



**“ACERCAMIENTO A LAS PERCEPCIONES SOBRE SALUD ORAL DE LAS  
COMUNIDADES INDÍGENAS DE COLOMBIA: REVISIÓN DOCUMENTAL**

**Angela Vanessa Morales Garzón**

**Tesis presentada como requisito para optar por el título de:**

**Magister en Salud Pública**

**DIRECTOR**

**Dra. Anny Bonilla**

**UNIVERSIDAD DEL BOSQUE  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**JULIO 2022**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi familia por ser fuente de apoyo y luz en cualquier circunstancia y mantener el amor en todas las etapas de mi formación.

De manera especial a mi tutora de Tesis la doctora Anny Bonilla por haberme brindado el apoyo en cada paso no solo en la elaboración de ese trabajo, si no a lo largo de mis estudios realizados.

A la Universidad El Bosque por permitir los conocimientos académicos que enriquecieron mi formación.

## **Resumen**

Colombia se define como un país pluriétnico y pluricultural con la existencia actual de 115 pueblos indígenas nativos del país según el último censo poblacional de 2018, comprendiendo la diversidad étnica y cultural de la nación incluyendo la garantía del derecho a la salud de los grupos indígenas, concebido desde sus particularidades culturales. **Objetivo:** Comprender las percepciones de salud oral de las comunidades indígenas de Colombia reportadas en la literatura. **Métodos:** se realizó una revisión documental de la literatura de tipo cualitativo sobre las investigaciones realizadas en comunidades indígenas pertenecientes al territorio Colombiano **Resultados:** En total se encontraron 6 artículos de investigación que cumplieron con todos los criterios de inclusión evidenciando las principales prácticas y costumbre de las comunidades indígenas de Colombia desde sus cosmovisiones **Conclusiones:** La salud y las prácticas de cuidado bucal de las comunidades indígenas requieren más diálogos que permitan que el sistema y los profesionales de la salud valoren otros saberes y prácticas tradicionales que validen los conocimientos y las luchas de la población indígena por el derecho a la salud, además de la inclusión de teorías que permitan la discontinuidad de los métodos científicos tradicionales para el entendimiento de las problemáticas.

**Palabras clave:** *Comunidad indígena, salud oral, percepción en salud, tradiciones orales, practicas en salud, autoatención en salud.*

## **Abstract**

Colombia is defined as a multiethnic and multicultural country with the current existence of 115 native indigenous peoples of the country according to the last population census of 2018, understanding the ethnic and cultural diversity of the nation including the guarantee of the right to health of indigenous groups, conceived from its cultural particularities. **Objective:** To understand the oral health perceptions of the indigenous communities of Colombia reported in the literature. **Methods:** a documentary review of the qualitative literature was carried out on the investigations carried out in indigenous communities belonging to the Colombian territory. **Results:** In total, 6 research articles were found that met all the inclusion criteria, evidencing the main practices and customs of the indigenous communities. indigenous communities of Colombia from their worldviews **Conclusions:** The health and oral care practices of indigenous communities require more dialogues that allow the health system and professionals to value other knowledge and traditional practices that validate the knowledge and struggles of the indigenous population for the right to health, in addition to the inclusion of theories that allow the discontinuity of traditional scientific methods for understanding the problems.

**Keywords:** *Indigenous community, oral health, health perception, oral traditions, health practices, self-care in health.*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. Introducción</b>	7
<b>2. Planteamiento del problema</b>	8
<b>3. Objetivos</b>	10
3.1 Objetivo General	10
3.2 objetivos específicos	10
<b>4. Marco Referencial</b>	11
4.1 Antecedentes	11
4.2 Marco Teórico	12
4.2.1 Población indígena en Colombia	12
4.2.2 Atención en Salud de la población Indígena en Colombia	13
4.2.2.1 Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural	14
4.2.2.2 Entidades promotoras de salud indígena EPSI	15
4.2.3 El saber indígena.	15
4.2.4 Salud oral	16
4.2.4.1 Síntomas comunes de las patologías orales	16
4.2.4.2 Autocuidado	¡Error! Marcador no definido.
4.2.4.3 Autoatención	18
4.3 Marco Legal	19
<b>5. Metodología</b>	21
5.1 Estrategia de búsqueda:	21
5.2 Criterios para la valoración e inclusión de artículos de esta revisión.	22
5.2.1 Tipo de estudio:	22

5.2.2 Criterios de inclusión:	22
5.2.3 Criterios de exclusión:	23
5.2.4 Tipo de participantes:	23
5.3 Plan de análisis	23
5.5 consideraciones Éticas	23
<b>6. Resultados</b>	24
6.1 Concepción de la boca y los dientes.	25
6.2 Reconocimiento de signos o síntomas de patologías orales	26
6.3 Autocuidado o prevención	27
6.4 Autoatención.	28
<b>7. Discusión</b>	32
<b>8. Conclusiones</b>	34
<b>9. Recomendaciones</b>	35
<b>10. Bibliografía</b>	35

## **1. Introducción**

Según el reporte del Grupo Internacional de Trabajo Sobre Asuntos Indígenas, por sus siglas en inglés IWGIA (2020), en el mundo hay aproximadamente 476 millones de indígenas que habitan más de 90 países y promedian el 15% de la población mundial que vive en pobreza extrema. El IWGIA declara además la lucha de los pueblos indígenas por el reconocimiento de sus territorios y los recursos naturales, siendo usualmente los grupos más vulnerados al recibir inversiones públicas, cobertura en servicios básicos de infraestructura, participación en la economía formal y participación en los procesos políticos y tomas de decisiones, evidenciando una situación de vulnerabilidad enmarcada por la exclusión social.

La Organización Panamericana de la Salud OPS ha mantenido el interés en la salud de los pueblos indígenas de la región de las Américas como parte del objetivo de equidad en la región. Ha creado recomendaciones para el desarrollo de un sistema de servicios interculturales en salud en el marco de la renovación de la Atención Primaria, en este documento se evidencia cómo las diferencias de las culturas referente a aspectos como la lengua, la comunicación, las creencias, la forma de vida y la organización del tiempo no se han integrado adecuadamente a los servicios de salud generando diferencias en la prestación de los servicios de salud que se han generalizado en el modelo de atención de salud occidental y el modelo de atención de salud tradicional. Por lo anterior, promueve el incremento de la participación de esta población en la planeación y ejecución de los diferentes programas y planes en salud y el diálogo intercultural.

En Colombia, según el último censo poblacional realizado en el 2018, la población indígena es de un promedio de 1 '905.617 personas, distribuidas en 115 pueblos originarios. El último boletín poblacional al corte de diciembre de 2019 reporta 196 mil personas indígenas entre el 2015 y el 2019, lo que equivale al 13% de la población reportada como afiliada para el año 2018, de acuerdo con los registros

individuales de prestación de servicios RIPS los diagnósticos principales de las personas atendidas corresponden a embarazo, parto y puerperio, enfermedades endocrinas, enfermedades infecciosas y enfermedades del sistema respiratorio.

## **2.Planteamiento del problema**

A partir de la constitución de 1991, Colombia se define como un país pluriétnico y pluricultural con la existencia actual de 115 pueblos indígenas nativos del país según el último censo poblacional de 2018. La anterior definición comprende la protección de la diversidad étnica y cultural de la nación incluyendo la garantía del derecho a la salud de los grupos indígenas, concebido desde sus particularidades culturales.

