



Población y Salud en Mesoamérica

Alfabetización en salud y necesidades para el etiquetado de medicamentos identificadas en población indígena de Alto Telire del Área de Salud

Rocio Mora Vicarioli, Angie León-Salas, Alejandra Castro Granados y Catalina Lizano-Barrantes

Como citar este artículo:

Mora Vicarioli, R., León-Salas, A., Castro Granados, A. y Lizano-Barrantes, C. (2021). Alfabetización en salud y necesidades para el etiquetado de medicamentos identificadas en población indígena de Alto Telire del Área de Salud Talamanca, Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(2). Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.45173>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral
[Centro Centroamericano de Población](#)
[Universidad de Costa Rica](#)

Alfabetización en salud y necesidades para el etiquetado de medicamentos identificadas en población indígena de Alto Telire del Área de Salud Talamanca, Costa Rica.

Health literacy and drug labeling needs identified in indigenous population of Alto Telire, Talamanca Health Area, Costa Rica

Rocio Mora Vicarioli¹, Angie Leon-Salas², Alejandra Castro Granados³ y Catalina Lizano-Barrantes⁴

RESUMEN

Introducción: Conocer los aspectos sociodemográficos de la alfabetización en salud y las necesidades relacionadas con el etiquetado de medicamentos permite crear las bases para canalizar las acciones de los profesionales para la mejora de la atención sanitaria que se brinda a poblaciones vulnerables. **Metodología:** A partir de ello, se realizó una investigación de tipo cuantitativa, observacional, con un alcance exploratorio que abordó la población indígena residente en el sector de Alto Telire, localizado en la provincia de Limón, Costa Rica. Esta se caracteriza por su aislamiento y baja escolaridad. En este artículo se presenta la caracterización de aspectos sociodemográficos y de alfabetización en salud, así como la identificación de necesidades relacionadas con el etiquetado de medicamentos para un grupo de pacientes de la etnia cabécar, atendidos en el mes de mayo del 2018 por personeros de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Los resultados se obtuvieron mediante la realización de entrevistas directas a pacientes. **Resultados:** Los resultados obtenidos del estudio destacan que el 57 % de la población participante es del sexo femenino, con edades entre los 18 y 45 años. Además, el nulo acceso a la educación que tuvo la población hasta el año 2009 explica por qué el 70,42 % de las personas participantes no cuentan con ningún tipo de escolaridad, lo cual está relacionado con que el 100 % presentaran un bajo nivel de alfabetización en salud. Por otro lado, las principales formas de las personas participantes de reconocer sus medicamentos es por el nombre, uso y características físicas, siendo el uso que se le da al medicamento la principal manera de reconocerle. **Conclusiones:** La población incluida en este estudio cuenta con baja escolaridad y un nivel inadecuado de alfabetización para la salud. Las necesidades con respecto al etiquetado de medicamentos están relacionadas principalmente con el motivo de uso y la persona que lo debe utilizar. Adicionalmente, el etiquetado de los medicamentos es la única fuente de información que tiene esta población al alcance para utilizar racionalmente los medicamentos.

Palabras Clave: Población Indígena, Analfabetismo, Atención Primaria de la Salud, Alfabetización en salud, etiquetado de medicamentos, servicios farmacéuticos, Costa Rica

ABSTRACT

Introduction: The understanding of sociodemographic characteristics, health literacy, and drug labeling needs allows to create the bases for professionals to target actions for the improvement of healthcare among vulnerable populations. **Methodology:** From this, a quantitative, observational research was carried out, with an exploratory scope; that addressed the indigenous population residing in the Alto Telire sector, located in

the province of Limón, Costa Rica, which is characterized by its isolation and low schooling. This article presents the characterization of sociodemographic aspects, health literacy, as well as the identification of needs related to the labeling of medicines for a group of patients of the Cabécar ethnic group, attended in May 2018 by representatives of the Costa Rican Social Security Fund (CCSS). The results were obtained through direct interviews with patients. **Results:** The results obtained from the study highlight that 57% of the participating population is female, with ages between 18 and 45 years. Furthermore, the lack of access to education that the population had until 2009 explains why 70 42% of the participants do not have any type of education, which is related to the fact that a 100% have low health literacy level. On the other hand, participants recognize their medications principally by the name, use and physical characteristics, being the use given to the medication the main way to recognize it. **Conclusions:** The population included in this study has low education and an inadequate level of health literacy. Drug labeling needs are primarily related to indications and the person intended to use it. Furthermore, drug labels are the only source of information available to this population in order to rationally use their treatments.

Keywords: Native Costa Rican, Analphabetism, Primary Health Care, health literacy, drug labelling, pharmaceutical services, Costa Rica.

Recibido: 28 abr 2020 | **Corregido:** 11 dic 2020 | **Aceptado:** 13 dic 2020

¹ Servicio de Farmacia Ebais Bribri, Área de Salud Talamanca, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), COSTA RICA. rociovicarioli@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7539-3983>

² Departamento de Atención Farmacéutica y Farmacia Clínica, Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica, COSTA RICA. angie.leon@ucr.ac.cr. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4538-8147>

³ Programa de Aprendizaje en Línea, Universidad Estatal a Distancia, COSTA RICA. alcastro@uned.ac.cr. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2110-934X>

⁴ Departamento de Atención Farmacéutica y Farmacia Clínica, Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica, COSTA RICA. catalina.lizano@ucr.ac.cr. Registro ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1690-631X>

1. Introducción

La población del Sector de Alto Telire se localiza en una zona de difícil acceso de la provincia de Limón, Costa Rica y presenta características propias que reafirman la interrogante sobre el uso que se le está dando a los medicamentos dispensados posterior a la atención médica.

Esta es una población indígena y presenta indicadores de salud más bajos que el resto de la población costarricense (Valeggia y Snodgrass, 2015; Horton, 2016). A la fecha, dado el difícil acceso a la zona, sus pobladores solamente reciben los servicios de salud básicos cuando personal del Área de Salud de Talamanca de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) realiza giras en helicóptero.

Dichas giras "iniciaron en el año 2004 con dos visitas anuales y, desde el 2009, existe un contrato para realizarlas cada tres meses. Antes de esta fecha, la población no recibía atención médica por parte de la CCSS" (W. Treminio, comunicación personal, 23 junio 2017), por lo que el acceso a dicho servicio era prácticamente inexistente.

Aunado a lo anterior, en este sector se cuenta únicamente con acceso a la educación primaria. No se dispone de centro de educación secundaria o de otro tipo, lo cual puede ser un factor importante para que el nivel de escolaridad sea muy bajo (Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC], 2013).

