

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**PROPUESTA PARA LA CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN LA POBLACIÓN INDÍGENA CABÉCAR DE
CHIRRIPO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ASISTENTES TÉCNICOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD INDÍGENA, EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS
DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración
de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud
Pública para optar por el grado y título de Maestría Profesional en
Salud Pública

VIVIANA ARAGÓN GÓMEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2015

Dedicatoria

A la gente de Chirripó, porque fueron ellos con su amabilidad y su confianza, quienes cambiaron mi mundo y mi percepción de la vida... fueron los seis años más inolvidables y si en algo soy mejor, mucho de ello se lo debo a lo que aprendí de ustedes.

Agradecimientos

*A Dios, por haberme guiado y acompañado siempre, aun cuando dude porque no sabía
dónde me llevaban sus caminos.*

*A mi familia, Papi, Mami, Tati, Pau, Josué, Sebas y Ángelo, porque siempre me han
dado su apoyo incondicional, aun cuando eso signifique sacrificios y limitaciones.
Ustedes me hacen mejor persona.*

*A Van der Laat, gracias por creer y confiar en mí y en este trabajo, aun en los
momentos en los que estabas más ocupado, en tus miles de luchas por quien más lo
necesita.
¡Gracias por todas tus enseñanzas!*

A mis lectoras por su apoyo, su aporte y su dedicación.

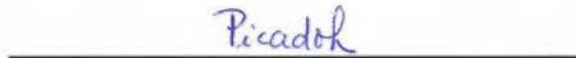
“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública”



Dr. Mauricio López Ruíz
Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado



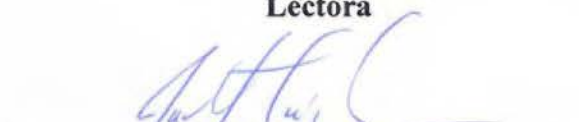
Mag. Carlos Van der Laat Alfaro
Profesor Guía



M.Sc. Tatiana Picado Le-Frank
Lectora



Mag. Carmen Loaiza Madriz
Lectora



M.Sc. Juan Carazo Salas
Director del Programa de Posgrado en Salud Pública



Viviana Aragón Gómez
Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
HOJA DE APROBACIÓN.....	iv
RESUMEN.....	vi
ÍNDICE DE CUADROS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
I. Justificación.....	2
II. Problema.....	6
III. Pregunta.....	7
IV. Objetivos.....	7
1. Objetivo general.....	7
2. Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	8
1. Atención Primaria en Salud.....	8
2. Los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud y los Servicios de Salud en el Territorio Indígena Cabécar de Chirripó.....	10
3. La salud y sus determinantes en la población Cabécar.....	18
4. Enfoque Intercultural en el contexto Cabécar de Chirripó.....	22
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	29
Categorías y códigos de análisis.....	31
Consideraciones éticas.....	33
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	36
Autopercepción.....	36
Rol de la comunidad.....	47
Prioridades definidas en salud.....	52
Vacunación.....	55
Mortalidad Infantil.....	60
Desnutrición.....	66
Violencia Intrafamiliar.....	68
Visita domiciliar.....	70
Vigilancia epidemiológica.....	71
Saneamiento ambiental.....	74
Rol de los servicios de salud.....	75
Rol de la cultura.....	81
Propuestas de los ATAP.....	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	99
Anexos.....	110
Bibliografía.....	116

RESUMEN

Descriptores: Población indígena, Atención Primaria en Salud, Asistentes Técnicos de Atención Primaria, Servicios de Salud, Interculturalidad, Caja Costarricense del Seguro Social, Chirripó, Cabécar.

El presente es un estudio cualitativo enfocado en conocer la opinión de los ATAP indígenas de Chirripó, sobre los servicios de Atención Primaria de su comunidad y cómo contextualizar dichos servicios a las particularidades propias de la población indígena, consideranco que las poblaciones indígenas son altamente vulnerables y tienen indicadores de salud que lo demuestran. Chirripó particularmente, ocupó el último lugar en el índice de desarrollo distrital emitido por MIDEPLAN, tanto en el año 2007 como en 2013.

El principal objetivo se enfocó en definir recomendaciones para la adecuación de las acciones de atención primaria en salud con enfoque intercultural, para la población indígena Cabécar de Chirripó en el marco de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el trabajo participativo con los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud indígenas, asignados a este territorio.

La investigación se realizó en el mes de marzo del 2013, mediante un taller de dos días de duración en Grano de Oro, con los ATAP indígenas que laboran en la zona, en el cual participaron diez de los once asistentes que laboraban allí al momento de la investigación. Se realizaron diversas actividades, principalmente enfocadas en la discusión grupal que permitiera la identificación de problemas y prioridades, así como recomendaciones para mejorar los servicios desde la perspectiva de estos funcionarios.

Los principales resultados identificados fueron recomendaciones enfocadas en el fortalecimiento del trabajo en equipo y la comunicación a lo interno de la organización para conocer a la población y su cultura, así como la inclusión de adecuaciones derivadas de este conocimiento, que no afectan los aspectos técnicos de la prestación de los servicios, pero permiten que los mismos sean más inclusivos y reconozcan particularidades de la población indígena, como serían considerar a la pareja en las actividades de control prenatal y adecuar los recursos educativos a la lengua Cabécar.

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. CÓDIGOS Y CATEGORÍAS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS CUALITATIVO.....	32
CUADRO 2. FUNCIONES DE LOS ATAP INDÍGENAS DE CHIRRIPO, SEGÚN LA PERCEPCIÓN GRUPAL, Y DISTRIBUIDAS DE ACUERDO CON LA NORMATIVA VIGENTE.....	39
CUADRO 3. PERCEPCIÓN DE LOS ATAP INDÍGENAS SOBRE LAS AMENAZAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON DEBILIDADES EN LA VACUNACIÓN.	55
CUADRO 4. PERCEPCIÓN DE LOS ATAP INDÍGENAS SOBRE LAS AMENAZAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON LA MORTALIDAD INFANTIL.	60
CUADRO 5. PERCEPCIÓN DE LOS ATAP INDÍGENAS SOBRE LAS AMENAZAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON LA DESNUTRICIÓN.....	66
CUADRO 6. PERCEPCIÓN DE LOS ATAP INDÍGENAS SOBRE LAS AMENAZAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	68
CUADRO 7. PERCEPCIÓN DE LOS ATAP INDÍGENAS SOBRE LAS AMENAZAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON DEBILIDADES EN LA VISITA DOMICILIAR.....	70
CUADRO 8. PERCEPCIÓN DE LOS ATAP INDÍGENAS SOBRE LAS AMENAZAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON DEBILIDADES EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	72
CUADRO 9. PERCEPCIÓN DE LOS ATAP INDÍGENAS SOBRE LAS AMENAZAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON DEBILIDADES EN SANEAMIENTO AMBIENTAL Y SALUD ANIMAL.	74

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. SISTEMATIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD INDÍGENA CABECAR DE CHIRRIPÓ, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ATAP INDÍGENAS.	49
FIGURA 2. PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA CABECAR DE CHIRRIPÓ, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ATAP INDÍGENAS.....	53
FIGURA 3. INTERPRETACIÓN SOBRE EL PROCESO ACTUAL PARA DEFINICIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA CABÉCAR DE CHIRRIPÓ.	87
FIGURA 4. ROL DEL ATAP EN LA DEFINICIÓN DE LAS PROPUESTAS DE SERVICIOS DE SALUD CONTEXTUALIZADOS PARA LA PICC.	88
FIGURA 5. CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD CONTEXTUALIZADA PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA CABÉCAR DE CHIRRIPÓ.....	98

ABREVIATURAS UTILIZADAS

APS:	Atención Primaria en Salud
ATAP:	Asistente Técnico de Atención Primaria
ASIS:	Análisis de Situación en Salud
C.C.S.S:	Caja Costarricense del Seguro Social
EBAIS:	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
MIDEPLAN:	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica de Costa Rica
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
PICC:	Población Indígena Cabécar de Chirripó
PSR:	Puesto de Salud Rural
REDES:	Registros y Estadísticas de Salud
UCR:	Universidad de Costa Rica
TICC:	Territorio Indígena Cabécar de Chirripó

INTRODUCCIÓN

Los Pueblos Indígenas del mundo y América Latina son reconocidos como prioritarios en la agenda mundial de salud y de desarrollo socio-económico por diferentes entes internacionales de la Organización de las Naciones Unidas, como lo son la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre otras, desde donde se insta al reconocimiento de los derechos de dichas poblaciones dentro de un contexto respetuoso con su cultura, cosmovisión, entorno y necesidades particulares.

Esta prioridad solicitada hacia los pueblos indígenas en los últimos años, se debe a la contundente evidencia de que las poblaciones indígenas de las Américas presentan condiciones de salud y desarrollo socio-económico deficientes e inequitativas que deben ser atendidas por los Estados (Organización Panamericana de la Salud, 2006); los pueblos indígenas de Costa Rica, no son la excepción.

En el contexto nacional, la Población Indígena Cabécar de Chirripó (en adelante PICC), se describe como una de las comunidades indígenas más vulnerables del país, dados los múltiples factores geográficos, sociales, culturales y de salud que los ubican dentro de un grupo caracterizado por indicadores de salud deficientes, acceso limitado a los servicios básicos y en general condiciones de alta vulnerabilidad socio – económica y sanitaria. (Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud Costa Rica, 2003)

A pesar de que se han venido realizando acciones con el objetivo de aumentar la presencia y el impacto de los servicios de salud en dicho territorio desde hace varios años, los resultados se han visto opacados por el predominio de un enfoque médico biologista en los servicios, la ausencia de consideraciones étnicas, culturales y socioeconómicas al momento de definir intervenciones específicas y la escasa participación comunitaria.

En tales condiciones, el rol de la atención primaria en salud, desde su concepción práctica en el sistema de la seguridad social de la C.C.S.S., se posiciona como un eje primordial en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud, costo-

efectivas, localmente adaptables, sensibles a las variables culturales y sociales, que permitan un mayor impacto en relación con cobertura geográfica y el contacto persona a persona, con las familias y la comunidad.

Bajo esta perspectiva, el siguiente trabajo propone acciones concretas de Atención Primaria en Salud con adecuaciones que consideren aspectos culturales, resultado del trabajo participativo con los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud de la zona, que en su doble rol como miembros del Pueblo Indígena Cabécar y al mismo tiempo, funcionarios de salud, les permita empoderarse de su posición como agentes de cambio en su comunidad y además, fortalecer y complementar la prestación actual de servicios de salud con acciones de prevención y promoción de bajo costo.

I. Justificación

La población Cabécar de Chirripó se ubica en el territorio indígena de mayor extensión a nivel nacional, según la legislación y decretos vigentes en el país (Chacón Castro, 2002). Se caracteriza por presentar condiciones socio-económicas y de salud, que generan un alto nivel de vulnerabilidad (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011).

En los últimos años, debido a los esfuerzos de múltiples líderes indígenas de Chirripó, el personal de salud de la C.C.S.S., educadores de primaria y tele secundaria del Ministerio de Educación Pública y otras instituciones como el Instituto Costarricense de Electricidad, se han acercado y facilitado la atención médica a las comunidades, su educación y servicios básicos.

Esto ha mejorado parcialmente los índices de salud en aspectos como la vacunación y, en menor medida, el acceso a los servicios, considerado en términos de accesibilidad geográfica, disponibilidad de recursos, aseguramiento y servicios para la atención médica.

La oferta actual de servicios se describe más ampliamente adelante, pero cabe destacar, que actualmente funcionan tres Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), compuestos cada uno por un médico general, un auxiliar de enfermería, un técnico en registros y estadísticas de salud (REDES) y un técnico de farmacia; además,

se cuenta con un enfermero profesional (supervisor de ATAP) y once asistentes técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAP); este último es el único personal de salud indígena y proviene de la misma comunidad.

Sin embargo, a pesar de la mayor presencia de las instituciones públicas, las condiciones de vida de la PICC parecieran no mejorar. La inequidad reflejada al comparar su condición con el resto de la población nacional, hace evidente la necesidad de medidas que incorporen su visión sobre sus propias necesidades y expectativas.

Analizando los datos obtenidos por medio de los balances de atención primaria del año 2011 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011), se evidencia la enorme brecha social existente. La población de la zona en dichos balances, corresponde a 7363 habitantes, y cabe recalcar que puede existir un subregistro importante, dadas las mismas condiciones en las que se encuentran y que se incluye también en los datos estadísticos presentados aquí, un pequeño porcentaje de población que no es indígena, principalmente de la comunidad de Grano de Oro y sus alrededores, el cual se estima en 483 habitantes.

En cuanto a condiciones de saneamiento básico y ambiental, las letrinas son el principal mecanismo para la disposición de excretas (86% de las viviendas).

De igual forma, el acceso a acueductos con conexión domiciliar, sigue siendo un reto a pesar de que se han realizado esfuerzos que deben rescatarse como los acueductos de Tsimiriñac, Villa Damaris, Tsineclöri, Ñari y Jamari Teü, mismos que benefician a la población aledaña con acceso al agua apta para consumo humano sin sobrepasar el 30% de cobertura poblacional.

La tasa de mortalidad infantil, como uno de los indicadores que refleja la condición de vida y acceso a los servicios de salud, revela la enorme disparidad existente. Según datos del ASIS 2011, se registra una tasa trianual ajustada de 43 por mil nacidos vivos en el territorio, misma que se ha mantenido en rangos superiores a 40 por mil, desde el año 2005 en adelante, que es cuando se cuenta con las estadísticas más confiables sobre el tema. Lo anterior debe analizarse en comparación con la tasa nacional para el año 2011, la cual se ubicó en 9,07 anual.

Otros informes

Ante lo expuesto previamente y tomando en consideración iniciativas previas realizadas por múltiples actores a nivel local en Chirripó, es clara la necesidad de continuar las acciones y re-direccionar los esfuerzos para contextualizar la oferta de servicios de salud y con ello, contribuir a mejorar las condiciones de vida de la PICC, especialmente si se analiza lo que menciona el Índice de Desarrollo Social 2013: “En el grupo con menor nivel de desarrollo social, el distrito de Chirripó en Turrialba, es el que enfrenta el valor más bajo dentro del IDS”. (Ministerio de Planificación y Política Económica. Área de Análisis y Desarrollo, 2013, pág. 35)

En el mismo documento del año 2007, Chirripó se ubicó también en el último lugar de desarrollo social. (Ministerio de Planificación y Política Económica. Área de Análisis del Desarrollo, 2007, pág. 41)

Al mismo tiempo que las necesidades y la vulnerabilidad de la PICC se han evidenciado a nivel del gobierno central, la C.C.S.S. como institución prestadora de servicios de salud, también reconoce las necesidades de los pueblos indígenas, y así lo indica en sus documentos “UNA C.C.S.S. RENOVADA HACIA EL 2025” y “PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2010 – 2015”.

En el primero se menciona, bajo el apartado “2.2. Políticas específicas”, específicamente en el punto 2.2.6:

2.2.6. La prestación de servicios de salud debe estar basada en procesos de planificación e investigación, considerando los principales problemas de salud de la población, los cambios en los perfiles demográficos y los factores condicionantes de la salud, con énfasis en los grupos en desventaja social y comunidades prioritarias e indígenas, en coordinación con diferentes actores sociales. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007, pág. 15)

Además, bajo el punto “C1. Estrategias y lineamientos estratégicos desde la perspectiva de los usuarios”, en el apartado 1 “Reducir las inequidades existentes en salud y pensiones, y mejorar el acceso a los diversos servicios que presta la institución” se menciona: “Diseñar y ejecutar un plan de salud integral para las comunidades

indígenas, que responda a las necesidades particulares de esta población y que respete sus valores culturales.” (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007, pág. 41)

Al considerar el Plan Estratégico Institucional, el Cuadro de Mando 1.1.12 correspondiente a la Gerencia Médica, cita: “Aumento de la cobertura a la población indígena e indígena migrante con servicios de salud integrales, que contribuyan a la promoción de la salud”. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2011)

En el contexto de estas acciones planteadas desde el marco estratégico institucional definido y vigente en la Caja Costarricense del Seguro Social, se han desarrollado algunas iniciativas, planteamientos y documentos, que aún están en proceso de revisión y oficialización, pero que demuestran que hay una línea claramente establecida, a la cual se le ha dado seguimiento mediante la designación de una funcionaria dedicada al tema en el Nivel Central.

Asociado a la decisión institucional de direccionar los esfuerzos hacia la población indígena del país, se encuentra también el “Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María Teresa Obregón Mora” de MIDEPLAN, que incluye a las poblaciones indígenas dentro de sus acciones a diversos niveles, especialmente en lo referente a un desarrollo integral de la población. (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2010, pág. 55)

Legislación existente

Las acciones del Estado y sus instituciones, que promuevan una mejora en las condiciones de vida de los pueblos indígenas del país, son un deber, no solamente asociado a la responsabilidad estatal de promover el bienestar de todos sus habitantes, incluidos los pobladores indígenas, sino también a la ratificación por parte de Costa Rica, en el año 1992 del “Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes” de la Organización Internacional del Trabajo.

El convenio N° 169, es uno de los instrumentos más importantes en cuanto a legislación sobre pueblos indígenas y el compromiso adquirido con su ratificación, incluye la toma de decisiones dirigidas hacia el bienestar de las poblaciones indígenas,

considerando y respetando su cultura y tradiciones, pero, aún más importante, estableciendo el derecho de consulta a dichas poblaciones para la realización de acciones que los afecten directa o indirectamente (Organización Internacional del Trabajo, Oficina para América Central, Panamá y República Dominicana., 2002, pág. 18)

Es por estas razones, que este trabajo de investigación propone modificaciones al enfoque de los servicios de atención primaria en salud dentro del marco específico de los ATAP, quienes constituyen el primer y principal contacto de los pobladores con los servicios institucionales de salud y sus objetivos se basan principalmente en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Al incluir la adecuación originada en una perspectiva de interculturalidad, se propone lograr acciones que sin cambiar aspectos técnicos de la labor del Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud, le permita modificar y adecuar sus funciones y/o actividades al entorno.

En este sentido, los Asistentes Técnicos de Atención Primaria de Salud de Chirripó, se constituyen en el eslabón entre los servicios de salud alopáticos, estructurados para una población con características demográficas, epidemiológicas y culturales diferentes, y la población indígena de la cual forman parte y dentro de la cual crecieron.

II. Problema

A pesar del recurso humano ya disponible para la prestación de servicios de salud en la PICC, los indicadores de salud y de desarrollo social, no han mostrado mejoras considerables o sostenidas, que permitan evaluar que la condición de vulnerabilidad de la población está siendo debidamente abordada por parte de la institución prestadora de servicios de salud.

III. Pregunta

¿Cómo adecuar las acciones de atención primaria en salud para la PICC, con un enfoque intercultural, que responda a las necesidades de la PICC y que mejore su aceptación hacia la oferta de servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social?

IV. Objetivos

1. Objetivo general

Definir recomendaciones para la adecuación de las acciones de atención primaria en salud, con enfoque intercultural, para la población Indígena Cabécar de Chirripó en el marco de los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el trabajo participativo con los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud Indígena, asignados a este territorio.

2. Objetivos específicos

- 2.1 Determinar la auto percepción de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud Indígenas, sobre su rol dentro de los servicios de salud institucionales en el territorio indígena Cabécar de Chirripó.
- 2.2 Definir de manera conjunta con los ATAP indígenas, los principales ejes de acción para desarrollar con la PICC, en el marco de los servicios de APS de la C.C.S.S.
- 2.3 Adecuar las acciones específicas de los ATAP indígenas, mediante una metodología participativa que incluya el enfoque intercultural.
- 2.4 Realizar la propuesta de recomendaciones de APS específicas para la PICC, en el contexto de los servicios de la C.C.S.S.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. Atención Primaria en Salud

Generalidades

La Atención Primaria en Salud (APS), se concibe desde una perspectiva multidisciplinaria e intersectorial que involucra a diversos profesionales de la salud y abarca múltiples servicios. En este sentido es importante aclarar que para los efectos de este trabajo, enmarcado en la labor de los ATAP se profundizará más en los aspectos de la APS que mayormente se relacionen con el “deber ser” de dichos funcionarios, sin querer con ello omitir la importancia de la inclusión de la perspectiva de APS en todos servicios de salud, niveles de atención y disciplinas que los conforman.

Es primordial, eso sí, para comprender las implicaciones de la APS, referirse a la declaración de Alma Ata, producto de la primera Conferencia de Atención Primaria en Salud en el año 1978, la cual establece los elementos y el marco de acción para la atención primaria en salud, como una estrategia fundamental para promover la salud de las poblaciones, disminuir las desigualdades existentes y en términos generales, buscar la equidad. En el punto número VI define la atención primaria de salud como:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1978, pág. 2)

El acercamiento de los servicios de salud a la familia y a la comunidad es uno de los principales ejes de la estrategia de APS, y dentro de la llamada estrategia de APS renovada, que se propone en la actualidad para la Región de las Américas, según el documento denominado “Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)”, continúa siendo primordial el asegurar estos aspectos:

Definimos un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. (Organización Panamericana de la Salud, 2007, pág. 21)

En términos generales, las consideraciones de Alma Ata siguen vigentes, con nuevos enfoques asociados, producto de los cambios en el contexto o el análisis y experiencias que se han venido recopilando a través de los años, las cuales han generado un nuevo enfoque de atención primaria en salud renovada.

2. Los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud y los Servicios de Salud en el Territorio Indígena Cabécar de Chirripó

Antecedentes de la evolución de la figura del ATAP en Costa Rica

Dentro de este marco de acción y prioridades establecidas por la estrategia de APS, cabe mencionar brevemente los antecedentes de la Atención Primaria en nuestro país, enfocados en el origen de lo que hoy conocemos como Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP).

Aun antes de la declaración de Alma Ata, Costa Rica ya había implementado en diversos escenarios, estrategias que posteriormente podrían definirse como parte de la APS, entre ellos cabe destacar para este trabajo, el Programa de Salud Rural, que decide establecer el Ministerio de Salud de Costa Rica para las comunidades rurales dispersas. (Vargas González, 2011, págs. 40-45).

En el libro denominado “Técnicas Básicas para la Atención Domiciliar” se lee:

La formación de Asistentes para el Programa de Salud Rural, se inició en el mes de marzo del año 1971, con un grupo de 11 personas, cuyas edades oscilaban entre los 15 y los 45 años y su escolaridad de VI^a de primaria a V año de secundaria. En su mayoría eran líderes de las zonas donde se proponía iniciar el proyecto (Programa de Salud Rural. (Agüero Rivera, Mendez Briceño, Paniagua Carvajal, & Laurent Muñoz, 1989, pág. 1)

En este mismo libro, explican cómo los procesos de planificación, evaluación y adaptación curricular continuaron a través de los años conforme se iba desarrollando experiencia en el programa y re-definiendo objetivos. (Agüero Rivera, Mendez Briceño, Paniagua Carvajal, & Laurent Muñoz, 1989, págs. 1-2)

En el año de 1973, el programa inicia cubriendo al 10% de la población rural (Vargas González, 2011, pág. 40) y rápidamente, se va extendiendo por las zonas rurales del país; asociado a ello, en el año de 1976 inicia el programa de Salud Comunitaria Urbano, con un perfil similar pero dirigido hacia las zonas urbanas del país, situación que continúa hasta 1984, cuando se decide unificar ambos programas. (Vargas González, 2011, págs. 40-45)

A partir del año 1987, se crea mediante decreto el “Programa de Atención Primaria en Salud”, y los técnicos empiezan a denominarse como “Asistentes de Atención Primaria en Salud”. La denominación actual de “Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud”, se realiza en el marco de la readecuación del modelo de salud y la reforma de los años noventa, cuando estos funcionarios, pasan a formar parte de la CCSS. (Vargas González, 2011, pág. 45)

Territorio indígena Cabécar de Chirripó

La necesidad de incluir miembros de comunidades indígenas dentro del Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud, se identifica en el año de 1977, cuando se incorpora a varios pobladores indígenas a los cursos de formación de Asistentes de Salud Rural; el primer técnico de atención primaria en salud, indígena del territorio de Chirripó, se forma e inicia sus labores en ese año. (Vega Solano, 2006)

Este funcionario realiza sus labores dentro del territorio indígena de mayor extensión territorial del país, con el apoyo de personal médico y de atención primaria tanto del Ministerio de Salud, como de la Caja Costarricense de Seguro Social, que de manera voluntaria y esporádica visitaban la zona, así como de algunas ONG's que incursionaron para ofrecer sus servicios.

Durante este periodo se construye el primer puesto de salud dentro del territorio indígena en la comunidad de Dyolbetpei (Santa Rosa). Se produce un brote de sarampión en el año de 1986, se declara una epidemia de tosferina en el año de 1990 y se presenta el terremoto de Limón en el año de 1991, afectando de gran manera a las comunidades indígenas circundantes, incluido, Chirripó. (Vega Solano, 2006)

Gracias a múltiples gestiones por parte de funcionarios de salud interesados en el tema y, el apoyo presidencial conseguido en el marco del “Encuentro de Comunidades Indígenas” realizado el 12 de octubre de 1992 en Quitirrisí, en el año de 1993, se inicia el proceso de formación de un nuevo grupo de asistentes técnicos de atención primaria en salud indígenas con participantes de los territorios indígenas de Chirripó (Nº 9), Nairi Awari (Nº 1), Tayni (Nº 3) y Telire (Nº 2) (Vega Solano, 2006).

