

Sistematización de Buenas Prácticas

desarrolladas para la promoción de estilos
de vida saludables y la atención de la salud
materno-infantil en la población indígena Ngöbe
Área de Salud de Coto Brus



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



aecid



**Sistematización
de Buenas Prácticas**
*desarrolladas para la promoción
de estilos de vida saludables y
la atención de la salud materno-infantil
en la población indígena Ngöbe*
Área de Salud de Coto Brus





©Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Costa Rica

Octubre, 2012.

Esta publicación forma parte de un proyecto financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de sus autores y no refleja necesariamente la opinión de la AECID o UNICEF.

Se permite la reproducción total o parcial de los materiales aquí publicado, siempre y cuando no sean alterados y se asignen los créditos correspondientes.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

San José, Costa Rica

Pavas, Oficentro la Virgen No.2

Tel: (506) 22 96 20 34

Fax: (506)22 96 20 65

Email: sanjose@unicef.org

www.unicef.org/costarica

Elaboración de contenidos:

María Soledad Molestina Gaviria, Consultora UNICEF

Fotografías de Portada y páginas internas

UNICEF-Costa Rica/2012

UNICEF-Costa Rica/Fabio Delgado/2012

Foto de Vasija: Colección Museo Nacional de Costa Rica.

Diseño Gráfico y diagramación:

ileana Ondoy Jiménez/ioCreativa S. A.

Impresión: Master Litho



CONTENIDOS

Presentación	v-vii
Lista de abreviaturas	ix
Introducción	11
Antecedentes y justificación	12
Objetivos y metodología	16
Agradecimiento	17
Marco conceptual y zona de estudio	19
El cantón de Coto Brus	19
Pueblos indígenas, salud, medicina e interculturalidad: conceptos básicos	22
La población indígena ngöbe-buglé	26
Buenas prácticas desarrolladas por el Área de Salud de Coto Brus	29
Capacitación en ngöbere: formación de asesores culturales en prevención de enfermedades y atención materno-infantil	31
Rompiendo barreras idiomáticas y culturales: el equipo de salud se capacita	38
Innovación: preparando a los jóvenes ngöbe. Docentes indígenas y promotores de derechos	41
El EBAIS de La Casona: una unidad de servicios amigables en idioma ngöbere	44
Un EBAIS para la población altamente móvil: el trabajo en el cordón fronterizo y los esfuerzos de coordinación binacional	49
Bases de datos según canal endémico y tratamiento estrictamente supervisado	56
Manos limpias e higiene bucodental	60
Suelo limpio y saneamiento del agua	62



Nutrición y seguridad alimentaria	65
Parteras ngöbe: las preferidas para la atención en salud materno-infantil	68
Innovación: bolsas semáforo. Propiciando la salud materno-infantil	71
Innovación: kit para parteras	72
Visita domiciliaria a recién nacidos	73
Innovación: abuelas y abuelos cuentacuentos	76
Innovación: acotando el embarazo adolescente. Charlas sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes ngöbe	77
Comentarios finales y recomendaciones	83
Fuentes de información	89
Entrevistas	89
Documentos y datos de registro	89
Publicaciones	91
Anexos	92
El derecho a la salud indígena: marco normativo internacional	93
Observaciones del comité de derechos del niño al Estado de Costa Rica 2011	99
Población indígena y derecho a la salud en el ámbito interno	101
CCSS: institucionalización de la modalidad de atención integral a la población indígena	103



PRESENTACIÓN

El Área de Salud de Coto Brus abrió un espacio de diálogo con los pueblos indígenas gnäbere décadas atrás, tratando de entender las razones de la alta desnutrición regional; de la grave mortalidad infantil; de la violenta mortalidad de mujeres en proceso de parto; de la inexplicable indocumentación existente entre niños (as), adolescentes y adultos; de la muerte por enfermedades prevenibles (y algunas extintas lejano tiempo atrás en el resto de la población nacional); y de la inasistencia a la educación formal básica de centenarias de niños (as) y adolescentes indígenas, entre otras.

Para ello, el respeto, el entendimiento y el aprendizaje mutuo de saberes ancestrales, fueron claves para mejorar las condiciones la vida de miles de seres humanos con culturas milenarias, idiomas propios y concepciones del mundo diversas, en las que imperan la pobreza, la exclusión y la movilidad entre fronteras imaginarias creadas entre Costa Rica y Panamá.

Esfuerzos interdisciplinarios conjuntos entre ambos países, consultas con autoridades indígenas tradicionales en sus comunidades de origen, caminatas conjuntas con aliados estratégicos fuera de las oficinas y centros de salud, adaptaciones de reglamentos, capacitaciones al personal de salud y habitantes indígenas, conversatorios con médicos y parteras tradicionales, creaciones de protocolos específicos para esta población, entre muchos otros, fueron diseñados sobre la base de convenios y acuerdos internacionales de protección y defensa de los derechos humanos de los pueblos indígenas.

Hoy, este documento que ponemos en sus manos, sistematiza parte de estas experiencias de vida que pueden ser luz y puentes de entendimiento entre las autoridades médicas nacionales, los pueblos indígenas y la institucionalidad del país.

Muchas gracias.

Dr. Pablo Ortiz

Director del Área de Salud de Coto Brus, Costa Rica.





PRESENTACIÓN

Las personas y pueblos indígenas tienen derecho a la salud y de contar con servicios de salud interculturales que consideren sus costumbres y su participación como usuarios.

La mayoría de los pueblos indígenas en Costa Rica carecen de servicios que satisfagan sus necesidades básicas de salud, educación, alimentación, trabajo y vivienda. Los censos demuestran que los distritos con mayor población indígena presentan también los índices de desarrollo humano más bajos.

El Comité de los Derechos del Niño, en su informe del 2011, refiriéndose a la salud indígena indicó la elevada tasa de mortalidad infantil indígena que casi triplica la media nacional y los porcentajes de pobreza que abarcan entre el 85% y 95% de los habitantes indígenas.

El Área de Salud de Coto Brus realiza un trabajo ético entre médico y paciente, no solamente proporciona acceso a los servicios sino que también practica la comunicación eficiente sobre la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento.

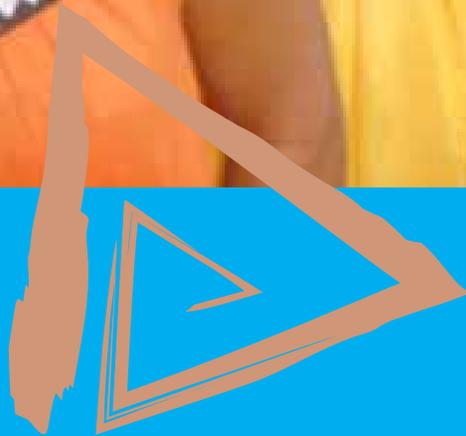
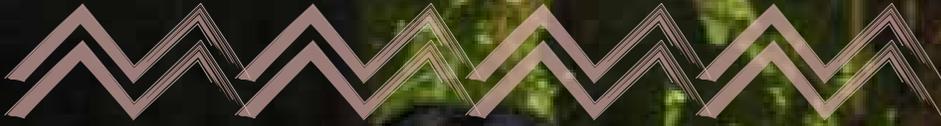
Este espacio intercultural de interacción entre el Área de Salud y las comunidades ngöbes ha implicado salir del centro médico para caminar y reconocer a la niña, al niño, a la madre, a su familia y a conocer la realidad de estos pueblos que históricamente han sido invisibilidades, y por ende excluidos de estos servicios.

Los asesores culturales e intérpretes indígenas han constituido todo un “movimiento” de movilizadores importante para realizar estas buenas prácticas, para abrir la cultura a la medicina tradicional y brindar alimentación mínima a la niñez indígena en los establecimientos escolares.

Con la presentación de esta sistematización, UNICEF espera contribuir a la construcción de un sistema de salud intercultural sostenible, pero para lograrlo hay que hacerlas disponibles al personal de salud y a los sectores académicos y de investigación, involucrados en la protección y defensa de los derechos de los pueblos indígenas.

Tanya Chapuisat
Representante
UNICEF, Costa Rica





VIII

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe
Área de Salud de Coto Brus

LISTA DE ABREVIATURAS

ADC	Asociación Demográfica Costarricense
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CDN	Comité sobre los Derechos del Niño
CIDE	Centro de Investigación y Docencia en Educación (de la Universidad Nacional)
COLAMI	Comisión Local de Análisis de la Mortalidad Infantil
CONAI	Comisión Nacional de Asuntos Indígenas
CONARE	Consejo Nacional de Rectores
COSEL	Comité Sectorial Local
DGME	Dirección General de Migración y Extranjería
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICAFFE	Instituto Costarricense del Café
IDA	Instituto de Desarrollo Agrario
IDESPO	Instituto de Estudios Sociales en Población de la Universidad Nacional
IIDH	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INS	Instituto Nacional de Seguros
ITC	Instituto Tecnológico Costarricense
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual





MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
NNA	Niños, niñas y adolescentes
NNAJ	Niños, niñas, adolescentes y jóvenes
OET	Organización para Estudios Tropicales
OIJ	Organismo de Investigación Judicial
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
SSLP	Subsistema Local de Protección
SNP	Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia
SNU	Sistema de las Naciones Unidas
UCR	Universidad de Costa Rica
UNA	Universidad Nacional
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida



Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe

INTRODUCCIÓN

Como punto de confluencia entre la situación real y la ideal, existen en el Área de Salud una serie de iniciativas locales que se han desarrollado exitosamente y que han sido incorporadas como prácticas eficiente y efectivas con poblaciones indígenas.

Algunas de ellas han sido desarrolladas en el marco del sector salud en coordinación y asociación con instituciones –la Universidad Nacional, la Universidad de Costa Rica y el Ministerio de Salud, por ejemplo–, organismos internacionales –Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el mismo UNICEF, por ejemplo–, y/o distintas entidades de la sociedad civil. Algunas otras son iniciativas independientes. Actualmente, existen esfuerzos para que todos los proyectos en el Territorio Indígena Ngöbe de Coto Brus se ligen y coordinen acciones, con la idea de propiciar una intervención integral y conjunta.

El presente estudio acota el caso del Área de Salud de Coto Brus documentando las buenas prácticas que se dan en el marco del proyecto de salud indígena que lleva adelante desde hace más de una década, con el objetivo de recomendar el uso de ese conocimiento con fines de formación e información.



ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo al censo realizado en el año 2000¹, en Costa Rica habitan aproximadamente cuatro millones de personas de las cuales 1,7% son consideradas “indígenas”² (unas 63.876 personas) y forman parte de ocho grupos étnicos: bribri, cabécar, ngöbe, maleku, brunca, teribe, huetar y chorotega³. El 70% de esta población se concentra en la zona del Atlántico Sur del país, en donde se ubican las etnias⁴ cabécar y bribri⁵. En general, se trata de poblaciones pobres, con altas tasas de morbilidad, mortalidad y fecundidad, conformadas principalmente por niñas, niños y adolescentes⁶.

La etnia ngöbe es la más numerosa en el sur de Centroamérica⁷. Habita principalmente en Panamá, en el territorio de la Comarca Ngöbe-Buglé y presenta patrones migratorios a Costa Rica por razones de trabajo estacional en las plantaciones de café y banano; en muchos casos las personas trabajadoras migran desde Panamá con sus familias completas. Sin embargo, esta forma de plantear la situación oculta una realidad distinta: se trata de un pueblo dividido entre dos países, que se mueve dentro de su territorio. La población ngöbe costarricense se encuentra principalmente en el cantón de Coto Brus, provincia de Puntarenas, concentrándose en el Territorio Indígena Ngöbe del distrito de Limoncito. Esta es una zona cafetalera cuya producción depende en buena medida *del trabajo de cosecha que anualmente desarrollan los y las indígenas ngöbe y buglé⁸, provenientes de Costa Rica*

- 1 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El INEC se encuentra en la actualidad terminando de recopilar la información para el Censo Nacional de 2011.
- 2 El INEC utiliza una metodología de autodefinición por parte de la persona encuestada para determinar si esta es o no indígena. La base es la definición que se establece en la Ley Indígena (No. 6172, 29 de noviembre de 1977): “las personas que constituyen grupos étnicos descendientes directos de las civilizaciones precolombinas y que conservan su propia identidad”.
- 3 Estos ocho grupos étnicos son los que reconoce el Estado costarricense. En Costa Rica hay integrantes de al menos dos grupos étnicos más: buglé (Panamá) y miskito (Nicaragua). Personas indígenas pertenecientes a estos dos grupos étnicos radican en territorio costarricense o migran estacionalmente.
- 4 De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, una etnia es una comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, entre otras características. Ver en: <http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=etnia>, disponible a junio de 2011.
- 5 UNICEF, *Niñez y adolescencia indígena en Costa Rica: su derecho a la salud y a la educación...* pág. 19.
- 6 *Ibidem*, pág. 19 y ss.
- 7 Carballo, Jorge, “Los grupos indígenas costarricenses”, Proyecto GEIC, Universidad Nacional de Costa Rica, disponible a junio de 2011 en: <http://www.una.ac.cr/bibliotecologia/grupos_etnicos/indigenascr.htm>.
- 8 Son dos grupos étnicos distintos, aunque guardan ciertas similitudes. “Un rasgo interesante es que en el pueblo Ngöbe subsisten dos idiomas diferenciados, el movere (a veces señalado como

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe



y Panamá. Se trata de una población con altos índices de mortalidad materno-infantil, desnutrición, parasitismo y patologías prevenibles.

A pesar de que, en general, las instituciones públicas costarricenses respetan los derechos básicos establecidos en la normativa jurídica nacional e internacional relativa a la niñez y adolescencia (ver anexos 1 y 2), sus programas resultan insuficientes para cubrir la demanda de la población indígena y, más aún, para asumirla con una base intercultural, respetuosa de la cosmovisión, tradiciones y características que presentan los ocho pueblos indígenas reconocidos por el Estado.

