiento público cuando se percibió enferma en el Perú y la región Junín, 2013-2014.

Fuente: Programa SISTEC

En la figura siguiente, se puede observar que, en el año 2015, sólo el 16% de niños de 2 años afiliados al SIS han recibido atenciones preventivas de salud y durante el 2015, sólo el 11% de los menores de 3 años recibieron atenciones preventivas de salud para su edad.

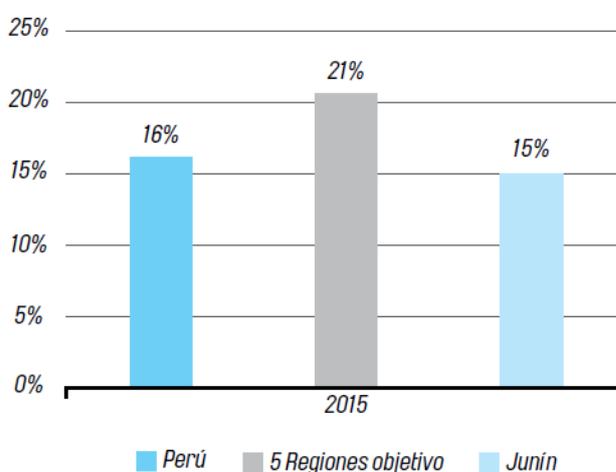


Figura 10 Porcentaje de niños de 2 años afiliados al sis que han recibido atenciones preventivas de salud en el Perú, promedio de las 5 regiones objetivo y Junín 2015.

Fuente: Programa SISTEC

Análisis del Estado de Salud:

- Tasa de morbilidad general:

En la siguiente Tabla se observa que, en la región de la selva, donde se encuentra la mayor cantidad de población indígena, la caries dental es una de las primeras causas de consulta externa.

Tabla 10

Primeras causas de consulta externa en la región de Selva de Junín 2013.

N°	Causa	N°	%
	Infecciones de vías respiratorias	68382	20.2
1	agudas		
2	Neoplasia maligna del colon y recto	31128	9.2
3	Infecciones de transmisión sexual	29416	8.7
	Enfermedades infecciones	18696	5.5
4	intestinales		
5	Complicaciones relacionados con el embarazo	16832	5
	Neoplasias malignas de los órganos digestivos excepto estómago, colon y recto	11617	3.4
6			
7	Traumatismos superficiales y heridas	10947	3.2
8	Caries dental	9283	2.7
9	Infección de vías urinarias	8230	2.4
10	Lumbago y otras dorsalgias	7626	2.2
	Demás enfermedades	127098	37.5
	Total	339255	100

Fuente: Dirección Regional de Salud Junín, 2014

B. RED DE SALUD SATIPO:

La Provincia de Satipo se encuentra ubicada en el Departamento de Junín, siendo una de las 9 provincias que forman este departamento localizado en la selva central del país, así mismo está conformada por 9 distritos, siendo su capital la ciudad de Satipo.

La provincia de Satipo tiene una población rural de 140,341 habitantes (72.40%), en este sector se encuentra incluido la

población indígena, mientras que la población urbana es de 53,531 habitantes (27.60%).

Municipalidad Provincial de Satipo, (2016). La provincia de Satipo cuenta con 508 centros poblados y 214 comunidades nativas. La mayor población nativa se encuentra en los distritos de Rio Tambo, Pangoa, Rio Negro y Mazamari.

A continuación, se observa el Organigrama de la Red de Salud Satipo:



Figura 11 Organigrama red de salud Satipo.

Fuente: Red de salud Satipo

La Red de Salud Satipo cuenta con 6 microredes: Microred Satipo/Rio Negro, Microred Mazamari, Microred Pangoa, Microred Puerto Ocopa, Microred Poyeni y Microred Valle Esmeralda.

En la siguiente tabla, se observa que la caries dental ocupa el puesto N°7 en las primeras causas de consulta externa.

Tabla 11

Primeras causas de consulta externa en la provincia de Satipo, Junín 2013.

N°	Causa	N°	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	39175	20.8
2	Neoplasia maligna del colon y recto	15527	8.2
3	Infecciones de transmisión sexual	13435	7.1
4	Enfermedades infecciosas intestinales	11615	6.2
5	Neoplasias malignas de los órganos	8536	4.5
6	Complicaciones relacionados con el embarazo	8080	4.3
7	Caries dental	7433	3.9
8	Traumatismos superficiales y heridas	6435	3.4
9	Desnutrición y deficiencias nutricionales	5709	3
10	Anemias nutricionales	4436	2.4
	Demás enfermedades	68255	36.2
	Total	188636	100

Fuente: Dirección regional de salud Junín 2014

Tabla 12

Análisis FODA de la situación de salud de Satipo en el Plan de desarrollo concertado Provincial de Satipo 2008-2021.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1.- Promotores de Salud que brinda apoyo en sus comunidades	1.- Personal de salud insuficiente y no capacitado para la atención a la población indígena.
2.- Establecimientos de Salud que cobertura la mayoría de Centros Poblados y Comunidades Nativas de la provincia	2.- Falta de planes concertados provinciales de promoción de la salud.
3.- Programas Sociales que contribuyen a disminuir la Desnutrición infantil y la pobreza.	3.- Falta de un plan de igualdad de oportunidades
	4.- Establecimientos de salud inapropiados y con insuficiente equipamiento
	5.- Alta presencia de Violencia familiar en el ámbito provincial.
	6.- Escasa educación sanitaria y práctica de higiene
	7.- Bajos niveles nutricionales y de salud en la población vulnerable y en extrema pobreza
	8.- Insuficiente cobertura de programas de salud y nutrición.

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
1.- Políticas de desconcentración y descentralización educativa, de salud y justicia	1.- Insuficientes recursos para el sector salud
2.- Movimiento de Municipios saludables que han generado buenas prácticas a nivel de promoción de la salud	2.- Resistencia del Sector salud a coordinar con los gobiernos locales
3.- Existencia de la cooperación técnica internacional interesada en temas de salud	3.- Indefinición de los alcances de las funciones municipales con referencia a la salud.
4.- Programa de Desarrollo Alternativo	

Fuente: Municipalidad provincial de Satipo, 2009

Para la resolución de la problemática de salud, en la municipalidad se desarrollaron objetivos y Estrategias:

Tabla 13

Objetivos y Estrategias para la problemática de salud del plan de desarrollo concertado provincial Satipo 2008-2021.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
1.- Ampliar y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, incrementando la infraestructura, el equipamiento e insumos y de profesionales de la salud, para elevar la calidad de vida de la población con participación activa del sector salud, del gobierno local y de la sociedad civil.	<p>Gestionar el incremento de profesionales de la salud capacitados para el trato intercultural.</p> <p>Generar mecanismos de vigilancia ciudadana a para garantizar la eficiente prestación de los servicios de salud con el enfoque intercultural adecuado</p> <p>Gestionar la construcción de puestos de salud, centros de salud, mini-hospitales y hospitales de mayor capacidad resolutive</p> <p>Conformar la comisión multisectorial con la participación activa de las organizaciones sociales</p>
2.- Promover estilos de vida saludables que permitan a la población reducir sus niveles de morbilidad y mortalidad mediante la aplicación de políticas y proyectos saludables con la participación interinstitucional y un enfoque multicultural.	<p>Concertar a nivel interinstitucional la prevención y atención de la salud</p> <p>Fomentar la organización y capacitación de las comunidades nativas, para que sean promotoras de la salud integral de su comunidad</p>

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
3.- Mejorar los niveles de atención a la población vulnerable, en especial la nutrición infantil a partir de la aplicación concertada de programas sociales y la participación y coordinación interinstitucional y de la sociedad civil	Desarrollar campañas de sensibilización y de orientación mediante la promoción y difusión de la prevención de enfermedades infecto-contagiosas.
	Establecer alianzas interinstitucionales para atender a la población vulnerable
	Fortalecimiento de las estrategias sanitarias orientas a niños menores de cinco años
	Promulgar dispositivos que permitan la revaloración de la identidad etnocultural de la región
	Normar la protección y difusión del derecho constitucional a la identidad
	Ampliar la cobertura territorial de los programas sociales priorizando las zonas rurales.

Fuente: Municipalidad provincial de Satipo 2009

Según el documento, Plan de desarrollo concertado Provincial Satipo 2008-2021, Existe disponibilidad presupuestal para la implementación de los proyectos, además de la comprensión y voluntad política para hacer municipios saludables, así como fondos para establecer proyectos. Finalmente, Los programas sociales, las instituciones y las municipalidades coordinan y concertan sus intervenciones para el cumplimiento de los objetivos.

3.2.2. Análisis Interno

A. Subsistema Razón de Ser:

Ministerio de Salud (2013). En el Perú cerca del 90 por ciento de la población padece de caries dental, además de otras enfermedades bucales como la enfermedad periodontal y las mal oclusiones, el 10 por ciento de la población ha perdido una o dos piezas dentales.

La caries dental es la enfermedad más común entre las y los niños de la Región de las Américas, un aproximado al 60 por ciento de los preescolares y 90 por ciento de escolares y adolescentes, tienen al menos una lesión de caries dental. Todas estas cifras se multiplican exponencialmente en las comunidades nativas. Sin embargo, existe evidencia que la intervención odontológica temprana basada en aspectos promocionales y preventivos podría evitar la instalación de dicha condición.

El presente trabajo tiene como finalidad contribuir a desarrollar y promover la Salud Bucal en los habitantes de los pueblos indígenas, desde recién nacidos hasta adultos mayores y gestantes, a través del fortalecimiento de capacidades del personal de salud así como de los jefes de comunidades, y facilitar la información sobre temas relacionados con la salud bucal, en consecuencia, aportar a la misión de la Dirección Regional de Salud e incluso con la del ente rector en Salud intercultural cual es el Centro Nacional de Salud Intercultural, como proponer una política que promueva el desarrollo de la investigación en temas de Salud Bucal que permitan la integración de la medicina tradicional con la medicina académica, respetando el carácter multiétnico del país.

En ese sentido, el problema que se abordará en la presente investigación está enmarcado en la misión institucional y su solución, contribuirá al logro de la misma.

B. Subsistema Estructural:

Dirección de Red de Salud Barranquilla (2010). En el subsistema estructural se evaluarán las funciones y nivel estructural de cada uno de los responsables según cada nudo crítico en el que participan:

- NC I:
 - Personal de Salud: Dependiendo de la Categoría de Establecimiento de Salud donde se trabaje, sus funciones pueden variar, pero principalmente son:
 - Orientar y atender pacientes, tomar controles vitales y administrar fármacos.
 - Aplicar técnicas de curación en pacientes ambulatorios indicados por el Médico y bajo supervisión de la Enfermera.
 - Aplicar los procedimientos asistenciales de acuerdo a su competencia.
 - Atender el suministro de medicinas, fármacos, materiales e insumos médicos, de acuerdo a procedimientos establecidos.
 - Ejecutar acciones de promoción de la salud que fomenten estilos de vida saludables y la participación social.
 - Realizar actividades preventivas acorde con su perfil ocupacional.
 - Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.

- Jefe de Establecimiento de Salud: Dentro de sus funciones tenemos:
 - Planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos.
 - Asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud.
 - Asegurar que la competencia técnica de los profesionales y personal que laboran en el

establecimiento se ajusten al área o servicio en el que se desempeñan.

- Disponer la elaboración del programa de capacitación para el personal, así como coordinar y supervisar dicho programa.
 - Disponer la elaboración del reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos. (Decreto Supremo N°013-2006-SA. Diario Oficial El Peruano, Perú, 25 de junio de 2006)
- NC II: Cirujano Dentista: Dentro de sus funciones tenemos:
 - Ejecutar actividad de diagnóstico, tratamiento y asistencia de los pacientes, en consulta externa y urgencias, propias de la especialidad.
 - Examinar, diagnosticar y ejecutar tratamiento odontoestomatológico clínico y quirúrgico de menor complejidad.
 - Brindar atención preventivo promocional de salud a la comunidad en el área de su competencia, así como fomentar estilos de vida saludables y la participación social.
 - Brindar atención a la persona, familia y comunidad en el marco de la atención integral y en el área de su competencia.
 - Elaborar programas de orientación, educación continua y adiestramiento del personal técnico de Enfermería en el área de su competencia.
 - Ejecutar acciones de promoción de la salud que fomenten estilos de vida saludables y la participación social.
 - Realizar actividades preventivas acorde con su perfil ocupacional.

- Proponer y participar en la ejecución de proyectos de investigación epidemiológica en el ámbito de su jurisdicción.
 - Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.
- Jefe de Establecimiento de Salud: Entre sus funciones tenemos:
 - Planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos.
 - Asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud.
 - Asegurar que la competencia técnica de los profesionales y personal que laboran en el establecimiento se ajusten al área o servicio en el que se desempeñan.
 - Disponer la elaboración del programa de capacitación para el personal, así como coordinar y supervisar dicho programa.
 - Disponer la elaboración del reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos. (Decreto Supremo N°013-2006-SA. Diario Oficial El Peruano, Perú, 25 de junio de 2006)
- NC III: Cirujano Dentista:
 - Ejecutar actividad de diagnóstico, tratamiento y asistencia de los pacientes, en consulta externa y urgencias, propias de la especialidad.

- Examinar, diagnosticar y ejecutar tratamiento odontoestomatológico clínico y quirúrgico de menor complejidad.
- Brindar atención preventivo promocional de salud a la comunidad en el área de su competencia, así como fomentar estilos de vida saludables y la participación social.
- Brindar atención a la persona, familia y comunidad en el marco de la atención integral y en el área de su competencia.
- Elaborar programas de orientación, educación continua y adiestramiento del personal técnico de Enfermería en el área de su competencia.
- Ejecutar acciones de promoción de la salud que fomenten estilos de vida saludables y la participación social.
- Realizar actividades preventivas acorde con su perfil ocupacional.
- Proponer y participar en la ejecución de proyectos de investigación epidemiológica en el ámbito de su jurisdicción.
- Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.

Brecha:

Dentro de todas estas funciones de todos los actores involucrados y en todos los nudos críticos, en ninguna se menciona el enfoque intercultural, las funciones que cumplen están orientadas directamente a la atención de la enfermedad del paciente y no a la atención de una persona con sus propias creencias y costumbres, único y parte de grupo étnico.

C. Subsistema Sicosocial:

En el subsistema Sicosocial se evaluará a los RRHH, en cuanto a calidad y cantidad del responsable del nudo crítico, según su participación:

- NC I:
 - Personal de Salud: Tienen el perfil para la atención a la población en general, pero no para la atención de poblaciones indígenas que habla un idioma diferente y que tiene diferentes costumbres. Además, muy poco profesionales de salud tienen las competencias necesarias para adaptar a un nuevo sistema de salud a una población que tiene poco conocimiento de la medicina académica. Asimismo, que casi no existen capacitaciones en temas de salud intercultural. En muchos de los establecimientos de salud, la cantidad de profesionales de la salud que labora va en proporción al total de la población que vive en el lugar.
 - Jefe de Establecimiento de Salud: El personal de salud que asume el cargo, tiene el perfil según su carrera profesional pero muy pocos han sido formados para tomar el cargo y dirigir un grupo de profesionales y orientarlos a brindar atención de salud con enfoque intercultural, por lo tanto, la mayoría de los jefes de establecimientos no cuenta con las competencias. Además, las capacitaciones en temas de salud intercultural casi no se brindan.

- NC II:
 - Cirujano Dentista: Tienen el perfil para la atención a la población en general, pero no para la atención de poblaciones indígenas que habla un idioma diferente y que tiene diferentes costumbres, además la mayoría no cuenta con la formación académica

orientada al manejo de las patologías bucales con enfoques interculturales. Además, muy pocos cirujanos dentistas tienen las competencias necesarias para adaptar la atención odontológica a una población que tiene muy poco conocimiento de ésta y por lo tanto no tienen las competencias necesarias. Asimismo, que casi no existen capacitaciones en temas de salud intercultural. Por otro lado, tampoco existe un intercambio de conocimientos con las poblaciones indígenas, donde se puedan dar a conocer aquellas prácticas tradicionales usadas en Salud Bucal. En muchos de los establecimientos de salud, la cantidad de profesionales de la salud que labora va en proporción al total de la población que vive en el lugar.

- Jefe de Establecimiento de Salud: El personal de salud que asume el cargo, tiene el perfil según su carrera profesional pero muy pocos han sido formados para tomar el cargo y dirigir un grupo de profesionales y orientarlos a brindar atención de salud con enfoque intercultural, por lo tanto, la mayoría de los jefes de establecimientos no cuenta con las competencias. Además, las capacitaciones en temas de salud intercultural casi no se brindan.

- NC III:
 - Cirujano Dentista: Tienen el perfil para la atención a la población en general, pero no para la atención de poblaciones indígenas que habla un idioma diferente y que tiene diferentes costumbres, además la mayoría no cuenta con la formación académica orientada al manejo de las patologías bucales con enfoques interculturales. Además, muy pocos

cirujanos dentistas tienen las competencias necesarias para adaptar la atención odontológica a una población que tiene muy poco conocimiento de ésta y por lo tanto no tienen las competencias necesarias. Asimismo, que casi no existen capacitaciones en temas de salud intercultural. Por otro lado, tampoco existe un intercambio de conocimientos con las poblaciones indígenas, donde se puedan dar a conocer aquellas prácticas tradicionales usadas en Salud Bucal. En muchos de los establecimientos de salud, la cantidad de profesionales de la salud que labora va en proporción al total de la población que vive en el lugar.

Brecha:

Existe una amplia brecha a nivel de competencias y capacitaciones para brindar una atención con enfoque intercultural.

Así mismo a nivel de Perfil, el mismo es adecuado para una atención en zona urbana o urbano marginal más no para una zona con comunidades nativas, por lo que existe una gran brecha en ese sentido.

D. Subsistema Gestión:

En el subsistema de gestión se evaluarán las actividades y metas consideradas en el POI de cada una de las unidades donde están los actores identificados para cada nudo crítico en el que participan:

- NC I:
 - Personal de Salud: Las actividades que se nombran en el POI no se enfocan en la interculturalidad por lo tanto el personal de salud no realizará actividades que no se le asignen.

- Jefe de Establecimiento de Salud: Existen indicadores para todo el establecimiento de Salud, los cuales se tienen que cumplir en un período de tiempo, por lo tanto, la mayoría de jefes de establecimiento ponen todo su esfuerzo en el cumplimiento de estas, dejando de lado actividades en interculturalidad.

- NC II:
 - Cirujano Dentista: Las Direcciones regionales de salud disponen metas para cada establecimiento de salud y el cirujano dentista se enfoca en el cumplimiento de éstas. La mayoría de estas metas son orientadas a actividades recuperativas, por lo tanto, el cirujano dentista no realiza actividades preventivo-promocionales que puedan beneficiar a la población indígena y que le permitan intercambiar conocimientos y conocer su cultura para mejorar su atención.
 - Jefe de Establecimiento de Salud: Existen indicadores para todo el establecimiento de Salud, los cuales se tienen que cumplir en un período de tiempo, por lo tanto, la mayoría de los jefes de establecimiento ponen todo su esfuerzo en el cumplimiento de estas, dejando de lado actividades en interculturalidad.

- NC III:
 - Cirujano Dentista: Las Direcciones regionales de salud disponen metas para cada establecimiento de salud y el cirujano dentista se enfoca en el cumplimiento de éstas. La mayoría de estas metas son orientadas a actividades recuperativas, por lo tanto, el cirujano dentista no realiza actividades preventivo-promocionales que puedan beneficiar a la población indígena y que le permitan intercambiar conocimientos

y conocer su cultura para mejorar su atención. Además, para el cumplimiento de estas metas, se realiza un requerimiento de materiales y si existe una meta alta en actividades recuperativas, el cirujano dentista solicitará materiales que ayuden al cumplimiento de esta meta, por lo tanto, se privará de requerir materiales para las actividades preventivo-promocionales.

Brecha:

En ese sentido, el POI institucional no tiene enfoque intercultural, por lo que no se pide al establecimiento de salud que brinde servicios con ese enfoque.

3.2.3. Entorno Organizacional

A. Entorno Inmediato:

La población indígena:

La población indígena tiene conocimientos y prácticas tradicionales que lo ayudan de cierta manera a conservar su salud cuando ésta se ve afectada y es por esto que utilizan parte de las prácticas tradicionales en salud y destinan recursos locales como plantas y hierbas para el bienestar de la cavidad oral.

García Zavaleta, (1987). Algunos de los trabajos realizados en comunidades nativas de la Amazonía han estado orientados entre otras cosas a por ejemplo: Promover la formación de promotores de salud con conocimientos mixtos de medicina tradicional y moderna; la incorporación de personal médico tradicional (parteras, curanderos, hueseros, etc.) a los sistemas de atención primaria, la creación de huertos medicinales que proveerían a los botiquines comunales de las plantas y hierbas más necesarias en la zona, así como también, permitir un mayor conocimiento y divulgación de las mismas; identificación

científica de las especies vegetales y recopilación sistemática sobre las formas de su uso, etc.

Ministerio de Cultura V., (2014). La selva central del Perú comprende la zona central oriental del ámbito andino-amazónico en cuya circunscripción geográfica se ubican los departamentos de Junín y Pasco, en los cuales se encuentran situados los pueblos indígenas Asháninka, Yanasha, Nomatsinguenga y Caquinte, principalmente en las provincias de Chanchamayo, Satipo y Oxapampa.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, (2010). En el departamento de Junín se ubican según el Censo 2007, 73 mil 637 nativos amazónicos dispersos en 13 distritos del departamento: Chanchamayo, Perené, Pichanaqui, San Luis de Shuaro, Satipo, Coviriali, Llaylla, Mazamari, Pampa Hermosa, Pangoa, Río Negro, Río Tambo, Limitrofe Pangoa y Mazamari. El distrito de Satipo alcanza un total de 2 mil 713 nativos, todos ellos pertenecientes a la etnia Asháninka; el distrito de Coviriali con un total de 299 nativos pertenecientes a la etnia Asháninka; el distrito de Llaylla abarca a 660 nativos que pertenecen a la etnia Asháninka.

Tabla 14*Morbilidad de la población indígena andina por regiones, según grupos de enfermedades, Año 2012*

Enfermedades	Total	Ancash	Apurímac	Arequipa	Ayacucho	Cajamarca	Cusco	Huancavelica	Huánuco	Junín	Pasco	Puno
Total	2 580 655	33 759	3 247	1 206 810	1 009 279	17	2 327	29 673	4 161	75	272 515	272 515
(J00 - j06) infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	23,9	26,1	20,5	25,4	21,6	17,6	20,6	27,7	18,8	21,9	26,7	25,8
(E40 - e46) desnutrición	3,2	12,3	7,8	1,3	4,4	17,6	3,2	11,4	21,7	8,9	2,7	4,0
(A00 - a09) enfermedades infecciosas intestinales	5,1	5,4	3,8	5,8	5,0	11,8	5,2	3,4	3,7	3,9	10,7	2,8
(M40 - m54) dorsopatías	2,8	4,9	3,3	2,1	3,4	0,0	4,3	2,7	1,0	2,5	1,3	3,2
(K00 - k14) enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	12,4	3,6	28,4	12,5	12,1	0,0	21,9	15,1	2,1	13,1	5,3	13,4
(R10 - r19) síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	0,7	3,0	0,7	1,0	0,3	0,0	0,0	1,2	0,2	0,8	5,3	0,4
Resto de enfermedades	51,9	44,7	35,6	51,9	53,1	52,9	44,8	38,5	52,5	49,0	48,0	50,4

Fuente: Ministerio de Salud, 2013

En este cuadro elaborado por el MINSA, observamos que las Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales, y de los maxilares afecta principalmente a cinco regiones, donde Junín registra 13,1% de los casos.

Es necesario entender que esta población tiene costumbres y conocimientos tradicionales que lo ayudan a conservar su salud, pero como profesionales de la salud debemos ayudarlos a conocer los beneficios de la prevención en temas de Salud Bucal, y para ello necesitamos la comprensión y adaptabilidad de estas poblaciones a aceptar las actividades preventivas y recuperativas que se les ofrece, pero además deben compartir sus conocimientos para que aquellos que los atiendan puedan comprenderlos y así al conjugar sus prácticas médicas para mejorar su salud.

Se debe precisar que, si bien es cierto la práctica del cepillado no está muy difundida en las poblaciones urbanas, lo es mucho menos en las poblaciones rurales. Siendo nula en las poblaciones nativas.

Tampoco hay la práctica preventiva por lo que la salud bucal es extremadamente deficiente, lo que conduce necesariamente a tener caries en casi todas las piezas dentales y con el tiempo a perder toda la dentadura.

Eso hace necesario tomar medidas en la población nativa para cuidar su salud bucal preventivamente en todas las etapas de vida.

Brecha:

García (1987). Es necesario entender que La Salud Bucal de la población indígena es muy deficiente y principalmente se origina por la poca educación sanitaria, la falta de medidas preventivas y la pobre infraestructura con que cuenta el sector salud para

hacer frente a los problemas orales prevalentes. Además, que la atención odontológica es casi nula y únicamente dirigida a la práctica mutiladora (exodoncias).

B. Entorno Intermedio:

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal – Coordinador Nacional de Salud Bucal: Tiene como funciones diseñar, planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar la implementación y ejecución de la Estrategia Nacional, así como su articulación intra e intersectorial.

Brecha:

Debemos señalar que existe una falta de direccionamiento en temas de interculturalidad en Salud Bucal y por tanto una falta de producción de manuales de atención de Salud Bucal para poblaciones indígenas, así como falta de capacitaciones para los cirujanos dentistas que laboran en estos poblados que deberían conocer la cultura y costumbres del lugar a donde van a laborar.

• **Ministerio de Salud: Dentro de sus funciones tenemos:**

- La conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud.
- El establecimiento de los objetivos, metas y estrategias de corto, mediano y largo plazo.
- La creación de una cultura de salud sustentada en la familia como unidad básica de salud y la adquisición de capacidades y desarrollo de actitudes en las personas, para su desarrollo físico, mental y social y para la construcción de entornos saludables por la persona, la familia y la comunidad.
- La prevención de riesgos y daños, la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación y/o

mejoramiento de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad.

- El desarrollo de las capacidades en las entidades y recursos humanos para incrementar la investigación, prestación de servicios y producción de bienes para la salud.
- La formación, especialización, asignación, desarrollo y supervisión de la calidad de los recursos humanos para la salud. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, visto en http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/institucion_1.asp?sub5=2, 10/08/2017)

Brecha:

En todas estas funciones nombradas en el Nivel Central, ninguna se enfoca a la salud intercultural y a pesar de que existen funciones de formación y desarrollo de capacidades para profesionales de la salud, lamentablemente en temas de interculturalidad y salud bucal no se evidencian avances.

• Centro Nacional de Salud Intercultural:

- Nombre: Centro Nacional de Salud Intercultural
- Año de creación: 2002
- Historia:

En enero del 2002 se crea el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del INS que además de desempeñar las funciones del antes Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), tiene como función promover el desarrollo de la investigación, docencia, programas, servicios, transferencia tecnológica y la integración de la Medicina Tradicional (MT) y la MAC con la medicina académica, con el fin de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. Por lo cual, existe dos direcciones responsables llamadas: Dirección de Medicina

Tradicional y Dirección de Medicina Alternativa y Complementaria.

- Organigrama:



Figura 12 Organigrama INS.

Fuente: Instituto Nacional de Salud

- Organización:
- Dirección General:
 - Director General:
 - Dr. Marco Bartolo
 - Personal de Apoyo:
 - Secretaria: Rossana Ybañez Joo
 - Coordinadora Administrativa:
 - Angélica Ramos de Castro

Desde su creación, ha orientado sus esfuerzos a la sensibilización de los actores regionales y locales (Gobierno Regional, DIRESA, profesionales y técnicos de salud, organizaciones indígenas y otras instituciones) sobre la necesidad de una mejor interacción entre culturas diferentes, y realiza asesoría técnica a las Direcciones regionales de salud para reorientar las formas de abordaje en la atención integral que se brinda a miembros de los pueblos

originarios amazónicos o andinos, sobre todo de las áreas rurales excluidas y dispersas.

- Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional:

La Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional es un órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable de desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios, en el campo de la medicina tradicional, a fin de integrarla a la medicina académica. (Centro Nacional de Salud Intercultural, visto en <http://www.portal.ins.gob.pe/es/18-censj>, 10/08/2017)

- Director Ejecutivo:

- Socióloga: Pilar Campana
- Equipo Técnico:
- Bach. Eco. Roberto Quispe Vilca
- Dr. Félix Valenzuela Oré
- Dr. Jorge E. Lucero Tamayo
- Mg. Silver L. Vargas Apaza
- Lic. Enf. Betty M. Monteza Facho
- Lic. Enf. Doris Dionisio Astuhuamán
- Blga. Kary Gonzáles Dávila
- Lic. Graciela Sánchez Navarro
- T.M. Antonio Quispe Rivadeneyra.
- Ing. Jesús Silva Alarcón
- C.D. Evelyn Andrea Rojas Oré
- Personal de Apoyo:
- Secretaria: Gladys Valerio Alejos

- Dirección Ejecutiva de Medicina Alternativa y Complementaria:

La Dirección Ejecutiva de Medicina Alternativa y Complementaria es un órgano de línea del Centro Nacional de Salud Intercultural, responsable de

desarrollar, normar, evaluar y difundir la investigación, transferencia tecnológica, docencia, capacitación, normas, programas y servicios en el campo de las medicinas complementarias, a fin de integrarlas a la medicina académica.

- Director Ejecutivo:
 - Dra. Raquel E. Hurtado La Rosa
 - Equipo Técnico:
 - Q.F. Rocío M. Santivañez Acosta
 - Q.F. Amanda Lovera Arellano
 - Blga. Fanny L. Reyes Mandujano
 - Méd. Carlos E. Condori Chañi

- Publicaciones:
 - Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención de Medicina Alternativa y Complementaria.
 - Política Sectorial de Salud Intercultural.
 - Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud- 2014

Observaciones: No se cuentan con publicaciones en temas de Salud Bucal.

Brechas:

- El CENSI no Norma ni desarrolla actividades de salud bucal de poblaciones indígenas.
- No ha logrado un posicionamiento importante en las diversas decisiones del sector que le permita institucionalizar la interculturalidad como la base en la que se sustentaría las intervenciones de salud en los pueblos indígenas.
- Existe a nivel del MINSA un traslape de funciones entre la Estrategia Sanitaria de Salud de Pueblos Indígenas a

cargo del CENSI y las actividades de la Unidad Funcional de Interculturalidad, género y derechos en salud de la Dirección General de Promoción de la Salud. Esto crea confusión a nivel de las Regiones.

- El CENSI es un órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, organismo dedicado principalmente a la investigación biomédica, por lo tanto, como responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas acrecienta la brecha entre sus objetivos y los objetivos institucionales.
- No cuenta con recursos financieros y logísticos que permitan viabilizar las acciones a nivel de las regiones.
- El concepto e implementación de la interculturalidad en salud ha sido limitada al área de salud materna, a la ruralización e indigenización.

C. Tendencias Globales:

Países como Chile y Argentina conjugan la medicina tradicional y occidental en hospitales Interculturales.

Torri, (2011). Desde fines de la década de 1990, un importante número de países latinoamericanos han realizado importantes esfuerzos para llevar a cabo programas de salud interculturales con los objetivos de promover la inclusión y participación de las poblaciones indígenas en el diseño de las políticas, así como de garantizar los derechos a la salud de los pueblos indígenas de acuerdo a sus costumbres y tradiciones. ()

Torri, (2011). Afirma que Chile es un caso interesante en el tema de la descentralización en los servicios de salud debido a su larga historia de estado centralista, lo que traería inevitables retos para el Estado para reducir su propio poder y control sobre la política social. Aunque el Estado Chileno es el principal actor de reforma en los programas sociales y tienen la intención de

mantener su control centrista sobre el sector social, la política de descentralización en el sector salud se ha basado principalmente en organizaciones no gubernamentales u organizaciones civiles. Especialmente, el programa intercultural en salud contiene un fuerte énfasis en la participación de las comunidades indígenas como su elemento clave.

Molestina (2012). Asimismo, en Costa Rica, la población Ngöbe que se encuentra principalmente en el cantón de Coto Brus, provincia de Puntarenas; el Área de Salud de Coto Brus ha desarrollado estrategias exitosas para atender a la población indígena, tanto la asentada como la móvil, utilizando enfoques interculturales. Su fin, el de resaltar los esfuerzos y estrategias que pueden servir como herramienta para la formación del nuevo personal de salud, para el desarrollo de procesos de colaboración entre instituciones y organismos con los pueblos indígenas, como insumo en la generación de políticas públicas que tomen como base la evidencia y sean respetuosas de la diversidad cultural, y generar conocimiento especializado dirigido a propiciar la discusión académica y la investigación.

Almaguer et al. (2014). En México, la “sensibilización intercultural” al personal de salud en los Servicios de Salud de Yucatán inició a partir de la implementación del Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI), en forma paralela al Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGESA) y posteriormente, Oportunidades. En ese momento, inicia también la relación de la Secretaría de Salud del Estado con la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del estado (Indemaya), para dar continuidad a las acciones derivadas de la propuesta institucional denominada: Interculturalidad en Salud - Herramienta para mejorar los

servicios de Salud, incorporando en su implementación materiales propios elaborados en el Estado como el video-documental “Sabada”. “El don de las parteras mayas” y el libro dirigido para el personal de salud: Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy, con el propósito de que se difundiera al mayor número de unidades, especialmente a las comunidades de los municipios considerados Maya-hablantes.

Almaguer et al. (2014). La inducción a becarios de servicio social fue otro espacio en el que se sensibilizó al personal, esta vez, personal en formación. En este contexto, la integración de una “Comisión Interinstitucional para la Interculturalidad en Salud”, nos permitió revisar en forma concreta el abordaje tanto de la capacitación como de la forma en la que se establece la relación intercultural entre el personal institucional, los pacientes y los terapeutas Mayas de Yucatán.

Almaguer et al. (2014). Estos elementos se sumaron al proceso detonado para el impulso de la sensibilización intercultural para la acreditación en las unidades de salud tanto fijas como móviles, con criterios de interculturalidad del Sistema Nacional de Protección Social, promoviendo el tema y sus propuestas y modelos desde la sensibilización con cursos presenciales y la capacitación en línea que oferta la Dirección de Medicina Tradicional. Si bien es cierto que permite llegar a mayor número de personas, la experiencia nos ha demostrado que no contar con el soporte técnico y las habilidades tecnológicas, son una barrera que limita que el personal se capacite. Impulsar la interculturalidad desde las acciones del programa “Seguridad del Paciente”, nos ha permitido continuar tanto la sensibilización como la implementación de acciones innovadoras que con el enfoque al usuario interno en el que el “trato digno” debe ser característica de la atención considerando su “identidad

cultural”, que se traduce en reconocer: el idioma, las costumbres, las tradiciones, los estilos de vida, la percepción del cuerpo, la salud, la enfermedad y otras formas de atención.

Almaguer et al. (2014). Así también, los Servicios de Salud de Veracruz, a través de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud, desarrollan el “Modelo de Salud Indígena con pertinencia Cultural”, por lo que sus principales líneas de acción son: focalización de municipios con mayor densidad de población indígena, capacitación intercultural con personal de salud, comunidades de diálogo y encuentros regionales sostenidos entre personal de salud y médicos tradicionales, unidades de salud culturalmente pertinentes y el plan de comunicación indígena tendiente a enriquecer las actitudes y aptitudes de la población en torno al ámbito de la salud personal, familiar y comunitario, bajo un esquema de sensibilidad intercultural.

Ramírez (2014). Igualmente, en Bolivia, uno de los logros importantes fue la creación de la Ley de Medicina Tradicional Boliviana, aprobada el 19 de diciembre de 2013, que se plantea como componente del Seguro Único de Salud (SUS), a pesar de que este aún se encuentre en anteproyecto de ley. La aprobación de esta Ley de Medicina Tradicional involucra varios aspectos, entre ellos: la creación de un Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (RUMETRAB) con el objetivo de establecer mecanismos de control al ejercicio y la práctica de la medicina tradicional; la creación del Consejo Nacional de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (CONAMETRAB), concebido como una instancia de apoyo, fortalecimiento, desarrollo y promoción de la medicina tradicional y cuyo cometido es realizar acciones intersectoriales.

2.1.4. Alianzas Estratégicas:

Actualmente el Centro Nacional de Salud Intercultural no cuenta con alianzas estratégicas significativas, por lo tanto, se sugiere lograr alianzas estratégicas con el Ministerio de Cultura y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal.

Ministerio de Cultura (2016). Para satisfacer adecuadamente las necesidades y problemas de esta sociedad multicultural, el Estado peruano debe adaptar sus programas, proyectos, servicios y formas de relacionamiento con la ciudadanía con el fin de institucionalizar prácticas interculturales que reconozcan y valoren la diversidad. Partimos de la premisa que la implementación de servicios públicos con enfoque intercultural es la base para la construcción de un Estado moderno, que garantice el acceso a bienes y servicios públicos de calidad a todos los ciudadanos, de manera equitativa, oportuna y de acuerdo a sus necesidades.

Ministerio de Cultura, (2016). Es por esto que el Ministerio de Cultura, a través del Viceministerio de Interculturalidad, es el responsable de formular políticas que promuevan la inclusión del enfoque intercultural en los servicios públicos, a fin de garantizar los derechos y el desarrollo integral de los grupos culturalmente diversos del país. Con ese propósito, en el año 2015, el Estado peruano aprobó la Política Nacional de Transversalización del Enfoque Intercultural, la cual opera como instrumentos orientadores de la acción estatal para garantizar el ejercicio de los derechos de la población, prioritariamente de los pueblos indígenas y la población afroperuana.