Adicionalmente, la población del Alto Telire presenta problemas de salud característicos tales como dolor crónico, lesiones en piel (leishmaniasis, micosis, impétigo), enfermedades de vías respiratorias, diarreas y sepsis dentales (INEC, 2013; A. Ávila, 2016, B. Ávila, 2016). En línea con lo anterior, el tipo de atención médica que se brinda no está adaptada a sus características y necesidades culturales, lo cual dificulta el asegurar un abordaje efectivo.

2. Referente teórico y normativo

2.1 Población indígena

Se definen las comunidades, personas y naciones indígenas como aquellas que históricamente han continuado con las tradiciones propias de las sociedades en el estado previo a la colonización, que se han desarrollado en sus territorios, considerándose a sí mismos diferentes de otros sectores de la sociedad y que están determinados en preservar y transmitir a futuras generaciones sus territorios ancestrales (Valeggia y Snodgrass, 2015).

Al hablar de salud en comunidades indígenas, numerosos estudios refieren que, sin importar su situación geográfica o sociopolítica, los niveles siempre son más bajos que para el resto de la población. De igual manera, presentan menor expectativa de vida, mayor mortalidad materno-infantil, mayor carga de enfermedades infecciosas, malnutrición, atrasos en el crecimiento, aumento de las enfermedades cardiovasculares y crónicas, abuso de sustancias, depresión y mayores índices de mortalidad (Valeggia y Snodgrass, 2015). Además, se debe tomar en cuenta que el acceso a los servicios de salud y educación es, de manera común, más complicado para las poblaciones indígenas (Horton, 2016).

Por lo tanto, se puede considerar que los bajos indicadores de salud obedecen a las brechas sociales derivadas de la combinación de su bajo estatus socioeconómico, marginalización y poca conexión social (Valeggia y Snodgrass, 2015; Stephens, Nettleton, Porter, Willis y Clark, 2005). Adicionalmente, se evidencia un débil posicionamiento y baja priorización social dentro de las políticas públicas de los países (Stephens et al., 2005).

Aunado a lo anterior, uno de los principales factores responsables de la brecha de salud entre poblaciones indígenas y no indígenas es la barrera de lenguaje. Parte de esa condicionante de exclusión radica en que las generaciones más longevas normalmente habitan en áreas remotas y poco accesibles y, al conservar solamente su lengua nativa, las personas proveedoras de la atención

médica tienen dificultades para desarrollar una relación eficiente con estos pacientes (Valeggia y Snodgrass, 2015). Asimismo, los servicios de salud que se les brindan, usualmente, son inapropiados a sus necesidades e ideales, (Stephens et al., 2005) pues se han intentado implementar modelos de salud occidentales, sin adaptarlos ni abordarlos de una manera holística (Stephens et al., 2005). Lo anterior, puede devenir en crisis de salubridad, ya que los patrones de salud indígenas son complejos y multifactoriales (Valeggia y Snodgrass, 2015).

2.2 Características del territorio y de la población del sector de Alto Telire

Resulta importante aclarar que existe una diferencia entre territorio indígena y pueblo indígena, sobre todo en el caso del cantón de Talamanca, donde en un mismo territorio conviven diferentes poblaciones. Al hablar de territorio indígena, se hace alude a las áreas de terreno, como el Alto Telire, creadas por ley o decreto, que tienen como fin que las poblaciones indígenas se desarrollen según sus costumbres y tradiciones (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014). Por otro lado, cuando se habla de pueblo indígena, se hace referencia al conjunto de tradiciones, ascendencia, historia, cultura, idioma, creencias, valores y visión que les caracterizan como pueblo, (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014) tal es el caso de los cabécares.

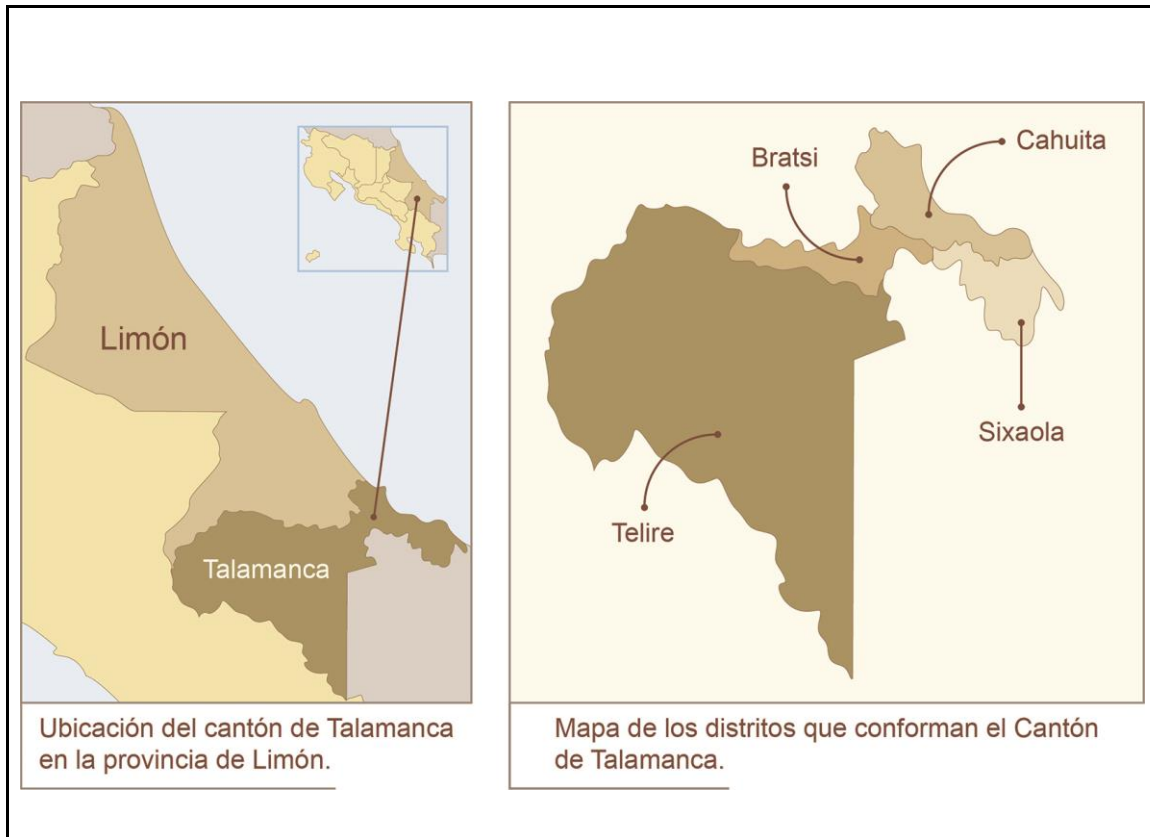
Al realizar investigaciones con poblaciones indígenas, es conveniente considerar factores como vestimenta, costumbres y tradiciones, ya que estos no pueden pasarse por alto para generar acciones adecuadas y específicas para cada grupo, que resulten más eficientes (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014). Es un grave error considerar que, por el hecho de pertenecer a un mismo país o incluso a un mismo territorio, tendrán las mismas tradiciones y costumbres. Por ejemplo, en el caso del cantón de Talamanca, en el mismo territorio indígena habitan población cabécar (la de la presente investigación) y bribri. Ambas con diferentes tradiciones, cultura e idioma, a pesar de compartir territorio e incluso distritos.