En el caso específico de la salud, la Defensoría de los Habitantes ha señalado en sus informes anuales que se utiliza un modelo de atención no adecuado para la cultura indígena, que la mayoría de los funcionarios y funcionarias del sector público no están sensibilizados para atender la especificidad cultural, y que no se respeta la medicina tradicional. Aunque el Ministerio de Salud realiza diversos esfuerzos para corregir estos problemas, son muy pocos los programas que cuentan con la base política y económica necesaria para mantenerse y generar verdaderos cambios en la situación de la salud indígena. Tampoco existe una adecuada sistematización en el manejo de la información, lo que limita la memoria y generación de conocimiento a partir de algunas experiencias positivas⁹.

Existe un subregistro de los datos en salud sobre los grupos étnicos¹⁰ en Costa Rica, a pesar del cual es posible establecer sin lugar a dudas que hay brechas importantes en esta materia entre la población nacional en general y las poblaciones indígenas. Los datos sobre mortalidad indican que aunque las muertes causadas por enfermedades infectocontagiosas han ido disminuyendo frente a las crónicas y los traumatismos, entre las poblaciones indígenas las primeras son más frecuentes. Así mismo, la tasa de defunción de personas indígenas

ngawbere) y el bocotá (o bokotá). En Panamá hay una tendencia marcada hacia la diferenciación étnica, reconociéndose los hablantes propios del movere como Ngöbes y los del bocotá como Buglés, y se señalan incluso territorialidades diferenciadas para ambos. Las investigaciones lingüísticas llevadas a cabo en Costa Rica señalan que son idiomas diferentes, aunque siempre dentro del mismo tronco lingüístico (como todos los idiomas indígenas hablados en la actualidad en Costa Rica). También establecen diferenciaciones entre los Ngöbes, considerando que hay hablantes naturales del movere (la mayoría de los Ngöbes) y del bocotá, por lo que se diferencian en términos de informantes en las investigaciones del Departamento de Lingüística de la Universidad de Costa Rica. Sin embargo es frecuente encontrar Ngöbes que hablan ambos idiomas, aunque generalmente alguno más fluidamente. Las razones históricas que explican este fenómeno en que se 'fusionan' dos tradiciones culturales no se conocen bien". Guevara Berger, Marcos y Juan Carlos Vargas, Perfil de los pueblos indígenas de Costa Rica. Informe final. RUTA/Banco Mundial, San José, Costa Rica, mayo del 2000, pág. 105.

- 9 Basado en los términos de referencia para la consultoría "Recuperación de buenas prácticas desarrolladas por el Área de Salud de Coto Brus en la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil para la garantía de los derechos de la niñez, la adolescencia y las mujeres indígenas ngöbe", UNICEF, junio de 2011.
- 10 UNICEF, *Niñez y adolescencia indígena en Costa Rica: su derecho a la salud y a la educación...* pág. 19.





mayores de 65 años ha ido aumentando, pero en menor medida que en el resto de la población¹¹. Igual sucede con las tasas de defunción de niños y niñas menores de un año, ya que “a pesar de [presentar una] tendencia decreciente [...] sigue dándose una marcada diferencia respecto al promedio nacional. En el quinquenio 1970-1974 la tasa en los distritos con mayor porcentaje de población indígena fue de 40 por 1000 nacidos vivos, en tanto que en los restantes distritos fue 28 por 1000 nacidos vivos; para el quinquenio 1995-1999 se redujo a 17 y 7 respectivamente”¹².

Los datos sobre morbilidad sugieren una relación entre las causas de enfermedad y las condiciones sanitarias de las comunidades indígenas. En estas comunidades es frecuente que las personas estén expuestas a insectos, mordeduras de serpientes, parásitos y otros microorganismos, falta de agua potable y de letrinas, mal manejo de las aguas servidas, entre otras, además de que persiste una baja cobertura de la inmunización de niños y niñas en la primera infancia. Las diarreas, parasitosis, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y la desnutrición son problemas críticos de la salud infantil¹³. Esta alta vulnerabilidad de la niñez en la etapa de mayor desarrollo biológico y psicológico, es aún mayor entre los integrantes de las poblaciones altamente móviles¹⁴; baste con señalar que en esta población se registra una mortalidad infantil de 33 por 1000 nacidos vivos¹⁵.

Respecto a la salud materno-infantil los datos no son más alentadores. La asistencia a servicios de control prenatal es limitada y está atravesada por cuestiones como la lejanía y el difícil acceso a los puestos de salud, así como por factores socioculturales, tales como el temor, la negativa a ser examinadas por personal del sexo opuesto, el monolingüismo, el bajo nivel educativo y el machismo¹⁶. A esto se suman altas tasas de fecundidad, superiores al promedio nacional: las parejas que habitan en Territorio Indígena tienen un promedio de 4 hijos/as; el promedio es de 3 para las parejas indígenas que viven fuera de estos territorios, mientras que el promedio nacional es de 2¹⁷.

Todos los factores expuestos, aunados a una situación general de pobreza¹⁸, inciden en que la población indígena sea en general una población joven, más que el promedio nacional:

-
- 11 Ministerio de Salud, OPS y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Desarrollo y salud de los pueblos indígenas de Costa Rica*. San José, Costa Rica, 2003, págs. 25 a 28.
 - 12 *Ibíd*em, pág. 28.
 - 13 *Ibíd*em, pág. 30.
 - 14 Centro de Estudios para el Desarrollo Rural (CDR), “Reporte sobre la situación actual de la oferta de servicios de atención integral para la población indígena en la primera infancia”. UNICEF, San José, Costa Rica, febrero de 2010, pág. 8.
 - 15 Tomado de *ibíd*em, pág 10. Datos del Ministerio de Salud, 2004-2008.
 - 16 Ministerio de Salud, OPS y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Desarrollo y salud de los pueblos indígenas de Costa Rica... págs. 31 y 32*.
 - 17 UNICEF, *Niñez y adolescencia indígena en Costa Rica: su derecho a la salud y a la educación...* págs. 20-1.
 - 18 *Ibíd*em, pág. 33.



Alta morbi-mortalidad general y altas tasas de fecundidad establecen una pirámide de población triangular con base muy amplia y disminución importante conforme avanza la edad. El resto de la población nacional, la cual presenta mejores condiciones generales, acceso a servicios básicos y disminución en la fecundidad, adelgaza la figura de la pirámide y disminuye, de forma importante, la población infantil¹⁹.

La vulnerabilidad de la niñez indígena adquiere matices importantes para la salud física y mental con la llegada de la adolescencia. La socialización de las niñas, niños y adolescentes indígenas está ligada a las prácticas productivas familiares y comunales. Esto quiere decir, entre otras cosas, que los y las adolescentes adquieren responsabilidades tempranas con respecto al cuidado de niños y niñas menores, a tareas productivas e incluso reproductivas, asumiendo roles adultos, tales como el establecimiento de pareja y la crianza de hijos e hijas. Esto incide además en una baja permanencia en el sistema educativo formal y se da en medio de algunos factores adicionales de riesgo: alcoholismo y, en menor medida, drogadicción; violencia intrafamiliar, y condiciones de riesgo para la sexualidad²⁰.

En este marco, el Área de Salud de la CCSS de Coto Brus ha desarrollado estrategias exitosas para atender a la población indígena, tanto la asentada como la móvil, utilizando enfoques interculturales. Este estudio se concentró en compilar las distintas experiencias desarrolladas por esta Área de Salud con el pueblo ngöbe, en particular la niñez, adolescencia y las mujeres indígenas. Su fin, el de resaltar los esfuerzos y estrategias que puedan servir como herramienta para la formación del nuevo personal en salud, para el desarrollo de procesos de colaboración entre instituciones y organismos con los pueblos indígenas, como insumo en la generación de políticas públicas que tomen como base la evidencia y sean respetuosas de la diversidad cultural, y generar conocimiento especializado dirigido a propiciar la discusión académica y la investigación.

19 Ibídem, pág. 20.

20 Ibídem, págs. 30 a 33.





OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio se basa en una investigación cualitativa dirigida a documentar las buenas prácticas del Área de Salud de Coto Brus con la población ngöbe, para la atención a niños, niñas, adolescentes y mujeres, en torno a la salud materno-infantil y en consideración de los derechos humanos, evidenciando las estrategias utilizadas y las lecciones aprendidas. El objetivo fue proponer recomendaciones y contar con los insumos para –en un segundo momento– elaborar una propuesta de temas y contenidos para la producción de materiales, recomendando el tratamiento y grupo meta (público) al que iría dirigido cada uno. Asimismo, con este trabajo se pretende contribuir a la generación de conocimiento con enfoque intercultural y de herramientas para la atención médica de los pueblos indígenas, con miras a lograr incidencia a nivel nacional. Este último punto es particularmente relevante en la medida que cualquier acción que se emprenda localmente para mejorar la calidad de vida y el goce de derechos de poblaciones indígenas, debe y puede potenciarse a favor de la totalidad de pueblos indígenas costarricenses.

Se privilegiaron tres técnicas de investigación: la observación participante, las entrevistas semi-estructuradas y la revisión de fuentes primarias de información – datos numéricos de registro y documentación relativa a los distintos proyectos ejecutados por el Área y sus diferentes socios. Se complementó con la revisión de fuentes secundarias de información. Entre otras, se realizaron entrevistas a personas que representan los diferentes niveles jerárquicos y de atención dentro del Área de Salud con la finalidad de comprender hasta qué punto y de qué maneras la visión intercultural atraviesa todo el sistema.

Fueron dos los elementos tomados en cuenta para la delimitación de la zona de estudio: que fuera parte del Área de Salud de Coto Brus y que se tratara de puestos de salud que atendieran primordialmente a población ngöbe. Un tercer elemento considerado fue el alcance y cobertura de los proyectos de salud que toman o han tomado parte en el proyecto de atención en salud a la población ngöbe de este cantón.

Durante el período de trabajo de campo, que tuvo una semana de duración, se visitó la frontera de Costa Rica con Panamá (Río Sereno/San Marcos), incluido el nuevo EBAIS y las instalaciones de vivienda para las y los trabajadores de una finca cafetalera; se hizo un recorrido por distintas Casas de Salud de la zona, y se participó en un día de trabajo en el EBAIS de La Casona, ocasión en que se presenció la presentación de una charla sobre planificación familiar dirigida a las personas que asistieron al EBAIS ese día, la atención a las y los pacientes, y una reunión que sostuvo la doctora a cargo con médicos tradicionales y parteras.



AGRADECIMIENTO

La consultora deja constancia de su agradecimiento al Dr. Pablo Ortiz, Director del Área de Salud de la CCSS de Coto Brus, por todo el apoyo brindado antes, durante y después de la visita a la zona. En su persona, extiende la gratitud a todo el personal del Área por su buena disposición y paciencia.

También agradece la ayuda que recibió de Carlos Van Der Laat, Oficial Regional en Salud y Migración de la OIM; de Emmanuel Gómez, facilitador de UNICEF para el promoción de la participación adolescente en Coto Brus; Maylin Barrantes, de la OPS; Yessica Rivera, de la OIM; Hazel Vargas y Sara Montero, del Ministerio de Salud, y de los oficiales de UNICEF Rigoberto Astorga, Georgina Zamora y Rita Azar.

Un reconocimiento especial para Isabela de Sainz, quien asistió en el trabajo de campo e hizo la transcripción de todo el material grabado durante el mismo.





MARCO CONCEPTUAL Y ZONA DE ESTUDIO

EL CANTÓN DE COTO BRUS

El cantón de Coto Brus se encuentra en la provincia de Puntarenas, de acuerdo a la división política del país, y en la Región Brunca, según la división por regiones de planificación y desarrollo. La Región Brunca está integrada por el cantón de Pérez Zeledón, de la provincia de San José, y los cantones de Buenos Aires, Coto Brus, Osa, Corredores y Golfito, todos de la provincia de Puntarenas. El cantón de Coto Brus está a su vez, dividido en cinco distritos: San Vito, Sabalito, Agua Buena, Limoncito y Pittier. (Ver mapas, pág. 13 y 14.)

Según las estimaciones del INEC, Coto Brus tiene una población de 34.787 personas, mostrando una disminución constante desde el año 2000, en que contó con una población de 41.305 personas²¹. Tiene una extensión territorial de 933,91 km², y una densidad poblacional de 37,2 habitantes por km². La economía del cantón descansa en las actividades agropecuarias, especialmente el cultivo del café, explotaciones ganaderas y productos de subsistencia. Los principales cultivos son: café, caña de azúcar, maíz, plátanos y frijoles.