La labor de los nuevos ATAP fue apoyada por grupos de trabajo, que se organizaban en el Hospital William Allen de Turrialba, Ministerio de Salud y posteriormente del Área de Salud Turrialba-Jiménez, quienes realizaban giras periódicas a las comunidades.

El establecimiento de un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) para la PICC, inicia de forma permanente en el año 2000 (Sánchez & Vega, 2001, pág. 116). Al establecer el EBAIS de Grano de Oro, se nombra a un médico general que debe: "...coordinar las giras de asistencia médica, realizar la consulta médica durante las giras, coordinar la labor del equipo interdisciplinario y de los técnicos de atención primaria (ATAPS)". (Sánchez & Vega, 2001, pág. 18).

La importancia de este hecho radica en el reconocimiento por parte de la institución (C.C.S.S), a la PICC como un grupo que necesitaba atención permanente, y no solamente como un lugar de visita periódica; a pesar de que las distancias continuaban afectando el acceso a los servicios médicos, la labor de los ATAP indígenas se veía fortalecida y apoyada con otro personal de salud, lo cual permitió enfocarse en la PICC como un sector específico y no solamente como un anexo al resto de la población rural del área de Turrialba.

Además de las funciones propias de un servicio de atención primaria en Grano de Oro, se realizaban giras médicas a diversas comunidades, en un esfuerzo por acercar los servicios médicos a la población; esto implicaba suspender los servicios en Grano de Oro y trasladarlos a una de las comunidades dentro de la montaña, así como desplazar a los ATAP a las visitas médicas para que apoyaran con labores de traducción y coordinación con la comunidad.

Hasta el año 2003 los servicios de salud estuvieron a cargo de un solo equipo médico; lo cual demostró ser insuficiente. Entre finales de ese mismo año e inicios del 2004, se incorporaron dos nuevos equipos básicos de atención integral, lo cual posibilitó un aumento de las giras médicas, especialmente a localizaciones dentro de la montaña, y el funcionamiento permanente del EBAIS de Grano de Oro.

Este aumento en la oferta de servicios de atención médica, evidenció la necesidad de ampliar el apoyo en las labores de los ATAP indígenas, razón por la cual, en el año

2006, se desarrolla un nuevo curso para la formación de cuatro nuevos funcionarios indígenas (junto con un grupo de ATAP no indígenas de la zona de Turrialba).

En el año 2013 se cuenta con el siguiente recurso humano, dedicado específicamente a la PICC:

- Asistentes Técnicos de Atención Primaria indígenas: 11
- Médicos Generales: 3
- Supervisor de Enfermería y ATAP: 1
- Auxiliares de enfermería: 3
- Técnicos de farmacia: 3
- Técnicos en REDES: 3

La jornada laboral es la de un EBAIS usual, de lunes a jueves de 7 am. a 4 pm. y los viernes de 7 a.m. a 3 p.m. No se cuenta con atención médica fuera del horario establecido, a pesar de ello, en casos especiales o de emergencia, el personal del equipo de salud atiende a la población a cualquier hora del día, excepto los fines de semana cuando la mayoría salen de la zona.

Esta situación es diferente para los ATAP indígenas, que como miembros de la comunidad, en muchas ocasiones reciben solicitudes de colaboración por parte de sus vecinos, a cualquier hora y en cualquier lugar (incluida su casa de habitación).

Otros servicios de salud, además de la consulta médica, son de periodicidad y disponibilidad variable: el servicio de Odontología del Área de Salud Turrialba-Jiménez programa 10 visitas para el año 2012 y la Universidad de Costa Rica, brinda 4 visitas durante el año; el servicio de Laboratorio Clínico del Área de Salud Turrialba-Jiménez ingresa para toma de muestras cada 2 ó 3 semanas.

Perfil laboral actual de los ATAP Indígenas

Como se mencionó previamente, los ATAP indígenas, son un grupo especial de funcionarios, quienes realizan las actividades de su cargo y muchas otras que facilitan en gran manera la labor del resto del personal de los equipos de salud.

En la Gaceta N° 92 del 15 de mayo de 2013, se publica el “Reglamento del Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud (ATAP)”, por parte del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, vigente a partir de su publicación.

En el reglamento mencionado, específicamente en el Capítulo VI, se define el Perfil Laboral del ATAP (Artículo 16) y sus tareas (Artículo 17), mismas que se transcriben a continuación:

Artículo 16. —Perfil laboral.

El perfil del Asistente Técnico en Atención Primaria en Salud, deberá ajustarse a lo siguiente:

- *Realizar visitas programadas según los siguientes escenarios: domiciliar, escolar, laboral, comunitario de acuerdo con actividades, normas y lineamientos establecidos.*
- *Ejecutar labores asistenciales en el campo, delegadas y supervisadas por el profesional de enfermería como: toma de presión arterial y temperatura, medidas antropométricas, observación física y mental básica (piel, cabello y dientes), aplicación de vacunas, registros del control de inmunizaciones, participa en el mantenimiento de la cadena de frío, llenado de registros familiares (ficha familiar y otros instrumentos de registro de información familiar).*
- *Promover la participación individual, familiar, grupal y comunitaria hacia condiciones de vida y ambiente saludable.*
- *Ejecutar actividades educativas, en la prevención de enfermedades según el perfil epidemiológico de su área.*

- *Detecta y refiere grupos de personas en riesgo según prioridad al EBAIS y Profesional de Enfermería, de acuerdo con las necesidades y normas establecidas.*
- *Colaborar con el Profesional de Enfermería, en el abordaje de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en el campo, en detección oportuna, referencia y seguimiento de casos.*
- *Brindar atención básica, en caso de accidentes, enfermedades o desastre natural, de acuerdo con las normas establecidas.*
- *Detectar y orientar al usuario y referir al profesional de enfermería, las situaciones relacionadas con el saneamiento básico como: abastecimiento de agua potable, eliminación de excretas, aguas servidas, manejo de desechos sólidos, y control del medio ambiente amenazado.*
- *Informar al equipo de salud y al profesional en enfermería, la situación de salud del sector y participar en el desarrollo de planes de acción.*
- *Asistir y participar en actividades de educación continua programadas.*
- *Educar sobre el uso, manejo y almacenamiento de plaguicidas u otras sustancias tóxicas, para la prevención de accidentes, según escenario y referir los casos necesarios.*
- *Colaborar en el diagnóstico de salud, del sector a su cargo.*
- *Participar con el profesional en enfermería, en la programación anual de sus actividades según escenario.*
- *Elaborar reportes e informes periódicos de sus labores, a su jefatura de enfermería.*

Artículo 17. —Tareas. El ATAPS, deberá cumplir con las siguientes tareas:

• *Visita domiciliar:*

- 1. Acercamiento asertivo a la familia y observación de su entorno.*
- 2. Llenado y actualización de ficha familiar según norma.*
- 3. Toma de presión arterial, temperatura y medidas antropométricas (peso y talla), observación física básica: (piel, cabello, uñas y dientes), aplica vacunas*

previa revisión de esquema según normas, registra en el informe las inmunizaciones aplicadas.

4. Orienta a los miembros del grupo familiar de acuerdo con las necesidades y situaciones detectadas.

5. Refiere las necesidades y situaciones detectadas, de acuerdo con los recursos existentes en el área de atracción.

• Visita escolar:

1. Participa con el equipo de enfermería y el equipo interdisciplinario, en el trabajo escolar según normas.

2. Realiza toma de peso, talla, test de vista y oído

3. Vacuna a niños(as) según esquemas de vacunación vigentes.

4. Llena los documentos correspondientes a su perfil.

5. Participa en charlas educativas asignadas por el profesional de enfermería, sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

6. Refiere las necesidades y situaciones detectadas, de acuerdo con los recursos existentes en el área de atracción.

• Visita en el escenario laboral:

1. Participa con el equipo de enfermería e interdisciplinario, en actividades de promoción de la salud.

2. Revisa tarjeta de vacunación y aplica vacuna según esquema.

3. Refiere las necesidades y situaciones detectadas, de acuerdo con los recursos existentes en el área de atracción.

• Participación en actividades comunitarias:

1. Participa en ferias de la salud.

2. Participa en reuniones de las organizaciones comunales.

3. Colabora con el equipo de salud en la atención de primeros auxilios básicos en eventos naturales, de acuerdo con las normas establecidas.

4. Participa con el equipo de salud, en actividades educativas designadas.

5. Detecta y orienta a las personas, familia y comunidad y refiere al profesional de enfermería las situaciones relacionadas con el saneamiento básico como:

abastecimiento de agua potable, eliminación de excretas, aguas servidas, manejo de desechos sólidos y control del ambiente amenazado.

6. Informa al equipo de salud y al profesional en enfermería, la situación de salud del sector y participa en el desarrollo de planes de acción.

7. Reporta casos sospechosos de abuso y maltrato.

• *En el establecimiento de salud:*

1. Elabora el planeamiento de actividades diarias de acuerdo con los diferentes escenarios.

2. Vaciamiento de datos de la ficha familiar a los informes correspondientes según norma.

3. Colabora con el análisis situacional integral de salud (ASIS), del sector a su cargo.

4. Participa con el profesional en enfermería, en la programación anual de sus actividades según escenario.

5. Elabora y entrega reportes e informes periódicos de sus labores, a la jefatura de enfermería.

6. Cuenta y/o elabora el croquis individual y croquis de conjunto (sector).

7. Participa en actividades de educación continua programadas, para el equipo de salud.

8. Participa en el mantenimiento de la cadena de frío.

El ATAPS, trabaja integralmente los escenarios anteriormente citados. (Colegio de Enfermeras de Costa Rica, 2013, pág. 84)

En términos de cantidad, institucionalmente, se ha manejado una cantidad de 10 visitas diarias en promedio, pero debido a las condiciones geográficas, la dispersión poblacional y las dificultades de acceso, la cantidad de visitas domiciliarias diarias se ha readecuado, para que sea de 4 por día en las comunidades donde no existe acceso a medios de transporte y con alta dispersión como ésta.

Obviamente, otros retos como la ausencia de electricidad en la mayoría de las comunidades para contar con equipo que mantenga la cadena de frío, la infraestructura

insuficiente o en mal estado y la distancia, hacen más compleja la labor de todos los funcionarios involucrados.

En la atención de la PICC se han añadido otras funciones a los ATAP, que por su condición de indígenas, permiten facilitar los procesos de consulta médica. Entre estas funciones se encuentra la de traducción durante la consulta médica y para el uso de los medicamentos, la coordinación de las giras médicas con los miembros de las comunidades, la atención de emergencias cuando el personal médico o enfermería no se encuentra disponible y la representación de su población a nivel institucional.

Los asistentes técnicos también realizan funciones, que normalmente no estarían a su cargo, pero que por múltiples razones operativas o los beneficios que ello le puede generar a la comunidad, se les ha encomendado apoyar, entre ellas se encuentra la de realizar los tamizajes neonatales a los niños producto de partos domiciliarios, acompañar al supervisor de enfermería en las visitas a los casos de Mortalidad infantil para llenar el instrumento N°2 y colaborar con el resto del personal de salud en labores de traducción. También han colaborado como registradores auxiliares del Tribunal Supremo de Elecciones para los nacimientos extra hospitalarios.

Establecido este marco operativo y funcional de los ATAP indígenas, es necesario definir ahora, el contexto en el cual se desempeñan, el cual se presenta a continuación.

3. La salud y sus determinantes en la población Cabécar

La definición de la salud es compleja y depende de múltiples factores interrelacionados que se asocian a su integralidad. En este trabajo se toma como base la definición que le da Ilona Kickbusch en su artículo: “Promoción de la Salud: Una Perspectiva Mundial”, en el cual la salud se define:

...como la magnitud en que un individuo o grupo puede, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar

su entorno o afrontarlo. Por lo tanto la salud se considera un recurso aplicable a la vida cotidiana y no como el objetivo de esa vida. (Kickbusch, 1996, pág. 25).

En un marco tan amplio, hay que considerar aspectos múltiples que determinan dicho estado de bienestar, incluidos los aspectos sociales, económicos, biológicos y también los culturales, que retoman gran importancia en las poblaciones indígenas, considerando que la salud es un concepto culturalmente construido.

Para las poblaciones indígenas, la salud equivale a: "...la armonía de todos los elementos que hacen la salud" (Castañeda, 2007, pág. 4), y se basa en la tradición y el aprendizaje de diversos mundos, y cuenta con un fuerte componente espiritual y de armonía con la naturaleza (Márquez, 2007), por lo tanto, la salud:

"... al incorporar varios paradigmas de la perspectiva indígena, se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual). Este concepto de la salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad-comunidad en condiciones de equidad" (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 15).

Tal construcción de la salud, más holística y estrechamente ligada a la cosmovisión propia de los pueblos indígenas, aplica para la PICC, la cual tiene un fuerte componente espiritual ligado a sus creencias y tradiciones. (Bozzoli, 1979).

Es probable que por esta misma cosmovisión e integralidad, les sea difícil presentar una definición concreta de lo que es salud, como se demuestra en la investigación de Carlos Van der Laet en la cual se describe primero, que la traducción del concepto de salud del Cabécar al español es compleja, y cuando logran expresarlo, lo hacen dentro del contexto biológico asociado a la ausencia de enfermedad. (Van der Laet, 2005).

Aun así, en dicha investigación, al explorar con otras metodologías en grupos focales y por medio de dibujos, se evidenciaron los siguientes factores (Van der Laet, 2005):

- El entorno es una parte básica de su concepción de salud, en dos de los tres dibujos representados, predominan paisajes, con viviendas, caminos, aguas, letrinas, e incluso peces y un ambiente montañoso, pero de forma muy particular, no se observan personas; parece ser que el entorno y la vida en comunidad, sobrepasan en su concepción de salud, a la percepción individual de bienestar.
- Los factores externos, que no son propios de su cultura, o se relacionan más con el desarrollo socio económico, como las carreteras, la electricidad, se valoran como aspectos innecesarios, e incluso culturalmente innecesarios para lograr la salud, pero al mismo tiempo, la presencia de escuelas y letrinas, se considera como un factor positivo.
- El Jawá¹, Suquia o Awapa (médico tradicional indígena), ejemplifica también el concepto de salud y parece ser de suma importancia, con claridad mucho más importante que los trabajadores de la salud institucionales o los medicamentos.

Aunque con base en estos hallazgos, es difícil obtener una definición específica de lo que significa la salud dentro del entorno cultural de los Cabécares, la integralidad, la importancia del entorno y de la cultura asociados a un estado de bienestar, constituyen factores determinantes que los Cabécares consideran importantes cuando se refieren a la salud.

Al mismo tiempo, al intentar explorar otros conceptos como la percepción de la enfermedad, y sus causas, se evidencian la complejidad y el efecto que los aspectos culturales tienen en los procesos de salud enfermedad de la población, por ejemplo, como identifican entre las causas de la enfermedad la contaminación del medio ambiente, el saneamiento básico y ambiental deficiente, factores espirituales como el

¹ Jawá: (s., pl. jawáwá) 'suquia', 'chamán', 'hechicero'. Margery, E. Diccionario Cabécar-Español-Español-Cabécar. Editorial Universidad de Costa Rica, 2004. 556p.

Es importante aclarar que en el contexto de este trabajo, el término Jawá se utiliza para referirse al médico tradicional indígena. Sin embargo, en las citas, las palabras "Awapa" o "Suquia" pueden usarse para referirse también al médico tradicional indígena, en dependencia de la terminología que prefiera el ATAP para referirse a esta figura.

mal comportamiento, la hechicería o los castigos de Dios, y la “*falta de acceso a los servicios del médico tradicional*” (Van der Laet, 2005, pág. 56).

Las percepciones sobre el embarazo, el parto y el puerperio, explican de alguna forma, porque los servicios médicos-biologista de la cultura no indígena, no logran mejorías en los programas preventivos materno infantiles. Según la información obtenida, durante el período del embarazo no es necesario tener controles médicos, aunque si se deben tener cuidados especiales, pero en aspectos de índole más social que biológico, “*no ver enfermos, no matar animales, no comprar ganado*” (Van der Laet, 2005, pág. 56). Durante el período del parto, el cual se caracteriza por ser en solitario y fuera de la vivienda, tanto la madre como el recién nacido se consideran impuros.

Es importante recalcar, el impacto evidente que la cultura y las tradiciones ancestrales, tienen en la percepción e incluso el manejo de los procesos de salud enfermedad, en el contexto de la PICC, lo cual también determina, no solo el uso que le dan a los servicios de salud institucionales, sino también el papel de los servicios de salud del médico tradicional.

El conocimiento de estas situaciones es básico para comprender el porqué la medicina no indígena (servicios institucionales) y la medicina indígena tradicional, se ven como dos sistemas, no solamente separados, sino que diferentes entre sí y porqué la medicina tradicional y el Jawá, tienen la mayor autoridad entre la población.

La medicina no indígena, según la percepción Cabécar, se utiliza más como un servicio de atención a las patologías agudas, mientras que el Jawá, cura las patologías crónicas, incluidas las enfermedades emocionales, e incluso, se considera con poderes preventivos, situación que no se le atribuye a la medicina no indígena. (Van der Laet, 2005).

En este contexto, es fácil entonces comprender que el rol de los ATAP indígenas, es mucho más complejo de lo que parece a simple vista, por su condición de primero y antes que nada, miembro de la comunidad indígena, con dominio de la lengua Cabécar, con conocimiento y en la mayoría de los casos, práctica, de tradiciones, creencias o percepciones culturales dentro de las cuales se desarrolló desde su infancia en comunidad.

Por otra parte, es un funcionario de salud formado y validado por el sistema de salud institucional, pero no por el tradicional. Los retos que esto representa para la definición de su rol dentro del proceso de desarrollo de la salud de su comunidad (desde un punto de vista integral, con todas las implicaciones culturales y sociales mencionadas), son amplios, en el sentido que todas sus acciones deben realizarse dentro de un marco influenciado por factores culturales y socio-demográficos que en ocasiones determinan el éxito o fracaso de sus intervenciones.

Parece evidente, entonces, que es necesario identificar estos puntos críticos para lograr que las intervenciones del ATAP sean no solo las adecuadas (en términos técnicos e institucionales), sino también lo más específicas, contextualizadas y culturalmente respetuosas, todo con el objetivo de que mejoren su impacto en la población.

4. Enfoque Intercultural en el contexto Cabécar de Chirripó

El mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población indígena incluye, como se ha mencionado previamente, la prestación de servicios adecuados para sus condiciones sociales, económicas, geográficas y culturales.

Tomando esto en consideración, el enfoque intercultural como una forma de contextualizar los modelos de salud para las poblaciones indígenas, forma parte de una tendencia reciente que desea incluir los aspectos culturales propios de cada población dentro del modelo de salud usual.

La interculturalidad como un proceso facilitador en la toma de decisiones y el establecimiento de acciones respetuosas para la PICC, tiene varios años de considerarse en la zona, pero la mayoría de los esfuerzos de interculturalidad que se han realizado, corresponden a capacitaciones limitadas a algunos miembros de instituciones del gobierno, y proyectos aislados, que no han perdurado a lo largo del tiempo.

Para efectos de este trabajo, se utilizará la conceptualización de interculturalidad propuesta en el documento “Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de Recursos Humanos” (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1998), en la cual menciona: “El concepto de

interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, éticas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa”.

El mismo documento menciona que la operacionalización del concepto de interculturalidad supone el cumplimiento de los siguientes principios:

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia
- Tolerancia de las contradicciones que conduzca a la solidaridad
- Democracia cultural
- Participación que incorpora la representación, la consulta
- El consenso y la convergencia de objetivos comunes

Además, menciona que dichos principios traducidos a la práctica, se orientan a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras
- Llegar a las relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias
- Valorar las diferencias culturales para eliminar el racismo
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social
- Construir la ideología, los valores, las actitudes y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

Es claro que los procesos de interculturalidad deben tener un fuerte componente de reciprocidad y apertura, sin el predominio de uno u otro, especialmente considerando que en el entendimiento de las diferencias radican las bases para formular acciones interculturales.

La visión de interculturalidad en salud o salud intercultural como mencionan Alarcón, Vidal y Neira:

Han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del

usuario en el proceso de atención de la salud... la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud o enfermedad. (Alarcón, Vidal, & Neira, Salud Intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales, 2003, pág. 1061)

El enfoque intercultural reconoce la importancia de caracterizar a la población y los aspectos como la pertinencia étnica, la cosmovisión y el entorno, que influyen en los procesos de la salud, los cuales también se ligan a antecedentes históricos pasados.

El principal desafío del enfoque intercultural es: "...generar espacios de comunicación y diálogo entre las diferentes culturas que tiendan al fortalecimiento de los pueblos excluidos y a la sensibilización de los pueblos que se encuentran en una posición privilegiada". (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 22)

Los procesos de comunicación intercultural son básicos para reconocer las verdaderas necesidades de las poblaciones, no solamente de los grupos indígenas.

Otra de las definiciones de salud intercultural, corresponde al reporte "*Best Practices in intercultural health*" preparado por el *Centre for Aboriginal Research*, para la OPS y el BID, en el cual realizan un estudio de prácticas en salud intercultural, y para dichos fines las definen como:

Prácticas en salud y cuidado de la salud que acercan la Medicina indígena y la medicina occidental, donde ambos son considerados como complementarios. Los principios básicos, son aquellos de respeto mutuo, reconocimiento equitativo del conocimiento, interés para interactuar y flexibilidad para cambiar como resultado de estas interacciones. La salud intercultural toma lugar a diferentes niveles, incluyendo el de la familia, el médico, el centro de salud, el hospital y el sistema de salud. (O'Neil, Bartlett, & Mignone, 2005, pág. 3)

Con esta perspectiva es claro que no solamente es el enfoque intercultural importante en la búsqueda de la equidad y el respeto hacia las diferencias entre los pueblos, etnias o culturas, sino también que es básico para definir el impacto real de cualquier intervención en salud a largo plazo, ya que mientras no se cuente con un

conocimiento claro de la percepción culturalmente dada del proceso de salud – enfermedad de una población en particular, la respuesta a las necesidades en salud de dicha población será inapropiada.

A pesar de ello, muchos de los problemas relacionados con los modelos de salud intercultural se encuentran en los prestadores de los servicios, que fallan en observar y aceptar que los modelos de salud a nivel “nacional” muchas veces son deficientes, o mejor dicho, percibidos como deficientes, por los pobladores de grupos étnicos, usualmente minoritarios como son los indígenas, lo cual se ejemplifica en el documento “Seminario taller, Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud ¿Cuánto y cómo se ha avanzado?”, en el cual se describe la percepción de un grupo organizado de etnias indígenas colombianas en relación con los sistemas de salud nacionales de la siguiente forma:

La implementación de programas y modelos de salud desarrollados por el gobierno nacional, no es consecuente con nuestras formas de vivir, con nuestro pensamiento, con nuestros sistemas tradicionales de salud y formación desde los valores de la cultura y por tanto, no están encaminadas hacia el fortalecimiento de la medicina tradicional, y del sistema interno que lo compone. (Márquez, 2007, pág. 2).

Es evidente la necesidad de incluir el enfoque intercultural en la organización de los servicios para las poblaciones indígenas, si se desea que responda a las necesidades de la población y mucho más, si se desea que los servicios de salud como una herramienta de mejoramiento de la calidad de vida, sea aceptado como tal a lo interno de la población.

Por lo tanto, la mención de que la salud intercultural es un proceso que debe ser flexible y abarcar diversos niveles de la prestación de los servicios de salud, implica en sí un gran reto, ya que incluye cambios locales que deben venir apoyados y fortalecidos por los niveles centrales para su adecuado funcionamiento.

En el documento antes mencionado, se comenta sobre los modelos de salud intercultural:

Los Modelos de atención interculturales permiten fortalecer el sistema de salud de los pueblos indígenas, responden a las necesidades socioculturales, de diversidad poblacional, epidemiológicas, accesibilidad geográfica, y diversidad lingüística. Logrando de esta manera fortalecer la autonomía en salud, la gobernabilidad, la institucionalidad y la estructura político-organizativa. (Márquez, 2007, pág. 4)

La interculturalidad como un instrumento de acercamiento, aprendizaje y mejoramiento de los servicios (de salud o cualquier otro tipo de servicios) que se prestan a las poblaciones indígenas, no es solamente un recurso, sino que también podría considerarse como una demostración de respeto hacia su forma de vida y un recurso para facilitar y fortalecer el empoderamiento de estas poblaciones.

Al ser los ATAP la primera línea de atención y prestación de servicios de salud, estableciendo la base del sistema, directamente con la comunidad, se considera apropiado iniciar a este nivel con la incorporación de estrategias interculturales.