El cantón de Talamanca (Figura 1) fue oficialmente fundado el 20 de marzo de 1969, pertenece a la provincia de Limón (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2013; Calderón, 2014) y es el más pobre del país. Con una población aproximada, al 2019, de 42 351 habitantes, una extensión

territorial de 2809.93 km² y una división política integrada por 4 distritos, que son Cahuita, Bratsi, Sixaola y Telire (Embajada de Estados Unidos, Policía Nacional de Colombia, Fuerza Pública Costa Rica, 2019).

Figura 1

Ubicación del cantón de Talamanca y del Distrito Telire, con relación a la provincia de Limón y al mapa de Costa Rica



Fuente: Elaborado por Alejandra Castro Granados (Adaptado de Embajada de Estados Unidos, Policía Nacional de Colombia, Fuerza Pública Costa Rica, 2019).

Según el INEC, en el año 2013, se reportó una población de 545 personas para el sector de Alto Telire. (INEC, 2013) Sin embargo, en las consultas médicas que realiza la CCSS, se indica una población aproximada de 1500 personas (A. Ávila, 2016), la mayoría de las cuales se encuentra en condición de pobreza extrema y sin acceso a establecimientos comerciales, centros de salud o educativos mediante caminos o carreteras. La comunicación se logra solamente caminando en

medio de la montaña por un lapso aproximado de 3 a 5 días o vía helicóptero, como en el caso de las visitas o giras de trabajadores de instituciones como la CCSS.

Según datos de la CCSS, entre los principales problemas sociales presentes en la zona, se destaca el embarazo adolescente, la violencia intrafamiliar, multiparidad, el alcoholismo, los partos domiciliarios sin asistencia, la no disponibilidad de agua potable y luz eléctrica. Además, como una de las problemáticas más graves y sostenidas, la presencia de desnutrición crónica. Más aún, tres de cada cuatro menores de cinco años tienen problemas de bajo peso y talla que comprometen su desarrollo (A.Ávila, 2016).

La población se ha adaptado a recibir atención médica mediante giras trimestrales, siendo el principal motivo de consulta la necesidad de almacenar medicamentos en sus hogares para hacer frente a enfermedades en los meses posteriores, esto debido a lo remoto y aislado del lugar (A.Ávila, 2016, B.Ávila, 2016).

Dentro de los motivos de consulta que comúnmente se reportan están los siguientes:

- crecimiento y desarrollo
- senilidad
- control prenatal
- planificación familiar
- dolor crónico
- desparasitación
- vacunación

Además, se incluye las consultas por cuadros agudos de lesiones en piel (leishmaniasis, micosis, impétigo), enfermedades de vías respiratorias superiores e inferiores, enfermedad diarreica, odontalgia, sepsis dentales, entre otros (INEC, 2013, A. Ávila, 2016, B. Ávila, 2016).

2.3 Alfabetización en salud

La Organización Mundial de la Salud indica que la alfabetización tiene un rol fundamental en determinar las inequidades en salud que se presentan entre los países ricos y pobres (Don, 2008). La alfabetización en salud (en adelante AS) se define como la medida en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y entender información básica en el área de la salud, así como tomar decisiones adecuadas en cuanto a su salud o bienestar (Don, 2008; Suñer y Santiña, 2013; Darcy et al., 2009; Stonbraker, Schnall y Larson, 2015; Shaw, Armin, Huebner, Orzech, 2012). El término se usó por primera vez en 1974 y es diferente al de alfabetización en general (por ejemplo, en el ámbito educativo), pues incluye habilidades para la solución de problemas, toma de decisiones, búsqueda de información y demás relacionadas con la salud (Stonbraker et al, 2015).

En el caso de las poblaciones indígenas, es clara la necesidad de integrar las intervenciones en AS haciendo énfasis en la importancia de la cultura como el lente a través del cual las personas definen la salud, la enfermedad y perciben su respuesta a los mensajes relacionados (Shaw et al, 2012).

La manera más práctica de determinar el conocimiento sobre la salud en una población es emplear pruebas o cuestionarios estandarizados (Padilla y Vílchez, 2016). La identificación de las personas con un nivel inadecuado de AS es difícil, pues la información como la edad, años de escolaridad y alfabetismo reportadas no siempre reflejan el nivel actual del paciente. Afortunadamente, con el pasar de los años, se han desarrollado varios instrumentos para su medición, la mayoría centrados en evaluar poblaciones con dominio del idioma inglés y algunos, al traducirlos al español, han obtenido malos resultados por las diferencias estructurales entre ambos idiomas (Shoo-Yih, Stucky, Lee, Rozier y Bender, 2010).

La Agencia para el Cuidado de la Salud, Investigación y Calidad (AHRQ, por sus siglas en inglés) desarrolló una evaluación corta para medir la AS en personas adultas que hablan el idioma español, el cual ha demostrado un uso exitoso (SAHL-S). Dicho instrumento fue utilizado en este estudio, contiene 18 términos que se presentan a la persona, es fácil y práctico de administrar y busca medir la comprensión de la persona sobre diferentes términos médicos (Shoo- Yih et al, 2010, AHRQ, 2016).

2.4 Etiquetado de medicamentos

Los profesionales en farmacia, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparten con pacientes, profesionales en medicina, otros profesionales de la salud y autoridades sanitarias la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos. La dispensación de medicamentos es uno de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales esenciales, el cual finaliza cuando el profesional en farmacia hace entrega del medicamento acompañado de información oral y escrita (Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria [FORO AF-FC], 2019).