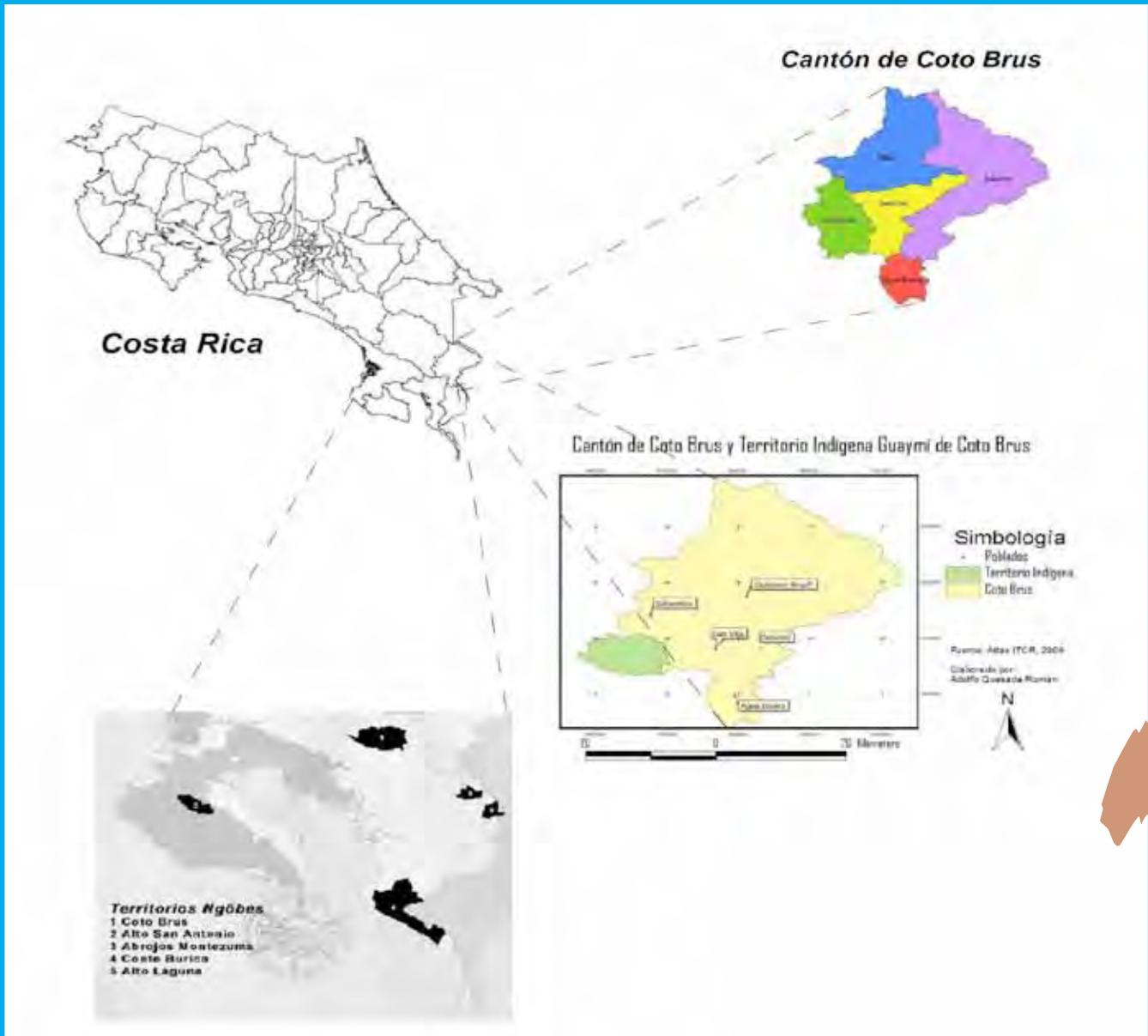
Siguen algunos índices de desarrollo humano que, en líneas generales, revelan una situación socioeconómica precaria, con niveles altos de seguridad, medios en cuanto a nivel educativo, esperanza de vida y salud, y de medios a bajos en cuanto a equidad de género.

Coto Brus Índices cantonales	Año	Valor	Cantón con el valor menos favorable:	Cantón con el valor más favorable:
Desarrollo Humano (IDH)	2008	0.717	0.586	0.958
Desarrollo relativo al Género (IDG)	2008	0.677	0.588	0.903
Seguridad Cantonal (ISC)	2007	0.779	0.149	0.920
Pobreza Humana (IPH)	2005	23.073	23.073	10.864
Potenciación de Género (IPG)	2005	0.685	0.606	0.916

En Costa Rica hay cinco territorios indígenas ngöbe: Coto Brus, Altos de San Antonio, Alto Laguna de Osa, Conte Burica y Abrojo Montezuma. Los cuatro últimos se encuentran ubicados en los cantones de Osa, Golfito y Corredores. Como se indicó arriba, la población ngöbe costarricense se encuentra principalmente en el cantón de Coto Brus de la misma provincia

21 INEC, "Población total proyectada por sexo, según provincia, cantón y distrito. 2000-2015", cuadro disponible a julio de 2011 en: "Población y demografía", < <http://www.inec.go.cr>>.





y se concentra en el Territorio Indígena Ngöbe de Coto Brus, distrito de Limoncito, conocido como La Casona²²

Elaboración propia con mapas tomados de: Quesada Román, Adolfo, "Georreferenciación educativa, cultural, socioeconómica y medioambiental del Territorio Indígena Ngöbe de Coto Brus", UNICEF, diciembre de 2008, documento inédito, y Asociación Cultural Ngöbe-gue COECO Ceiba-Amigos de la *Tierra, Los ngöbes y el bosque. Costa Rica, agosto de 2009.*

22 La Casona es la comunidad que se encuentra a la entrada del Territorio (información obtenida mediante conversación telefónica con Emmanuel Gómez, facilitador del Sistema Local de Protección de Coto Brus (UNICEF), miércoles 22 de junio de 2011).





Mapa de Costa Rica por provincias



Mapa de Costa Rica por regiones



PUEBLOS INDÍGENAS, SALUD, MEDICINA E INTERCULTURALIDAD: CONCEPTOS BÁSICOS

"Los indígenas nos consideramos indivisibles en cuerpo y espíritu, estamos en equilibrio con nuestro ambiente familiar/laboral a través de nuestro pensamiento ancestral, este mismo nos ayuda a vivir en armonía con nuestros elementos vivos del universo: las plantas, los animales la tierra, el fuego, el aire y el agua. Para nosotros esto es salud y bienestar"²³.

En esta sección se presenta de manera breve un lenguaje común para entender de qué se habla cuando en este texto se hace referencia a las personas y los pueblos indígenas, a las ideas autóctonas sobre salud y enfermedad, a la medicina tradicional indígena, y a la interculturalidad como aspiración del sistema de salud.

El SNU no ha adoptado una definición oficial del término "indígena" en atención a la diversidad de pueblos que esta tendría que abarcar²⁴. Definir la expresión "pueblos indígenas" tampoco es considerada una tarea necesaria y, por el contrario, se estima como un asunto "no deseable"²⁵. ¿Qué es, entonces, un "pueblo indígena"? El artículo 1 del Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, No. 16926, más que una definición, provee en su artículo 1 de una descripción de los pueblos a quienes se aplica el convenio:

1. El presente Convenio se aplica:

- a) a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;
- b) a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que

23 Definición de salud de los líderes indígenas del Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño, 2000. Citado en: OPS/OMS, *Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas. Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud*, Documento 24. Washington D.C., setiembre de 2002, pág. 15.

24 OMS, "La salud de los pueblos indígenas", Nota descriptiva No. 326, octubre de 2007, pág. 1.

25 OIT, *Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica*. Una guía sobre el Convenio NÚM. 169 de la OIT. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 2009.

26 Adoptado el 27 de junio de 1989.



sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

2. La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.

Es generalmente aceptado que un concepto inclusivo toma en cuenta que las personas y pueblos indígenas²⁷:

- Se identifican a sí mismos y son reconocidos y aceptados por su comunidad como indígenas.
- Tienen una continuidad histórica demostrada con sociedades precoloniales o anteriores al asentamiento de otros pueblos.
- Tienen fuertes lazos con sus territorios y sus recursos naturales.
- Poseen sistemas sociales, económicos o políticos distintos.
- Conservan lenguas, culturas y creencias distintas.
- Forman grupos no dominantes de la sociedad.
- Están dispuestos a mantener y reproducir sus entornos y sistemas ancestrales como pueblos y comunidades diferenciados.

Para los pueblos indígenas la salud está ligada a una percepción integral del mundo. En ese sentido, estar saludable implica gozar de bienestar biológico, psicológico, social y espiritual, tanto individual como colectivamente, y en condiciones de equidad²⁸. Aún más, al no separarse la dimensión individual de la colectiva, comprende lo ecológico, político, económico, cultural y social²⁹. Se entiende entonces que una persona no goza de salud plena si no tiene los medios para satisfacer sus necesidades de alimentación y vivienda, por ejemplo. Por otro lado, también significa que la noción de enfermedad puede extenderse a los recursos, tales como la tierra y el agua.

La medicina tradicional indígena se separa entonces de la medicina convencional o biológica en la medida que esta última no es integral, no reconoce en principio la influencia de los aspectos espirituales, mentales y sociales en el diagnóstico y tratamiento de las

27 OMS, "La salud de los pueblos indígenas"...

28 Castañeda, Amílcar, *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos*. IIDH, San José, Costa Rica, 2006, pág. 17.

29 OPS/OMS, *Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas...* pág. 15.





enfermedades³⁰. La medicina tradicional indígena es un sistema de salud en tanto cuenta con conocimientos, prácticas y tradiciones, estructurados mediante agentes que tienen métodos de diagnóstico y tratamiento propios, con recursos terapéuticos propios, además de contar con una población que confía en su práctica y usa sus servicios³¹. De acuerdo a la OPS:

Los sistemas de salud tradicionales indígenas comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, ritos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación³².

Como en todos los aspectos de la relación entre la sociedad occidental y los pueblos indígenas, el encuentro del sistema de salud nacional con los sistemas de salud tradicionales se ha caracterizado por la asimetría y la inequidad. La propuesta que han venido trabajando organismos como la OPS y la OMS hace ya algunos años y en coordinación con los pueblos indígenas, es la de fomentar y fortalecer una perspectiva intercultural de la salud. En ese sentido, en su relación con el sistema de salud costarricense los sistemas de salud tradicionales deben vincularse mediante dos elementos esenciales: la dignidad y soberanía de todas las culturas, y el mutuo aprendizaje dirigido por el diálogo permanente y la convivencia. Un sistema de salud intercultural es un sistema abierto a la voz de cada interlocutor y reconoce sus particulares aportes³³. Su objetivo final es lograr la armonización de ambos sistemas, en beneficio de la población indígena.

Un sistema de salud intercultural responde a los siguientes criterios³⁴:

1. Respeta y reconoce la existencia de un cuerpo indígena de conocimientos, principios, fundamentos y técnicas relacionados con la salud.
2. Respeta y conoce los principios y formas propias de interpretar los conceptos de enfermedad y salud de la población indígena.

30 Sin embargo, la medicina convencional ha sufrido cambios importantes en este aspecto durante las últimas décadas, bajo la influencia de sistemas de salud tradicionales de diversa índole.

31 Castañeda, Amílcar, *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos...* pág. 19.

32 OPS, *La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Ecuador, s/f, págs. 16-7.

33 Ver, entre otros: de Vallescar Palanca, Diana, "Coordenadas de la interculturalidad", en: *Diálogo Filosófico* 51, Revista cuatrimestral de filosofía. Encuentro Ediciones, Madrid, España, 2001, págs. 7 y 8; OPS, *La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos...* pág. 30 y ss; Castañeda, Amílcar, *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos...* pág. 41 y ss, 176 y ss.

34 Basados en el "Módulo 1. Medicina indígena tradicional y medicina convencional", de la publicación: Castañeda, Amílcar, *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos...*

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe

- a) Reconoce las expresiones culturales sobre salud y enfermedad.
 - b) Reconoce las prácticas y terapias de medicina tradicional asociadas a las distintas enfermedades.
3. Aplica criterios de equidad para la atención integral en salud (se entiende como equidad la distribución en conformidad con las características y las necesidades especiales de los indígenas sin exclusión, que promueve la satisfacción de esas necesidades a partir de sus prioridades).
 4. Propicia espacios interculturales fortalecidos, donde se genera una relación respetuosa y complementaria del sistema de salud indígena y el oficial.
 - No pretende objetividad y universalismo: promueve prácticas pluralistas y opciones terapéuticas consecuentes con la realidad intercultural.
 - No es autoritaria: pretende devolver a las y los pobladores indígenas el poder de decisión sobre sus procesos de salud-enfermedad.
 - Entiende que el sistema médico oficial puede aprender del indígena.



LA POBLACIÓN INDÍGENA NGÖBE-BUGLÉ

Originalmente, los pueblos indígenas ngöbe y buglé habitaron en el norte de Panamá y el extremo sur de la vertiente del Pacífico de Costa Rica; estaban conformados por grupos que se movían regularmente a lo largo de estos extensos territorios selváticos. Su subsistencia estaba basada en la práctica agrícola de roza y quema³⁵, combinada con la recolección y el uso de los recursos disponibles. En los años 30 del siglo pasado fueron expulsados por terratenientes ganaderos y las compañías bananeras de las planicies fértiles que ocupaban, y se vieron forzados a ubicarse en las montañas aleaños. Estas limitaciones territoriales los han obligado a modificar algunas de sus prácticas y costumbres. A pesar de ello, conservan una buena parte de su riqueza cultural, pues además de mantener sus idiomas (el ngöbere y el bocatá), mantienen un detallado conocimiento tradicional de la biodiversidad característica de los bosques³⁶.

Como se expuso con anterioridad, la etnia ngöbe es la más numerosa en el sur de Centroamérica³⁷ y la mayoría de su población se encuentra establecida en Panamá, en el territorio de la Comarca Ngöbe-Buglé. Esta población presenta patrones migratorios a Costa Rica por razones de trabajo estacional. Se entiende que estos patrones están relacionados con su tradición trashumante –es un pueblo que se mueve dentro de su territorio, dividido entre dos países–, que se suma a la situación de pobreza que sufren en su lugar de origen. La población ngöbe costarricense se encuentra principalmente en el cantón de Coto Brus, provincia de Puntarenas, concentrándose en el Territorio Indígena Ngöbe del distrito de Limoncito, zona cafetalera cuya producción depende del trabajo de cosecha que anualmente desarrollan los y las indígenas ngöbe y buglé³⁸, provenientes de Costa Rica y Panamá.

35 “Sistema tradicional de la agricultura indígena y campesina en el que se tala el bosque tropical, se deja secar y luego se quema. Los cultivos que se obtienen en la primera cosecha son abundantes porque las cenizas aportan nutrientes. Sin embargo, después de uno o dos años, la productividad del suelo se agota y requiere de abono para que siga siendo útil para la agricultura. A pesar de que los indígenas llevaron a cabo durante siglos la agricultura de roza, tumba y quema, la práctica se realizó de una manera cuidadosa, a baja escala y rotativa, lo que aseguró una sustentabilidad relativa. Hoy día las altas densidades demográficas y presiones de ocupación de la tierra han desestabilizado el sistema, convirtiéndolo en un factor destructivo. Entre los males ambientales causados por este tipo de cultivación están la deforestación, la pérdida de la biodiversidad y la degradación de los suelos (erosión y reducción de nutrientes y humedad). También es conocida como agricultura migratoria o nómada”.