En relación con estos aspectos que involucran actores en los diversos niveles de decisión social y política, se proponen, al momento de incluir el enfoque intercultural en los servicios de salud, tres líneas básicas de acción (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003):

Armonización jurídica: proceso orientado a la adaptación de los marcos jurídicos (políticas, leyes, regulaciones y normas) a las características socioculturales de los pueblos indígenas. Es decir, al establecimiento de una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Específicamente en el ámbito de los sistemas y servicios de salud implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena a una atención de salud de calidad y oficialicen la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la población. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 29)

En nuestro país existen normativas y políticas específicas para poblaciones indígenas, como se mencionó previamente, que incluyen las consideraciones sobre los pueblos indígenas y sus particularidades sociales y culturales como ejes de intervención; por lo tanto existe un proceso de reconocimiento y modificación de los marcos jurídicos que abren las opciones para la acción intercultural con los pueblos indígenas.

Lo que no es evidente aún, son los avances que las diferentes instituciones involucradas, han realizado en cuanto a los cambios jurídicos necesarios, para cumplir y facilitar los objetivos dispuestos en los planes antes mencionados.

- Armonización conceptual: proceso orientado al reconocimiento de los saberes, prácticas y recursos indígenas como sistemas de salud y a la generación de paradigmas nuevos y alternativos que permitan la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígenas tienen en el mantenimiento y restauración de la salud. Es decir, la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que aporten en la revisión de los planos de análisis al tener que confrontar la teoría y la perspectiva generales, con las condiciones particulares de los pueblos indígenas y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades, en concreto. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 35).

Los procesos de armonización conceptual, por lo menos en lo referente a la PICC aún están pendientes, especialmente si se considera que para obtener una mejor visión de sus necesidades y de la influencia que la cultura juega en su entorno, se requieren intervenciones multidisciplinarias, que todavía no han llegado a su completa integración.

Al mismo tiempo, se requiere de investigación y conocimiento profundo de la cultura y la conceptualización de los procesos de salud-enfermedad, así como de los procesos de vida que determinan su funcionamiento como sociedad Cabécar, para desde allí, plantear las modificaciones interculturales que se requieran para obtener una armonización conceptual.

- Armonización práctica: orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población beneficiaria, en este caso de la población indígena, los recursos de la

comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Esto supone la formación y desarrollo de recursos humanos capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales de la población beneficiaria, a fin de proporcionar una atención integral de salud al individuo y a la comunidad. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 39).

Los procesos de armonización práctica corresponden al nivel local, pero implican la presencia de recurso humano capacitado que comprenda las necesidades de la población y ofrezca alternativas integrales y culturalmente sensibles.

Como se mencionó previamente, también es necesario un conocimiento profundo de la cosmovisión indígena Cabécar, para establecer prácticas y ofertas de servicios que surjan de las necesidades y particularidades del contexto de la PICC.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

Esta investigación es de tipo cualitativo y se realiza mediante un taller de dos días de duración en el cual participaron diez de los once ATAP indígenas de la zona, incluida la única mujer indígena Cabécar que se desempeña como ATAP en esta comunidad.

La metodología se enfocó en la identificación de necesidades, prioridades y principales problemas de salud en la población del Territorio Indígena Cabécar de Chirripó, desde las perspectivas de los ATAP indígenas.

Estas actividades tenían como objetivo propiciar la generación de recomendaciones e identificación de oportunidades de mejora para la construcción de propuestas que se complementen con un enfoque intercultural y contextualizado, las funciones y actividades de los ATAP, sin que ello afecte los criterios técnicos e institucionales establecidos para la realización de su labor con la población indígena de la etnia Cabécar que habita el Territorio Indígena de Chirripó.

A cada uno de los participantes se les solicitó responder a un cuestionario de manera individual, (ver Anexo 1), que se enfocaba en identificar su percepción acerca de los servicios de salud actuales en su comunidad, su rol como asistentes técnicos de atención primaria y la importancia (subjetiva) de su función para la población.

La información recolectada se utilizó para identificar la percepción de los ATAP sobre el escenario dentro del cual desarrollan sus actividades, con el objetivo de:

- Definir la línea basal en términos de prioridades percibidas
- Interculturalidad
- Necesidades de contextualización.

El resto de las actividades se desarrollaron en grupos y subgrupos, de la siguiente manera:

- a. Principales problemas de la comunidad: con base a lo mencionado en la última pregunta del cuestionario, discusión en tres subgrupos que posteriormente presentan sus conclusiones y observaciones para un análisis grupal final.
- b. Principales problemas de salud de la comunidad: siguiendo los hallazgos del punto a, se realiza una discusión más específica sobre problemas de salud, en tres subgrupos que posteriormente presentan sus conclusiones y observaciones para construir un documento grupal final.
- c. Funciones del ATAP indígena en Chirripó: discusión grupal sobre la percepción de los ATAP indígenas en relación con sus principales funciones en el Territorio Indígena Cabécar de Chirripó.
- d. Análisis FODA de la labor de los ATAP indígenas de Chirripó: análisis grupal para la construcción de un documento general.
- e. Análisis, Amenazas y Causas: utilizando la información de las actividades previas, considerando las prioridades definidas institucionalmente y otras definidas por los mismos ATAP, se crean tres subgrupos que deben discutir varios temas específicos considerados prioritarios. Luego un miembro de cada grupo permanece en su lugar como líder, mientras el resto de los integrantes rota.

El objetivo principal es que el líder presente a los miembros de los otros grupos sus conclusiones y que todos los compañeros aporten también al trabajo realizado. Al final, cada grupo expone un documento final de amenazas y causas por cada tema definido.

- f. Propuestas: se realiza una discusión general de propuestas con base en algunos puntos específicos que salieron a relucir durante las actividades previas.

Se trató de que los instrumentos para la recolección de la información, fueran lo más simple posibles, considerando la barrera lingüística entre la investigadora y los participantes, aún cuando los ATAP tienen un buen manejo del español. Por lo anterior también, se enfocó el proceso, más en la discusión conjunta de las actividades, dándole especial énfasis a los resultados de las discusiones grupales.

Las propuestas se trabajaron enfocadas en un proceso de discusión grupal, que luego mediante el análisis de los diferentes insumos recolectados en la actividad, fueron sistematizados en las propuestas generales identificadas como oportunidades de mejora por parte de los ATAP.

Categorías y códigos de análisis

La definición de códigos y categorías de análisis de la información, fue un reto, considerando la riqueza de los aportes dados y el surgimiento de algunos aspectos valiosos no contemplados inicialmente en este trabajo.

A continuación se presenta el cuadro con los criterios utilizados para el análisis de la información:

Cuadro 1. Códigos y categorías utilizados para el análisis cualitativo

Categoría	Códigos
Comunidad	Problemas Necesidades Relación con ATAP Otros actores Geografía y entorno Saneamiento ambiental
Servicios de Salud (no ATAP)	Prioridades Respuesta de los servicios Organización Infraestructura y equipamiento Relación con la comunidad
Cultura	Transculturación Interculturalidad Lengua Medicina Tradicional Interpretación errónea
ATAP	Autopercepción Retos o dificultades Funciones sustantivas Relación con servicios de salud Relación con la comunidad
Prioridades	Enfermedades infectocontagiosas: Diarreas, Infecciones respiratorias, Tuberculosis, otros eventos de investigación. Vacunación Mortalidad infantil Saneamiento ambiental Visita domiciliar
Propuestas u oportunidades de mejora	Cultura Servicios de salud: organización, comunicación, prioridades. Comunidad

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el comité de bioética del Área de Salud Turrialba Jiménez mediante oficio ASTJ CLOBI-0202-2013.

La primera actividad del taller consistió en darle lectura al instrumento de consentimiento informado aprobado por el Comité Local de Bioética del Área de Salud Turrialba Jiménez, el cual le fue entregado a cada uno de los participantes. (Anexo 2).

En este documento se le explicó a los participantes los objetivos de la investigación y se les solicita el permiso para la utilización de equipo de apoyo (grabadoras y/o cámaras de video y fotográficas). También se les explica el papel de la investigadora en el proceso.

Al mismo tiempo se les asegura el anonimato y la confidencialidad de la información para uso exclusivo de la investigadora, enfatizando en que la participación es voluntaria.

Posterior a la lectura individual y grupal del consentimiento informado, se responden las dudas y consultas de los participantes, las cuales son evacuadas antes de proceder a la firma de cada uno de los documentos. Todo lo anterior se realiza en presencia de un testigo.

Se llevó un registro de asistencia de los participantes para uso de la investigadora, pero sin asociación directa a la información provista.

En concordancia con los aspectos de interculturalidad antes mencionados, el respeto a la cultura de la población indígena del TICC fue uno de los ejes fundamentales en todos los procesos de la investigación.

Potenciales sesgos

Se pudieron identificar potenciales sesgos que consideramos valioso mencionar. El primero se debió a la metodología utilizada para aplicar el cuestionario, ya que al solicitar las respuestas por escrito de manera individual y a pesar de que los ATAP

tienen un relativo buen manejo del español, la interpretación de las preguntas, así como la escritura de las respuestas, fue complicada para algunos participantes.

Por lo anterior se decidió tomar más tiempo para la discusión de cada pregunta y los objetivos de la misma y se le dio especial énfasis a la discusión grupal de los problemas de la comunidad y la salud, así como la autopercepción de los ATAP dentro de los servicios de salud y la comunidad.

La ya mencionada barrera lingüística, pudo ser una limitación en el resto del taller, considerando que se les permitió en todo momento discutir y trabajar en Cabécar, pero la única manera de contar con los datos para la investigación, implicaba en algún momento la traducción o, como sucedió en este caso, que las discusiones para generar los documentos grupales finales con la investigadora, se desarrollaran en español.

A pesar de ello, en el contexto de que los ATAP tienen el Cabécar como su lengua materna y dominan el español lo suficiente como para comunicarse con sus compañeros de trabajo no indígenas, así como con otras personas que no manejan la lengua Cabécar, se consideró que era mejor dejarles a ellos la tarea de transmitir el mensaje final en español, en vez de contar con un traductor que más bien se convertiría en un elemento más en una cadena de traducción de por sí compleja.

Otro aspecto a considerar es el potencial sesgo que se pudo presentar, al ser la investigadora una antigua funcionaria de la zona, lo cual, aún de manera involuntaria, pudo limitar o condicionar las opiniones de los ATAP, siendo que de alguna manera representaba una figura conocida del entorno previo en el que se desarrollaron los servicios.

Finalmente, tal vez la mayor limitación y sesgo en sí, es el hecho de que este trabajo representa la opinión de un único grupo (los ATAP indígenas de Chirripó), lo cual se ha tratado de dejar claro a través del título y los objetivos del trabajo, en el entendido de que las opiniones y resultados aquí presentados no son la verdad absoluta, sino solamente un componente a considerar dentro de un entorno extremadamente complejo que requiere de un análisis más completo, profundo, multidisciplinario y multidireccional.

Se reconoce entonces que la participación comunitaria tan necesaria para validar cualquier recomendación aquí propuesta, o siquiera para apoyar las opiniones de los

ATAP sobre temas como la cultura, el desarrollo social, la educación y la prestación de los servicios, no fue desarrollada en este trabajo y continúa siendo una tarea pendiente.

De igual manera, otro componente básico del tema aquí tratado, como lo son los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social estuvo ausente, ya que los ATAP representan solo una parte de un amplio y complejo sistema de salud, en el cual están inmersos otros integrantes cuya opinión no fue plasmada en este trabajo.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La labor de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAP), es parte muy importante del primer nivel de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social, ya que se constituye como el contacto inicial con el usuario a nivel del hogar y la comunidad.

Esta labor es fundamental para el sistema de salud de la CCSS y retoma aún más importancia, cuando se enfrenta ante el reto que implica ofrecer servicios de salud a la población indígena Cabécar de Chirripó que presenta características propias relacionadas con el entorno geográfico, cultural, social y económico, entre otros.

En este contexto, los ATAP indígenas representan un recurso humano de salud único, ya que además de formar parte de la comunidad indígena, conocer su lengua y cultura, también laboran para la C.C.S.S. y conocen el modelo de salud institucional.

Por esta razón es importante analizar el primer objetivo que corresponde a la forma en la que los ATAP indígenas se auto perciben como parte del sistema de salud, y en un contexto cultural y comunitario tan específico.

Autopercepción

Los ATAP son una parte integral del primer nivel de atención y en el marco institucional, se reconoce que son un recurso humano valioso; sin embargo, se considera que inicialmente es necesario identificar como se perciben los ATAP indígenas, siendo que de esa autopercepción y apropiación de su rol, dependerá en parte su involucramiento en los procesos de cambio y propuestas de mejora a lo interno de los servicios de salud.

En términos generales, los Asistentes Técnicos de Atención Primaria que laboran en el Territorio Indígena Cabécar de Chirripó, tienen muy clara la importancia de su trabajo para la comunidad y consideran que su labor ha sido beneficiosa para la población indígena.

Mediante el análisis específico de las preguntas relacionadas con la autopercepción de su labor, su valor y la aceptación por parte de la comunidad, se identifica el reconocimiento del impacto de su trabajo como positivo o beneficioso, especialmente en relación con la disminución de la enfermedad y a su rol como intermediario entre los servicios de salud y la comunidad. Algunas de las explicaciones que los ATAP mencionan en relación con esto son:

ATAP 3: “Si (es importante) porque se evitó mucho las muertes por epidemia, brotes de sarampión, tosferina, la comunidad se ve bastante sana, se ha mejorado algunos problemas... nosotros ATAP visitamos las casas y encontramos problemas salud, niños enfermos, embarazadas, ancianitos con problemas de salud, niños sin vacunas. En atención primaria vigilamos y referimos”.

ATAP4: “Si, porque si no estuvieran los ATAP, no sabría cómo está la comunidad, no habría la comunicación con las personas, entre las blancas con indígenas, más que todo la forma de hablar y entender”.

ATAP 5: “Si es muy importante porque si no estuviera o no existiera ATAP, estaría la comunidad sin apoyo, y habría muchos fallecimientos en cuanto a la mortalidad infantil y no hay quien atiende emergencia, accidente, entre otros.”.

ATAP 6: “Si porque tengo la capacidad para ayudar en la comunidad en reuniones, organizar para muchos asuntos, para asuntos médicos o traslado de pacientes organizar para los médicos”.

Aparte de considerarse necesarios y reconocer la importancia de su trabajo, indican que la comunidad los acepta como funcionarios y representantes de la institución y, en la mayoría de los casos, aceptan sus recomendaciones, aún cuando todavía existen aspectos, especialmente de índole cultural que influyen en la respuesta de la comunidad a sus recomendaciones. Al consultarles si se sienten aceptados por la comunidad, estos son algunas de las observaciones realizadas:

ATAP 3: “Unos que otros, no todos, porque la comunidad es nueva en llevar este proceso, porque desde siglos vivieron sin conocer este programa de salud, hay gente si lo reconocen uno”.

ATAP 6: “Si los aceptan como trabajador, pero con la cultura a veces chocan en algunas cosas en la medicina natural otras contra la medicina moderna”.

ATAP 9: “Si toda la comunidad está de acuerdo acepta sobre educación de la salud, higiene, alimentaciones”.

Cabe destacar que la cultura sigue siendo un punto muy importante, que se desarrollará con mayor profundidad en un apartado específico más adelante, que afecta no sólo la respuesta de la población, sino también las percepciones del ATAP sobre su papel en la comunidad y la aceptación de la población a los servicios que ofrecen.

A diferencia del cómo se perciben en el ámbito comunitario, frente a los servicios de salud, se reconocen como necesarios, pero identifican debilidades importantes de organización y trabajo en equipo entre ellos mismos (ATAP) y en ocasiones con el resto del equipo de salud.

Como marco de referencia, se analiza el documento de construcción grupal, sobre las funciones actuales de los ATAP indígenas, las cuales fueron el producto de una actividad de discusión grupal sobre su trabajo en Chirripó. La distribución en dos grupos se realizó posteriormente por la investigadora con el objetivo de visualizar el rol actual del ATAP indígena en Chirripó, el cual es único y diferente, si se compara con los ATAP del resto del país. Bajo funciones sustantivas se agruparon las actividades que cumplen de alguna manera con la labor esperada de los ATAP, considerando la descripción definida en el reglamento que rige su accionar, como se mencionó antes.

Cuadro 2. Funciones de los ATAP indígenas de Chirripó, según la percepción grupal, y distribuidas de acuerdo con la normativa vigente.

Funciones sustantivas con base en la normativa institucional	Funciones asociadas que no están especificadas en la normativa
<ul style="list-style-type: none"> ○ Visita domiciliar ○ Vacunación ○ Toma de Presión arterial ○ Control de Peso, Talla y seguimiento de desnutrición ○ Control de crónicos ○ Control de tratamiento: tuberculosis, crónicos o antibióticos ○ Seguimiento a la mujer embarazada ○ Trabajo escolar ○ Vigilancia epidemiológica ○ Ficha familiar completa ○ Educación y prevención ○ Control de tarjetero de vacunas ○ Referencia al EBAIS ○ Reporte y seguimiento de nacimientos ○ Conocer los problemas de la comunidad ○ Liderazgo en la comunidad, mejorar la comunidad ○ Tamizaje neonatal* 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colaborar en la organización de la gira médica ○ Intermediación e información entre equipo de salud y comunidad ○ Traducción durante la consulta ○ Atención de emergencias, primeros auxilios, colaboración en el traslado y valoración de pacientes en la comunidad ○ Visita social: realiza visitas a solicitud de la disciplina de Trabajo Social ○ Apoyo Organismo de Investigación Judicial ○ Apoyo al Ministerio de Salud ○ Apoyo al Ministerio de Seguridad ○ Apoyo auxiliar de Registro Civil

Para identificar las funciones expuestas en el cuadro número 2, se inició la conversación con todo el grupo, solicitándole a los ATAP que mencionaran al menos una de sus funciones, pensando en que se lo debían explicar a alguien que no tuviera ningún conocimiento del trabajo de un ATAP.

Las respuestas de algunos de ellos se presentan a continuación:

ATAP 3: “Bueno, Visita Domiciliar, Vacunaciones y Primeros Auxilios”.

ATAP6: “...Visita domiciliar, Vacunación, Mejoramiento de la comunidad (investigadora pregunta ¿cómo? Y el ATAP explica)...por el momento no hay EBAIS ahí y eso y yo estoy trabajando en eso sábados y domingos”.

ATAP 5: “Estarse comunicado con la comunidad y con los grupos de EBAIS”.

Bajo la dinámica anterior, cada uno de ellos fue aportando sus opiniones, ampliando progresivamente las explicaciones de sus propios aportes o las de sus compañeros, lo cual se unificó en un solo documento que luego se analizó por la investigadora comparado con la normativa institucional y el perfil del puesto.

El objetivo de enfocarse en este análisis particular, pretende identificar no solo el hecho de que los ATAP conocen su rol, sino también que hay actividades y funciones que desarrollan, ya sea por iniciativa propia o porque responden a las necesidades de la población y el resto del equipo de salud, que no necesariamente están escritas u oficializadas dentro de su perfil laboral, pero que representan oportunidades para el análisis de su rol.

En el cuadro número 2 se puede observar como algunas actividades, como la realización del tamizaje neonatal, que normalmente no son realizadas por los ATAP en otras zonas del país, se incluyen como tareas asignadas en Chirripó. Esto se debe al alto porcentaje de nacimientos extra hospitalarios, por lo que se incluye dentro de las actividades sustantivas, siendo un proceso que se enfoca en la detección temprana de enfermedades y la salud del niño recién nacido.

También se observan las actividades de atención de emergencias, prestación de primeros auxilios y traslado de pacientes, en el grupo denominado como “funciones asociadas”. Si bien se relacionan directamente con la salud de las personas, en el escenario de Chirripó, esta actividad implica una serie de acciones que van desde valorar al paciente en el hogar o en la casa de habitación del ATAP, coordinar el apoyo necesario para el traslado, hasta la aplicación de las primeras medidas de auxilio.

ATAP 4: “Imagínese que el traslado de pacientes ahí no está pero a nosotros nos toca trasladar paciente y para llamar cruz roja a nosotros nos toca también”.

Las demás actividades, siguen una línea similar en la cual, las características de la población (lengua y cultura), las características geográficas del área y la presencia (o ausencia) de representantes de otras instituciones o servicios específicos para la zona indígena, han creado un escenario en el cual el ATAP es un recurso humano al cual se le solicita colaboración o se le asignan funciones, que originalmente no le competen y que en otras regiones del país no estarían a su cargo.

ATAP 1: “Organizar para la gira médica”.

Cuando mencionan “organizar la gira médica” no se están refiriendo meramente a un proceso de colaboración, sino que implica desde comunicar la visita programada, así como buscar, en algunas ocasiones, con miembros de la comunidad, medios de transporte para los materiales y alimentos de los equipos médicos (usualmente son caballos y en ocasiones el ATAP utiliza los de su propiedad) y apoyar cualquier otro proceso de organización necesario para la realización de la gira médica

ATAP 4: “también no hay que olvidar y dejar a un lado esto, que también nosotros también hacemos trabajo que es de trabajadora social”.

Sobre las labores de Trabajo Social, se refieren a casos específicos en los cuales se requiere una visita de seguimiento o incluso valoración de las condiciones de la vivienda o el entorno familiar, en el caso de Chirripó, bajo escasas excepciones, en Grano de Oro o comunidades aledañas, estas actividades se le solicitan al ATAP.

Lo anterior no implica que la situación actual sea inadecuada, pero se considera que es un proceso que requiere revisión, especialmente por el hecho de que no siempre logran cumplir con los objetivos esperados de su labor, por parte de la C.C.S.S., otras instituciones o la misma comunidad. Por otro lado, algunas actividades responden a necesidades o responsabilidades requeridas desde varios sectores, como lo es la antes

mencionada atención de las emergencias que se presentan en la comunidad, en las cuales la población los busca, los servicios de salud institucionales requieren de su apoyo y con múltiples instituciones involucradas, todas mantienen expectativas altas en relación con su obligación de colaboración.

Como complemento al marco de funciones definidas por los ATAP, se realiza un FODA enfocado en su labor y dinámica de trabajo.

Este análisis FODA se utilizó, por los efectos prácticos que tiene al permitir identificar desde diversas perspectivas aspectos facilitadores, así como debilidades, tanto intrínsecas como extrínsecas; con el objetivo de tener una visión general de la opinión de los ATAP sobre su labor y los efectos del entorno. No pretende ser en este contexto una herramienta administrativa-organizacional. A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis FODA:

Fortalezas:

- Ser indígena Ditsä²:
 - o ATAP 2: “*ser ditsä, orgulloso de serlo*”.
 - o ATAP 3: “ser indígena”.
- Habilidades para tratar con el entorno :
 - o ATAP 9: “Valiente para caminar”.
 - o ATAP 6: “Fuerte para aguantar”.
- Conoce la comunidad: Maneja las dos culturas
- Maneja las dos lenguas
- Cuenta con capacitación por parte de la C.C.S.S., lo cual le da también estabilidad laboral.
- Han desarrollado mucha experiencia y conocimiento de su labor y la comunidad
 - o ATAP 2: “conocimiento aprendido de los doctores”

² Los ATAPS de Chirripó, expresamente indican que se escribe Ditsä, con ä al final y se usa para los efectos de este trabajo, como referencia específica a una persona o población que es indígena Cabécar, Como complemento, en el Diccionario Cabécar Cabécar-Español-Español-Cabécar de Enrique Margery Peña (Universidad de Costa Rica. 2004) se menciona la siguiente definición: “Ditsö: (s.cl.red.,p.u.) ‘clan’ (genérico).”

- Se comunican con la comunidad y le dan educación en salud. Son aceptados por la comunidad.

Oportunidades

- Otros servicios complementarios y de apoyo por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social: Consulta médica, Odontología, EBAIS.
 - o ATAP 4: “Cuando llegan los equipos médicos a la comunidad atienden a la comunidad”.
- Trabajo y comunicación con otras instituciones, son escuchados por otras instituciones y en ocasiones estas instituciones les brindan su apoyo a ellos o a la comunidad. Instituciones como la Universidad de Costa Rica que han apoyado con servicios de laboratorio y odontología, la Policía, el Tribunal Supremo de Elecciones, Consejo Nacional de Producción, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, Municipalidad, CEN CINAI, Instituto Mixto de Ayuda Social, Instituto Costarricense de Electricidad, Acueductos y Alcantarillados, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, son algunas de las instituciones que han apoyado a la comunidad por medio de la comunicación y relación existente con los ATAP.
 - o ATAP 2: “al ATAP se le toma en cuenta, que él o ella solicita algo y le ponen atención”.
 - o ATAP 3: “reuniones con otras instituciones sobre problemas de salud”.
- Centros educativos: específicamente la coordinación con los educadores de la zona se considera un apoyo muy importante en su trabajo
 - o ATAP 2: “a través de los maestros uno trabaja bien”.
- Oportunidades de capacitación por parte de diversas instituciones y disciplinas: C.C.S.S., Universidad de Costa Rica, disciplinas como trabajo social.
- Oportunidades para el transporte para pacientes en caso de emergencias (ambulancias, helicópteros).
- Organizaciones comunales: Comités de salud, Asociación Específica, Organización de Desarrollo.