La información escrita que debe acompañar al medicamento es la incluida en la etiqueta, la cual es fundamental para la adecuada identificación de los medicamentos por parte de la persona usuaria final, es decir, el o la paciente. Debe incluir elementos que favorezcan el uso racional y permitan evitar situaciones como la confusión por el nombre o la apariencia de los productos farmacéuticos (Tranchard et al, 2019). Con esto, se busca prevenir errores de medicación, fomentar la adherencia y favorecer su uso racional (Cooper, Navaratnam, Black, Russell y Wolf, 2015).

Entre las recomendaciones que se plantea como buenas prácticas para el etiquetado de medicamentos se tiene el uso de texto sencillo y no especializado para describir adecuadamente las dosis y sus intervalos, el uso de apoyo visual para transmitir adecuadamente las instrucciones e indicar la razón de la prescripción (Institute of Medicine, 2008).

La literatura disponible acerca de la importancia del etiquetado de medicamentos en poblaciones indígenas o culturalmente diversas es limitada. En Costa Rica, existe solo un estudio documentado sobre etiquetado de medicamentos. Las etiquetas incluían pictogramas con formas farmacéuticas y horarios de administración de medicamentos. Además, fueron evaluadas con población indígena, analfabeta o con problemas de visión (Vargas y Sánchez, 2001). Sin embargo, poco se ha evidenciado sobre las necesidades específicas de estas comunidades en términos de alfabetización para la salud y conocimiento de las personas usuarias.

Por lo tanto, este artículo pretende caracterizar los aspectos sociodemográficos, de alfabetización en salud y las necesidades relacionadas con el etiquetado de medicamentos para un grupo de pacientes de la etnia cabécar, quienes se atendieron por la CCSS en el mes de mayo del 2018. Asimismo, crear un antecedente en materia de uso adecuado de los medicamentos en esta población.

3. Metodología

3.1 Enfoque

La investigación es de tipo cuantitativa, observacional, con un alcance exploratorio. Al respecto, los planteamientos por investigar son específicos y delimitados desde el inicio; además, la recolección de datos se fundamenta en la medición y análisis, es decir, en procesos estadísticos que se realizan cuando se quiere examinar un tema poco estudiado o poco abordado (Ulate y Vargas, 2013).

3.2 Población

La población incluyó a personas mayores de 18 años que recibieron atención médica, durante una gira realizada a la zona de Alto Telire en el mes de mayo del 2018.

Se utilizó un muestreo por conveniencia y las personas participantes fueron abordadas mientras esperaban por atención médica o entrega de medicamentos. A cada persona se le explicó el proyecto y se le preguntó si deseaba participar. Ante la respuesta afirmativa, se procedió con la lectura y firma del consentimiento informado, el cual estuvo disponible en los idiomas español y cabécar. En los casos que fue necesaria la lectura en cabécar, se contó con el apoyo de un miembro del equipo de farmacia del Ebais Alto Telire, quien es hablante nativo del idioma. Esta colaboración se brindó también en el proceso de recolección de datos.

Este proyecto contó con la aprobación de la CCSS y el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.

3.3 Recolección de datos

En total, las personas participantes respondieron 25 preguntas que incluyeron datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad y residencia. Por otro lado, el nivel de alfabetización en salud fue evaluado utilizando el instrumento SAHL-S (19), el cual consta de 18 términos acompañados cada uno de dos palabras clave, una relacionada y otra distractora, además de la opción *No sé*. Antes de su utilización, el contenido del instrumento fue revisado por un miembro del equipo de la CCSS quien es nativo de la zona y del idioma.

Adicionalmente, mediante dos preguntas abiertas, se indagó aspectos generales de identificación y uso de medicamentos. Las preguntas realizadas fueron las siguientes:

1. ¿Cómo identifica usted los medicamentos que utiliza?
2. ¿Para qué enfermedades usa sus medicamentos?

Las respuestas a la pregunta relacionada con la identificación de los medicamentos fueron agrupadas en las siguientes categorías: nombre, uso, características físicas, misceláneos, desconocimiento del medicamento e indicaciones médicas.

Por su parte, las enfermedades indicadas por la población participante en la segunda pregunta abierta, se catalogaron utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; World Health Organization [WHO], 2019).

El CIE es la base para la identificación de las estadísticas y tendencias en salud a nivel global, el estándar internacional para reportar enfermedades y condiciones de salud (OMS, 2018), así como, la clasificación estándar diagnóstica para todos los propósitos de investigación y clínicos.

3.4 Procesamiento de análisis

Los datos sociodemográficos analizados se presentan en términos de frecuencias y porcentajes. Este análisis se realizó utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* versión 22 (SPSS).

Para las respuestas al instrumento SAHL-S, se calculó el puntaje de aciertos de la prueba, donde un resultado entre 0 y 14 puntos muestra un nivel inadecuado de alfabetización en salud, mientras que un valor superior corresponde a una buena AS (Shoo- Yih et al., 2010, AHRQ, 2016).

Por su parte, las categorías CIE-11 fueron agrupadas, según la cantidad de respuestas, con el fin de obtener y clasificar las principales causas de consulta. Las investigadoras clasificaron las respuestas de la población, según su semejanza a las enfermedades enlistadas en la CIE-11; por ejemplo, los casos que indicaron "*dolor de frente*", "*de un costado de la cabeza*" o "*de cabeza*" se clasificaron como cefalea aguda no clasificada MG31.1

4. Resultados y discusión

En total, se presenta la información correspondiente a 51 entrevistas realizadas durante el mes de mayo del 2018. La recolección de la información tuvo una duración aproximada de 20 minutos por cada participante y el 65 % (n=33) utilizó la opción en idioma español para completarla.

En el estudio, la participación de hombres y mujeres fue similar (43.7 % versus 56.3 %, respectivamente), con una edad promedio de 34 años. La literatura reporta que, en poblaciones rurales con bajo nivel de AS como Sudáfrica y Estados Unidos, las mujeres tienden a asistir en mayor grado a las consultas de salud, con el fin de recibir atención para personas menores y adultas mayores a su cargo, mientras que los hombres suelen encontrarse realizando otras labores (Kripalani et al., 2007, Dowse y Ehlers, 2001, Dowse y Ehlers, 2004).