Diccionario Enciclopédico Dominicano de Medio Ambiente. Disponible en: <<http://www.dominicanaonline.org/diccionariomedioambiente/es/definicionVer.asp?id=48>>, a agosto de 2011.

36 Asociación Cultural Ngöbegue COECO Ceiba-Amigos de la Tierra, *Los ngöbes y el bosque...* pág. 3-5.
37 Carballo, Jorge, “Los grupos indígenas costarricenses”..
38 Como se indicó arriba, se trata de dos grupos étnicos distintos que guardan ciertas similitudes, siendo mucho más numerosos los ngöbe.

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe



En el cantón de Coto Brus la población indígena altamente móvil, la indígena del Territorio y la indígena en condición de pobreza (30% del total) son de las poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad; a ellas se suman las personas con discapacidad y las personas adultas mayores³⁹.

De acuerdo a la información recogida en la zona, la mano de obra indígena panameña es preferida por los caficultores, no sólo por los beneficios económicos que trae –en la medida que se sospecha que podrían estar pagándoles menos que a otras personas trabajadoras– sino por el cuidado que brindan a la mata, por la forma en que recolectan el café. Los caficultores consideran que la persona indígena es más cuidadosa en recoger el café maduro. Por otra parte, los costarricenses y los migrantes nicaragüenses viajan solos o en grupos de hombres; los indígenas panameños con frecuencia viajan en familias, lo que los mantiene alejados de ciertos problemas, tales como el consumo de alcohol⁴⁰. Con los años, esta preferencia ha resultado en la existencia de redes de contacto establecidas entre caficultores, intermediarios e indígenas, y en rutas trazables de viaje y estadía. Según palabras del Dr. Pablo Ortiz, “Ellos ya saben cuándo hay trabajo, entonces donde los deja el bus los están esperando: llegan a la frontera, recogen al grupo y se los llevan para su finca”.

Según los datos que registra el Área de Salud de la CCSS de Coto Brus en la frontera, la población móvil está compuesta por una proporción de tres hombres por mujer; las mujeres que migran están en edad fértil; las niñas y niños que los acompañan son generalmente los mayores de diez años o menores de dos años de edad, aún dependientes de sus madres debido a la lactancia. En principio, migra la población sana, económicamente activa. Por lo general, las personas mayores y las niñas y niños pequeños se quedan en Panamá.

39 Ortiz, Pablo, “Atención a poblaciones vulnerables, Área de Salud de Coto Brus”, presentación en Power Point, no publicada, s/f.

40 Entrevista al Dr. Pablo Ortiz, 12 de julio de 2011.





BUENAS PRÁCTICAS DESARROLLADAS POR EL ÁREA DE SALUD DE COTO BRUS

“Este es un proyecto que a diferencia de los que tienen un tiempo, espacio y dinero definidos, es un PROYECTO con mayúscula, es un proyecto de vida. La diferencia estriba en que aquí se conocen las personas, y entonces el proyecto se transforma en algo más, en parte de tu vida”. Doctor Pablo Ortiz

El Área de Salud de la CCSS de Coto Brus ha desarrollado estrategias exitosas para atender a la población indígena utilizando enfoques interculturales. Para conocerlas y entenderlas, se presentan en lo que sigue las estrategias, lecciones aprendidas, buenas prácticas e innovaciones que ha llevado adelante con el grupo étnico ngöbe, con énfasis en la niñez, adolescencia y las mujeres indígenas. Estas iniciativas deben entenderse en el marco de lo que la Dirección del Área considera su “proyecto” de atención a la población indígena de Coto Brus.

El doctor Pablo Ortiz, Director del Área de Salud de Coto Brus desde hace más de dos décadas, fue el propulsor de las acciones que dieron inicio al modelo que se implementa para atender a la población ngöbe asentada en el cantón, así como a la que ingresa en la zona de manera estacional. Según relata, una serie de incidentes que se registraban en la cotidianidad del trabajo le pusieron a reflexionar sobre las razones por qué no se estaba llegando eficientemente a las personas indígenas.

Lección aprendida: entender los aspectos culturales que afectan la atención en salud de las poblaciones indígenas requiere de trabajo interdisciplinario y de hacer un esfuerzo por salir de los centros de salud y conocer a la población.

¿Qué había detrás de estos incidentes? La pregunta no era ociosa pero la respuesta era elusiva en la medida que el personal médico no tenía la formación necesaria para encontrarla de manera inmediata. Un primer acercamiento fue hacer contacto con personas formadas en Trabajo Social, pero la solución a estos problemas sólo empezó a vislumbrarse. En un proceso que tardó años, el doctor Ortiz llegó a establecer contacto con personas de distintas disciplinas de las ciencias sociales (Antropología, Sociología, Psicología Social, entre otras), cuya formación especializada y como investigadoras fue la clave para empezar a resolver el problema.



A partir de una primera lección aprendida –el personal de salud por sí solo no podía comprender las distintas aristas del tema, por lo que se necesitaba emprender un esfuerzo interdisciplinario– se delinea la estrategia central a seguir: encontrar aliados con quienes llevar adelante esfuerzos conjuntos a favor de la salud de las comunidades ngöbe. Este trabajo interdisciplinario fue acompañado por un esfuerzo de participación e involucramiento de las y los profesionales en salud con las comunidades, con sus costumbres y tradiciones. En ese empeño, salieron de los centros de salud para dar seguimiento a las familias, buscando explicaciones a los hechos que observaban. Es en ese marco que esta Área de Salud ha venido desarrollando acciones con distintos niveles de participación e involucramiento de diferentes instituciones y organizaciones para la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la población indígena de la zona.

Una de las prácticas que se expone en lo que sigue está únicamente relacionada con la población altamente móvil (B.5); otras están exclusivamente dirigidas a la población del Territorio Indígena (B.3, B.4, B.6, B.13, B.14 y B.15). Las restantes se aplican con ambos grupos poblacionales.



CAPACITACIÓN EN NGÖBERE: FORMACIÓN DE ASESORES CULTURALES EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

“Son cosas que con el tiempo hemos ido viendo y aprendiendo. Al principio iba uno y daba la charla y uno piensa que todo mundo entiende, pero no necesariamente. Hasta que llegamos a ver que eran ellos, en el idioma de ellos, los que debían dar la charla, y que esa persona no podía ser cualquiera sino que tenía que ser aceptada por ellos”. Doctor William Sáenz

Antecedentes

La figura del asesor cultural ha sido clave en el proceso de desarrollar un acercamiento intercultural al tema de la atención a la salud indígena. Su creación es el resultado de la experiencia y se enmarca en el desarrollo de varias acciones.

La creación de la figura que el Área de Salud de Coto Brus llama asesor cultural se fue delineando a través de los años y a medida que se vislumbró la necesidad de contar con el apoyo de personas que hablaran el idioma ngöbere y fuesen ellas mismas indígenas ngöbe. Es, en otras palabras, una manifestación clara y tangible del interés por desarrollar un sistema de salud intercultural en el cantón.

La figura como se conoce ahora se termina de redondear con el proyecto Finca sana, desarrollado de 2007 a 2009 por la OIM, aunque su creación se remonta a un proyecto llevado adelante por IDESPO, UNICEF, CONARE y la CCSS en 2005⁴¹. En el marco de esa investigación se tenía previsto aplicar una encuesta sencilla, compuesta por cuatro preguntas⁴², a mujeres indígenas embarazadas, hombres indígenas, parteras y personal en salud. Sin embargo, en una primera aplicación fue evidente que las respuestas no se correspondían con la realidad. A partir de esa constatación se vislumbra una estrategia para obtener mejores resultados: reclutar y capacitar a pobladores indígenas para la aplicación de la encuesta.

41 Pernudi Chavarría, Vilma, Irma Sandoval Carvajal, Sofía Solano Acuña, *Incorporación de criterios interculturales en la atención materno-infantil de la población ngöbe-buglé en el Territorio Indígena de Coto Brus, Costa Rica. UNA/CONARE/CCSS/UNICEF, Heredia, Costa Rica, 2007.*

42 ¿Qué espera usted de una mujer durante el embarazo? ¿Durante el parto? ¿Durante el postparto? ¿Durante el primer año del niño o niña?





Lección aprendida: para realizar encuestas con la población indígena y garantizar los resultados es necesario que las personas encuestadoras sean indígenas.

Así, una lección aprendida fue que para realizar encuestas con la población indígena y obtener buenos resultados es necesario que las personas encuestadoras sean indígenas. Desde entonces, los asesores culturales son llamados a apoyar cuando el Área necesita aplicar una encuesta a la población indígena, para que lo hagan en su propia lengua, garantizando un mejor acercamiento y la obtención de información fidedigna. De esta misma forma lo hacen otras instituciones y organizaciones que trabajan en la zona. Sin embargo, el apoyo de los asesores *culturales se enfoca hoy en día en brindar charlas sobre distintos temas relativos a la atención primaria en salud, dirigidas a la población indígena del Territorio y la altamente móvil.*

Descripción

Los asesores culturales son personas indígenas que funcionan como vínculo entre el Área y la comunidad, sirven como traductoras y apoyan la validación cultural de los proyectos. La figura no fue creada de un día para el otro ni en el papel: es el resultado de la experiencia y se fue desarrollando en el marco de más de un proyecto. Con el tiempo se ha convertido, además, en una estrategia central del Área de Salud de Coto Brus. Entre otras cosas, se ha contado con su asesoría para la elaboración de los materiales de apoyo utilizados durante las charlas, cosa que se ha hecho con la ayuda técnica y financiera de la UCR en algunos casos, en otros de la ADC.

Las parteras y médicos tradicionales forman parte del grupo de asesores culturales que apoyan la labor del Área de Salud de Coto Brus.

En un inicio se reclutó a quince asesores culturales, cinco hombres y diez mujeres, para ofrecer charlas sobre temas de prevención y promoción de la salud entre la población altamente móvil, residente de manera temporal en las fincas cafetaleras del cantón. La idea era la de sustentarse en ellas para impartir una serie de charlas dirigidas a la población indígena migrante, en la medida que ya se había probado que si estas charlas eran directamente dadas por el personal de salud, las personas indígenas no lograban entender buena parte de su contenido.

Este grupo estaba conformado en su mayoría por personas jóvenes, con secundaria completa (bachillerato). Esto mostró ser insuficiente pues a las personas mayores no les merecían suficiente respeto; por esta razón se incluyeron posteriormente personas mayores. Cuando este grupo hizo sus primeras visitas a las fincas se hizo evidente que, a pesar del liderazgo que tenían en su comunidad –La Casona–, con la población indígena móvil se presentaban dificultades en temas específicos. Esto es cierto por ejemplo, en el caso de las asesoras a cargo del tema de salud materna. Contando con esta experiencia, en el 2009 se decidió

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe

incluir como asesoras a las parteras de La Casona a pesar de su dificultad en lectoescritura. Ellas fueron muy bien aceptadas por tratarse de mujeres adultas, con conocimiento culturalmente adecuado sobre medicina tradicional y atención de partos, por lo que también su credibilidad es mayor.

La segunda lección aprendida fue, entonces, que no se podía reclutar para estos efectos sólo a personas jóvenes, y que debían operar en grupos compuestos por hombres y mujeres de distintas edades. En general, se puede decir que lo ideal es que en cada grupo haya al menos un hombre y una mujer, un adulto y una persona joven. En particular, la composición de cada grupo de asesores debe adaptarse al tema en cuestión y al grupo meta al que va dirigida la capacitación.

Lección aprendida: las personas asesoras no pueden ser todas jóvenes, deben incorporarse personas adultas, con liderazgo en la comunidad, para que los resultados sean satisfactorios.

El Área de Salud capacitó en un principio a estas personas asesoras en prevención y promoción de la salud, en temas técnicos tales como higiene personal, parasitosis, deshidratación, desnutrición, infecciones respiratorias, influenza AH1N1, control prenatal y en temas relacionados con la igualdad de género. Para hacer efectivas algunas de estas capacitaciones, en ocasiones se ha tenido que negociar con las instituciones pues muchas de las personas asesoras son analfabetas o no tienen el grado académico necesario para inscribirse de acuerdo a los requisitos de, por ejemplo, el INA, la UCR y la UNA. Así, el Área de Salud ha logrado que estas no sean limitaciones para su formación técnica.

Impacto y relevancia

Tres elementos hacen de los asesores culturales una figura clave para la promoción de y prevención en salud, cimentando su papel de líderes comunales: hablan el mismo idioma y utilizan las mismas palabras que la población indígena, lo que significa que los mensajes que transmiten son comprensibles; como pertenecen a las mismas comunidades que quienes reciben la información, interpretan y adaptan sus conocimientos, que no aparecen como imposiciones de personas ajenas a su cultura; la convivencia cotidiana de los asesores con la población los convierte en los agentes multiplicadores ideales. Asimismo, la figura ha trascendido el ámbito del Área de Salud para convertirse en clave para cualquier institución u organismo que desarrolle acciones con la población indígena. El personal del Área ha encontrado que sin esta ayuda la labor se dificulta y, por el contrario, resulta el cimiento de cualquier tema que quieran tratar con la población indígena.





"Uno se da cuenta que se obtienen buenos resultados cuando se invierte en capacidades humanas. Los asesores culturales han tenido todo un proceso de capacitación por diferentes instituciones y se han ido fortaleciendo y, sin haber partido con la idea de hacer de esta una estrategia de formación de liderazgo comunal en el Territorio Indígena, es lo que hemos hecho". Lizeth Contreras, Trabajadora Social.