Ministerio de Cultura, (2016). En ese marco, el Viceministerio de Interculturalidad y la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros, con la participación del Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), en el año 2014 y con el

Programa ProDescentralización de USAID, en el año 2015, realizaron las dos ediciones del concurso Buenas Prácticas Interculturales en la gestión pública: “La diversidad de los nuestro”. Este concurso estuvo dirigido a entidades públicas de los tres niveles de gobierno, y se creó con la finalidad de promover buenas prácticas en la gestión pública que incluyan el enfoque intercultural de los servicios públicos y en la cultura organizacional de las instituciones públicas.

Ministerio de Cultura, (2016). Estas buenas prácticas son importantes porque constituyen una de las principales formas de vinculación entre el Estado y la ciudadanía, principalmente con la población más vulnerable del país. Además, contribuyen a quebrar los modelos tradicionales en la prestación de servicios públicos, los cuales históricamente han tendido a reproducir patrones de exclusión.

Según lo dicho anteriormente, si se logra una alianza estratégica con el Ministerio de Cultura, el Centro Nacional de Salud Intercultural podría incluir el tema de “Salud Bucal” en este tema de Buenas Prácticas y así impulsar su implementación y mejora en los establecimientos de salud para alcanzar el beneficio de la población.

Por otro lado, lograr una alianza con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal no abriría las puertas hacia el campo de la Salud Bucal y del gremio Odontológico. Además, que, toda directiva y material didáctico debe ser trabajado por especialistas en el tema y que mejor que la misma estrategia.

Además, sería de gran aporte suscribir convenios para realizar trabajos conjuntos con Asociaciones de comunidades Indígenas, involucrar profundamente a nuestro público objetivo nos ayudará a lograr nuestras metas mucho más eficientemente.

Consolidación:

Nudos Críticos:

- NC I: En el momento en que la Población Indígena acude por problemas de Salud Bucal a los establecimientos de Salud, al ser atendido por personal de Salud, no se toma en cuenta que esta población asiste después de haber agotado todos los medios que conocía dentro de su cultura y conocimientos tradicionales para solucionar el problema por el que acude, y lo que busca es ser escuchado y comprendido por aquellos que lo atienden y además de que intentará depositar su confianza en aquellos que para él son desconocidos pero que pueden solucionar sus problemas de Salud. Si el personal de Salud no brinda una adecuada atención desde un primer momento, mostrando comprensión y respeto por la cultura del paciente indígena, se incurre en un grave error, que es perder la confianza del paciente.
 - Responsables:
 - Personal de Salud
 - Jefe de Establecimiento de Salud
 - Ministerio de Salud (será analizado en el entorno intermedio)

En cada nuco crítico se aprecia que las causas que originan los mismos pueden estar en tres subniveles. Al respecto se tiene

- Subsistema Estructural:

Dentro de todas las funciones de todos los actores involucrados en ninguna se menciona el enfoque intercultural, las funciones que cumplen están orientadas directamente a la atención de la enfermedad del paciente y no a la atención de una persona con sus propias creencias y costumbres, único y parte de grupo étnico.

- Subsistema Sicosocial:
 - Personal de Salud: Tienen el perfil para la atención a la población en general, pero no para la atención de poblaciones indígenas que habla un idioma diferente y que tiene diferentes costumbres. Además, muy poco profesionales de salud tienen las competencias necesarias para adaptar a un nuevo sistema de salud a una población que tiene poco conocimiento de la medicina académica. Asimismo, que casi no existen capacitaciones en temas de salud intercultural.
 - Jefe de Establecimiento de Salud: El personal de salud que asume el cargo, tiene el perfil según su carrera profesional pero muy pocos han sido formados para tomar el cargo y dirigir un grupo de profesionales y orientarlos a brindar atención de salud con enfoque intercultural, por lo tanto, la mayoría de jefes de establecimientos no cuenta con las competencias. Además, las capacitaciones en temas de salud intercultural casi no se brindan.
- -Subsistema Gestión:
 - Personal de Salud: Actividades del POI no se enfocan en la interculturalidad, por lo tanto, el personal de salud no realizará actividades que no se le asignen.
 - Jefe de Establecimiento de Salud: Cumplimiento de indicadores de otros programas, dejando de lado actividades en interculturalidad.
- NC II: Servicio de Salud Bucal: Consulta y Evaluación Odontológica: Cuando el Paciente indígena llega al consultorio Odontológico, y explica el problema que tiene y cómo intentó tratarlo, recurrentemente, el odontólogo, al no conocer su cultura

ni sus costumbres, lo que hace es explicarle en términos médicos la causa de la enfermedad, sin entender que está transgrediendo y modificando todas las creencias del paciente.

- -Responsables:

- Cirujano Dentista
- Jefe de Establecimiento de Salud
- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal – Coordinador Nacional de Salud Bucal (será analizado en el entorno intermedio)

- Subsistema Estructural:

Dentro de todas estas funciones de todos los actores involucrados y en todos los nudos críticos, en ninguna se menciona el enfoque intercultural, las funciones que cumplen están orientadas directamente a la atención de la enfermedad del paciente y no a la atención de una persona con sus propias creencias y costumbres, único y parte de grupo étnico.

- Subsistema Sicosocial:

- Cirujano Dentista: Tienen el perfil para la atención a la población en general, pero no para la atención de poblaciones indígenas que habla un idioma diferente y que tiene diferentes costumbres, además la mayoría no cuenta con la formación académica orientada al manejo de las patologías bucales con enfoques interculturales. Además, muy pocos cirujanos dentistas tienen las competencias necesarias para adaptar la atención odontológica a una población que tiene muy poco conocimiento de ésta y por lo tanto no tienen las competencias necesarias. Asimismo, que casi no existen capacitaciones en temas de salud intercultural. Por

otro lado, tampoco existe un intercambio de conocimientos con las poblaciones indígenas, donde se puedan dar a conocer aquellas prácticas tradicionales usadas en Salud Bucal. En muchos de los establecimientos de salud, la cantidad de profesionales de la salud que labora va en proporción al total de la población que vive en el lugar.

- Jefe de Establecimiento de Salud: Muy pocos han sido formados para tomar el cargo y dirigir un grupo de profesionales y orientarlos a brindar atención de salud con enfoque intercultural, por lo tanto, la mayoría de los jefes de establecimientos no cuenta con las competencias. Además, las capacitaciones en temas de salud intercultural casi no se brindan.

- Subsistema Gestión:
 - Cirujano Dentista: No realiza actividades preventivo-promocionales que puedan beneficiar a la población indígena y que le permitan intercambiar conocimientos y conocer su cultura para mejorar su atención.
 - Jefe de Establecimiento de Salud: Ponen todo su esfuerzo en el cumplimiento de otros indicadores, dejando de lado actividades en interculturalidad.

- NC III: Tratamiento Odontológico: El Odontólogo brinda el tratamiento y receta medicamentos que el paciente indígena probablemente no conocía, a veces explicándole para que sirva y a veces por el tiempo limitado no pudiendo explicar el beneficio. El paciente indígena recibirá el tratamiento, pero al llegar a su hogar, lo más probable es que no consuma lo medicado y prefiera utilizar plantas medicinales que en cierta forma, a su entender, tengan los mismos beneficios que los

medicamentos que le indicaron tomar. Y si no le explicaron los beneficios de los medicamentos, simplemente dejará los medicamentos y tratará de solucionar su molestia con ayuda de sus conocimientos tradicionales.

- -Responsables:
 - Cirujano Dentista
 - Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal – Coordinador Nacional de Salud Bucal (será analizado en el entorno intermedio)

- -Subsistema Estructural:
 - Cirujano Dentista: Dentro de todas sus funciones en ninguna se menciona el enfoque intercultural.

- -Subsistema Sicosocial:
 - Cirujano Dentista: Tienen el perfil para la atención a la población en general, pero no para la atención de poblaciones indígenas que habla un idioma diferente y que tiene diferentes costumbres, además la mayoría no cuenta con la formación académica orientada al manejo de las patologías bucales con enfoques interculturales. Además, muy pocos cirujanos dentistas tienen las competencias necesarias para adaptar la atención odontológica a una población que tiene muy poco conocimiento de ésta y por lo tanto no tienen las competencias necesarias. Asimismo, que casi no existen capacitaciones en temas de salud intercultural. Por otro lado, tampoco existe un intercambio de conocimientos con las poblaciones indígenas, donde se puedan dar a conocer aquellas prácticas tradicionales usadas en Salud Bucal. En muchos de los establecimientos de salud, la cantidad de

profesionales de la salud que labora va en proporción al total de la población que vive en el lugar.

- -Subsistema Gestión:
 - Cirujano Dentista: No realiza actividades preventivo-promocionales que puedan beneficiar a la población indígena y que le permitan intercambiar conocimientos y conocer su cultura para mejorar su atención. Los cirujanos dentista no realizan requerimientos de materiales para las actividades preventivo-promocionales.

A. Entorno Inmediato:

A nivel del entorno, se aprecia también que la realidad problema está tanto en el entorno inmediato como en el intermedio:

A nivel entorno Inmediato:

- La población indígena:

García (1987). La Salud Bucal de la población indígena es muy deficiente y principalmente se origina por la poca educación sanitaria, la falta de medidas preventivas y la pobre infraestructura con que cuenta el sector salud para hacer frente a los problemas orales prevalentes. Además, que la atención odontológica es casi nula y únicamente dirigida a la práctica mutiladora (exodoncias).

La población indígena tiene conocimientos y prácticas tradicionales que lo ayudan de cierta manera a conservar su salud cuando ésta se ve afectada y es por esto que utilizan parte de las prácticas tradicionales en salud y destinan recursos locales como plantas y hierbas para el bienestar de la cavidad oral.

García (1987). Algunos de los trabajos realizados en comunidades nativas de la Amazonía han estado orientados entre otras cosas a por ejemplo: Promover la formación de promotores de salud con conocimientos mixtos de medicina tradicional y moderna; la incorporación de personal médico tradicional (parteras, curanderos, hueseros, etc.) a los sistemas de atención primaria, la creación de huertos medicinales que proveerían a los botiquines comunales de las plantas y hierbas más necesarias en la zona, así como también, permitir un mayor conocimiento y divulgación de las mismas; identificación científica de las especies vegetales y recopilación sistemática sobre las formas de su uso, etc.

Es necesario entender que esta población tiene costumbres y conocimientos tradicionales que lo ayudan a conservar su salud, pero como profesionales de la salud debemos ayudarlos a conocer los beneficios de la prevención en temas de Salud Bucal, y para ello necesitamos la comprensión y adaptabilidad de estas poblaciones a aceptar las actividades preventivas y recuperativas que se les ofrece, pero además deben compartir sus conocimientos para que aquellos que los atiendan puedan comprenderlos y así al conjugar sus prácticas médicas para mejorar su salud.

A nivel del Entorno Intermedio se aprecia:

- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal – Coordinador Nacional de Salud Bucal: Se debe señalar que existe una falta de direccionamiento en temas de interculturalidad en Salud Bucal y por tanto una falta de producción de manuales de atención de Salud Bucal para poblaciones indígenas, así como falta de capacitaciones para los cirujanos dentistas

que laboran en estos poblados que deberían conocer la cultura y costumbres del lugar a donde van a laborar.

- Ministerio de Salud: En todas estas funciones nombradas en el Nivel Central, ninguna se enfoca a la salud intercultural y a pesar de que existen funciones de formación y desarrollo de capacidades para profesionales de la salud, lamentablemente en temas de interculturalidad y salud bucal no se evidencian avances.

Centro Nacional de Salud Intercultural:

- No ha logrado un posicionamiento importante en las diversas decisiones del sector que le permita institucionalizar la interculturalidad como la base en la que se sustentaría las intervenciones de salud en los pueblos indígenas.
- Existe a nivel del MINSA un traslape de funciones entre la Estrategia Sanitaria de Salud de Pueblos Indígenas a cargo del CENSI y las actividades de la Unidad Funcional de Interculturalidad, género y derechos en salud de la Dirección General de Promoción de la Salud. Esto crea confusión a nivel de las Regiones.
- El CENSI es un órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, organismo dedicado principalmente a la investigación biomédica, por lo tanto como responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas acrecienta la brecha entre sus objetivos y los objetivos institucionales.
- No cuenta con recursos financieros y logísticos que permitan viabilizar las acciones a nivel de las regiones.
- El concepto e implementación de la interculturalidad en salud ha sido limitada al área de salud materna, a la ruralización e indigenización.

Con relación a las Alianzas Estratégicas:

Actualmente el Centro Nacional de Salud Intercultural no cuenta con alianzas estratégicas significativas, por lo tanto, se sugiere lograr alianzas estratégicas con el Ministerio de Cultura y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal.

3.3. Análisis de Stakeholders:

En la presente investigación se tiene Stakeholders claves para la posterior implementación de los productos o soluciones propuestas. Los mismos serán analizados en diversos momentos. El primero es cuanto a la función que desempeñan en la institución:

Tabla 15

Análisis de Stakeholders

Actor	Descripción de Cargo	Función
Director Regional de Salud de DIRESA Junín	Representa legalmente a la Dirección Regional de Salud Junín frente a organismos públicos y privados, en asuntos de su competencia.	-Dirigir, coordinar, supervisar y representar legalmente a la Dirección Regional de Salud de Junín. -Apoyar las normas complementarias de salud en su jurisdicción. -Cumplir y hacer cumplir la política, objetivos y normas de salud establecidos en el ámbito territorial asignado. -Planificar, programar y ejecutar las actividades de las dependencias que constituyen la Dirección Regional de Salud de Junín.
Director Programa de Salud Bucal Junín	Cumple funciones de dirigir, controlar, coordinar y supervisar el Programa de Salud Bucal sobre las Unidades Orgánicas.	-Organizar, dirigir, controlar y coordinar las actividades propias del Programa. -Lograr el establecimiento de políticas, identificación de objetivos e implementación de estrategias para la mejora de la salud bucal en el ámbito regional y local, en el marco de los lineamientos y normas nacionales. -Planificación, organización, dirección, coordinación y evaluación de los procesos técnico-científicos y tecnológicos.
Jefe Institucional del Instituto Nacional de Salud	Persona que tiene que su cargo la dirección del Instituto Nacional de Salud.	-Proponer y dirigir la formulación de normas y procedimientos técnicos en el área de su competencia. -Aprobar las directivas, procedimientos, instructivos y documentos normativos elaborados por personal especializado en el marco del sistema de gestión de calidad institucional, proponerlos a la Jefatura del INS,

Actor	Descripción de Cargo	Función
		para su autorización y supervisar su implementación.
Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural	Persona que tiene a su cargo la dirección del Centro Nacional de Salud Intercultural.	-Dirigir, programar, planificar, supervisar y controlar las actividades del Centro Nacional de Salud Intercultural.
Director Ejecutivo de Medicina Tradicional	Persona que tiene a su cargo la dirección del departamento de Medicina Tradicional.	-Responsable de planificar, supervisar y controlar las actividades en el campo de la medicina tradicional. -Asesor de manera permanente al Equipo Técnico.
Equipo Técnico del CENSI	Grupo de personas encargadas del cumplimiento y realización de los objetivos de la dirección para la que trabajan.	-Promover espacios de discusión y reflexión, trabajando de forma articulada. -Contribuir a cumplir las metas del departamento de Medicina Tradicional. -Proponer proyectos viables orientados al logro de los objetivos de su dirección.
Ministro de Salud	Persona responsable máximo del Ministerio de Salud.	-Conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud. -Expedir resoluciones ministeriales en los asuntos de su competencia. -Establecer los objetivos y el plan estratégico nacional de desarrollo e inversión en salud.
Gobernadores Regionales	Persona encargada de la administración superior de una región.	-Proponer y ejecutar el presupuesto. -Promulgar decretos y resoluciones. -Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial que participa en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.
Personal de Salud	Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.	-Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias. -Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.

Fuente: Elaboración Propia

Capítulo IV

La Formulación

4.1. Determinación de objetivos

La presente investigación buscó alcanzar los siguientes objetivos:

4.1.1 Objetivos General:

Mejorar la Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas. Satipo-Junín - Período 2018-2020

4.1.2 Objetivos Específicos:

1. Desarrollar un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena.
2. Mejorar el perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que labora en establecimientos de salud y que brinda servicios a pueblos indígenas.
3. Propiciar la Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto, una Inexistente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal
4. Lograr la completa asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.
5. Fomentar que el POI de los establecimientos de salud tenga enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque.
6. Fomentar capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.

7. Promover la participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, y asegurar la concientización en temas de prevención y promoción.
8. Propiciar la creación de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural.
9. Lograr que los Niños y niñas menores de 12 años reciban por lo menos dos atenciones odontológicas por año.

4.1.3 Sustento de Evidencias

Los objetivos propuestos nos ayudarán a comprender mejor los beneficios que tendrá el ciudadano con su logro. Así como el beneficio a favor del Estado peruano. Ello se refuerza en el hecho de que las brechas encontradas entre la realidad problema y la realidad ideal disminuyan.

En el presente trabajo se plantearon nueve objetivos y cinco productos, algunos de ellos con subproductos, lo que quiere decir que algunos objetivos serán resueltos por el mismo producto, pero diferente subproducto, así como algunos objetivos se resuelven con dos productos, a continuación, pasamos a exponer:

- Con relación al Objetivo General de “Mejorar la Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas- Período 2017-2019” es preciso señalar que se debe considerar la salud bucal como un elemento de la salud general y por consiguiente del bienestar y calidad de vida del individuo. Por otro lado, es necesaria la concatenación de factores económicos, sociales y culturales para lograr este objetivo. Godoy (2014). Refiere no sólo debemos basar los retos por afrontar la resolución de los problemas de salud bucal de las comunidades indígenas en barreras culturales, sino que estas se encuentran determinadas por el tejido políticos, social y económico que es necesario abordar para la superación de las inequidades presentes en los

pueblos indígenas. Así mismo es ineludible reconocer que para mejorar la atención en salud bucal en pueblos indígenas debemos aceptar y respetar las costumbres de la población involucrada. Godoy (2014). Afirma que se requiere la construcción de modelos de atención a la salud bucal basados en el respeto, la negociación, la equidad, el reconocimiento de la alteridad, manteniendo la autonomía de los actores sociales involucrados.

Por último, lo que propongo es conectar la medicina tradicional y la medicina occidental en temas de salud oral para lograr que la población indígena se vea involucrada y no obligada a seguir un programa de salud bucal que mejore su salud oral y disminuya las enfermedades bucales. Kroeger y Luna, (1992). Refiere, la repercusión para la salud oral es, en consecuencia: participación de la comunidad, promoción de la responsabilidad individual, posibilidad de investigar y de obtener mayor información sobre los hábitos orales de la comunidad, oportunidad de educar a las generaciones actuales y futuras sobre los beneficios de la salud oral.

De Langhe (2013). Teniendo en cuenta los derechos a la salud de los pueblos indígenas, es necesario incrementar los programas de salud odontológica que garanticen el cumplimiento de atención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones que se manifiesten en la cavidad bucal y zonas peribucales, siempre dentro de un marco de respeto y tolerancia por la diversidad étnica, la interculturalidad, costumbres e idiosincrasia de estos pueblos originarios.

- Con relación al Objetivo Específico 1 de Desarrollar un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena, se conoce que en nuestro país existen modelos de atención de salud para otros programas del ministerio de salud pero se ha olvidado la importancia de un

modelo de atención Odontológica, así mismo existen muy pocos proyectos de investigación sobre este tema, lo que dificulta el conocer las costumbres, cultura y hábitos en salud bucal, tan importantes para la democracia en nuestro país.

Ramírez et al. (2015). Afirman que en los programas de salud bucal se deben reconocer las diferentes culturas que existen en el país. Los programas deben ser más enfáticos en la prevención de la enfermedad educando para ello a la población, intentando romper los círculos viciosos en la transmisión de conocimientos y los hábitos perniciosos en las familias, basándose siempre en estrategias culturalmente adecuadas que justifiquen las acciones y que garanticen el mayor aprovechamiento de los recursos destinados, así como un mayor cumplimiento de los objetivos. Así también refieren es necesario el estudio de los componentes culturales de la salud bucal desde un abordaje multidisciplinario en beneficio del reconocimiento de las diferencias existentes entre contextos culturales de las comunidades. Es necesario identificar los “conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los distintos grupos socioculturales del país mediante el trabajo colaborativo, en pro del respeto y el aprendizaje de métodos de curación diferentes de los que se practican en la odontología actual, y dirigir los programas, planes y políticas de salud bucal hacia la inclusión de grupos poblacionales que utilizan medicina popular y el mejoramiento de la competencia cultural.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesta el siguiente Producto (1) Modelo de Atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena. Con dicho Producto, se logrará conectar lo mejor del modelo occidental y los conceptos tradicionales indígenas de salud, además de involucrar a las familias indígenas a la participación en el cuidado de su salud bucal, además de anticiparse a la enfermedad y recuperar de manera oportuna el estado de bienestar.

Misrachi y Martínez, (2014). Afirman que es prioritario un programa educativo eficiente debiera enfatizar los conocimientos y creencias en salud oral, pero considerando la elaboración participativa de materiales y estrategias educativas que incorporen enfoque intercultural.

- Con relación al Objetivo Específico 2 de Mejorar el perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que labora en establecimientos de salud y que brinda servicios a pueblos indígenas. Sabemos que el personal de salud y cirujanos dentistas que laboran con población indígena no siempre tienen las competencias y habilidades necesarias para atenderlos, como es el conocer su cultura, su idioma y saber cómo relacionarse con ellos.

Hansen (2012). La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incidiendo en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos.

Almaguer et al. (2014), Finalmente, como asevera, “La competencia cultural pretende desarrollar las habilidades instituciones y personas para establecer relaciones respetuosas, horizontales, y empáticas con todos los tipos de usuarios que acuden a los servicios de salud.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesta el siguiente Producto (2), Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas. Con este producto lo que se propone es que los

profesionales desarrollen competencias interculturales, donde se incluya el respeto a la importancia de los elementos de la cultura en la relación del ejercicio profesional en la interacción con las sociedades y grupos humanos en los cuales intervendrá.

Escobar, Sosa y Burgos, (2010). Se requiere esfuerzo para lograr que, desde su formación, los odontólogos no sólo cuenten con unos sólidos conocimientos técnico-científicos; es también necesario que integren la dimensión social a su praxis y reconozcan las representaciones sociales y la coexistencia de diferentes racionalidades en el encuentro educativo entre los pobladores y los profesionales, en el ámbito de los servicios de salud.

- Con relación al Objetivo Específico 3 de Propiciar la Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto una inexistente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal, señalo que existe un programa de salud bucal para todo el Perú pero que no sirve de mucho cuando se trata de la población indígena, pues es totalmente alejado de su cultura y su realidad, es por eso que es necesaria una articulación del conocimiento convencional y tradicional.

Almaguer et al. (2014). Los servicios de salud culturalmente competentes son aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes en el sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerando y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respeto a las prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad.

Hansen (2012). La interculturalidad en salud requiere el desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. Un principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es la complementariedad de estos sistemas médicos, proponiendo un acercamiento de los equipos de salud (medicina occidental) con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional, respetando los conocimientos del otro y generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se han propuesta los siguientes Productos:

Subproducto 1 del Producto (1): Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional, que busca establecer las orientaciones técnicas para el desarrollo eficaz de la orientación/consejería en salud bucal con adecuación cultural en establecimientos de salud que trabajen con población indígena.

Cardona (2013). La interculturalidad en salud es un factor importante para fomentar el desarrollo y evolución de las culturas, es fundamental implementarla en poblaciones indígenas debido a las limitaciones que presenta el sistema médico de estas poblaciones para abordar ciertas enfermedades, además es importante que se integre la medicina occidental con la tradicional para ejercer una intervención más oportuna y con mayor calidad.

Almaguer et al. (2014). Para una articulación eficiente de nuestro sistema de salud con la medicina tradicional se debe establecer una relación horizontal de sinergia y complementariedad. No se trata de subordinar la medicina tradicional, sino de establecer relaciones

equitativas y horizontales que favorezcan una interacción sinérgica entre ambos modelos de salud.

Producto (3): Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas, es importante que exista un conocimiento de las prácticas tradicionales de salud por parte del personal de salud y cirujanos dentistas, pero también es relevante que los médicos comunitarios tengan conocimientos de la medicina occidental.

Alzate (2015). Las prácticas sociales, asociadas al saber popular de las comunidades, por medio de la transmisión de generación en generación, de forma verbal o escrita, hacen de las costumbres de las poblaciones una fuente de información que permite enriquecer diversos ámbitos del conocimiento. Son importantes para orientar las políticas públicas para el mejoramiento de la salud bucal; teniendo en cuenta las tradiciones ancestrales de la población en el tratamiento de la enfermedad y las percepciones acerca de la terapia tradicional, las representaciones sociales y las necesidades propias de las comunidades.

- Con relación al Objetivo Específico 4: Lograr la completa asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena, es evidente que, en los establecimientos de salud ubicados en poblaciones indígenas, no se designan funciones con enfoque intercultural para que el personal pueda desarrollarlo. República del Perú, (2008). Como se afirma en un documento, el personal que labora en los establecimientos de salud atiende a poblaciones indígenas, carece de una formación profesional con enfoque intercultural. El sector salud no logra aún, en el terrero, contribuir a revertir el esquema biomédico, por

lo que el personal de salud tiende a discriminar y subvalorar las prácticas sanitarias y la medicina tradicional que practican los pueblos indígenas.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesto el siguiente Producto, Subproducto 1 del Producto (2): Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena, en esta directiva se establecerán las nuevas funciones con enfoque intercultural que deberán ser asignadas al personal de salud por parte de los jefes de establecimiento. Cruz (2012). Como refiere, es importante que la problemática de salud oral se encuentre incluida en la agenda política y motivar a los que formula políticas de salud invitar los miembros de la comunidad de profesionales odontológicos y formadores de odontólogos a fundamentar de forma más explícita sus decisiones en consideraciones de justicia social, lo que propiciaría el reconocer a grupos vulnerables y sus necesidades reales a resolver”.

- Con relación al Objetivo Específico 5: Fomentar que el POI de los establecimientos de salud tenga enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque, ya que es importante la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto con una visión de logro de productos, resultados y uso eficaz y eficiente de los recursos que tengan un enfoque intercultural.

Godoy (2014). Es necesario tener en cuenta que no sólo debemos basar los retos por afrontar la resolución de los problemas de salud bucal de las comunidades indígenas, en barreras culturales, es decir, que este elemento de las diferencias entre valores, creencias y barreras de comunicación es fundamental pero no constituye por sí solo la génesis de las diferencias, sino que estas se encuentran determinadas por el tejido político, social y económico que es

necesario abordar para la superación de las inequidades presentes en los pueblos indígenas.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesto el siguiente Producto, (4): POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural, en esta directiva se establecerán los lineamientos que garantizarán la inclusión del enfoque intercultural en el proceso de programación y formulación del Plan Operativo Institucional.

- Con relación al Objetivo Específico 6: Fomentar capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas; es importante que nuestro personal de salud cuente con conocimientos sobre las prácticas tradicionales de la población indígena donde realizará sus labores para poder brindarles una atención adecuada a su cultura y sobre todo respetando sus tradiciones.

República del Perú, (2008). En las poblaciones indígenas, la atención es brindada por un personal agobiado por las dificultades que afronta para ejercer su trabajo profesional, afectado por la carencia de formación en salud intercultural, que limita su capacidad para brindar un servicio adecuado ante las necesidades de salud que se presentan en las comunidades nativas. En efecto, una formación en salud intercultural podría permitirle conocer el sistema de salud tradicional, así como desarrollar un tipo de atención que, conjugando lo mejor de la medicina occidental y la tradicional, dé respuestas adecuadas y eficientes a los problemas de salud de la población.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesto el siguiente Producto, Subproducto 1 del producto (3): Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que

labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas; con ello se proporcionará a los recursos humanos conocimientos, habilidades y actitudes para un eficiente desempeño en el trabajo con poblaciones indígenas, además tiene como propósito mejorar las relaciones interpersonales entre todos los miembros del establecimiento y comunidad, logrando condiciones de trabajo y atención más satisfactorias.

Kroeger y Luna, (1992). Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan el estado de salud-enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de una comunidad”.

- Con relación al Objetivo Específico 7: Promover la participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, y asegurar la concientización en temas de prevención y promoción; la posibilidad de conocer las preocupaciones en salud oral, así como las pautas culturales de la población indígena nos ayudarán a formular un programa de educación para la salud más acorde a sus necesidades y con contenidos culturalmente relevantes y así el programa formulado tendrá mayor probabilidad de éxito.

Godoy (2014). No basta el reconocimiento de las diferencias culturales y generar diálogos que impliquen un esfuerzo recíproco por hallar y conservar un espacio común en el que se pueda producir un encuentro. Se hace indispensable no solo reconocer y valorar los conocimientos y prácticas de la salud de los grupos humanos de diferentes culturas, sino que además de la indispensable interacción comunicativa y de la concertación y negociación de esas diferencias,

es imprescindible plantearse una perspectiva que trascienda la interculturalidad.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesto el siguiente Producto, Subproducto 2 del Producto (3): Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal; donde el objetivo es promover y facilitar la discusión en torno a las preocupaciones de la población indígena en temas de salud bucal, así como concientizar a la población en temas de prevención.

Kroeger y Luna, (1992). La repercusión para la salud oral es, en consecuencia: participación de la comunidad, promoción de la responsabilidad individual, posibilidad de investigar y de obtener mayor información sobre los hábitos orales de la comunidad, oportunidad de educar a las generaciones actuales y futuras sobre los beneficios de la salud oral. En lugares en los que se produjo esta combinación, se ha notado que los índices de enfermedad bucodentales empiezan a declinar.

- Con relación al Objetivo Específico 8: Propiciar la creación de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural, es sumamente necesaria la elaboración de documentos y manuales de salud bucal con un enfoque intercultural y que aborde temas de adecuación cultural, con los que el personal de salud pueda brindar una mejor atención.

Organización Panamericana de la Salud, (2008). Recomienda preciso identificar estrategias que permitan que la atención formal de salud se acerque a las comunidades, lo que implica, no obstante, incluir lengua, comunicación, valores, creencias, organización social, formas de vida, organización del tiempo y recursos terapéuticos locales.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesto el siguiente Producto, Subproducto 2 del Producto (1): Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural, con el fin de establecer normas que permitan mejorar el conocimiento y manejo de los servicios de salud que se brinda a la población indígena. Así también brindar una herramienta para que el personal de salud trabaje con las comunidades y contribuir al desarrollo de comportamientos saludables y promover la salud bucal.

Godoy (2014). La odontología como ciencia médica y social en su praxis, identifique y comprenda que la cultura perfila la conducta de los grupos humanos y que los conocimientos, creencias y prácticas culturales respecto a la salud/enfermedad bucal inciden en este proceso; razón por la cual se debe extender su abordaje mediando y adaptándose creativamente a los respectivos contextos multiculturales y pluriétnicos a través de herramientas teórico-metodológicas de las ciencias humanas.

- Con relación al Objetivo Específico 9: Lograr que los Niños y niñas menores de 12 años reciban por lo menos dos atenciones odontológicas por año, en vista del gran porcentaje de enfermedades bucales en las poblaciones indígenas, es importante la atención odontológica como mínimo 2 veces al año, con lo cual se podrá prevenir muchas de estas enfermedades.

Rolón y Samudio, (2014). La educación para la salud dental es el primer y el más importante pilar de la prevención y su puesta en práctica en el niño corresponde a padres y profesionales sanitarios. El éxito de la educación sanitaria no reside en el conocimiento de las puestas de salud, sino en la adopción y mantenimiento de hábitos saludables. Educar para la adopción de hábitos saludables es importante para la obtención de la salud sistémica y bucal. Además de eso, en la primera infancia tiene inicio el establecimiento de hábitos

benéficos o normales, los cuales, pueden persistir a lo largo de la vida del individuo.

En ese sentido y a fin de lograr este objetivo, se ha propuesto el siguiente Producto, Producto (5): Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas; con el cual se pretende disminuir la elevada frecuencia de enfermedades dentales y alto costo de su tratamiento. Mayor, Pérez y Cid, (2014). Es necesario continuar perfeccionando la actividad preventiva en grupos de población llamados vulnerables, que por sus características sociales se ha podido comprobar que son los más propensos en adquirir la enfermedad de la caries dental. Esto se puede alcanzar mediante la implementación de técnicas afectivas participativas, para formar en ellos una determinada cultura de salud que abarque todos los aspectos de la vida, porque a medida que su papel sea más eficiente, así como el trabajo de los médicos y estomatólogos, se alcanzarán mejores resultados en la prevención de la caries dental, para mejorar la calidad de la existencia del hombre como valor supremo.

- En el desarrollo de experiencias exitosas, tenemos como referencia a Costa Rica, donde han desarrollado estrategias para atender a la población indígena manejando enfoques interculturales, de forma que se apliquen como herramienta para la formación del personal de salud, para la colaboración entre instituciones y organismos con los pueblos indígenas e igualmente como insumo en la generación de políticas públicas que tomen de base la evidencia y sean respetuosas de la diversidad cultural. Del mismo modo en México, en algunos estados como Veracruz han desarrollado el “Modelo de salud indígena con pertinencia cultural” para impulsar la interculturalidad, lo cual les ha permitido sensibilizar e implementar acciones innovadoras enfocadas en el usuario

interno, donde el trato digno es una característica de la atención y donde considerar la identidad cultural se traduce en reconocer su idioma, las costumbres, tradiciones, estilos de vida, percepción del cuerpo, salud, etc. Se propone que con la implementación de los productos propuestos en este trabajo se pueda mejorar la atención odontológica en poblaciones indígenas.

Ministerio de Salud, (2018). El Programa Presupuestal de Enfermedades No transmisibles considera que Los medios fundamentales para la disminución de la morbilidad y discapacidad masticatoria por patologías del sistema estomatognático son los abordajes de los factores del sistema de salud, abordaje de los factores socio culturales y el abordaje de los factores individuales. Es así, que las intervenciones que posibilitan viabilizar estos medios son:

En el Abordaje de los Factores individuales:

- Aplicación de flúor
- Abordaje mínimamente invasivo
- Consejería nutricional
- Enseñanza de hábitos de higiene
- Control y seguimiento de las enfermedades sistémicas o presencia de características dentales.

En el Abordaje de los Factores socioculturales:

- Enseñanza para el acceso cultural y económico a servicios de salud
- Enseñanza de factores de riesgo
- Enseñanza de medidas preventivas

En el Abordaje de los Factores del sistema de salud:

- Cierre de brecha de infraestructura y equipamiento
- Fortalecimiento de la rectoría con control y seguimiento

-Cierre de la brecha de RRHH y capacitados en todos los tópicos e intervenciones a realizar basados en la evidencia científica.

Teniendo en cuenta las intervenciones que el Programa Presupuestal de Enfermedades No transmisibles plantea, es que se formularon los productos que se detallan en el siguiente punto.

4.2. Productos

De los problemas encontrados, se plantean los siguientes Productos con los cuales serían solucionados:

4.2.1. Producto 1: Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena:

- Subproducto1: Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional.
- Subproducto2: Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural

Es un modelo de atención odontológica intercultural que propone trabajar con poblaciones indígenas para poder rescatar sus creencias y tradiciones en cuanto a salud bucal para luego incluirlas y vincularlas al servicio odontológico; lo cual nos servirá para mejorar la salud bucal de dicha población.

- Estructura: Este producto en su estructura contiene objetivos, antecedentes, componentes y anexos (Documento Técnico de adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal y Directivas y Manuales de salud bucal con adecuación cultural)

Este producto resuelve el Problema de “Inexistencia de un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena”. Además, el Subproducto 1 resuelve el Problema de “Falta de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y

orientación en salud bucal; por tanto, una Inexistente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal” Y el Subproducto 2 resuelve el Problema de “Falta de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural.

Se encuentra desarrollado en el Anexo I.

4.2.2. Producto 2: Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas:

- Subproducto1: Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.

Es un documento que contendrá en detalle el perfil, competencias y habilidades que el personal de salud y los cirujanos dentistas deben poseer para realizar una óptima atención odontológica en poblaciones indígenas; lo cual servirá para mejorar la atención odontológica en poblaciones indígenas.

- Estructura: Este producto en su estructura contiene el perfil del odontólogo, competencias transversales y específicas y perfil del personal de salud.

Este producto resuelve el Problema de “Inadecuado perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas”. Además, el Subproducto1 resuelve el Problema de “Incompleta asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.

Se encuentra desarrollado en el Anexo II.

4.2.3. Producto 3: Talleres

Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas:

- Subproducto1: Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas
- Subproducto2: Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal

Estos talleres nos servirán para intercambiar conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas.

- Estructura: Este producto en su estructura contiene: título, a quién va dirigido, total de horas, quién organiza, el propósito, objetivos generales y específicos, metodología, evaluación y cronograma y contenidos.

Este producto resuelve el Problema de “Falta de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto, una Inexistente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal”. Además, el Subproducto 1 resuelve el problema de “Incompleta asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena. Y el Subproducto 2 resuelve el problema de “Falta de participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, para asegurar la concientización en temas de prevención y promoción”

Se encuentra desarrollado en el Anexo III

4.2.4. Producto 4: POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural

Es una directiva que indica la incorporación en el POI de los establecimientos de salud el enfoque intercultural; esto nos servirá para mejorar los servicios de salud bucal intercultural.