No obstante, la población indígena de Colombia al igual que otros segmentos de la población asentada en América Latina, hace parte de los grupos minoritarios de la población, como lo menciona Aguilar M y Col (2020), experimentando situaciones de discriminación a través del tiempo por los diferentes actores que invaden sus territorios, creando condiciones de pobreza y desplazamiento forzado que a su vez generan situaciones de morbilidad y mortalidad como las enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares y la mortalidad materna e infantil, nombradas en el perfil de la población indígena y medición de desigualdades en salud (2016).

Actualmente Colombia cuenta con diferentes políticas y planeaciones en cuanto a la salud de los pueblos indígenas. El plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 caracteriza el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas de Colombia que confrontan una situación de salud con diferencias en cuanto a la salud de la población en general, debido a situaciones de pobreza extrema ocasionados principalmente por fenómenos como el conflicto Armado y el desplazamiento forzado, como lo indica la corte constitucional de Colombia la sentencia T-025 del 2004.



Debido a lo anterior, el gobierno Colombiano ha fortalecido el proceso participativo de las comunidades indígenas mediante los representantes de los grupos étnicos, que han realizado propuestas para el reconocimiento, respeto y fortalecimiento sobre el sistema indígena de salud propio intercultural (SISPI) mediante el Decreto 1953 de 2014 que es un conjunto de políticas y demás actores que permiten la concepción de la vida colectiva y la sabiduría ancestral sea el fundamento del sistema. Este sistema, como lo indica el Ministerio de Salud y Protección Social, funciona articulado, coordinado y complementado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y cuenta con un enfoque intercultural desde el diálogo de saberes para lograr una articulación que garantice el derecho a la salud. Esto con el propósito de seguir disminuyendo los aspectos que generan las barreras de atención como como la lengua, la comunicación, las creencias, la forma de vida y la organización del tiempo mencionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La salud bucal se reconoce como un componente importante de la salud general involucrando procesos biológicos, sociales, históricos, económicos y culturales. Un estado sano de los tejidos y las estructuras que lo componen contribuye al disfrute de las posibilidades de la vida como hablar, comer y socializar sin obstáculos por el dolor o la incomodidad, ya que realiza funciones vitales como la alimentación y la comunicación. El estado de salud oral de las comunidades indígenas en Colombia es mencionado en algunos estudios relacionados sobre morbilidad de la salud indígena como el realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) que reporta la caries dental entre los primeros 10 diagnósticos realizados en consultas por población indígena y no indígena, además de describir esta como población de riesgo para eventos específicos de salud oral como caries, fluorosis, enfermedad periodontal, edentulismo, enfermedades de tejido blandos y estomatitis.

La investigación participante en los procesos de Inter culturalización de los servicios de salud en el campo de salud bucal no han sido suficientes hasta ahora ya que como lo menciona Launert (2014), aunque se han realizado estudios sobre las

creencias y las prácticas de salud oral de los pueblos originarios, la mayoría siguen sin profundizar el fenómeno desde el pensamiento propio de los individuos ya que la mayoría se limitan a la descripción de resultados de encuestas con conceptos que han sido llevados previamente y dificultan el proceso de diálogo y comunicación de saberes de las personas pertenecientes a la comunidad.

En virtud de todo lo anteriormente mencionado se resalta la necesidad de continuar con la investigación que permita ampliar los conocimientos de los pensamientos actuales de la población de estudio una revisión de la literatura que permita identificar los resultados de los estudios realizados sobre salud oral en comunidad indígena de Colombia a través de los años, permitiendo identificar principales costumbres y creencias y las barreras que estas presentan frente a los servicios de odontología occidental, respondiendo la pregunta ¿Cuáles han sido los hallazgos de las investigaciones realizadas sobre las percepciones de salud oral de las comunidades indígenas de Colombia?

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Comprender las percepciones de salud oral de las comunidades indígenas de Colombia reportadas en la literatura durante el año 2010 al año 2022.

#### **3.2 objetivos específicos**

1. Reconocer la construcción del concepto de salud y enfermedad oral a lo largo del curso de vida desde la cosmovisión de las comunidades indígenas de Colombia.
2. Identificar prácticas y creencias de autoatención y automedicación en salud oral de las comunidades indígenas de Colombia.

3. Analizar desde las ciencias contemporáneas los conceptos de salud oral de las comunidades indígenas de Colombia.

## **4. Marco Referencial**

### **4.1 Antecedentes**

El estudio de las comunidades indígenas del país y específicamente de la comunidad indígena Wiwa ha sido realizado por diversos autores a través de los años, así como con distintos enfoques de salud.

Romero A (2005) resalta la importancia de la conservación y la adaptación del cuidado cultural de salud de la población indígena Wiwa, establecida en el DuKilndue de la Sierra Nevada de Santa Marta, destacando en su investigación cómo es posible crear una red de apoyo y retroalimentación entre la medicina espiritual o tradicional y la medicina occidental y como las comunidades a pesar de las situaciones de vulneraciones ocasionadas por los conflictos armados, el desplazamiento y la erradicación de los cultivos.

Domínguez L y Col (2007) realiza un estudio sobre el perfil epidemiológico de la comunidad indígena WiWa ubicada en la cuenca del Río Guachaca del distrito de Santa Marta de Junio 2006 a Enero 2007 encontrando que la comunidad estudiada presentaba un perfil demográfico de población mayoritariamente joven entre los 24 y 40 años. Así mismo se evidencia la tradición y la cultura en torno a la agricultura que es desarrollada mayoritariamente por los hombres pertenecientes.

En cuanto al nivel educativo Domínguez L y colaboradores (2007), evidencian la baja escolaridad dentro de la comunidad con un promedio de 25.3% sobre el total de la población, señalando aspectos influyentes como la distancia entre los centros educativos y los resguardos y el inicio a temprana edad de la vida en familia en la cual la mujer es la encargada de la educación de los hijos.

En cuanto al desarrollo de investigación de medicina en comunidad indígena, Armando L (2005), realiza una investigación sobre las prácticas en salud del pueblo indígena Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta ubicada en la cuenca del río palomino, esta investigación se realizó mediante entrevistas, observación participante y la recolección de información desde una perspectiva etnográfica mediante visitas a la comunidad y que dan cuenta de la cosmovisión. Esta investigación concluye según la información recolectada que el sistema tradicional de los indígenas ha sido afectado debido a la occidentalización de la medicina debido a sucesos como la intención de desplazar el rol del Mamo como fuente de sabiduría y como atención inicial ante una situación médica.

Adicionalmente, Ochoa E y col (2014), realizan una investigación con el objetivo de comprender las tradiciones culturales y las prácticas de cuidado bucal en un grupo de indígenas Zenúes con una metodología de enfoque etnográfico, al igual que el estudio anterior, mencionan la percepción de imposición de conceptos de la medicina y la odontología occidental. Además de la utilización del servicio odontológico exclusivo en situaciones en las que el tratamiento tradicional no tiene resultados.

Para finalizar, dentro de las investigaciones más recientes, Rodriguez J (2020) y Col, realizan un estudio de la percepción de la medicina Occidental por parte de las comunidades indígenas Pijaos en el Municipio de Natagaima Tolima que evidencia las preferencias de tratamiento de las patologías con medidas homeopáticas y Naturales, los diagnósticos basados en la cultura y en general la predilección de la medicina tradicional frente a la medicina Occidental.

## **4.2 Marco Teórico**

### **4.2.1 Población indígena en Colombia**

Se define como población indígena el “conjunto de familias de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social propios que los distinguen de otros grupos étnicos.” Ministerio de salud y protección Social.