La práctica de brindar charlas sobre higiene, alimentación y prevención de enfermedades con el apoyo de asesores culturales ha provocado un cambio positivo y sostenible a favor del derecho a la salud de los niños, niñas, adolescentes y mujeres indígenas, y representa un avance significativo en la atención en salud de la población ngöbe, estable y móvil, de Coto Brus. Responde entre otras (ver anexos 1 y 2), a la recomendación al Estado costarricense del Comité sobre los Derechos del Niño de la ONU, de 2005: "que continúe prestando la debida atención a las necesidades de los pueblos indígenas, mediante la adopción de medidas adecuadas para hacer frente a la elevada tasa de mortalidad infantil entre las comunidades indígenas, y a que aumente de forma sustancial su nivel de educación y su nivel de vida"⁴³.

Algunos datos de registro respaldan lo dicho:

- La tasa de mortalidad infantil muestra un importante cambio favorable entre el año de 2001 y el año de 2007. En 2001 la tasa cantonal (17,1) fue muy superior a la nacional (10,8) y a la regional (7,8), mientras que para 2007 la tasa cantonal (10,32) fue inferior a la nacional (10,38) y apenas superior a la regional (9,8), que además sufrió un retroceso durante ese período.
- En Coto Brus, el EBAIS de La Casona no sólo no muestra el porcentaje más alto de consultas hechas por presentarse un cuadro de diarrea en el o la paciente (1,5%), sino que este resulta bastante más bajo que algunos que prácticamente no atienden población indígena, como el EBAIS de Santa Elena (3,9%).
- De acuerdo al canal endémico de diarreas para el EBAIS de La Casona, la incidencia de diarreas en 2011 es mucho menor que lo que muestra el histórico 2007-2010 (ver pág. 48).
- La incidencia de IRAS en el EBAIS de La Casona ha disminuido significativamente en los últimos años, manteniéndose en lo que va del 2011 principalmente dentro de la zona de éxito del canal endémico (ver pág 48).

43 Comité sobre los Derechos del Niño, Observaciones finales: "Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Costa Rica", CRC/C/15/Add.266, 21 de setiembre de 2005, párr. 19.

- A partir de las acciones que inicia el Área en el marco del proyecto Finca sana, la proporción de indígenas migrantes que ingresa al hospital se ha reducido en un 20%; los costos de atención de urgencias han disminuido en un 37%.

Sostenibilidad

Los asesores culturales constituyen un grupo establecido, lo que hace del proceso de capacitación un proceso acumulativo. Es decir, se ha procurado mantener el apoyo de determinadas personas para que vayan ampliando sus conocimientos y construyan a partir de su experiencia. La formación de asesores culturales es una tarea permanente, vinculada a necesidades específicas. Con el tiempo la figura se ha ampliado y complejizado, incorporando a otras personas y asumiendo otras tareas. De esta manera, algunas parteras, médicos tradicionales y caciques son asesores culturales; son ellos quienes orientan sobre los temas de importancia para la población, sirviendo de guía sobre cuáles se pueden abordar fácilmente y cuáles deben abordarse tomando ciertas precauciones o cuidados. Su participación es valorada de manera especial; recientemente están tomando parte en asuntos relativos a nutrición y están involucrados en los planes de construcción del nuevo EBAIS de La Casona.

Los asesores culturales no son parte del personal del Área de Salud contratado permanentemente por la CCSS⁴⁴; en ese sentido, no tienen un salario fijo. En el marco de cada proyecto e iniciativa se les ofrece un incentivo económico a cambio de su apoyo, que es discutido y analizado con ellos de manera previa. Ellos son los que le ponen el precio al trabajo (usualmente 7.000 colones por charla). Sin embargo, en muchas ocasiones el incentivo que reciben no es económico, su apoyo es voluntario y está motivado por los beneficios que obtendrán a partir del mismo como individuos integrantes de la comunidad.

Aunque la sostenibilidad de esta estrategia depende en buena medida de su institucionalización –a favor de la cual ya hay esfuerzos concretos (ver Anexo 3)–, lo ideal en cualquier caso sería encontrar maneras para que su desarrollo no resulte oneroso y aproveche de la mejor forma de recursos que no generen gastos fijos. Un ejemplo puede ser la implementación de una estrategia de capacitación a las personas asesoras que se base en materiales autoformativos bien desarrollados, lo que supone una erogación inicial de recursos financieros, seguida de gastos posteriores muy bajos y puntuales.

44 Se espera que lleguen a serlo como parte de la propuesta “Modalidad de Atención Integral a las poblaciones indígenas e indígenas altamente móviles, a ser ejecutada en los establecimientos de salud de la CCSS” (ver Anexo 3).



Liderazgo, participación y empoderamiento comunitario

“El asesor cultural... ha sido una de las mejores estrategias que se ha podido implementar para poder vincularnos con otra cultura y que se logren resultados, pues ellos ejercen un liderazgo en la comunidad. Hoy cualquier institución que entra al territorio busca un asesor cultural para que le ayude, para que intermedie.”

Lizeth Contreras, Trabajadora Social

Más allá de los problemas puntuales ya señalados, han sido pocos los conflictos que se han dado entre los asesores culturales y la población meta. En el caso del Territorio Indígena no se han dado conflictos relacionados con su labor. Con la población indígena altamente móvil han tenido algunas dificultades –como la expuesta–, pero en general han tenido buena aceptación. La población es muy participativa durante las capacitaciones brindadas por los asesores, siempre y cuando las charlas sean dadas en ngöbere.

Las personas asesoras son líderes comunales cuyas acciones propician la participación de la población indígena de manera acertada, en lo que atañe a su atención primaria en salud. Su intermediación ha probado ser efectiva y, especialmente, resulta en mejores maneras para llegar a la población indígena y así cubrir sus necesidades. Es, en otras palabras, una forma de empoderamiento de la comunidad indígena, estable y móvil.

En palabras de Alexis Andrade⁴⁵: experiencia de un asesor cultural

El personal de salud tiene que apoyarse en alguien. Ese proyecto fue hecho por la UNA, tener asesores, y con esa visión se ha trabajado en todos los trabajos que se han hecho del Área de Salud en pro de la salud de las comunidades en Coto Brus. Como recibir las charlas en la comunidad. Yo recibí charlas de nutrición, alimentación, prevención de VIH/SIDA, todo eso, y medicamentos. Hay ciertas cosas en las que lo asesoran a uno para que tenga una idea y por si una persona le hace una pregunta sobre eso poder responderle también.

Yo he trabajado como asesor cultural para apoyar la promoción de salud domiciliaria. Nosotros hemos visitado comunidades indígenas ngöbe de aquí y también de migrantes panameños donde la comunicación se ocupa, muchas veces se ocupa un asesor cultural. Yo les hablo para luego contarle la realidad a un ATAP o a un médico, pues no les dicen la verdad a ellos y uno les dice específicamente todo lo que tienen que decirles.

Uno va y primero tiene que hacer una inducción con ellos, porque nosotros somos de aquí y ellos son desconocidos. Nosotros vamos y tratamos de establecer una relación para hablar, después entramos al tema que vamos a desarrollar. Entonces yo lo atiendo y les pregunto ¿de

45 Durante el trabajo de campo se entrevistó a Alexis Andrade, persona que ha fungido como asesor cultural desde un inicio. Partes de la entrevista se recuperan a través de este texto.



dónde son? ¿Cuántos son? ¿Cómo se llaman? Y les digo que nosotros somos iguales que ellos y hablamos el mismo idioma y los entendemos. Así entramos en confianza.

A partir de ahí hablamos. Les digo –“Mira, estamos trabajando en un proyecto en salud y queremos que nos den cierta información de su salud y la de su familia. ¿Cómo los han tratado? ¿Cómo han estado? ¿Cómo se sienten aquí?”. En ngöbe nos comunicamos. También les pregunto cómo los tratan cuando van al EBAIS, si los tratan bien, si les dan los medicamentos y si el medicamento les ha servido.

Después de eso, les pregunto sobre los hábitos, porque hemos también trabajado en eso, lo que es salud y de la salud personal, y todo lo que tiene que ver con salud. Entonces ellos nos informan y con base a eso vemos qué tenemos que hacer y se toma en cuenta. Ya después de ahí se le hace el estudio y si la salud de la comunidad esta escasa, no tiene vacunas y padece mucho es porque les falta algo o porque les falta aseo o porque no se cuidan, porque están tomando agua contaminada, porque están viviendo en la casa y tienen cocina en el mismo lugar y eso puede traer enfermedad pulmonar o gripe. Todo eso se analiza. Después se les dan los tratamientos y se les pide a la personas que lleven la vida adecuada en donde trabajan y donde viven.

También se les pregunta cómo vienen de allá. Y tal vez muchas veces la enfermedad no la agarran aquí si no que la traen de allá. Bueno eso es parte del trabajo del asesor cultural por que dentro de aquí en la comunidad ya muchos ya conocen y ya hay como más información.

Es un modelo a seguir

Esta experiencia puede repetirse en otras zonas del país. Se trata de una iniciativa que se puede llevar adelante con recursos limitados, construyendo sobre lo logrado en Coto Brus, aprovechando las lecciones aprendidas y adaptando los materiales desarrollados.

El personal de salud puede identificar en las comunidades indígenas grupos de actores sociales respetados como líderes que presenten las cualidades ya mencionadas: dominio del lenguaje y de las costumbres, conocimiento de la estructura social y de aspectos de accesibilidad a las comunidades. Además, a la hora de la selección debe tenerse en mente que no todo indígena cuenta con un manejo integral de la cosmovisión de la población indígena en cuestión. Evidentemente, el tipo de capacitaciones dirigidas a las y los asesores culturales dependerá de la situación epidemiológica de las comunidades particulares.



ROMPIENDO BARRERAS IDIOMÁTICAS Y CULTURALES: EL EQUIPO DE SALUD SE CAPACITA

Antecedentes y descripción

El interés por emprender un trabajo interdisciplinario para llevar adelante acciones conjuntas con la población indígena en pro de mejorar su atención primaria en salud está en la base de la necesidad de formar al personal en salud para potenciar sus capacidades profesionales interculturales. El primer curso que se implementó fue llamado “Rompiendo barreras idiomáticas”, mediante el cual se aprende el manejo básico de la lengua ngöbe. A la fecha, el curso se ha impartido tres veces: dos dirigido a personal de salud y administrativo de los EBASIS con más población indígena –Territorio Indígena, Sabalito, La Lucha y Santa Elena– y una dirigido al personal de las instituciones que trabajan en el cantón – PANI, INAMU, IMAS, INA, OET, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud, entre otras. Este año el curso se va a volver a dar, pero esta vez dirigido a otras instituciones – Policía, PANI, Dirección General de Migración y Extranjería. A partir de esta experiencia se ha planteado la necesidad de extender el curso, haciendo una segunda parte que incluya aspectos culturales.

Lección aprendida: un esfuerzo sostenido por fortalecer capacidades interculturales, dirigido al personal del Área de Salud que trabaja con población indígena, es una estrategia exitosa y eficiente.

Con la UCR se coordinó y realizó un curso de ciencias sociales aplicadas al primer nivel de atención en salud (personal médico: profesionales en Medicina, Enfermería, Trabajo Social y personal administrativo del Área de Salud de la CCSS de Coto Brus). Este curso –que incluyó aspectos antropológicos, sociológicos, psicológicos, de comunicación, trabajo social e investigación– respondió a la necesidad de entender y llegar mejor a una población con características muy particulares, que es en general la de Coto Brus: una población joven, migrante y altamente móvil, indígena y no-indígena. Se ha impartido dos veces, una en 2010 y la segunda en 2011. En agosto de 2011 dará inicio una Maestría en Salud Pública que se impartirá en Coto Brus también en convenio con la UCR. Está dirigida a 18 personas del Área de Salud: profesionales en Medicina, Farmacéutica, Odontología, Trabajo Social y Enfermería.

De acuerdo a lo que se considera necesario, se han ido impartiendo cursos sobre VIH/SIDA, parasitosis, derechos humanos, salud sexual y reproductiva, entre otros.

Impacto y relevancia

El esfuerzo sostenido de capacitación dirigido al personal del Área que trabaja con población indígena es una estrategia exitosa y eficiente. Para contar realmente con un enfoque intercultural de la salud, es decir, para que el Área propicie espacios interculturales fuertes donde se genere una relación respetuosa y complementaria del sistema de salud

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe



indígena y el oficial, es elemental que el personal que se relaciona con la población maneje las herramientas adecuadas. Así como la población se acerca al sistema de salud nacional, a las prácticas y terapias de la medicina occidental, mediante las charlas, las visitas familiares y la atención en el EBAIS, el personal en salud se acerca a la medicina tradicional indígena mediante estas capacitaciones. Permiten, entre otras cosas, que el personal entienda que el sistema médico oficial puede aprender del indígena; que se conozca la situación binacional del grupo étnico ngöbe, sus patrones de movilidad, sus causas y consecuencias para la salud, y que se reconozca que se trata de un grupo étnico que presenta diferencias importantes en salud que dependen del lugar de residencia y de su permanencia en el mismo. Además, todo esto se corresponde con recomendaciones concretas del Comité sobre Derechos del Niño de la ONU, con los contenidos de tratados internacionales de los que Costa Rica es parte (ver Anexo 1) y con los desarrollos del marco normativo nacional (ver Anexo 2).

Sostenibilidad

Al igual que en el caso de las capacitaciones a los asesores culturales, la sostenibilidad de esta estrategia depende en buena medida de su institucionalización. Lo ideal en cualquier caso, es encontrar maneras para que su desarrollo no resulte oneroso y aproveche de la mejor forma de recursos que no generen gastos fijos. En ese sentido, la implementación de una estrategia de capacitación que se base en materiales autoformativos bien desarrollados, es recomendable.