- Estructura: Este producto en su estructura contiene: título, finalidad, objetivos, ámbito de aplicación, base legal, disposiciones generales y específicas, resultados esperados, indicadores, recursos, responsabilidades, disposiciones finales y anexos.

Este producto resuelve el problema de “El POI de los establecimientos de salud no tiene enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque.”

Se encuentra desarrollado en el anexo IV.

4.2.5. Producto 5: Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.

En este programa se realizarán actividades preventivas, como fluorización, aplicación de sellantes y PRAT, priorizando la atención de menores de 12 años. Esto servirá para prevenir futuras enfermedades bucales en la población indígena.

- Estructura: Este producto en su estructura contiene: título, índice, introducción, antecedentes y justificación, políticas de salud oral, evaluación y seguimiento, componentes del programa y bibliografía.

Este programa resuelve el problema de “Niños y niñas menores de 12 años sin atenciones odontológicas a lo largo de su vida.”

Se encuentra desarrollado en el anexo V

4.3. Actividades

Los Productos Propuestos se lograrían a través de la realización de las siguientes actividades:

Tabla 16

Actividades Propuestas

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas
Desarrollar un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena.	Producto 1: Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales. - Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema - Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados - Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales - Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas
Mejorar el perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que labora en establecimientos de salud y que brinda servicios a pueblos indígenas.	Producto 2: Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas - Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal - Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal - Sostenibilidad de la propuesta
Propiciar la Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto, una Inexistente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal	Producto 1 – Subproducto 1: -Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales. - Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema - Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas
Lograr la completa asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.	<p>Producto 3: -Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales - Diseño del Taller de intercambio - Coordinación con involucrados en el taller - Invitaciones a los involucrados en el taller - Desarrollo del Taller de intercambio - Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados - Sostenibilidad del taller de intercambio
Fomentar que el POI de los establecimientos de salud tenga enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque.	Producto 2 – Subproducto 1: Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.	<ul style="list-style-type: none"> - Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas - Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas - Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal - Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal - Sostenibilidad de la propuesta - Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI
Fomentar capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.	Producto 4 - POI de en establecimientos de salud con enfoque intercultural.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI - Acta de acuerdos - Sostenibilidad de la propuesta - Elaboración del plan de capacitaciones - Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización - Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.
Fomentar capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.	Producto 3 – Subproducto 1: Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI - Acta de acuerdos - Sostenibilidad de la propuesta - Elaboración del plan de capacitaciones - Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización - Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas
Promover la participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, y asegurar la concientización en temas de prevención y promoción.	Producto 3 – Subproducto 2: Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal.	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización. - Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización - Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización - Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización. - Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización. - Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización - Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.
Propiciar la creación de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural	Producto 1 – Subproducto 2: Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural.	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema - Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados - Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales
Lograr que los Niños y niñas menores de 12 años reciban por lo menos dos atenciones odontológicas por año	Producto 5: Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del programa de fluorización - Aprobación del programa de fluorización - Implementación del programa de fluorización - Sostenibilidad del programa de fluorización

Fuente: Elaboración Propia

Capítulo V

La propuesta de Implementación

5.1. Identificación de Recursos Críticos

5.1.1. Comunicación Estratégica

Cuando se realizan atenciones de salud, la comunicación cobra gran importancia ya que es importante lograr entender lo que le aqueja a un paciente. Por ejemplo, si nos comunicamos con el mismo idioma el entendimiento sería inmediato, pero si el idioma no es el mismo entonces surgirían problemas.

Al realizar atenciones de salud en comunidades indígenas, el personal de salud deberá aprender el idioma para así obtener la satisfacción total del paciente. Es importante sensibilizar a todo el personal de salud, en este caso a los Odontólogos que realizan las atenciones de salud bucal, ya que muchos de nosotros, no estamos relacionados con el idioma de la población a la que vamos a atender, sino que solamente vamos a realizar la atención odontológica.

Así mismo, se debe dar este valor agregado a las comunicaciones que se den con los stakeholders a efectos de que ellos puedan dar la debida relevancia y prioridad a esta investigación, en cuanto a ser un tema olvidado y que es de gran impacto para la salud pública de estas comunidades.

5.1.2. Incidencia de Stakeholders

- Director Regional de Salud Junín: Al ser el representante de la DIRESA, deberá apoyar las normas de salud en el ámbito de su jurisdicción, así como deberá cumplir y hacer cumplir la política, objetivos y normas de salud que se establezcan en cuanto a Interculturalidad y Salud Bucal.

- Director Programa de Salud Bucal de la DIRESA Junín: Al estar a cargo de dirigir, coordinar y supervisar a las Unidades Orgánicas en cuanto a temas de salud bucal, deberá lograr que los establecimientos de salud implementen las políticas y estrategias de mejora de la salud bucal e Interculturalidad en el ámbito regional y local.
- Jefe Institucional del Instituto Nacional de Salud: Al estar a cargo de la dirección del Instituto Nacional de Salud, y sobre todo del Centro nacional de Salud Intercultural, aprobará desde el nivel central los productos propuestos, los manuales para su publicación, el financiamiento para la realización de talleres y referirá al Ministerio de Salud propuestas de normativas.
- Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI): Al estar a cargo de la dirección del Centro Nacional de Salud Intercultural, revisará y aprobará los productos propuestos para referirlos al Jefe Institucional del Instituto Nacional de Salud, debido a que es el ente técnico superior normativo en estos temas.
- Director Ejecutivo de Medicina Tradicional, Al estar a cargo de la dirección del departamento de Medicina Tradicional aprobará como primera instancia todos los productos propuestos, para luego ser presentados al Director General del CENSI.
- Equipo Técnico del CENSI, deberá trabajar en conjunto para lograr la realización de los productos propuestos y los presentará al Director Ejecutivo de Medicina Tradicional para su revisión y aprobación.

- Ministro de Salud: Encargado de revisar si las nuevas normativas propuestas y emisión de directivas son viables. Si encuentra las propuestas relevantes serán aprobadas y publicadas.
- Gobernadores Regionales: El financiamiento que poseen para la realización de proyectos es importante para la ejecución de los productos, si se logra que aprueben la inversión en la propuesta se podrá realizar el trabajo.
- Personal de Salud: La motivación y entusiasmo que ponga el personal de salud en la realización de nuestra propuesta será importante. La falta de personal de salud en comunidades nativas será un obstáculo.

5.1.3. Recursos Humanos:

- Capacitación de Personal de Salud y Cirujanos Dentistas: Para garantizar la mejora de la atención en salud bucal en pueblos indígenas, se han propuesto como productos:
 - Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas. Este producto será realizado en cada una de las regiones, por cada una de las Direcciones regionales de Salud donde se cuente con establecimientos de salud donde se brinde atención a población indígena. El costo aproximado que requerirá será del traslado del personal de salud (viáticos), traslado de médicos comunitarios, hospedaje, refrigerios, material didáctico y certificación.

- Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas. Para la realización de este producto serán necesarios especialistas en el tema, e involucrará personal de salud de diferentes regiones. El costo aproximado que requerirá será de los honorarios del especialista, traslado del personal de salud de diferentes regiones, hospedaje, refrigerios, material didáctico y certificación.

- Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal. Este producto será realizado en cada una de las regiones, por cada una de las Direcciones regionales de salud donde se cuente con establecimientos de salud donde se brinde atención a población indígena. El costo aproximado que requerirá será de refrigerios, afiches, material didáctico, material de escritorio y movilidad local.

Los Recursos Humanos no son críticos, pues tenemos al personal necesario para realizar estas actividades.

5.1.4. Recursos Financieros:

- Presupuesto

Tabla 17

Presupuesto

Productos	Insumos/Materiales	Costo
Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena	Honorarios de los especialistas	6,000.00
Subproducto:		
-Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional.	Servicios de Impresión	4,000.00
- Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural		
Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas.	Viáticos por 2 días a 5 personas a 10 regiones (200 por día)	20,000.00
Subproducto:	Materiales de escritorio	2,000.00
-Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.	Servicios de Impresión	6,000.00
-Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas.	Viáticos por 5 días a 30 personas a 5 regiones(200 por día)	150,000.00
Subproducto:	Refrigerio por 5 días a 30 personas a 5 regiones(10xp)	7,500.00
-Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas	Material didáctico	6,000.00
-Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal	Materiales de escritorio	3,000.00
	Servicios de impresión	10,000.00
	Viáticos por 1 día para 30 personas (200 por día)	6,000.00
POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural	Refrigerio por 1 día a 30 personas (10xp)	300
	Materiales de escritorio	1,000.00
	Servicios de Impresión	3,000.00
	Flúor Gel	20,000.00
	Sellantes	30,000.00
Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.	Ionómero	40,000.00
	Algodón	5,000.00
	Espejos bucales	10,000.00
	Pinzas	10,000.00

Fuente: Elaboración Propia

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) elabora el Anexo N°8 “Distribución del Gasto del Presupuesto del Sector Público por Programas Presupuestales y pliegos” donde Según el “Proyecto de Ley del Presupuesto del Sector público para el año fiscal 2019” , la Distribución del Gasto del Presupuesto del Sector Público para el Programa Presupuestal “Enfermedades No Transmisibles” es:

- Presupuesto Total para Enfermedades No Transmisibles: 647,665,879.00 millones
 - Presupuesto para Salud Bucal en cuanto a Atención estomatológica preventiva (101,927,962.00), recuperativa (48,524, 957.00) y especializada (25,863,985.00), haciendo un total de: 176,316,904.00 millones. Siendo el 27% del total para enfermedades No Transmisibles.
 - Presupuesto para Promoción de la Salud: 93,846,483.00 millones. Siendo el 14% del total
- Debo indicar que, para este año, el presupuesto aumentó en comparación con el año 2018 que fue del 22% del total.

Entonces debo indicar que el presupuesto no es un recurso crítico, pues para la implementación de mi propuesta, donde se utilizará es un total de 339,800.00 soles, el mayor presupuesto utilizado será el de Atención Estomatológica preventiva, siendo del 57% (101 927 962.00) del total del presupuesto de Salud Bucal para este año, lo cual nos permite financiar totalmente el proyecto, cabe señalar que también se utilizará presupuesto de Promoción de la Salud, pues ya vimos en un capítulo anterior que el programa está involucrado y realiza actividades en Salud Bucal pues se articula con esta estrategia.

5.1.5. Recursos Logísticos:

- Materiales didácticos de Salud Bucal con enfoque Intercultural. Para este fin se requiere convocar a los especialistas para la elaboración de los materiales didácticos, presupuesto que está considerado en la propuesta que se presentará al MEF, por tanto, no es un recurso crítico.

5.1.6. Recurso Tempo:

- Duración de la implementación, monitoreo y evaluación. Se espera que la implementación de la Propuesta de Mejora se realice en el primer año, el segundo año nos servirá para evaluar y monitorear las actividades. Y si contamos con el tercer año, se podrá garantizar la sostenibilidad de la propuesta. En ese sentido, este recurso no será crítico si se da el tiempo de tres años para la realización en TODA la investigación que se está proponiendo.

5.2. Metas periodo de 3 años:

Tabla 18

Metas Periodo de 3 años

Productos	Actividades/Metas	1 ^a		2 ^a		3 ^a	
		1s	2s	1s	2s	1s	2s
Producto 1: Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena.	-Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.	X		X			
	-Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema		X			X	X
	-Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados						X X
	-Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales						
Producto 2: Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas.	-Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas	X					
	-Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas		X				
	-Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal		X			X	X X
	-Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal					X	X X
Producto 1 – Subproducto 1: -Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional.	-Sostenibilidad de la propuesta						
	-Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.	X					
	-Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema		X			X	
	-Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados					X	X X
Producto 3: -Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas.	-Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales						
	-Diseño del Taller de intercambio	X					
	-Coordinación con involucrados en el taller	X					
	-Invitaciones a los involucrados en el taller		X				
	-Desarrollo del Taller de intercambio		X				
	-Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados			X	X	X	X

Productos	Actividades/Metas	1ª		2ª		3ª	
		1s	2s	1s	2s	1s	2s
Producto 2 – Subproducto 1: Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.	-Sostenibilidad del taller de intercambio						
	-Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas	X	X				
	-Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas			X			
	-Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal			X		X	X
	-Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal				X		
	-Sostenibilidad de la propuesta						
Producto 4 - POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural.	-Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI	X					
	-Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI		X				
	-Acta de acuerdos		X	X	X	X	X
	-Sostenibilidad de la propuesta						
Producto 3 – Subproducto 1: Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.	-Elaboración del plan de capacitaciones	X					
	-Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización	X					
	-Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.		X				
	-Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.			X	X		
	-Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización					X	X
	-Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización	X					
Producto 3 – Subproducto 2: Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal.	-Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.		X				
	-Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.			X	X		
	-Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización					X	X
	-Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización						

Productos	Actividades/Metas	1ª		2ª		3ª	
		1s	2s	1s	2s	1s	2s
Producto 1 – Subproducto 2: Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural.	-Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.	X					
	-Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema		X				
	-Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados			X	X		
	-Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales					X	X
Producto 5: Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.	-Elaboración del programa de fluorización	X					
	-Aprobación del programa de fluorización		X				
	-Implementación del programa de fluorización		X	X			
	-Sostenibilidad del programa de fluorización				X	X	X

Fuente: Elaboración Propia

Capítulo VI

Análisis de Viabilidad y Factibilidad

6.1. Viabilidad y Factibilidad

Lograr la viabilidad y factibilidad de los Productos propuestos es la clave del éxito de las soluciones gerenciales que se proponen en esta Investigación aplicada. Al respecto se han aplicado diversas metodologías para lograr este cometido:

6.1.1. Metodología SADCI:

Tabla 19

Formulario C: Codificación Actividades /Tareas

Código	Descripción de Actividad/Tarea	
1	1.1	Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.
	1.2	Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema
	1.3	Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados
	1.4	Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales
2	2.1	Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas
	2.2	Entrevistas a trabajadores de en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas
	2.3	Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal
	2.4	Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal
	2.5	Sostenibilidad de la propuesta
3	3.1	Diseño del Taller de intercambio
	3.2	Coordinación con involucrados en el taller

Código	Descripción de Actividad/Tarea
3.3	Invitaciones a los involucrados en el taller
3.4	Desarrollo del Taller de intercambio
3.5	Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados
3.6	Sostenibilidad del taller de intercambio
3.7	Elaboración del plan de capacitaciones
3.8	Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización
3.9	Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.
3.10	Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización
3.11	Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización
4	4.1 Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI
	4.2 Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI
	4.3 Acta de acuerdos
	4.4 Sostenibilidad de la propuesta
5	5.1 Elaboración del programa de fluorización
	5.2 Aprobación del programa de fluorización
	5.3 Implementación del programa de fluorización
	5.4 Sostenibilidad del programa de fluorización

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 20

Formulario D 1: DCI Análisis desde el punto de vista de las reglas del juego

Producto	Act/Tarea	Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI				
				1	2	3	4	5
1	1.1		Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.					X
	1.2		Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema					X
	1.3		Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados					X
	1.4		Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales					X
2	2.1		Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas				X	
	2.2		Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas				X	
	2.3		Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal					X
	2.4		Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal					X
	2.5		Sostenibilidad de la propuesta					X
3	3.1		Diseño del Taller de intercambio					X
	3.2		Coordinación con involucrados en el taller				X	
	3.3		Invitaciones a los involucrados en el taller					X
	3.4		Desarrollo del Taller de intercambio				X	
	3.5		Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados			X		
	3.6		Sostenibilidad del taller de intercambio					X
	3.7		Elaboración del plan de capacitaciones					X
	3.8		Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización					X
	3.9		Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.					X
	3.10		Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización				X	
	3.11		Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización					X
4	4.1		Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI					X
	4.2		Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el				X	

Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI
	POI	
	4.3 Acta de acuerdos	X
	4.4 Sostenibilidad de la propuesta	X
5	5.1 Elaboración del programa de fluorización	X
	5.2 Aprobación del programa de fluorización	X
	5.3 Implementación del programa de fluorización	X
	5.4 Sostenibilidad del programa de fluorización	X

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

1: Muy Alta

2: Alta

3: Normal

4: Baja

5: Muy Baja

Tabla 21

Formulario D 2: DCI Análisis desde el punto la vista de las relaciones interinstitucionales

Produ cto	Act/T area	Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI				
				1	2	3	4	5
1	1.1		Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.					X
			1.2 Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema				X	
			1.3 Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados				X	
			1.4 Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales					X
2	2.1		Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas					X
			2.2 Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas				X	
			2.3 Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal					X
			2.4 Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal				X	
			2.5 Sostenibilidad de la propuesta					X
3	3.1		Diseño del Taller de intercambio					X
			3.2 Coordinación con involucrados en el taller				X	
			3.3 Invitaciones a los involucrados en el taller				X	
			3.4 Desarrollo del Taller de intercambio			X		
			3.5 Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados			X		
			3.6 Sostenibilidad del taller de intercambio					X
			3.7 Elaboración del plan de capacitaciones				X	
			3.8 Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización				X	
			3.9 Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.				X	
			3.10 Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización			X		
			3.11 Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización					X
4	4.1		Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI				X	
			4.2 Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI				X	

Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI
4.3	Acta de acuerdos	X
4.4	Sostenibilidad de la propuesta	X
5	5.1 Elaboración del programa de fluorización	X
	5.2 Aprobación del programa de fluorización	X
	5.3 Implementación del programa de fluorización	X
	5.4 Sostenibilidad del programa de fluorización	X

Fuente: Elaboración Propia

Legenda:

1: Muy Alta

2: Alta

3: Normal

4: Baja

5: Muy Baja

Tabla 22

Formulario D 3: DCI Análisis desde el punto de vista de organización y asignación de funciones

Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
Producto Act/Tarea		1	2	3	4	5
1	1.1	Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.				X
	1.2	Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema				X
	1.3	Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados				X
	1.4	Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales				X
2	2.1	Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas			X	
	2.2	Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas			X	
	2.3	Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal				X
	2.4	Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal				X
	2.5	Sostenibilidad de la propuesta				X
3	3.1	Diseño del Taller de intercambio				X
	3.2	Coordinación con involucrados en el taller			X	
	3.3	Invitaciones a los involucrados en el taller			X	
	3.4	Desarrollo del Taller de intercambio			X	
	3.5	Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados			X	
	3.6	Sostenibilidad del taller de intercambio				X
	3.7	Elaboración del plan de capacitaciones				X
	3.8	Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización				X
	3.9	Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.				X
	3.10	Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización			X	
	3.11	Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización				X
4	4.1	Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI				X

Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI
4.2	Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI	X
4.3	Acta de acuerdos	X
4.4	Sostenibilidad de la propuesta	X
5	5.1 Elaboración del programa de fluorización	X
	5.2 Aprobación del programa de fluorización	X
	5.3 Implementación del programa de fluorización	X
	5.4 Sostenibilidad del programa de fluorización	X

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

1: Muy Alta

2: Alta

3: Normal

4: Baja

5: Muy Baja

Tabla 23*Formulario D 4: DCI Análisis desde el punto de vista de las políticas de personal*

Producto	Act/Tarea	Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI				
				1	2	3	4	5
1	1.1		Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.					X
	1.2		Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema					X
	1.3		Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados					X
	1.4		Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales					X
2	2.1		Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas				X	
	2.2		Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas				X	
	2.3		Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal					X
	2.4		Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal					X
	2.5		Sostenibilidad de la propuesta					X
3	3.1		Diseño del Taller de intercambio					X
	3.2		Coordinación con involucrados en el taller				X	
	3.3		Invitaciones a los involucrados en el taller				X	
	3.4		Desarrollo del Taller de intercambio					X
	3.5		Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados				X	
	3.6		Sostenibilidad del taller de intercambio					X
	3.7		Elaboración del plan de capacitaciones					X
	3.8		Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización					X
	3.9		Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.					X
	3.10		Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización					X
	3.11		Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización					X
4	4.1		Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI					X

Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI
4.2	Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI	X
4.3	Acta de acuerdos	X
4.4	Sostenibilidad de la propuesta	X
5	5.1 Elaboración del programa de fluorización	X
	5.2 Aprobación del programa de fluorización	X
	5.3 Implementación del programa de fluorización	X
	5.4 Sostenibilidad del programa de fluorización	X

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

- 1: Muy Alta
- 2: Alta
- 3: Normal
- 4: Baja
- 5: Muy Baja

Tabla 24

Formulario D 5: DCI Análisis desde el punto de vista de insumos físicos y recursos humanos

Código		Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI				
Producto	Act/Tarea		1	2	3	4	5
1	1.1	Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.					X
	1.2	Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema					X
	1.3	Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados				X	
	1.4	Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales					X
2	2.1	Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas			X		
	2.2	Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas			X		
	2.3	Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal				X	
	2.4	Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal					X
	2.5	Sostenibilidad de la propuesta					X
3	3.1	Diseño del Taller de intercambio					X
	3.2	Coordinación con involucrados en el taller				X	
	3.3	Invitaciones a los involucrados en el taller				X	
	3.4	Desarrollo del Taller de intercambio				X	
	3.5	Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados			X		
	3.6	Sostenibilidad del taller de intercambio					X
	3.7	Elaboración del plan de capacitaciones					X
	3.8	Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización					X
	3.9	Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.					X
	3.10	Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización			X		
	3.11	Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización					X

	Código	Descripción del DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad del DCI	
4	4.1	Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI		X
	4.2	Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI	X	
	4.3	Acta de acuerdos	X	
	4.4	Sostenibilidad de la propuesta		X
5	5.1	Elaboración del programa de fluorización		X
	5.2	Aprobación del programa de fluorización		X
	5.3	Implementación del programa de fluorización	X	
	5.4	Sostenibilidad del programa de fluorización		X

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

1: Muy Alta

2: Alta

3: Normal

4: Baja

5: Muy Baja

Tabla 25

Formulario D 6: DCI Análisis relativos a la capacidad individual de las personas intervinientes

Código	Número y Categoría de Empleados							Descripción de Déficit de Capacidad	Gravedad del DCI							
	Produ	A	B	C	D	E	F		G	Información	Conocimiento	Know-How	1	2	3	4
1	X								Empleados con experiencia en la administración pública	Experiencia en Normatividad, procesos administrativos.						X
		X							Empleados con experiencia en gestión pública e investigación.	Experiencia en normatividad, investigación.						X
			X						Empleados con experiencia en procesos administrativos.	Experiencia en procesos administrativos.						X
2		X							Empleados con experiencia en normatividad, leyes y recursos humanos	Experiencia en normatividad, leyes y recursos humanos.						X
3		X							Empleados con experiencia en formulación de proyectos.	Experiencia en formulación de proyectos, talleres, capacitaciones.						X
4	X								Empleados con experiencia en formulación de POI y gestión pública	Experiencia en formulación de POI y gestión pública.						X
		X							Empleados con experiencia en formulación de POI.	Experiencia en formulación de POI.						X
			X						Empleados con experiencia en procesos administrativos.	Experiencia en procesos administrativos.						X
5	X								Empleados con experiencia en formulación de proyectos.	Experiencia de formulación de proyectos.						X
		X							Empleados con experiencia en el tema de salud bucal.	Experiencia en el tema.						X

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

A: Directivos del CENSI

B: Profesional de la salud parte del equipo técnico

C: Técnicos Administrativos

Tabla 26

Formulario E 1: Consolidación de DCI relativos a falta de capacidad institucional no relacionados con capacidades individuales

Producto	Código Act/ Tarea	Descripción del DCI	Gravedad Promedio del DCI					
			1	2	3	4	5	
1	1.1	Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.						X
	1.2	Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema						X
	1.3	Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados						X
	1.4	Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales						X
2	2.1	Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas					X	
	2.2	Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas					X	
	2.3	Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal						X
	2.4	Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal						X
	2.5	Sostenibilidad de la propuesta						X
3	3.1	Diseño del Taller de intercambio						X
	3.2	Coordinación con involucrados en el taller					X	
	3.3	Invitaciones a los involucrados en el taller					X	
	3.4	Desarrollo del Taller de intercambio					X	
	3.5	Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados					X	
	3.6	Sostenibilidad del taller de intercambio						X
	3.7	Elaboración del plan de capacitaciones						X
	3.8	Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización						X
	3.9	Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.						X
	3.10	Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización					X	
	3.11	Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de						X

Código	Producto	Act/ Tarea	Descripción del DCI	Gravedad Promedio del DCI				
				1	2	3	4	5
			concientización					
4		4.1	Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI					X
		4.2	Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI				X	
		4.3	Acta de acuerdos				X	
		4.4	Sostenibilidad de la propuesta					X
5		5.1	Elaboración del programa de fluorización					X
		5.2	Aprobación del programa de fluorización					X
		5.3	Implementación del programa de fluorización					X
		5.4	Sostenibilidad del programa de fluorización					X

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

1: Muy Alta

2: Alta

3: Normal

4: Baja

5: Muy Baja

Luego de realizado el análisis SADCI se concluye que todas las actividades están garantizadas en su realización por lo que NO SE REQUIERE PLAN DE CONTINGENCIA.

6.1.2. Viabilidad Política:

En este caso, la viabilidad política está garantizada ya que está a punto de realizarse un cambio de autoridades y es un proyecto que tratando de la salud de las comunidades nativas, está en la agenda de casi todos los candidatos a asumir el nuevo Gobierno Regional.

Por lo que el que asumirá el cargo está a favor del proyecto al ser parte de una de sus propuestas en salud.

6.1.3. Viabilidad Social:

En este caso, la anuencia de la población para la realización de las actividades que conduzcan a mejorar su salud bucal está garantizada, toda vez que, la población está de acuerdo con la implementación de este proyecto en su comunidad ya que no solo se velará por su salud bucal, sino que se difundirán sus conocimientos ancestrales para el beneficio de la población.

6.2. Metodología MACTOR:

En diversos capítulos de la investigación se ha estado analizando a los Stakeholders de la presente investigación aplicada. En esta etapa se aplicará en ellos la Metodología MACTOR de viabilidad de actores:

A continuación, se analizará el Método de Análisis del Juego de Actores (MACTOR), para ver la viabilidad y factibilidad de la Propuesta de Mejora. Para tal efecto, se realizó un análisis de los principales actores, a través de diversas entrevistas a estos y posteriores reuniones, y es precisamente que desde este modo se pudo encontrar que los siguientes actores se encuentran a favor de esta propuesta, y no impedirían su inicio ni implementación. Contexto que a continuación se observa:

Identificación de Actores que pueden influir en la implementación de los productos:

Listado de actores:

- Actores Principales:
 - Director del Instituto Nacional de Salud
 - Director del Centro Nacional de Salud Intercultural
 - Director Ejecutivo de Medicina Tradicional
 - Equipo Técnico del CENSI
- Actores Secundarios:
 - Ministro de Salud
 - Gobernadores Regionales
 - Personal de Salud

Tabla 27

Relación de Actores

Actor	Descripción de Cargo
Director Regional de Salud Junín	Persona representante de la Dirección Regional de Salud Junín
Director Programa de Salud Bucal Junín	Persona encargada del Programa de Salud Bucal Junín
Director del Instituto Nacional de Salud	Persona que tiene que su cargo la dirección del Instituto Nacional de Salud.
Director del Centro Nacional de Salud Intercultural	Persona que tiene a su cargo la dirección del Centro Nacional de Salud Intercultural.
Director Ejecutivo de Medicina Tradicional	Persona que tiene a su cargo la dirección del departamento de Medicina Tradicional.
Equipo Técnico del CENSI	Grupo de personas encargadas del cumplimiento y realización de los objetivos de la dirección para la que trabajan.
Ministro de Salud	Persona responsable máximo del Ministerio de Salud.
Gobernadores Regionales	Persona encargada de la administración superior de una región.
Personal de Salud	Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 28*Relación de los Actores con los Productos Propuestos*

Actor/Producto	PI	PII	PIII	PIV	PV
Director Regional de Salud Junín	+1	+1	+1	+1	+1
Director Programa de Salud Bucal Junín	+1	+1	+1	+1	+1
Director del Instituto Nacional de Salud	+1	+1	+1	+1	+1
Director del Centro Nacional de Salud Intercultural	+1	+1	+1	+1	+1
Director Ejecutivo de Medicina Tradicional	+1	+1	+1	+1	+1
Equipo Técnico del CENSI	+1	+1	+1	+1	+1
Ministro de Salud	+1	+1	+1	+1	+1
Gobernadores Regionales	+1	+1	+1	+1	+1
Personal de Salud	+1	+1	+1	+1	+1

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

+1: a favor

0: neutro

-1: en contra

Al respecto, señalo que la ponderación realizada respecto a las probables oposiciones de los actores identificados con los productos propuestos ha sido realizada conjuntamente con el Director Ejecutivo del Centro Nacional de Salud Intercultural, el Dr. Aldo Lucchetti Rodríguez.

Identificación de sinergias y divergencias:

De una lectura a dicho cuadro, se aprecia que todos los actores están en disposición favorable o de sinergia a la implementación y desarrollo de los productos propuesto en la presente Investigación.

Es así como, la presente Propuesta de Mejora no requiere de la elaboración de un Plan de Incidencia ya que todos los actores apoyan la implementación de los productos propuestos.

6.3. Análisis de Viabilidad según Evaluación Estratégico – Gerencial

Para la implementación de los Productos se debe seguir el siguiente hilo conductor ante los Directivos:

- Importancia social del problema analizado y de su solución en la presente investigación aplicada, ante los Stakeholders.
- Detalle del proceso analizado y los nudos críticos encontrados del proceso estudiado, difundidos a la Dirección y actores que van a incidir directamente en su implementación.
- Precisando los actores involucrados y los responsables.
- Ejemplificando a nivel del entorno el nivel inmediato y viendo lo que puede afectar a la realidad.
- Dando el detalle de los productos propuestos para la solución.

Capítulo VII

Seguimiento y Evaluación

Las propuestas de solución estarán garantizadas además con un adecuado seguimiento y evaluación:

7.1. Seguimiento

Tabla 29

Seguimiento

Productos	Actividades/Metas	Primer Año				Segundo Año				Tercer Año			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena	Diseño del modelo con especialistas en el tema, así como del documento técnico, directivas y Manuales.	X	X	X	X	X	X	X	X				
Subproducto: -Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional.	Aprobación del modelo, documento técnico, directivas y manuales con especialistas en el tema	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
- Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural	Difusión del modelo, documento técnico, directivas y manuales en departamentos involucrados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas.	Sostenibilidad del modelo, documento técnico, directivas y manuales	X	X	X	X	X	X	X	X				
Subproducto:	Recojo de información en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Entrevistas a trabajadores de establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Presentación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

Productos	Actividades/Metas	Primer Año				Segundo Año				Tercer Año			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
-Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.	del enfoque intercultural en las funciones del personal Aprobación de la propuesta para el nuevo perfil profesional y la incorporación del enfoque intercultural en las funciones del personal Sostenibilidad de la propuesta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas. Subproducto: -Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas -Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal	Diseño del Taller de intercambio	X	X	X	X	X	X	X					
	Coordinación con involucrados en el taller	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Invitaciones a los involucrados en el taller	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Desarrollo del Taller de intercambio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Réplicas del Taller de intercambio en los departamentos involucrados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Sostenibilidad del Taller de intercambio	X	X	X	X	X	X	X					
	Elaboración del plan de capacitaciones	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Elaboración del programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Aprobación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Implementación del plan de capacitaciones, programa de participación y diálogo comunal y campañas de concientización.	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural	Sostenibilidad del plan de capacitaciones, programa de participación y campañas de concientización	X	X	X	X	X	X	X					
	Propuesta para incluir actividades con enfoque intercultural en el POI	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Reunión con involucrados para comprometerse a incluir actividades con enfoque intercultural en el POI	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

Productos	Actividades/Metas	Primer Año				Segundo Año				Tercer Año			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.	Acta de acuerdos	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Sostenibilidad de la propuesta	X	X	X	X	X	X	X					
	-Elaboración del programa de fluorización	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Aprobación del programa de fluorización	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Implementación del programa de fluorización	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Sostenibilidad del programa de fluorización	X	X	X	X	X	X	X					

Fuente: Elaboración Propia

En ese sentido, el monitoreo que se va a realizar en la presente investigación será mensual respecto de cada una de las actividades que permita lograr cada uno de los productos. Este monitoreo mensual generará reportes trimestrales, los cuales servirán como insumo para la toma de decisiones.

7.2. Desarrollo de Indicadores de Resultado

Tabla 30

Indicadores de Resultado

Productos	Indicador
Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena Subproducto: -Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional. - Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural	Porcentaje de establecimientos de salud que aplican el "Modelo" - Porcentaje de establecimientos de salud que ejecutan el Documento técnico - Porcentaje de establecimientos de salud que Implementan las directivas y manuales
Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas. Subproducto:	Porcentaje de establecimientos de salud que cuenta con personal de salud con el "Nuevo Perfil"

Productos	Indicador
-Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.	- Porcentaje de establecimientos de salud que incorporan en las funciones del personal el enfoque intercultural
Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas. Subproducto: -Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas -Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural	Porcentaje de asistentes a los talleres en cada región - Porcentaje de asistentes a las capacitaciones en cada región. - Porcentaje de asistentes al “Programa”
Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.	Porcentaje de establecimientos de salud que incorporan el enfoque intercultural en el POI Porcentaje de niños menores de 12 años atendidos por el programa

Fuente: Elaboración Propia

7.3. Evaluación

Tabla 31

Evaluación

Productos	Indicador	Primer Año		Segundo Año		Tercer Año	
		1S	2S	1S	2S	1S	2S
Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena Subproducto: -Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional. - Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural	Porcentaje de establecimientos de salud que aplican el “Modelo” - Porcentaje de establecimientos de salud que ejecutan el Documento técnico - Porcentaje de establecimientos de salud que Implementan las directivas y manuales			X	X	X	

Productos	Indicador	Primer Año		Segundo Año		Tercer Año	
		1S	2S	1S	2S	1S	2S
Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas. Subproducto: -Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.	Porcentaje de establecimientos de salud que cuenta con personal de salud con el "Nuevo Perfil" - Porcentaje de establecimientos de salud que incorporan en las funciones del personal el enfoque intercultural			X	X	X	
Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas. Subproducto: -Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas -Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal	Porcentaje de asistentes a los talleres en cada región - Porcentaje de asistentes a las capacitaciones en cada región. - Porcentaje de asistentes al "Programa"			X	X	X	
POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural	Porcentaje de establecimientos de salud que incorporan el enfoque intercultural en el POI			X	X	X	
Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.	Porcentaje de niños menores de 12 años atendidos por el programa			X	X	X	

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto al Producto “Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas, y según el Programa Presupuestal de enfermedades no transmisibles, los indicadores para este producto serían: Porcentaje de niños de 6 meses a 11 años protegidos con topicaciones de flúor.

Se realizará de manera semestral y anual y reportará un informe semestral y anual para la toma de decisiones.

Conclusiones

1. A lo largo de la investigación, se ha visto la importancia de Mejorar la Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas- Período 2017-2019, siendo imprescindible para garantizar la mejora de la salud bucal de la población indígena, donde se superen las barreras de atención y se asegure el éxito del programa de salud bucal.
2. Es importante Desarrollar un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena, para incorporar de manera efectiva el enfoque intercultural en la atención odontológica. Y con el Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena, se brindarán las herramientas necesarias para el cumplimiento del objetivo.
3. Es significativo Mejorar el perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que labora en establecimientos de salud y que brinda servicios a pueblos indígenas, para asegurar el éxito y la sostenibilidad de la propuesta, así como para disminuir la dificultad de incorporación del enfoque intercultural en el ejercicio profesional. Y con el Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas, se logrará el compromiso del personal con las poblaciones indígenas, así como con el objetivo de la propuesta.
4. Es primordial Propiciar la Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto, una Inexistente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal, es factor calve para la articulación de la adecuación cultural y la aceptación, sostenibilidad y éxito de la atención odontológica. Y con el Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento

convencional y tradicional y los Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas se logrará un acercamiento cultural de los servicios a nuestras poblaciones indígenas.

5. Es esencial Lograr la completa asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena, para lograr que el personal de salud se involucre con la población indígena. Y con la Incorporación en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena, se realizará un aporte importante del enfoque intercultural al momento de la atención en salud en las poblaciones indígenas.
6. Es fundamental Fomentar que el POI de los establecimientos de salud tenga enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque, con el propósito de realizar un aporte económico al cumplimiento de la propuesta. Y con la directiva de POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural, se garantizará la inclusión del enfoque intercultural en el proceso de programación y formulación del Plan Operativo Institucional.
7. Es importante fomentar capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas, los cuales deberán ser permanentes para comprometer al personal de salud con la constante obtención de conocimientos en temas de salud e interculturalidad. Y con el Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas, se asegurará el logro de una atención adecuada a la población indígena y así superar las barreras en salud.
8. Es importante Promover la participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, y asegurar la concientización en temas de prevención y

promoción, ya que es un factor clave para la articulación de la adecuación cultural y la aceptación, sostenibilidad y éxito del programa de salud bucal. Y con el Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal, se revalorará el conocimiento tradicional y por tanto su reconocimiento e importancia. Y se constituirá una estrategia importante para la atención preventiva.

9. Es sustancial Propiciar la creación de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural, para establecer lineamientos en la atención de salud bucal con adecuación cultural. Y con las Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural, se permitirá dotar de garantías la práctica odontológica y su integración con la medicina tradicional.

10. Por último, es fundamental Lograr que los Niños y niñas menores de 12 años reciban por lo menos dos atenciones odontológicas por año, para solucionar el problema de las enfermedades bucales, y con el Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas, se garantizará la atención bucal y por tanto una mejora en la calidad de vida de estas poblaciones.