Según el último censo nacional de población y vivienda 2018, el país reporta 1.905.617 personas auto reconocidas como población indígena, representando un aumento del 36,8% sobre el último censo realizado en 2005 que reportaba un total de 1.392.623 personas. Según este reporte del DANE, el crecimiento de la población indígena no se debe solamente a los niveles de fecundidad, sino a un aumento de inclusión de nuevos individuos debido a mejor cobertura en territorios con predominancia indígena y aumento de autorreconocimiento étnico indígena. Así mismo, se reconocen 82 pueblos indígenas con un total de 63 dialectos en todo el territorio nacional, los cuales se encuentran agrupados y son representados por la Organización Nacional indígena.

La población indígena ha llevado una larga historia de reconocimiento de su identidad y derechos. Lo anterior, tiene logros en la constitución política de Colombia de 1991 mediante el artículo 7 que establece que “el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana”. Sin embargo, aunque Colombia cuenta con una cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del 94,66% para el 2018 según el comportamiento de aseguramiento informado por el ministerio de salud, Aun así, Narvaez F mencionado por Aguilar M y Col. (2020) establece las múltiples razones por las cuales la población indígena continúa siendo la más afectada por problemas de salud que son prevenibles como la desnutrición infantil y la mortalidad materna.

#### **4.2.2 Atención en Salud de la población Indígena en Colombia**

El boletín poblacional reporta que, de acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados, para 2018 había un total de 1.565.117 indígenas afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud -SGSSS, lo cual equivale al 82,1%. Los departamentos

con mayores tasas de afiliación son La Guajira, Vichada, Antioquía, Chocó, Santander y Guainía con niveles superiores al 90%. En departamentos como Sucre, Nariño y Córdoba se observan niveles de afiliación bajos (82%; 79,6% y 46,6%), pese a que la participación de la población indígena es significativa en dichas entidades territoriales. El 98% de la población Indígena afiliada al SGSSS pertenece al régimen subsidiado. Comparando la tasa de afiliación en salud de la población general (97,5%), con la de la población Indígena (82,1%) se observa una diferencia de 15,4 puntos porcentuales.

#### **4.2.2.1 Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural**

El SISPI, es el resultado del reconocimiento de un Sistema Propio de Salud de los pueblos indígenas denominado SISPI en el año 2014 a través del decreto 1953, articulado con las direcciones territoriales de Salud (DTS) y otros agentes del Sistema General de Seguridad Social a través de rutas interculturales con los mismos grupos.

El ministerio de salud define al Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) como un “conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo”. Este se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y es un compromiso del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Anexo IV.C-1.1 de la Ley 1450 de 2011), donde se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social concertará con las autoridades y organizaciones indígenas la estructuración, desarrollo e implementación de un sistema de salud.

De otra parte, en el Decreto 1953 de 2014 se estableció que el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI (artículos 77 a 88), estará conformado por cinco componentes y define que para su implementación, “cada pueblo diseñará las formas del cuidado de salud propia e intercultural en sus territorios, para lo cual el Estado garantizará las condiciones financieras para su desarrollo, en coordinación,

articulación y complementación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social”, lo anterior ratificado en la Ley Estatutaria de Salud del 2015.

#### **4.2.2.2 Entidades promotoras de salud indígena EPSI**

El ministerio de salud y protección social dicta el decreto 780 de 2016, que establece que el ingreso de una EPS indígena a un departamento que cuente con comunidades indígenas deberá realizarse con una previa solicitud a la comunidad protegiendo su identidad étnica y cultural. Posterior a esta autorización es necesario que la EPS presente un Acta de la Asamblea Comunitaria ante la Superintendencia Nacional de Salud, donde se exprese la voluntad de la comunidad indígena, para la respectiva habilitación en el departamento. Se realizará un acuerdo entre EPSI y comunidad para acordar previamente la garantía de un modelo de atención en salud propio e intercultural para la comunidad indígena y su forma de participación en la prestación de los servicios de salud.

Una de las EPS indígenas ubicadas en la guajira es la EPS indígena ANAS WAYUU que fue creada por las autoridades de la etnia Wayuu, la asociación de cabildos y las autoridades tradicionales de la Guajira en el 2001. Esta EPSI actualmente se encuentra en 9 municipios de los 15 del departamento de la Guajira con un total de 118.707 afiliados, de los cuales 91-850 son integrantes de comunidades indígena (77, %) entre las cuales están las poblaciones wayuu, wiwas, koguis, zenú etc. Y 26.857 no indígenas (23%).

#### **4.2.3 El saber indígena.**

El saber indígena como lo menciona Muchavisoy (1997) es un saber que es dinámico y se desarrolla mediante los actos y los comportamientos de los individuos en relación con la naturaleza y lo divino, incluyendo la familia, la comunidad y la sociedad. Como resalta el autor, el saber indígena representa la riqueza intelectual por medio de figuras como los ancianos sabedores que transmiten los

conocimientos a las nuevas generaciones para perpetuar las identidades a través del tiempo.

#### **4.2.4 Bienestar bucal**

El bienestar bucal según la Organización mundial de la salud (OMS) es un elemento fundamental dentro de la salud general y el bienestar de los individuos que genera grandes impactos en la calidad de vida. La Asociación dental canadiense citado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2014) define la salud bucal como “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 y socializar sin obstáculos por el dolor, incomodidad o vergüenza”. El bienestar de la salud bucal por lo tanto afecta al ser humano en la mayoría de los aspectos de su vida cotidiana para la realización de actividades constantes como el masticar, el habla y el disfrute de los alimentos por medio de su sabor, impactando física y psicosocialmente.

Por otra parte, las enfermedades bucodentales son consideradas como una epidemia a nivel mundial siendo un desafío para la salud global (Perez M 2019), debido a su caracterización como enfermedades prevenibles que según Watt (2019), se atribuyen a las “desigualdades sociales y económicas generalizadas y fondos inadecuados para la prevención y el tratamiento, particularmente en países de bajos y medianos ingresos”. Debido a los altos costos y los problemas de accesibilidad a los servicios de salud, en países con ingresos promedios bajos y medianos como Colombia, las enfermedades bucales no son tratadas oportunamente.

##### **4.2.4.1 síntomas comunes de las patologías orales**

El dolor es la sintomatología más común en los procesos de enfermedad a nivel oral. Según la Asociación internacional para el estudio del dolor, se define como



“una experiencia emocional o sensorial desagradable asociada a un daño real o potencial de los tejidos o que se describe como producida por dicha lesión”. Según Milos, Larraín y Simonetti (2010) citado por Oliva J (2015) el dolor es una percepción desagradable o invalidante que se encuentra relativamente localizada en una zona del cuerpo, siendo la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad que afecta a millones de personas en todo el mundo.

Así mismo Rosenberg (2014), menciona el dolor como una respuesta producida por los diversos mecanismos de defensa innatos de los tejidos, así como las respuestas inflamatorias y los niveles de ansiedad. También menciona de acuerdo a la evidencia como el dolor a veces es tolerado por los pacientes durante una etapa hasta que entra a una fase aguda.

Frente al dolor de origen odontogénico es importante tener en cuenta las ocasiones en las que la localización de dicho dolor por parte de los pacientes no es asertiva en cuanto a la zona que realmente produce el dolor. El reporte sintomatológico de los pacientes que refieren el dolor proveniente de una estructura de la cavidad oral puede estar erróneo y ser referido de una estructura no odontogénica, motivo importante para realizar atenciones detalladas con las adecuadas pruebas diagnósticas que permitan la seguridad en el diagnóstico y origen del dolor.