- Otros grupos y ONG: incluye algunos grupos religiosos.
 - o ATAP 10: “Como allá por ejemplo, ahora llegan cada mes, está llegando veterinario allá de Cartago, está desparasitando todo los perros y está bañando y revisa, tiene un aparato para revisar todo y está inyectando y capando todos los perros...”

Debilidades

- Trabajo en equipo: No hay buena organización de grupo entre los mismos ATAP, falta trabajo en equipo y comunicación a lo interno del grupo, Individualismo
 - o ATAP 8: “no hay buena organización... digamos en grupo (entre los mismos ATAP) y también individual también...digamos en equipo también” (refiriéndose al equipo médico).
 - o ATAP 8 (en otro momento de la misma conversación): : “no tal vez, bueno, a los compañeros, verdad, de ATAP, a veces hay unos que son organizados, hay unos que no son muy organizados, entonces eso afecta a los demás, entonces, bueno en cuanto a la papelería y las otras”.
- Interés y esfuerzo en su labor: No todos dan 100 %, consideran que pueden hacer mayores esfuerzos para organizar su trabajo. No siempre hay una adecuada organización de grupo con el equipo médico, EBAIS.
 - o ATAP 3: “Debilidad que yo siento también por parte mí, yo siento que no damos, no estamos dando 100% para superar la salud de la comunidad”.
- Se requiere mayor capacitación y actualización de conocimientos. Las habilidades de comunicación y organización comunitaria pueden mejorar y requieren más apoyo.

Amenazas

- Oportunidades de profesionalización: no tienen grado para ser profesional como auxiliar de enfermería.
 - ATAP 2: “o sea si se pide estudio de primaria y secundaria, o sea de bachillerato y todo eso... o sea si pide para ocupar cargos más arriba piden todo eso y no tenemos”.
- Necesidades de capacitación en diferentes temas como enfermedades y medicamentos.
- Sistemas de radiocomunicación deficientes.
- Equipo e insumos deficientes o en mal estado.
- Vacunación: desabastecimiento, ausencia de espacios adecuados para vacunación dentro de territorio, dificultades para la cadena de frío.
- Desconocimiento de la lengua por parte de otros actores.
 - ATAP 4: “...el manejo del lenguaje, es una debilidad para toda la comunidad...porque si no maneja la lengua Cabécar con usted no entiende lo que traen o lo que están presentando no lo van a entender nunca...hablo de toda la gente de afuera, las juntas, los registros, de todos los lugares”.
- Factores geográficos y del entorno: clima, geografía, distancias, calidad de los caminos, dispersión poblacional, ríos y quebradas.
 - ATAP 3: “no sé si cabría también en amenaza, factores climatológicos... el trayecto y las, ¿cómo se llama?.. la dispersión”.
 - ATAP 4: “los crecidos del río o la lluvia también”.
- No siempre hay disponibilidad de helicóptero o ambulancia para el traslado en caso de emergencias.
- Organización con el resto del EBAIS: este punto surge por referencia de los propios ATAP a las observaciones realizadas durante las actividades previas al análisis FODA (discusión de problemas de la comunidad). Se citan a

continuación algunos de los comentarios de la actividad anterior, a los que los ATAP se refieren cuando recuerdan este tema:

- ATAP 7: “negativa del médico lugares lejanos, no hay buenas comunicación en salud, partes lejanos no van dar consultas médicos y gente de allá cuesta que sepa salud y además no hay comunicación con los usuarios” (Discusión de Problemas de la Comunidad).

ATAP 3: “...porque también hay a veces hay variación, digamos de lugares, programan por ejemplo Dyolbetipei y van a Tsipirí y no hay comunicación, entonces la gente llega... esta última gira que hicieron ahí en Tsipirí, toda la mayoría de gente tenía de esos boletos de laboratorio y los cambiaron la fecha también aquí, iban a hacer Roca Quemada y no la hicieron, como no entraron ya, allá los cambiaron y mucha gente se quedaron sin medicinas a esa consulta, y muchas tienen citas también de planificación a Dyolbetipei y la cambiaron también para Tsipirí y no había también comunicación” (Discusión de Problemas de Salud).

ATAP 9: “...problema que no avisan con tiempo, si avisan hoy que hoy no van, no da tiempo de avisar” (Discusión de Problemas de Salud).

ATAP 5: “cuando viene entrada de una vez llega tarde, o si llega mucha gente no puede atender también” (Discusión de Problemas de Salud).

ATAP 1: “o se vienen antes” (de la gira médica) (Discusión de Problemas de Salud).

Es evidente que en el análisis FODA se visualizan muchos aspectos valiosos a los que se les debe prestar atención, incluidos las dificultades de organización con el resto del EBAIS y entre los mismos ATAP.

Este punto es particularmente llamativo porque parece mostrar que los ATAP se visualizan, de alguna forma, separado del resto del EBAIS; además de las debilidades que identifican también a lo interno de su grupo de ATAP, lo cual podría sugerir la necesidad de valorar el clima organizacional.

Se reconoce también el impacto de otras instituciones, así como de otros servicios de la C.C.S.S., diferentes de la atención médica, como son Odontología y Trabajo Social.

Si se analiza el análisis FODA junto con el cuadro número 2, parece necesario re-evaluar, si al tratar de potenciar el uso del recurso humano existente, específicamente la figura del ATAP indígena que conoce la lengua, la cultura, la comunidad y sus principales problemas, se está limitando o invisibilizando, la responsabilidad de las demás instituciones o servicios para con la comunidad.

Lo anterior es una alerta sobre lo que se considera como un punto crítico, ya que parece ser, se espera que los ATAP resuelvan o atiendan situaciones específicas de la comunidad, que por alguna razón no han sido abordadas por los servicios correspondientes, sean estos responsabilidad de la misma C.C.S.S., o de cualquier otra instancia o estructura estatal.

En algunas ocasiones se ha cuestionado incluso su labor, o la poca colaboración que le dan a otras instancias y surge entonces la interrogante de si esto no significa más bien, que se requieren mayores esfuerzos desde diversas enfoques, para contar con funcionarios (indígenas o no) específicamente capacitados para cumplir con lo esperado por cada entidad estatal dentro del TICC.

Cabe destacar que dentro de esta inopia de presencia estatal en la comunidad indígena, se deben excluir a los educadores, quienes se han convertido en una fuerza que se reconoce como positiva y se percibe que ha colaborado en mucho con el desarrollo de la comunidad e incluso con la labor de los ATAP.

Rol de la comunidad

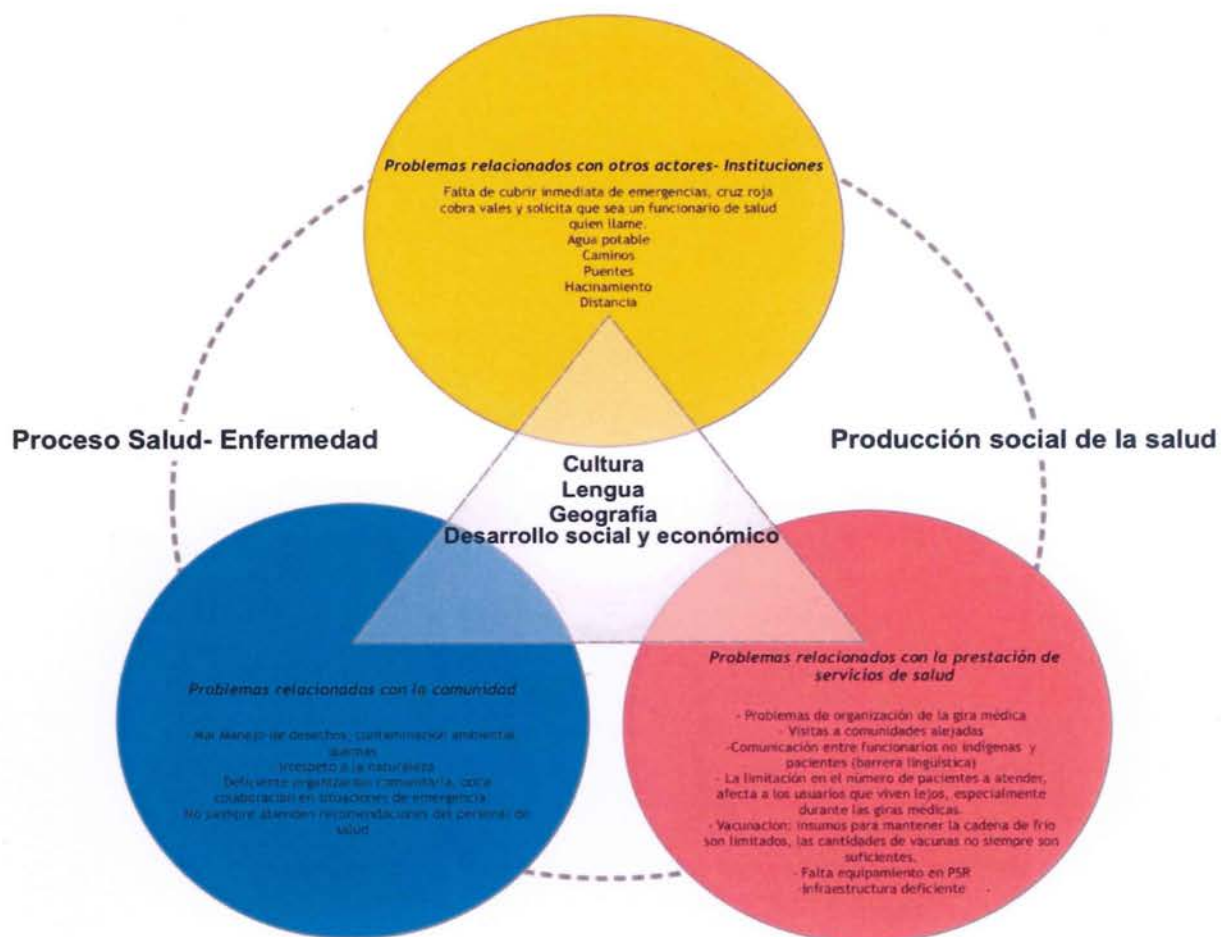
Se desarrollaron dos actividades, relacionadas entre sí, enfocada la primera en los problemas de la comunidad, en términos generales y otra más dirigida a los problemas de salud desde la perspectiva de la atención de los ATAP.

En este punto cabe aclarar que en el contexto de la integralidad de la salud, la inclusión de una actividad específica para los “problemas de salud” tenía como objetivo

enfocar la atención hacia los ejes de acción dentro de los cuales se desarrolla la labor diaria del ATAP, para identificar desde esta perspectiva hacia dónde dirigir las propuestas. Queda claro que se reconoce el impacto que factores como el desarrollo económico y social, así como las condiciones del entorno, tienen sobre la salud y la prestación de los servicios.

ATAP 1: “Hay diferentes comunidades y familias, podemos mejorar la salud pero también hay familias de muy dispersos que no podemos mejorar, son 10 a 8 horas de caminata y no hay camino, luz, transporte, escuelas y colegios para poder mejorar las condiciones en general”.

Figura 1. Sistematización de los principales problemas de la comunidad indígena Cabecar de Chirripó, desde la perspectiva de los ATAP indígenas.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la actividad grupal sobre problemas de la comunidad.

En este escenario, se representan en el triángulo los factores que se identifican como ejes centrales: cultura, lengua, geografía y desarrollo social y económico; los cuales se considera que pueden influir de forma individual o simultánea, en los diversos problemas identificados, y que además, dependiendo del contexto pueden ser factores protectores o limitantes.

Por ejemplo si consideramos la lengua y/o la cultura, para el poblador cabécar, se constituyen en factores intrínsecos, que se pueden considerar protectores, ya que representan su lengua materna y a la comunidad con la cual establece y mantiene redes de apoyo familiar y comunitario, mientras que para el funcionario de salud no Cabécar, poco o nada capacitado en dicha lengua y cultura, representan una limitación para comunicarse con el usuario y comprender como se desarrolla el proceso de salud-enfermedad en su comunidad.

Por lo tanto, no son la lengua y la cultura en sí los factores “problema”, sino más bien la falta de un proceso efectivo que logre disminuir el impacto de potenciales productos negativos que puedan surgir por las diferencias lingüísticas y culturales entre el usuario y el funcionario de salud no indígena.

Al final, todos los aspectos específicos, definidos como problemas por parte de los ATAP, van a verse influenciados de alguna u otra forma por los puntos centrales y van a afectar los procesos de Salud- Enfermedad y la Producción Social de la Salud como un todo.

Es evidente el reflejo de la cosmovisión indígena en todos estos procesos, considerando la fuerte presencia e importancia que se le presta a factores como la naturaleza (medioambiente), así como a la lengua y la cultura.

Se considera valioso profundizar en aspectos importantes propios de la percepción de los ATAP sobre la respuesta comunitaria a los servicios de salud, que también pueden influir en los procesos analizados.

ATAP 2: “...para nosotros un problema de salud, es la organización, o sea, hablando de que si yo tengo problema, entonces nadie viene a colaborar conmigo, tengo que seguir aguantando solo, buscar salida solo, tendría que ser una organización donde se puedan ayudar unos con otros...” (Discusión problemas de salud).

ATAP 1: “Es importante para la comunidad (la labor de los ATAP) porque hay diferentes familias que cumplen sus deberes y otros que no

responden, pero como funcionarios de salud, nosotros tenemos el derecho de velar en diferentes situaciones”. (Cuestionario ATAP).

ATAP 3: “Actualmente la comunidad no ha entendido claramente todo el proceso de servicio de salud porque los señores mayores de la comunidad casi en mayor parte cree en Suquia y medicina natural”. (Cuestionario ATAP 3)

Se va visualizando entonces, el hecho de que si bien la comunidad acepta y solicita los servicios de salud institucionales, lo hace bajo un contexto propio y particular, delimitado por el entorno cultural y de desarrollo social y económico de la comunidad.

También se destaca como aspecto importante del rol de la comunidad, el papel protagónico de parte de otros líderes comunales para contribuir o aportar al desarrollo integral de la comunidad, dado que las asociaciones y organizaciones comunitarias fueron identificadas dentro de la categoría de “oportunidades” mediante el análisis FODA.

Por otro lado, como se observará más adelante en el siguiente apartado, no es solamente la forma en la que los servicios abordan las necesidades de la comunidad la que debe analizarse, sino también la propia responsabilidad de la comunidad en el cuidado de su salud, Este punto se manifiesta cuando se menciona que la comunidad no atiende las recomendaciones, lo cual puede implicar también que hay potenciales aspectos por mejorar en términos del autocuidado de la salud por parte de la comunidad que pueden ser reforzados por los servicios de salud.

Prioridades definidas en salud

En este marco, se realiza luego la discusión sobre los principales problemas de salud, más enfocados al proceso de Salud-Enfermedad e intervenciones específicas. Es importante mencionar que los servicios de salud como un todo, ejercen una influencia en este proceso y en las etapas posteriores, se visualiza como corresponden a un eje interrelacionado.

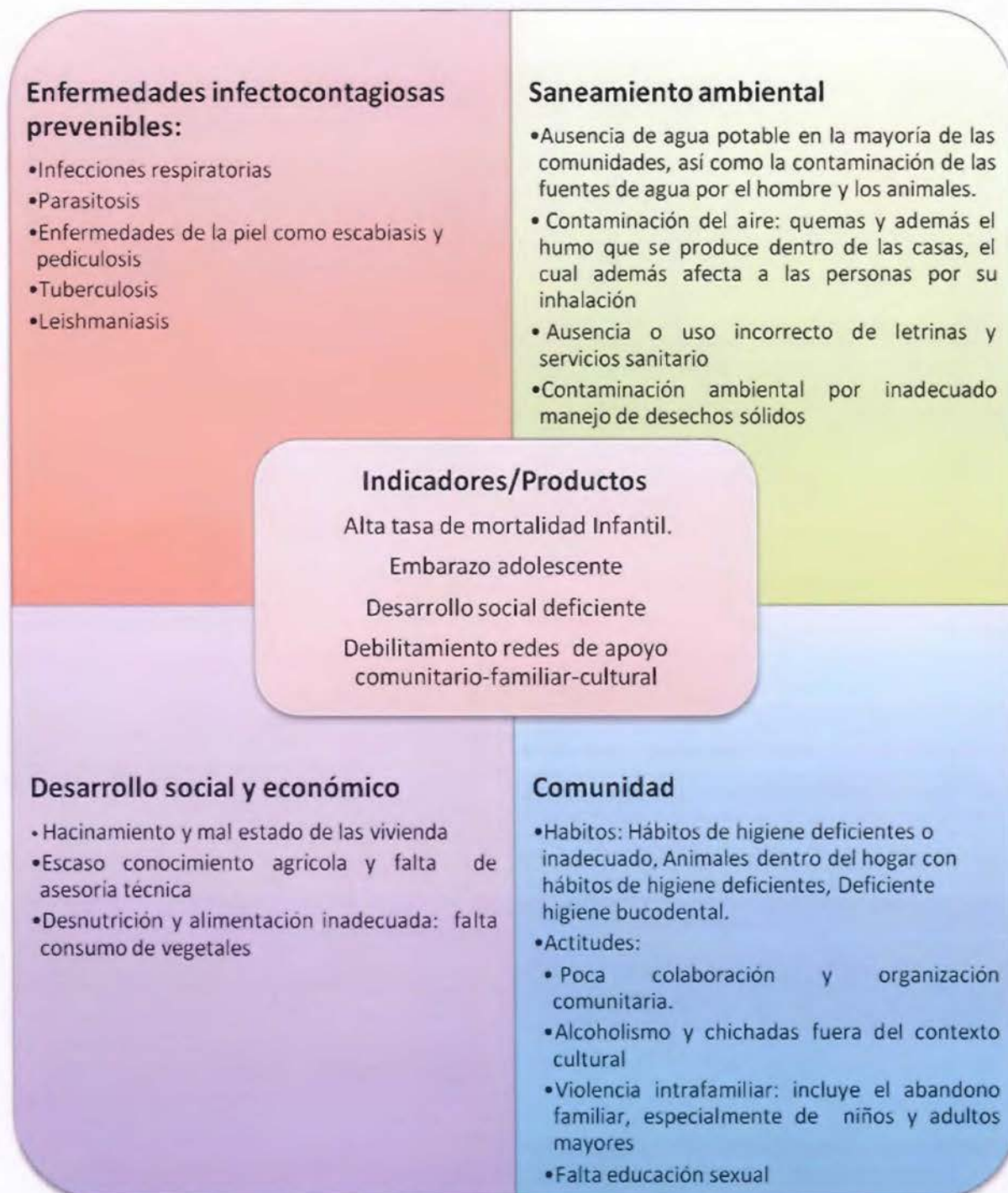
Al igual que el proceso de discusión de problemas de la comunidad, los problemas de salud, surgieron de un proceso de trabajo grupal (tres grupos), en el cual cada grupo fue presentando los problemas que identificaron ante el resto de los grupos y con la información aportada por el grupo expositor y las observaciones de los demás ATAP, se fue construyendo una lista de problemas de salud.

Todos los grupos tuvieron oportunidad de opinar y presentar sus problemas de salud identificados, aun cuando en algunas ocasiones fueran repetidos. El producto final fue una lista de problemas analizada y organizada por la investigadora en cuatro grandes grupos para una mejor identificación de las grandes líneas definidas por los participantes, a saber:

- Enfermedades Infectocontagiosas prevenibles
- Saneamiento ambiental
- Desarrollo social y económico
- Comunidad

Además, se presenta un quinto grupo, definido como “Indicadores/Productos”, el cual representa aportes definidos por los ATAP como problemas de salud, pero que por su complejidad, son considerados más bien como productos de la conjunción de dichos problemas y al mismo tiempo, indicadores del nivel de vulnerabilidad de la población.

Figura 2. Problemas de Salud de la comunidad indígena Cabecar de Chirripó, desde la perspectiva de los ATAP indígenas.



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la actividad grupal sobre problemas de salud de la comunidad.

Al utilizarse en esta etapa de la investigación una metodología focalizada desde un enfoque biologista, basado en el proceso salud-enfermedad, los problemas de salud en sí, no incorporan componentes que si fueron visualizados al tratar los problemas de la comunidad.

Cabe destacar que la mortalidad infantil, el embarazo adolescente, el desarrollo social deficiente y el debilitamiento de las redes de apoyo, no se incluyen en ningún eje porque son en sí mismos manifestaciones de la influencia de múltiples factores (mencionados o no), que no pueden definirse como un problema en sí, y más bien se presentan como indicadores o productos de una deficiencia global en todos los aspectos considerados.

Las interrelaciones que se manifiestan entre todos estos factores determinantes de la salud en la población, se profundizan aún más cuando se discuten desde la perspectiva de análisis de causas (subjetivas), como ejercicio para identificar aspectos o conexiones que no se identifican a primera vista y que pretenden esclarecer los principales puntos por modificar.

Es importante mencionar que el análisis de amenazas y causas procura profundizar en el contexto, para identificar de mejor manera los factores que influyen en los problemas identificados.

Bajo este análisis se valida la importancia de los factores ya mencionados previamente como lo son la comunidad, la cultura, la geografía y el desarrollo social y económico, tanto en los problemas de salud, como en la forma en que los servicios los abordan.

Los temas priorizados son definidos por los aportes de los ATAP, y consideran las líneas estratégicas institucionales de la C.C.S.S. Para cada uno se presenta el cuadro de amenazas y causas, así como fue elaborado por cada grupo de ATAP, con los correspondientes aportes emanados de la discusión grupal generada y el análisis de la investigadora.

Vacunación

Cuadro 3. Percepción de los ATAP indígenas sobre las Amenazas y Causas relacionadas con debilidades en la Vacunación.

Amenazas	Causas
Esquema de vacunación atrasado	No hay lugar adecuado para vacunar, acceso al traslado de la vacuna, a veces no se encuentran los niños para vacunar, a veces no hay vacuna, cadena de frío
A veces no se encuentra los niños para vacunar	Las familias se van a coger café y otros trabajan en otros lugares
Desconocimiento esquema de vacunas	Se cambia nombre de la vacuna y la diferencia dosis. Falta capacitación sobre la vacunación
A veces no hay vacuna	Se atrasa la meta de esquema completa de la vacuna
La cadena de frío	No aguanta en lugares lejos Se pierde la vacuna

Fuente: Trabajo grupal ATAP indígenas Chirripó, 2013.

Es valioso resaltar que la vacunación es una prioridad para el país, para los servicios de salud en general y específicamente como parte de las prioridades por parte de los ATAP.

Como complemento a lo presentado en el cuadro, las principales dificultades identificadas para cumplir con la vacunación de forma adecuada, incluyen factores geográficos y climáticos que en ocasiones afectan el acceso de manera bilateral (del ATAP hacia el hogar y del usuario hacia los servicios de salud).

Por otro lado, se identifican también factores causales relacionados con la costumbre que tienen algunas familias de desplazarse a otras comunidades, lo que provoca que no se encuentre a los usuarios en el hogar. En las épocas de cosecha de café, algunas familias se desplazan usualmente al área de Frailes de Desamparados y esto complica el seguimiento del esquema de vacunación, especialmente en los niños y niñas.

ATAP 7: “hay otro que pasa a veces como la gente, una vez R.(Supervisor de Enfermería) llegó, con una chiquita que yo no lo conozco, no está en los registros de eso nacimiento que llevamos, porque la muchacha vivía Frailes por allá, cogiendo café todo el tiempo, luego ya ahora, venía con vacuna muy atrasada y eso me preocupa a mí, porque piensan que yo no estoy vacunando...” (Discusión de FODA)

Una vez que el ATAP llega a un hogar donde no logra encontrar al receptor de la vacuna, debe definir la manera de proceder, con el objetivo de aprovechar el biológico en el marco de la sostenibilidad de la cadena de frío.

Lo anterior implica desplazarse a otros hogares en busca de darle el mejor uso a la vacuna programada, lo cual se ve afectado por la geografía, la dispersión poblacional, la ausencia de medios de comunicación adecuados, entre otros.

ATAP 6: “...es decir como que tengo, seis chiquitos vacuna pendiente, esa es vacuna de esquema de vacunas, de vacunación, pero este, si me voy tal casa no está chiquito y debo pasar a los quince días donde es otra vez o algo, porque tengo seis programado, y no puede devolver mismo día, si es lugar largo...” (Discusión de FODA).

La cadena de frío por sí sola es otro punto crítico, considerando que, en el territorio indígena, la ausencia de electricidad es la regla, y son pocas las comunidades que cuentan con este servicio, por lo cual, los refrigeradores para vacunas con electricidad son pocos.

A pesar de esfuerzos realizados por dotar de refrigeradores solares en algunas comunidades y ubicarlos en puntos estratégicos que permitan prolongar la vida útil de las vacunas con una apropiada cadena de frío, siguen siendo insuficientes en relación con la infraestructura deficiente y los efectos de geografía y las distancias entre una comunidad y otra.

ATAP 7: “Mis retos es realizar Visita domiciliar, vacunación, hay dificultades, mucho por vacunación, en la comunidad, en la zona, es muy diferente y largas.” (Parte de Respuesta en el Cuestionario).

ATAP 5: “De todo falta, cadena de frío adecuada no hay, servicios eléctricos en el puesto no hay, termo para trasladar de biológico en el campo de visita, no aguanta la cadena de frío, para muchos días en visita, falta papelería de trabajo, falta equipo de trabajo completo para trabajo personal como ATAP”. (Parte de Respuesta en el Cuestionario).