Recomendaciones

1. Se recomienda la implementación de esta Propuesta en el ámbito de los servicios de salud de pueblos indígenas de Satipo en la Dirección de Salud de Junín y que sea inmediatamente asumido por el gobierno central y regionales.
2. Se recomienda que el producto “Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena” y los Subproductos “Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional” y “Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural” sea inmediatamente implementado y asumido por el gobierno central y regionales y así incorporar el enfoque intercultural en la política y en el servicio de salud bucal
3. Se recomienda que el producto Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas y el Subproducto “Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena” sea prontamente efectuado en regiones con poblaciones indígenas y sea asumido por ellos para garantizar la implementación de una política de salud intercultural en el servicio de salud bucal.
4. Se recomienda que el producto “Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas tradicionales de salud bucal, así como atención primaria de salud bucal y prácticas preventivas” y Subproducto “Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud

localizados en pueblos indígenas” y “Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal” sean prontamente implementados en todos los gobiernos regionales con el fin de garantizar la disponibilidad efectiva del servicio de salud bucal y propiciar la participación de la comunidad en todo el proceso.

5. Se recomienda que el producto “POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural” sea rápidamente implementada en los gobiernos regionales con el propósito de mejorar gradualmente la prestación de los servicios y cumplir con los objetivos de atención en las poblaciones indígenas.
6. Se recomienda que el producto “Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas” sea inmediatamente implementado en todos los gobiernos regionales y así incorporar el enfoque preventivo de salud oral en las poblaciones indígenas.
7. Se recomienda a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, se recomienda priorizar planes de desarrollo en cuanto a la implementación de sistemas de capacitación sobre salud bucal intercultural.
8. Se recomienda al Ministerio de Salud promover la participación de la población indígena en el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de los sistemas de salud bucal; así como desarrollar programas de formación y capacitación en medicina tradicional y occidental dirigidos a la población indígena y profesionales de la salud.
9. Se recomienda al Centro Nacional de Salud Intercultural mejorar sus funciones normativas y capacidad para dirigir e incorporar el enfoque intercultural en la política integral de salud, así como la adecuación de la atención de salud bucal dirigida a las poblaciones indígenas.

10. Se recomienda también que el Centro Nacional de Salud Intercultural establezca alianzas estratégicas con el Ministerio de Cultura y la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal y así optimizar los servicios de salud con enfoque intercultural.
11. Se recomienda fortalecer la investigación y motivar a realizar intervenciones poblacionales para el control de enfermedades dentales, así como realizar vigilancia epidemiológica a poblaciones indígenas con la finalidad de comprender sus costumbres y hábitos saludables.
12. Se recomienda integrar la promoción de salud general con la promoción de salud oral, así como no centrarnos en la atención individual y curativa sino en una atención a nivel poblacional, donde se reduzcan las inequidades sociales y se fomente la adopción de estilos de vida saludables que impacten en las enfermedades dentales y que respondan a las necesidades de salud de la población.

Bibliografía

- Agudelo Suárez, A. A., & Martínez Herrera, E. (2009). La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc.Polit.Salud*, Bogotá (Colombia), 16.
- Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Méd. Chile*.
- Albarrán-Paredes, Y., Berbesí-Jerez, Y., Hernández-Rondón, I., & Marín-Altuve, E. (2016). Salud bucal en indígenas latinoamericanos. Una revisión sistemática. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR*, 25.
- Aliaga Rodríguez, G. (2014). *Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en Perú*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Aliaga-Del Castillo, A., Mattos-Vela, M., Aliaga-Del Castillo, R., & Del Castillo-Mendoza, C. (2011). Maloclusiones en Niños y Adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la amazonía de Ucayali, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 5.
- Almaguer G, J., Vargas V, V., & García R, H. (2009). Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo) - Modelo para su implantación en los Servicios de Salud - Campaña nacional por la diversidad cultural de México. México: Secretaría de salud México.
- Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., & García Ramírez, H. J. (2014). *Interculturalidad en Salud: Experiencias y Aportes para el Fortalecimiento de*

los Servicios de Salud. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento-Gobierno de la República de México.

Alzate Naranjo, Y., Rincón Echevem, A., Vargas Gonzales, M., Vásquez Cossio, L., & Agudelo Suárez, A. (2015). Prácticas sociales en la terapia bucal no convencional en los habitantes de una zona rural de Medellín (Colombia). *Revista CES Odontología* ISSN 0120-971X Volumen 28 N°1 Primer Semestre de 2015, 9.

Aucca Ruiz, D. E. (2014). Participación del familiar en la promoción de la salud bucal en el niño y niña de 5 años. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres- Facultad de Obstetricia y Enfermería.

Barbería Leache, E., Boj Quesada, J., Catalá Pizarro, M., García Ballesta, C., & Mendoza Mendoza, A. (2002). *Odontopediatría*. Barcelona(España): MASSON, S.A.

Becerra Gómez, J. D. (27 de Enero de 2015). Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural en pobladores del distrito de Pimentel, 2014. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Biblioteca mexicana del conocimiento. (2014). *Interculturalidad en Salud-Experiencias y Aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México.

Cardona Arias, J. A. (2013). Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena Colombiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 14.

Celis Figueroa, E., Flores Chirinos, C., & Santa Cruz Saavedra, I. (27 de Enero de 2015). Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de

Chiclayo - Lambayeque, 2014. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Centro Nacional de Salud Intercultural. (s.f.). Instituto Nacional de Salud. Obtenido de <http://www.portal.ins.gob.pe/es/18-censi>

Cevallos , R., & Amores, A. (2009). Prestación de servicios de salud en pueblo indígenas- Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud. Quito: Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas.

Chamorro Guerrero, S., & Hernández Jiménez, J. S. (2015). Poblaciones Amazónicas. Estudios de jóvenes investigadores - Caracterización de caries dental, hábitos y prácticas en salud oral en indígenas de las comunidades del corregimiento de tarapacá, departamento del amazonas, colombia. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Cisneros Domínguez, G., & Hernández Borges, Y. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN.

Consejo de Ministros. (2 de Abril de 2016). Política Sectorial de Salud Intercultural.

Decreto Supremo N°016-2016-SA. Perú: Diario Oficial El Peruano.

Correa Aste, N., & Roopnaraine, T. (2013). Pueblos Indígenas y Programas de Transferencias Condicionadas. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Corro Fonseca, E. K. (10 de Diciembre de 2015). Prácticas de Higiene Bucal No Tradicionales en Comunidades Indígenas. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.

Cruz Palma, G. (Junio de 2012). Análisis de los Determinantes Sociales y Necesidades de Salud Bucal, Definición de Prioridades en Población Marginada. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

De Langhe-González. (2013). Determinación de las patologías bucales de la población infantil y adolescente en dos pueblos originarios del NEA argentino. Revista Facultad de Odontología, 92.

Dirección de Red de Salud Barranca. (2010). Manual de Organización y Funciones. Lima.

Dirección Regional de Salud Junín. (2014). Análisis de situación de salud de la región Junín 2014. Huancayo-Junín.

DIRESA JUNIN. (2018). DIRESA JUNIN. Obtenido de <http://www.diresajunin.gob.pe/>

Encarnación Esparza, K., & Morocho Castro, P. A. (2007). Conocimientos y Prácticas de la Medicina Tradicional en los pueblos de los andes bajos, en el periodo republicano temprano 1822 - 1950. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja.

Escobar-Paucar, G., Sosa-Palacio, C., & Burgos-Gil, L. (2010). Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. Salud pública de México/vol.52, 6.

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal. (s.f.). Ministerio de Salud, Gobierno del Perú. Obtenido de https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

Friedenthal, M. (2003). Diccionario de Odontología. Buenos Aires- Argentina: Medica Panamericana S.A.

- García García, V., Ustrell Torrent, J., & Sentís Vilalta, J. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en Odontoestomatología*, 10.
- García Zavaleta, C. (1987). Estudio Exploratorio de las Prácticas Tradicionales en Salud del Grupo Étnico Campa-Ashaninka en el Valle del Pichis: Recursos Empleados en salud Bucal.
- García-Zavaleta, C. (2015). Equidad y Salud Bucal. *Rev. Estomatol. Herediana*, 2.
- Gobierno de Chile-Ministerio de Salud. (2010). Programa Piloto: Promoción y Prevención en Salud Bucal para niños y niñas preescolares de la región Metropolitana. Chile.
- Godoy Macías, A., Navas Perozo, R., Fox Delgado, M., & Quintero de la Hoz, T. (2014). Prevención en salud bucal: revisión de las acciones con enfoque intercultural para los pueblos indígenas. 11.
- González-Chávez, R., & García-Rupaya, C. (2013). Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares. *Kiru*, 8.
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en Salud: Competencias en prácticas de Salud con población Indígena. *Ciencia y Enfermería XVIII*, 8.
- Hernández-Vásquez, A., Vilcarromero, S., & Rubilar-González, J. (2015). Desatención a la Salud Oral Infantil como un problema de Salud Pública en el Perú. *Rev. Peru Med Exp Salud Pública*, 2.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2009). Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda-Resumen Ejecutivo-Resultados definitivos de las Comunidades Indígenas. Lima: INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2010). PERÚ: ANÁLISIS ETNOSOCIODEMOGRÁFICO DE LAS COMUNIDADES NATIVAS DE LA AMAZONÍA, 1993 Y 2007. LIMA.

Instituto Nacional de Salud, C. (12 de Agosto de 2014). Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud. Lima, Perú: MINSa.

Jaramillo D., G., Gaviria S., A., & Gómez O., M. (2007). El expendedor de plantas de la ciudad de medellín: su caracterización social y su saber en salud bucal. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquía-Vol.19 N°1-segundo semestre, 13.

Jordán, F. (2009). Herramientas para la Capacitación. San José, Costa Rica.

Kroeger, A., & Luna, R. (1992). Atención Primaria de Salud - Principios y métodos. (Organización Panamericana de la Salud, Ed.) Pax México, Librería Carlos Césarman, S.A.

López Francis, L. F. (2017). Factores que permiten la compilación de los mitos tradicionales Yanesha en la Institución educativa Bilingüe N°34511 Sector Conaz, Comunidad nativa 7 de junio Villa América, distrito de Palcazu, provincia de Oxapampa, región Pasco. Lima, Perú: Universidad Católica Sedes Sapientiae.

Mac-Ginty Fontecilla, S. (Diciembre de 2016). Funcionamiento y Percepción de las Actividades y Programas de Salud Bucal en Isla de Pascua. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile-Facultad de Medicina.

Mafla, A., Barrera, D., & Muñoz, G. (2011). Maloclusión y Necesidad de Tratamiento Ortodóntico en Adolescentes de Pasto, Colombia. Rev. Fac. Odontología Universidad Antioquía, 07.

- Martínez, G. J. (2010). Los remedios naturales en la prevención y cuidado de la salud oral de los tobas del Chaco Central (Argentina). *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 15.
- Mayor Hernández, F., Pérez Quiñones, J., & Cid Rodríguez, M. (2014). La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. *Revista Médica Electrónica*, 11.
- Ministerio de Cultura. (2014). *Derechos de los Pueblos Indígenas en el Perú*. Lima, Perú.
- Ministerio de Cultura, Perú. (Mayo de 2016). *Buenas Prácticas Interculturales en la Gestión Pública (Experiencias 2014-2015)*. Lima, Perú.
- Ministerio de Cultura, V. (2014). *Diálogo descentralizado con los Pueblos Indígenas de la Selva Central del Perú*. Satipo.
- Ministerio de Salud . (2018). *Programa Presupuestal 0018- Programa Enfermedades No Transmisibles*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud - Chile. (2010). *Programa Piloto: Promoción y Prevención en Salud Bucal para niños y niñas preescolares de la región Metropolitana*. Chile.
- Ministerio de Salud. (1986). *Programa Nacional de Salud Bucal*. Lima.
- Ministerio de Salud. (Septiembre de 2013). *Comunidades Indígenas: Caracterización de su Población, situación de salud y factores determinantes de la salud 2012*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (2014). *Perú, Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2013*. Perú.
- Ministerio de Salud Colombia. (2012). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV - Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal*. Colombia.

Ministerio de Salud y Deportes - Bolivia. (2003). Protocolos de Atención Odontológica (Primer Nivel de Atención). Bolivia.

Ministerio de Salud, D. (2013). Módulo de Promoción de la Salud Bucal, Higiene Oral. Lima, Perú.

Ministerio de Salud, Gobierno del Perú. (Junio de 2008). Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación /Consejería. Lima, Perú: Biblioteca Central del Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud, Gobierno del Perú. (s.f.). Ministerio de Salud. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/institucion_1.asp?sub5=2

Ministerio de Salud, República del Perú. (Noviembre de 2005). Norma Técnica: Atenciones odontológicas básicas en poblaciones excluidas y dispersas. Lima.

Ministerio de Salud-Colombia, S. (Diciembre de 2014). ABECÉ sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal "Para saber cómo estamos y saber qué hacemos". Colombia.

Mireles Acevedo, A. A. (2011). Problemática de Salud Indígena en Puerto Carreño - Vichada. Bogota D.C, Colombia: Politécnico Grancolombiano - Facultad de Derecho.

Misrachi L., C., & Sáez S., M. (1989). Valores, creencias y prácticas populares en relación a la Salud Oral. Cuad. Med. Soc. XXX, 7.

Misrachi Launert, C., Manríquez Urbina, J., Fajreldin Chuaqui, V., Kuwahar Aballay, K., & Verdaguer Muñoz, C. (2014). Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de la isla huapi, Chile. Revista Facultad de Odontología - Universidad de Antioquía - Vol.25 N°2, 17.

Molestina Gaviria, M. S. (Octubre de 2012). Sistematización de Buenas Prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe- Área de Salud de Coto Brus. Costa Rica: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Costa Rica.

Montero Martín, J. (20 de Marzo de 2006). Calidad de Vida Oral en Población General. Granada, España: Facultad de Odontología Universidad de Granada.

Municipalidad Provincial de Satipo. (2016). Memoria Anual 2016. Satipo.

Ochoa Acosta, E., Patiño Gutiérrez, K., Pérez Suescún, C. A., Lambraño Escobar, L. F., & Sierra Caro, E. (2015). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia. Rev. Nac. Odontol., 8.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS.

Organización Panamericana de la Salud, I. (25 de Junio de 2006). Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional. San José, Costa Rica.

Oszlak , O., & Orellana, E. (2002). El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SADCI.

Panduro Del Castillo, M. B. (2015). Nivel de Conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres del estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazón-Distrito Belén, Iquitos 2014. Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Peña Picoy, F. (2017). Experiencia de caries, nivel de conocimientos y prácticas en salud oral de madres de niños menores de 36 meses de edad residentes en

el caserío de plún, distrito del carmen de la frontera en la región piura en el año 2015. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia-Facultad de Estomatología.

Pirona G., M., Rincón, M. C., García, R., & Cabrera, R. (2008). Significados socioculturales de la salud/enfermedad bucal en los indígenas añú. *Ciencia Odontológica*, 8.

Polanco Narváez, H. Á., Acuña Ramos, C. P., González Echavarría, E. Y., & Arenas Granados, S. Y. (2011). Prevalencia de caries dental en una comunidad escolar de la etnia wayúu en la guajira colombiana y su manejo con su medicina ancestral. *Acta Odontológica Colombiana*, 28.

Programa SISTEC. (2016). Diagnóstico Situacional de Salud y de Aseguramiento Universal en Salud Región Junín. Junín: Programa SISTEC.

Quispe La Rosa, M., & Quintana Del Solar, C. (2017). Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida en niños preescolares de la institución educativa "José Antonio Encinas" N° 1137 en el distrito de Santa Anita, Lima. Lima, Perú: *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*.

Ramírez Hita, S. (2014). Aspectos Interculturales de la Reforma del Sistema de Salud en Bolivia. *REV PERU MED EXP SALUD PÚBLICA*, 7.

Ramírez, M., Suárez Paniagua, S., & De la Fuente Hernández, J. (2015). Componentes culturales que influyen en la salud bucal. *Salud(i)Ciencia*, 7.

República del Perú, D. (2008). La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado -Informe Defensorial N°134. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.

Reyes, J., Paz Soldan, R., Palian, R., & García, V. (2011). Salud Oral en los Pacientes Atendidos en un establecimiento psiquiátrico de Lima. Hospital Hermilio Valdizan. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán"*, 10.

- Rojas Camacho, F. (2017). Cepillado Dental en niños de 1 a 11 años según la encuesta demográfica y salud familiar a nivel nacional Perú, 2015. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rolón Lara, M., & Samudio, M. (2014). Conocimiento, actitud y práctica de los médicos pediatras sobre factores preventivos de la salud oral en la primera infancia. *Pediatr.(Asunción)*, Vol.41;N°3, 10.
- Silva Medina, A. R. (2014). Nivel de conocimiento sobre salud bucal en personal al menor de treinta años de edad que laboran en el centro de salud El Progreso, distrito de Chimbote-Departamento de Ancash, mayo 2014. Chimbote, Perú: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote.
- Silva Reggiardo, E. (2013). ¿Existió un rasgo de práctica odontológica en el antiguo Perú? *Odontol. Pediatr.* Vol 12 N° 1 Enero-Junio, 12.
- Torri, M. C. (2011). Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *The International Journal of Health Planning and Management*.
- Triana, F. E., Rivera, S. V., Soto, L., & Bedoya, A. (2005). Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. *Colombia Médica*, 6.
- Universidad de Deusto San Sebastián, F. (s.f.). *Análisis del Juego de Actores - Método Mactor*.
- Velásquez Calcina, J. (2016). Efectividad del Programa Educativo: "Niño sin caries, niño feliz", para los agentes comunitarios de salud, en el centro poblado Virgen del Carmen: La era, Lima, 2015. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.

Wolf, H., Rateitschak, K., & Rateitschak, E. (2009). Atlas en Color de Odontología - Periodoncia. MASSON.

Zambrano, V., & Reinaldo, E. (2009). La familia indígena timote y sus prácticas de salud bucal. Costumbres, creencias y valoraciones. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 13.

Zelocuatecatl Aguilar, A., Sosa Anau, N., Ortega Maldonado, M., & De la Fuente Hernández, J. (2010). Experiencia de caries dental e higiene bucal en escolares de la comunidad indígena del estado de Oaxaca. Revista Odontológica Mexicana, 6.

Anexos

Anexo 1: Matriz de Consistencia

TITULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	PRODUCTOS
<p>Desarrollo de un Modelo de Atención de Salud en Pueblos Indígenas. Satipo-Junín. Período 2018-2020</p>	<p>PG: INADECUADA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTERCULTURAL en Pueblos Indígenas de la Provincia de Satipo-Junín</p>	<p>OG: Mejorar la Atención en Salud Bucal en Pueblos Indígenas. Satipo-Junín. Período 2018-2020</p>	
	<p>PE1: Inexistencia de un modelo de atención Odontológica que con enfoque intercultural para la población indígena.</p>	<p>OE1: Desarrollar un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena.</p>	<p>P1: Modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural para la población indígena.</p>
	<p>PE2: Inadecuado perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brinda servicios a pueblos indígenas.</p>	<p>OE2: Mejorar el perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que labora en establecimientos de salud y que brinda servicios a pueblos indígenas.</p>	<p>P2: Nuevo perfil, competencias y habilidades del personal de salud y cirujanos dentistas que laboran en establecimientos de salud y que brindan servicios a pueblos indígenas.</p>
	<p>PE3: Falta de Adecuación Cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto, una inexistencia de articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal.</p>	<p>OE3: Propiciar la Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal; por tanto, una existente articulación del conocimiento convencional y tradicional para abordar temas de salud bucal.</p>	<p>P1-Subproducto1: Documento técnico de Adecuación cultural de la consulta, tratamiento consejería y orientación en salud bucal, donde se articule el conocimiento convencional y tradicional. P3: Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios, con el fin de aprender sobre conceptos y prácticas.</p>
<p>PE4: Incompleta asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.</p>	<p>OE4: Lograr la completa asignación de funciones donde se indique el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.</p>	<p>P2- Subproducto 1: Incorporar en las funciones del personal el enfoque intercultural que debe tener la atención de salud si se labora con población indígena.</p>	

TITULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	PRODUCTOS
	PE5: El POI de los establecimientos de salud no tiene enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque.	OE5: Fomentar que el POI de los establecimientos de salud tenga enfoque intercultural, por lo que no se puede brindar servicios con este enfoque.	P4: POI de establecimientos de salud con enfoque intercultural.
	PE6: Falta de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.	OE6: Fomentar capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.	P3-Subproducto1: Plan de capacitaciones en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en establecimientos de salud localizados en pueblos indígenas.
	PE7: Falta de participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, para asegurar la concientización en temas de prevención y promoción.	OE7: Promover la participación y diálogo comunal para mejorar la salud bucal, y asegurar la concientización en temas de prevención y promoción.	P3-Subproducto 2: Programa de participación y diálogo comunal, así como campañas de concientización en temas de prevención y promoción de salud bucal.
	PE8: Falta de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural.	OE8: Propiciar la creación de directivas y manuales de salud bucal donde se aborden temas de adecuación cultural.	P1-Subproducto 2: Directivas y manuales de salud bucal con adecuación cultural.
	PE9: Niños y niñas menores de 12 años sin atenciones odontológicas a lo largo de su vida.	OE9: Lograr que los niños y niñas menores de 12 años reciban por lo menos dos atenciones odontológicas por año.	P5: Programa de fluorización, aplicación de sellantes y PRAT dirigido a niños y niñas menores de 12 años de las comunidades indígenas.

Anexo 2: Producto 1

PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA

1.- Objetivo:

Desarrollar un modelo de atención Odontológica que combine la medicina tradicional y occidental, involucrando a las familias indígenas a la participación en el cuidado de su salud bucal.

2.- Antecedentes:

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

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

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

Para lograr el éxito del modelo propuesto es importante establecer alianzas estratégicas con equipos multiprofesionales, en las que los esfuerzos

realizados actúen de manera sinérgica y organizada para atender las necesidades de los pobladores indígenas y lograr en estos la cultura del autocuidado, de tal manera que tanto las personas como sus familias tengan más protagonismo y participación en el cuidado de su salud y, por otro lado, el modelo de atención se anticipe a la aparición de la enfermedad o que responda de manera oportuna para recuperar el estado de bienestar.

3.- Componentes:

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

1.- El servicio de odontología debe contar con un diagnóstico de salud diferenciado en la comunidad indígena a atender, para identificar las enfermedades bucodentales características por grupo etario y los factores determinantes de la salud que repercuten en estas enfermedades, con el objetivo de entender la salud de esta población y su interacción con múltiples factores, contextos y procesos que forman parte de la cosmovisión de la comunidad. El modelo intercultural que se propone se centra en los determinantes sociales de la salud del territorio indígena entre los que se mencionan, nivel de ingresos económicos, nivel de escolaridad, técnicas y frecuencia de cepillado, enfermedad periodontal y actividad física, entre otros.

2.- Los pobladores del territorio indígena presentan en común los factores de riesgo de técnica y frecuencia de cepillado dental, por lo que se recomienda implementar actividades de promoción de la salud enfatizando en estos factores y utilizando el escenario familiar, por las razones siguientes: se puede captar miembros de diferentes grupos etarios y edades en un mismo lugar; y en el caso de los niños de 0 a 6 años se debe comprometer a los adultos de quienes depende su salud bucodental. Para los niños de 6 a 12 años también es importante utilizar el escenario escolar

debido a la facilidad de captar a esta población en el mismo lugar, por el tiempo que pasan en los centros educativos y la posibilidad de que el personal docente se pueda convertir en un aliado estratégico en la realización de actividades promoción de la salud. Se aplican las mismas razones y escenarios para los adolescentes de 13 a 19 años.

3.- En el caso de los adultos, cuya captación en los centros de atención es más difícil por la poca asistencia que presentan debido a horarios o compromisos laborales, se debe utilizar el escenario familiar para intervenciones de promoción de la salud y además aprovechar actividades como lo son reuniones de padres de familia en los centros educativos. En cuanto a actividades curativas referentes a la enfermedad periodontal y piezas cariadas, al igual que en el adulto mayor, es conveniente otorgar citas previas a pacientes identificados con riesgo, de moderado a alto.

4.- En los grupos etarios tales como adulto, adulto mayor, niños de 0 a 5 años y adolescentes de 13 a 19 años se debe priorizar las actividades de intervención debido a que son los sectores más expuestos a factores de riesgo, lo cual se refleja en la condición bucodental expuesta por el Ministerio de Salud.

5.- En el modelo intercultural propuesto, es importante que los funcionarios de odontología sectoricen la comunidad, con el objetivo de que conozcan a las personas, las familias y la comunidad del territorio en el que están insertos y del que provienen sus usuarios. Es relevante que conozcan a las familias con las que tienen contacto, por cuanto el grupo familiar es el ámbito social primario del individuo, la matriz de socialización, que determina sus conductas, factores protectores o de riesgo para la salud, su vivencia y rol de la enfermedad, su perfil de uso del sistema de salud y el potencial de resultados terapéuticos favorables; además se tiene un mayor control de la ubicación de las personas con riesgo moderado a alto, a las cuales se les puede matricular en un programa de seguimiento que implique programas de los diferentes niveles de prevención.

Para realizar esta sectorización:

5.1.- Se deben establecer los criterios para subdividir a la población en conglomerados más pequeños, para lo cual es conveniente trabajar en conjunto con funcionarios auxiliares técnicos de atención primaria en salud (ATAPS), ya que ellos mapean la región que les corresponde visitar en el área de salud, y manejan información relevante, que es de gran utilidad.

5.2.- Se deben determinar los límites geográficos de los sectores o delimitar grupos poblacionales específicos, como por ejemplo los que presentan más riesgo bucodental debido a que presentan mayor influencia de los factores determinantes de la salud, como son adultos de 20 a 59 años, adulto mayor y niños de 0 a 5 años.

5.3.- Hay que conformar los equipos de trabajo multiprofesional con tareas y funciones definidas.

5.4.- Cada equipo debe reconocer las características epidemiológicas, geográficas, sociodemográficas, de vivienda, etc., e identificar los recursos comunitarios u otros disponibles en el área. Esta acción se puede realizar mediante una alianza estratégica con los funcionarios auxiliares técnicos de atención primaria de salud, los cuales tienen experiencia y conocimiento sobre técnicas de sectorización de la comunidad.

5.5.- Se deben abrir espacios de comunicación, para construir relaciones de confianza y complementariedad en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad, para lo cual se recomienda establecer mesas interculturales de diálogos que garanticen autodeterminación, autonomía y cumplimiento de las normas.

5.6.- Es importante mantener un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implantar con las acciones de salud interculturales.

5.7.- En este modelo de atención se debe dar énfasis a la promoción de salud y prevención de la enfermedad, donde hay que recalcar las necesidades y los factores determinantes de la salud, entre los que destacan mejorar y promover adecuadas técnicas de cepillado dental y su frecuencia.

Al mejorar estos dos factores de riesgo, también se estaría contribuyendo a disminuir la prevalencia de la enfermedad periodontal, que es otro de los factores determinantes de la salud que afecta a la comunidad.

5.8.- Debido a que uno de los factores determinantes de la salud más significativos para esta población son los bajos ingresos económicos y este puede limitar el acceso a los servicios de salud, se recomienda tomar en cuenta la capacidad instalada del servicio de odontología del Área donde se labora y brindar atención en la propia comunidad, siempre y cuando se tenga la infraestructura adecuada. Y de esta manera es posible garantizar el acceso oportuno a la atención de la salud.

5.9.- Desarrollar programas permanentes de formación y capacitación continua a los funcionarios de salud sobre la realidad sociocultural en la que se inserten los servicios de salud con enfoque intercultural, y se aborden temas tales como grupos vulnerables, modelos de atención, características particulares de la población indígena, factores determinantes de la salud, transculturación e interculturalidad, entre otros. Los equipos de salud deben tener habilidades, conocimientos y destrezas para trabajar con familias en forma escalonada y progresiva según riesgo.

5.10.- Participación de equipos de salud en actividades culturales convocadas por las comunidades, en las cuales se puede promover la actividad física de los pobladores con eventos deportivos, aeróbicos, bailes, etc.

5.11.- Dedicar más tiempo para actividades comunitarias, prevención, visita domiciliar y formación de líderes comunitarios comprometidos en promover la salud de sus comunidades.

5.12.- Los funcionarios deben trasladarse hasta las comunidades para que conozcan las mismas experiencias que viven los indígenas, y así comprendan hacia dónde deben dirigirse sus prioridades.

5.13.- Para facilitar la implantación de programas y la comunicación fluida con la población indígena es necesaria la colaboración de facilitadores interculturales, en este caso, miembros líderes de la comunidad que se comprometan desinteresadamente en ayudar a la población.

5.14.- Se debe dar una articulación estratégica con diferentes servicios de salud para visitar la comunidad e implementar proyectos. Como, por ejemplo: técnicos de atención primaria, equipo básico atención integral, servidora social, psicología, etc.

5.15.- Priorizar la atención de curación y rehabilitación individual para aquellas personas con riesgo de moderado a alto de padecer una enfermedad bucodental, mediante el otorgamiento de citas previas.

5.16.- Los equipos de atención deben participar en el fortalecimiento, recuperación y desarrollo del concepto originario de atención de la salud indígena para facilitar los procedimientos de interculturalidad en el territorio.

Tomado de:

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

Laury Vargas Rodríguez

Yahaira Madrigal León

Revista Odontología Vital Jullio – diciembre 2016. Año 14, Volumen 2, N°25

PRODUCTO 1

SUBPRODUCTO 1: Documento técnico de adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal

Introducción:

El Ministerio de Salud en cumplimiento de la función rectora, de conducción y promoción de intervenciones en los establecimientos de salud que aseguren la satisfacción de necesidades de la población en salud bucal, desarrolla los instrumentos técnicos normativos requeridos, para su cumplimiento en el ámbito nacional.

La orientación y consejería en Salud Bucal que se ofrece en los establecimientos de salud del MINSA, es un proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las comunidades indígenas, cuiden su salud bucal tomando decisiones voluntarias, informadas y satisfactorias.

El Centro Nacional de Salud Intercultural a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, frente al reconocimiento de la pluralidad cultural existente en nuestro país, que algunas veces, actúa como una barrera de acceso de la población a los servicios de salud, ha elaborado el Documento Técnico de “Adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal” para mejorar la información que ofrece el personal de salud en los servicios ubicados en entornos pluriculturales.

La implementación del servicio de orientación y consejería en salud Bucal, culturalmente adecuados, incorpora prácticas tradicionales y conocimientos modernos, en un ambiente acogedor, un lenguaje comprensible que fortalece la relación prestador - usuario, a través de la comunicación horizontal y con el mayor estímulo para la participación activa de las/os usuarias/os basada en el respeto a sus derechos, su cultura, sus valores y concepciones relacionadas a la salud bucal. De este modo se busca propiciar un cambio en las motivaciones e ideas del personal de salud, fortaleciendo su visión holística de la salud y la forma de brindar información, a través de una relación intercultural en las sesiones educativas y la

orientación/consejería, para responder a las preocupaciones de las usuarias/os de servicios de salud y facilitar la libre toma de decisiones en el cuidado de su salud bucal en el marco de los derechos y la equidad.

I.- Finalidad:

Contribuir al fortalecimiento de la calidad en la atención integral, optimizando la relación usuaria/os y personal de salud, a través, de la adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal.

II.- Objetivos:

2.1.- Objetivo General:

Establecer las orientaciones técnicas para el desarrollo eficaz de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal con adecuación cultural, en los establecimientos del primer nivel de atención de salud, bajo el marco del Modelo de los 5 pasos establecido por el MINSA.

2.2.- Objetivos Específicos:

2.2.1.- Hacer uso de la información sobre las costumbres, prácticas y expectativas de la población para la adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, en cada ámbito real de los establecimientos del primer nivel de atención.

2.2.2.- Implementar la adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal con participación activa de la comunidad, sobre la base del respeto a las tradiciones culturales y la satisfacción de las necesidades de información.

III.- Base Legal:

-Resolución Ministerial N° 437-2005-MINSA, que aprobó la NT N° 028-MINSA/DGSP-V01: Norma Técnica para la Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas.

-Resolución Ministerial N° 792-2006- MINSA, que aprobó el documento técnico “Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad-Marco Conceptual “.

IV.- Ámbito de Aplicación:

El presente documento técnico es de aplicación del personal directivo y operativo de las Direcciones regionales de salud (DIRESA) y establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud ubicados en zonas con características culturales diversas (Andinas y Amazónicas) y que realizan actividades de consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal.

V.- Contenido:

A.- Aspectos Conceptuales Básicos:

La transversalización de los enfoques sobre derechos humanos y equidad de género en la adecuación cultural de la orientación/consejería, ameritó homologar las definiciones de términos básicos, que en su mayoría han sido aprobados con documentos normativos del sector.

1) Cultura:

“Son las conductas, prácticas y normas de relación al interior de un determinado grupo social, que se sustentan en pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del tiempo” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.14)

2) Interculturalidad:

Interculturalidad reconoce el derecho a las diferentes culturas de los pueblos, expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo. “La interculturalidad está basada en un diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.14)

3) Cosmovisión o Visión del Mundo:

“Es el conjunto de ideas con las que cada grupo humano o cultural interpreta el universo y actúa en él” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.14)

4) Adecuación Cultural en Salud:

Proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. En este marco, el servicio deberá disponer de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual completa, en lenguaje comprensible para usuarias y usuarios, respetuoso de su visión del mundo en la redacción y representación gráfica. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.14)

5) Salud Bucal:

El estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial. Involucra asimismo un componente psíquico: que el individuo no esté perturbado por algún aspecto estético de su aparato dentario. (Friedenthal, 2003,p.840)

6) Orientación y Consejería:

“Proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas individuales o comunidades, tomen decisiones voluntarias, informadas y satisfactorias, además de brindar apoyo para el análisis y búsqueda de solución a sus problemas” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.15)

7) Adecuación Cultural de la Orientación y Consejería:

Es un conjunto de actividades de orientación/consejería, diseñado desde la visión del mundo de las/os usuarias/os, por tanto, implica un paso previo que es el conocimiento y acercamiento a la misma, en el marco de la equidad de

género y el respeto por los derechos de los/as usuarios/as de servicios de salud. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.15)

8) Interculturalidad en Salud:

Interculturalidad en Salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.15)

Ello no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o de coerción, de ninguna de las partes. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.15)

9) Relación Intercultural:

“Es una relación de intercambio, sinónimo de horizontalidad, aceptación, respeto, reciprocidad entre personas con culturas diferentes” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.18)

10) Género:

“Comprende las características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas, son propias de una cultura, son históricas, se van transformando con y en el tiempo. Genera actitudes, comportamientos, valores, símbolos y expectativas diversas, según grupos sociales” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.18)

11) Equidad de Género en salud:

“Es asegurar que las mujeres y los hombres tengan las mismas oportunidades para gozar de buena salud, evitando la enfermedad por

causas que son injustas y evitables” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.18)

12) Equidad en Salud:

Es la reducción de desventajas y desigualdades innecesarias, que afectan a las poblaciones más desprotegidas, implicando de esta manera a que todos tengan las mismas oportunidades para gozar de condiciones de vida y servicios que les permitan estar en buena salud. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.18)

13) Derechos y Deberes:

“Los conceptos sobre derechos y deberes adquieren gran significado para superar las inequidades de género y responder apropiadamente a las necesidades de salud” (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.19)

14) Derechos Humanos:

Son facultades de cualquier ser humano por el hecho de serlo; su satisfacción es indispensable para el desarrollo de su propia persona, de su comunidad y del país en que vive. Los principales son el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.19)

15) Deberes:

Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás. (Ministerio de Salud, Gobierno del Perú, 2008, p.19)

16) Prevención:

Objetivo de máxima importancia en el quehacer odontológico, sea privado o en Salud Pública, configurándose así no solamente el arte de curar sino también el de prevenir. En el actual y amplio concepto, es no sólo evitar daños, sino que, habiéndose producido éstos, significa detenerlos o limitarlos para que no sigan su evolución y acarreen males peores a los ya causados. Tan importante es este objetivo, que la Odontología Preventiva es hoy una rama fundamental en plena evolución. (Friedenthal, 2003,p.749)

Tabla 1

Diferencias y Coincidencias en las Prácticas de salud de la medicina moderna y la medicina tradicional

Prácticas de salud en la medicina moderna	Prácticas de salud tradicionales
DIFERENCIAS	
Basadas en teorías y experiencias científicas y académicas, usadas en el mantenimiento de la salud, así como, en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.	Basadas en las propiedades curativas de plantas, animales y/o minerales; terapias espirituales o técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación, para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.
Utiliza las plantas por sus propiedades químicas y como materia prima para elaborar medicamentos	Utiliza las plantas por su naturaleza fría (calabaza, camote, haba) y calientes (ruda, romero, eucalipto)
Se imparte en las universidades y/o institutos de educación superior.	Se transmite de generación en generación
Tiene reconocimiento oficial.	Tiene reconocimiento comunal
Salud: Es el más completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.	Salud: capacidad para desarrollar, sin limitaciones las actividades cotidianas, biológicas, laborales y sociales.
Enfermedad: Conjunto de modificaciones psico-orgánicas que siguen a la acción de una causa agresora.	Enfermedad: Ruptura de la armonía interna con el entorno; implica pérdida de alegría y de las ganas de hacer cosas, es decir, del impulso vital.
Causas de la enfermedad:	Causas de las enfermedades:
La mayoría de las enfermedades están ocasionadas por más de uno de los siguientes factores que actúan simultáneamente:	Naturales:
Medioambiente: con todo el conjunto de factores que influyen sobre la existencia, exposición y susceptibilidad de agentes, para provocar una enfermedad.	-Desbalance frío/calor del organismo. Ej. El frío puede producir suspensión de la menstruación, el calor: infecciones urinarias.
-Físicos: clima frío (neumonía), contaminación (asma bronquial).	-Influencia de los astros: la migraña se considera ligada a los ciclos lunares. El viento también produce "el mal aire" cuando la persona se expone intempestivamente al mismo.
-Demográficos: Población que vive en condiciones de hacinamiento y contribuye a la propagación de agentes infecciosos (tuberculosis)	Intervención de fuerzas sobrenaturales:
-Socioeconómicos: ocupación laboral: exposición a agentes químicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los mineros)	-El "mal de ojo" (orihua): Personas con "energía fuerte" miran a otras "débiles", sobre todo niños, enfermos, ancianos y les generan diarrea y/o malestar general del cuerpo.
Biológicos:	-El daño o brujería: Con toda intencionalidad, se encarga a un layqa (brujo), que tiene pacto con el supay (diablo), que ocasiona lesiones o daños en una persona.
-Agentes: virus (VIH, gripe, rubéola, varicela), bacterias (estreptococo, gonococo), parásitos (áscaris, giardia, amblia, tenia).	-El operado, cutipada o mipa: Una mujer embarazada mira algún agente de la naturaleza que tenga una forma o color "fuerte" y eso influye en el niño que está gestando. Por ejemplo: mirar ladrillos puede generar que el niño nazca amarillo, con ictericia.
-Huésped: Situación de la inmunidad de la persona, es decir, de su capacidad de defenderse de las enfermedades, fundamentalmente relacionada a su estado nutricional.	
COINCIDENCIAS	
Conviven en un mismo espacio	
Comparten los/as usuarios/as	
Comparten muchas veces las/os mismas/os agentes comunitarios de salud: promotores.	
Buscan la satisfacción del/la usuario/a: curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prologar la vida.	