#### **4.2.4.2 Autocuidado de la salud oral.**

El cuidado de la salud oral representa los significados y las prácticas socioculturales que utiliza el individuo para el cuidado de sí mismo, como lo menciona Muñoz (2009) el cuidado no solo está formado por la relación que existe con el cuerpo propio sino también por el entorno que se habita y las costumbres en las que se crece. El cuidado de la salud bucal obedece además al reconocimiento que se le hace a los demás y al autoconocimiento, que busca la mejoría de la autoestima y la relación con en el entorno en el transcurso de la vida que se asocia con el bienestar psicosocial como lo menciona Sheiham (2005).

Adicional, el autocuidado debe cumplir requerimientos que buscan la continuidad de lo que se considera saludable y así prevenir la enfermedad. Como lo menciona Jaramillo (1999), las prácticas de autocuidado permiten el bienestar de los seres humanos promoviendo desde sus características culturales, etnia y clase, alimentación, estilo de vida, clima y estación.

#### **4.2.4.3 Autoatención en la salud oral.**

La autoatención hace referencia a los saberes adoptados por los individuos y los grupos sociales para curar los procesos que afectan su salud y su bienestar. La autoatención implica el uso autónomo de materiales para curar la enfermedad incluyendo si han sido indicados previamente por un curador. Como lo establece Menéndez E (2018), cada autoatención tiene implicaciones de condiciones socioeconómicas y culturales como la religiosidad.

La autoatención se entiende también por la decisión de auto prescribirse y de elegir un tratamiento de manera autónoma. Es importante resaltar que la automedicación no solo implica fármacos desarrollados por la industria farmacéutica, si no todo tipo de sustancia incluyendo las infusiones de plantas, el alcohol, etc, que elige el individuo para ejercer control sobre sus dolencias.

Adicionalmente, Menéndez E (2000) menciona como específicamente la automedicación se asocia a la falta de educación y la ignorancia estableciendo una sensación negativa frente a esta práctica y tiende a estar categorizada como un comportamiento realizado por los estratos sociales más bajos. Cuando los individuos realizan consultas a los curadores se genera una interacción con los saberes y las experiencias de la persona que tienen alta incidencia en los tratamientos finalmente realizados. Lo anterior reafirma como el proceso de autoatención proviene de una construcción de conocimientos aprendido a lo largo del curso de la vida y las experiencias vividas.

### 4.3 Marco Legal

- Resolución 61/295.  
Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Tomando nota de la recomendación que figura en la resolución 1/2 del Consejo de Derechos Humanos, de 29 de junio de 2006<sup>1</sup>, en la que el Consejo aprobó el texto de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.
- Convenio 169 de la OIT (artículo 25 No 2, 7)  
Ratificado en Colombia mediante Ley 21 de 1991, por el cual se reconoce el derecho a la salud de los pueblos de conformidad con las condiciones sociales económicas, geográficas y culturales; así mismo establece que: “Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural. Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente”.
- Constitución Política de Colombia de 1991  
En sus artículos 7, 8 y 70 reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación, dispone la obligatoriedad del Estado y de las personas de proteger la riquezas culturales y naturales de la nación, y establece que la cultura en sus diversas manifestaciones y fundamento de la nacionalidad, reconociendo la igualdad y dignidad de todas las personas que viven en el país.
- Ley 691 de 2001

En su artículo 21 establece que los planes y programas de servicios de salud tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios de pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contenidos socio culturales particularidades y por tanto, incluirán actividad y procedimientos de medicina tradicional indígena, en particular del fortalecimiento de la integridad cultural de los pueblos indígenas

- Decreto 1973 de 2013 del Ministerio Salud y Protección Social  
“Por el cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, como una instancia de trabajo de carácter consultivo y técnico para la construcción colectiva de las políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Colombia”.
- Ley 1438 de 2011  
Estableció como un principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el enfoque diferencial, que reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia; para las cuales ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación y en el marco de la Atención Primaria en Salud que a su vez define entre sus principios la interculturalidad (que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud), el enfoque diferencial, la acción intersectorial y la participación social y comunitaria.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015  
En el artículo 6 declara que “El Estado reconoce y garantiza el Derecho Fundamental a la Salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI”
- Decreto 1953 de 2014 del Ministerio del Interior

“Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley que trata el artículo 329 de la Constitución Política”.

- Decreto Ley 4633 de 2011 del Ministerio del Interior  
Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los Pueblos y Comunidades indígenas”.

## **5. Metodología**

La presente investigación tiene como metodología una revisión documental de la literatura de tipo cualitativo sobre las investigaciones realizadas en comunidades indígenas pertenecientes al territorio Colombiano que abarcan temas sobre saberes, prácticas y conocimientos relacionados con la salud oral. Como lo indica Hernandez y col. (2014), la investigación documental permite la descripción de los fenómenos, contextos y los sucesos detallando cómo son y cómo se manifiestan, recogiendo información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables establecidos previamente.

### **5.1 Estrategia de búsqueda:**

La estrategia de búsqueda utilizada para la obtención de material valioso como lo menciona Codina (2017) se realizó mediante una ecuación de búsqueda con la combinación de los operadores booleanos y de las palabras clave seleccionadas: población indígena, comunidad indígena, salud bucal indígena, salud oral, salud bucal, automedicación, percepción, autoatención, prácticas, costumbres, etnografía, indigenous population, medicinal plants, oral health, self-medication, perception, self-care, practices, customs, ethnography.

Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature LILACS, Scientific Electronic Library En línea Scielo, y bases de datos de universidades de Colombia, como el repositorio de la Universidad Pontificia Javeriana, repositorio de la universidad del Rosario, repositorio de la Universidad Nacional y repositorio de la Universidad Cooperativa de Colombia. Además, se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de los artículos incluidos para identificar otros artículos elegibles.

## **5.2 Criterios para la valoración e inclusión de artículos de esta revisión.**

### **5.2.1 Tipo de estudio:**

Se seleccionaron artículos que reportaron cosmovisiones, creencias, hábitos y prácticas sobre la salud oral de comunidades indígenas de Colombia, con una metodología de la investigación de tipo cualitativo incluyendo un enfoque etnográfico o fenomenológico descriptivo o que utilizara técnicas como la observación participante, la entrevista semiestructurada y el diario de campo permitiendo la expresión libre de las personas participantes en el estudio.

Cómo lo menciona Guerrero M (2016). La investigación cualitativa permite el conocimiento de los fenómenos complejos de la realidad mediante las expresiones de los individuos teniendo en cuenta sus costumbres, comportamientos, formas de relacionarse, toma de decisiones, etc. En cuanto al enfoque fenomenológico permite conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias permitiendo la interpretación de las actuaciones de la personas de acuerdo a sus propias experiencias. Así mismo, el enfoque etnográfico permite el aprendizaje del modo de vida de un grupo social específico.

### **5.2.2 Criterios de inclusión:**

- Textos científicos publicados entre el año 2010 al año 2022
- Textos en español e inglés.

### **5.2.3 Criterios de exclusión:**

- Textos científicos publicados antes del año 2010.
- Investigaciones cuantitativas.
- Escritos en otros idiomas que no sean español o inglés.

### **5.2.4 Tipo de participantes:**

Poblaciones reconocidas como indígenas pertenecientes al territorio Colombiano de cualquier grupo de género, edad y/o condición física.

### **5.3 Plan de análisis**

La consolidación y el análisis de la información se realizó mediante una matriz en el programa de consolidación de datos Excel, incluyendo título del artículo, autor, año de publicación y metodología utilizada en el estudio, categorías establecidas para la recolección de la información/análisis de datos y síntesis de la información obtenida sobre los discursos de salud oral. La última variable considerada permitió el acercamiento a las percepciones de salud oral de las comunidades indígenas de Colombia expresadas en los artículos seleccionados y permitió la realización de las hipótesis a partir de las ciencias contemporáneas.