ATAP 2: “Se mejoró mucho en el servicio de salud como mencioné anteriormente, pero la población creces y es zona muy difícil... donde no alcanza llegar con suficiente cadena de frío, muchas veces pierde vacunas y tampoco la familia recibe atención médica y control de su padecimiento y por falta de vía de acceso que son intransitables, no permite cumplir o logra mejorar la salud de la población” (Parte de Respuesta en el Cuestionario).

Además, existen otros factores críticos relacionados con el mantenimiento de una adecuada cadena de frío como las dificultades para proveer el mantenimiento preventivo requerido, que disminuye la vida útil de dichos equipos.

Otro de los puntos más críticos relacionados con la vacunación, se refiere al abastecimiento del biológico, ya que para llegar a las comunidades más alejadas deben ser trasladadas desde Turrialba, hacia Grano de Oro.

Una vez allí, cada ATAP debe llegar a Grano de Oro a recoger la cantidad de vacunas que requiere según la programación. Las vacunas se trasladan entonces en termos especialmente diseñados para el mantenimiento de la cadena de frío si son debidamente preparados.

A partir de allí, hay dos opciones, ya sea que lleven las vacunas a sus respectivas refrigeradoras (los ATAP que cuentan con un puesto de salud y una refrigeradora), para

ser utilizadas posteriormente por uno o varios ATAP que laboran en áreas aledañas; la otra opción, es dirigirse directamente a realizar las visitas con el termo cargado y utilizar las vacunas ese mismo día.

Bajo estas circunstancias, cualquier problema de desabastecimiento, que limite la cantidad de biológicos disponibles en un momento determinado agrava una situación ya de por si compleja.

ATAP 9: “hace poquito había una gira a Tolokichá... y yo tengo programado, no hay vacuno Pentaxim, pero yo estaba llamando, hay teléfono en Sinoli y entonces me dijo que no hay vacuno de Pentaxim... diay, yo salí así nada mas, trabajé, pero ¡lástima!, llegaron mucho y no logré vacunar nada” (Discusión de FODA).

Aquí también influye el factor del trabajo en equipo entre los ATAP, ya que si solo uno de ellos no planifica adecuadamente las dosis o el tipo de vacuna que retira de la sede en Grano de Oro, puede afectar la disponibilidad de biológico para el resto de sus compañeros.

Otros factores que influyen en la vacunación adecuada, son la ausencia de agua potable, para el adecuado lavado de manos, las dificultades para contar con espacios adecuados para preparar el campo de trabajo dentro de los hogares o incluso en los puestos de salud o sitios de visita periódica, ya que no todos los ATAP cuentan con establecimientos en adecuadas condiciones.

La mayor parte de la infraestructura disponible para utilizar en la prestación de servicios de salud, requiere mantenimiento o reconstrucción, e incluso los puestos que han sido remodelados o se encuentran en buenas condiciones, no siempre cuentan con los espacios exclusivos para el vacunatorio.

Las deficiencias de infraestructura y equipamiento en general, son identificadas de forma permanente como limitaciones para el adecuado abordaje de los problemas de salud de la comunidad,

ATAP 9: “No hay PSR para trabajar bien ni cadena de frío para lograr vacunación” (Parte de Respuesta en el Cuestionario).

Se menciona también, la importancia de la capacitación constante sobre todos los procesos relacionados con la vacunación, ya que, aun cuando los ATAP reconocen que siempre han sido capacitados cada vez que hay cambios en el esquema de vacunación o el tipo de biológico a utilizar, no siempre se sienten seguros de haber asimilados los cambios.

En este punto, cabe destacar que al profundizar en la discusión, los ATAP reconocen su propia responsabilidad, al no verbalizar esa necesidad sentida sobre su requerimiento de mayor capacitación sobre algunos temas.

Sobre la vacunación en sí, se reconoce su impacto para disminuir la mortalidad infantil y las enfermedades infectocontagiosas prevenibles; desde la perspectiva de los ATAP, otros factores como la desnutrición y la violencia intrafamiliar, se asocian con el incumplimiento en el esquema de vacunación del niño, pero puede que esto sea más desde una perspectiva en la cual, todos estos factores usualmente están relacionados en algunos grupos más vulnerables dentro de la misma comunidad o se presentan de forma concomitante. Es así como lo que se puede percibir como una falta de interés y compromiso parental hacia la vacunación y cualquier otra estrategia de salud, es en realidad una manifestación de múltiples riesgos, los cuales asociados a limitaciones del entorno y los mismos servicios de salud, desencadenan en una cobertura de vacunación que aún debe mejorarse.

Es entonces que se identifica el hecho de que la vacunación por sí sola no es una causa de mortalidad infantil, pero las deficiencias debidas a múltiples factores que incluyen al sistema de salud y la respuesta comunitaria a las estrategias desarrolladas en torno a ella, si son amenazas que deben abordarse.

Mortalidad Infantil

La complejidad de este indicador tan importante para el desarrollo de una comunidad, es visible al considerar las relaciones hechas por los ATAP al momento de definir las principales amenazas y causas que en su opinión influyen en la alta tasa de mortalidad infantil que históricamente se presenta en Chirripó.

Cuadro 4. Percepción de los ATAP indígenas sobre las Amenazas y Causas relacionadas con la Mortalidad Infantil.

Amenazas	Causas
Embarazo sin control prenatal	No acude a consulta médica
Esquema de vacunación atrasado	Ausencia en el hogar No hay vacuna en el EBAIS Poca duración de la cadena de frío
Captación temprana	La señora no lleva a la niña al doctor No hay médicos en la zona y la distancia
Desnutrición	Descuido Hacinamiento Alimentación no adecuada Abandono
Poco conocimiento de la enfermedad	No cumplen recomendaciones médicas o de los mayores o de los ATAP
No planifica embarazada de riesgo	Desconocimiento cultural

Fuente: Trabajo grupal ATAP indígenas Chirripó, 2013.

Como se puede observar, los aspectos considerados incluyen la vacunación, la accesibilidad a los servicios de salud, la responsabilidad parental y comunitaria, la influencia de la cultura y la influencia del entorno social. También visualizaron la desnutrición como una manifestación de las deficiencias en el desarrollo social y económico de la zona.

El primer factor que se identifica como influyente en este proceso, es la vacunación ya mencionada, considerando que un esquema deficiente o una cobertura insuficiente predisponen a enfermedad y acentúan la vulnerabilidad del niño, su familia y la comunidad.

Siguiendo con los aspectos que según la percepción de los ATAP, están directamente asociados con la responsabilidad de los padres o la familia, su relación con los servicios de salud y, por consiguiente, con factores que pueden favorecer un aumento en la mortalidad infantil, se menciona también el impacto que tiene la atención en salud, específicamente el control prenatal, al control de crecimiento y desarrollo y los programas de planificación familiar.

Al profundizar en estos puntos, se deben analizar las diferentes aristas, que incluyen la accesibilidad geográfica (limita el acceso de la población a los servicios y el acceso de los prestadores de los servicios a la comunidad).

También se debe considerar la responsabilidad comunitaria para atender las recomendaciones del personal de salud, la posibilidad económica o del entorno para poder atender dichas recomendaciones y la adaptación de la prestación de los servicios con el objetivo de hacerlos más aceptados y accesibles para la población:

ATAP 4: “yo refiero las personas al hospital de Turrialba, y dentro del siguiente día ya casi, entonces le dicen que faltan 20 días o una semana, el problema es que el doctor en Turrialba ellos le dicen, bueno, vaya y se está por allá, por Platanillo, en un albergue en no se cuanto y después se espera y luego cuando se tiene dolores se viene. Entonces pasa esto, no se quedan allá cercano, si no que a lo mejor prefieren caminar 10 horas e ir hasta a la casa... entonces esperarse, faltan quince días o veinte días piensan que les va a dar tiempo, pero entonces ya al siguiente día amanecen con chiquito o en el mismo camino nace chiquito; pero entonces yo digo, ¿se puede culpar los médicos o no? Es que también la misma comunidad es culpable también, porque, si se les dice que vengase tal día y se espera en un albergue, y que no se vaya, y ellos mismos prefieren irse hasta la casa, bueno en primer lugar yo lo entiendo porque no tienen como sobrevivir allá afuera, es más difícil, muy complicado, prefieren irse para la casa, porque le falta montón de días. Lo malo es esto... que ninguna mujer embarazada te da una fecha exacta”.

ATAP 4: “por ejemplo...uno les dice: cuando nace el chiquito al hospital por favor, si no viene al puesto de salud, vaya otra vez allá a la clínica de materno, para que le haga lo que es el tamizaje, pero que es lo que hacen, mejor agarra chiquito pequeñito y se va y camina 10 horas allá con chiquito y se les olvida que a los cinco días tiene que venir para tamizaje...”.

Una de las discusiones más ricas sobre la influencia de la cultura, se presentó mediante la discusión de la mortalidad infantil, ya que es bien reconocido por todos los ATAP, que hay fuerte influencia cultural en la visión de los procesos de salud-enfermedad-muerte en general dentro de la cultura Cabécar, que si se analizan de manera específica en relación con la mortalidad infantil y el embarazo, pueden ejemplificar mejor las grandes necesidades existentes en cuanto a la exploración interdisciplinaria de este tema.

Se mencionan por ejemplo situaciones como las de las mujeres que tienen problemas para concebir, o que han tenido hijos que fallecen en la infancia y como esto es la mayoría de las veces reconocido culturalmente como una predisposición o un “maleficio”, requiere la intervención del médico indígena tradicional y la realización de rituales, que pueden llegar a ser en ocasiones muy complicados.

ATAP 2: “...hay familias que fue ya...-como se dice eso...el tiempo atrás que traía ese problema, que ya es como hereditario, que es una muchacha familia tal, que si se viene y siempre cuando la mamá tuvo problema que nazca bebe y se muere y nace bebe y se muere y a ella, o algo han hecho algunas abuelas o algunas vecinas, por terreno o yo no sé porque...entonces... esa señora, esa familia, ya empezó con ese problema...”

Investigadora: ¿Cómo un embrujo?

ATAP 3 y 9: un maleficio...

ATAP 2 continúa: "...entonces siempre ya, en la zona hay familias así, por eso yo estaba diciendo que en Bayei yo sé que hay una muchacha que es así y arriba por Cuén siempre pasa una misma familia, el mismo caso, casi siempre el bebe, a veces es que tenga tres cuatro años, y hasta ahí llegan y se muere, está bien hoy y ya cuando se enferma y se muere, y otro es que solo aborto y aborto, y nunca llega bebé, entonces como llegar a explicar eso ..."

Estos rituales más complejos, se menciona también que tienen un alto costo económico, según el tipo de intervención que realice el médico tradicional indígena o el ayudante, a quien se le debe remunerar también.

ATAP 3: "...porque de verdad hay familias que han tenido ese problema, hay señoras que tienen tal vez solo uno o dos chiquitos en este momento, porque todo los restos los embarazos que ha tenido se los ha perdido, pero tal vez logro solamente con dos o tres o uno dos, es por medio de otro Jawá que lo hizo el trabajo, ahí es donde nosotros vemos que es también el Jawá le puede llegar a resolver el problema, pero que pasa, que si no hay Jawá ya es un problema, y también si la familia económicamente viven mal y no puede pagar un Jawá, por que los Jawá cobran caro por eso, por eso cobran carísimo y hay que buscar un remedio muy especial y hay que pagar otra persona, para que hagan el trabajo a esa señora, por ejemplo hay personas que no les gusta hacer esos trabajos, porque es totalmente muy feo, que él no le gusta para nada, eso no se lo puedo explicar claramente porque hay ciertas cosas que nosotros no podemos explicar, no hay como, no hay forma para explicar...".

Siguiendo con el tema cultural, existen ciertos factores que se podrían interpretar como una idea culturalmente aceptada de que en algunos casos, familias o situaciones específicas, la enfermedad y la muerte, son desenlaces esperables y no necesariamente prevenibles, a menos que haya una intervención culturalmente aceptada. Otra cita que

refleja este punto se presenta a continuación, y se generó cuando se discutían aspectos relacionados con el control prenatal y como la pareja de la mujer embarazada debe también tener ciertos cuidados durante el embarazo:

ATAP 3: “Si la esposa mía está embarazada, por ejemplo si yo soy digamos, enterrador en mi casa, yo no puedo manejar ya mi trabajo en el velorio, entonces digamos, si hay una persona fallecida y hay que enterrarla, yo no la puedo tocar jamás, porque es como se llama, es “afrenda”, cuando nace el niño, la salud del niño, porque, porque, ¿Qué clase enfermedad le puede producir? Una diarrea, mal de estómago, alguna otra clase de enfermedad...”.

ATAP 2: “y es incurable”

ATAP 3: “eso si es cierto, que, eso no se puede, yo creo que ni el médico, ni nadie lo puede trabajar ni ver... sólo el médico tradicional”.

Viéndolo desde esta perspectiva, se identifica como es posible que la población no siempre identifique la necesidad de asistir a los servicios de salud, porque no los han interiorizado como necesarios o importantes en comparación con otros factores que se considera tienen mayor influencia.

ATAP 10: “voy a contarle la historia... a mi me habían amenazado... una señora trajo una piedra... que es una piedra que suelta como unos granos, entonces señora agarro y lo dieron a mi esposa como con café o algo y entonces de ahí llego mi hijo un año y dos meses, diay falleció. Entonces yo tenía que ver muy bien porque se murió... y resulta que me dijeron, vaya busque con quien, porque si va a tener otro hijo, un año y dos meses, se muere también...”.

Se establece entonces la duda sobre cuál sería la mejor manera de identificar dentro del marco de los servicios de salud de la C.C.S.S., factores de riesgo de influencia

cultural, para enfocar las acciones y estrategias preventivas en una dirección que se adapte a la comunidad.

Esta misma explicación (la no apropiación o interiorización de los servicios de salud de la C.C.S.S. como necesarios en contraposición con los servicios del Jawá), sería la misma que puede aplicarse entonces al riesgo de la multiparidad, identificado por los ATAP como uno de los factores potencialmente contribuyentes.

En esta discusión también se evidenciaron diferencias transgeneracionales, entre lo que es culturalmente aceptado y el rol de los servicios de salud:

ATAP 7: “esta muchacha, hace unos pocos se mejoró en el hospital, si yo fui el semana pasada a visitar, a la casa, y tiene 16 días nació el bebé y todavía está sentado así (en referencia al lugar donde está ubicada, sola con su bebé)” le interrumpe ATAP 4 quien expresa: “diay si, como todas... para mí eso es normal”, ATAP 3 apoya “eso es normal, vea todavía digo yo, mejoró en el hospital y vino aquí y ellos quiere ir con cultura, yo tengo que apartarme dos días para no tener ninguna contaminación con usted... eso está muy bien mas bien”, ATAP 7: “pero que dije yo, yo dije así ¿porque 16 días?, es digamos yo dije así, eso son cultura pero yo puedo educar también, eso es muy mal hecho también, a la par ahí de los perros, el humo prendido ahí pegando en la cara...”.

Otros puntos, ya desarrollados previamente como las limitaciones geográficas, también son identificados como contribuyentes; aparte de ello, la desnutrición, que en definitiva también es multifactorial, se asocia como otro aspecto influyente, por lo cual es el tema que se desarrolla a continuación.

Desnutrición

Al igual que otros problemas de salud identificados, sus factores causales son múltiples y sus interacciones complejas.

Si bien la desnutrición se ve afectada por aspectos macro como la ya mencionada geografía, es importante resaltar el efecto de las condiciones sociales y económicas que pueden limitar de alguna manera el acceso a alimentación de mejor calidad o variedad.

Específicamente, se mencionan como causas de desnutrición, la pobreza, el hacinamiento, la ausencia de fuentes de trabajo y las familias numerosas, entre otros.

Cuadro 5. Percepción de los ATAP indígenas sobre las Amenazas y Causas relacionadas con la Desnutrición.

Amenazas	Causas
Mala alimentación	Pobreza Muchos niños Poca planificación Fuentes de trabajo Distancia
Falta educación	Desinterés Manipulación
Abandono	Toma chicha la señora y el señor
Salud de la mujer embarazada	Multiparidad Alcoholismo Mala alimentación Falta a control prenatal Educación Falta consulta Automedicación Alimentación de la mujer embarazada por los niños

Fuente: Trabajo grupal ATAP indígenas Chirripó, 2013.

Influyen también desde su perspectiva, aspectos identificados como violencia intrafamiliar, a través del abandono o “descuido” de los niños (que pueden llegar a ser “muchos” en algunos hogares) y que se ve reforzado por prácticas como el alcoholismo y las chichadas que se desarrollan en un contexto no cultural.

Durante la discusión de los problemas de salud, se discutió este punto:

ATAP 9: "...este abandono de la familia, ahí viene problema de desnutrición...como de ellos están ahí, este, diay, la papá, la mamá, tomando dishkota (chicha), que se yo, aquí y quedan dos días, tres días, dejan los hijos la casa y no hay nadie más grande que ayude a alimentar...".

ATAP 4: "por ejemplo si una familia no está alimentado bien a los niños, ahí vienen los problemas...muchas veces si tienen, porque relacionando con las personas que toman mucho, quieren ganarse y tomárselo, entonces que es lo que sucede, que el niño está necesitando la alimentación o la familia, no lo está consumiendo, lo que ellos están ganando...pensábamos en las personas que hacen chichadas sin control, es que primero que nada, mejor hacen bastante chicha, que es lo que pasa, prefieren ganarse un poquito para la próximo mes, quizá volver a comprarlo otra vez, y no alimentar los niños así o las señoras y las señoras que esta embarazadas está tomando mas la chicha que la alimentación, entonces igualmente viene siendo problema para el niño que va a nacer...".

Otro factor identificado como muy importante, fue la salud de la madre y su alimentación, ya que las prácticas inadecuadas (como el consumo de alcohol), la multiparidad y el poco conocimiento sobre las prácticas saludables, incluidas el control prenatal, se considera que influyen directamente en el estado nutricional de los niños.

La educación hacia la población sobre la importancia de los servicios de salud durante el embarazo, así como la importancia de que los servicios de salud conozcan y consideren otros factores culturalmente importantes, se identifican como factores a considerar fuertemente.

Violencia Intrafamiliar

Cuadro 6. Percepción de los ATAP indígenas sobre las Amenazas y Causas relacionadas con la Violencia Intrafamiliar.

Amenazas	Causas
Padres irresponsables	Alcoholismo, drogadicciones Dedica solo en chinchada, no preocupa por los niños
Problemas económicos	Padres sin trabajo (no trabajo) Mal uso de recursos económico
Abandono	Niñas no da importancia a los menores seguidos, no planifica
Desacuerdo familiar	Los papas no se ponen de acuerdo como mantenerse los menores
Educación	Maestros de cultura no tienen conocimiento cultural o no enseña a los niños sobre la importancia de la cultura
Consumo de chicha en las escuelas	Según dicen es culturas, pero no es, muchos llegan con niños menores. Participar porque se da gratis a todos sin importar la edad
Abuso a menores	Persona blanca de edad avanzada da algo a cambio por la niña o se aprovecha de la niña cuando están borrachas
Agresión del hogar	Por exceso de alcohol y por celos

Fuente: Trabajo grupal ATAP indígenas Chirripó, 2013.

En el cuadro anterior, se identifican grupos vulnerables como los niños y los adultos mayores, quienes son sujetos de abandono. Los factores que se consideran como influyentes en el proceso, son la condición económica, que incluyen pobreza y hacinamiento como factores coadyuvantes.

En este cuadro, nuevamente se menciona el impacto del alcoholismo y las chichadas fuera del contexto cultural. En este punto es importante mencionar que se enfatiza en el hecho de que la “Chicha” con alcohol o fermentada a base de levadura, no es producto de la cultura cabécar y son estos dos ingredientes, los que se han convertido

en los predominantes actualmente, según la experiencia de los ATAP. Mientras con la “chicha” tradicional, la fermentación es mínima, con estos nuevos ingredientes, se logra un mayor nivel de alcohol con una menor cantidad del producto.

Según la percepción de los ATAP, lamentablemente este tipo de chichadas, se organizan para lograr que los asistentes se alcoholicen más rápidamente y consuman más “Chicha”, lo cual va a traer más ganancias a las personas u organizaciones que la están vendiendo.

Lo anterior favorece, según su criterio las situaciones que son identificadas como abuso: abandono de los niños y adultos mayores, mala alimentación infantil, (solamente con chicha), abuso sexual a menores de edad, agresión física, entre otros.

La cultura en sí y la mala interpretación de la misma, es uno de los puntos centrales identificados en este problema de la violencia intrafamiliar. Las percepciones erradas, también son mencionadas. Se transcriben a continuación comentarios sobre el embarazo adolescente, así como sobre la creencia de que el incesto es una práctica cultural.

ATAP 2: “Nosotros estuvimos con el diagnóstico comunal, y ahí nos preguntaron si las chiquitas 13 ó 14 años embarazadas es cultura... pero nosotros dijimos que no, porque en el tiempo de los abuelos era estricta, hasta cuanta edad puede usted juntarse, hombre y mujer, pero ahora eso no (investigadora consulta, hasta que edad es aceptado en esos tiempos convivir en pareja y el ATAP 2 continúa)...bueno, los abuelos no cuentan la edad por años, cuentan es por si es usted una mujer que ya tiene conocimiento de cómo poder vivir solo a su propia manera, manejar todo el trabajo de una mujer o el hombre también, saber trabajar bien, saber cacería, saber hacer casa, bueno de todo...entonces es parte de que no es cultura”.

Sobre el incesto se menciona lo siguiente:

ATAP 2: "...si porque, muchas veces los de afuera me han preguntado eso, como ustedes juntan así, con mismo hija o hijo, pero yo dije no, no es así... nosotros tenemos un ley o un regla que es, se puede juntar, es por el clan o casar por el clan, no es por mismo clan, entonces, eso es otro que no están dando cuenta...".

Visita domiciliar

Se ve afectada por múltiples factores como la ausencia de las familias en su hogar por los desplazamientos internos o los que se producen hacia las zonas de colecta de café.

Además, se identifican los factores geográficos, que afectan también el cumplimiento de la vacunación y en ocasiones, el acceso a los servicios o de los servicios hacia la comunidad.

Cuadro 7. Percepción de los ATAP indígenas sobre las Amenazas y Causas relacionadas con debilidades en la Visita Domiciliar.

Amenazas	Causas
Casa cerrada	No se cumplen los objetivos
Familia enfiestada	No se pueden realizar las visitas, puede haber violencia
Velorios	No aceptan programa por cultura tradicional
Factores climatológicos	No se logra llegar al destino por caminos y ríos
Se pierden vacunas	Por cadena de frío

Fuente: Trabajo grupal ATAP indígenas Chirripó, 2013.

También la cultura, se menciona nuevamente como influyente, en los casos en los que se está celebrando un velorio, según la tradición cabécar, limitando así el poder realizar la visita de los involucrados por varios días.

ATAP 8: “Bueno, a mi me ha pasado, voy a hacer la visita...digamos yo llego a una casa y yo me encuentro ahí Jawá, digamos, yo tengo que respetarlo (investigadora consulta si no pueden entrar y ATAP 8 responde) o sea, yo puede entrar con ellos, pero con su trabajo, yo tengo que mantenerse...”.

Finalmente, se menciona también el impacto de las chichadas ya que implica que las familias no se encuentran en su hogar y en caso de que la actividad se desarrolle en el sitio de la visita, no siempre atienden al ATAP.

Vigilancia epidemiológica

En la actualidad, se trabaja con varios temas, como son: la Tuberculosis, la Meningitis, la Tosferina y la Leptospirosis, así como las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones respiratorias, las diarreas y las parasitosis intestinales.

Como factores comunes a todos los temas discutidos, se incluye la necesidad de educación adecuada y adaptada para la población, las limitaciones geográficas para el acceso de los servicios de salud, los hábitos de higiene inadecuados, las condiciones sociales y económicas que influyen en el hacinamiento, la pobreza, la desnutrición y la ausencia de servicios básicos (como agua potable).

Cuadro 8. Percepción de los ATAP indígenas sobre las Amenazas y Causas relacionadas con debilidades en Vigilancia Epidemiológica

Amenazas	Causas
Diarreas – Parasitosis	
Agua	Contaminación
Mala higiene	No se lavan las manos
Letrinas	No hay buenos servicios sanitarios
Mal estado de la casa	No práctica la higiene o aseo de la casa
Animales enfermos dentro de la casa	Los animales no están en buen estado de salud
Infecciones respiratorias	
Desnutrición	Sin control médico
Hacinamiento	Sin planificación familiar Vivienda en mal estado Lugar no adecuado
Vías de acceso	Distancia, caminar bajo la lluvia y sol
Esquema de vacunación incompleto	Padres le dan poca importancia No sabe porque importante carné
Carné del seguro	No sabe porqué necesita carné Falta constancia de nacimiento y por eso no puede traer niño al doctor Padres sin capacitar

Continúa...