Tal como se observa en la Tabla 1, un 82,3 % de la población participante está compuesta por personas en el rango de edad entre 23 y 65 años. Lo anterior, contrario a lo descrito en el Análisis de la Situación Integral en Salud del Ebais de Alto Telire, donde se reporta que el grupo que se encuentra entre los 20 y 64 años corresponde al 35 % de dicha comunidad y que la población mayor a 65 años corresponde al 3 % (Salas, Rows y Mendez, 2016).

Tabla 1

Caracterización sociodemográfica y de alfabetización en salud de la población participante

Característica	Participantes N (%)
<u>Rangos de edad</u>	
18-22	9 (17.7 %)
23-25	9 (17.7 %)
26-35	13 (25.5 %)
36-45	10 (19.6 %)
46-55	6 (11.7 %)
56-65	4 (7.8 %)
<u>Sexo</u>	
Femenino	29 (57 %)
Masculino	22 (43 %)
<u>Escolaridad</u>	
Sin escolaridad	39 (76 %)
Primaria completa	8 (16 %)
Primaria incompleta	4 (8 %)
<u>Lugar de residencia</u>	
Piedra Meza	18 (35.29 %)
Guayabal	7 (13.75 %)
Cerro Batú	6 (11.76 %)
Monteverde	6 (11.76 %)
Alto Piedra Meza	6 (11.76 %)
Otro	8 (15.68 %)

<u>Alfabetización de la salud</u>	
Participante no logró leer la palabra clave	45 (88 %)
Participante leyó la palabra clave	6 (12 %)
Nivel de AS obtenido	Entre 0-4 puntos: 17 personas Entre 5-9 puntos: 33 personas Entre 10-14 puntos: 1 persona

Fuente: Elaboración propia, 2020

Con relación al nivel de escolaridad obtenido, la mayor parte de la población no cuenta con ningún tipo de educación. Esto puede explicarse dado que, las escuelas en la zona abrieron hace 11 años y previamente no se disponía de acceso a la misma. Por otro lado, tal como se ha mencionado, a la fecha, no hay acceso a Educación Secundaria en el sector. Las personas residentes que desean cursar este ciclo deben dirigirse a la zona de Baja Talamanca o Valle de la Estrella, donde se encuentran los colegios más cercanos. Cabe destacar que, incluso en población que ha concluido la educación primaria, se encuentran casos en los que se dificulta la lectura y la comprensión de lo que se explica o muestra para leer (etiquetas de medicamentos, por ejemplo).

El nivel de escolaridad obtenido en este estudio es un ejemplo de la falta de acceso que esta población tiene a los servicios básicos, donde se estima que la escolaridad promedio es de 3,6 años y el analfabetismo ronda el 50 % (Montenegro y Stephens, 2006). Además, es hasta 1995 que se fundan colegios de educación secundaria en algunos territorios indígenas del país (Departamento de Información Pública, Naciones Unidas, 2010).

La AS es una habilidad fundamental que permite que las personas participen de manera más activa en la sociedad y así, puedan tomar control de los eventos diarios relacionados con su salud (Don, 2008). Un nivel adecuado permite leer, entender y actuar basados en la información en salud que se tenga (Calderón, 2014). Se puede afirmar que, entre mayor sea el nivel de AS de la población, más empoderada estará en temas de salud y su autocuidado. Por otra parte, un nivel bajo de AS está asociado al uso inadecuado de los medicamentos, aumento de las enfermedades y una mayor tasa de mortalidad, (Don, 2008; Kheir et al., 2014) así como un estado de salud más pobre, menor

conocimiento de la enfermedad, sus tratamientos y adherencia (Don, 2008; Suñer y Santiña, 2013; Dowse y Ehlers, 2005; Kheir et al, 2014).

Con relación a los resultados finales de la aplicación del instrumento SAHL-S, se encontró que el 100 % de las personas participantes presentan un nivel inadecuado de AS. En promedio, el valor de esta medición fue de 5 puntos (entre 0 y 10 puntos), el cual no se acerca a los niveles adecuados de AS (Shoo-Yi et al, 2010; AHRQ, 2016). Lo anterior, podría estar relacionado con la baja exposición que esta población ha tenido al mundo occidental en temas de salud. Se debe recordar que no cuentan con acceso a comercios, televisión, prensa, libros o servicios básicos de manera permanente, por lo que su exposición a esta terminología es bastante limitada. Además, estos resultados pueden ser esperables por el bajo grado de escolarización, tal como se ha visto en los datos anteriores. Sin dejar de mencionar que, el hecho de ser población indígena es *per se* un factor determinante para su bajo nivel de alfabetización en salud (Lambert et al., 2014).

El contar con un bajo nivel de AS es un fuerte predictor del estado de salud del paciente. Diversas personas autoras indican que es incluso un factor más determinante que un buen estado socioeconómico o incluso educativo (Suñer y Santiña, 2013; Kheir., et al, 2014; Phirmarn, Rittiya y Rungsoongnoen, 2019; Hardin, 2005). Esto puede verse como un problema de gravedad considerable, ya que lleva a la dificultad para desenvolverse en un ambiente de cuidado de salud (Phirmarn et al, 2019) y se puede tener un pobre entendimiento de los medicamentos que le son prescritos, de las indicaciones correspondientes, así como del uso de estos (Don, 2008; Dowse y Ehlers, 2001; Kheir et al., 2014; Igun et al., 2015; Persell, Osborn, Richard y Skripkauskas, 2007). La experiencia del personal de farmacia es que, frecuentemente, con pacientes de la zona de Alto Telire, a la hora de hacer entrega del medicamento, no se tiene seguridad de si se ha logrado explicar, adecuadamente, el uso que se debe dar a los productos y la persona a la que estos han sido destinados.

Las dos preguntas abiertas que se realizaron pretendían conocer cómo identifican las y los pacientes los medicamentos y las enfermedades para las que se utilizan estos, para así, eventualmente,

plantear estrategias para el etiquetado de medicamentos adaptadas a sus necesidades. Las respuestas que las personas participantes brindaron a la primera pregunta, sobre identificación, se agruparon en las categorías presentadas en la Tabla 2. En esta interrogante, cada persona podía indicar varias formas por las que identifica sus medicamentos, razón por la cual se obtuvo un total de 107 respuestas para esta pregunta.

Tabla 2

Categorización de los medicamentos, según descripción brindada por las personas participantes.