Fuente: Ministerio de Salud, 2008

B.- Aspectos Metodológicos:

Los aspectos conceptuales previos, permiten definir aspectos metodológicos básicos, que el personal desarrollará para la adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, basada en una comunicación horizontal, respeto de los derechos en salud, y promoviendo la equidad de género.

1.- El Modelo de los Cinco Pasos como Instrumento Básico para el Desarrollo de la Orientación y Consejería con Adecuación Cultural.

La adecuación cultural de la orientación y consejería en salud bucal se planifica sobre la base de la cultura comunal, sus valores y concepciones relacionadas a la salud y la enfermedad. Para su ejecución se aplica el modelo de los cinco pasos, que a continuación se ilustra en el siguiente diagrama.

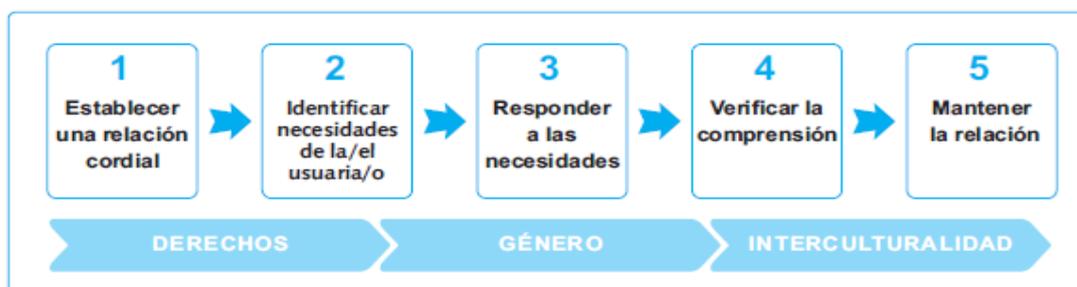


Figura 1: Modelo de los cinco pasos para el desarrollo de la orientación y consejería con Adecuación Cultural

Fuente: Ministerio de salud, 2008

Cabe precisar que los pasos son interactivos, la cordialidad estará presente en todo el proceso, constituye un estímulo para la participación activa y libre, así también el reconocimiento de los derechos, la promoción de la equidad de género y el respeto por la cultura comunal o interculturalidad.

1.1.- Desarrollo del Modelo de los Cinco Pasos de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal con Adecuación Cultural:

1.- Primer paso: Establecer una relación cordial

El objetivo de este momento es crear un clima de confianza y comunicación fluida entre el personal de salud y la/os usuaria/o.

Para lograr este objetivo se plantea algunas acciones que deben surgir espontáneamente del personal de salud, como muestra de su interés y disponibilidad de trabajo, no son las únicas, pero sí las más relevantes:

- Salude amigablemente, extendiendo la mano como gesto de cordialidad y/o una suave palmada en el hombro, así ayuda a producir un clima de confianza.
- Pregunte con voz cálida el nombre de la/el usuaria/o, verifique con la historia clínica y a la vez identifíquese claramente diciendo su nombre y cargo, ello permite calmar la ansiedad y/o miedo de la usuaria/o que acude por primera vez al servicio. Recuerde que la voz y el tono refleja en gran medida el estado de ánimo, así puede denotar persuasión, preocupación, cansancio, desinterés etc.
- Recepcione a la usuaria/o en un ambiente adecuado culturalmente, es decir que se perciba familiar y acogedor decorado con medios propios de la zona, favorece un encuentro consigo mismo, así como la libre expresión de actitudes.
- Invite a tomar asiento a la usuaria/o, y siéntese al costado de ella o él, para generar vínculos positivos de comunicación.
- Brinde muestras de privacidad y confidencialidad, acordando con la usuaria/o, algunas acciones como el cerrado de la puerta, la protección de biombos, otro etc. La mayoría de usuarias/os hablara más libremente si tiene la impresión de que la conversación no es escuchada por otros. Es preferible que no haya objetos móviles en el lugar de la consejería para evitar distracciones.
- Sí la usuaria/o se muestra ansiosa y/o callada, es conveniente romper el silencio con un comentario sobre algún acontecimiento reciente en la comunidad o solicitando opinión sobre la ambientación cultural del espacio de la consejería.

El personal que trabaja en esta zona debe dedicar parte de su tiempo a conocer los estilos de vida, los patrones culturales de la comunidad, su lengua principal, su religión, sus creencias y costumbres, el rol de la mujer y el varón en la familia, las expectativas de las usuarias/os referente a los cuidados de la salud bucal.

Por otra parte sus acciones deben desarrollarse con respeto a los derechos ciudadanos de las personas usuarias de los servicios de salud bucal.

2.- Segundo Paso: Identificar necesidades de la/los usuarios/as

El objetivo de determinar las características de las necesidades de las/os usuarias/os.

En una consejería con adecuación cultural el logro de este objetivo implica acciones como:

-Usar un lenguaje apropiado a las características socio culturales de la usuaria/o, recuerde que una barrera de comunicación es el idioma, prevea el apoyo necesario.

-Mantenga las relaciones de confianza, utilizando la comunicación asertiva que significa comprender al otro aunque no se esté de acuerdo totalmente con sus puntos de vista.

-Explore, a través de preguntas abiertas, sobre las formas de cuidar la salud bucal, incentivando a que la usuaria/o exprese sus ideas sin temor, respete en todo momento sus valores.

-Explore el área afectiva preguntando sobre la organización familiar, las valoraciones que la usuaria/o recibe de su entorno familiar, escuela y amigos.

-Recuerde que la comunicación no es sólo un intercambio de ideas sino de sentimientos, actitudes y emociones. Aplique las técnicas de escucha activa, destacando su atención en el lenguaje verbal y no verbal, en este último debe tener en cuenta que:

- Las expresiones faciales y postura corporal son indicadores de las emociones.
- El exceso de transpiración puede ser un indicador de tensión y temor.
- Los movimientos de tensión frecuentes de las manos también constituyen indicadores de tensión y nerviosismo.

-Colabore en todo momento con la usuaria/o para caracterizar sus necesidades.

En Perú es un país de muchas lenguas. Algunas de las zonas donde existe más de una lengua nativa, han previsto – dadas las necesidades – la existencia de intérpretes que en algunos casos son los promotores de salud, personas de la comunidad u personal de salud que vive en la zona.

Este es un derecho que cuenta con una imagen clara y definida en la noción que tienen usuarias/os sobre el trato respetuoso, amable e individualizado y sin discriminación.

Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

3.- Tercer Paso: Responder a las necesidades de la/os usuaria/os

El objetivo, es dar respuesta a las necesidades de las/os usuarias/os.

Para lograrlo en una orientación/consejería con adecuación cultural, se propone acciones como:

- Establezca una relación intercultural, respondiendo a las necesidades de las/os usuarias/os, con una actitud de apertura para aceptar coincidencias y sugerir y/o negociar cambios frente a prácticas que generen daños a la salud.
- Brinde la información con un lenguaje claro y voz cálida; ello aliviará la ansiedad.
- Muestre interés por la salud de la usuaria/o aclarando dudas, temores, brindando apoyo emocional, a través del trato afectivo, gestos amables.
- Respete los patrones culturales y espirituales o religiosos, evitando entrar en discusión de valores o hacer calificaciones al respecto.
- Transmita a las/os usuarias/os, la importancia de la responsabilidad, promoviendo el sentimiento de autogestión para el cambio o la toma de decisiones libre.
- Identifique de manera conjunta los problemas de salud bucal, teniendo en cuenta el contexto en el que vive.
- Introduzca el concepto de salud como un derecho humano, facilitando el reconocimiento del estado de salud y valores personales de la/os usuaria/os.

Brinde orientación sobre el cuidado de la salud bucal, poniendo a disposición de las/os usuarias/os, los recursos existentes en el Ministerio de salud, utilizando un lenguaje sencillo, aclare dudas sobre sus efectos y contraindicaciones.

- Fortalezca la autoestima, reconociendo sus valores, la responsabilidad por el autocuidado de la salud individual y familiar.
- Facilite al usuario/a a expresar su postura sin estar sometido a ninguna presión.

4.- Cuarto Paso: Verificar la comprensión de la/os usuaria/os

El objetivo es: Comprobar que la usuaria/o tenga la información adecuada.

Al respecto se sugiere:

- Dialogue con la usuaria/o sobre la comprensión de la información brindada. Evite pedir que le repita lo tratado, pregunte que le gustó más de lo conversado, que saber nuevo ha logrado y cómo piensa aplicarlo en su vida diaria y en el cuidado de su salud bucal.
- Incentive a la usuaria/o a preguntar si tiene dudas, escuche con atención y aclare las dudas o temores.
- Complemente información utilizando ejemplos de la vida diaria.

Como ya se ha visto anteriormente en este documento, las/os usuarias/os se desenvuelven en la actualidad en dos sistemas de salud paralelos, a los que recurren de manera alterna: el moderno, a través de los establecimientos de salud, y el tradicional, que forma parte de conocimiento comunal. El usuario/a tiene el derecho de rehusar el tratamiento y el personal tiene la responsabilidad de explicar las posibles consecuencias que puede tener su rechazo.

5.- Quinto Paso: Mantener la relación cordial

El objetivo consiste en: Establecer los mecanismos apropiados para el seguimiento:

Por todas las acciones realizadas es evidente que la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal es un proceso de interacción positiva, por tanto, se sugiere:

- Promueva permanentemente las relaciones de confianza, a través del reconocimiento mutuo, poniendo en práctica sus saberes de comunicación asertiva, autoestima y negociación.
- Respete las expresiones socioculturales, convencido que es preciso aprender a convivir y que las culturas no son completas en sí mismas, sino que se necesitan entre sí.
- Establezca acuerdos y/o compromisos para el cuidado de la salud bucal en casa.
- Programe el seguimiento con la aceptación de las/os usuarias/os.
- Muestre su disponibilidad de ayuda.

2.- Procedimientos previos a la adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal:

La incorporación de la interculturalidad y adecuación de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal a las necesidades, valores, expectativas y cultura de los diferentes grupos humanos (de las regiones andina y amazónica, poblaciones migrantes, grupos étnicos de jóvenes y adolescentes) etc. requieren la identificación y desarrollo de estrategias, a partir del conocimiento de cada realidad, así como, el desarrollo de relaciones interculturales entre el personal de salud - las/os usuarias/os y comunidad, para ir construyendo participativamente la adecuación cultural, y su sostenibilidad.

Por tanto, el proceso requiere de procedimientos previos como:

2.1.- Trabajo con actores claves:

- Reúnase con todo el personal del establecimiento de salud, socialice el objetivo de la adecuación cultural de la orientación/consejería y valorando

las diferencias, genere el compromiso de prepararse para implementarla, a través del trabajo en equipo.

- Recojan información, a partir de sus reuniones de trabajo y/o sesiones educativas sobre:
 - Conocimientos y prácticas tradicionales en el cuidado de la salud bucal.
 - Grado de aceptación de los servicios de salud bucal modernos, identificando las prácticas que se dan en el servicio y que generan rechazo, así también como se pueden modificar para que sean aceptadas por la población.
 - Expectativas de las usuarias/os sobre cómo les gustaría que los atiendan durante la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, desde el espacio físico hasta el ejercicio de sus derechos como trato, información, idioma, privacidad, horarios para la atención propiamente dicha, etc.
- Identifiquen los problemas de salud bucal más frecuentes en la comunidad, así como las causas y consecuencias de los mismos, a partir de las experiencias personales de las/os usuarias/os.
- Sensibilicen a los líderes comunales (promotores de salud, autoridades de educación, de municipios, mujeres de comités organizados) sobre la necesidad de atender las expectativas de las/os usuarias/os, utilizando la información encontrada.
- Identifiquen con los líderes comunales los recursos propios y externos existentes, para la adecuación cultural y aceptación de los servicios de salud bucal.
- Invite y comprometa a los líderes comunales a colaborar en la gestión de recursos como es el mobiliario propio de la zona para el espacio de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal.
 - Convoquen a mujeres, hombres y adolescentes para una jornada comunal consistente en la ambientación apropiada del espacio de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, recuerde que el objetivo es eliminar las barreras de la comunicación y generar confianza para estimular al diálogo.

- Estimule su creatividad y la de su equipo de trabajo, elaborando materiales de apoyo que faciliten la comprensión de la información a brindar.
- Socialice con su equipo de trabajo las manifestaciones culturales que han identificado en la comunidad y su forma de abordar durante la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, respetando las diferencias, complementando las coincidencias y construyendo en forma participativa nuevos saberes.
- Entrélese en aprender lo básico de la lengua nativa de las usuarias/os, identifique con anticipación el apoyo de un intérprete en casos necesarios.
- Acopie y organice el material bibliográfico que el Ministerio de Salud ha distribuido respecto al tema y asigne tiempos para su revisión.
- Recuerde que los derechos de las/os usuarios/as de los servicios de salud son poco conocidos por el personal y las/os usuarias/os, por tanto, se requiere una amplia difusión para asegurar su exigencia entre las/os usuarias/os y el cumplimiento por los prestadores.
- Establezca un sistema de información comunitario práctico para difundir la adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal, para aumentar confianza y la participación activa de la población.

2.2.- Conocimiento de creencias, mitos y temores más frecuentes, respecto a los tratamientos odontológicos modernos y tradicionales:

Las creencias, mitos y temores son causa importante de abandono de los tratamientos odontológicos, sobre todo cuando las/os usuarias/os no encuentran respuesta a sus interrogantes en el proceso de consulta, tratamiento, consejería y orientación. Por ello, es importante que el personal de salud se interese por:

- Conocer cuáles son las ideas, creencias, valores, actitudes y prácticas tradicionales, que tienen las mujeres y los varones de su zona de trabajo, en torno a la salud bucal. Los comentarios pueden surgir espontáneamente desde los/as usuarios/as, o partir de preguntas amplias y abiertas.

- Buscar información lo más amplia posible para responder a estas inquietudes y temores.
- Sí se requiere, aclarar a la usuaria/o dudas, conceptos errados y casos que conoce; indicando que todos los organismos son diferentes y que lo ocurrido a su vecina o amigo, no necesariamente le pasará a ella o a él. Por ejemplo:

C.- Aspectos de Organización

La organización de los servicios de salud en las zonas con características culturales diversas debe responder a un enfoque intercultural para lograr el acceso de la población y la atención integral, mediante la provisión de recursos, como:

1.- Recursos humanos:

El personal de salud necesita tener principalmente capacidades que le permitan mantener una buena relación social con los demás y estar capacitado/a en los temas de salud bucal. El perfil de capacidades que se requiere se detalla a continuación:

Tabla 2

Perfil de capacidades para Personal de Salud

Conocimientos	Actitudes	Habilidades
-Organización y planificación de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal.	-Personas confiables/creíbles, muestran visión de conjunto y la capacidad de gestionar.	-Manejan el modelo de los cinco pasos de la orientación y consejería.
-Culturas y costumbres de la población.	-Respetan las diferencias socioculturales (raza, religión, género, educación y orientación sexual)	-Diseñan estrategias para la adecuación cultural.
-Derechos Humanos y en salud, equidad de género e interculturalidad en salud.	-Sensibilidad y respeto a los derechos humanos y derechos a las/os usuarias/os de los servicios de salud.	-Aprenden a escuchar, usan un lenguaje claro y sencillo.
-Salud bucal, consulta, tratamiento y prevención.	-Muestran compromiso ético en su trabajo. Capacidad crítica y autocrítica de sus prejuicios, expectativas, limitaciones y buscan mejorarlas.	-Habilidad para el trabajo comunitario.
-Estilos de comunicación, escucha activa y negociación.	-Aceptación serena de su propia personalidad.	-Manejan la comunicación no verbal.
-Resolución de problemas.	-Conducen y se comprometen a emprender innovaciones en equipo.	-Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.

Fuente: Ministerio de Salud, 2008

2.- Materiales:

El personal de salud necesitará material bibliográfico de consulta básico, producido por el Ministerio de Salud y material didáctico que facilite las acciones de consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal.

2.1.- Material de consulta:

- Documentos Técnicos y Normativos del Ministerio de Salud
- Norma Técnica: Atenciones odontológicas básicas en poblaciones excluidas y dispersas
- Norma Técnica para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.

2.2.- Material didáctico:

- Rotafolios con imágenes propios de la zona donde labora.
- Mostrarios de medicamentos, instrumentos y materiales, presentados atractivamente.
- Maquetas.
- Folletos, trípticos, ilustraciones, esquemas, dibujos, elaborados aplicando las técnicas de visualización, como: No usar siglas, no sobrecargar de escritura y colores.
- Videos, discos compactos, etc.

Los materiales utilizados deben ser apropiados al grupo de edad y las características culturales de la zona: costa, sierra o selva; urbana o rural; rescatando sus imágenes, lenguaje y habla, es decir, la forma particular de decir las cosas en ese territorio.

Considerando que una sesión de orientación/ consejería es individual o para la comunidad, el material de apoyo debe ser diverso y el/la consejero/a debe asegurarse de tener más de un juego.

3.- Ambiente Físico:

El ambiente donde se lleva a cabo la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal influye en la calidad de la misma. Dos detalles son fundamentales: la privacidad (visual y auditiva) y la adecuación cultural del ambiente, es decir que se perciba familiar y acogedor, también se tendrá en cuenta algunas particularidades según grupo de edad.

Para el caso de la población adolescente es recomendable considerar que el ambiente físico podría estar dentro o fuera del establecimiento, esto puede depender del nivel de coordinación con las autoridades locales y representantes de las instituciones existentes en cada comunidad. Si en el establecimiento existe escasez de ambientes, otra salida es establecer horarios diferenciados de acuerdo a la disponibilidad de espacios físicos y recursos humanos.

Tomado de:

Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva-2008, Ministerio de Salud Perú

PRODUCTO 1
SUBPRODUCTO 2.1

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

DIRECTIVA SANITARIA N°.../DN-INS/17

**DIRECTIVA QUE ESTABLECE DISPOSICIONES DONDE SE INCLUYE LA
ADECUACIÓN CULTURAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD BUCAL**

I. FINALIDAD:

Establecer normas que permitan mejorar el conocimiento y manejo de los servicios de salud que se brinda a la población indígena. Así también brindar una herramienta para que el personal de salud trabaje con las comunidades y contribuir al desarrollo de comportamientos saludables y promover la salud bucal.

II. OBJETIVOS:

Normar el procedimiento a seguirse para el manejo de los servicios de salud que se brinda a la población indígena.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente norma es de cumplimiento obligatorio por todas las Unidades Ejecutoras o Direcciones regionales de salud o donde tengan adscritos profesionales de la salud que laboran en poblaciones indígenas.

IV. BASE LEGAL:

- Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su reglamento D.S. 014-2002.SA
- Resolución Ministerial N°729-2003-SA/DM que aprueba el documento:
“La Salud Integral: Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral de Salud”

- Resolución Ministerial N°638 – 2003 – SA/ DM, que aprueba el Documento “Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N°437 – 2005 – MINSa, que aprueba la Norma Técnica de “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas”

V. DISPOSICIONES GENERALES:

- a. En poblaciones indígenas promover una cultura de salud que articule la medicina tradicional y convencional y una relación basada en el respeto mutuo.
- b. Las actividades se desarrollarán en el marco de la promoción de la salud bucal, para niños, padres y miembros de la comunidad indígena.
- c. Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención deberán desarrollar una serie de Fases para la implementación de la intervención Sanitaria de Salud Bucal, así como condiciones básicas para brindar atención de calidad con adecuación cultural, teniendo como fin supremo el servicio y reconocimiento de los derechos que toda persona tiene a ser atendida a acceder al servicio en igualdad de oportunidades.

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **AGENTES DE MEDICINA TRADICIONAL**

Es el conjunto de personas reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de los miembros de su pueblo. Éstos pueden haber sido aprendidos de sus antepasados o de otros miembros de la comunidad, a través de la transmisión oral o de una práctica permanente. (Instituto Nacional de Salud, 2014, p.7)

- **CARIES DENTAL**
Proceso destructivo de los tejidos duros del diente, que se caracteriza por su descalcificación y desintegración progresiva. Si no se detiene mediante un adecuado tratamiento, puede provocar la destrucción de todo el diente. (Friedenthal, 2003, p.149)

- **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA BÁSICA**
Es la provisión de un conjunto de intervenciones odontológicas esenciales que cada persona, familia o comunidad recibe, para mantener o proteger su salud bucal; con énfasis en la promoción, prevención y recuperación. (Ministerio de Salud, 2005, p.10)

- **CONSULTA ODONTOLÓGICA**
Es la entrevista del usuario con el Odontólogo, para definir el estado de salud oral. (Ministerio de Salud y Deportes – Bolivia, 2003, p.14)

- **DIÁLOGO INTERCULTURAL EN SALUD**
Es una metodología orientada a facilitar el acuerdo y la articulación entre representantes del sistema de salud occidental o biomédico y la medicina tradicional y popular permitiendo un mutuo aprendizaje, especialmente con los pueblos indígenas y las poblaciones afroperuanas. Busca también el desarrollo de procesos participativos culturalmente pertinentes, que permitan el abordaje de los determinantes socioculturales de la salud. (Instituto Nacional de Salud, 2014, p.9)

- **INTERCULTURALIDAD**
La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferentes culturas, que pueden ser llamados étnicas, sociedades,

culturas o comunidades. (Godoy Macías, Navas Perozo, Fox Delgado, & Quintero de la Hoz, 2014, p.3)

- **SALUD BUCAL**

El estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial. Involucra asimismo un componente psíquico: que el individuo no esté perturbado por algún aspecto estético de su aparato dentario. (Friedenthal, 2003,p.840)

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

- Fase de planificación: Acciones de coordinación, organización y programación de actividades con participación del personal del Servicio Odontológico, personal de salud y de la comunidad indígena.
- Fase de sensibilización: Al personal de instituciones a intervenir y al del establecimiento de salud.
- Fase de capacitación: El personal de salud será capacitado y acreditado, dentro del Plan Anual de Capacitación del Establecimiento de Salud, a cargo del equipo de Especialistas en temas de Salud Bucal con adecuación Cultural.
- Fase de ejecución: Se distribuirá el material básico para realizar la atención en salud bucal, tanto para el personal de salud como comunidad indígena.

VIII. RESULTADOS ESPERADOS:

- Comunidad indígena recibe sesiones educativas o demostrativas de salud bucal con adecuación cultural.
- Personal de salud brindando atención en salud bucal con adecuación cultural.
- Población indígena satisfecha con la atención recibida.

IX. INDICADORES:

- Porcentaje de establecimientos de salud que implementan las directivas y manuales.
- Porcentaje de población indígena satisfecha con la atención recibida.

X. RECURSOS:

-Humanos:

- Cirujanos Dentistas
- Otros Profesionales de Salud
- Personal técnico auxiliar, asistencial y administrativo

-Materiales:

- Trípticos, dípticos o monípticos de educación en Salud Bucal con adecuación cultural.
- Rotafolios educativos en Salud Bucal con adecuación cultural.

XI. RESPONSABILIDADES:

- Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal de cada DIRESA/DISA
- Jefes de Redes de Salud
- Jefes de Microredes de Salud
- Jefes de Establecimientos de Salud
- Responsables de los servicios de Odontología de los Establecimientos de Salud.
- Personal nombrado Asistencial y Administrativo de los Establecimientos de Salud.

XII. DISPOSICIONES FINALES

- La presente directiva sanitaria entrará en vigencia al siguiente día de la firma de la Resolución Directoral correspondiente, su vigencia es indefinida y estará sujeta a revisiones periódicas según normatividad vigente.
- El Cirujano Dentista responsable del Servicio o de la UPS es responsable de la Programación de las actividades, así como también

presentará documentos que evidencien el cumplimiento de las mismas, descritas en la presente norma, cuando la autoridad lo solicite.

- En los Establecimientos de Salud que no haya Cirujano Dentista y participen de la intervención Sanitaria en Salud Bucal con adecuación cultural realizará las gestiones pertinentes con el Responsable de Salud Bucal y Promoción de la salud de la Micro Red, designando a un responsable en el establecimiento de salud para la implementación respectiva.
- Queda sin efecto, a partir de la fecha, aquellas directivas de carácter local que se opongan a la presente directiva sanitaria.

**Tomado de: Directiva Sanitaria para Intervención de Salud Bucal en Pre-Escolares de la Dirección de Salud Lima Este
RD N°00236-2012-DISA IV LE-DG-DESP-OAJ-2012**

PRODUCTO 1
SUBPRODUCTO 2.2

MANUAL DE SALUD BUCAL DIRIGIDO PERSONAL DE SALUD
SALUD BUCAL PARA PUEBLOS INDÍGENAS

ÍNDICE:

Introducción

1.- La boca y sus partes

2.- Higiene Bucal

3.- Alimentación Saludable

4.- Control de malos hábitos

5.- Prevención de traumatismo dentario

6.- Mi dentista

7.- Actividades para ser desarrolladas con las familias

Introducción:

La salud bucal es una de las condicionantes que favorece el bienestar de los niños y niñas, por lo tanto, enseñarles a los niños los factores protectores de la salud bucal es una inversión que les proporcionará beneficios toda la vida.

En nuestro país existe una alta prevalencia de problemas bucales en todos los grupos etáreos, que si bien, no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas, de ahí la relevancia de incorporar este tema en el trabajo educativo diario de los niños.

A los 2 años de edad existen un 20% de niños y niñas de nuestro país con caries. Tan elevado porcentaje revela la falta de conocimiento sobre cuidados básicos del desarrollo normal de la dentición temporal o “de leche”.

A los 4 años, el 50% de los niños y niñas ya presentan caries, aumentando esta patología a 70% en el grupo de 6 años.

La educación temprana es una de las formas más eficaces de contribuir a la formación de hábitos saludables y por ende prevenir este tipo de enfermedades,

generando la adquisición de mejores aprendizajes y de interacción social de los niños y niñas con el entorno.

Este material educativo ha sido confeccionado por un equipo multidisciplinario e intersectorial y tiene como propósito entregar herramientas metodológicas que faciliten la labor de los agentes educativos en la incorporación de la temática de salud bucal en la planificación pedagógica. En él se abordan algunos conceptos asociados a la salud bucal tales como: la boca y sus partes, higiene bucal, alimentación saludable, control de malos hábitos, prevención de traumatismo dentario, y la valoración del dentista como un profesional amigo de la salud oral; se entregan sugerencias de materiales didácticos para ser elaborados y trabajar con los niños y además se incorporan actividades para ser desarrolladas con las familias.

I.- LA BOCA Y SUS PARTES:

1.- FUNDAMENTO TEÓRICO:

La Boca:

Cumple funciones sociales y de interacción con las personas. La boca y las estructuras que la forman, posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisas y complementa la apariencia, además de funciones esenciales como respirar, hablar correctamente, masticar los alimentos y tragar.

La boca está formada por partes duras y blandas llamadas “tejidos”.

- Tejidos duros: dientes y huesos maxilares
- Tejidos blandos: mejillas, labios, encía y lengua.

Los Dientes:

Los dientes están formados por tres partes:

- Corona: es el tejido duro, blando y brillante que se une a la encía.
- Raíz: es la parte del diente que está unida a la corona por debajo de la encía y que no se ve. Permite el anclaje dentro del hueso o alvéolo dentario.
- Cuello: es la zona del diente que une la corona y la raíz.

El diente está formado por capas de tejidos que protegen el núcleo central que es la “pulpa” del diente. Desde afuera hacia dentro son:

- Esmalte: capa externa de la corona, tejido muy duro y el más calcificado de todo el organismo. Está en contacto permanente con el medio bucal (saliva, alimentos)
- Dentina: forma el cuerpo de todo el diente (corona y raíz), es más blando que el esmalte. Tiene terminaciones nerviosas que le llegan desde la “pulpa”, por eso duele cuando se expone a fractura o caries.
- Pulpa: Formada por pequeñísimos vasos sanguíneos y nervios que le dan la sensibilidad y la nutrición al diente.
- Cemento: Capa externa de la raíz que protege la dentina. En él se sostienen fibras que sujetan el diente al hueso.

Dientes temporales (primarios o de leche):

Comienzan su formación durante el embarazo de modo que cuando el bebé nace, los 20 dientes temporales en formación ya están en el espesor de los huesos maxilares, como también los esbozos de lo que serán más adelante los dientes permanentes o definitivos.

Los dientes temporales sirven para:

Masticar los alimentos, aprender a hablar pues ayudan en la formación de los sonidos, además de mantener el espacio para los dientes definitivos.

Los primeros dientes temporales aparecen en la boca aproximadamente a los 6 meses de vida, siguen una secuencia, hasta completarse la salida a los 20 dientes aproximadamente a los 2 años y medio de edad. (10 dientes en cada maxilar)

El recambio de los dientes comienza aproximadamente a los 6 años de edad. Los primeros molares definitivos o permanentes, aparecen en la boca por detrás de los dientes temporales, de modo que no reemplazan a ningún diente temporal. **Los dientes salen sanos y deben permanecer sanos**

2.- ÁMBITO: Formación personal y social

3.- NÚCLEO: Autonomía

4.- OBJETIVO GENERAL: Adquirir en forma gradual una autonomía que le permite valerse adecuada e integralmente en su medio, a través del desarrollo

de la confianza, de la conciencia y creciente dominio de sus habilidades corporales, socioemocionales e intelectuales.

5.- CATEGORÍA: Motricidad y vida saludable/Iniciativa y confianza.

6.- APRENDIZAJE ESPERADO:

- Reconocer progresivamente las posibilidades y características de su cuerpo para lograr la conciencia de su esquema corporal y definir su lateralidad, de modo ser crecientemente competente en su actuar.
- Manifestar progresiva independencia y responsabilidad en relación al cuidado de su cuerpo, de sí mismo y de sus pertenencias, de los demás y del medio ambiente.
- Distinguir aquellos alimentos que aportan mayores beneficios para su salud, adquiriendo conciencia de las características que estos deben tener para ser consumidos.

7.- APRENDIZAJE ESPECÍFICO:

- Distinguir las partes de la boca y sus funciones.
- Conocer la importancia que tiene la boca tanto como órgano de alimentación como de interacción social.
- Reconocer alimentos saludables

8.- SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN:

- Escala de apreciación
- Registro abierto

9.- MATERIAL EDUCATIVO SUGERIDO:

a) “La boca didáctica”:

Confección: Caja de cartón (80*50*50 cms) forrada con papel kraft. En una de sus caras está pegada la cara de un niño con su boca abierta. Esta cara muestra los labios, encías, dientes, lengua y paladar duro. Los dientes y la lengua son desmontables y el paladar duro es movable dando lugar a una abertura al interior de la caja. En ambas caras laterales de la caja hay alimentos cariogénicos y saludables desmontables.

Sugerencias de situación de aprendizaje:

- Mostrar las distintas partes de la boca y sus funciones. Que los niños y niñas las identifiquen y nombren.

- Invitar a conversar acerca de las distintas partes de la boca y las funciones que cumple.
- Invitar a conversar sobre alimentos saludables y alimentos cariogénicos. ¿Cuáles son los alimentos que debemos consumir?
- Invitar a traer alimentos saludables y/o alimentos cariogénicos (recortes, láminas, etc.). Comentar.
- Invitar a jugar a introducir alimentos saludables y alimentos cariogénicos en la boca, comentando su relación con la salud bucal.

b) “Los dientes”:

Confección: Cartulina, témpera, pins, plumones. Dibujar los dientes y sus partes sobre la cartulina. Sobre otra cartulina dibujar las partes desmontables de los dientes y cortar.

Sugerencia de situación de aprendizaje:

- Organizar a los niños y niñas en grupos pequeños. Los niños y niñas manipularán el material, reconociendo los dientes y sus partes.
- Se sugiere contar con enciclopedias y textos de apoyo.

II.- HIGIENE BUCAL:

1.- FUNDAMENTO TEÓRICO:

¿Por qué debemos preocuparnos del cepillado de los niños y niñas?

El cepillado de dientes representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca. El objetivo de la higiene bucal es remover prolijamente la placa bacteriana que se forma permanentemente sobre la superficie de los dientes y encía, para impedir que las bacterias cariogénicas produzcan ácidos que desmineralicen (reblandezcan y dañen) el esmalte de los dientes e inflamen la encía.

Una de las patologías que se puede producir por la mala higiene (en combinación de una alta frecuencia de consumo de azúcares), es la caries de inicio precoz, la cual puede afectar a los niños y niñas del primer ciclo. No pueden alimentarse correctamente, el contacto de la boca y sus dientes con los alimentos dulces, fríos y calientes lo evitan, al igual que el cepillado, por el dolor que les provoca, lo que favorece un rápido avance de la caries

complicándose con infección afectando al hueso y encía que rodea a los dientes, pudiéndose incluso observar una inflamación de la cara – más conocida como – “cara hinchada”. Lo importante es que el desarrollo de este grave compromiso se puede prevenir si los adultos a cargo de los niños disponen y aplican los conocimientos adecuados sobre higiene bucal.

Los niños y niñas menores de tres años aún no desarrollan la psicomotricidad fina que requiere una técnica de cepillado efectiva. La capacidad de manejar sus manos y efectuar movimientos delicados y de precisión se adquiere más adelante, por ello se requiere de una supervisión diaria en el cepillado de dientes, siendo recomendable que el adulto que esté a cargo (en hogar, sala cuna, jardín infantil) repase el cepillado al niño. En este caso es recomendable que se cepille el adulto junto al niño o niña asociando el momento del cepillado con una actividad diaria, habitual y agradable.

A medida que crece, se facilita la tarea de barrido mecánico que se hace con el cepillado de dientes, de modo que cuando aprenden a escribir, ya tienen la madurez psicomotriz suficiente para cepillarse por sí solos los dientes.

¿Cómo se realiza una buena higiene bucal?

Con un buen cepillado: El cepillo requiere de un conjunto de movimientos y secuencias que aseguren abarcar todas las superficies dentarias para realizar un barrido de placa bacteriana que sea eficiente. No pretende ser complicado, sino que acucioso y prolijo para obtener buenos resultados. Interesa que se aprenda aquella técnica que remueva mejor la placa bacteriana, y que le sea fácil de manejar.

Técnicas de cepillado en niños y niñas: Con los dientes juntos el cepillo se apoya en la cara visible de los dientes y se realizan movimientos circulares avanzando lentamente. El procedimiento se repite en todas las caras (externas e internas). La superficie de los dientes que se ocupan para masticar se cepillan con movimientos desde adelante hacia atrás.

Con el uso de pasta de dientes: Actúa como un factor protector contra las caries por el flúor. La de uso infantil (500 ppm de flúor), se puede usar desde los 2 años cuando el niño o niña ya tiene la capacidad de escupir la pasta sin tragarla, pues a esa edad la ingesta de flúor puede producir alteraciones

en la dentición definitiva. La cantidad de pasta debe ser del tamaño de una lenteja.

2.- ÁMBITO: Formación personal y social

3.- NÚCLEO: Autonomía

4.- OBJETIVO GENERAL: Adquirir en forma gradual una autonomía que le permita valerse adecuada e integralmente en su medio, a través del desarrollo de la confianza, de la conciencia y creciente dominio de sus habilidades corporales, socioemocionales e intelectuales.

5.- CATEGORÍA: Iniciativa y confianza

6.- APRENDIZAJE ESPERADO:

- Manifestar progresiva independencia y responsabilidad en relación al cuidado de su cuerpo, de sí mismo y de sus pertenencias, de los demás y del medio ambiente.

7.- APRENDIZAJE ESPECÍFICO:

- Fomentar en los niños y niñas el autocuidado en salud oral, a través de una adecuada higiene bucal y técnica del cepillado.
- Reconocer la importancia de la higiene bucal para la salud.
- Disfrutar de su cuidado personal.