Cuadro 8. Continuación

Amenazas	Causas
Enfermedades de Transmisión Sexual	
Desconocimiento	Falta educación No se visualiza como problema
Prácticas sexuales	No uso del preservativo Embarazo adolescente no es cultura El incesto no es cultura Clanes distribuidos
Otros Eventos	
Tuberculosis	No detectado a tiempo No se colecta a tiempo baciloscopia Humo dentro del rancho No se hace estudio de contacto
Meningitis	Esquema de vacunación atrasado por insuficiencia de vacunas Familia se va a otro lugar
Leptospirosis	Falta de higiene en el hogar, aseo de utensilios y agua contaminada Falta charlas sobre animales dañinos
Tosferina	Esquema de vacunación incompleto Falta de charlas y educación
Hepatitis	Hábitos de higiene Vacunación insuficiente

Fuente: Trabajo grupal ATAP indígenas Chirripó, 2013.

Siendo este un tema ampliamente desarrollado por la gran cantidad de eventos analizados, es muy importante observar como las deficiencias en todos los demás temas que se analizaron de forma individual (vacunación, saneamiento ambiental, entre otros), confluyen y se relacionan entre sí en la percepción de los ATAP, sobre los puntos que favorecen la manifestación de estas patologías.

Cabe destacar nuevamente un rol de los servicios de salud, en el sentido de que se continúa considerando necesaria una mayor y mejor educación hacia la comunidad,

considerando aspectos propios de la cultura para lograr un mejor acercamiento a la comunidad, y lograr así modificar hábitos de riesgo y condiciones de vulnerabilidad, por ejemplo, los hábitos de higiene).

Saneamiento ambiental

El saneamiento ambiental como problema es complejo y al mismo tiempo se convierte en un factor que influye directamente en todos los demás problemas y procesos. El énfasis que se le da al rol del medioambiente ejemplifica la cosmovisión indígena y su impacto en la salud. Se identifican como malas prácticas las quemas, el mal manejo de los desechos sólidos, las prácticas que no siempre consideran los riesgos de contaminación del agua, así como el mal manejo de los restos de animales muertos.

Cuadro 9. Percepción de los ATAP indígenas sobre las Amenazas y Causas relacionadas con debilidades en Saneamiento Ambiental y Salud Animal.

Saneamiento Ambiental	
Amenazas	Causas
Quemas	Quemas de basura Humo en la casa
Basura	No tiene educación para la basura, quema o tira para cualquier parte
Contaminación de aguas	Se dejan animales muertos que contaminan agua, animales muertos también atraen contaminación en salud.
Salud Animal	
• Afecta la salud de la familia por contagio, sarna, vómitos y otros.	Hábitos de higiene inadecuados.

Fuente: Trabajo grupal ATAP indígenas Chirripó, 2013.

También se menciona el efecto de los animales en el hogar. Este punto también fue importante, ya que se reconoció como un factor cultural, pero que puede estar sujeto

a mejoras que permitan que los animales dentro del hogar no sean un factor más para producir un entorno que favorezca la enfermedad y los inadecuados hábitos de higiene.

Rol de los servicios de salud

El impacto de los servicios de salud de la C.C.S.S., dentro de todos estos procesos que se discuten, es innegable. La percepción actual que se tiene de los servicios de salud, (entendidos como el resto de los servicios institucionales de primer nivel de atención, aparte de los servicios de los ATAP), demuestra la complejidad de la zona y todos los factores que deben considerarse.

Se identifican por parte de los ATAP múltiples aspectos positivos y beneficiosos de los servicios de salud en general, como se evidenció mediante el FODA, en el cual, el resto de los integrantes de los EBAIS de la zona, son claramente identificados como elementos positivos que fortalecen y apoyan la labor de los ATAP.

Por otro lado, salen a relucir algunos aspectos que, si bien no son una representación necesariamente de lo que está mal, sí se visualizan como aspectos que se deben analizar para definir si es necesario mejorar.

A continuación, se mencionan los principales puntos identificados en relación con los servicios de salud (en términos de infraestructura, organización y prestación de servicios por parte de otros funcionarios que no son el ATAP). Aún cuando se considera que éstos requieren procesos de análisis y estudio individual específicamente enfocados, el peso que tienen para comprender el proceso de la labor de los ATAP al menos requiere que sean considerados como parte del contexto.

Infraestructura y equipamiento

Este punto es una constante, dado que la ausencia o deficiencia en infraestructura y equipamiento, afecta directamente la prestación de los servicios de salud (espacios adecuados para vacunación, valoración ginecológica, realización de citologías vaginales, entre otros).

En el FODA, en el apartado de amenazas para la labor del ATAP, se identifican claramente las siguientes, que se relacionan específicamente con este punto:

- Sistemas de radiocomunicación deficientes
- Equipo e insumos deficientes o en mal estado

Al mismo tiempo, en la parte de las entrevistas relacionada con los servicios de salud, se presentan las siguientes observaciones:

ATAP 4: “No hay buen servicio de salud, falta buena atención, mejoramiento de infraestructura para asegurar atención de las comunidades”.

ATAP 5: “De todo falta, cadena de frío adecuada no hay, servicios eléctricos en el puesto no hay, termo para trasladar de biológico en el campo de visita, no aguanta la cadena de frío, para muchos días en visita, falta papelería de trabajo, falta equipo de trabajo completo para trabajo personal como ATAP”.

ATAP 7: “en puesto salud no hay mejoramiento, en puesto salud falta condiciones en para trabajar bien”.

ATAP 9: “no hay PSR para trabajar bien y cadena fría para lograr la vacunación”.

La necesidad de trabajar con otras instituciones y organizaciones de la comunidad, se menciona en esta respuesta, dada por algunos ATAP en el cuestionario, sobre las oportunidades de mejora en los servicios:

ATAP 2: “Para mejorar se requiere negociación con los altos jefes de este país como MS, C.C.S.S., MEP, IMAS, etc. Con la ayuda de ADI. Se puede mejorar el camino, los puestos de salud con equipamiento completo, nuevos ATAP. Mejorar gira en la zona”.

Organización de las visitas a las comunidades

La percepción que existe entre los ATAP, es que, la suspensión de las giras ya programadas o el cambio en el sitio de visita, se dan con muy poco tiempo de anticipación, lo cual afecta a la población, ya que no siempre los usuarios se logran enterar de estos cambios y pierden sus controles de salud (control prenatal, consulta de crecimiento y desarrollo, pruebas de laboratorio, entre otros). .

En otros aspectos, se menciona la organización de los servicios a prestar y cómo hacerlo:

ATAP 6: “Todo es regular porque no hay voluntad para visitas a domicilio cuando hay personas con gravedad, se les incita para que visite al paciente en las consultas médicas, no ha habido posibilidad para que visite a los pacientes o adultos mayores que no puede asistir a la consulta médica...Tampoco los médicos no visitan a las embarazadas que tampoco pueden asistir a la consulta médica, mejor esperar que llegue la noche”.

Igualmente importante, es la percepción relacionada con el trabajo en equipo:

ATAP 4: “Servicio de salud en zona indígena no está funcionando como debe ser, los equipos de salud no trabajan en equipo, sino en otra forma, no hay buena comunicación”.

En este punto de la organización de los servicios, se percibe una influencia importante del factor geográfico y como la distancia y la dispersión poblacional de la zona tienen un impacto innegable en la

organización de los servicios y el acceso a éstos de parte de la población, en este caso, se reconoce que hay aspectos que no dependen de los servicios en sí, sino de su habilidad para adaptarse a ellos.

ATAP 2: “Se mejoró mucho en el servicio de salud como mencioné anteriormente, pero la población crece y es zona muy difícil, lugares inhóspitos, donde no alcanza llegar con suficiente cadena de frío, muchas veces pierde vacunas y tampoco la familia recibe atención médica y control de su padecimiento y por falta de vía de acceso que son intransitables, no permite cumplir o logra mejorar la salud de la población”.

ATAP 6: “Desde el inicio todos trabajan por la salud con carisma y mucha voluntad, pasa los años las personas que van conociendo los lugares ya no quieren entrar ni programar las giras, porque ya saben el terreno, por lo que la labor no se puede mejora”.

Actitud de los funcionarios de salud

En un entorno donde el funcionario de salud no maneja la lengua del lugar en el que labora y, para los usuarios, el idioma del funcionario de salud es su segunda lengua (si es que la conocen del todo), las estrategias de comunicación, no solo en cuanto a conocer la lengua cabécar, pero en la forma de dar la información, son de vital importancia.

ATAP 8: “...algunos yo he visto que médicos, verdad, algunos que vienen interesa, digamos, respetar culturalmente, verdad, hay unos que no, más bien digamos que es burlar a uno, más que todo. Bueno aquí voy a hablar diay cuando, el doctor, había labor de parto una señora indígena y me dice venga...y diga que abre el pierna... entonces yo, llegar a decir

a la señora, jamás, yo no puedo llegar, yo tengo que respetar a ella, verdad, más bien no tengo palabra, entonces yo veo que ahí, o sea médicos actúan sin saber que es... es como decir, digamos me disculpe, de los blancos no entienden que es Di Nama (tigre de agua)...o sea, no saben que es Di Nama”.

Una actitud que se percibe como hostil o negativa, con un mensaje en español que puede no ser fácilmente comprensible, puede afectar la percepción de la población hacia los servicios de salud y transformarla en una imagen negativa de estos.

ATAP 5: “Con el grupo medico se ha cambiado mucho por el EBAIS, excepto con los REMES, nunca se ha cambiado por el comportamiento con los usuarios, más que por el cambio de la confección del carné del seguro (regañó), no atiende bien al beneficiario, entre otros más exige los cambios de carné y no hay fórmulas para solicitud y siempre sigue lo mismo...”

El siguiente aporte, se produce durante la discusión de los problemas de la comunidad, mientras el primer grupo exponía su opinión:

ATAP 7: “...un ejemplo un REMES llega y dice, llene estos papeles todos y algunas señoras, adulto mayores, algunos menores...”

ATAP 2: “¡cualquiera!”.

ATAP 7: “no entiende que le dijo...”.

ATAP 5: “lo que tiene que hacer...”.

ATAP 7: “y algunas palabras que tienen, que ellos no entiende, ni yo mismo entiendo...”.

Adaptación de los servicios al entorno de la población indígena Cabécar

En ocasiones, trasladar un modelo de salud exactamente igual a como ha sido utilizado en otras comunidades, a un entorno tan complejo y diferente, puede ser poco aplicable para lograr los objetivos finales de dicho servicio, especialmente si consideramos aspectos culturales que pueden afectar la respuesta de la población a los servicios.

La siguiente cita, se toma de la discusión realizada durante el análisis de “Amenazas y Causas”, cuando se mencionaron algunos aspectos del control prenatal y la educación hacia la mujer embarazada:

ATAP 5: “O sea los médicos hablan, pero lo que es alimentación, es más alimentación de afuera digo yo, lo que es alimentación de afuera, lo que dice el médico: tiene que comer esto, esto, no tiene que consumir tal cosa, tal cosa... pero ya de cultural son diferente”.

ATAP 2: “Como en el caso de nosotros, nosotros culturalmente nosotros, cuando la mujer está embarazada, no se puede comer lo que es víscera y el médico dice que come víscera, hígado... porque tiene mucho hierro...No es sólo la mujer, pareja también”.

Por ejemplo, la definición de “cupos” en una gira a una comunidad, deja en desventaja a los pobladores que provienen de las zonas más alejadas, ya que son los últimos que llegan a solicitar un espacio en la consulta.

ATAP 6: “La distancia para venir en la EBAIS o distancia de una casa a otra o que caminar 8 a 10 horas o más y no son atendido como se debe, las carácter de los mismo médicos o de REMES, siempre las personas con mucha humildad no son bienvenidas, nunca queda número, pero para las personas que caminan menos de 10 minutos si tiene números”.

Nuevamente, se aclara que este trabajo no incluye los aportes de otros componentes fundamentales del equipo de salud, razón por la cual estas observaciones deben considerar las limitaciones al no contar con aportes de otras instancias que aclaren mejor aspectos organizacionales, estructurales y administrativos, que no están visualizados aquí.

Rol de la cultura

La cultura se ha venido mencionando de manera constante a través de todo este trabajo, así como el manejo y la relación que los servicios de salud a cualquier nivel y de cualquier disciplina, deben tener en relación con la cultura, pero ¿Por qué tanto énfasis en la cultura?

ATAP 2: “Conocer bien la cultura de la zona, ya que actualmente, mucho habla la cultura y no sabe que es la cultura, saber cuál es importante, cuál tiene sentido y cuál no, para incluir las que son importante en la salud.”

ATAP 3: “Se debe incluir siempre (la cultura), conforme la cultura, nosotros ATAP trabajamos, si no se respetan la cultura, la comunidad nos puede brincar y hacer demanda por aculturación.”

ATAP 5: “Si es importante saber y conocer la cultura porque no se puede cambiar la cultura, que creencia que tiene la comunidad. Saber hablar en los idiomas que puede entender en cuanto a la comunicación con quien sea adulto o niño (a)”.

La respuesta puede ser simple si nos referimos al Convenio 169 de la OIT y a los múltiples documentos elaborados por expertos que laboran con poblaciones indígenas que recalcan el hecho de que se debe respetar la cultura y las tradiciones de los pueblos

indígenas y sugieren que se incorpore la cosmovisión indígena en los procesos que se realizan con dichas poblaciones.

Por otro lado, las justificaciones del porqué son importantes, son evidentes cuando las observaciones realizadas por los ATAP, demuestran que hay una especie de lucha entre lo que se puede o se debe revelar a personas que no son indígenas y por qué no comparten aspectos importantes de su cultura que afectan su trabajo.

Hay varios puntos importantes que salieron a relucir, como el hecho de que muchos aspectos de la cultura cabécar no se mencionan a los no cabécar, en primera instancia porque no consideran que exista un interés especial por conocer su cultura (el interés lo han demostrado personas en forma individual); en segundo lugar, porque la mayoría ha tenido experiencias previas en las cuales, cuando han compartido parte de su tradición y cultura, se han sentido burlados e irrespetados, e incluso, más como sujetos de observación que como personas compartiendo su historia.

ATAP 3: "...hay muchas, muchas, muchas de esas historias, historias de las culturales que nadie quiere comentar porque, tal vez es porque de verdad, mucha gente digamos viene con su cámara y su grabadora y de todo...y más que todo hace es, diay para inversión suya nada mas, para no otra cosa, no para beneficio del pueblo, sino quería saber, preguntar tal vez, le agarra una risa, porque digamos, ni entendió yo creo, ni para nada, simplemente para decirle, que así son los cabécares, que así son la cultura de los cabécares, más que todo simplemente como para burlarse".

Aún así, durante el desarrollo de la actividad, llegó un momento en el que varios ATAP mencionaron que entre ellos mismos deben evaluar como promueven ese proceso de comunicación y conocimiento cultural mutuo, porque de otra manera es muy difícil lograr explicar claramente a personas fuera de su cultura como interpretar ciertas situaciones.

Más allá de eso, consideran que hay posibilidades de encontrar espacios intermedios en los cuales no se afecte la tradición o la cultura, pero se permita que las

decisiones relacionadas con algunos puntos se tomen bajo un conocimiento respetuoso de su cultura.

La siguiente cita, ejemplifica las explicaciones recibidas, luego de que la investigadora consulta sobre aspectos culturales que “predisponen” a una persona, a la enfermedad o incluso a la muerte:

ATAP 4: “lo que pasa es que nadie lo mencionó en escrito, todo mundo lo sabe bien, pero nadie lo escribió” continúa ATAP 3: “sabe que es lo que pasa, yo sé que aquí siempre hemos guardado eso, porque nosotros casi nunca nos salimos con la luz pública digamos con eso, porque eso es, digamos parte de nosotros, lo guardamos siempre para que no se vaya más allá, pero yo creo que es también por mismo negligencia de nosotros, porque yo creo que la Institución debe conocer ¡debe entender!, a base a eso se puede trabajar programa de salud con la Caja”.

Un ejemplo que se desarrolló ampliamente, corresponde al de la salud de la mujer embarazada y el hecho de que las mujeres con antecedentes de abortos múltiples o defunciones infantiles múltiples, dentro de su cultura puede que se consideren como “hechizadas” y requieran múltiples acciones tradicionales para curarse. En la mayoría de las anécdotas o experiencias personales, se mencionó el éxito conseguido luego de la intervención del Jawá. Bajo el contexto de la historia que se describe, en términos médicos, se podría pensar en diversas explicaciones médicas para los abortos recurrentes, al igual que en los casos de varios niños fallecidos a temprana edad o a los pocos días de nacidos, se puede pensar en malformaciones congénitas o errores del metabolismo que podrían explicar esta situación con estudios médicos modernos.

ATAP 8: “...digamos parte mía en mi familia, verdad, mi hermana, fue así. Sinceramente todo, digamos, nace el bebé, digamos un mes mueren, toda es como cinco o seis veces, diay entonces mi mamá, ellos hablo con Jawá y después Jawá trabajo, y después ahí siguiente, se normalizó, como

debe ser... es muy duro verdad, pero como hablábamos ahora, ya no hay Jawá...”.

Aún así, el punto no es definir quién tiene la razón (¿es un “hechizo” o una “enfermedad” diagnosticable y potencialmente tratable?), sino más bien de qué manera el servicio de salud identifica estos potenciales factores de riesgos culturalmente reconocidos y logra enfocar, acciones preventivas e incluso de atención y tratamiento, sin que ello venga en detrimento de cualquier proceso cultural paralelo.

La interculturalidad debe ser vista como un camino de dos vías, y hay que lograr procesos de comunicación fuertes y basados en el respeto étnico y cultural que permitan que la población, sus líderes y figuras tradicionales comprendan que el objetivo es el balance entre las dos medicinas y no una lucha de poder de una medicina sobre la otra.

En las discusiones se menciona como esta visión que incluya también la aceptación o al menos el reconocimiento por parte la comunidad Cabécar de algunas particularidades de los no Cabécar, puede también ayudar a mejorar el desempeño de los servicios de salud.

El ejemplo más usual es la atención del parto en un puesto de salud de la C.C.S.S., como una de las labores sustantivas en caso de que la usuaria no pueda ser enviada al hospital a tiempo. Bajo esas condiciones, desde la perspectiva de los Cabécar más tradicionales, tanto el puesto de salud como los funcionarios que tuvieron contacto directo con la mujer embarazada y su bebé, son considerados impuros y ello implica en la mayoría de los casos, que las personas Cabécares, se alejen del puesto de salud y no asistan a la consulta médica.

ATAP 7: “...hace tiempo allá nació una chiquita en el puesto de salud... después al otro día nadie llegaba, porque el puesto estaba Ña (podría interpretarse como impuro); y la gente me reclama a mi, porque yo di campo para que mejorara ahí.

La semana pasada mejoró una, jueves, mucha gente de consultaron el jueves y viernes no llegaron nadie, y me dijo mas bien también, porque yo había dejado.

Entonces doctor me pregunto ¿Por qué? (no había llegado nadie a consultar) y entonces ahí le hable, le explique, esto y esto y esto y esto... y este, ahí cuando la hora de almuerzo, entonces sentamos a almorzar y me dicen (personas de la comunidad) ¡pero esta gente los doctores, estuvo ayer con este paciente y usted comiendo con ellos! Usted se va a morir de Ña también, de citara (parásitos intestinales)...”.

La oportunidad de lograr ese punto intermedio en el cual exista una aceptación mutua de estas diferencias y las mismas sean respetadas y consideradas en el entorno de la prestación de los servicios, sin venir en detrimento del proceso de atención, es el principal reto.

Uno de los puntos más críticos, es el reconocer que dicho proceso de interculturalidad en los servicios de salud no es un tema nuevo; ha sido tratado en múltiples ocasiones por diversos grupos y en diferentes escenarios, pero parece que aún no se ha desarrollado el espacio idóneo y los procesos permanentes que permitan que este intercambio de conocimiento, reconocimiento, aceptación y trabajo intercultural, enfocado en estrategias y servicios de salud, sea una práctica y no solo una idea sobre lo que es deseable.

Por otro lado, cabe mencionar que se evidenció cierto grado de diferencias transgeneracionales, relacionadas con la cultura entre los mismos ATAP, diferencias que llaman la atención, pero que al no ser este el enfoque del estudio, no pueden analizarse a profundidad, en cuanto a si se deben a procesos normales relacionados con la cultura entendida como un proceso dinámico y cambiante, a procesos específicos de transculturación o a una mezcla de ambos procesos.

Propuestas de los ATAP

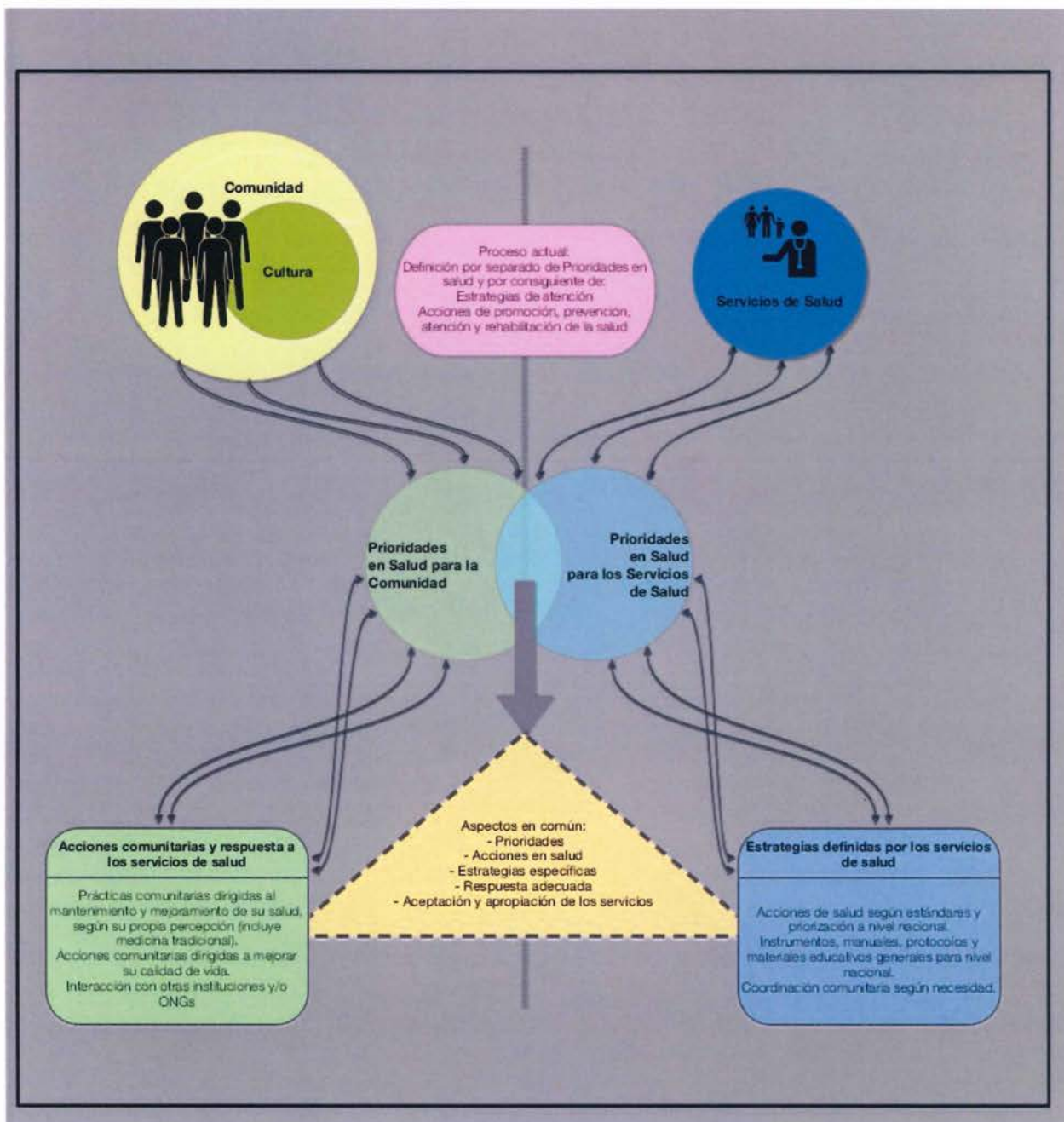
En este punto, cabe mencionar que las propuestas fueron enfocadas por los mismos ATAP en grandes ejes que deben ser analizados a un nivel macro, antes de llegar a las acciones específicas,

El contexto de las necesidades identificadas, así como del entorno que rodea las labores, debe tenerse en cuenta al momento de analizar estas propuestas, que en su mayoría son generales.

Además, es importante aclarar que si bien se trató de que la conclusión del taller se enfocara en las propuestas, la mayoría de éstas fueron surgiendo a lo largo de todas las actividades previas, ya que en muchas ocasiones, la discusión derivó en ellas.

A fin de profundizar en el enfoque de este trabajo al dirigir la investigación específicamente en el rol de los ATAP, se presenta la figura número 3, como una interpretación integral sobre la manera mediante la cual se define la oferta actual de servicios de salud para la población indígena Cabécar de Chirripó.

Figura 3. Interpretación sobre el proceso actual para definición de la oferta de servicios de salud para la población indígena Cabécar de Chirripó.