Un aspecto elemental para planear la frecuencia y cobertura de las capacitaciones debe ser la rotación del personal. En ese sentido, la Dirección del Área ha sido enfática en señalar que la rotación del personal del Área es baja. A nivel profesional todas las plazas son actualmente en propiedad, lo que garantiza su permanencia; la mayor rotación se da entre los ATAP, quienes como promedio permanecen tres años en sus puestos. En el EBAIS de La Casona, el o la doctora mantiene su puesto por un promedio de dos años, pero para ocupar otro dentro del Área. En todo caso, esta baja rotación ha permitido planear capacitaciones según la necesidad y con distintos socios –Defensoría de los Habitantes, INAMU, IIDH, ADC, UNICEF, UNA–, pero no se trata de una batería de cursos que se repite de manera periódica.

Movilización social, política y financiera

Alrededor de esta práctica se han creado diversos socios con instituciones y organizaciones que brindan capacitaciones de acuerdo a su especificidad y especialización. En la mayoría de los casos, estas asociaciones implican que el Área de Salud no necesita movilizar mayores recursos, además de que en muchos casos se apoya en la elaboración y producción de materiales para el aprendizaje.

Es un modelo a seguir

Esta experiencia puede repetirse en otras zonas del país, aprovechando lo avanzado en Coto Brus en cuanto a alianzas estratégicas con instituciones y organismos socios.





Innovación: una característica de los procesos de formación al personal en salud

La capacitación al personal en salud no es una rutina que se repite y permanece estática: se caracteriza por la innovación y la ampliación de temas, que se relaciona con las necesidades que se van detectando. Por ejemplo, una situación que está afectando a la población indígena hoy en día es el aumento de la incidencia del embarazo adolescente, especialmente entre niñas de 11 a 14 años de edad. Aunque el embarazo adolescente es común entre las mujeres indígenas (40% del total de los casos) y responde a una variedad de condiciones, muchas de ellas culturalmente aceptadas y hasta incentivadas, el “adelanto de etapas del ciclo de vida aumenta, también, los riesgos frente a complicaciones biológicas y secuelas psicológicas, más aún en lugares en donde el acceso a los servicios de salud es tan limitado y no hay percepción de la importancia del control prenatal”⁴⁶. **Si se toma la media nacional –con un 20% de partos de adolescentes–, y se compara con la de San Vito, es evidente que San Vito no se separa significativamente de ella – 21,7%.** Si se mira más de cerca, por ejemplo, tomando los partos de niñas de 10 a 15 años, a nivel nacional la incidencia es de 0,5%, mientras que en San Vito es bastante superior. Según los médicos tradicionales y parteras, este fenómeno es nuevo entre la población indígena pues la costumbre indicaba que se establecía pareja después de un rito de paso que se daba alrededor de los 17 años de edad. Es más, hay indicios de que se trata de un problema de violencia contra la mujer, pues lo común es que las parejas de estas niñas sean hombres de alrededor de 30 años de edad. No se debe descartar tampoco la influencia del factor económico. Para enfrentar este complejo problema, el Área está en conversaciones con personal de la UNA, la Defensoría de los Habitantes y el INAMU con la intención de capacitar a su personal en temas de salud reproductiva con énfasis en derechos, género y violencia. (Ver págs. 66 y ss)



46 UNICEF, *Niñez y adolescencia indígena en Costa Rica: su derecho a la salud y a la educación...* pág. 53.

INNOVACIÓN: PREPARANDO A LOS JÓVENES NGÖBE. DOCENTES INDÍGENAS Y PROMOTORES DE DERECHOS

Antecedentes y descripción

El trabajo de capacitación y formación no se queda en lo descrito. El Área de Salud de la CCSS de Coto Brus ha extendido estos esfuerzos a otros campos, tales como el de la educación de los niños y niñas.

La Dirección del Área de Salud de Coto Brus se encontró con que las maestras encargadas de la educación primaria en el Territorio Indígena eran personas no-indígenas, que menospreciaban y desconocían la cultura ngöbe, además de no tener formación en pedagogía (tenían sólo educación secundaria). Eran mujeres de San Vito que no permitían a las y los niños hablar en su lengua, por ejemplo, e incluso los castigaban si lo hacían. Con el objetivo de mejorar esta situación, y mediante una alianza con el CIDE, el Área abrió un curso de capacitación para docentes ngöbe. Actualmente hay un grupo de 25 muchachas y muchachos ngöbe preparándose para la Licenciatura en Pedagogía, que este año en diciembre obtendrán el título de bachilleres. El año entrante se inicia la formación de un segundo grupo.

Por el grupo meta al que está dirigida, esta iniciativa se relaciona con una estrategia de fortalecimiento de los Sistemas Locales de Protección, –instancias locales del SNP que, mediante la rectoría del PANI, articula todas las instancias gubernamentales y no gubernamentales existentes en Costa Rica para la protección de los derechos de las personas menores de edad – que UNICEF desarrolló en coordinación con el Área de Salud, incluyendo la indígena del territorio ngöbe, durante 2010 y hasta junio del 2011: el proyecto de participación y empoderamiento de la adolescencia de Coto Brus.

El proyecto supuso la coordinación de acciones entre las distintas instituciones y organismos que son parte del SSLP, así como la capacitación a las y los adolescentes del colegio del distrito de Sabanillas y del colegio de La Casona en diversas temáticas –que fueron escogidas por ellos mismos–, con el objetivo de formarlos como promotores de derechos. Estos temas son: Código de la Niñez y la Adolescencia y derechos de NNA, que fue cubierto con la población no indígena; Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Convenio No. 169 de la OIT, que fue cubierto con población indígena; drogadicción, cómo prevenirla y cómo ayudar a quienes tienen problemas, que se trabajó en conjunto con la Comunidad Encuentro y el Centro de Rehabilitación de NNAJ en Adicciones; derechos laborales, dirigida a mayores de 15 años y mayores de edad y se trabajó en conjunto con el Ministerio de Trabajo; derechos de las mujeres, que se trabajó con el INAMU; prevención de la violencia, con la Red contra la Violencia del cantón, y abuso contra NNA, cómo identificarlo y prevenir los factores de riesgo, con PANI.





Impacto y relevancia

Es evidente que el impacto de la primera iniciativa aún no ha podido verificarse. Sin embargo, la profesionalización en pedagogía de jóvenes indígenas responde específicamente a lo señalado por el CDN sobre la necesidad de:

- a) Fortalecer los modelos de educación bilingüe e intercultural para los niños indígenas, entre otros, aumentando el número de maestros en escuelas de los territorios indígenas;
- b) Ampliar la cobertura y el número de lecciones de lengua y cultura indígena, incluso en el nivel preescolar y secundario;
- c) Desarrollar programas específicos de capacitación y mejorar las condiciones de los profesores de estas clases dentro y fuera de los subsistemas de educación indígena, en colaboración con las universidades públicas y de acuerdo con las necesidades culturales específicas de los niños indígenas⁴⁷.

En el caso de las y los promotores de derechos, los resultados aún son parciales pues no se han terminado de brindar todas las capacitaciones. Empero, sus avances avalan la recomendación del CDN de 2005, reiterada en el 2011, en el sentido de que se facilite información pertinente a las y los niños indígenas y sus comunidades sobre sus derechos⁴⁸. Por otro lado, responde a la solicitud del CDN en cuanto a que se:

- a) Fortalezca las oportunidades de los niños y adolescentes, incluyendo a las niñas, para expresar libremente sus opiniones en todos los asuntos que les afectan, sobre todo a nivel del gobierno local⁴⁹.

Se puede afirmar, entonces, que ambas iniciativas responden a las necesidades de la población ngöbe de Coto Brus, específicamente de los niños, niñas y adolescentes.

Sostenibilidad, liderazgo y participación

La profesionalización de jóvenes ngöbe en el campo de la pedagogía tiene el potencial de promover su liderazgo y participación en la comunidad, propiciando su empoderamiento.

Por su parte, el proyecto de participación y empoderamiento de la adolescencia de Coto Brus aportó algunas experiencias que pueden considerarse lecciones aprendidas para el Área de Salud. Una es el aprendizaje sobre el concepto indígena de adolescencia y las implicaciones que tiene sobre la atención integral en salud, lo que incluye la consciencia

47 Comité sobre los Derechos del Niño, "Observaciones de los reportes presentados por los Estados Parte bajo el artículo 44 de la Convención. Observaciones finales a Costa Rica". CRC/C/CRI/CO/4, 17 de junio de 2011. Traducción del PANI,, párr. 70.

48 Ibídem, párr. 21.

49 Ibídem, párr. 34.

sobre las particularidades que supone el trabajo con población adolescente. La etapa de la vida que conocemos como adolescencia no tiene paralelo en la cultural tradicional ngöbe.

Lección aprendida: la adolescencia no es una etapa de la vida reconocida por la cultura tradicional ngöbe.

En esta etnia se considera que la niñez termina con la llegada de la pubertad, luego de la cual las personas pasan directamente a asumir su rol como adultos. Aunque hoy en día esto se ha visto afectado por el proceso de aculturación y por la inserción de las y los adolescentes en el sistema de educación formal, persiste esta característica en, por ejemplo, la temprana edad en que inician la vida de pareja, con todas sus implicaciones. Para el caso específico de las capacitaciones en cuestión, significó una limitación en cuanto a no poder llegar efectivamente a la población adolescente que no atiende clases en el colegio.

Adaptación cultural de los comités tutelares: una lección aprendida

Un ejemplo claro de cómo el aspecto cultural se debe tomar en cuenta para desarrollar cualquier acción interinstitucional es el de la conformación de un Comité Tutelar. De acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia, estos comités deben colaborar con las asociaciones de desarrollo en la atención de la materia relativa a las personas menores de edad; velar por los derechos y las garantías de la niñez y adolescencia, y funcionar como centros de mediación en la resolución de conflictos en esta materia. Según el reglamento, las personas integran estos comités por espacio de un año. Este período resulta corto y poco eficiente si se consideran algunos aspectos culturales de la sociedad ngöbe. Entre los ngöbe, quien se prepara para una labor lo hace para toda la vida; las personas mayores acompañan a las jóvenes de manera constante y durante todo el proceso de aprendizaje, hasta determinar que la o el joven está preparado para asumir las responsabilidades por sí solo. Esta práctica compromete el buen funcionamiento del Comité Tutelar en la medida que en un período corto, distinto al ritmo cultural de aprendizaje, no se logran dominar las funciones. Esto está relacionado con que en la cultura ngöbe se aprende por transmisión oral. Así, para verificar que las personas capacitadas en un tema han aprendido lo enseñado, estas deben estar en condiciones de repetirlo. Una concepción no indígena del proceso no brinda el tiempo necesario para propiciarlo. Todos estos aspectos indican que una adaptación cultural del Comité Tutelar supone que, para asegurar que realmente dominen sus funciones, sus integrantes no sean cambiados con tanta frecuencia⁵⁰.

50 Entrevista con Emmanuel Gómez, 13 de agosto de 2011, San José.





**EL EBAIS DE LA CASONA: UNA UNIDAD DE SERVICIOS
AMIGABLES EN IDIOMA NGÖBERE**



*“Es otro mundo... [Las personas indígenas] son muy educadas, tienen mucha paciencia...son como muy transparentes... Uno sabe que ahí la pobreza es extrema, que a veces no tienen nada que comer, que hay mucha violencia. Todas esas cosas de alguna u otra forma ellas las expresan. La forma de expresarlo es ‘me duele la cabeza, me duele aquí, me duele allá’. Pero hasta el momento yo no he encontrado ningún indígena que se invente un dolor como para obtener algo a cambio, no lo he encontrado”
Dra. Xochilt Quirós*

Antecedentes

La CCSS está organizada en tres niveles administrativos: central, regional y local. En el nivel local se encuentran las áreas de salud, a las cuales:

[C]orresponde programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud mediante las cuales se operacionalizan los planes y programas definidos por el nivel central y sistematizados por el nivel regional. Además, se formulan y ejecutan proyectos locales que responden a particularidades del área de atracción y se administran los recursos humanos, físicos y financieros asignados a ese nivel⁵¹.

El Área de Salud del cantón de Coto Brus cuenta para la ejecución de sus labores con 16 EBAIS, dos de ellos móviles y uno estacional (en la frontera con Panamá, Río Sereno/San Marcos). Los EBAIS móviles atienden 40 Casas de Salud, locales de visita periódica. Estos EBAIS y Casas de Salud se reparten en el cantón.

Los EBAIS que atienden población indígena casi exclusivamente son el de La Casona (Territorio Indígena Ngöbe) y el de la frontera. Los de Sabalito y La Lucha lo hacen de manera parcial, debido a que ahí es donde hay más concentración de fincas cafetaleras. Además, como algunas personas trabajadoras se han ido quedando, es ahí donde viven indígenas migrantes asentados fuera del Territorio Indígena.

51 García González, Rossana, *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: generalidades*. CCSS/Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2004, pág. 25.



Descripción

La atención en el EBAIS de La Casona tiene características particulares relacionadas con la población que atiende, además de tener las prioridades normales de cualquier EBAIS. Estas características definen una práctica orientada al trabajo comunitario. Se atiende a las personas que acuden a citas y por medicamentos, en horario flexible en la medida de las posibilidades, y en consideración de la distancia, que se suma a la falta de caminos y medios de transporte, y que significa que se atiende a personas que llegan tarde a hacer la cita por el largo camino recorrido para llegar, muchas veces a pie. Sin embargo, es central el trabajo que se realiza mediante visitas domiciliarias una vez cada tres meses – aunque se han llegado a hacer hasta una vez al mes cuando el tiempo lo ha permitido.

Las visitas son posibles gracias al trabajo de mapeo que realiza la ATAP del EBAIS. Esta persona –que es una mujer indígena de otra etnia, casada con un indígena ngöbe– registra todas las comunidades y cada una de las casas y familias del territorio. Ese registro indica el lugar e información sobre las condiciones de la vivienda y sobre cada una de las personas que en ella viven. Se tiene el especial cuidado de registrar cada nacimiento y de darle seguimiento a cada nuevo integrante de la comunidad.