8.- SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN:

- Escala de apreciación
- Registro abierto

9.- MATERIAL EDUCATIVO SUGERIDO:

a) Macromodelos para higiene bucal:

Confección: madera, témpera, plumones, cartón y cepillo. Dibujar la boca y sus partes con cartón.

Sugerencia de situación de aprendizaje:

- Conversar con los niños y niñas, elaborando un listado sobre los hábitos adecuados de higiene bucal.
- Modelar a los niños y niñas con el material, la técnica correcta de cepillado.
- Invitar a los niños y niñas a realizar el correcto cepillado.

- De manera complementaria se puede elaborar una tablilla de secuencia que muestre el procedimiento adecuado del cepillado de los dientes.
- Invitar a los niños y niñas a ordenar la secuencia correctamente.

b) Cepillado en conjunto:

Sugerencia de situación de aprendizaje:

El cepillado será una actividad realizada en conjunto con un adulto, ya se educador, apoderado u otra persona significativa para el niño y niña. Esto permitirá que los niños tengan un modelo positivo a seguir, que perciban que es una actividad que deben realizar siempre. Luego el adulto a cargo debe repasar el cepillado realizado por el niño y la niña para asegurar la correcta remoción de la placa bacteriana.

III.- ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

1.- FUNDAMENTO TEÓRICO:

Es conocido por todos que en los últimos años la población peruana ha seguido un patrón de vida poco saludable, orientando sus hábitos alimentarios hacia un consumo excesivo de alimentos con alto contenido graso, ricos en hidratos de carbono refinados y con un elevado contenido de salud, lo que ha favorecido la aparición, en población cada vez más joven, de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.

Sumando a lo anterior, los estudios nos han demostrado que en Perú existe una alta prevalencia de enfermedades que afectan la salud bucal como caries, gingivitis, enfermedad periodontal y anomalías dentomaxilares, por lo que se hace especialmente importante realizar acciones de prevención y promoción de salud bucal en nuestros niños y niñas sobre todo desde la primera infancia, entre otras medidas a través de la EDUCACIÓN.

En el área odontológica, se define un tipo de alimentación particular, que es uno de los factores que contribuye a la formación de caries, la llamada DIETA CARIOGÉNICA.

La DIETA CARIOGÉNICA es aquella alimentación rica en hidratos de carbono fermentables como galletas, dulces, pan, bebidas gaseosas, jugos de fantasía, con altos contenidos de azúcar, los que debido a su consistencia, adhesividad y frecuencia de consumo favorecen la aparición de ácidos por parte de las bacterias bucales, contribuyendo a la formación de caries.

Es importante destacar que también las bebidas gaseosas light y que no tienen azúcar, por su acidez favorecen la pérdida de minerales del esmalte dental, por lo tanto tampoco son recomendables.

La experiencia ha demostrado que la entrega de conocimientos para el cuidado de la salud bucal es efectiva cuando es realizada por educadores y educadoras. Por eso es necesario que en la jornada diaria podamos enseñar a los niños a elegir alimentos saludables, ya que una alimentación centrada en sus reales necesidades, más que en una dieta fomentada por la publicidad, puede entregarles las herramientas necesarias para mantener su salud.

Mensajes nutricionales a considerar para la educación en salud bucal:

- Moderar el consumo de azúcar, especialmente alimentos con azúcar refinada, como galletas, golosinas, etc.
- Evitar el consumo de bebidas gaseosas y jugos azucarados entre las comidas, especialmente antes de ingresar al jardín o cuna.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, fomentando estrategias especialmente en los periodos de ingesta.
- Fomentar el consumo de agua potable entre los niños, considerando sus innumerables beneficios.

2.- ÁMBITO: Formación personal y social

3.- NÚCLEO: Autonomía

4.- OBJETIVO GENERAL:

Potenciar la capacidad de la niña y del niño de adquirir en forma gradual una autonomía que le permita reconocer las características de una alimentación saludable y que contribuya a su crecimiento y desarrollo.

5.- CATEGORÍA: Motricidad y vida saludable

6.- APRENDIZAJE ESPERADO:

Distinguir a aquellos alimentos que aportan mayores beneficios para su salud, adquiriendo conciencia de las características que éstos deben tener para ser consumidos.

7.- APRENDIZAJE ESPECÍFICO:

- Distinguir alimentos que son beneficiosos para su salud bucal.
- Reconocer alimentos saludables y no saludables
- Conocer recetas de alimentación saludable
- Reconocer progresivamente que una alimentación equilibrada contribuye a mantener la salud bucal.

8.- SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN:

- Escalas de apreciación
- Registro anecdótico
- Autoevaluación y coevaluación

9.- MATERIAL EDUCATIVO SUGERIDO:

a) Juego de asociación “Las frutas y verduras”

Confección: 1 caja de cartón para guardar las piezas del juego, 2 tableros de madera, uno con el dibujo de 6 frutas y el otro con el dibujo de 6 verduras, 12 tablillas para colocar sobre cada fruta y verdura con el dibujo respectivo, témpera, barniz. (se sugiere utilizar frutas y verduras de consumo habitual)

Sugerencia de situación de aprendizaje:

- Nombrar las frutas y las verduras
- Identificar frutas y verduras, sus características y su aporte a la salud de las personas.
- Trabajar en grupos pequeños
- Mantener el material en un espacio educativo estable en la sala de actividades
- Se sugiere la utilización del material como apoyo al taller de cocina
- Se sugiere escribir el nombre de cada fruta y verdura acompañando cada imagen.

IV.- CONTROL DE MALOS HÁBITOS

1.- FUNDAMENTO TEÓRICO:

Los malos hábitos orales son procesos complejos donde tejidos blando o duros de la boca sufren alteraciones debido a la acción constante y repetitiva provocada por otros tejidos orales. Los hábitos orales se pueden clasificar a grandes rasgos en hábitos de succión, de interposición y de respiración. Dependiendo de la intensidad, la frecuencia, la edad de inicio del hábito y el tiempo de duración, se provocarán efectos de mayor o menor intensidad, siendo frecuentes las alteraciones del normal desarrollo de la dentición temporal y definitiva.

Reconocer los malos hábitos orales tempranamente es muy importante, sin embargo, su intervención es compleja dado que normalmente involucra factores de desarrollo emocional de los niños y niñas.

Mal hábito de succión:

Los malos hábitos de succión pueden ser nutritivos (succión de mamadera) o no nutritivos (succión de dedos, chupetes u objetos). Los malos hábitos de succión tienen un profundo vínculo con necesidades emocionales de niños y niñas, siendo frecuentemente los que producen mayor porcentaje de alteraciones en la normalidad del desarrollo dentario. Una de las consecuencias más frecuentes de este tipo de hábitos es la alteración de posición de los dientes hacia adelante, lo que se conoce como “mordida abierta”.

Mal hábito de interposición:

Otro tipo de hábitos frecuentes son los de interposición, entre los cuales destacan los hábitos de interposición lingual, es decir, una posición anómala de la lengua en relación con los arcos dentarios que modifica la posición de los dientes, afectando la función masticatoria, la estética y la fonación.

Malos hábitos de respiración:

Malos hábitos de respiración son frecuentemente producidos por obstrucciones de vía aérea, lo que provoca que se mantenga permanentemente abierta la boca para poder respirar, lo que causa

diversas alteraciones a nivel del equilibrio muscular, tejidos dentarios y tejidos blandos.

Dada la complejidad de las causas de los malos hábitos, estos deben ser intervenidos en función de su etiología, no obstante, por regla general, un reconocimiento temprano en los niños y niñas permitirá un tratamiento oportuno y un mejor pronóstico.

2.- ÁMBITO: Formación personal y social

3.- NÚCLEO: Autonomía

4.- OBJETIVO GENERAL:

Adquirir en forma gradual una autonomía que le permita valerse adecuada e integralmente en su medio, a través del desarrollo de la confianza, de la conciencia y creciente dominio de sus habilidades corporales, socioemocionales e intelectuales.

5.- CATEGORÍA: Iniciativa y confianza

6.- APRENDIZAJE:

- Manifestar progresiva independencia y responsabilidad en relación al cuidado de su cuerpo, de sí mismo y de sus pertenencias, de los demás y del medio ambiente.
- Identificar objetos y situaciones de riesgo que pueden atentar contra su bienestar y seguridad, buscando algunas alternativas para enfrentarlas.
- Asumir compromisos y establecer acuerdos en consideración a sí mismos, a los otros y a su medio.

7.- APRENDIZAJE ESPECÍFICO:

- Reconocer acciones asociadas a malos hábitos orales (ej. Succión prolongada de mamadera, succión digital, entre otros)
- Reconocer objetivos peligrosos para su salud bucal (lápices, chicles, etc).

8.- SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN:

- Registro abierto
- Registro anecdótico
- Escala de apreciación

9.- MATERIAL EDUCATIVO SUGERIDO:

- a) Lámina educativa de control de malos hábitos

Sugerencias de situación de aprendizaje:

- Mostrar la lámina a los niños y niñas
- El educador o educadora plantea preguntas claves en relación a los malos hábitos presentados en la lámina.
- Los niños y niñas realizan un relato de su propia experiencia en relación a los malos hábitos.
- Se realiza un compromiso de dejar el mal hábito

V.- PREVENCIÓN DE TRAUMATISMO DENTARIO:

1.- FUNDAMENTO TEÓRICO:

Cuando los niños y niñas comienzan a explorar el mundo por sus propios medios están expuestos a sufrir caídas que pueden afectar su cara, boca y dientes. Durante los primeros años de vida los dientes de leche se encuentran en estrecha relación con los dientes permanentes que se están formando dentro del hueso. Un traumatismo sufrido en este período puede comprometer la estética del diente permanente, el cual al aparecer en boca alrededor de los ocho años, podría presentar desde unas manchas blanquecinas hasta deformación de la corona, dependiendo de la intensidad del golpe recibido sobre la boca. Las lesiones que pueden comprometer a los gérmenes dentarios en desarrollo con la intrusión del diente temporal (cuando el diente se entierra en la encía) y la avulsión (cuando el diente se cae por el golpe). Los traumatismos dentarios son consecuencia de situaciones accidentales o intencionales. La mayoría de los accidentes que afectan a los niños se deben a un desconocimiento de su necesidad de protección y vigilancia en sus actividades diarias, ya que ellos no tienen conciencia del peligro. En cuanto a frecuencia de ocurrencia, la boca, labios y dientes ocupan el segundo lugar en todas las lesiones del cuerpo que afectan a niños y niñas menores de seis años. Las causas son debido a caídas, golpes y accidentes de tránsito.

A largo plazo, las consecuencias de lesiones en niños pueden ser:

- Cambio de color del diente afectado
- Defecto en la formación de la corona del diente permanente o impactación dentaria que se notará al momento de erupcionar los dientes

definitivos. Esta condición se puede observar cuando el niño o niña ha recibido un fuerte golpe en la boca y la consecuencia es más grave en menores de dos años.

Conducta a seguir frente a un traumatismo dentario:

- Mantener la calma
- Tranquilizar al niño o niña
- Controlar que el estado general del niño o niña sea normal, verificando respiración.
- Revisar cuidadosamente la boca, si hay sangramiento, secar con gasa, o un pañuelo limpio. Si las heridas se encuentran con tierra, lavarlas con agua hervida tibia, en lo posible, o con agua potable corriente.
- Verificar que no hayan cuerpos extraños, ya sea fragmentos de diente, o el diente completo.
- Aplicar compresas frías o hielo, en la zona para evitar inflamación.
- Si el niño o niña ha sufrido un traumatismo, evite el uso de la mamadera o chupete.
- Cepille los dientes suavemente después de las comidas.
- Alimentación blanda.
- Consultar a un o una dentista que atienda a niños en forma regular o a un odontopediatra.

Importante: Los dientes de leche o temporales no se reimplantan, solamente se procede a limpiar la zona.

Prevención de Traumatismos Dentarios:

- Pisos resbaladizos o con desniveles
- Objetos en el piso
- Disposición de lugares de juego poco apropiados(pasillos, cerca de escaleras)
- Asegurarse que los niños mantengan cordones amarrados
- Mesas bajas, en el caso de preescolares que están aprendiendo a caminar.

Evitar acciones inseguras:

- Juegos sin vigilancia
- Carreras en las escaleras
- Caminar con objetos en la boca
- Evitar que el niño o niña camine con objetos tales como mamadera o juguete en la boca

Ideas Fuerza a transmitir a la Comunidad:

- Muchos accidentes se pueden prevenir, eduque a los niños y niñas
- Una acción oportuna frente a un traumatismo puede mejorar el futuro del diente afectado
- Los golpes en la boca como sanción o castigo a los niños y niñas son considerados “maltrato infantil”.
- Los niños no pueden anticipar el peligro, por lo que deben recibir protección y supervisión de un adulto responsable en toda actividad.

2.- ÁMBITO: Formación personal y social

3.- NÚCLEO: Autonomía

4.- OBJETIVO GENERAL:

Adquirir en forma gradual una autonomía que le permita valerse adecuada e integralmente en su medio, a través del desarrollo de la confianza, de la conciencia y creciente dominio de sus habilidades corporales, socioemocionales e intelectuales.

5.- CATEGORÍA: Motricidad y vida saludable.

6.- APRENDIZAJE ESPERADO:

- Identificar las condiciones que caracterizan a los ambientes saludables, tomando conciencia progresiva de cómo éstos contribuyen a su salud.
- Identificar objetos y situaciones de riesgo que puedan atentar contra su bienestar y seguridad, buscando algunas alternativas para enfrentarlas.
- Manifestar progresiva independencia y responsabilidad en relación al cuidado de su cuerpo, de sí mismo y de sus pertenencias, de los demás y del medio ambiente.

7.- APRENDIZAJE ESPECÍFICO.

- Reconocer acciones inseguras que deben evitar para prevenir traumatismos dentarios (ej. Caminar con objetos en la boca)
- Reconocer la importancia de prevenir los traumatismos dentarios para obtener una mejor salud bucal y general.
- Incentivar la prevención en forma espontánea de traumatismos dentarios para sí mismos y para los demás.

8.- SUGERENCIA DE EVALUACIÓN:

- Registro de observación.
- Escala de apreciación.

9.- MATERIAL EDUCATIVO SUGERIDO:

a) Láminas con imágenes de acciones inseguras (correr con objetos en la boca, beber agua directamente de la llave, empujar a un compañero o compañera, morder distintos objetos, etc.)

Confección: Madera, esmalte o témpera, plumones, barniz.

Sugerencia de situación de aprendizaje:

- Mostrar la lámina a los niños y niñas
- El educador o educadora plantea preguntas claves en relación a acciones y situaciones inseguras presentadas en la lámina.
- Los niños y niñas realizan un relato de su propia experiencia en relación a acciones y situaciones inseguras presentadas en la lámina.
- Se establece un compromiso de normas de convivencia que eviten accidentes.

VI.- MI DENTISTA

1.- FUNDAMENTO TEÓRICO:

El dentista es un amigo de la salud oral. Los padres, madres, apoderados y educadores deben esforzarse por transmitir al niño o niña una sensación de confianza y seguridad cuando acude al dentista. Ayuda a todo ello el hecho de acudir a odontólogos infantiles o dentistas generales que atiendan a niños. A veces se necesitan varias sesiones y mucha conversación para que los niños se sientan en confianza.

Prevenir el miedo:

Es importante llevar al niño o niña a un control antes que aparezca el dolor por caries u otras enfermedades bucales que necesiten tratamiento.

Para que los niños no sientan miedo al visitar al dentista, hay que actuar con prudencia y realismo. Por ejemplo, no deben decirse frases como “no sentirás nada”, “ni te tocará”, “no te va a doler”, “no le tengas miedo”, “no te asustes”, etc. Porque eso conseguirá el efecto contrario, y sospechará ante tanta preocupación.

La visita al dentista debe ser asumida como natural y no condicionar su miedo con relatos de experiencias propias desagradables. Nunca amenazarlo con ir al dentista.

El dentista tiene que utilizar un instrumental muy variado, desde diminutos utensilios que caben fácilmente en la boca de un niño hasta el imponente sillón en que se tiende al paciente. Es lógico que ante la visión de todos ellos, el niño se sorprenda, desconfíe o asuste, por lo que el dentista debe familiarizar al niño con los distintos instrumentos y aparatos explicándoles su utilidad.

Autocuidado y rol del educador o educadora:

Dientes sanos y encía sana son fundamentales para disfrutar de una vida agradable y plena. Tanto la caries como las enfermedades de la encía inicialmente son indoloras, por lo que al ser detectadas a tiempo pueden ser tratadas por el dentista sin grandes molestias.

Un niño con dientes cariados puede ser objeto de burlas y bromas por parte de sus compañeros o compañeras.

Un examen físico de cara y de boca en forma rutinaria, puede revelar signos de enfermedad, de violencia intrafamiliar, dando pistas no sólo del estado de salud bucal sino de la salud integral. Los agentes educativos son modelos a seguir para nuestros niños y es por esto que es tan importante incorporarlos en todos los cuidados de la salud bucal, reforzando con esto la labor del dentista.

Mientras antes se realicen intervenciones de promoción y prevención de la salud bucal en nuestros niños y niñas, los resultados serán mejores. Es fundamental mantener estos conceptos en el tiempo y reforzarlos

constantemente con el fin de evitar que enfermen, mejorando así su calidad de vida.

2.- ÁMBITO: Relación con el medio natural y cultural

3.- NÚCLEO: Grupos humanos, sus formas de vida y acontecimientos relevantes.

4.- OBJETIVO GENERAL:

Comprender y apreciar progresivamente las distintas formas de vida, instituciones, creaciones y acontecimientos que constituyen y dan sentido a la vida de las personas.

5.- APRENDIZAJE ESPERADO:

Comprender las funciones que cumplen diversas personas, organizaciones e instituciones presentes en su comunidad.

6.- APRENDIZAJE ESPECÍFICO:

- Conocer la función que realiza el dentista.
- Reconocer el rol que desempeña el dentista en la prevención de enfermedades bucales.

7.- SUGERENCIAS DE EVALUACIÓN:

- Registro de observación
- Escala de apreciación

8.- MATERIALES EDUCATIVOS SUGERIDOS:

a) Juego de roles: “Visitando al Dentista”

Sugerencia de situación de aprendizaje:

- El agente educativo da a conocer el instrumental y las funciones del dentista. Muestra imágenes y materiales concretos, etc.
- Los niños y niñas asumen el rol de dentista y paciente.

VII.- ACTIVIDADES PARA SER DESARROLLADAS CON LAS FAMILIAS

En el presente capítulo se han incorporado una serie de actividades para ser desarrolladas con la familia, las cuales se sugiere sean realizadas en sesiones.

Tabla 1

Actividades para ser desarrolladas con las familias

SESIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	TEMAS
PRIMERA	Valorar la importancia de conservar sanos los dientes de la dentadura temporal y permanente.	Identificar procedimientos para formar hábitos de higiene bucal en sus hijos o hijas.	Percepción de la salud bucal propia y de sus hijos en hijas. La formación de los dientes. Dentición temporal y permanente.

Actividades Sugeridas:

Trabajo de grupo:

Detección de expectativas.

Trabajo de grupo:

El rol que debe cumplir el adulto, en relación al cuidado de los dientes, de los niños y niñas.

Dramatización:

Hábito de la higiene bucal.

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2009

- **DETECCIÓN DE EXPECTATIVAS:**

Esta es una dinámica de grupo que contribuye a minimizar las tensiones iniciales de los participantes, crear un clima de confianza entre ellos.

- Los apoderados se presentan.
- Se forman grupos de 4 a 5 personas.
- Cada participante contesta las siguientes preguntas: ¿Por qué estoy aquí?, ¿Qué me gustaría aprender?, ¿Qué pienso aportar?
- Las respuestas se contestan en hojas de rotafolio, las cuales se cuelgan en las paredes.
- Un representante de cada grupo la lee y se discute.

- **DINÁMICA DE GRUPO:**

Analizar el rol que debe cumplir el adulto, en relación al cuidado de los dientes, de los niños y niñas.

- La educadora o educador entregará a cada grupo un sobre con 6 tarjetas.
- Dará las orientaciones a seguir.
- Se repartirán las tarjetas en el grupo.
- Luego de leerlas, cada uno tendrá 3 minutos para explicar lo que significa esa palabra.

- Uno de los participantes del grupo recibirá en una hoja lo que dice cada participante y deberá leerlas al grupo.

Tabla 2

Relación entre el concepto y la actitud

CONCEPTO	ACTITUD
Alimentación saludable	Bienestar
Chupete y mamadera	Precaución
Placa bacteriana	Protección
Dentista	Respeto
Cepillo y pasta	Responsabilidad

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2009

Materiales:

Nº de sobres 5, cada uno de ellos deberá contener 10 tarjetas con diferentes conceptos. Los apoderados tendrán que relacionarlos los conceptos entre si y luego explicar la relación.

- **ACTIVIDAD: DRAMATIZACIÓN**

¿Cómo actuamos frente al hábito de la higiene bucal?

- Se invitará a los padres a dramatizar 2 situaciones de aprendizaje para reforzar hábitos de higiene bucal en el hogar.

En la **primera situación** participarán 2 apoderados; uno cumplirá el rol del hijo y el otro de la mamá o papá. La educadora le pedirá al apoderado que actúe: ¿Cómo le diría a su hijo que se cepille sus dientes?, ¿Cómo actuaría ella o él si el niño no quiere cepillar sus dientes?

En la **segunda situación** la educadora pedirá que participen 4 apoderados, tres representarán a los miembros de una familia y el cuarto al niño o niña.

Los tres apoderados dramatizarán una familia que no se cepilla los dientes, el niño o niña solamente observará.

Uno de los miembros de la familia le dirá “lávate los dientes”, el niño o niña responderá ¿Por qué tengo que cepillarme los dientes si tú no te los cepillas?

- Terminará la actividad generando una reflexión en relación a las situaciones de aprendizaje observadas.
- Establecer compromisos en relación al rol que debe cumplir la familia en torno a la salud bucal familiar.

Tabla 3

Actividades para ser desarrolladas con los involucrados

SESIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	TEMAS
SEGUNDA	Valorar la importancia de aplicar en forma correcta la técnica del cepillado	Demostrar técnica de cepillado	Importancia del cepillado correcto de los dientes. Uso de pasta de dientes.
	Comprender la importancia de la higiene bucal permanente	Señalar cómo se forman las caries. Determinar tres ventajas de la higiene bucal.	Las caries y la importancia de los hábitos de higiene bucal

Actividades sugeridas:
Trabajo práctico:
1.- Demostración práctica de la técnica correcta del cepillado
2.- Cómo se forman las caries
3.- Higiene bucal

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2009

- **ACTIVIDAD: DEMOSTRACIÓN PRÁCTICA DE LA TÉCNICA CORRECTA DEL CEPILLADO**

- Ubicados los padres en semicírculo y la educadora en el lugar más visible de la casa con una arcada dental o un macromodelo y cepillo dará a conocer la técnica correcta del cepillado.

Materiales:

Macromodelo/Cepillo

- **ACTIVIDAD “CÓMO SE FORMAN LAS CARIES”**

- Se formarán grupos de 6 apoderados, se elegirá a un secretario para recopilar las ideas. Cada grupo deberá responder la siguiente pregunta:
¿Por qué cree usted que se forman las caries?
Se dará unos minutos para que cada grupo responda y se analizarán las respuestas con todos los apoderados.

La actividad concluirá con láminas ilustrativas de la formación de las caries y los factores que la condicionan.

Materiales:

Tarjetas/Láminas

- ACTIVIDAD “HIGIENE BUCAL”

- La educadora pedirá a los apoderados que se formen en grupos de 3 personas.
- Cuando los grupos estén formados le entregará a cada grupo una tarjeta
- Cada grupo escribirá en su tarjeta tres ventajas de la higiene bucal
- Luego los apoderados analizarán las ventajas y le colocarán números del 1 al 3 de acuerdo a su importancia
- Cada grupo colocará las tarjetas en unos dientes de cartulina numerados de acuerdo al número que le corresponde.
- Los tres dientes se llenarán de tarjetas
- Comentar y analizar.

Materiales:

Cartulina/Plumones/Cinta adhesiva

Tabla 4

Actividades a realizar con padres de familia

SESIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	TEMAS
TERCERA	Comprender la importancia de una alimentación saludable para la salud bucal	1.- Conocer las características de una alimentación saludable. 2.- Diferencias los alimentos cariogénicos de los no cariogénicos	Alimentación saludable
Actividades sugeridas Trabajo práctico: 1.- Identificar alimentos cariogénicos y no cariogénicos 2.- La caja mágica			

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2009

- ACTIVIDAD: IDENTIFICAR ALIMENTOS CARIOGÉNICOS Y NO CARIOGÉNICOS

- La educadora mostrará a través de láminas, diferentes tipos de alimentos
- Luego se les explicará cuáles son los alimentos cariogénicos y los no cariogénicos
- Se le solicitará a los apoderados que escojan los alimentos que consumen con mayor frecuencia, anotándolos en una pizarra
- Se les solicitará a los apoderados que identifiquen los alimentos cariogénicos que incluyen en su dieta habitual
- Se establecerán compromisos para disminuir paulatinamente el consumo de alimentos cariogénicos

Materiales:

Láminas de alimentos cariogénicos y no cariogénicos/Alimentos.

- ACTIVIDAD: ELABORAR UNA MINUTA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA SUS HIJOS E HIJAS

- Formar grupos de 4 apoderados
- Cada grupo elaborará una minuta de alimentación saludable para su hijo e hija (considerar día completo).
- Poner en común lo realizado
- Terminada la actividad la educadora reforzará las características de una alimentación adecuada para sus hijos e hijas.

Materiales:

Hojas/Lápices

- ACTIVIDAD: LA CAJA MÁGICA

- Ubicados los apoderados en círculo, la educadora pedirá que saquen una tarjeta de la caja (en el contenido de la caja hay conductas adecuadas e inadecuadas para la salud bucal de sus hijos e hijas)
- Ellos lo leerán en voz alta y explicarán si es una conducta adecuada o inadecuada fundamentando su respuesta.

Materiales:

Caja mágica/Tarjetas

- a) Alimentación saludable “Recetario Saludable” con recetas aportadas por las familias.

Confección: El recetario debe incluir: medidas generales de higiene descripción de las recetas, ingredientes.

- b) Power Point Alimentación saludable desde el nacimiento.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de alimentación saludable?

Básicamente corresponde al consumo balanceado de los alimentos que aportan nutrientes esenciales (minerales, vitaminas y proteínas) para el buen funcionamiento y condición saludable del organismo.

Tal es el caso de: Frutas y verduras, lácteos, carnes magras, cereales integrales y aceites vegetales.

Alimentación desde el nacimiento:

La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades de nutrición durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados, como agua o jugos.

Beneficios de lactancia materna:

- Nutrición óptima
- Proporciona protección inmunológica
- Fácil digestibilidad
- Mejor organización sensorial
- Patrones socio-emocionales más adecuados
- Mejor desarrollo intelectual
- Mejor desarrollo dento-maxilar y facial

La primera comida:

- Alrededor de los seis meses
- Erupción de los primeros dientes
- Aumenta la percepción sensorial de la lengua y los labios
- Se desarrolla la discriminación de texturas, sabores, olor, temperatura y consistencia de los alimentos.

Importante:

Desde que el niño y la niña comienzan las primeras comidas debe entregarse una alimentación saludable, evitando alimentos con altos contenidos en grasa, azúcar o sal.

Consistencia:

- Se debe modificar paulatinamente para llegar a los 12 meses con una alimentación molida y según su desarrollo y evolución de la dentición algunos alimentos picados.

Recomendaciones:

- Consuma 3 veces en el día productos lácteos como leche, yogur, quesillo o queso fresco de preferencia descremados o semidescremados.
- Coma al menos 2 platos de verduras y 3 frutas de distintos colores cada día.
- Consuma papas, garbanzos, lentejas o arvejas al menos 2 veces por semana en reemplazo de la carne.
- Coma pescado mínimo 2 veces por semana, cocido, al horno o a la plancha.
- Prefiera los alimentos con menor contenido de grasas saturadas y colesterol.
- Reduzca el consumo habitual de azúcar y sal.
- Tome 6 a 8 vasos de agua diarios.

Recordemos:

- La alimentación es uno de los suministros principales de energía de nuestro organismo.
- Cada persona realiza distintas actividades y tiene un metabolismo diferente, cada uno debe adecuar las proporciones a sus requerimientos.
- Una alimentación saludable desde el nacimiento beneficia al niño y niña por el resto de su vida.

**Tomado de: Manual metodológico dirigido a agentes educativos de Educación Parvularia – Salud Bucal para Párvulos – Adaptado a los ámbitos y núcleos de Aprendizajes de las bases curriculares de la Educación Parvularia
Gobierno de Chile- Ministerio de Salud, 2009**

ANEXO 3: Producto 2

NUEVO PERFIL, COMPETENCIAS Y HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD Y CIRUJANOS DENTISTAS

1.- PERFIL DEL ODONTÓLOGO:

1.1.- PERFIL:

El odontólogo general en Perú, fundamenta su ejercicio profesional en la aplicación de preceptos éticos, morales, sociales y humanistas, y en el conocimiento bioético, científico y técnico que le permiten participar como ciudadano y como profesional, en la construcción y gestión de las políticas públicas del país, y desempeñarse en los ámbitos político, administrativo, social y clínico como parte de la salud pública, para contribuir con su trabajo a la disminución de las inequidades sociales y a la garantía de los Derechos Humanos con énfasis en el Derecho a la Salud.

Es apto para liderar desde sus competencias, los retos que un mundo complejo, globalizado, competitivo y dinámico le exigen, al tener la capacidad para comprender y aceptar la diversidad y heterogeneidad del país, para contribuir con la formulación de propuestas de políticas públicas y de estrategias de acción en los diversos ámbitos de su práctica profesional, para discutir y concertar con otros las mejores opciones de ejecución y evaluación de las mismas, y para aplicar su conocimiento en decidir, gerenciar, gestionar, realizar y evaluar las acciones con las cuales incidir en la solución de situaciones que se presentan en los grupos poblacionales y en las personas, ya sea desde el sector privado o público. Su desempeño lleva implícito el fortalecimiento continuo de su formación técnica-científica, de sus capacidades comunicativas e investigativas, del trabajo en equipo, de su actitud crítica y positiva, de su liderazgo y responsabilidad, y de su capacidad innovadora, para aplicar su conocimiento y experiencia tanto en lo individual y lo colectivo, en la construcción, transmisión y transformación de nuevo conocimiento, en el desarrollo de investigaciones aplicadas a la salud oral y su impacto en la

salud general, en la planificación, gestión y evaluación de políticas y acciones sobre los determinantes que afectan la salud, en el fomento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y rehabilitación temprana, efectiva, y resolutive según sean los ámbitos de su desempeño profesional, haciendo el mejor uso de los medios disponibles a su alcance, a fin de mantener las mejores condiciones posibles de salud oral, como contribución a la salud general, al bienestar y a la calidad de vida de las personas y de la población.

En su ejercicio profesional es autónomo y responsable de las decisiones y de la autoregulación del alcance y limitaciones de su práctica, y es consciente del aporte que debe brindar dentro de los equipos transdisciplinarios, interinstitucionales y transectoriales de trabajo, reconocimiento que dentro de ellos es líder responsable por naturaleza del equipo de salud bucal y que como tal asume las consecuencias de las acciones de dicho equipo.

En sus interrelaciones personales y profesionales mantendrá conductas que dignifiquen la profesión, siendo ejemplo del cuidado de su salud bucal y general, del de su familia, su sociedad y del entorno que lo rodea, así como ejemplo de respeto por el deber ser de la profesión, lo cual por ende no solo le permitirá evidenciar con sus actos su conducta y práctica, sino principalmente ser referente para ejercer los derechos y deberes que le asisten de participar activamente en el fortalecimiento de las organizaciones gremiales de la odontología, de las organizaciones sociales y políticas de los diversos niveles territoriales y contribuir con ellas a la construcción de condiciones con equidad que incluyen el trabajo decente para todos los trabajadores de la salud bucal del país.

1.2.- COMPETENCIAS:

1.2.1.- Competencias Transversales:

Las competencias transversales agrupadas bajo las dimensiones de: Ética, Humanismo, profesionalismo, contexto, gestión, investigación y docencia, presentadas a continuación, corresponden a una propuesta construida a partir de los aportes de los grupos de Odontología,

Medicina, Nutrición y Dietética, Terapia Respiratoria, Instrumentación Quirúrgica y Trabajo Social.