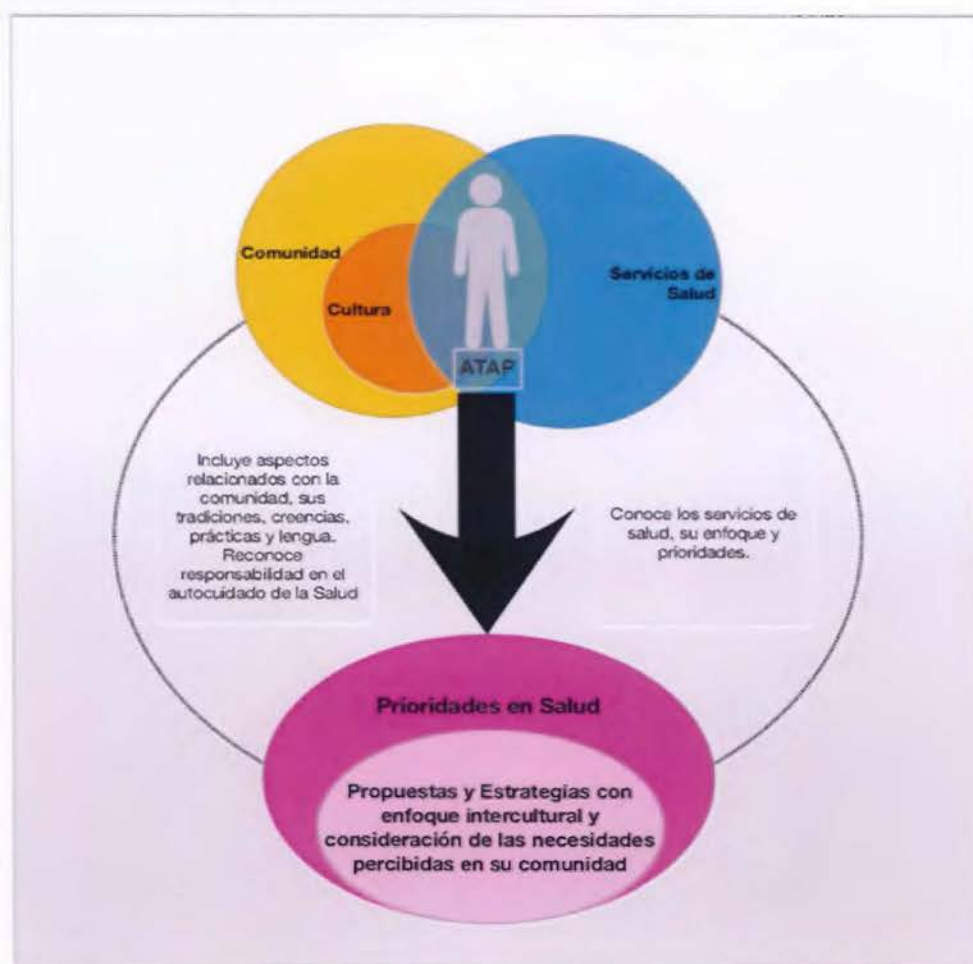
Fuente: Elaboración propia.

Si bien hay aspectos más profundos y análisis más amplios que deben realizarse con otros grupos y actores comunitarios, se considera que los aportes de los ATAP,

presentan un paso intermedio entre la manera actual en la que se identifican las necesidades comunitarias para definir la oferta de servicios, y ese proceso más participativo e ideal.

Con el objetivo de reforzar la idea de que los ATAP representan un grupo que puede proveer aportes que ayuden a dirigir las acciones hacia una gestión más participativa de la oferta de servicios de salud, se presenta la figura número 4, en la cual se plasma la manera en que se visualiza la posición privilegiada del ATAP como actor en este proceso de coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población a la cual pertenece y al mismo tiempo le colabora como funcionario público que es.

Figura 4. Rol del ATAP en la definición de las propuestas de servicios de salud contextualizados para la PICC.



Fuente: Elaboración propia.

Bajo este marco, se presentan las siguientes propuestas, producto de los aportes de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria indígenas de Chirripó:

1. Espacio de intercambio y conocimiento cultural: los ATAP identifican dos necesidades específicas en relación con este punto, la primera corresponde a un interés genuino por parte de la institución y sus funcionarios no Cabécar, de conocer sobre su cultura en un ambiente de respeto. La segunda como responsabilidad como pobladores Cabécares, de compartir bajo las condiciones y el entorno adecuado, aspectos de su cultura que consideren importantes y valiosos para la mejora en los servicios de salud interculturales.

ATAP 2: “Eso es lo que ayer estábamos hablando...para llegar a ese punto, hay otro libro que hay que abrir” (discusión de Amenazas y causas).

ATAP 3: “Eso es lo que estábamos hablando, de que tal vez, este no sé, reunir con todos ustedes, tal vez no sé, es una idea mía, mala o no sé, pero si me gustaría tal vez... es para que lo conozcan mas, aspectos culturales nuestro, y ahí si hay choques, si hay barreras, de acuerdo a los programas y todo eso, entonces para tal vez discutir y ver ¿Por qué?, porque no se hace ciertas cosas y todo eso verdad y si hay algunas cosas que hay que tal vez mejorar o se pueden mejorar o de acuerdo con la cultura cambiar con otro aspecto de ideas tal vez...” (Discusión de propuestas)

Este elemento se constituye en la primera propuesta, debido a que de ella se derivan los restantes puntos que se relacionan con las propuestas generadas. La definición del espacio, la metodología y los recursos necesarios para asegurarse este espacio, se consideran una prioridad.

2. Educación: incluye dos componentes que son el material educativo adaptado a la realidad de la comunidad indígena Cabécar y la capacitación dirigida al desarrollo de habilidades de comunicación que les permitan trasladar mejor el mensaje a la población.
 - a. Material educativo: a pesar de que se ha mencionado que la escritura del cabécar varía de un lugar a otro y no necesariamente todos los cabécar manejan la lectura del idioma, los ATAP consideran necesario contar con material educativo específico en cabécar. Se menciona también la importancia y la necesidad de contar con material educativo audiovisual, el cual puede aprovecharse en los centros educativos o de salud que cuentan con equipo para reproducirlo.

Contar con este tipo de material educativo fue la propuesta general en varios de los temas priorizados que se analizaron como la enfermedad diarreica aguda, la tuberculosis y salud animal, entre otros. Durante la discusión de propuestas, se menciona lo siguiente:

ATAP 5: “Para la propuesta yo, una vez anduve trabajo escolar, ellos me pidieron, director me pidió como un tipo videos, para presentarse a los niños, ahí viendo que es, de que se trata como por ejemplo las caries, que se trata que es la parasitosis, como se contamina y de donde viene...entonces lo que me pregunto es la posibilidad de buscar como un tipo videos”.

ATAP 3: “Si también como panfletos...si una cartas, como para poner en escenario, en la pared o en la casa o cosas así, que diga, si esto los afecta...”

ATAP 2: “en la zona también es importante traducir en cabécar”.

ATAP 3: “Ojala estos vinieran en cabécar”.

Este recurso podría ser de utilidad, incluso para hacer del conocimiento de la población sus derechos como usuarios de la C.C.S.S., así como los requisitos y las obligaciones para la atención dentro de la institución (contar con un documento de identificación, portar el carné de asegurado, cómo llenar la información del instrumento de aseguramiento por el estado), ya que es en estos puntos donde se identifican los principales problemas de comunicación entre los usuarios y funcionarios de salud no Cabécares; son las situaciones generadas principalmente por estos temas, las que se identifican como actitudes negativas de los funcionarios hacia la población.

También tomarían un rol importante en lo relacionado con el fortalecimiento y la promoción del autocuidado de la salud, así como de las responsabilidades colectivas para mantener, mejorar y promover la salud de la población como un todo, lo que también se vería fortalecido a través del otro componente de esta propuesta, el cual se presenta a continuación.

- b. Fortalecer las capacidades de comunicación y liderazgo comunitario de los ATAP: los ATAP consideran que tienen un rol muy importante como educadores y líderes comunitarios. Aun así, consideran que podrían mejorar en este campo con capacitación e insumos que les permitan mejorar su capacidad de liderazgo y sus habilidades de comunicación con la comunidad.

ATAP 2: “...hemos trabajado del diagnostico, ahí es donde siempre estamos de esto, porque, el pueblo hablaron de que los de Sikua traia unos algo para mejorar la comunidad, entonces tal vez no es eso, es la comunidad que sabe cual es que debe mejorar primero...entonces asi tiene que ver eso, es cierto que nosotros los ATAP indígena, sabemos cuales son los problemas, donde y como se puede mejorar” (Discusión de funciones).

ATAP 3: “ si yo creo que lo que está diciendo ATAP 2, eso es la base, porque digamos, este, si yo voy en una casa o a visitar una familia y llevo

un papel o un instrumento ahí para decir, tienen que hacer esto y esto y así, van a ir a ver sin esperar mucho de cómo enseñarle y explicarle claramente, o como ayudarlo para que me entienda, porque si yo voy directamente así como viene escrito, lo aplico y no me va a entender, más bien se me va a poner molesto, porque va a decir, que diay, si viene a cambiar lo que todo nosotros tenemos ...”(Discusión de funciones).

La importancia de que se fortalezcan sus habilidades de comunicación y liderazgo, pueden ir dirigidas también a la identificación de líderes potenciales que puedan colaborar en la organización de la comunidad, para promover la salud integral y el desarrollo comunal, sin que ello implique que el ATAP sea el único actor involucrado, sino más bien, que dentro de este rol aporte al fortalecimiento de las capacidades de liderazgo y comunicación de otros miembros de su comunidad.

3. Control prenatal: específicamente para las actividades de control prenatal se recomienda:

- a. Incluir o considerar los factores de riesgo cultural, que incluyen la dieta y los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio que la mujer y su familia relacionen con la cultura aun cuando estos puedan ser médicamente explicados.

ATAP 2 sobre control prenatal: “practicar la dieta que antes practicaba y control prenatal con Doctor...que CCSS sepa y respete la cultura” (Hoja de propuestas).

- b. Incluir a la pareja al menos en la identificación de riesgos: para la cultura cabécar, el embarazo es un proceso que involucra al hombre también. . En otras palabras, las acciones de la pareja de la mujer embarazada, como las transgresiones dietéticas por ejemplo, también afectan el desarrollo del embarazo y la salud del producto y para identificar los riesgos

integrales del embarazo, dentro de la cultura cabécar se debe identificar los factores de riesgo (al menos culturalmente hablando) de la pareja de la mujer embarazada.

ATAP 2: "... de ahí se puede anotar también al hombre" (Discusión de amenazas y causas, sobre Mortalidad Infantil y Control Prenatal.

- c. Educación con consideración cultural: en ocasiones las recomendaciones por parte de los funcionarios de salud, pueden chocar o contradecir tradiciones culturalmente dadas durante el embarazo, lo cual puede afectar el cumplimiento que las mujeres le den a las recomendaciones de los servicios en general. Se menciona específicamente el ejemplo de la dieta, que es un factor tan importante en la medicina tradicional cabécar y dentro de su cultura, ya que, si se dan recomendaciones de alimentación, en las que se enfatiza en el consumo de carnes como fuente de proteínas y se menciona el consumo del hígado, como una buena opción, es contrario a la creencia o tradición cabécar, en la cual las mujeres embarazadas y sus parejas no deben consumir ningún tipo de vísceras durante el embarazo.

Si bien, la siguiente cita no se genera específicamente en el contexto del control prenatal, sino en una respuesta del cuestionario sobre las oportunidades de mejora que observan los ATAP, se considera que aplica para cualquier estrategia educativa que se desee realizar, en cualquier tema definido como prioritario:

ATAP 9: "Respetar la cultura, seguir con la historia con los Awapa, dar educación sobre la historia y carteles en cabécar".

4. Salud animal: considerar que la presencia de animales en el hogar es parte de la cultura cabécar, por lo cual se deben reforzar las estrategias que permitan enfocar

esta práctica de la forma más adecuada posible para los hábitos de higiene y la salud de la familia en general.

ATAP 3 sobre animales en el hogar: “es parte de la cultura, porque casi la mayoría de los indígenas estiman los animales...entonces, claro ahí no lo notan, que puede traer algunas consecuencias como enfermedades y todo eso, pero como indígena, casi digamos 100%, en todos los ranchos, siempre tiene un animalito... son como un hermano de ellos o un familiar de ellos, entonces es parte de la cultura”.

ATAP 8: “yo hablaba con la gente verdad, que si digamos una familia le gusta tener algunos animales, digamos chichi (perro), entonces, uno puede dar educación, que hay tratamiento... desparasitante y otro tratamiento”.

ATAP 1: “también se puede hacer rancho para los perros y para los chanchos, para no tener adentro de la casa... yo he visto eso mucho adentro”.

ATAP 7: “yo también estoy pensando... cada uno de nosotros como ATAP... hacer una hoja, pero bien hecha, porque trae animal enfermedad, y escribir todo y sacar montón copia y darse casa por casa”.

Es importante mencionar que el enfoque sería que los ATAP incluyan este como un tema más de educación a la familia y promuevan las alianzas estratégicas con actores sociales que se encargan de la salud animal, como lo son algunos grupos o personas que realizan trabajo voluntario con animales en algunas comunidades y como los ATAP pueden compartir esta información en sus comunidades para que los pobladores se beneficien de estos servicios.

5. Saneamiento ambiental con enfoque en la conservación del medio ambiente: la cosmovisión indígena considera el medioambiente como un factor fundamental

en la vida de las personas, más allá de factores ecológicos, la relación con la naturaleza es parte de su ser. Los ATAP consideran que educar en temas de saneamiento ambiental, pero con un fuerte componente dirigido al cuidado del medioambiente, es parte de su labor fundamental. Aun cuando ya realizan esta actividad, consideran que requieren fortalecerla y mejorarla con estrategias y apoyo de otros actores.

ATAP 8: “Si es importante educar enseñar los que tengan una buena higiene o aseo personal, educación lo que es servicio ambiental... educación lo que es eliminar basura. Asesorar las jefatura para que se dé cuenta es importante”. (Cuestionario, sobre pregunta de las funciones de los ATAP)

6. Fortalecimiento del trabajo en equipo: incluye dos ejes, uno a lo interno del grupo de los ATAP y otro con el resto del equipo de salud.
 - a. ATAP: se refiere a la necesidad de que a lo interno del grupo de ATAP, deben continuar con la definición de actividades que les permitan mejorar su organización y trabajo conjunto, lo cual implica organización de procesos individuales en concordancia con el resto de sus compañeros, para evitar que ello pueda afectar sus labores; también implica el fortalecimiento del trabajo en grupo, para organizar visitas a comunidades alejadas o zonas de difícil acceso, ya sea en grupos o parejas, lo cual permitiría mejorar los resultados en cuanto a la utilización del tiempo y disminución de riesgos personales para los funcionarios.

ATAP 8 (en discusión de FODA): “más que todo a mi yo me gusta, pienso decir que verdad, que vinieran temprano y hablar entre grupo, dudas que tenemos, lo que cosas tenemos que hablar, bueno eso es individual, algunos digamos que tiene que como venir tarde, algunos

pone atención, algunos que interesa, algunos que no interesa, eso digamos es nuestra debilidad...”.

- b. ATAP y resto del equipo de salud: en este punto, consideran importante el fortalecimiento de los procesos de la organización de las giras médicas, el cumplimiento de los cronogramas de visita establecidos, así como los procesos de comunicación que permitan el intercambio de información para identificar usuarios, hogares o comunidades en riesgo de manera conjunta. Además, como una estrategia que permita fortalecer el trabajo del equipo como un todo.

ATAP 6: “Es que no, yo creo que, yo creo que, una reunión verdad... taller de trabajo, es muy importante...” (En discusión del FODA y en referencia al taller de trabajo del que estaban participando en ese momento).

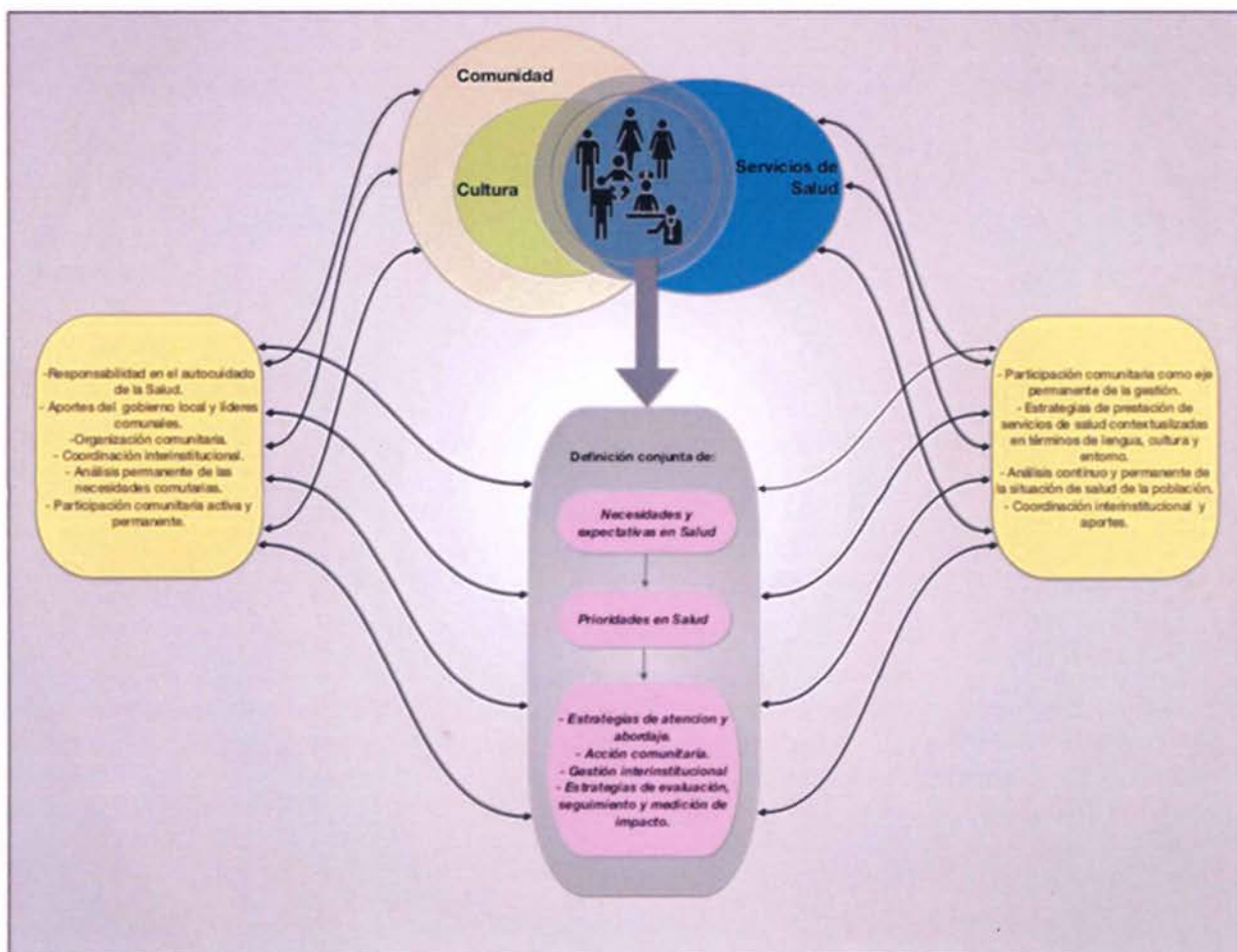
ATAP 7 (sobre reunión con el resto del EBAIS que visita su comunidad durante la discusión del FODA): “el año pasado con el Doctor que estaba conmigo, yo si lo hacía, pero este año con (mencionan nombre del médico) no, porque no me ha preguntado... y ahora miércoles llega la tarde, jueves consulta todo el día, a veces no tiene chance para hablar y el viernes, a veces consulta y se viene”.

ATAP 4: “Servicio de salud en zona indígena no está funcionando como debe ser, los equipos de salud no trabajan en equipo, sino en otra forma, no hay buena comunicación, por eso yo como ATAP se siente muy débil”.

A la luz de estas observaciones, los ATAP manifiestan que se necesita un fortalecimiento general de la cohesión y la comunicación del equipo de trabajo, para avanzar de manera conjunta hacia la atención de la salud de la población indígena Cabécar de Chirripó, que es finalmente el objetivo principal de la labor de todos los funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social en la zona.

Finalmente, se espera que a través de la consideración de estas observaciones y propuestas, se logre avanzar hacia una visión diferente de la manera en la cual se puede obtener una oferta de servicios de salud contextualizada y construida de manera conjunta con la comunidad indígena Cabécar de Chirripó, lo cual se ejemplifica en la siguiente figura como una propuesta final, de lo que este trabajo pretende ayudar a lograr como un primer esfuerzo.

Figura 5. Construcción participativa de la oferta de servicios de salud contextualizada para la población indígena Cabécar de Chirripó



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este trabajo tuvo como su principal propósito, realizar un primer acercamiento hacia potenciales estrategias que abran el camino para la contextualización de los servicios de salud con un enfoque intercultural y participativo, para la población indígena Cabécar de Chirripó.

Si bien los procesos de adaptación de los servicios de salud con un enfoque basado en la comunidad son complejos, se considera necesario ir avanzando hacia ese objetivo, a fin de complementar las acciones que ya se han venido desarrollando a este respecto, pero que sin embargo, requieren una continua valoración, retroalimentación y aportes para lograrlo.

Este trabajo se enfoca en dar algunos aportes que colaboren a lograrlo, concentrándose en la labor del Asistente Técnico de Atención Primaria indígena, con el precepto de que representan, como miembros que son de la población indígena Cabécar de Chirripó, un primer eslabón en un proceso de consulta comunitaria, necesario para lograr una verdadera contextualización de los servicios de salud.

Además, ostentan una posición particular, ya que son los únicos en Chirripó, que han tenido la oportunidad de conocer los dos entornos principales para el desarrollo de cualquier propuesta contextualizada en salud: la comunidad como miembros activos de la misma, con conocimiento de su lengua y cultura, así como los servicios de salud, como funcionarios formados y entrenados dentro del sistema de salud público.

Sus apreciaciones, aún cuando se es consciente de que no son representativas de la totalidad de la población, si permiten darse una idea inicial de cómo la conjunción de ambos escenarios requiere una particular atención y abordaje, para identificar choques culturales que generen el rechazo de acciones y estrategias en salud, oportunidades de mejora y minimizar el impacto de la transculturación.

Cabe aclarar también que este trabajo se enfoca en la labor de los ATAP indígenas, pero no desde la perspectiva técnica, la cual está claramente definida por la legislación nacional y el Colegio Profesional respectivo; sino más bien, con un enfoque de Salud Pública, que reconoce la importancia de su labor como un componente fundamental en la búsqueda del bienestar colectivo.

La particularidad, la aporta el hecho de que su formación técnica responde a la necesidad de contar con recurso humano propio de la comunidad indígena Cabécar de Chirripó, siendo importante el análisis de las brechas culturales y el enfoque de interculturalidad que se utiliza en la actualidad, para identificar puntos críticos que no han sido directamente abordados en los procesos de formación y que dejan un vacío, que puede afectar tanto al funcionario que ve enfrentadas sus creencias y tradiciones, como a la misma institución, que desconoce aspectos en los cuales pueden presentarse debilidades críticas.

Durante el proceso de investigación, llama la atención la claridad demostrada por los ATAPS en aspectos técnicos de su labor, que evidencian que las propuestas no fueron solamente "culturales", sino que incorporaron conocimientos técnicos, con una perspectiva desde la cosmovisión indígena, la cual por su integralidad, aporta mucho en el campo de la salud.

Habiendo aclarado las razones por las cuales se seleccionaron a los ATAP indígenas, es importante reconocer las limitaciones que las propuestas y recomendaciones aquí presentadas tienen al no ser de ninguna manera procesos finales y al carecer de ese tan necesario paso de validación comunitaria que solamente se puede construir mediante una activa participación de diferentes actores de la población.

Tampoco se abordó la opinión de los restantes integrantes del equipo de salud, ni de otros actores relacionados con el proceso de prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, situación que debe tenerse en cuenta al momento de interpretar los aspectos mencionados en este documento sobre los servicios de salud y el equipo de trabajo.

Sin embargo, se considera que ofrece elementos valiosos que pueden ser generadores de cambio e impulsar la creación de los espacios y escenarios requeridos para la participación comunitaria y que fortalezcan los esfuerzos ya existentes en este ámbito.

Esta investigación representa un aporte dirigido a apoyar las acciones que permitan lograr un mejoramiento participativo y contextualizado de los servicios de salud, con la claridad de que no es el único esfuerzo que se debe realizar y que se

requieren acciones que trasciendan lo aquí planteado, sin que ello signifique que los resultados obtenidos no deban ser considerados seriamente.