### **5.5 consideraciones Éticas**

Esta investigación se desarrolla dentro del marco legal de la Resolución 8430 de 1993, emitida por el Ministerio de Salud mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Teniendo en cuenta los requisitos dispuestos para el adecuado desarrollo de la actividad investigativa en salud.

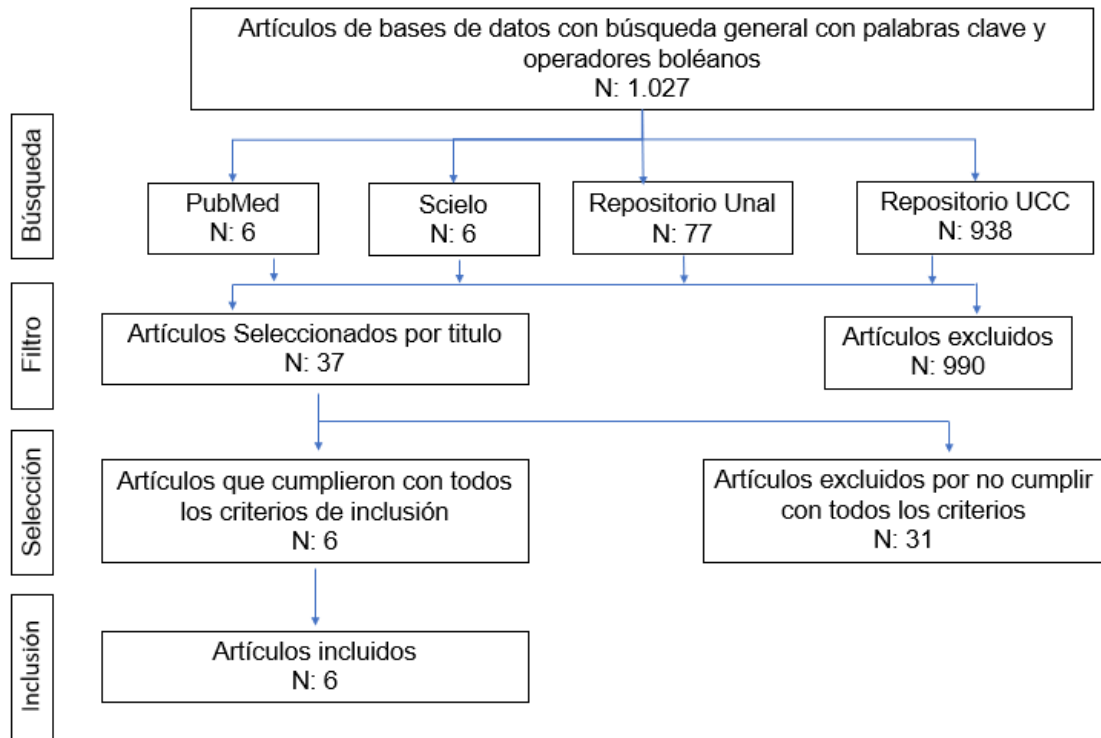
De acuerdo al artículo 11, el presente estudio se encuentra dentro de la categorización de “investigación sin riesgo” , definido como “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta “

## **6. Resultados**

La búsqueda en la base de datos PubMed arrojó 6 artículos, Scientific Electronic Library En línea (Scielo) arrojó 6 artículos, el repositorio de la Universidad Nacional arrojó 77 artículos y el repositorio institucional de la Universidad Cooperativa de Colombia arrojó 938 artículos. Las búsquedas en las bases de datos Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) y el repositorio de la Universidad del Rosario no fueron incluidas debido a que no se encontraron artículos para el uso de la investigación. En total se encontraron 6 artículos de investigación que cumplieron con todos los criterios de inclusión establecidos en la metodología. Esta revisión se encuentra representada en la Figura 1.

Figura 1. Descripción de la revisión bibliográfica en la base de datos.





Las comunidades en donde se realizaron las investigaciones son Pijao del Vergel-Calarma del sur del Tolima, Yanacona del Cuaca, Zenúes de Sucre, Pijaos de Ortega,

Las percepciones de salud oral expresadas por los integrantes de las comunidades indígenas en los artículos revisados se expresarán en 4 categorías: Concepción de la boca y los dientes, reconocimiento de signos o síntomas de patologías orales, el autocuidado o la prevención y la Autoatención.

### 6.1 Concepción de la boca y los dientes.

Los conceptos adaptados por cada comunidad frente a las estructuras anatómicas permiten el entendimiento de sus cuidados y el nivel de importancia en su diario vivir.

Para la comunidad indígena Pijao de Vergel - Calarma del Tolima la boca tiene un significado práctico desde sus dos funciones esenciales para vivir que son la

comunicación con otras personas y la masticación de los alimentos. Lo anterior resaltado a través de expresiones abiertas como *“partecita para poder comer”, “para probar las cosas”* y *“hablar, gritar, cantar y también para regañar a los hijos”, “para masticar la comida”, “para que uno se alimente mejor y saborear las cosas”* (Liscano Y, 2017).

Así mismo, para la población Yanacona la cavidad oral cumple las funciones específicas de masticar y comunicar *“Para nosotros la boca es para que podamos comer y podamos hablar. Para eso es que uno tiene dientes y tiene lengua. Por eso es que toca lavarse el hocico todos los días como dice la canción”*. (Ospina E y Bellamy C, 2011). También se evidencia otros significados como una parte transitoria en el cuerpo *“sus dientes de leche, los de verdad y los de mentira, todos útiles, pero no eternos”*

Para la población Pijao de Ortega igualmente la boca cumple funciones de comunicación y alimentación reconociendo su importancia *“la lengua, los labios y los dientes son partes importantes para cuidar”* (Gonzalez S, 2016). Igualmente se evidencia este reconocimiento de su función de masticación para la comunidad Misak.

Finalmente, para las comunidades indígenas Muiscas, Yanakunas y Pijao se reporta una concepción integral de bienestar que reconoce principalmente las funciones de comer y comunicar y por este motivo deben ser cuidados.

## **6.2 Reconocimiento de signos o síntomas de patologías orales**

La mayoría de los artículos encontrados mencionan el dolor dental como síntoma más expresado por las comunidades intervenidas. La comunidad indígena Pijao el vergel considera el dolor dental como un dolor que interfiere en sus actividades cotidianas relacionándolo con la caries dental. Se evidencian declaraciones como *“El dolor en los dientes se da por las muelas “picadas” que dicen que es caries, pero en la IPS no le explican a uno que es eso”*. *“Los dientes duelen cuando se despican,*

*se despican y eso va doliendo, dicen que por la caries, pero yo no sé doctora qué será eso*". *"La caries es una placa que aparece sobre los dientes, como amarilla y en la odontología la quitan. Pero la caries hace que el diente se dañe, se despique y cuando se despica es que duele"*. (Liscano 2020).

El artículo realizado en la población Yanacona describe la atribución de una participante a la caries dental como la única enfermedad que produce dolor dental y en general los signos y síntomas que se puedan presentar.

La población indígena Pijao de Ortega reporta el reconocimiento de la caries dental causada por la mala limpieza dental y el alto consumo de azúcar manifestado como *"se pican los dientes"*. Así mismo el dolor ocasionado por estas condiciones se percibe como intenso *"Es que un dolor de muela no se lo deseo ni a mi peor enemiga"* (Lozano E y Liscano Y, 2021).