Tabla 1
Competencias Transversales

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
PROFESIONALISMO	Asumir el rol que le corresponde como profesional de manera individual, interprofesional e interdisciplinar, con las personas, familia y la comunidad, con sujeción a los principios fundamentales de la ciencia, la ética y la bioética, en el marco político y legal vigente, así como en favor de sus derechos y prerrogativas de autonomía y autorregulación para su desarrollo y el de la profesión.	<p>-Ejerce según sus competencias, con pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, siempre en mayor beneficio de las personas y la sociedad en general.</p> <p>-Promueve la buena práctica profesional, con sentido de justicia social, con actitud crítica y liderazgo, en el marco de la autorregulación y conciencia de la necesidad de formación y desarrollo profesional permanente.</p> <p>-Posiciona la profesión en el equipo interprofesional y multidisciplinario de la salud, aportando trabajo integrador para mejorar la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.</p> <p>-Desarrolla una actitud reflexiva y responsable frente a las consecuencias e incidencias de su actuar profesional, basada en la confidencialidad, la transparencia y la honestidad intelectual.</p> <p>-Trabaja en interrelación con sus colegas, las personas, la familia, la comunidad y demás actores del sistema, para alcanzar los objetivos comunes relacionados con la salud individual o colectiva, en un escenario de respeto mutuo.</p> <p>-Procura su actualización permanente y la del equipo a su cargo, en respuesta a las necesidades en salud de la población, de acuerdo con los preceptos legales, éticos y profesionales de la odontología.</p> <p>-Trabaja como parte del equipo de salud y atiende las necesidades de salud expresadas por la comunidad, armonizando sus conocimientos técnicos con las características de la población.</p> <p>-Coordina equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios e interprofesionales orientado a la obtención de resultados en salud, desde criterios técnicos, humanos y éticos, para el desarrollo de los miembros, equipo y de la profesión.</p>
CONTEXTO	Actual profesionalmente con coherencia con las necesidades de la población peruana, según las características y objetivos del sistema de salud, en cumplimiento de los principios que rigen el desempeño del profesional y procurando transformaciones positivas a favor de la salud y calidad de vida de la población.	<p>-Identifica determinantes y condicionantes multifactoriales, asociadas a las condiciones de salud, para proponer alternativas frente a las situaciones problemáticas del ciclo vital humano.</p> <p>-Reconoce las características de la prestación de los servicios de salud bucal frente a los objetivos, estructura y organización del sistema de salud.</p> <p>-Asume la responsabilidad social como agente de salud, en el diseño, implementación y evaluación de programas comunitarios del orden institucional, local, regional y nacional, acordes con la diversidad poblacional, las necesidades de salud, y acorde con el marco político y normativo vigente.</p> <p>-Propicio/propone cambios que impacten de manera positiva la calidad de vida de individuos y colectivos.</p> <p>-Utiliza métodos y tecnologías basadas en la evidencia, socialmente aceptables y al alcance de individuos y colectivos.</p>

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
ÉTICA Y HUMANISMO	Desempeñarse con compromiso y responsabilidad ética y social, en el marco del cuidado de la vida y la dignidad del ser humano, de los derechos humanos, de las características socio-culturales y económicas, individuales y colectivas, para actuar en consecuencia desde su profesionalismo y autodeterminación, en cumplimiento de las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.	<p>-Protege la salud general del individuo, su familia y la comunidad, y propende por su calidad de vida y el desarrollo de condiciones dignas, en el ámbito que le compete.</p> <p>-Ejerce la profesión de acuerdo con su perfil y competencias, optimizando el trabajo interprofesional y siempre desde el propósito de lograr el beneficio del paciente.</p> <p>-Comprende la realidad humana, las limitantes sociales, económicas y culturales de la población y los valores personales y de comportamiento propios de aquellos que demanden sus servicios de salud.</p> <p>-Establece comunicación asertiva con el individuo, la familia, la comunidad, los colegas, demás profesionales y sociedad en general, para promover el cuidado de la salud bucal en el marco de deberes y derechos, y de acuerdo con las características de la población.</p> <p>-Gestiona eficientemente la información, según principios éticos, técnicos y legales vigentes.</p> <p>-Aplica principios encaminados a la eliminación de situaciones de discriminación y marginación, con especial atención a los individuos y poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de violencia.</p> <p>-Interviene al individuo y su entorno, reconociendo las diversas expresiones culturales de los sujetos individuales y colectivos, protegiendo las características propias del ser humano, el secreto profesional, el consentimiento informado y la autonomía del paciente.</p>
	Gestionar recursos para la prestación de servicios de salud bucal dentro del contexto de salud integral, orientada al logro de resultados en salud, en respuesta a las características y necesidades en salud de la población, del Sistema de Salud y actuando siempre en beneficio de las personas, las comunidades y el desarrollo de la profesión.	<p>-Diseña la prestación de servicios de salud bucal de acuerdo con las necesidades de la población, la evidencia disponible, las políticas nacionales, y optimizando la acción interdisciplinaria, intersectorial y la participación comunitaria, con base en criterios de suficiencia, calidad, oportunidad y costo beneficio para la población, para el sistema de salud y para el desarrollo profesional.</p> <p>-Interviene en diferentes escenarios del nivel nacional y local para la articulación de acciones que fortalezcan los servicios de salud bucal y las acciones de salud pública a través de modelos integrales.</p> <p>-Implementa los planes, programas y proyectos en salud con fundamento en la salud bucal, decisiones técnicas, científicas, tecnológicas y administrativas, que favorezcan la salud bucal y la rentabilidad social.</p> <p>-Evalúa en todos sus procesos, los componentes e intervinientes de la calidad de los servicios de salud bucal individual, familiar y colectiva, de acuerdo con resultados en salud esperados y criterios de calidad y eficiencia establecidos.</p>
GESTIÓN		

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
INVESTIGACIÓN	Gestionar conocimientos para la comprensión y solución de las necesidades y problemas, que procuren el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud oral y el desarrollo de la comunidad odontológica.	<p>-Identifica los problemas de salud con énfasis en salud oral, en los ámbitos político, social administrativo y técnico-científico.</p> <p>-Propone procesos de investigación que promuevan la solución de problemas de salud bucal y los problemas de la comunidad odontológica.</p> <p>-Aplica métodos científicos y asume su pensamiento crítico para resolver problemas relacionados con la salud individual y colectiva.</p> <p>-Interpreta textos científicos con sentido crítico para resolver problemas relacionados con el ejercicio profesional.</p> <p>-Aplica métodos y técnicas que integren lo científico y lo tecnológico en su contexto social, orientados al mejoramiento de la salud oral.</p> <p>-Participa en equipos interdisciplinarios de investigación para la caracterización de problemas y creación de conocimiento en diferentes ámbitos.</p> <p>-Participa en el diseño e implementación de sistemas de información base en referentes nacionales e internacionales, orientado a mejorar la toma de decisiones para la solución de problemas y la innovación de procesos del sector.</p> <p>-Realiza investigación acorde con los requerimientos establecidos y siguiendo los principios bio-éticos, legales y metodológicos establecidos.</p> <p>-Asegura la apropiación social de los resultados de la investigación en el contexto disciplinar.</p>
	Apoyar el fortalecimiento del equipo de salud mediante la utilización de estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia y calidad, orientados a mejorar su desempeño y desarrollo profesional.	<p>-Promueve en la comunidad educativa el equilibrio entre los requerimientos de la sociedad y el sector, con las propuestas de formación básica y continua del THS.</p> <p>-Posibilita el intercambio de experiencias y transferencia de conocimiento, según criterios pedagógicos, alcance y ámbito de competencia del THS.</p> <p>-Promueve espacios de aprendizaje con enfoque problémico, para la intervención de situaciones propias de su entorno de desempeño.</p> <p>-Participa en el cumplimiento de objetivos de la relación docencia-servicio, en favor de la calidad de la prestación de los servicios de salud y educativos, para la formación del THS en los diferentes niveles.</p>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia, 2013

1.2.2.- Competencias Específicas:

Tabla 2

Competencias Específicas

Competencias Específicas

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ODONTOLOGÍA	<p>Desarrollar planes, programas y proyectos de promoción en salud con énfasis en salud oral, que cumplan con los atributos de calidad, a nivel individual, familiar y comunitario, orientados a la transformación positiva y progresiva de comportamientos, actitudes y prácticas, de acuerdo con las características y dinámicas de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Educa individuos y colectivos para la salud bucal de acuerdo con las características poblacionales. -Desarrolla estrategias dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, orientadas a crear y mantener espacios sociales que favorezcan la salud bucal. -Participa en los diferentes espacios de decisión que aporten al mejoramiento de la salud de la población peruana. -Promueve la participación activa y responsable de los grupos de población con los cuales interactúa. -Desarrolla mecanismos para el empoderamiento de la población para la transformación de sus determinantes. -Utiliza tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud bucal. -Participa en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios que contribuyan al desarrollo de programas integrales de salud de acuerdo con los lineamientos establecidos. -Desarrolla estrategias educativas que incentiven el buen trato y que busquen prevenir la violencia. -Desarrolla estrategias educativas para la salud oral que involucren la participación comunitaria, para contextualizarlas y ser más efectivas en la consecución de la calidad de vida. -Desarrolla acciones para el control de los factores de riesgo de las patologías de mayor frecuencia en la cavidad oral. -Orienta su desempeño al logro de resultados en salud bucal, enfatizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con la mejor evidencia disponible.
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ORAL	<p>Realizar acciones tendientes a reducir en individuos y comunidad, la probabilidad de la aparición de enfermedades que afectan el sistema estomatognático, y controlar el avance de sus consecuencias, con criterios de equidad, enfoque poblacional y diferencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identifica los factores de riesgo individuales y colectivos que puedan ser modificados y que se encuentran asociados a la presencia de enfermedades bucales. -Realiza acciones de protección específica para reducir el riesgo de inicio de enfermedades del aparato estomatognático, basados en la mejor evidencia disponible. -Aplica acciones, instrumentos y tecnologías basadas en evidencia, para el control temprano de condiciones que afectan la salud bucal. -Orienta a las personas y comunidades, para el autocuidado y la asistencia a la atención oportuna odontológica.
DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD ORAL INDIVIDUAL Y COLECTIVA	<p>Diagnosticar la situación de salud o enfermedad, presente en el sistema estomatognático del individuo, la familia y la comunidad y su respectivo pronóstico, teniendo en cuenta sus condiciones sistémicas, factores de riesgo y determinación social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Establece diagnósticos presuntivos y diagnósticos diferenciales. -Realiza la anamnesis y el examen clínico con criterios semiológicos y propedéuticos. -Hace uso de las ayudas diagnósticas dentro de los criterios de racionalidad científica, pertinencia y tecnología disponible. -Registra en la historia clínica los datos y hallazgos relacionados con el estado de salud o enfermedad derivados de la valoración del paciente, optimizando la tecnología disponible y aplicando principios éticos y legales vigentes. -Participa en equipos interdisciplinarios para establecer el diagnóstico, en aquellos casos que demanden la participación de diferentes áreas de la salud. -Desempeña el papel de auxiliar de la justicia en los casos que señale la ley. -Caracteriza la comunidad para definir de forma conjunta los planes de acción y tener éxito en la atención brindada. -Describe y prioriza desde el enfoque de determinantes sociales, las condiciones de salud bucal de la población, según lineamientos de política y metodologías establecidas. -Realiza dictámenes específicos relacionados con el sistema estomatognático en apoyo a la justicia según criterios técnicos y legales vigentes.

TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA SALUD ORAL

Realizar acciones tendientes a controlar las alteraciones presentes en los tejidos y estructuras del sistema estomatognático, para recuperar su funcionalidad y aportar a la calidad de vida, de acuerdo con referentes técnico-científicos vigentes.

- Propone intervenciones individuales y colectivas orientadas a resolver las necesidades identificadas y priorizadas.
- Propone planes de tratamientos integrales y suficientes, acorde con los diagnósticos establecidos, y adecuados a las necesidades y características biosicosociales y culturales de las personas y comunidades.
- Prioriza la ejecución de acciones acorde con la pertinencia, racionalidad técnico- científica y escalamiento terapéutico, incluyendo lo paliativo y teniendo en cuenta el pronóstico del tratamiento.
- Aplica los procedimientos tendientes a conservar la salud, limitar el daño, mitigar y/o controlar la enfermedad, con criterios de resolutiveidad, aportando al bienestar y a la calidad de vida los individuos y la población.
- Prescribe tratamientos farmacológicos según evidencia científica y de acuerdo con normas éticas y legales relacionadas.
- Utiliza la biotecnología en la resolución integral de las condiciones que presenten los individuos y comunidades.
- Utiliza la evidencia, en juicio crítico y desde criterios de razonamiento clínico y del conocimiento del impacto en los determinantes sociales.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA MEJORAR Y MANTENER LA SALUD ORAL A NIVEL INDIVIDUAL Y COLECTIVO

Proponer e implementar planes de monitoreo y acompañamiento a las acciones y procedimientos de promoción, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y de gestión realizados en individuos y comunidades, para favorecer el desarrollo de habilidades de autocuidado, protectoras, y de conservación de buenas condiciones para el logro, mejoramiento y mantenimiento de la salud y del entorno.

- Monitorea los signos y síntomas individuales e indicadores poblacionales para analizar de forma regular el avance de la condición y/o situaciones de la salud de los individuos y las comunidades.
- Determina de manera individual las acciones y actividades de seguimiento que garanticen las condiciones de éxito de los tratamientos realizados.
- Controla las acciones realizadas y los resultados obtenidos para identificar situaciones de mejora y/o de alarma, tanto en lo individual como en lo colectivo.
- Ajusta los planes de tratamiento y de trabajo que sean necesarios para favorecer las acciones que propendan por la mejora de la salud.
- Toma decisiones acorde con los hallazgos encontrados y la mejor evidencia disponible, aplicando criterios racionales y debidamente soportados, para reorientar acciones con altos estándares de calidad y mejora continua.
- Aplica procedimientos y acciones que permitan devolver la funcionalidad a las estructuras y tejidos del sistema estomatognático.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia, 2013

Tomado de:

Perfil y Competencias Profesionales del Odontólogo en Colombia

Autor: Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia – 2013

2.- PERFIL DEL PERSONAL DE SALUD:

Por Competencia Intercultural en Salud, entendemos la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Consideramos que todos los profesionales formados en el ámbito de la cultura occidental y urbana, tendrían que desarrollar competencias interculturales, entendiendo por esta una visión incluyente respecto a la importancia de los elementos de la cultura en la relación del ejercicio profesional en la interacción con las sociedades y grupos humanos en las cuales se tendrán una intervención; sin embargo, esta propuesta sugiere el desarrollo de una competencia más específica definida como “Competencia intercultural”

Comprende:

- La identificación de la singularidad cultural de la población usuaria de los servicios de salud.
- Desarrollo de actitudes de respeto al usuario en sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso Salud-enfermedad-atención.
- Capacidad de comunicación eficiente y asertiva.
- Capacidad de comprensión de la percepción de la casualidad y riesgo de la población usuaria.
- Conocimiento de los marcos filosóficos científicos y culturales que sustentan otros modelos y/o prácticas terapéuticas que utiliza la población.

Un profesional de salud interculturalmente competente debe adquirir la capacidad de contener o albergar dentro de su organización, de una forma intercultural o sinérgica, muchos comportamientos diversos, actitudes, políticas y formas de trabajo, ajustándolos para producir resultados mejores, en una relación que suma y conjunta los diferentes esfuerzos y visiones.

Tabla 3

Competencia Intercultural para Profesionales de Salud

MAPA FUNCIONAL DE LOS CONTENIDOS DE LA COMPETENCIA INTERCULTURAL PARA PROFESIONAL DE INSTUCIONES DE SALUD		
Denominación de la Competencia: Competencia Intercultural en salud		
Competencias Generales	Unidades de Competencia	Elementos de Competencia (Conocimientos, habilidades y actitudes)
<p>Capacidad de establecer relaciones respetuosas, equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, considerando su desempeño en contextos multiculturales, urbanos o rurales, identificando e interactuando, además, con profesionales, terapeutas y usuarios de otras medicinas o modelos clínico-terapéuticos de atención a la salud.</p>	1.- Visión Intercultural	<p>1.- Capacidad para identificar y distinguir los elementos que constituyen la identidad cultural de los individuos y los grupos humanos en la diversidad, aplicados a la salud, los procesos de comunicación (el idioma o lengua), la alimentación, la construcción de vivienda, la agricultura, la religión entre otros elementos del contexto social y ambiental para propiciar la interacción asertiva entre usuarios y personal de salud.</p> <p>2.- Capacidad para comprender las identidades y diversidades culturales de los usuarios y los sistemas y modelos de atención a la salud.</p> <p>3.- Capacidad para identificar barreras propias de la cultura regional (Barreras culturales) y de género, en el ámbito de las instituciones de salud, que violentan el marco ético, bioético y de los derechos humanos.</p>
	2.- Relación Intercultural	<p>1.- Capacidad para establecer una escucha intercultural en la interacción con las personas y los grupos humanos, permitiendo la expresión de sus ideas, sin distinción de edad, género, condición económica, religión u otro tipo de identidades. (Comunicación asertiva, educación y negociación intercultural)</p> <p>2.- Capacidad de aplicar explícitamente los elementos de la Competencia intercultural en la relación con los usuarios de los servicios de salud y los profesionales de otros modelos clínico-terapéuticos de atención a la salud.</p>
<p>ESCUCHA Y CONVALIDACIÓN: Capacidad de Escucha y convalidación en la elaboración de modelos y programas de salud, con los usuarios y prestadores involucrados, que considere y respete la diversidad cultural de la población.</p>	1.- Escucha	<p>1.- Capacidad para indagar la pertinencia y el desarrollo de intervenciones institucionales ante un problema de salud.</p> <p>2.- Actitud para iniciar la planeación y la implementación de programas a partir de preguntas y no con respuestas entre los involucrados en la implementación de un programa. (Beneficiarios-directivos y operadores)</p> <p>3.- Conocimiento y manejo de herramientas y metodologías para la escucha.</p> <p>4.- Conocimiento y habilidad para incorporar mediante actitudes de respeto y la escucha, los aportes y fortalezas de las áreas que conforman a la Organización como unidad operativa.</p>
	2.- Convalidación de modelos y programas	<p>1.- Capacidad para revisar, ajustar, validar y operar el programa con sus beneficiarios-personal directivo-operativo involucrado.</p>

Fuente: Secretaría de Salud – México, 2014

Tomado de:

Competencias Interculturales para el Personal de Salud

Secretaría de Salud – México, 2014

PRODUCTO 2
SUBPRODUCTO 1

DIRECTIVA SANITARIA N°../DN-INS/17

DIRECTIVA QUE ESTABLECE DISPOSICIONES DONDE SE INCLUYE LA ASIGNACIÓN DE FUNCIONES CON ENFOQUE INTERCULTURAL QUE DEBE TENER LA ATENCIÓN DE SALUD SI SE LABORA CON POBLACIÓN INDÍGENA

I. FINALIDAD:

Establecer normas donde se indiquen las funciones con enfoque intercultural que deberán ser asignadas al personal de salud por parte de los jefes de establecimientos.

II. OBJETIVOS:

Normar el procedimiento a seguir para establecer las funciones con enfoque intercultural a personal de salud que labora con población indígena.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente norma es de cumplimiento obligatorio por todas las Unidades Ejecutoras o Direcciones regionales de salud o donde tengan adscritos profesionales de la salud que laboran en poblaciones indígenas.

IV. BASE LEGAL:

- Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su reglamento D.S. 014-2002.SA
- Resolución Ministerial N°729-2003-SA/DM que aprueba el documento: “La Salud Integral: Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral de Salud”
- Resolución Ministerial N°638 – 2003 – SA/ DM, que aprueba el Documento “Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud del Ministerio de Salud”.

- Resolución Ministerial N°437 – 2005 – MINSA, que aprueba la Norma Técnica de “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas”

V. DISPOSICIONES GENERALES:

- a. El jefe de establecimiento que labora con población indígena deberá asignar al personal de salud funciones con enfoque intercultural donde se respete la cultura de dichas poblaciones y establecer una relación basada en el respeto mutuo.
- b. Las actividades se desarrollarán en el marco interculturalidad.
- c. Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención deberán desarrollar una serie de Fases para la implementación del enfoque intercultural en la atención Sanitaria, teniendo como fin supremo el servicio y reconocimiento de los derechos que toda persona tiene a ser atendida a acceder al servicio en igualdad de oportunidades.

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **AGENTES DE MEDICINA TRADICIONAL**

Es el conjunto de personas reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de los miembros de su pueblo. Éstos pueden haber sido aprendidos de sus antepasados o de otros miembros de la comunidad, a través de la transmisión oral o de una práctica permanente. (Instituto Nacional de Salud, 2014, p.7)

- **DIÁLOGO INTERCULTURAL EN SALUD**

Es una metodología orientada a facilitar el acuerdo y la articulación entre representantes del sistema de salud occidental o biomédico y la medicina tradicional y popular permitiendo un mutuo aprendizaje, especialmente con los pueblos indígenas y las poblaciones afroperuanas. Busca también el desarrollo de procesos participativos culturalmente pertinentes, que permitan el abordaje de los

determinantes socioculturales de la salud. (Instituto Nacional de Salud, 2014, p.9)

- **INTERCULTURALIDAD**

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferentes culturas, que pueden ser llamados étnicas, sociedades, culturas o comunidades. (Godoy Macías, Navas Perozo, Fox Delgado, & Quintero de la Hoz, 2014, p.3)

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

- Fase de planificación: Acciones de coordinación, organización y programación de actividades con participación del personal del Servicio Odontológico, personal de salud y de la comunidad indígena.
- Fase de sensibilización: Al personal de instituciones y al del establecimiento de salud.
- Fase de capacitación: El personal de salud será capacitado y acreditado, dentro del Plan Anual de Capacitación del Establecimiento de Salud, a cargo del equipo de Especialistas en temas de Salud Bucal con adecuación Cultural.
- Fase de ejecución: Se distribuirá el material básico para realizar la atención en salud, tanto para el personal de salud como comunidad indígena.

VIII. RESULTADOS ESPERADOS:

- Personal de Salud conocedor de sus funciones con enfoque intercultural.
- Personal de salud brinda atención en salud con enfoque intercultural.
- Población indígena satisfecha con la atención recibida.

IX. INDICADORES:

- Porcentaje de establecimientos de salud que incluyen en sus funciones el enfoque intercultural.
- Porcentaje de población indígena satisfecha con la atención recibida.

X. RECURSOS:

-Humanos:

- Cirujanos Dentistas
- Otros Profesionales de Salud
- Personal técnico auxiliar, asistencial y administrativo

-Materiales:

- Documento donde se indica las funciones con enfoque intercultural que debe ser asignado al personal de salud.

XI. RESPONSABILIDADES:

- Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal de cada DIRESA/DISA
- Jefes de Redes de Salud
- Jefes de Microredes de Salud
- Jefes de Establecimientos de Salud
- Responsables de los servicios de Odontología de los Establecimientos de Salud.
- Personal nombrado Asistencial y Administrativo de los Establecimientos de Salud.

XII. DISPOSICIONES FINALES

- La presente directiva sanitaria entrará en vigencia al siguiente día de la firma de la Resolución Directoral correspondiente, su vigencia es indefinida y estará sujeta a revisiones periódicas según normatividad vigente.
- Los establecimientos de salud ubicados en poblaciones indígenas deberán presentar documentos que evidencien el cumplimiento de la incorporación de funciones descritas en la presente norma, cuando la autoridad lo solicite.
- Queda sin efecto, a partir de la fecha, aquellas directivas de carácter local que se opongan a la presente directiva sanitaria.

Tomado de: Directiva Sanitaria para Intervención de Salud Bucal en Pre-Escolares de la Dirección de Salud Lima Este-RD N°00236-2012-DISA IV LE-DG-DESP-OAJ- 2012

ANEXO 4: Producto 3

TALLERES DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS, VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS CON CIRUJANOS DENTISTAS, PERSONAL DE SALUD Y MÉDICOS COMUNITARIOS

CURSO-TALLER: Taller de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias con cirujanos dentistas, personal de salud y médicos comunitarios.

DIRIGIDO A: Cirujanos Dentistas, Personal de Salud y Médicos Comunitarios

TOTAL, HORAS: 40 horas pedagógicas presenciales.

ORGANIZA: Instituto Nacional de Salud

1.- PROPÓSITO:

Contribuir al intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias, así como reconocer a la medicina tradicional e integrarla a la medicina occidental para mejorar la salud bucal de las poblaciones indígenas.

2.- OBJETIVOS GENERALES:

- Generar un espacio de discusión y análisis crítico de los conocimientos, vivencias y experiencias sobre medicina tradicional, que permita motivar al equipo de salud a integrar a la medicina occidental y avanzar en la implementación y consolidación del cambio en el enfoque de atención.
- Avanzar en el desarrollo de habilidades, destrezas y aptitudes en el campo de la Salud Bucal, que hagan posible la implementación de los cambios propuestos tanto en el ámbito clínico como en la gestión.

3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Al finalizar el curso los participantes podrán:

- Identificar los fundamentos y problemas derivados del cambio de modelo en salud.
- Describir los Principios y Características del modelo de Salud Bucal
- Analizar los conceptos de Medicina Tradicional, medicina convencional y su integración.
- Manejar los conocimientos sobre ambas medicinas en el tema de salud bucal.
- Identificar las posibles crisis normativas y no normativas que se puedan presentar en la atención en salud bucal.
- Identificar los factores de riesgo y métodos de prevención en salud bucal, utilizando la medicina tradicional y convencional.
- Identificar los niveles de intervención del equipo de salud de atención primaria en Salud Bucal.
- Motivar al equipo de salud para conocer más afondo la cultura, costumbres y hábitos de la población indígena y los médicos comunitarios. Así como motivar a los médicos comunitarios a conocer más sobre la medicina convencional y su aplicación en la salud bucal.
- Identificar los problemas producidos al efectuar el cambio de modelo.
- Describir las características más importantes de los cambios organizacionales necesarios para avanzar en el modelo, por ejemplo: el trabajo en equipo; estilos de liderazgo; participación comunitaria y sectorización.

4.- METODOLOGÍA:

El curso se impartirá mediante clases participativas, videos, talleres de grupos pequeño, rol playing y trabajo grupal.

5.- EVALUACIÓN:

Este curso se evaluará a través de una prueba grupal que representa el 100% de la nota final. La nota final no podrá ser inferior a 4.0, con una asistencia a clases de un 80% como mínimo para su aprobación.

Además, se realizará una evaluación de reacción de los participantes del Curso, cuyos resultados se sistematizan en un informe final de la actividad que se remite a la entidad solicitante.

6.- CRONOGRAMA Y CONTENIDOS:

Tabla 1

Cronograma y contenidos del curso-taller

Nº y fecha sesión	Horario	Contenidos
1ª Sesión	8:30 – 13:00	Creación de Contexto Bienvenida al curso, presentación del programa Expectativas Medicina Tradicional y Salud Bucal Medicina Convencional y Salud Bucal Fundamentos de la integración de ambas medicinas.
2ª Sesión	14:00 – 17:00	Salud Bucal Experiencias de la Medicina Tradicional en la Salud Bucal Características Básicas de las comunidades indígenas
3ª Sesión	8:30 – 13:00	Intercambio de conocimientos entre regiones Instrumentos para el trabajo en salud bucal con comunidades indígenas. Evaluación de la Salud de las comunidades indígenas y estrategias para su mejora.
4ª Sesión	14:00 – 17:00	Contenido Taller Aplicado Instrumentos para el trabajo con poblaciones indígenas
5ª Sesión	8:30 – 13:00	Prevención en Salud Bucal utilizando medicina tradicional y convencional
6ª Sesión	14:00 – 17:00	Cambio Organizacional Características de los cambios Motivación individual y grupal Resistencia al cambio
7ª Sesión	8:30 – 13:00	Planeamiento Estratégico Planificación en Salud, Planificación Estratégica Elementos de un Plan Estratégico
8ª Sesión	14:00 – 17:00	Gestión en Salud Bucal Sectorización
9ª Sesión	8:30 – 13:00	Dirección y Liderazgo Trabajo en equipo Roles y funciones, organigrama Participación Comunitaria Conceptos y Definiciones Niveles de participación comunitaria
10ª Sesión	14:00 – 17:30	Trabajo en Red Intersectorialidad Evaluación Evaluación del Curso Plenaria y Cierre

Fuente: Ministerio de salud, 2009

7.- OTROS ASPECTOS:

Los cursos de capacitación son certificados por cada una de las Direcciones regionales de salud.

Tomado de: Curso-Taller sobre Desarrollo de competencias en salud familiar y comunitaria-nivel básico. Ministerio de salud, 2009

PRODUCTO 3
SUBPRODUCTO 1: PLAN DE CAPACITACIÓN

**“ENFOQUE INTERCULTURAL PARA PERSONAL DE SALUD QUE LABORA
EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD LOCALIZADOS EN PUEBLOS
INDÍGENAS”**

**GRUPO OCUPACIONAL: CIRUJANOS DENTISTAS, PROFESIONAL DE LA
SALUD, AUXILIAR, TÉCNICO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO**

MODALIDAD: CAPACITACIÓN

SEDE: REDES DE SALUD

CONTENIDO:

- I.- Datos Generales
- II.- Problema priorizado
- III.- Características del público objetivo
- IV.- Actividad educativa y modalidad educativa
- V.- Competencias a fortalecer
- VI.- Contenidos de la actividad educativa a nivel específico
- VII.- Estrategias y procedimientos didácticos
- VIII.- Recursos de capacitación

I.- GENERALIDADES:

- INSTITUCIÓN: Red de Salud...
- NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA: CAPACITACIÓN
- PERÍODO DE EJECUCIÓN: 2017
- TOTAL HORAS ACADÉMICAS: 24 horas presenciales
- TOTAL CRÉDITOS: Valor obtenido en horas se sumará al total según capacitación integral anual del establecimiento de salud
- RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN: Especialista en Interculturalidad
- DOCENTES CIRUJANOS DENTISTAS: 1.- CD.

II.- PROBLEMA PRIORIZADO

En los países multiculturales, producto de su diversidad cultural, existen grupos de población con diferentes concepciones de la salud y enfermedad y distintas maneras de abordarla. Cada concepción y visión sobre la salud y la enfermedad, se traduce en formas concretas para prevenir la enfermedad, restituir la salud, aliviar o mitigar el dolor y enfrentar la muerte.

Producto de la rica diversidad étnica cultural de la población peruana, los usuarios pertenecientes a grupos culturalmente diferenciados, al momento del contacto con los servicios de salud, manifiestan además de su enfermedad, la concepción que tienen sobre ésta, su origen y las formas de tratamiento entendidas en lógicas y nombres diferentes al modelo explicativo del profesional de la salud, lo que condiciona y promueve en muchos casos, relaciones de conflicto, choque cultural, resistencia y temor al uso de los servicios; asimismo, se ocasiona a veces sin proponérselo, atropello a sus derechos y creencias, desapego a las medidas terapéuticas y preventivas, y finalmente, alejamiento al uso de los servicios de salud.

En ese orden, es evidente que la calidad de los servicios de salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y capacidades técnicas del personal de salud, es necesario que el personal demuestre el dominio de competencias y habilidades relacionadas con las cualidades de la cultura regional, delineadas por la pertenencia étnica, la cultura alimentaria, el contexto ambiental y sus condiciones sociales; es decir, “competencias culturales” que le permitan entender y atender a un usuario diferente en el contexto de la amplia diversidad de la sociedad peruana. No reconocer la realidad multicultural del país, no solo de regiones rurales e indígenas sino también de las grandes ciudades, impide desarrollar un proceso comunicativo suficiente entre códigos culturales diferentes. Así también se propicia resistencia al uso de los servicios, e incluso a relaciones de conflicto y choque cultural. En algunos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los usuarios, especialmente en zonas indígenas.

En ese sentido, un plan de capacitación a favor de la calidad de la atención y promoción de la salud, es la generación de procesos de comunicación y concertación interculturales entre el personal de salud y los usuarios, distanciados en muchos casos por elementos y barreras culturales, como las diferencias educativas, las creencias religiosas o las diferencias lingüísticas. El enfoque

intercultural sume que es imprescindible conocer las expectativas que los destinatarios o usuarios finales tienen en relación a los productos o servicios producidos; sean estos personal o instituciones; y las determinantes históricas, económicas, políticas y culturales de la realidad social donde los profesionales de salud ofrecen sus servicios”

Por lo anterior y acorde con esta vinculación entre el prestador de los servicios de salud y los usuarios, consideramos imprescindible incorporar el enfoque intercultural en la oferta de servicios de atención, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, a fin de que el personal identifique otros conceptos y visiones de la realidad y eventualmente, otros modelos de atención a la salud que se ofrecen y utiliza la población.

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PÚBLICO OBJETIVO

Profesionales Cirujanos Dentistas, Profesionales de la Salud, Auxiliares, Técnicos Asistencial y Administrativos de los Establecimientos de Salud ubicados en pueblos indígenas. Además, un representante de cada establecimiento de salud deberá asistir los días programados

IV.- ACTIVIDAD EDUCATIVA Y MODALIDAD EDUCATIVA

- Actividad Educativa:
 - TEMA 1: Interculturalidad en Salud
 - TEMA 2: La medicina tradicional como sistema de atención a la salud
 - TEMA 3: Globalización y sociedades multiculturales, retos y oportunidades en la formación de los profesionales de la salud
 - TEMA 4: Relación del personal directivo-personal operativo-población de influencia y Capacidad de comunicación eficiente y asertiva.
- Modalidad Educativa: Capacitación a corto plazo, de reforzamiento y actualización, de tipo presencial, como parte de la Capacitación Integral Anual del Establecimiento de Salud.

V.- COMPETENCIAS A FORTALECER

- Resultados de proceso: Durante la capacitación el personal de salud:
 - Asistirá a la capacitación en su fase sólo presencial según horarios establecidos.

- Registrará su asistencia según formato y modalidad que se le indique en la Sede de capacitación.
- Participará en las evaluaciones de diferente modalidad según indicaciones del docente (s).
- Resultados finales: El asistente será capaz de:
 - Identificar las características generales de Interculturalidad en Salud.
 - Reconocer la medicina tradicional y la singularidad cultural de la población indígena.
 - Desarrollará su capacidad de comunicación eficiente y asertiva.

VI.- CONTENIDOS DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA A NIVEL ESPECÍFICO

Tabla 1

Contenidos de la Actividad Educativa a nivel Específico

DÍAS	TEMA
PRIMERO TEORÍA	A.- Interculturalidad en Salud: <ul style="list-style-type: none"> ○ Instrumentos para estudiar los modelos de atención a la salud ○ Sistema médico y cosmovisión de los pueblos indígenas B.- La medicina tradicional como sistema de atención a la salud: <ul style="list-style-type: none"> ○ La medicina tradicional peruana como sistema de salud C.- Globalización y sociedades multiculturales, retos y oportunidades en la formación de los profesionales de la salud: <ul style="list-style-type: none"> ○ El sistema nacional de salud y sus elementos prospectivos ○ Epidemiología de la salud y la enfermedad desde la perspectiva de las culturas locales ○ La articulación de los sistemas de salud D.- Relación del personal directivo-personal operativo-población de influencia y Capacidad de comunicación eficiente y asertiva. Detección de Placa Bacteriana Dental: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejercicio de planeación con base a una metodología participativa ○ Foros ciudadanos ○ Herramientas para la prevención, identificación y solución de conflictos derivados de la diversidad cultural -Capacidad de establecer relaciones respetuosas, equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, considerando su desempeño en contextos multiculturales urbanos o rurales, identificando e interactuando, además, con profesionales, terapeutas y usuarios de otras medicinas o modelos clínico terapéuticos de atención a la salud.
SEGUNDO PRÁCTICA	-Capacidad de escucha y convalidación en la elaboración de modelos y programas de salud, con los usuarios y prestadores involucrados, que considere y respete la diversidad cultural de la población.

Fuente: Dirección de salud Lima Este, 2012

- Duración de la actividad y modalidad educativa: Se realizará en sesiones ocho horas académicas diarias por tres días.
- Fechas y horario:

- Valor curricular: serán sumadas las otras temáticas de la capacitación anual del establecimiento para determinar el total de horas y por consiguiente el creditaje (Valor Curricular)

VII.- ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS DIDÁCTICOS

Se emplearán las siguientes estrategias, métodos, procedimientos didácticos, formas y recursos durante el proceso de enseñanza – aprendizaje de los participantes durante la capacitación:

- Exposición, diálogo, charlas, demostraciones.
- Dinámica de grupo

Del docente/facilitador y del participante:

- El docente/facilitador es responsable de la enseñanza, asistencia técnica y evaluación del participante.
- El participante es responsable de cumplir con las actividades dentro de la capacitación, así como de las diferentes estrategias o procedimientos didácticos indicados por el docente/facilitador a cargo.

VIII.- RECURSOS DE LA CAPACITACIÓN

- Recursos Humanos:
 - Personal de apoyo logístico.
 - Personal docente/facilitadores.
 - Participantes de la capacitación.
- Recursos Materiales: Entre los diversos materiales se considerarán:
 - Material didáctico: Láminas, videos, grabaciones, afiches, materiales de escritura y dibujo, fichas de registro, kit básico de sesión educativa según Directiva de Intervención Sanitaria.
 - Equipos: Computadora, ecran, proyector multimedia, servicios de fotocopiado, equipo de audio, pizarra acrílica, etc.
- Recursos Financieros: Es el costo que implican los recursos anteriores será posible con el apoyo institucional.

Tomado de: Directiva Sanitaria para intervención de salud bucal en pre escolares de la dirección de salud lima este

RD N°00236-2012-DISA IV LE-DG-DESP-OAJ-2012

PRODUCTO 3
SUBPRODUCTO 2

PROGRAMA DE PARTICIPACIÓN Y DIÁLOGO COMUNAL

1.- Diseño Metodológico de un Diálogo Participativo

En cuanto al diseño metodológico de los Diálogos Participativos debemos tener en cuenta tres grandes fases de trabajo, Diseño y Planificación del Diálogo Participativo, Desarrollo del Diálogo Participativo y por último, la fase de Seguimiento de Resultados y Respuestas a los Ciudadanos.

Por otro lado, para el desarrollo de un Dialogo Participativo se deben tener en cuentas temas de producción, tales como; la convocatoria, invitaciones, lugar a realizar el diálogo participativo, material de trabajo que se utilizara, alimentación (Coffee Break y almuerzos), equipo técnico y humano para reforzar la realización del DP.

Cabe destacar que la metodología de los diálogos Participativos está basada principalmente en la técnica denominada OPEN SPACE (OST), metodología de reuniones definida y adecuada para grandes grupos de personas (40 y mas), que facilita el dialogo y la obtención de acuerdos de manera didáctica y ordenada, como también la participación ciudadana.

Por último, mencionar que la realización de los Encuentros o EDP puede desarrollarse en media jornada o en jornada completa, ocupando todo el día.

Esta técnica tiene las siguientes ventajas:

- Maximiza las oportunidades de participación de cada persona durante la realización del evento. Proporciona un ambiente seguro e inclusivo para que la diversidad de participantes pueda intercambiar información, puntos de vista y estrategias.
- Minimiza el riesgo de “captura de agenda” por algunos participantes específicos. Asigna responsabilidad a los participantes, estimula la confianza, el liderazgo compartido y el compromiso a todo lo largo del proceso.
- Involucra activamente a un gran número de personas.
- Permite la generación de acuerdos.

Paralelamente, la técnica Open Space genera:

- Auto responsabilidad de los participantes.
- Generación de redes.
- Aprendizaje democrático.

Potencialidades:

- Reunir todo el sistema de “organizaciones de la sociedad civil” en el mismo espacio.
- Dar poder a la sociedad civil. (Empowerment o empoderamiento)
- Crear un marco que permita la auto-organización.
- Lograr participación a un bajo costo y de un modo no complicado, con coordinadores no necesariamente entrenados ni en posiciones de liderazgo en las instituciones involucradas.

2.- Información previa con la convocatoria

Para que un Diálogo sea efectivo, una condición esencial es que se entregue en forma oportuna y completa la información para participar en éste en igualdad de condiciones. Es por ello que, junto a la invitación, a los participantes se les entrega una carpeta con los siguientes materiales:

- Pauta metodológica explicativa del EDP, destinada a los participantes, en la que se indican los pasos, las reglas del juego y las pautas para el debate.
- Minuta de Posición con el planteamiento oficial de la autoridad sobre el tema que deliberará con la sociedad civil.
- Ficha de Inscripción con los eventuales talleres temáticos (opcional) para que las personas la lleven completa al llegar a la jornada.
- Programa del EDP

Es esencial que este material esté en manos de los participantes al menos 5 días antes de la actividad, para que puedan estudiar el material y estar en antecedentes respecto de los tópicos del EDP.

3.- El día del evento

Hay que preparar carpetas con los mismos materiales considerando un alto porcentaje de invitados que lleguen sin los materiales del EDP. Además, hay que agregar una carpeta con otros materiales a utilizar en el EDP:

- Ficha de sistematización por grupo, en donde los asistentes deben indicar las principales ideas fuerza y puntos de vista sobre el dialogo participativo y lo realizado en los grupos de trabajo
- También se entregará una encuesta tipo Likert en donde los asistentes evaluarán sistemáticamente el desarrollo de EDP.

La propuesta metodológica de los diálogos participativos para las políticas públicas considera, tal como lo mencionamos anteriormente, tres etapas de trabajo:

4.- Descripción General de la metodología y proceso de Dialogo Participativo

4.1.- Coordinación inicial.

La generación de un Diálogo Participativo se puede establecer a través de dos mecanismos. El primero, es partir de la voluntad expresada por un servicio para la realización de un Diálogo Participativo o Ciclo de Diálogos Participativos, frente a una necesidad específica de cada institución pública. El segundo mecanismo, es que la División de Organizaciones Sociales impulsa Diálogos Participativos coordinadamente con Ministerios o Servicios donde se hayan establecido compromisos relativos a sus ámbitos de trabajo en el Programa de Gobierno y/o que van surgiendo en el ejercicio del mandato Presidencial.

Para ambos mecanismos se debe establecer una coordinación entre el profesional de la DOS y una contraparte de la institución que desplegará el Diálogo Participativo para definir: el tema rector del Diálogo Participativo, actores y/o públicos a convocar, establecer plazos del proceso, definir como se implementará la Convocatoria (incluye aspectos de producción y también de contenidos pues la invitación debe ir acompañada de la Minuta de Posición respectiva) y la Difusión del proceso de Diálogo Participativo.