Categoría	Descripción	Respuestas* n (%)
Nombre	Todas las respuestas en las que la persona mencionó el nombre del medicamento, por ejemplo, cuando respondían "acetaminofén"	28 (26 %)
Uso	Todas las respuestas en las que la persona mencionó el uso del medicamento, por ejemplo, cuando respondían "pastilla para el dolor de cabeza".	37 (34 %)
Características Físicas	Todas las respuestas en las que la persona mencionó alguna o varias características físicas (color, tamaño), por ejemplo, cuando respondían "pastilla blanca y redonda".	21 (20 %)
Misceláneos	Todas las respuestas en que la persona mencionó uso de plantas naturales, entre otros, por ejemplo, cuando respondían " <i>casi nunca toma medicamentos, usa tratamientos con Sukias o Hierbas de Montaña</i> ".	2 (2 %)
Desconocimiento	Todas las respuestas en que la persona mencionó desconocer los medicamentos, no poder identificarlos, por ejemplo, cuando respondían " <i>no las logro reconocer</i> ".	16 (15 %)
Indicaciones médicas	Todas las respuestas en las que las persona indicó realizar lo que el profesional de salud le indicó, por ejemplo, "pastilla para la fiebre".	3 (3 %)

*Las personas participantes podían indicar más de una opción para identificar sus medicamentos.

Fuente: Elaboración propia, 2020

Acerca del uso de medicamentos por parte de la población con bajo nivel de alfabetización en salud, la literatura refiere que en algunos países las personas consideran que existe un medicamento para cada enfermedad y ante la aparición de cualquier trastorno leve se deben consumir medicamentos. Las vitaminas y los analgésicos como el acetaminofén son los fármacos más utilizados, sin considerar que de igual manera estos producen efectos secundarios (Hardon, Hodgkin y Fresle, 2004; Werner y Thurman, 2010).

Al abordar el tema de alfabetización en población indígena es necesario un enfoque triple, que incluya tanto a profesionales en salud (que abordarán el tema de alfabetización en salud) como al sistema de salud (que reduzca las barreras que le imponen al paciente) y a los propios pacientes (Departamento de Información Pública Naciones Unidas, 2010; Lambert et al, 2014). Sin embargo, se presentan barreras que no permiten este diálogo. Entre ellas, se destacan la dependencia en un enfoque orientado en la medicina occidental exclusivamente, la falta de profesionales en salud indígena y la pobreza en la cual se desarrollan este tipo de comunidades, ya que esto reduce la habilidad de la persona de enfocarse en su salud. De igual forma, el tiempo limitado para realizar la atención de salud no permite que sea personalizada y se asume que los mensajes han sido adecuadamente transmitidos a los y las pacientes. Finalmente, no se dispone de mecanismos eficientes para entregar la información en salud considerando las necesidades de la población, lo cual es el caso de los medicamentos que son entregados con etiquetas escritas en español (Lambert et al., 2014).

En relación con las respuestas a la pregunta relacionada con las enfermedades para las que utilizan los medicamentos, las mismas fueron agrupadas según el CIE-11 (OMS, 2018) y se presentan en la Tabla 3. Los dolores de cabeza y articulaciones corresponden a las causas más importantes para el uso de medicamentos. Esto concuerda con el hecho de que el medicamento que más recuerdan las personas es el acetaminofén, ya que este producto es mayormente utilizado a nivel mundial como analgésico y antipirético (Burns, Friedman, Larson, 2020). Adicionalmente, los dolores articulares se podrían entender tomando en consideración que las personas participantes no tienen otro medio

de transporte más que la caminata y deben recorrer largas distancias utilizando calzado poco adecuado, como lo son las botas de hule. De igual manera esta población podría asistir a la consulta con el único fin de tener medicamentos en su hogar (A. Ávila, 2016, B. Ávila, 2016).

Tabla 3

Enfermedades indicadas por la población participantes como las diez primeras causas de consulta médica.

Enfermedad	Categoría CIE-11	Cantidad de pacientes
Dolor de cabeza	MG31.1	39
Dolor de columna vertebral	ME 82	17
Dolor de panza	MD 81	16
Dolor de rodilla	ME 82	14
Dolor de cintura	ME 84.2	12
Dolor de adentro	ME 86. Z	9
Dolor de orina	MF 50. Y	8
Dolor de cuerpo	MG 3 Z	8
Calentura, fiebre	MG 26	7
Diarrea	ME 05.1	7

Fuente: Elaboración propia, 2020

Considerando que la población indígena tiene una baja exposición a alimentos procesados –dadas sus condiciones de vida y el esfuerzo físico que realizan de manera cotidiana–, no presentan enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión u obesidad entre sus principales causas de

consulta (A. Ávila, 2016; B. Ávila, 2016). Desafortunadamente, en la mayoría de los países Latinoamericanos, las poblaciones indígenas presentan tasas mayores de mortalidad y morbilidad en comparación a sus contrapartes no indígenas y, en algunos casos, la indigenidad puede ser un factor de pobreza que indica aumento de las disparidades en salud (Montenegro y Stephens, 2006). En Costa Rica, es común que estas poblaciones presenten malas condiciones sanitarias, hacinamiento, desnutrición, entre otros aspectos que generan una mayor vulnerabilidad para la transmisión de enfermedades infectocontagiosas (Ministerio de Salud, 2005).

5. Conclusiones

La población incluida en este estudio cuenta con baja escolaridad y un nivel inadecuado de alfabetización para la salud. Esto les dificulta el desenvolvimiento en un ambiente de cuidado de salud y probablemente los lleve a tener un escaso entendimiento del etiquetado de los medicamentos que les son prescritos, así como su uso.

La identificación de los medicamentos la realizan principalmente por el motivo de uso y, en muy pocos casos, se considera la indicación de la prescripción médica. Entre las enfermedades por las que esta población utiliza medicamentos destacan dolores articulares y otros que podrían relacionarse con infecciones. Al no hacer referencia a la identificación de los medicamentos por la persona a quién le pertenece, se hace evidente la necesidad plantearse acciones que aseguren que los medicamentos están siendo administrados a la persona correcta.

Tal como se ha comentado, el acceso al lugar de realización del estudio es únicamente mediante helicóptero, cuando se realizan giras médicas por parte de la CCSS. Durante el periodo de estudio, únicamente se realizaron dos giras. Esto implicó limitaciones al estudio en cuanto a validación previa de los instrumentos y a la cantidad de personas participantes incluidas; sin embargo, es un reflejo más de la realidad de esta población.

Adicionalmente, esta situación confirma la necesidad que la población de Alto Telire sienta de almacenar medicamentos en sus hogares para hacer frente a enfermedades en los meses posteriores, lo cual reafirma la importancia de que comprendan el etiquetado de los medicamentos, ya que será la única fuente de información al alcance durante varios meses.