El estudio en la comunidad indígena Misak reporta su concepción sobre *"un gusano que se come el diente, hace doler e inclusive ocasiona mal olor en la boca"* (Gonzalez S, 2016) y finalmente los resultados de los indígenas Muiscas, Yanakunas y Pijaos reportan el dolor dental como un dolor incapacitante que requiere ser atendido

### **6.3 Autocuidado o prevención**

Frente a las prácticas de prevención la comunidad indígena Pijao- Vergel se encontraron algunas prácticas realizadas reemplazando el uso de la crema y el cepillo dental por el cristal de la sábila mediante una pasta realizada por los entrevistados con sal y agua o la cáscara del limón, así mismo, se reporta como han cambiado muchas prácticas a través del tiempo *"Como más antes los antiguos no le compraban a uno cepillo, yo chiquita no me cepillaba porque el papá no le traía a uno cepillo, ni crema, pero usaba lo que tuviera, carbón o la sábila, ahora sí me los lavo bien, tres cepilladas, pero el mío ya está viejito"* (Liscano Y, 2017).

Algunas técnicas reportadas en la comunidad Yanacona indica igualmente las transiciones de los hábitos a través del tiempo respecto al uso de implementos de higiene oral *"En mi época ni que cepillos ni qué cuentos, eso es más reciente, A*

*nosotros nos tocaba era ir a masticar chulco (Oxalis medicaginea) todos los días cuando íbamos a conseguirle pasto a los cuyes”, “Mi mamá nos enseñó a masticar el chulco desde bien guaguas [niños] y a mí siempre ese sabor me ha gustado” (Ospina E y Bellamy C, 2011).*

La comunidad indígena Zénue reconoce el cuidado de la boca y salud como un conjunto donde se evidencia la armonía *“Nosotros nos cuidamos el cuerpo y por ahí derecho la boca, porque son lo mismo” (Ochoa E y Col, 2014).* Esta comunidad también reporta los cambios en los hábitos de higiene oral debido al paso del tiempo, *“Anteriormente que ni cepillo había, el cepillo que uno usaba era la hoja de limoncillo, lo que uno cogía para blanquearse los dientes era una hoja de limoncillo, una planta que anteriormente la había mucho en los patios y ahora no, ahora todo ha cambiado con nuevos productos que el muchacho desde que empieza a salirle la dentadura empieza uno a comprarle su cepillito a su medida y es poco lo que se conserva de dentadura porque siempre se le dañan más pronto, más rápido que antes”.* Esta transición se da por el cambio de generaciones que conservan prácticas tradicionales y generaciones nuevas que desean implementar nuevas técnicas *“Yo a las niñas mías les digo: ‘mire bastante carbón sin necesitar esa crema, porque lo que hace la crema, también es pulillar los dientes, también pone los dientes blanditos, eso yo digo, lo de antes, mire la naturaleza propia’, pero no, ellas me dicen que les compre su crema, no era como antes que las mamás de uno le decían ‘mire esto se hace así’, y uno lo hacía, ya ahora la juventud no quiere, no quiere, pero lo de antes era mejor mil veces que lo de ahora”.*

En esta comunidad se realizan además rituales que llaman la salud de los individuos pertenecientes a la comunidad *“Desde que el niño nace le hablamos y le cantamos para que tenga salud, para que se ponga en contacto con la naturaleza y los dioses del bien estén con él”.*

#### **6.4 Autoatención.**

Frente a la autoatención los pijaos del vergel reportan diferentes técnicas tradicionales que involucran el uso de recursos naturales encontrados en sus asentamientos. Para el dolor usan la raíz de la dormidera y hojas de papayo con sal e infusión para hacer enjuagues, hojas del mirto masticada y la hoja de coca. *“Esa se pone a hervir y se hacen baños calientes, tiene que hacer buches lo más caliente que aguante”, “Los cogollos de guayabo cimarrón masticado, y eso alivia el dolor”, así mismo se encuentra el uso de analgésicos combinados con técnicas tradicionales “Cuando me dolió esa muela, hice buches de agua con sal, y tomé ibuprofeno de 800mg cada 6 horas, a los días vino un señor que anda por las veredas y me sacó la muela, eso fue hace cinco meses”...“Otras veces que me ha dolido algún diente utilicé yerbas pero ahora el dolor era muy fuerte y el Ibuprofeno me hacía más rápido”* (Liscano Y, 2017).

La comunidad Yanacona evidencia la poca asistencia de los pertenecientes a la comunidad debido a la insatisfacción de la atención odontológica recibida *“A mí ni me preguntó el nombre ese señor y me regañó qué porque no me lavaba los dientes y porque no tenía medias”* (Ospina E y Bellamy C, 2011). Lo anterior también se encuentra en el estudio realizado en la comunidad Zenu que manifiesta la falta de reconocimientos de los profesionales de la salud frente a las prácticas tradicionales *“Mire, hoy en día ya uno no se puede curar con una planta porque se tiene que aguantar un regaño de un doctor, porque quién dijo que eso es bueno, quién dijo que la hoja de guanábana con sal puede quitar un dolor de estómago, ¿quién les enseñó eso?” . “Una parte mejor sería antes porque uno no era capaz de extraerse esos dientes, uno no se los iba a quitar, uno se quedaba con esa dentadura ahí, pero ahora no porque ahora si uno va al médico de una vez le dicen: ‘No, esto está malo, esto te lo tenemos que extraer, eso lo tenemos que sacar’. Entonces uno ya queda así, sin esos dientes, entonces me parece que antes era mejor que ahora. Mil veces”* (Ochoa E y Col, 2014).

La primera opción de tratamiento de esta comunidad sigue siendo tradicional, mediante el conocimiento y la utilización de las plantas que se usan según el problema y la interpretación que se haga de él *“Un dolor que mis hijas tengan, yo*

*primeramente corro a mis plantas, cocino una planta, cualquier planta que sepa yo, que tengo aquí en mi casa. Yo le hago ese conocimiento a mis hijas y les doy una toma, y sí, ahí les voy dando hasta que mis hijas se les calma ese dolor de muela, ellas se calman con eso".* (Ochoa E y Col, 2014).

Además este artículo reporta el miedo al servicio odontológico como otro factor determinante en la inasistencia a los centro de salud y la necesidad de medicina tradicional para aliviar el dolor *"Le tenemos como que pánico a la, a la agujita esa, entonces eso como que lo tratamos acá en la casa que cogemos la hojita de yantén, que hacemos la bebía... si la muela está, como decimos nosotros, que le cabe un "camión de yucas" comemos de esa misma hojita, sal de la india eso lo, lo, lo machucamos ahí, nos lo colocamos"*.

La comunidad Pijao de Ortega reporta el uso de plantas medicinales principalmente la coca, marihuana dormidera, ajo y clavo de olor, como medida inicial, en los casos en los que el dolor persiste o se incrementa esta comunidad hace uso de medicamentos principalmente Acetaminofén e ibuprofeno. También resaltan la utilización de otros elementos como la "calza eléctrica" que es una mezcla líquida de benzocaina y antipirina vendida en algunas farmacias, se usa con una mota de algodón que se posiciona en el diente con lesión.

Las prácticas descritas anteriormente de uso de plantas medicinales también fueron encontradas en la comunidad Misak que cuenta con el conocimiento sobre la función, la efectividad y la forma de uso de las plantas usadas. Las plantas más usadas fueron la salvia, hierba mora, hierba buena, encenillo, la canela común, canela de páramo, caléndula, Yantel, altamisa pacunga ,pilu, perejil, cogollo de la mata de frijol, chilco, botoncillo, arrayán, malva y angucho.