4.2.- Minuta Metodológica.

En esta minuta se establece el proceso metodológico que se debe efectuar para desarrollar los Diálogos Participativos. Este instrumento es desarrollado y transmitido por la División de Organizaciones Sociales al Ministerio o Servicio respectivo.

Si bien es importante señalar que la metodología que se entrega es la línea base para la implementación del Diálogo, en la coordinación inicial se analizarán las particularidades de la institución para adecuar, si es que fuera necesario, los aspectos técnicos del Diálogo Participativo.

4.3.- Elaboración de Minuta de Posición.

La institución a cargo del Diálogo Participativo con la asesoría de la DOS debe realizar un documento denominado Minuta de Posición que contenga los aspectos relevantes del Ministerio o Servicio y una descripción resumida de los temas que se abordarán en el Diálogo.

Se presenta de manera ejecutiva, con frases destacadas o síntesis por cada subtema, no debe superar las 5 páginas.

4.4.- Capacitación de facilitadores y secretarios técnicos.

Previo a la realización del encuentro Diálogo Participativo se realiza una jornada de capacitación a los funcionarios/as públicos/as que desempeñarán la función de secretarios/as técnicos/as y facilitadores/as en los talleres de grupo del diálogo.

Se establece una reunión de trabajo, en la que se proporcionan las orientaciones y procedimientos respecto de la metodología de Diálogos Participativos, se explican los roles de cada uno de los integrantes del equipo implementador, tales como el Facilitador/a y Secretario/a Técnico/a. Además, se proporciona la Pauta de Trabajo Grupal, y se analiza el Programa del Encuentro Diálogo Participativo.

4.5.- Aspectos operativos del diálogo participativo

La coordinación entre la DOS y la institución encargada de la temática debe ser sistemática, constante y fluida para la revisión permanente de

los aspectos operativos para desarrollar exitosamente el Diálogo Participativo.

La definición del lugar de realización con el respectivo chequeo de amplificación y proyector; el servicio de cafetería y almuerzo; tener el material como carpetas, minutas de posición multicopiadas y las presentaciones impresas; distribución de tareas del equipo de trabajo, etc., son elementos que siempre deben estar considerados para que la experiencia de los participantes sea óptima.

4.6.- Etapa introductoria.

En esta etapa se debe considerar la inscripción de los asistentes y la entrega de la carpeta con los materiales a utilizar en el Diálogo Participativo. A posterior se realiza la bienvenida, con la respectiva presentación de las autoridades y lectura del programa que se desarrollará durante la jornada. Junto a lo anterior, se acompaña de parte de la DOS la presentación institucional de los Diálogos Participativos.

Los EDP cuentan con una primera parte introductoria en la que se buscan dos objetivos:

- Informar al participante acerca de las características de los diálogos y las modalidades de participación.
- Entregar los contenidos centrales de la propuesta de gobierno que está puesta en discusión y que convoca el diálogo.

4.7.- Explicación metodológica:

En esta etapa interviene el conductor general del EDP, quién es el que explica a los presentes: el objetivo de la actividad, la metodología del EDP, los espacios y modos de participar y el contenido de la carpeta que se les entregó. Explica, además, el procedimiento de constitución de grupos en talleres y el rol de los facilitadores en ellos.

Se recomienda hacerla al inicio del EDP junto a la bienvenida y, en lo posible, antes de la inauguración y/o exposición central de la autoridad. Lo anterior con el fin de no restar importancia a ambas instancias.

5.- El segundo momento Diálogo es el desarrollo Temático.

En este espacio, se dará a conocer el tema a abordar durante la actividad por parte de la autoridad o un representante del organismo público encargado, siguiendo la base del documento Minuta de Posición. Expuesto el tema, se conforman los grupos de trabajo que desarrollarán preguntas o temas generales que se hayan considerado para el trabajo grupal. Acá los facilitadores y los secretarios técnicos tendrán que apoyar el debate que se genere en los grupos, además de completar la Ficha de Sistematización por Grupo que entrega la D.O.S.

5.1.- Objetivos

- Promover y facilitar la discusión en torno a las ideas centrales contenidas en la Minuta de Posición.
- Obtener propuestas concretas de la sociedad civil respecto de los contenidos de la Minuta de posición presentados.

5.2.- Trabajo en Talleres

Durante esta instancia se debe realizar la presentación del taller: sus objetivos y procedimiento metodológico, a cargo del facilitador o facilitadora del taller, para lo cual se debe entregar a los participantes los contenidos de la carpeta: El marco de la Minuta de Posición, y otros documentos incluidos en la carpeta como las Fichas de inscripción, de evaluación de la jornada de trabajo.

El facilitador o facilitadora debe explicar con minuciosidad el llenado de las fichas de evaluación y de inscripción, considerando la importancia que tienen estos documentos.

Presentación personal de los participantes. Dependiendo del tiempo disponible se recomienda utilizar una dinámica de grupos a objeto de crear un ambiente de confianza para el diálogo.

Explicar que se elegirá un relator del trabajo grupal al final del taller.

5.3.- Reflexión sobre los contenidos de la Minuta de Posición.

- El facilitador o facilitadora señala un conjunto de preguntas para la discusión, en torno a la Minuta de Posición.
- Motiva la intervención breve de todos los participantes, respetando la opinión de los otros y tratando de no repetir.
- Una vez que todos han dado su punto de vista, el facilitador o facilitadora invita al grupo a identificar las ideas de consenso más importantes que el grupo quiera seleccionar como propias. Para ayudar a visualizar estos consensos se recomienda usar una pizarra o un papelógrafo.
- Para el trabajo de síntesis grupal, el facilitador o facilitadora presentará la Matriz 1 “Contenidos de la reflexión” para recoger los principales aspectos y materias tratadas, para su presentación en el Plenario. El grupo debe definir dos aspectos principales, por cada dimensión de la Minuta de Posición.
- La secretaria o secretario técnico va redactando las ideas del grupo y traspasando la información en Power Point
- Finalmente, el grupo elige al relator o relatora para exponer las conclusiones en el plenario.

5.4.- Plenario

El objetivo principal del trabajo del Plenario es conocer el marco general del trabajo grupal y las propuestas en torno a la Minuta de Posición. Para ello, es muy importante la presencia de la autoridad del servicio convocante y su plana mayor.

Idealmente, su localización en la sala de plenario debería ser frente a la audiencia y con visión a la pantalla donde se expondrán los acuerdos de los grupos. La idea es que la autoridad ESCUCHE los planteamientos grupales y manifieste una disposición de recoger sus planteamientos. (Actitud de ESCUCHA ACTIVA)

5.5.- Presentación de Conclusiones de los talleres:

El MODERADOR o MODERADORA del Plenario, señalará las reglas de juego de la presentación de los talleres. Lo principal, es insistir en dar

cuenta de los contenidos de los papelógrafos o diapositivas a presentar, evitando los comentarios personales.

Cada relator o relatora de taller dispondrá de los minutos suficientes para dar a conocer el trabajo grupal. La ventaja de usar el Power Point es la realización obligada de una síntesis de las ideas principales del grupo.

5.6.- Conclusión del Plenario:

En esta etapa del plenario, la autoridad respectiva debe dar cuenta de las principales propuestas surgidas en el trabajo de talleres, y señalar los compromisos a los que está dispuesto a llegar en relación con las propuestas de los grupos. La autoridad agradecerá el aporte de los participantes. Es deseable que se establezca algún tipo de compromiso de continuidad.

La autoridad, deberá indicar la configuración de una Plataforma de Compromisos de acuerdo a los resultados del trabajo de talleres de la jornada y posibles de cumplir por parte del servicio respectivo.

Dependiendo la complejidad de las materias del Diálogo, existe la alternativa que la autoridad se tome un tiempo corto (30 días) para evaluar las propuestas y establezca los compromisos. Una vez concluido el plazo, se procede a incorporarlas en la Plataforma de Compromisos para hacerlos públicos.

6.- Cierre del Diálogo Participativo

En este espacio los funcionarios de la D.O.S deben sistematizar toda la información generada por los representantes de la sociedad civil. Las autoridades de los organismos públicos presentes, en conjunto con los representantes de la sociedad civil deben concordar una metodología de respuesta e inclusión de los aportes u observaciones generados en los grupos de trabajo.

Cabe señalar al finalizar el Diálogo Participativo se debe aplicar una pauta de evaluación a los participantes para que den cuenta de sus observaciones en relación a los aspectos operativos y de contenidos sobre la actividad desarrollada.

6.1.- Seguimiento de Resultados y Respuestas a los Ciudadanos: Informe de resultados

Desde el inicio de las conversaciones con los servicios públicos se les plantea la obligación de generar mecanismos y/o herramientas que permitan el seguimiento y control ciudadano de las propuestas planteadas por la ciudadanía y –al finalizar el proceso- la respuesta de la autoridad respectiva.

Luego de finalizado el Diálogo Participativo o el Ciclo de Diálogos Participativos la DOS entregará un informe al servicio respectivo, incluyendo el registro de la actividad, la sistematización de las propuestas u observaciones y la evaluación del Diálogo Participativo para que sea revisadas y consideradas por la jefatura del servicio.

7.- Después del encuentro: Monitoreo a la respuesta de la autoridad

Bajo la premisa que la participación ciudadana aumenta la calidad y la legitimidad de la acción gubernamental, la respuesta de la autoridad respectiva a las propuestas de mejora u observaciones realizadas por el participante, es la última etapa del proceso de Diálogo Participativo, y quizás sea la más importante, ya que, permite ponderar el compromiso institucional con la participación ciudadana.

El mecanismo de respuesta (e-mail, correo normal, publicación en página web, etc.) debe ser informado previamente a los y las asistentes al Encuentro Diálogo Participativo. Esto será monitoreado desde la D.O.S con la finalidad de cumplir con los compromisos establecidos con los representantes de la sociedad civil.

7.1.- El campo de los acuerdos

- Se debe hacer pública la Plataforma de Compromisos a través de diversos medios (web, comunicado de prensa, inserto, folleto o documentos de trabajo para los participantes).
- Los compromisos que resulten de los Diálogos son públicos precisamente para asegurar su cumplimiento y para garantizar la efectividad de los diálogos. Hay que evitar que los acuerdos y

compromisos queden en el olvido, y es tarea de la misma autoridad establecer un sistema de control e informe de los avances en la misma plataforma.

- Para ello también debe establecerse un SISTEMA DE SEGUIMIENTO, mediante Mesas de trabajo, Plataforma virtual de Diálogos y/o Encuentros de Diálogos Evaluativos. El resultado de este seguimiento debe de igual modo hacerse público.

Este Sistema de Seguimiento debe quedar establecido en el diseño del diálogo y debe ser informado a los participantes como parte de las reglas del juego.

Dependiendo la complejidad de las materias del Diálogo, existe la alternativa que la autoridad se tome un tiempo corto (30 días) para evaluar las propuestas y establezca los compromisos. Una vez concluido el plazo, se procede a incorporarlas en la Plataforma de Compromisos para hacerlos públicos.

8.- Programa:

Tabla 1

Programa tipo de encuentro de diálogo participativo

Nº	ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO
1	Inscripción de los participantes	30'
2	Bienvenida de las autoridades y presentación de la DOS	20'
3	Explicación de la técnica y reglas del Diálogo Participativo	20'
4	Presentación del tema centro del diálogo (Minuta de Posición) Exposición de la autoridad.	30'
5	Break	10'
6	Realización de los talleres	90'
7	Aplicación de fichas de evaluación y preparación de Power Point con propuestas por taller.	40'
8	Presentación de las conclusiones de los talleres por parte de los voceros de los grupos de trabajo	60'
9	Reflexión final por parte de la autoridad y exposición de acuerdos.	30'
10	Refrigerio Final (Esencial en los casos de participantes provenientes de lugares más alejados)	30'
	DURACIÓN TOTAL	6 horas

Fuente: Gobierno de Chile, 2015

Tomado de: **GUÍA METODOLÓGICA: Diálogos participativos 2015**

Gobierno de Chile

ANEXO 5: Producto 4:

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°.../DN-INS/17

DIRECTIVA QUE ESTABLECE LA INCORPORACIÓN EN EL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL (POI) DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EL ENFOQUE INTERCULTURAL

I. FINALIDAD:

Establecer una norma donde se programe, formule, apruebe, ejecute y evalúe el Plan Operativo Institucional con un enfoque intercultural y con una visión de logro de productos, resultados y uso eficaz y eficiente de los recursos.

II. OBJETIVOS:

- Establecer disposiciones orientadas a los aspectos de carácter técnico y operativo para la elaboración de los planes operativos anuales con enfoque intercultural.
- Articular los planes operativos, al marco estratégico vigente de acuerdo al ámbito de la entidad y otros compromisos asumidos a nivel de gobierno relacionados con el sector y el enfoque intercultural.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente norma es de cumplimiento obligatorio por todos los establecimientos de salud donde se labore con poblaciones indígenas.

IV. BASE LEGAL:

- Ley del Ministerio de Salud N° 27657 y su reglamento D.S. 014-2002.SA
- Resolución Ministerial N°729-2003-SA/DM que aprueba el documento: “La Salud Integral: Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral de Salud”

- Resolución Ministerial N°638 – 2003 – SA/ DM, que aprueba el Documento “Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N°437 – 2005 – MINSA, que aprueba la Norma Técnica de “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas”

V. DISPOSICIONES GENERALES:

La formulación, seguimiento, evaluación, reprogramación y reformulación de los planes operativos de las dependencias que laboran con poblaciones indígenas, se realizan en estricto cumplimiento de lo establecido en la presente Directiva Administrativa, debiendo garantizarse el logro de sus Objetivos Generales Institucionales, en correspondencia con el marco estratégico, para lo cual, es prioritario que el planteamiento de las actividades operativas guarden armonía y correspondencia con los requerimientos presupuestales necesarios.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

- Incluir metas correspondientes a actividades relacionadas al servicio de salud con enfoque intercultural.
- Incluir indicadores correspondientes a las metas.
- Articular con los objetivos, la pertinencia y trascendencia de las actividades con enfoque intercultural.

VII. RESULTADOS ESPERADOS:

- Cumplimiento de las metas programadas.
- Ejecución del presupuesto asignado.

VIII. RESPONSABILIDADES:

- La oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud, a través de la oficina de Planeamiento y Gestión Institucional, será la encargada de conducir y organizar el subproceso de planeamiento operativo, así como brindar el asesoramiento técnico

correspondiente a las dependencias que laboran con poblaciones indígenas, en el marco de la Gestión de Presupuesto por Resultados.

IX. DISPOSICIONES FINALES

- Los Establecimientos de Salud tienen la responsabilidad de respetar las actividades programadas en el Plan Operativo Institucional aprobado, durante la fase de ejecución, para garantizar el cumplimiento y el logro de los objetivos planteados.

Tomado de: Directiva Sanitaria para Intervención de Salud Bucal en Pre-Escolares de la Dirección de Salud Lima Este

RD N°00236-2012-DISA IV LE-DG-DESP-OAJ - 2012

ANEXO 6: Producto 5

PRORAMA DE FLUORIZACIÓN, APLICACIÓN DE SELLANTES Y PRAT DIRIGIDO A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 12 AÑOS DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

1.- INTRODUCCIÓN

La alta responsabilidad que tiene el gobierno nacional encargado de atender la salud pública del país, es delegada al Ministerio de Salud para promover, prevenir y atender la salud oral de la población. En este sentido con el apoyo de organismos de cooperación técnica como la Organización Panamericana de la Salud se plantea la actualización de las políticas de salud oral y diseño de programas y estrategias para enfrentar los problemas más urgentes de salud oral en el país.

La baja cobertura de atención odontológica en las unidades de salud y el escaso número de recursos humanos y económicos para enfrentar dicha problemática. Además, no existe una política de promoción de la salud oral participativa que involucre a todos los componentes de la profesión odontológica y que sensibilice a la población sobre la valoración de la salud oral como integrante de la salud general de la población.

Por lo tanto, se considera como una prioridad de salud del país, establecer nuevas políticas nacionales de salud oral, reactivar los programas de promoción y prevención y establecer nuevas estrategias de salud oral participativas.

El presente documento plantea nuevas políticas y estrategias de salud oral para ser tratados en el “Taller de Revisión de Políticas de Salud oral “organizado por el Programa de Salud Oral del Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Debido a que la caries dental, por su elevada frecuencia y alto costo en su tratamiento, representa un problema de salud pública en toda la población, sin distinción de sexo, edad o nivel socioeconómico y en atención a los retos del Programa Nacional de Salud, que enfatiza la calidad, equidad y protección financiera, el presente programa de acción se enmarca en los siguientes puntos:

- Vincular a la salud oral con el desarrollo económico y social del país.
- Fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud.
- Enfrentar los principales problemas de salud oral: caries y enfermedad periodontal en forma prioritaria.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud oral.
- Incluir el criterio de riesgo en la atención odontológica.
- Lograr la sostenibilidad financiera en los programas de salud oral.
- Ampliar la participación comunitaria en las acciones de salud oral.
- Avanzar hacia un nuevo modelo de atención en salud oral que sea equitativo, costo-efectivo y de calidad.
- Fortalecer la inversión en el desarrollo de los recursos humanos y de investigación.
- Promover el desarrollo de la infraestructura en salud oral de las unidades de salud.

2.- JUSTIFICACIÓN

La salud oral forma parte de la salud integral, por lo tanto, si se padece de alguna afección en la cavidad oral se carece de salud general.

- Falta de promoción en salud oral. Se necesita ampliar el conocimiento y valoración de la población respecto al significado de salud oral y la relación que existe entre la boca y el resto del cuerpo y fomentar la cultura del autocuidado, mediante la adquisición de hábitos higiénicos saludables.
- Gravedad del daño. En Perú, la salud oral tiene una alta prevalencia e incidencia de caries dental y periodontopatías. La prevalencia de caries es de 84,6% y el CPOD es de 4.7 a los 12 años. El uso apropiado de los fluoruros es indispensable en el corto plazo.
- Organización de las prestaciones de salud oral del Ministerio de Salud. Se requiere un mejoramiento de la organización y prestación de los servicios de salud oral en las unidades MSP. La atención que se brinda es más de tipo curativo (en muchos casos mutilante) que preventivo, a pesar de que el costo de intervención por atención curativa es mucho más alto que acciones de mínima intervención (técnica PRAT).

- Baja cobertura de atención. La demanda potencial por problemas de salud oral supera en mucho la capacidad de los servicios, por lo que es necesario optimizar los recursos financieros, humanos y materiales con el propósito de ampliar la cobertura, dando prioridad a zonas de alta marginalidad.
- Actualizar el modelo de atención de salud en el país. Se debe implementar un nuevo modelo de atención comunitaria de intervención mínima en salud oral, basada en compromisos, orientado al usuario, de buena calidad, articulando acciones de promoción, prevención y tratamiento oportuno de la caries, así como el manejo de las urgencias odontológicas, para cada grupo de edad.
- Evaluación de la infraestructura de los servicios odontológicos del Ministerio de Salud. En base a datos actualizados, se necesita optimizar la infraestructura y las instalaciones disponibles en las unidades de salud, para apoyar los programas de salud oral en forma efectiva e integre la salud oral dentro de la salud general.
- Mejoramiento de la calidad de la atención en salud oral. Es fundamental derribar las barreras entre la población y los servicios de salud por medio de la participación comunitaria en la organización y ejecución de los paquetes de atención básica de salud oral orientados a los grupos más vulnerables de la población.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, se demuestra la imperiosa necesidad de diseñar e implementar un nuevo modelo de atención en salud oral que englobe las acciones de promoción, prevención, atención oportuna del daño, en los grupos de mayor riesgo del país, así como mejorar la accesibilidad a los servicios odontológicos especialmente en las comunidades rurales y aisladas.

3.- POLÍTICAS DE SALUD ORAL

- Visión de la salud bucal
Participando activamente en la defensa de la salud oral con estrategias que sean organizadas solidarias, accesibles, eficientes, que garanticen un desarrollo sostenible y con múltiples prestadores de servicios.

- Misión del Programa de Salud Oral

Ser una entidad rectora de la salud oral para lograr que la población obtenga una atención integral coordinando el diseño, consenso e implementación de las políticas, programas, estrategias transversales en favor de los peruanos.
- Objetivos generales y específicos
 - General

Mejorar el estado de salud oral de la población peruana priorizando al menor de 5 años, escolar, adolescente y madre gestante.
 - Específicos
 - Implementar programas de Promoción de la Salud Oral.
 - Implementar el uso apropiado de fluoruros en los diferentes grupos etéreos.
 - Disminuir el índice de caries con programas de fluorización.
 - Mejorar la calidad y oportunidad de atención en salud oral en la red servicios de salud.
 - Desarrollar e implementar las normas de salud oral.
 - Supervisar, monitorear y evaluar los programas de salud oral.
 - Contribuir a mejorar el estado de salud biopsicosocial de los adolescentes, a través de su atención odontológica integral.
- Principales problemas de salud oral
 - Altos índice de caries y enfermedad periodontal.
 - Nutrición deficiente y cariogénica particularmente en escolares, adolescentes.
 - Desconocimiento de principios de higiene bucal e importancia del mismo.
- Alternativas de solución
 - Organizar y ejecutar programas de promoción de la salud oral.
 - Establecer paquetes mínimos de atención en salud oral: Promoción, Prevención y Curación-Paquete básico (técnica PRAT)

- Acciones estratégicas
 - A corto plazo:
 - Lograr la participación de todas las instituciones odontológicas para ejecutar los programas de promoción de la salud oral.
 - Elaborar y desarrollar programas de aplicación tópica de fluoruros.
 - Fortalecer la incorporación de la odontología en el Programa Nacional de salud
 - Promover y desarrollar los recursos humanos odontológicos.
 - Promover mayor participación del auxiliar de enfermería y asistente dental.
 - Revisar y mejorar el equipamiento clínico y el servicio de mantenimiento.
 - A mediano plazo
 - Organizar programas de prevención específica (uso tópico de fluoruros) en escolares del sector urbano y rural.
 - Establecer paquetes mínimos de atención en salud oral (PRAT) en los escolares del sector urbano y rural.
 - Organizar anualmente “la semana de salud oral.”
 - Supervisar las acciones del programa de salud oral.
 - Establecer cursos de actualización para fortalecer los recursos humanos.
 - Manejo adecuado de la información para establecer los resultados obtenidos.
 - Organización y aplicación del programa de salud oral en nuevas escuelas y comunidades.
 - Fortalecer los programas de salud oral para la satisfacción del usuario.
 - A largo plazo
 - Levantamiento epidemiológico de caries y enfermedad periodontal en escolares del país.
 - Ampliación de los programas de salud oral a nuevas escuelas y comunidades del país.
 - Evaluación del programa de salud oral en el ámbito local y nacional.

- Metas del Programa de Salud Oral
 - Establecer políticas nacionales de salud oral en coordinación con instituciones de docencia y gremio.
 - Lograr la aprobación del Programa Nacional de Salud Oral y de la nueva estructura de salud oral en el Ministerio, por parte del Señor Ministro de Salud.
 - Disminuir la prevalencia de caries en un 50 %
 - Establecer anualmente “La semana de salud oral.
 - Definir y proporcionar un conjunto básico de acciones de salud oral para cada grupo etáreo de la población.

4.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación y seguimiento del programa de Salud Oral se llevará a cabo mediante el uso de indicadores para cada uno de los componentes:

- Epidemiológicos Indicadores
 - CPOD (Promedio de dientes Cariados Perdidos y Obturados) en niños de 12 años de edad.
 - Prevalencia de caries en niños menores de 15 años.
 - Salud oral del preescolar y escolar Indicadores
 - Porcentaje de niños incluidos en el programa, que han recibido promoción de la salud (100%).
 - Porcentaje de niños dentro del componente preventivo. Uso de fluoruros tópico: pastas dentales, técnica PRAT, selladores, etc. (80 - 100%).
 - Porcentaje de niños sellados los primeros molares (70-100%).
 - Porcentaje de niños dados de alta (50-100%).
- Curativo Asistencial

Indicadores por odontólogo en equipo funcionando:

 - 2 pacientes por hora.
 - 1.5 consultas por hora de trabajo.
 - 2 actividades terminadas por consulta.

5.- COMPONENTES DEL PROGRAMA

Componente básico de salud oral para el preescolar y escolar

5.1.- Objetivo general

Disminuir la incidencia y severidad de caries dental y enfermedad periodontal en la población preescolar y escolar, creando una cultura de salud integral, fortaleciendo el autocuidado y otorgando acciones de prevención y atención curativa básica.

5.2.- Objetivos específicos

- Fomentar la cultura del autocuidado a través de la salud oral que contribuya a mejorar la salud general de la población menor de 5 años.
- Disminuir la prevalencia de caries dental y gingivitis en la población preescolar y escolar, adolescente con medidas de prevención específica (uso apropiado de los fluoruros) durante cada ciclo escolar.
- Mantener la salud oral de los preescolares y escolares sanos, otorgando medidas educativas preventivas y atención incremental básica en el territorio nacional.
- Establecer coordinación con el Sector Educativo para el desarrollo del componente de salud oral, así como para concientizar sobre su importancia.
- Intensificar las actividades promoción y prevención durante las Semanas Nacionales de Salud Oral, y promover la participación de los sectores públicos, privados y sociales para la planeación, organización, promoción y desarrollo del evento.
- Mantener y reforzar la coordinación con el área de Promoción de la Salud para la implementación del componente salud oral, en los grupos preescolares y escolares, así como para el diseño del material didáctico.
- Fortalecer la actualización y capacitación del personal que participa en las actividades de este componente para lograr ampliar la cobertura y contribuir a elevar la calidad de la atención al menor de 15 años.

5.3.- Estrategias

- Concertar y coordinar con las instituciones de salud, educación y otros sectores, la operación y desarrollo del componente de promoción de salud

oral, con la participación social.

- Fortalecer el esquema básico de prevención en salud oral.
- Uso apropiado de fluoruros tópicos.
- Integrar un paquete básico de salud oral para los grupos: preescolar, escolar y adolescente en el sistema nacional de salud.
- Estrategias a corto plazo
 - Acciones estratégicas de promoción en salud oral
 - Coordinar con las instituciones involucradas para implementar la “Semana Nacional de Salud Oral.”
 - Concertar y coordinar actividades de promoción con instituciones de salud educación, y otras.
 - Capacitar a los promotores en salud oral.
- Acciones estratégicas de prevención
Uso apropiado de fluoruros tópicos, a través de:
 - Incremento el uso de cepillado dental en las escuelas del país con el apoyo de la empresa privada.
 - Implementar el uso de flúor tópico (gel, barniz, etc.) en los niños de mayor riesgo.
- Acciones estratégicas de atención
 - Coordinar con las instituciones odontológicas, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y empresa privada, para implementar el paquete básico de salud oral a los grupos preescolares y escolares.
 - Desarrollar un sistema de supervisión y evaluación del modelo de atención.

5.4.- Principales actividades

5.4.1.- Promoción: Organizar la “Semana Nacional de Salud Oral”

- Coordinación con el sector público y privado y colegios del área.
- Incorporar el componente de salud oral al grupo de adolescentes.
- Diseñar material didáctico, en coordinación con las instancias correspondientes para informar sobre los beneficios y ventajas del componente.
- Coordinar con la Dirección de Promoción de la Salud, la inclusión del

componente de salud oral en los contenidos del programa de promoción.

- Promoción específica
 - Educación sobre la técnica de cepillado.
 - Información sobre dieta criogénica
 - Fomento de hábitos higiénicos.
 - Promoción de la visita periódica al odontólogo.
- Prevención específica
 - Detección de la placa dento-bacteriana.
 - Profilaxis dental.
 - Promoción del uso de pastas dentales fluoradas.
 - Uso apropiado de fluoruros tópicos (barniz, gel, etc.).

5.4.2.- Atención básica

- Aplicación de técnica de PRAT.
- Tratamiento de las emergencias en salud oral (Exodoncias).
- Sistema de atención incremental
 - Incluir el componente preventivo y curativa en los niños de los grados superiores de la escuela.
 - Reforzar las actividades preventivas intra y extramuros, en coordinación con las Universidades, Municipios y Gremio.
- Acciones estratégicas para el mayor de 15 años
 - Incorporar el componente de salud oral en los grupos de: adolescentes, hombre, mujer, y adulto mayor.
 - Elaborar e instrumentar los esquemas de promoción y fomento del autocuidado para el paciente con diabetes.
- Actividades de salud oral para el mayor de 15 años
 - Profilaxis dental.
 - Aplicación de técnica de PRAT.
 - Tratamiento de las emergencias en salud oral (Exodoncias).
 - Aplicación de la técnica PRAT
- Acciones estratégicas
 - Coordinar con las instituciones odontológicas, de cooperación

internacional (OPS) y la empresa privada, la realización del “Curso de capacitación para capacitadores sobre la técnica PRAT.”

- Establecer el mecanismo de financiamiento para la adquisición de instrumental e insumos odontológicos para la técnica PRAT y su aplicación en todo el país.
- Establecer la Técnica de Restauración Atraumática, como alternativa del tratamiento curativo de la lesión cariosa de primera instancia, en el grupo escolar y en las localidades de alta marginalidad y difícil acceso del país.

5.4.3.- Actividades

- Difundir el Manual Técnico para la aplicación de la Técnica de Restauración Atraumático (PRAT) a los Departamentos del país.
- Realizar cursos de capacitación para la aplicación de la Técnica de Restauración Atraumático (PRAT) en los Departamentos del país.
- *Coordinar con las instituciones pertinentes para instrumentar la Técnica de Restauración Atraumático (PRAT) en localidades de alta marginalidad y de difícil acceso en cada Departamento.
- Iniciar el componente de atención, (PRAT) en las escuelas programadas en cada Departamento del país.
- Metas a mediano plazo
 - Incrementar la aplicación de la Técnica de Restauración Atraumática (ART) en el 80% del programa de “Escuelas Saludables” y comunidades de alto riesgo en cada Departamento del país.
 - Componente sobre desarrollo de los recursos humanos en salud oral Acciones estratégicas:
 - Diseñar el Componente de Salud Oral para integrarlo al Sistema Nacionales de Salud.
 - Coordinar con las instancias respectivas para el desarrollo de cursos, orientados a la sensibilización del personal y mejoramiento de la calidad de la atención odontológica.
 - Contribuir a elevar la calidad de la atención curativa.

- Mejorar el mantenimiento y reparación de los equipos e instrumental odontológico a fin de mantenerlos en óptimas condiciones.
- Actividades a corto plazo:
 - Unificar criterios de operación en el territorio nacional para la organización y desarrollo del componente de salud oral, a través de la elaboración de manuales y guías de operación.
 - Promover la difusión de la Semana Nacional de Salud Oral y coordinar con los sectores público, social y privado el fortalecimiento de las actividades del programa.
 - Reforzar la coordinación con el Ministerio de Educación Pública para el desarrollo y operación del componente de salud oral dentro de las escuelas.
 - Promover la ejecución del sistema de "Atención Incremental" a los niños de 1° a 6° grado en las escuelas.
 - Ejecutar, supervisar y evaluar las actividades curativas que se desarrollan en los servicios de salud del país.
 - Reforzar la atención preventiva y curativa que se otorga a los pacientes con enfermedades sistémicas (Ej.: diabetes) para coadyuvar a mejorar su calidad de vida.
- Actividades a mediano y largo plazo
 - Levantamiento epidemiológico de caries y enfermedad periodontal en escolares del país.
 - Ampliación de los programas de salud oral a nuevas escuelas y comunidades del país.
 - Evaluación del programa de salud oral en el ámbito local y nacional.

5.4.4.- Componente de adquisición, mantenimiento y reposición de equipo e insumos odontológicos

- Acciones estratégicas
 - Realizar un diagnóstico situacional de los recursos con los que cuentan las unidades de salud del país para establecer la organización de la atención odontológica en el II y III nivel de atención odontológica.

- Realizar las gestiones ante las autoridades en cada Departamento para lograr el financiamiento y la logística para dar el mantenimiento preventivo y correctivo al equipo e instrumental de odontología, de las unidades de salud de Ministerio.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Condiciones de Salud en las Américas, OPS. 2001.
- Estrategias Regionales de Salud Oral. Programa de Salud Oral de la OPS/OMS. Washington 2000.
- Programa de Salud bucal de la Secretaría de Salud de México. México, 2001.
- Programa de Salud Oral. Dirección Nacional de Estomatología. Ministerio de Salud de Ecuador. Quito, 2000.
- Estudio epidemiológico de salud oral. 1995. MSPS Bolivia

Tomado de: Organización panamericana de la salud organización mundial de la salud (ops/oms)

Ministerio de salud pública y previsión social- Bolivia

ANEXO GLOSARIO DE TÉRMINOS:

- **AGENTES DE MEDICINA TRADICIONAL**

Es el conjunto de personas reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de los miembros de su pueblo. Éstos pueden haber sido aprendidos de sus antepasados o de otros miembros de la comunidad, a través de la transmisión oral o de una práctica permanente. (Instituto Nacional de Salud, 2014, p.7)

- **CARIES DENTAL**

“Proceso destructivo de los tejidos duros del diente, que se caracteriza por su descalcificación y desintegración progresiva. Si no se detiene mediante un adecuado tratamiento, puede provocar la destrucción de todo el diente” (Friedenthal, 2003, p.149)

- **CALIDAD DE VIDA ORAL**

La percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y, por supuesto, el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspira.(Montero Martín, 2006, p.26)

- **CONSULTA ODONTOLÓGICA**

“Es la entrevista del usuario con el Odontólogo, para definir el estado de salud oral” (Ministerio de Salud y Deportes – Bolivia, 2003, p.14)

- **DÍALOGO INTERCULTURAL EN SALUD**

Es una metodología orientada a facilitar el acuerdo y la articulación entre representantes del sistema de salud occidental o biomédico y la medicina tradicional y popular permitiendo un mutuo aprendizaje, especialmente con los pueblos indígenas y las poblaciones afroperuanas. Busca también el desarrollo de procesos participativos culturalmente pertinentes, que

permitan el abordaje de los determinantes socioculturales de la salud. (Instituto Nacional de Salud, 2014, p.9)

- **INTERCULTURALIDAD**

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferentes culturas, que pueden ser llamados étnicas, sociedades, culturas o comunidades. (Godoy Macías, Navas Perozo, Fox Delgado, & Quintero de la Hoz, 2014, p.3)

- **MEDICINA CONVENCIONAL**

Es la medicina científica, la que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa efecto lineales entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación. La medicina convencional se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos de la cirugía biológica, el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p.8)

La medicina convencional es la medicina según la practican aquellas personas que tienen títulos de doctor en medicina y sus profesionales asociados de la salud, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas. La realidad es que ve al enfermo fragmentado, por especialidades, de manera no integral, con poca comunicación entre unos y otros médicos, “sin un director de orquesta” que integre el tratamiento, y sin contemplar al paciente como persona. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p.8)

Esta medicina, se asume como universalmente válida en todas las circunstancias sociales posibles; basada en ese hecho, se hegemoniza como el centro de la organización de los servicios de salud. En razón de sus éxitos (científicos y económicos), esta medicina se ha extendido como

enfoque rector de las políticas de salud de la mayoría de los gobiernos. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p.8)

- **MEDICINA TRADICIONAL**

Es el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades. La medicina tradicional implica un conjunto de elementos o disposiciones que conforman cierta manera de concebir la salud y enfermedad, organizar su cuidado y desarrollar criterios de legitimación y reconocimiento de sus conocimientos, procedimientos y agentes, asociadas a las culturas ancestrales. (Instituto Nacional de Salud, 2014, p.7)

- **ODONTOLOGÍA PREVENTIVA**

Comprende los conocimientos, técnicas y procedimientos que permiten prevenir la iniciación de anomalías y afecciones bucodentomaxilofaciales o, si éstas se hubieran iniciado, las detectan y tratan lo antes posible para detener su evolución y promover una adecuada rehabilitación anatómica, funcional, estética y social del individuo como ente total. (Friedenthal, 2003, p.660)

- **PREVENCIÓN**

Objetivo de máxima importancia en el quehacer odontológico, sea privado o en Salud Pública, configurándose así no solamente el arte de curar sino también el de prevenir. En el actual y amplio concepto, es no sólo evitar daños, sino que, habiéndose producido éstos, significa detenerlos o limitarlos para que no sigan su evolución y acarreen males peores a los ya causados. Tan importante es este objetivo, que la Odontología Preventiva es hoy una rama fundamental en plena evolución. (Friedenthal, 2003, p.749)

- **PUEBLOS INDÍGENAS**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial se calcula que existen 370 millones de indígenas distribuidos en más de 70 países. Los pueblos indígenas representan una rica variedad de culturas, religiones, tradiciones, lenguas e historias, pero siguen estando entre los grupos de población más marginados. (Godoy Macías, Navas Perozo, Fox Delgado, & Quintero de la Hoz, 2014, p.2)

- **SALUD BUCAL**

El estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial. Involucra asimismo un componente psíquico: que el individuo no esté perturbado por algún aspecto estético de su aparato dentario. (Friedenthal, 2003,p.840)

- **SALUD Y ENFERMEDAD**

Cada cultura tiene una serie de conocimientos ordenados y sistematizados acerca de la salud y la enfermedad. A través del tiempo se ha llegado a la aceptación social de lo que es enfermedad, su curación, las técnicas, los instrumentos y elementos que intervienen en la misma, la causa de la enfermedad, el pronóstico y hasta la visión social de cada enfermedad. (García Zavaleta, 1987, p.14)