Estos resultados llaman al análisis de las autoridades competentes para el desarrollo de políticas de atención y educación que sean acordes a las necesidades de la población indígena en cuestión. Además, que se orienten a la promoción de la salud y el uso racional de los medicamentos desde una perspectiva integral, en un ambiente de total respeto a la cultura y el estilo de vida de las personas que reciben dichos servicios.

Con las características expuestas en este estudio, surge la interrogante de si el etiquetado tradicional que utiliza la CCSS se puede considerar pertinente para la población costarricense en general. Es común la utilización de pictogramas para las personas que no leen adecuadamente el idioma español, pero poco se conoce del beneficio que estos presentan en la comprensión del uso de medicamentos en poblaciones indígenas. Por esto, es necesario conocer las necesidades de información, etiquetado y educación relacionada con el uso racional de medicamentos, que permita canalizar las acciones que los sistemas de salud desarrollan. Además, no se debe dejar de lado su evaluación, lo cual permitirá realizar los ajustes necesarios para mejorar la calidad de la atención que se brinda.

Este estudio aporta una base, de la cual pueden surgir estudios similares en otras poblaciones indígenas. A su vez, refuerza la importancia de plantear proyectos de manera interdisciplinar en el diseño e implementación de las estrategias adecuadas para atender a la población indígena de Costa Rica. Asimismo, plantea la necesidad de crear nuevas herramientas de comunicación e información de medicamentos en esta y otras poblaciones indígenas.

6. Agradecimientos

A la Universidad de Costa Rica y al Área de Salud Talamanca, por haber permitido el desarrollo del proyecto. Al cantón de Talamanca y a su población.

Al Técnico Elbin Ríos Hidalgo, por su colaboración en la interpretación de la lengua cabécar y revisión de los instrumentos utilizados.

7. Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *Health Literacy Measurement Tools*. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/index.html>

Ávila, A. (2016). *Reporte Médico gira 30 de mayo-10 de junio 2016*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.

Ávila, B. (2016). *Reporte Médico gira 29 de agosto-09 de setiembre 2016*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.

Burns, M., Friedman, S. y Larson, A. (2020). *Acetaminophen poisoning in adults; Pathophysiology, presentation and evaluation*. UpToDate. Recuperado de https://www.uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/acetaminophen-paracetamol-poisoning-in-adults-pathophysiology-presentation-and-evaluation/print?search=paracetamol&source=search_result&selectedTitle=2~148&usage_type=default&display_rank=1

Calderón, L. (2014). *Breve descripción del Territorio Talamanca- Valle de la Estrella*. Instituto Nacional de Desarrollo Rural (INDER).. Recuperado de

https://www.inder.go.cr/territorios_inder/region_huetar_caribe/caracterizaciones/Caracterizacion-Talamanca-Valle%20La%20Estrella.pdf

Cooper, S., Navaratnam, P., Black, H., Russel, A., Wolf, M. (2015). Advancing Best Practices for Prescription Drug Labeling. *Annals of Pharmacotherapy*, 49(11) 1222–1236. DOI: [10.1177/1060028015602272](https://doi.org/10.1177/1060028015602272)

Darcy, A., Freedman, K., Bess, H., Tucker, D., Boyd, A. y Tuchman, K. (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-51. DOI: [10.1016/j.amepre.2009.02.001](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001)

Departamento de Información Pública, Naciones Unidas. (2010). *Situación de los Pueblos Indígenas del mundo*. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/>

Don, N. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8. DOI: [10.1016/J.socscimed.2008.09.050](https://doi.org/10.1016/J.socscimed.2008.09.050)

Dowse, R y Ehlers, M. (2001). The evaluation of pharmaceutical pictograms in a low-literate South African population. *Patient Education and Counseling*, 45, 87-99. DOI: [10.1016/s0738-3991\(00\)00197-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00197-x)

Dowse, R. y Ehlers, M. (2004) Pictograms for conveying medicine instructions: Comprehension in various South African language groups. *South African Journal of Science*, 100, 687-93. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/29806286_Pictograms_for_conveying_medicine_instructions_Comprehension_in_various_South_African_language_group

Dowse, R. y Ehlers, M. (2005). Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? *Patient Education and Counseling*, 58, 63-70. DOI: [10.1016/j.pec.2004.06.012](https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.06.012).

- Embajada de Estados Unidos, Policía Nacional de Colombia, Fuerza Pública Costa Rica. (2019). *Análisis Cantonal Estrategia Integral de Prevención para la Seguridad Pública Cantón de Talamanca*. Recuperado de https://www.seguridadpublica.go.cr/ministerio/sembremos_seg/informes/sembremos_seguridad/2019/talamanca/inf_final_talamanca.pdf
- Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria. (2019). *Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria*. Madrid, España: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Recuperado de <https://www.sefac.org/system/files/2020-02/2019-guia-practica-sdfa.pdf>
- Hardon, A., Hodgkin, C. y Fresle, D. (2004). *Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/medicines/publications/WHO_EDM_PAR04.2SP.pdf
- Hardin, L.R. (2005). Counseling patients with low health literacy. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 62(4), 364. DOI: 10.1093/ajhp/62.4.0364.
- Horton, R. (2006). Indigenous peoples: time to act now for equity and health. *Lancet*, 367(9524), 1705-7. DOI: [10.1016/S0140-6736\(06\)68745-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68745-X).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (2013). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Territorios Indígenas*. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/estadisticas/resultados/replaccenso2011-02.pdf.pdf
- Institute of Medicine (2008). *Standardizing Medication Labels: Confusing Patients Less: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press. DOI: [10.17226/12077](https://doi.org/10.17226/12077).