Otra característica particular del servicio del EBAIS es la lengua de la mayoría de las personas usuarias, el desconocimiento de muchas, especialmente de las mujeres, del español. Para los casos en que se requiere, el EBAIS cuenta con la asistencia de una asesora cultural, quien apoya al personal de salud en la atención, facilitando la comprensión de doble vía:

Por ejemplo yo le explico a una paciente y le digo – “¿Me entendió?”. Si ella se queda viéndome y no dice nada, entonces le vuelvo a explicar y le vuelvo a preguntar... Cuando yo veo que no funciona de ninguna forma yo llamo a Katia [la asesora cultural], o cuando no logran explicarme a mí aunque se esfuerzen⁵².

Impacto y relevancia

El trabajo conjunto del personal EBAIS con los médicos tradicionales y parteras es una realidad que se ha ido fortaleciendo y formalizando.

El personal de salud de La Casona incorpora, cada vez de manera más sistemática, elementos de la medicina tradicional ngöbe para el tratamiento de enfermedades. En un principio esto se hacía de manera informal, caso por caso. Si, por ejemplo, una persona decide dejar el tratamiento que le han dado en el EBAIS (o en otra instancia de la CCSS) para seguir un tratamiento dado por algún médico tradicional, no se pone resistencia y más bien se le da seguimiento a su evolución.

Ya de manera más formal, en las instalaciones del nuevo EBAIS que está por construirse se tendrá un área específica para los médicos tradicionales y las parteras; de esta forma se

52 Entrevista con Xochilt Quirós, 12 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus. Katia es una asesora cultural que apoya al EBAIS de La Casona.



espera ir consolidando el trabajo conjunto. Asimismo, se tiene pensado hacer una huerta de plantas medicinales tradicionales.

Recientemente, la doctora del EBAIS convocó a los médicos tradicionales y a las parteras para consultarles sobre tres temas –nutrición (en especial mala alimentación, gordura y desarrollo de diabetes); anticoncepción y planificación familiar, con especial atención al inicio temprano de las relaciones sexuales; rescate de valores y promoción de buenas prácticas de higiene en las escuelas con la ayuda de los médicos y parteras, mediante el proyecto “Abuelos cuentacuentos”– e iniciar con su apoyo algunas acciones⁵³ (ver pág. 65).

La idea es primero darles a los adultos mayores el lugar que se merecen en la comunidad; que ellos, por medio de leyendas, cuentos y anécdotas, transmitan la cultura buena, porque para ellos hay una cultura buena y una cultura mala. Que ellos nos ayuden a promover la salud sin que esté presente el personal de salud. Por ejemplo, que nos ayuden con el lavado de manos, aseo personal y con tantas otras cosas y también a fomentar los valores tradicionales⁵⁴.

Sostenibilidad

El trabajo de promoción y prevención en salud con extensión comunitaria que realiza el personal del EBAIS de La Casona es una realidad consolidada que se va fortaleciendo. Como parte del Área de Salud de Coto Brus, cuenta con un presupuesto fijo que le permite mantener sus necesidades básicas. Sin embargo, mientras no se institucionalice el modelo de atención a la población indígena en la CCSS (ver Anexo 3), la especificidad de este EBAIS corre peligro de desaparecer en el mediano y largo plazos en la medida que muchas de sus acciones dependen del liderazgo y conocimientos del personal.

Es un modelo a seguir

El EBAIS de La Casona es un equipo de trabajo cuya estrategia de atención primaria en salud comprende la promoción y prevención de la enfermedad, y la incorporación a sus labores de asesores culturales, líderes comunales y parteras. El conocimiento y utilización de medicina alternativa aún no es una realidad, pero es un objetivo claro hacia el cual se está trabajando. Es en definitiva un modelo a seguir para los EBAIS que atienden poblaciones indígenas. Su forma de trabajo y experiencia es ejemplo de lo que se ha propuesto como parte del modelo de atención integral a las poblaciones indígenas e indígenas altamente móviles que fue presentada recientemente a la CCSS (ver Anexo 3).

53 La consultora participó en una reunión que se realizó en el EBAIS de La Casona el 13 de julio en horas de la tarde. Asistieron diez personas, seis médicos y cuatro parteras.

54 Entrevista con Xochilt Quirós, 12 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus.



En las palabras de Alexis Andrade: experiencia de un usuario

Me podría decir, desde la experiencia como usuario del EBAIS (de La Casona), ¿qué cosas hace el personal de salud que sirven y hacen que la gente se sienta bien atendida y entendida?

Pues, los enfermeros le preguntan a uno cuando viene ¿qué ha sentido? ¿Para qué viene? O ¿qué es lo que siente? Entonces uno le dice y el enfermero dice está bien o está mal, pero ahorita la doctora le va a decir. Entonces uno siente que si lo están atendiendo. Y después si va a donde la doctora y la doctora le dice que usted tiene que hacerse estos exámenes para saber cuando traiga las pruebas de laboratorio qué es lo que tiene. Y por lo mismo le dice que usted va a tomar este medicamento completo y le va a producir ciertos efectos, como sueño o no sueño, o si se lo tiene que tomar con comida o no comida. Entonces se trabaja así, así trabaja el personal de enfermería aquí. Igual el personal de citas y de farmacia. Con una paciencia lo tratan a uno. Entonces me parece que es una atención buena.

¿Hay enfermedades que se pueden tratar con un médico tradicional y otras con el médico occidental?

Individualmente si ha pasado y si se ha hecho. Por ejemplo, si yo tengo alguna persona enferma y la traigo varias veces aquí y si no la trasladan al hospital y no me le hacen nada, entonces yo paso a ir con el médico tradicional, y el médico tradicional toma un proceso diferente a lo que es el hospital y los médicos. Lentamente las personas sí se han curado y llegan a estar sanas y si se curan. De igual manera, si yo tengo una persona enferma que es de operar y es de otro tratamiento y estoy yendo al médico tradicional, él no me lo va a curar y se me puede morir el paciente. Entonces tengo que pasarme al médico occidental y me tiene que valorar a ver si me opera. Pero si yo me pego nada más con el médico tradicional tampoco funciona. Entonces, lo que quiere decir es que individualmente se ha trabajado así. Pero que llegaron a sentarse a coordinar, que si una vez que llevaron a un paciente al hospital y que no lo curaron le dijeron que cuando volviera fuera a donde el médico tradicional, no. Porque antes decían a más gente los doctores que los indígenas que curaban con medicina tradicional les daban hierbas venenosas o algún contaminante, que no estaban seguros de lo que le estaban dando. Y si se morían pues le echaban la culpa. Esto fue una polémica que hubo un tiempo. Es como quitarle el derecho a curar.

¿Ahora se les reconoce ese derecho?

Si, ahora más bien veo yo que están buscando ese rumbo de una coordinación, por eso mismo de que yo le estoy diciendo que siempre se ha trabajado individualmente, que es una cosa que depende. Porque si fuera coordinado, si algo no funciona aquí entonces directamente el doctor le dice –“Vea, vaya a tal médico tradicional que ahí le va a mostrar porque yo aquí no puedo hacer nada”.



UN EBAIS PARA LA POBLACIÓN ALTAMENTE MÓVIL: EL TRABAJO EN EL CORDÓN FRONTERIZO Y LOS ESFUERZOS DE COORDINACIÓN BINACIONAL

Antecedentes

Las acciones recientes que el Área de Salud de la CCSS de Coro Brus ha emprendido a favor de la población indígena ngöbe-buglé altamente móvil se relacionan estrechamente con un proyecto ejecutado entre agosto del 2007 y diciembre del 2009 en la zona por la OIM y la CCSS, el proyecto Finca sana⁵⁵. Un componente central de este proyecto fue la coordinación de acciones entre distintas instituciones y organizaciones relacionadas con la materia, tanto en Costa Rica como en Panamá.

Su objetivo central fue el de mejorar las condiciones de salud de esta población, respetando su acervo cultural. En el marco de este proyecto se seleccionaron doce fincas en el cantón de Coto Brus, algunas que ocupan entre 300 y 400 personas trabajadoras, otras que ocupan entre 30 y 40 trabajadores. Se escogieron de esta manera mixta para tener una muestra de los diferentes niveles de calidad de la vivienda disponible para la población trabajadora (baches).

Se trabajó con un grupo de líderes –asesores culturales–, algunos del Territorio Indígena y otros que eran personas trabajadoras de algunas de las fincas seleccionadas – de los que permanecen durante todo el año. La incorporación de estos últimos se hizo en parte para mejorar la coordinación y convocatoria a las capacitaciones y para la atención primaria en salud dentro de cada finca. Estos asesores recibieron formación en primeros auxilios y un botiquín para facilitar la atención de emergencias.

En los meses previos a la cosecha del café, este grupo recibió capacitación en salud con el objetivo de que en la época de la cosecha visitaran las fincas para capacitar a la población trabajadora en diferentes temas: higiene personal, parasitosis, deshidratación, desnutrición, infecciones respiratorias, control prenatal y temas relacionados con la igualdad de género. Estos temas se trabajaron en conjunto con la ADC. Todo el material educativo que se utilizó en las capacitaciones fue elaborado con los asesores culturales; fueron ellos los que

55 “Mediante el proyecto Finca Sana se intenta mejorar la salud de los trabajadores indígenas migrantes y la de sus familias. Sus principales objetivos son crear servicios de salud sostenibles, además de educación sanitaria y atención médica en casos de emergencia, entre otros. Uno de los beneficios concretos es el acceso al cuidado médico y a chequeos que un equipo móvil provee a 3.000 ngöbe-buglé. La OIM está implementando el proyecto Finca Sana, que se asienta en cuatro principios: i) asociaciones público-privadas; ii) servicios de salud descentralizados; iii) sanación ancestral; y iv) responsabilidad personal y autosuficiencia sanitaria”, en Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, No. 11. CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile, noviembre de 2010.





propusieron cómo abordar los temas aunque no participaron en su selección. Según refiere Yessica Rivera, coordinadora del proyecto por la OIM:

[S]e logró capacitar a un total de 62 asesores culturales Ngöbe-Buglé tanto de la zona de Los Santos como de Coto Brus [...] [así como a] un total de 973 trabajadores y trabajadoras indígenas Ngöbe-Buglé, de los cuales 658 son hombres y 315 mujeres⁵⁶.

De acuerdo a las palabras del Dr. Ortiz, con este proyecto:

[S]e evidenció no sólo la necesidad sino la rentabilidad de trabajar con población indígena altamente móvil en el plano preventivo e in situ. [...] [D]isminuyeron en forma más que significativa los otrora grandes montos dedicados a esta población, cuya persistencia hacía peligrar la estabilidad financiera del modelo de atención en salud en el cantón de Coto Brus.

El Proyecto Finca Sana es un programa eficiente que ha dado como resultado que la proporción de indígenas migrantes que ingresa al hospital se haya reducido en un 20%; los costos de atención de urgencia disminuido en un 37%; la tasa de mortalidad infantil del cantón descendido de 17,2 por mil nacidos vivos en el 2001 a 9,2 en el 2007, siendo hoy inferior al promedio nacional; el costo total por persona atendida es tan sólo de \$US 19⁵⁷.

El trabajo implementado por el proyecto Finca sana tuvo continuidad durante los primeros meses del 2010 en el marco del proyecto de la OIM *Comunicación y preparación para la pandemia de las poblaciones migrantes*, que fue implementado en Nicaragua, Costa Rica y Panamá, y representa un primer esfuerzo en América Latina por apoyar a los gobiernos para mejorar la atención a la población migrante en materia de salud. Este proyecto se fundamentó en el supuesto de que la forma más eficiente para disminuir el riesgo y el impacto de enfermedades en la población es el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y respuesta, cuyo aspecto central son las estrategias de comunicación, en el entendido de que la migración es un reto para la eficiente capacitación de las poblaciones en prevención y respuestas adecuadas ante las enfermedades⁵⁸.

Una de las actividades de este proyecto consistió en la capacitación a líderes comunales. Su éxito en la zona fronteriza Costa Rica-Panamá se debió en buena medida a la experiencia desarrollada por años por la CCSS, posteriormente afianzada en el marco del proyecto *Finca sana*. En ese sentido, en la zona sur de Costa Rica se privilegió el trabajo con los asesores culturales:

-
- 56 Rivera, Yessica, "Finca Sana capacita en salud a cientos de indígenas Ngöbe-Buglé altamente móviles", en: OIM, *Noticias de Finca Sana* 4. OIM, San José, Costa Rica, julio-diciembre de 2009.
- 57 Ortiz, Pablo, "Finca Sana termina su gestión con buenos resultados", en: OIM, *Noticias de Finca Sana* 4. OIM, San José, Costa Rica, julio-diciembre de 2009.
- 58 Valverde, José Manuel y Carolina Baltodano, "Informe de evaluación externa. Proyecto Comunicación y preparación para la pandemia en poblaciones migrantes". OIM, San José, Costa Rica, junio de 2010.

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe

En el caso de Costa Rica, el proyecto de OIM llamado Finca Sana, tenía ya dos años de estar trabajando y capacitando a asesores culturales en temas de salud. Fue con la colaboración de estas personas que se elaboraron los materiales que se hicieron para la población Ngöbe en Costa Rica y fueron ellos quienes incluyeron, con la ayuda de OIM, el tema de A H1N1 en sus charlas. En la zona de Sixaola (Costa Rica), al no existir la figura de los asesores culturales (ya que el Proyecto Finca Sana no se desarrolla en esta región), se capacitó a líderes comunales en el tema de A H1N1⁵⁹.

Nuevamente, la elaboración de los materiales de apoyo dirigidos a la población ngöbe-buglé se hizo en conjunto con los asesores culturales.