Para finalizar las poblaciones Muiscas, Yanakunas y Pijaos reportan el uso de la medicina tradicional y occidental mediante la interacción de abuelos ancestrales para la búsqueda de soluciones a sus dolencias y el uso de medicamentos de origen

biomédico incluyendo el Acetaminofén, Diclofenaco, Naproxeno y Postan, así como Amoxicilina y ampicilina

### **6.5 Teoría de la complejidad y percepciones sobre salud oral.**

Las percepciones encontradas en los artículos permiten generar discusión sobre el aporte de la teoría de la complejidad en los fenómenos de salud. Desde el principio de la teoría dialógica como lo menciona Marin RG, Jimenez JA (2003), se destacan los términos y las creencias de cada comunidad indígena estudiada como no reductibles y mutuamente confluyentes. Las diferencias geográficas que generan diferentes entornos sociales y fuentes históricas se expresan claramente mediante las practicas que pueden llegar a ser mas occidentalizadas o más tradicionales, no obstante, los resultados no son separables debido a que responden a los principios de individuos pertenecientes a comunidades indígenas que desde sus representaciones espirituales y sentido de pertenencia con sus tradiciones, tienen una integración social y ética que debe ser reconocida en el momento de pensar en la atención a salud.

Así mismo, los procesos odontológicos no son percibidos siempre de manera lineal, aunque se reconoce la caries como efecto casual y el dolor como consecuencia, se evidencia como las enfermedades bucales y la salud no son percibidas desde un orden individual de cuidado o prevención para optimizar la salud solo del que acciona, como lo menciona Breilh J.(2013) la salud es vista como un “fenómeno complejo socialmente determinado” donde se realizan ceremonias a nivel grupal como defensa a las enfermedades incluyendo las de origen bucal.

Adicionalmente, dentro de los artículos se evidencia las prácticas de salud oral solo desde las visiones tradicionales de cada comunidad al igual que la autoatención de algunos individuos frente a las dolencias bucodentales solo con medicina occidental que ha surgido a través del tiempo debido al acceso a la información. Lo anterior sugiere la importancia de la comprensión del principio de la emergencia, donde mencionado por Morin citado por Zambrano (2008), no es posible estudiar un fenómeno complejo como la salud oral en las comunidades indígenas reduciendo

los conceptos desde las antiguas practicas realizadas por figuras representativas de las comunidades y si analizando las cohesiones de conceptos entre las antiguas y las nuevas generaciones.

Finalmente, es importante resaltar los pensamientos reduccionistas y fragmentarios de la enfermedad aprendidos por parte de los profesionales de la salud dentro de las escuelas formadoras que prestan los servicios a las comunidades. La integración de los conceptos de las ciencias de la complejidad permite la formación amplia de los programas de salud y en específico a los odontólogos de realizar las intervenciones desde su conocimiento con un objetivo real de impacto a largo plazo de una enfermedad y no una solución inmediata a un signo o síntoma.

## **7. Discusión**

Los sistemas de salud de las comunidades indígenas, poseen una cosmovisión representada por mitos, creencias, prácticas y rituales que intentan explicar el origen y curso de las enfermedades para su adecuado tratamiento. Como se observa en los resultados de acuerdo con los estudios realizados en comunidades indígenas, se resalta la importancia para ellos de rescatar, mantener y transmitir los saberes aprendidos en diferentes generaciones, mediante la preservación de ritos, ceremonias y la utilización de plantas medicinales que hacen parte de la concepción en salud y el cuidado de las cosmovisiones de cada comunidad. Sin embargo, se observa un claro contraste entre las generaciones que continúan preservando todas las prácticas ancestrales y las generaciones jóvenes que debido a las diferentes interacciones externas a su círculo de comunidad se interesan en prácticas occidentales de salud oral.

Por lo anterior, el conocimiento de las prácticas y los saberes de cuidado de la salud bucal de las comunidades indígenas es fundamental para el desarrollo de programas y políticas en salud dirigidos a esta población integrando las necesidades observadas en los resultados donde los integrantes de las comunidades requieren información sobre los sistemas de salud que se encuentran a su disposición para



atender enfermedades y dolencias que la medicina ancestral no llega a resolver. Este encuentro entre la medicina ancestral y la medicina occidental se ha desarrollado en algunos ámbitos desde el diálogo de saberes. Lo anterior concuerda con lo mencionado por Rodríguez M y col (2010) sobre comunidades indígenas del pie de monte Amazónico que piden capacitaciones en programas de salud pública y atención primaria en salud que por parte de la secretaría de salud del municipio no tienen un acople a las necesidades y costumbres de la población a intervenir.

El uso de plantas medicinales junto con el uso de medicamentos para el manejo de las molestias dentales se evidencia en los resultados y así mismo se adhiere a la necesidad de la interacción entre los saberes de salud. El uso de las plantas medicinales para el tratamiento de las enfermedades se ha desarrollado a través del tiempo como respuesta a una relación entre los pueblos indígenas y la naturaleza que los rodea, que tienen a su disposición y pertenece a sus territorios, además de ser aprendido y desarrollado para dar soporte a las molestias provenientes de la cavidad bucal, principalmente de tipo odontogénico. Esto concuerda con las conclusiones producidas por Trujillo W y Gonzalez V (2011) sobre la importancia de incluir el conocimiento etnofarmacológico en los programas de salud gubernamentales como alternativa para comunidades con acceso limitado a centros de salud.

Debido a lo anterior, la inclusión de investigaciones con un enfoque intercultural en los procesos de salud y enfermedad permiten un entendimiento de los sistemas de salud y profesionales sobre las prácticas realizadas fuera de la medicina occidental. Según Walsh citado por Hernandez J (2021) la interculturalidad permite las relaciones e interacciones entre las personas, los conocimientos, las prácticas y los principios de vida desde el respeto a la diversidad. Así mismo reconoce y protege esta diversidad. Por lo anterior, las investigaciones en salud deben ir enfocadas más allá de la recolección de datos para la obtención de la prevalencia de una enfermedad o encuestas cerradas que impidan la expresión propia de los participantes.

Adicional, los resultados evidencian las percepciones de las comunidades indígena frente al sistema de salud prestados en sus territorios. La percepción de rechazo de los profesionales de salud frente a las prácticas tradicionales realizadas por los habitantes lo cual concuerda con lo mencionado por Urrego H (2020) en su artículo sobre las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia, donde resalta cómo esta lucha desde una perspectiva intercultural ha implicado procesos continuos de desestabilización y cambios de los poderes y saberes del modelo hegemónico, el territorio, la medicina ancestral y las acciones políticas colectivas que se fundamentan en la ley de origen para un modelo orientado hacia el buen vivir y el derecho propio de los pueblos indígenas.

## **8. Conclusiones**

La salud y las prácticas de cuidado bucal de las comunidades indígenas requieren más diálogos que permitan que el sistema y los profesionales de la salud valoren otros saberes y prácticas tradicionales que validen los conocimientos y las luchas de la población indígena por el derecho a la salud.

Las prácticas ancestrales de autocuidado y autoatención continúan siendo la primera opción para la autoatención de las enfermedades de salud oral.

Las plantas medicinales son los recursos principales de las comunidades y los de mayor disposición según el territorio que habitan para desarrollar las prácticas de atención de las situaciones orales.

Las investigaciones cualitativas y descriptivas de tipo fenomenológico y etnográfico permiten el entendimiento, la comprensión y un análisis profundo sobre las percepciones de la población indígena en cuanto a los procesos de salud y enfermedad validando expresiones y creencias propias.