- Kheir, N., Awaisu, A. y Radoui, A., El Badawi, A., Jean, L., y Dowse, R. (2014). Development and evaluation of pictograms on medication labels for patients with limited literacy skills in a culturally diverse multiethnic population. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10, 720-30. DOI: [10.1016/j.sapharm.2013.11.003](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.11.003)
- Kripalani, S., Robertson, R., Love-Ghaffari, M., Henderson, L., Praska, J. y Strawder, A. (2007). Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Education and Counseling*, 66, 368-77. DOI: [10.1016/j.pec.2007.01.020](https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.01.020).
- Lambert, M., Luke, J., Downey, B., Crengle, S., Kelaher, M., Reid, S. y Smylie, J. (2014). Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC Health Services Research*, 14, 614. DOI: [10.1186/s12913-014-0614-1](https://doi.org/10.1186/s12913-014-0614-1).
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Análisis de Situación en Salud de Costa Rica* [Reporte gubernamental]. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
- Montenegro, R.A. y Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, 367(9525), 1859-69. DOI: [10.1016/S0140-6736\(06\)68808-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68808-9).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación internacional de Enfermedades CIE 11*. Recuperado de <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>
- Padilla, P. y Vílchez, C. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario SAHLSA-50, Prueba estandarizada para medir el conocimiento sobre la salud. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 4(2). Recuperado de <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojsvirtual/index.php/rpoe/article/view/619>

- Persell, S.D., Osborn, C.Y., Richard, R. y Skripkauskas, S. (2007). Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1523-6. DOI: [10.1007/s11606-007-0334-x](https://doi.org/10.1007/s11606-007-0334-x).
- Phirmarn, W., Rittiya, L. y Rungsoongnoen, R. (2019). Development and Evaluation of a Pictogram for Thai Patients with Low Literate Skills. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 81(1), 89-98. DOI: [10.4172/pharmaceutical-sciences.1000483](https://doi.org/10.4172/pharmaceutical-sciences.1000483).
- Salas, J., Rows, S. y Méndez, F. (2016). *Análisis Situación Integral en Salud, Equipo Básico de Atención Integral, Telire*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Shaw, S., Armin, J., Huebner, C. y Orzech, K. (2012). Chronic Disease Self-Management and Health Literacy in Four Ethnic Groups. *Journal of Health Communication*. 17(3), 67-81. DOI: [10.1080/10810730.2012.712623](https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712623).
- Shoo-Yih, D., Stucky, B., Lee, J., Rozier, R. y Bender, D. (2010). Short Assessment of Health Literacy-Spanish and English: A comparable test of health literacy for spanish and english speakers. *Health Services Research*, 45(4), 1105-20. DOI: [10.1111/j.1475-6773.2010.01119.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01119.x).
- Stephens, C., Nettleton, C., Porter, J., Willis, R. y Clark, S. (2005). Indigenous people health-why are they behind everyone, everywhere. *Lancet*, 366(9479), 10-3. DOI: [10.1016/S0140-6736\(05\)66801-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66801-8).
- Stonbraker, S., Schnall, R. y Larson, E. (2015). Tools to measure health literacy among Spanish speakers: An integrative review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1513-23. DOI: [10.1016/j.pec.2015.07.012](https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.012).
- Suñer, R. y Santiña, M. (2013). Health literacy y salud. *Revista de Calidad Asistencial*. 28(3), 137-8. DOI: [10.1016/j.cali.2013.03.005](https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.005).
- Tranchard, F., Gauthier, J., Hein, C., Lacombe, J., Brett, F., Villars, H., Sallerin, B., Montastruc, J., Despas, F. (2019). Drug identification by the patient: Perception of patients, physicians and pharmacists. *Therapie*, 74(6), 591-598. DOI: [10.1016/j.therap.2019.03.003](https://doi.org/10.1016/j.therap.2019.03.003).

Ulate, I. y Vargas, E. (2013). Metodología para elaborar una tesis como trabajo final de graduación. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Valeggia, C. y Snodgrass, J. (2015). Health of Indigenous Peoples. *Annual Review of Anthropology*, 44,117–35. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102214-013831>.

Vargas, G y Sánchez, J. (2001). Rotulación de medicamentos despachados con indicaciones graficas. Pictogramas. *Fármacos*, 14(1), 686. Recuperado de binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v14n1/art6.pdf

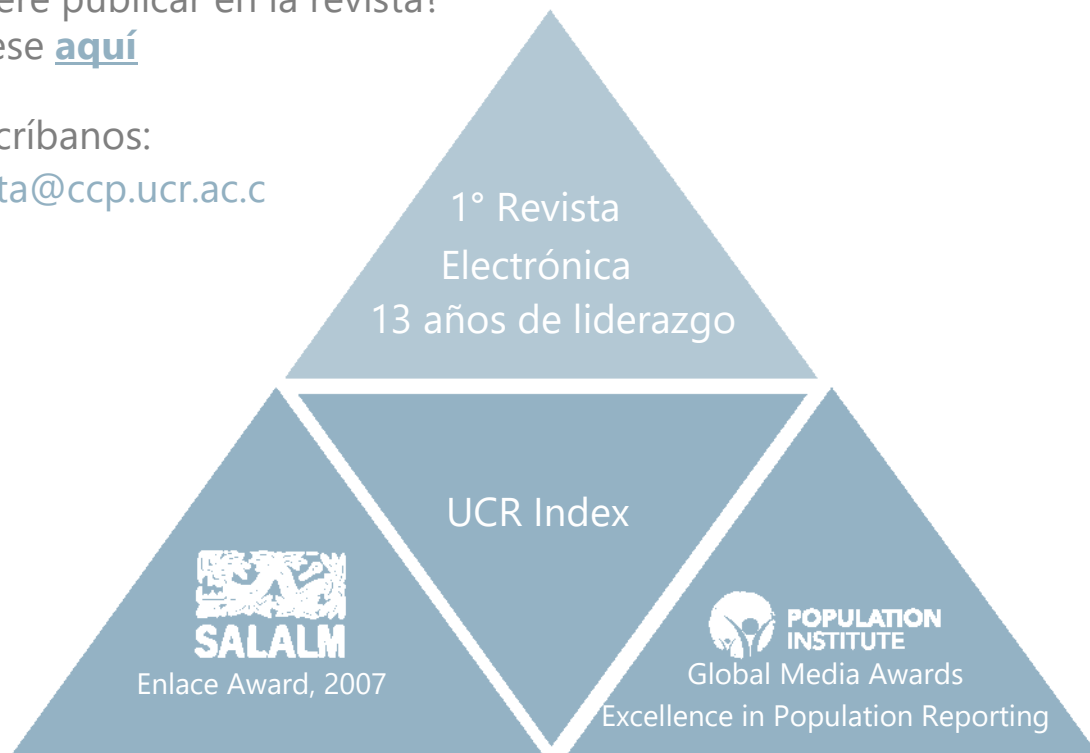
World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases*. Recuperado de <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>

Werner, D. y Thuman, C. (2010). *Donde no hay doctor. Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. Recuperado de <http://ebookbit.com/book?k=Donde+No+Hay+Doctor%3A+Una+Guia+Para+Los+Campesinos+Que+Viven+Lejos+De+L&charset=utf-8&lang=es&isbn=9789688605035&source=sites.google.com>

Población y en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:
revista@ccp.ucr.ac.c



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



 Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