En este orden de ideas, los primeros puntos a resaltar como conclusiones generales son los siguientes:

- Los ATAP representan el personal de salud con mayor conocimiento de la población indígena Cabécar de Chirripó.
- Desde su perspectiva, existen vacíos importantes, percibidos en términos de capacitación, trabajo en equipo, organización comunitaria y respuesta de los servicios de salud y otros actores, a las necesidades percibidas en la comunidad.
- Las propuestas dadas por los ATAP en el marco de este trabajo, son de relativa fácil aplicación y bajo costo, ya que no incluyen inversiones que vayan más allá de adaptaciones lingüística y/o culturales, así como la creación permanente de espacios específicos de reunión para el análisis y la mejora continua, tanto a lo interno del equipo de salud, como de éste con la comunidad.

En este contexto, se exponen los principales grandes temas abordados, con las consideraciones sobre el potencial impacto que la operacionalización de las propuestas antes descritas, puede tener si se visualizan como oportunidades de mejora.

Comunidad

En el ámbito comunitario se identificaron importantes retos relacionados con determinantes sociales, económicos y geográficos que trascienden el campo de acción de los servicios de salud, en el sentido de que su resolución o mejoramiento depende de la interacción coordinada, permanente y contextualizada de diversos entes estatales, los gobiernos locales, tanto municipalidad, como la Asociación de Desarrollo Indígena y especialmente la población.

Si bien, instituciones gubernamentales, ONG, universidades y asociaciones de desarrollo, entre otros, han realizado acciones, muchas de las cuales han sido conjuntas y coordinadas interinstitucionalmente, el hecho de que Chirripó sea el distrito con el menor índice de desarrollo social, manifestado en dos informes de este tipo emitidos en

2007 y 2013, ejemplifica la tarea que aún se tiene por delante en campos tan complejos como el desarrollo económico asociado a la generación de fuentes de empleo o el mejoramiento de la accesibilidad geográfica.

Lo anterior asociado a una percepción de los ATAPS sobre el “cumplimiento” que la población le da a las recomendaciones emanadas al seno de los servicios de salud, el cual en ocasiones se considera deficiente, hace necesario trabajar de forma coordinada, con otras instituciones y con los pobladores.

En este sentido, las propuestas sugeridas, pueden fortalecer el papel de los servicios de salud para continuar apoyando acciones dirigidas al desarrollo integral de Chirripó, como una institución que reconoce la necesidad de considerar las particularidades de la comunidad, a fin de responder a sus necesidades sentidas.

Las propuestas enfocadas en la adaptación de algunos aspectos de los servicios de salud, como sería la educación adaptada, las modificaciones propuestas para el control prenatal y el fortalecimiento de los temas de salud animal y saneamiento ambiental, son aspectos que los ATAP perciben como importantes para responder a las necesidades particulares de su comunidad.

Por otro lado, las acciones que determinen los equipos de trabajo deben desarrollarse en un espacio de intercambio de conocimiento intercultural, mismo que también ha sido propuesto, con el objetivo de facilitar el entendimiento mutuo, de los servicios de salud hacia la comunidad y viceversa.

Todo lo anterior, sería un valioso paso hacia el mejoramiento de las estrategias de participación comunitaria, dado que se le daría a la población la oportunidad de participar activamente como un actor clave en el proceso de mejoramiento de su salud, con personal de salud debidamente informado y sensibilizado ante las necesidades de su comunidad.

La propuesta que tiene el propósito de fortalecer y mantener el trabajo en equipo, vendría entonces a facilitar la realización de todas las demás propuestas, ya que un equipo bien integrado y con objetivos claros, puede actuar de manera integral para incorporar a la comunidad y sus necesidades dentro de las estrategias de salud y la toma de decisiones dirigidas a mejorarla.

En este sentido, parece que la principal acción requerida para hacer efectivas las propuestas, es el establecimiento de un espacio de reunión permanente, organizado y planificado, que integre a todo el equipo de salud y mediante metodologías claramente definidas, promueva acciones dirigidas a:

- Fortalecer el trabajo en equipo y por consiguiente la organización grupal en términos de prestación de los servicios más efectiva y acorde con las particularidades propias de la comunidad, el entorno y los recursos disponibles.
- Incorporar espacios que permitan que el equipo de salud como un todo, conozca, analice e incorpore aspectos de índole cultural en todas las intervenciones de salud en las que ello sea posible, especialmente si se enfocan en prioridades definidas.

Una vez que estos espacios a lo interno de los servicios de salud se hagan efectivos, los procesos generados al seno de los mismos, requerirán procesos de consulta y validación comunitaria, que entonces, estarían íntimamente relacionados y serían el escenario final para los cambios definitivos, así como los espacios permanentes para la participación comunitaria.

Por otro lado, aportarían también, a los espacios ya existentes, enfocados en el trabajo interinstitucional, considerando que en una población altamente vulnerable como ésta, las necesidades en salud no están supeditadas solamente a los asuntos relacionados con la prestación de los servicios, pero el prestador de servicios, una vez que maneje con claridad las prioridades en salud, definidas de manera conjunta con la población, puede abogar por ellas ante otras instancias involucradas.

Cultura

Se considera, que las necesidades de adaptación cultural no han sido aún analizadas a profundidad por parte de los servicios de salud y se reconoce que para avanzar en este proceso, se requiere de la colaboración comunitaria para compartir sus necesidades y percepciones culturales con los servicios de salud.

El componente de la cultura, es intrínseco al componente de la comunidad, desarrollado más arriba, pero se analiza por separado, al ser un tema altamente complejo que sin embargo, desde la perspectiva de los ATAPS indígenas, los principales retos relacionados con ella incluyen la ausencia de espacios de intercambio cultural, que permitan un entendimiento bilateral para hacer efectivas estrategias con enfoque de interculturalidad.

Estos espacios ausentes, derivados de un desconocimiento de la cultura por parte de los prestadores de servicios de salud y su rol como determinante de la salud de la población Cabécar, deriva en una deficiente interacción entre la comunidad y los servicios de salud, ya sea porque los prestadores de servicios no comprenden las acciones u omisiones de los usuarios en cuanto a temas de particular interés (por ejemplo el control prenatal) o porque los usuarios no aceptan recomendaciones del prestador de servicios, ya que las mismas se contraponen con creencias fuertemente arraigadas.

En este sentido, la participación comunitaria, requeriría de esfuerzos aún más profundos y que trasciendan, dado que no solo se requiere de una participación comunitaria, sino de que ésta venga acompañada de una apertura para compartir aspectos de índole más profundo en términos culturales por parte de la comunidad y de una apertura por parte de los servicios de salud, a fin de evitar juzgar precipitadamente o emitir criterios sesgados.

En este orden de ideas, sería de utilidad, considerar la necesidad del apoyo de profesionales en Antropología y Sociología, que colaboren con su aporte técnico en el desarrollo de las estrategias más apropiadas, para que los aspectos culturales, se manejen en un marco de respeto y cordialidad que demuestre un interés de construir acciones conjuntas con enfoque intercultural.

Al analizar las propuestas planteadas por los ATAPS, es evidente que la cultura es un componente valioso, principalmente en la propuesta de adaptación del Control prenatal, en la cual se estima conveniente incluir a la pareja también como un actor importante y altamente valioso en el proceso, muy en concordancia con la cultura, en la cual el embarazo es un proceso compartido y las acciones del padre influyen también en el proceso.

Además, como aspecto cultural, la cosmovisión indígena, queda claramente plasmada, tanto en la propuesta precedente, así como en la importancia dada a los aspectos de salud animal y saneamiento ambiental, ya que dejan claro que si alguien tiene clara la integralidad de la salud, son las poblaciones indígenas.

En tanto las acciones en salud para la población indígena de Chirripó, no incluyan como parte de su proceso de formulación los aspectos culturales y el impacto que ellos tendrán en la apropiación de la comunidad hacia dichas acciones, el impacto de las mismas se verá amenazado, dado que se omite el hecho de que la cultura dicta en gran medida las actitudes de la población frente a los aspectos más trascendentales de su vida, los cuales están siempre ligados, de una forma u otra, a la salud.

Prioridades en salud

La formación técnica de los ATAPS, así como el adecuado manejo de temas prioritarios en su labor, se manifiesta en este punto.

Se analizaron ampliamente los retos relacionados al tema de la vacunación al que se le asignó la mayor prioridad en todo momento, siendo que existen múltiples factores que afectan el cumplimiento de las metas propuestas, entre ellos, se mencionó la cadena de frío, la cual está directamente relacionada con necesidades de infraestructura, equipamiento y cantidad insuficiente de biológicos.

También se mencionan las enfermedades infectocontagiosas prevenibles, en las cuales está claramente identificado el impacto que tienen aspectos como los hábitos de higiene y la vacunación, en su desarrollo y prevención. Esto evidencia que el conocimiento está claro, pero es la manera de transmitir el mensaje a la comunidad lo que puede requerir mayor desarrollo.

Por otro lado, llama la atención, como la desnutrición, como ente patológico, fue más bien la apertura para identificar el impacto de factores comunitarios y del entorno, que derivaban principalmente en lo que se percibía en algunos casos, como manifestaciones de violencia intrafamiliar.

En esta misma línea, la mortalidad infantil, fue claramente identificada como un producto de factores tan complejos e interrelacionados, que versaron desde elementos

del entorno, procesos de salud-enfermedad, la apropiación de los servicios de salud y nuevamente la cultura.

La visión cósmica indígena, de nuevo se manifestó con el reconocimiento del impacto que las acciones de saneamiento ambiental, salud animal y en términos generales, deficiencias en los hábitos de higiene, producen en la salud de la comunidad.

Por todo lo anterior, queda claramente establecido que las propuestas planteadas van dirigidas a atender estos, que fueron los principales aspectos identificados, en los siguientes términos:

- El fortalecimiento del trabajo en equipo, incluye además la consideración de aspectos de organización, en términos de coordinación de visitas, especialmente a las comunidades más alejadas. Además, necesariamente requiere un análisis sobre equipamiento e infraestructura, el cual permitiría definir como equipo, prioridades específicas de los servicios de salud dirigidas a atender las necesidades de la población.
- Los materiales educativos adaptados según la lengua y la cultura, para favorecer la comprensión del mensaje y promover la identificación con el mismo.
- Las adaptaciones de estrategias como la propuesta para el control prenatal, que pretende no solo incorporar los aspectos de índole cultural en términos de interculturalidad, sino que identifica el control prenatal como una estrategia de atención en salud materno infantil, tema que es y debe ser una prioridad, especialmente frente a las altas tasas de mortalidad infantil de la zona.
- Salud animal y saneamiento ambiental como ejes complementarios en un marco de salud integral, dado que son componentes de gran valor para la comunidad en su vida diaria que por consiguiente influyen fuertemente en la salud de la población.

Las prioridades en salud, como componente fundamental para dirigir las acciones en salud a desarrollar en determinado momento y lugar, deben considerarse también bajo un enfoque intercultural y de participación comunitaria.

Lo anterior no implica obviar la evidencia científica o los aspectos técnicos de índole nacional que justifiquen ciertas prioridades incuestionables como el logro de la cobertura de vacunación; pero si incluye, analizar de manera conjunta con la comunidad, cuáles estrategias permitirán el logro de las prioridades establecidas de previo, así como incorporar temas o ejes que son de importancia para la comunidad y deben también ser abordados, porque son la manifestación de sus necesidades sentidas.

Servicios de Salud

En relación con los servicios de salud, se identificaron deficiencias que van desde aspectos como la infraestructura y equipamiento requeridos para la prestación de los servicios en la comunidad, bajo las mejores condiciones posibles, hasta la ya mencionada necesidad de mejorar el trabajo en equipo, a efectos de optimizar la organización en la prestación de los servicios, especialmente por la necesidad de visitar a las comunidades más alejadas.

Además de esos factores a lo interno del equipo de salud, se identifica por parte de los ATAPS, un escaso acercamiento e interacción con la comunidad, lo cual influye en dificultades para el reconocimiento de las diferencias.

En este componente particular, se considera que se engloban aspectos integrales y básicos que terminarían apoyando cualquier estrategia dirigida a mejorar la oferta de servicios, desde la propuesta del fortalecimiento del trabajo en equipo, la cual si se realiza de manera permanente, planificada y organizada con metas claras, puede derivar en que todas las restantes propuestas de este trabajo o cualquier otra con enfoque intercultural y participativo, logre avanzar en su concreción.

Lo anterior, por cuanto el fortalecimiento del trabajo en equipo tanto a lo interno del grupo de ATAP, así como a lo interno del equipo de salud como un todo, lleva consigo un componente participativo y colaborativo, que puede entonces facilitar los demás espacios requeridos para que mediante la participación comunitaria, se puedan definir de manera conjunta entre los servicios de salud y la comunidad, todos los componentes de una oferta de servicios culturalmente aceptable y organizacionalmente

realizable, con los recursos disponibles y dentro del ámbito de las competencias de institución prestadora de los servicios.

De la conjunción de las opiniones y aportes dados por los actores involucrados, a saber comunidad y prestadores de servicios de salud, es que surgirían las propuestas para fortalecer la oferta de servicios de salud, lo cual solo puede lograrse, si primero se facilitan los espacios para el intercambio de saberes y opiniones, con una fuerte, activa y sostenida participación comunitaria.

Es así que bajo estas propuestas, los ATAPS indígenas de Chirripó, manifestaron necesidades sentidas, que si bien requieren un mayor análisis y profundidad, para determinar la mejor manera de abordarlas, en conjunto con los otros actores necesarios, deben valorarse y considerarse, como el principio de un esfuerzo por acercar los servicios de salud a la comunidad de Chirripó.

Es claro que para lograr un enfoque participativo de los servicios de salud, se requiere un gran esfuerzo, sin embargo a través de este trabajo se pretendió presentar un avance preliminar en esa dirección, con el valioso aporte de los ATAP.

También, cabe resaltar la necesidad de una figura que defina y engrane estas acciones, entre el equipo de salud a lo interno del mismo, así como con la comunidad, con el objetivo de que los potenciales resultados, avances, mejoras y debilidades, sean analizados de forma periódica y modificados de acuerdo con los resultados obtenidos.

Por otro lado, viendo el panorama que se presenta, en cuanto a las múltiples funciones de los ATAPS y la necesidad que aún tiene la comunidad de Chirripó de su labor, parece necesario considerar, ya sea que aumente el número de ATAPS indígenas y la forma en que sus labores son asignadas, supervisadas y programadas, se adapte a las necesidades sentidas de la población, o, si existen acciones de promoción y prevención de la salud, así como liderazgo comunitario, que pudieran fortalecerse a través de otras figuras, como promotores de salud indígenas.

Este último punto no pretende desmeritar la labor educativa del ATAPS, sino más bien reforzar la idea de un mayor acompañamiento a su labor, sin que ello signifique excluirle funciones, sino más bien fortalecerlas a través de otro funcionario que le ayudaría a transmitir el mensaje a la comunidad con un enfoque más dirigido a la interacción comunitaria y educación, permitiendo al ATAP, orientar sus esfuerzos a los

aspectos más técnico-prácticos de su formación, como sería la vacunación, la vigilancia epidemiológica y el seguimiento del tratamiento de pacientes crónicos, entre otros.

A la luz de lo antes descrito, queda claro que la principal tarea para darle un enfoque contextualizado a la prestación de los servicios en la población indígena Cabécar de Chirripó, consiste en aceptar e interiorizar por parte del prestador de servicios, la necesidad de abrir espacios de discusión en diferentes niveles y escenarios, que permitan reconocer las necesidades tanto de la comunidad, como de los servicios de salud, con el objetivo de obtener productos adaptados a la población y sus particularidades.

Considerando que tanto la cultura, como el perfil epidemiológico y de salud, son condiciones que varían y evolucionan, sería también valioso que estos espacios fueran permanentes, para lograr su adaptación a través del tiempo, al igual que se ha hecho con los servicios de salud del resto del país, pero con la diferencia, de que dicha adaptación respondería al ritmo de cambio dado por la propia comunidad Cabécar de Chirripó.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Título de la Investigación: “Propuesta para la contextualización de los servicios de Atención Primaria en Salud, en la Población Indígena Cabécar de Chirripó, desde la perspectiva de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud Indígenas, en el marco de los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social”

Investigador principal: Viviana Aragón Gómez

Centro Asistencial y servicio: EBAIS de Grano de Oro

Teléfono disponible 24 horas: _____

Correo electrónico: _____

Este documento que usted está empezando a leer se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO. Mediante este documento se le está invitando a participar en un estudio de investigación.

Este estudio trata sobre la opinión de los ATAPS Indígenas de Chirripó, en relación con su trabajo y su cultura, así como la forma en que estos dos aspectos se relacionan.

Se espera aprender cuales son las mejores maneras de ofrecerle a la población de Chirripó, servicios de Salud de calidad con consideraciones culturales.

Se le invita a usted a participar porque es un miembro de la comunidad indígena de Chirripó y al mismo tiempo, es un ATAPS que labora en la zona, y este estudio se concentra en obtener su opinión sobre sus actividades como ATAPS en Chirripó.

Su participación durará aproximadamente dos días, entre el proceso de entrevistas y realización del taller.

Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión de participar o no, no afectará su situación laboral con la CCSS ni sus derechos como asegurado. Con su decisión de participar usted no renuncia a sus derechos o a su potestad de hacer reclamos.

Si usted decide participar en este estudio, es libre de cambiar de opinión y retirarse en el momento que usted así lo quiera.

Procedimientos del Estudio:

Durante su participación, se espera que esté presente en un taller de dos días de duración, en el cual se le solicitará que conteste un cuestionario general sobre sus

labores y su papel como funcionario de la CCSS en el Territorio indígena. Si alguna de las preguntas del cuestionario le incomoda, usted puede decidir no contestarla.

Luego se le solicitará que colabore en la construcción de una propuesta para adaptar su trabajo a las condiciones sociales y culturales de la población con la que labora, mediante sus propios aportes.

Posibles riesgos:

Su participación no implica riesgos para su trabajo en la CCSS, su opinión será utilizada con confidencialidad.

Cuestionarios:

Si algunas de las preguntas del cuestionario le incomodan, usted puede escoger no contestarlas.

Posibles Beneficios:

Usted puede no recibir ningún beneficio por su participación en este estudio, sin embargo su participación, nos puede ayudar a comprender un poco mejor las necesidades de la población indígena en cuanto a los servicios de atención primaria en salud.

Otras alternativas:

Una alternativa para usted, puede ser, no participar en este estudio.

Confidencialidad:

La información recopilada mediante el cuestionario y su participación en el taller, será confidencial y solo será utilizada y revisada por la investigadora.

Se propone utilizar grabadora de audio y/o video, para documentar la participación en el taller, pero solamente la investigadora tendrá acceso a este material. Usted tiene derecho a revisar y editar estas grabaciones, si así lo desea.

También se utilizará cámara fotográfica, con los mismos fines, y se propone utilizar dichas fotografías en el documento final, de igual manera que en el apartado anterior, usted podrá revisar y editar las fotografías, así como decidir si desea o no, que sean utilizadas en el documento final presentado por la investigadora a la Universidad de Costa Rica y al Área de Salud Turrialba Jiménez.

Los registros relacionados con este estudio se mantendrán de forma privada, pero la información recopilada se presentará ante personal de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social y otros profesionales relacionados con la Salud Pública; pero nunca se utilizara su nombre asociado a las opiniones expresadas.

Costo por participar en el estudio

Anexo 2. Cuestionario para ATAP

1. ¿Qué opina de la oferta actual de servicios de salud en el Territorio Indígena?
2. En su opinión, ¿han cambiado los servicios de salud desde que usted inició sus labores? Si la respuesta es afirmativa, favor explicar ¿Cómo?
3. ¿Cómo se visualiza usted dentro de los servicios de salud actuales?
4. ¿Cuáles son las principales labores dentro de su función como ATAP?
5. ¿Cómo cree usted que la comunidad ve su trabajo? ¿Se siente aceptado como funcionario? ¿Aceptan sus recomendaciones y observaciones?
6. ¿Considera que su trabajo produce un impacto o diferencia en su comunidad?
7. ¿Es su trabajo importante para la comunidad? ¿Por qué?
8. ¿Es su trabajo importante para los servicios de Salud? ¿Por qué?
9. ¿Cuáles son los principales retos y dificultades que enfrenta para realizar su trabajo?
10. ¿En su opinión, que cosas se pueden o se deben mejorar y cómo propone lograrlo?
11. Dentro de estas posibilidades de mejora ¿considera importante incluir aspectos culturales?
12. ¿Cuáles piensa usted, desde su perspectiva como ATAP y funcionario de salud, que son los principales problemas de la comunidad?

Anexo 3. Instrumento utilizado para el análisis FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
DEBILIDADES	AMENAZAS

Bibliografía

- Agüero Rivera, Z. R., Mendez Briceño, R., Paniagua Carvajal, F., & Laurent Muñoz, C. (1989). *Técnicas Básicas para la Atención Domiciliar*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud-UNICEF.
- Alarcón, A. M., Astudillo, P., Barrios, S., & Rivas, E. (2004). Políticaq de Salud Intercultural: Perspectiva de los usuarios mapuches y equipos de salud en la IX Región, Chile. *Revista Médica de Chile*(132), 1109-1114.
- Alarcón, A. M., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud Intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*(131), 1061-1065.
- Bozzoli, M. E. (1979). *El nacimiento y la muerte entre los Bribris* (Primera edición ed.). San José (CR): Editorial Universidad de Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). *Una CCSS Renovada Hacia el 2025*. Recuperado el 09 de agosto de 2012, de http://www.ccss.sa.cr/archivos/normativa/normas/politicas_ccss_2007_2025f.zip
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2008). *ASIS Territorio Indígena Cabécar de Chirripó*. Turrialba: s.e.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). *ASIS Territorio Indígena Cabécar de Chirripó 2011*. Turrialba: s.e.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). Balances de Atención Primaria. Turrialba, Cartago, Costa Rica: s.e.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). *Plan Estratégico Institucional 2010-2015*. Recuperado el 09 de agosto de 2012, de <http://foros.ccss.sa.cr/pei/index.php/cuadro-de-mando-institucional-y-gerencial/gerencia-medica/62-112-cuadro-de-mando>
- Castañeda, A. (2007). Derechos, Políticas Públicas y Salud de los Pueblos Indgenas. En CEPAL (Ed.), *Seminario Taller Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?*, (pág. 37). Santiago, Chile.
- Chacón Castro, R. (2002). *Disposiciones Jurídicas Relacionadas con los Derechos de los Pueblos Indígenas de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Impresora Gossestra Intl.
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (15 de mayo de 2013). Reglamento del Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud (ATAPS). *Diario Oficial La Gaceta*(92), págs. 82-85.
- Kickbusch, I. (1996). Promoción de la Salud: Una Perspectiva Mundial. En O. P. Salud, *Promoción de la Salud: Una Antología* (1ª ed., pág. 403). Washington D.C.: OPS.
- Margery, E. (2004). *Diccionario Cabécar-Español-Español-Cabécar* (1ª Reimpr, 1ª ed.). San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Márquez, B. (2007). Políticas y Programas Territoriales y Autonomos "Orden Ancestral para la vida". *Seminario Taller Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y*

- Programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* (pág. 8). Santiago (Chile): CEPAL.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2010). *Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 "María Teresa Obregón Zamora"*. San José, San José, Costa Rica: MIDEPLAN.
- Ministerio de Planificación y Política Económica. Área de Análisis del Desarrollo. (2007). *Índice de Desarrollo Social 2007*. San José, San José, Costa Rica: MIDEPLAN.
- Ministerio de Planificación y Política Económica. Área de Análisis y Desarrollo. (2013). *Índice de Desarrollo Social 2013*. San José, San José, Costa Rica: MIDEPLAN.
- O'Neil, J., Bartlett, J., & Mignone, J. (2005). *Best Practices in Intercultural Health*. Reporte, Centre for Aboriginal Health Research, Manitoba.
- Organización Internacional del Trabajo, Oficina para América Central, Panamá y República Dominicana. (2002). *Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes* (5ta ed.). San José, San José, Costa Rica: OIT.
- Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud* (pág. 2). Alma-Ata: OMS/UNICEF.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *La salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*. Washington D.C.: OPS-OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1998). *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington DC: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2003). Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. En *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* (pág. 52). Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud Costa Rica. (2003). *Desarrollo y Salud de los Pueblos Indígenas de Costa Rica*. San José, Costa Rica: OPS-Ministerio de Salud Costa Rica.
- Sánchez, Á., & Vega, M. E. (2001). *La Población Indígena Costarricense dentro de la Reforma Sanitaria: El caso de la Población Cabécar*. Chirripó. Turrialba. Trabajo final de graduación para optar al grado de Máster en Salud Pública. Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Maestría en Salud Pública, Universidad de Costa Rica, San José.
- Van der Laat, C. J. (2005). *Hacia la construcción de Servicios de Salud Específicos: Análisis de los Determinantes de la Salud, basado en la perspectiva de la población Indígena Cabécar de Chirripó*. Trabajo final de graduación para optar al grado de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de Costa Rica, San José.
- Vargas González, W. (2011). *Atención Primaria en Costa Rica, Contexto Histórico, Naturaleza y Organización*. San José, San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.

Vega Solano, M. E. (2006). Informe Primer Curso de Capacitación Teorico Práctico para Asistentes de Salud Rural Indígena Cabécar de Chirripó. *Taller hacia la Contrucción de un modelo para la formación de ATAP Indígenas. La experiencia de Brasil y Costa Rica*. San José: s.e.