En la autoatención se observa la articulación de los recursos terapéuticos provenientes de los sistemas tradicionales y la biomedicina como los fármacos cuando las prácticas ancestrales no son suficientes para la atención.

Las ciencias de la complejidad permiten que las instituciones, las profesiones y los prestadores de servicio de salud comprendan las problemáticas de salud desde perspectivas amplias permitiendo soluciones más eficientes.

## **9.Recomendaciones**

De acuerdo con los resultados se puede observar la necesidad de ampliar las investigaciones de salud con enfoque intercultural especialmente realizadas en las comunidades indígenas con el fin de obtener datos más precisos y amplios sobre los conocimientos propuestos desde sus cosmovisiones. Adicional a esto fortalecer el trabajo entre las especialidades de la odontológicas con otras profesiones con el fin de abordar las problemáticas de salud oral desde las explicaciones biológicas, sociales y culturales y así mismo integrarse con las técnicas y los instrumentos de la salud pública.

Por otro lado, el respeto de los saberes indígenas y en general de los saberes practicados durante años que se encuentren por fuera de los sistemas occidentales de salud deben ser ampliados desde la formación de los profesionales en salud hasta los sistemas de atención que permitan una atención respetuosa y abierta la diversidad como los saberes ancestrales científicos.

Finalmente, el abordaje de las problemáticas de salud desde las teorías que permiten amplificar las problemáticas puede dar como resultado la amplificación de soluciones. Los abordajes desde la salud pública a través del tiempo se han desarrollado desde las teorías científicas que en varios casos no han dado respuesta a las necesidades reales, sugiriendo la importancia de evaluar nuevos paradigmas más allá de la teoría, involucrando a las instituciones y a los individuos que cooperan con estas.

## 10. Bibliografía

Aguilar M, Tobar M, Garcia H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev. Salud Pública. 22(4): 1-5.

Amores A, Cevallos R. (2007). Prestación de los servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Programa regional de salud de los pueblos indígenas.

Anas Wayuu E.P.S.I. (2001). Empresa promotora de salud indígena.

Breilh J. (2013). La Determinación Social de la Salud como Herramienta de Transformación Hacia una Nueva Salud Pública (Salud Colectiva). Fac. Nac. Salud Pública.

Codina, L. (2017). Procedimiento gráfico para generar ecuaciones de búsqueda en bases de datos académicos.

Domínguez L, Rodríguez L, Vega F, Zambrano Z. (2007). Perfil epidemiológico de la comunidad indígena WiWa ubicada en la cuenca del Río Guachaca del distrito de Santa Marta de Junio 2006 a Enero 2007. Universidad de Magdalena.

González S. (2016). Saberes en la salud bucal en la población con discapacidad en la comunidad indígena Misak. Facultad de odontología. Universidad Nacional de Colombia.

Gaviria A, Eugenia C, Correa L, Burgos G, Giron S. (2016). Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Perf-il-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

Hernández-Sarmiento JM, Calle-Estrada MC, Ospina-Jimenez MC, Herrera-Almanza L, Roldan-Tabares MD, Martínez-Sanchez LM. Enfoque intercultural de salud en la población indígena que vive en territorio colombiano. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. 2021;23(1):23-31. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2021.v23.1515>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación (6ta edición). México, Mcgraw-Hill. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

International Work Group for Indigenous Affairs IWGIA. (2020). The Indigenous World 2020. 1024-0217

Launert C, Urbina J, Chuaqui V, Aballay K, Muñoz C. (2014). Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población Mapuche – Williche de isla Huapi, Chile. Revista facultad de odontología facultad de Antioquia. 25(2). 342-358.

Liscano Y. (2017). Autoatención del dolor de origen pulpar en la comunidad indígena Pijao del Vergel-Calarma, sur del Tolima. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia.

Lozano E, Liscano Y. (2021). Etnografía del dolor dental en la población Pijao de Ortega

Marín RG, Jimenez JA. (2003). De los Principios del Pensamiento complejo.. In Morin E CVM. Manual de Iniciación Pedagógica al Pensamiento Complejo. Publicaciones UNESCO; p. 116-120.

Menéndez E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Ciudad de México.

Menéndez E (2000). Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos, pp. 163-88. In E Perdiguero & JM Comelles (eds.). Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Edición Bellaterra, Barcelona.

Ministerio de salud. (2019). Boletines poblacionales: población indígena. Oficina de promoción social.

Ministerio de salud. (2009). Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV. Metodología y determinación social de la Salud bucal.

Ministerio de Salud. (2016). Perfil de la población indígena y medición de desigualdades en salud.

Ministerio del interior. (2009). Sentencia T-025 del 2004. Corte Constitucional de Colombia.

Ministerio del interior. (2015). Diagnóstico y líneas de acción para las comunidades Wiwa de la sierra nevada de santa marta (departamentos cesar, magdalena y guajira) en el marco del cumplimiento del auto 004 de 2009. Organización wiwa yugumaiun bunkuanarrua Tayrona organización. delegación wiwa.

Ministerio del Interior. (2014). Decreto 1953 de 2014.

Muñoz N. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. Salud Colectiva. 2009;5(3):391-401.

Muchavisoy J. (1997). Los saberes indígenas son patrimonio de la humanidad. Universidad Central

Naciones Unidas. (2008). Declaración de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de los pueblos Indígenas. 07-58684

- Ospina E, Liscano Y, Pachón S. (2021). Automedicación en salud bucal en indígenas Muiscas, Yanakunas y Pijaos de Colombia. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia.
- Ospina E, Bellamy C. (2011). Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los andes del sur de Colombia.
- Ochoa E, Patiño K, Pérez C, Lambaño L, Sierra E. (2014). Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Oliva J. (2015). La bioética y el dolor en odontología: Una aproximación humanista. Revista latinoamericana de Bioética.
- Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur M, et al.(2019). Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet. 394(10194):249-60. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). La salud de los pueblos indígenas de las américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos.
- República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: Colombia.
- Rosenberg P. (2014). Endodontic Pain. Ed.Springer. Department of Endodontics, New York University College of Dentistry, New York, USA
- Rodríguez J, Tovar L, Vargas K, Rojas H. (2020). Percepción de la medicina occidental por parte de las comunidades indígenas Pijaos en el municipio de Natagaima. Universidad EAN.
- Romero A. (2005). Conservación y adaptación de los cuidados culturales en salud del pueblo indígena Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta. Fundación Universidad del Norte. División de Humanidades y Ciencias Sociales.

- Romero M, Rodríguez E. (2010). Diálogo de saberes: Medicina tradicional y medicina occidental moderna. Suplemento Memorias V Encuentro
- Sheiham A (2005). Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization.
- Suárez Zúñiga E, Velosa Porras J. (2013). Comportamiento epidemiológico de la caries dental en Colombia. Universidad Javeriana 32(68): 117-124.
- Trujillo W, Gonzalez V. (2011). Plantas medicinales utilizadas por tres comunidades indígenas en el noroccidente de la amazonia Colombiana. Mundo Amazónico. doi:10.5113/ma.2.14110.
- Urrego H. (2020). Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. Disponible en <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S106>
- Watt R, Daly B, Allison P, Macpherson L, Venturelli R, Listl S, et al. (2019). Ending the neglect of global oral health: time for radical action. 394(10194):261-72.
- Zambrano X. (2008). Aproximación al Pensamiento Complejo para una Aproximación del Vínculo Humano. In Pacheco S. Gerencia y Condición Humana. Caracas: Cuadernos de Posgrado N° 28, Universidad Central de Venezuela.