Descripción

Lección aprendida: para garantizar una atención adecuada a la población altamente móvil es necesario llevar un adecuado registro de las personas que ingresan y su estado de salud, haciendo esfuerzos sostenidos por abarcar a la totalidad de la población.

Innovación: la coordinación binacional con personal que trabaja en el cordón fronterizo y en la Comarca Ngöbe-Buglé ha dado buenos resultados.

En el año de 2003, el Área de Salud de Coto Brus inició un programa de atención a la población ngöbe-buglé que viene de Panamá durante la época de cosecha de café para trabajar en la fincas de la zona. Este se basó en la implementación de equipos móviles para la atención primaria en salud. Actualmente, y para asegurar la promoción y prevención en salud con esta población, el Área ha construido un EBAIS en la frontera con Panamá, con fondos de la CCSS y con el apoyo financiero de la OIM, la Embajada de Alemania y el IDA. El trabajo que ahí se desarrolla es binacional –se desarrolla en coordinación con las autoridades de Panamá– y estacional por definición. Tiene un componente diurno, que implica recibir a las personas indígenas que ingresan al país después de que pasan por la caseta de migración de Panamá y antes de que pasen a la caseta de migración de Costa Rica. Tiene también un componente nocturno, que consiste en la visita a cada una de las fincas de la zona con el fin de realizar la misma labor promocional y preventiva con población que queda por fuera de la atendida de día⁶⁰. Así, con la atención diferenciada

59 Ibídem, pág. 13.

60 Como la frontera es sólo nominal –casi cualquier persona puede pasar de un lado al otro sin ser molestado, cosa que es especialmente cierta en el caso de las personas indígenas–se trabaja bajo el supuesto de que quienes pasan por migración son aquellas personas que van a trabajar a fincas alejadas de la frontera, mientras que quienes trabajan en fincas aledañas a la frontera pasan informalmente.





día/noche, se espera estar atendiendo a cerca de la totalidad de personas indígenas que ingresan a Costa Rica a trabajar en la cogida del café.

Por el tipo de trabajo que se realiza, este EBAIS no es de consulta médica. Para atender adecuadamente a esta población se utiliza el apoyo de una o un asesor cultural⁶¹. Luego de que cada persona es pesada y medida, y son tomados sus datos personales y de vacunación, la atención se realiza a modo de charlas y en grupos. Se brindan charlas sobre enfermedades infecciosas –tratamiento de diarrea y deshidratación, por ejemplo–, enfermedades transmitidas sexualmente –entre ellas el VIH/SIDA– y uso del condón, y también sobre sus derechos laborales y otros. También se vacuna a las personas que lo necesiten. Si alguna está enferma se le da prioridad y en ese momento es atendida por un médico, si hay alguno presente, o la revisa un profesional de enfermería para tomar las medidas correspondientes. Si se han recibido noticias de que podría estar llegando gente infectada con alguna enfermedad específica –malaria, por ejemplo–, se hacen tamizajes mediante la toma de muestras de sangre.

Un aspecto esencial para garantizar la eficiencia de esta labor es el adecuado registro de las personas indígenas que ingresan para la cogida del café. Hoy en día la mayoría trae consigo su esquema de vacunas. Este logro fue posible al darse cuenta a través de los años que son los mismos grupos los que ingresan anualmente. A partir de esta observación se pudo crear un sistema que permite atenderlos de manera más ordenada, evitando que se les vacune recurrentemente. No sólo se ha ido fomentado el hábito de que guarden sus documentos, sino que se ha coordinado con las autoridades y personal de salud del lado panameño y del lado costarricense. Se tiene claro que así como estas personas son atendidas en Coto Brus, son atendidas en la zona de Los Santos y en otras adonde también llegan (Heredia, Alajuela). El registro permite evitar que sean vacunadas cada vez que son atendidas.

Esa coordinación no es sencilla, aunque el esfuerzo es sostenido y se ha mejorado mucho. Incluso, un apoyo importante lo dieron los caciques locales y comarcales de la Comarca Ngöbe-Buglé de Panamá, a quienes la Dirección del Área visitó en varias ocasiones. Estos solicitaron a la población que al viajar a Costa Rica llevaran consigo documentos y pasaran por el puesto de migración, lo que aumentó el ingreso por el puesto de Río Sereno/San Marcos en cerca de 8.000 personas.

Impacto y relevancia

La creación de una base de datos que registra a todas las personas que ingresan, que el año pasado fue de alrededor de 12.000, fue un salto cualitativo en la atención en salud⁶² a esta población. El Área de Salud de Coto Brus recoge en ella datos relativos a cada persona:

-
- 61 De acuerdo a lo conversado con los doctores Pablo Ortiz y William Sáenz, en la medida de lo posible y especialmente si el tema tratado lo requiere, se atiende a la población femenina con una asesora cultural, a la masculina con un asesor.
 - 62 Si consideramos que el cantón tiene alrededor de 36.000 habitantes, es claro que el ingreso de 12.000 personas en cosa de dos o tres semanas tiene el potencial de hacer colapsar al sistema de salud.

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe

nombre, fecha de nacimiento, peso, talla, si es menor de edad, de dónde viene, a que finca va, si viene en familia o en grupo de amigos y, en estos casos, si es la primera vez que viajan juntos, entre otras cosas. El plan es que esa base se convierta en un sistema computarizado alojado en internet, en el que cada persona cuente con un registro –que incluya foto y huella dactilar–; se piensa en un sistema con código de barras, que se tendría en todos los puestos de salud de los lugares de paso o estadía temporal, incluyendo el lugar de origen en Panamá.

La armonización de acciones con el personal de salud panameño va más allá. El personal del Área de Coto Brus sostiene reuniones de coordinación por casos de específicos de enfermedades, posible contagio y otras situaciones. Así, si un caso de tuberculosis en Costa Rica se pasa para el lado panameño, el personal de salud de allá es inmediatamente informado. Si nace un niño o niña aquí, y se le pone una primera dosis de vacuna, esto es también oportunamente comunicado para que reciba la segunda y tercera dosis en Panamá. Por otro lado, como la preparación del viaje a Costa Rica no se da de un día para el otro, el personal de salud en Panamá está atento a los rumores de viaje, los confirma y avisa para que se tomen medidas, por ejemplo, porque ingresará un grupo proveniente de Bocas del Toro en donde se viene dando una epidemia de malaria o de dengue. Estas previsiones se hacen a pesar de que, también con los años de experiencia y mediante entrevistas con personas de la Comarca Ngöbe-Buglé, el personal del Área ha constatado que quienes migran son, principalmente, personas sanas y económicamente activas. Incluso existe la costumbre de dejar a los niños y niñas al cuidado de las abuelitas, especialmente si están enfermos o débiles.

En palabras de Alexis Andrade, asesor cultural

¿Cómo describiría usted los conocimientos sobre higiene y nutrición que tiene la gente que vive aquí en La Casona? ¿Los que vienen de Panamá? ¿Hay alguna diferencia?

Si hay diferencia, entre Panamá y acá si hay diferencia. Una diferencia es que allá no lo practican, esa medida de higiene, y son descuidados. Se descuida y no practica la higiene y si se enferma, y no sabe por qué, pero lo que pasa es la falta de higiene que está ocasionando una enfermedad. Pero él no ve que eso es lo que provoca la enfermedad, no está tomando en cuenta las medidas higiénicas para cuidarse. En Panamá la gente está muy escasa de recursos, la parte indígena, y allá donde viven no tienen agua potable, ni tubería, no tienen un servicio, no tienen letrina, tienen que defecar en el monte o en el río y ellos no saben que es contaminante. Pero cuando llega un grupo panameño grande entonces hay una reunión. Y lo más lógico es que por como son, van a ir al monte o al río y no van a utilizar mucho las letrinas, habrán unos cuantos pero no todos. Entonces, esa costumbre no la van a eliminar porque no han tenido ese conocimiento de por qué razón debe de ir a la letrina y cuidar la parte higiénica. En cambio aquí en la comunidad la mayoría utiliza la letrina si no tienen agua de inodoro.



Mobilización social y política

El trabajo en el condón fronterizo ha movilizado a diferentes actores sociales y políticos, como se desprende de lo hasta aquí expuesto. Más que un antecedente de la labor que se desarrolla ahí mediante el EBAIS, una serie de esfuerzos binacionales emprendidos por la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica y la Defensoría del Pueblo de Panamá son el trasfondo y el marco político de esta iniciativa del Área de Salud de Coto Brus. En ese sentido se incorporan como el componente de movilización social y política de esta buena práctica.

Lección aprendida: los problemas de las poblaciones fronterizas y altamente móviles son más fáciles de resolver mediante acciones de coordinación entre las autoridades del cordón fronterizo de ambos países.

En el año 2000 la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica inicia una serie de acciones relacionadas con las condiciones –de trabajo, vivienda, salud y educación– de las poblaciones indígenas ngöbe altamente móviles de la franja fronteriza Panamá-Costa Rica. Estas incluyeron el establecimiento de una comisión interinstitucional –Ministerio de Trabajo, DGME, CCSS, INS– que abordaría la problemática del abuso laboral contra las personas indígenas de la zona sur, nacionales y extranjeras. Otras instituciones participantes en asuntos concretos han sido el Ministerio de Salud, el ICAFE, UNA, INAMU, PANI y OIJ.

De igual manera, la Defensoría del Pueblo de Panamá comienza iniciativas a favor de esta población desde 1999. Entre estas, en el año 2004 se implementó el proyecto *Derecho al nombre y la nacionalidad*, en conjunto con el Registro Civil del Tribunal Electoral y UNICEF.

A partir de 2002 ambas defensorías empiezan a coordinar iniciativas binacionales. A lo largo de más de una década se han desarrollado múltiples eventos y acciones –acuerdos, reuniones, talleres, visitas, foros e investigaciones– que han involucrado a muchas instituciones, organismos internacionales y ONG. En noviembre del 2008 las defensorías llevaron adelante un conversatorio binacional, en David, Panamá, sobre los derechos de las familias ngöbe en su movilidad a Costa Rica para la recolección del café, en la que participaron representantes institucionales de salud, trabajo, migración y registro de ambos países. Esta fue la última iniciativa conjunta desarrollada por las defensorías. En su marco se comprometieron a realizar un plan de seguimiento en cada país y a coordinar acciones para llegar a “soluciones reales, sencillas, concretas, simples, prácticas, legales, necesarias, indispensables para la tutela de los derechos humanos de esta población”⁶³.

63 Rodríguez Oconitrillo, Javier, “Conversatorio binacional Costa Rica/Panamá sobre los derechos de las familias ngöbe en su movilidad a Costa Rica para la recolección de café. Informe final”. Defensoría de los Habitantes de Costa Rica/Defensoría del Pueblo de Panamá/UNICEF, diciembre de 2008, pág. 57.



Estos esfuerzos no han sido vanos. Un acierto esencial ha sido el reconocimiento de los problemas y asuntos pendientes, conocimiento que además es compartido por las instituciones y organismos relevantes, además de los líderes de las poblaciones indígenas involucradas. Debe considerarse, sin embargo, que las acciones que se desarrollen mediante las defensorías tendrán siempre la limitación de estar relacionados con denuncias o con acciones promocionales.

Es un modelo a seguir

La coordinación binacional de las autoridades en salud cuya acción se desarrolla en el cordón fronterizo representa un modelo a seguir en otras zonas del país donde se den condiciones similares. Esta buena práctica ha resultado en un avance significativo no sólo en los aspectos relativos a la atención en salud, sino en otros tales como el derecho a la identidad, los derechos laborales y el derecho a una vivienda digna. Así mismo, esta práctica demuestra que en cualquier esfuerzo de coordinación binacional debe ponerse atención a dos niveles de acción: el local, entre las autoridades del cordón fronterizo, y el nacional, que propicia el debate, el análisis y la eventual toma de decisiones y medidas entre los distintos actores que se relacionan con el tema.



BASES DE DATOS SEGÚN CANAL ENDÉMICO Y TRATAMIENTO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO

Antecedentes

En Coto Brus se ha puesto especial cuidado en realizar un buen registro de la información local, por lo que hoy es posible recuperarla y utilizarla para tener sistemas de alerta sobre algunas enfermedades. El registro de la información relativa a la atención de pacientes en los EBAIS se hace a mano en cada uno de ellos; posteriormente esta información es enviada al Área de Salud, donde es registrada en un sistema automatizado.

El sistema de información basado en el canal endémico permite al Área de Salud de Coto Brus conocer las causas de cualquier brote extraordinario y atenderlo pronta y eficientemente.

Teóricamente, ese sistema es compartido a nivel nacional, pero la realidad es otra. El registro de la información es desigual pues depende en buena medida del interés y dedicación de cada Área. Un aspecto que también ha incidido sobre la forma cómo se hacen los registros en la CCSS ha sido la reforma del sector salud de 1995, con la que se inicia el proceso de pasar de un sistema asistencialista a un sistema de prevención de enfermedad y promoción de la salud.

Se juntó la situación de los registros de salud dentro de la institución con el cambio de estructura asistencial a una más preventiva, que todavía no se ha comprendido bien. Lo otro es la situación específica del cantón de Coto Brus que nosotros enfrentamos todos los años y que nadie más lo enfrenta [ingreso de las y los trabajadores estacionales]... Nosotros tenemos que encontrar soluciones muy propias a problemas muy propios y de ahí viene el hecho de que se hayan querido replicar las experiencias exitosas en otras unidades, lo que pasa es que el ingrediente secreto que cataliza toda la situación es la voluntad por querer hacer las cosas⁶⁴.

Aunque en los registros no se hace una distinción entre las y los pacientes indígenas o no indígenas, los datos en salud de la población indígena se infieren por el lugar de atención⁶⁵. Más aún, si se desea hacer un seguimiento de determinadas personas, ante la sospecha, por ejemplo, de que han estado consultando otros EBAIS, es posible gracias a que se registra

64 Entrevista con Luis Montero, 11 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus.

65 Aunque el Dr. Ortiz manifestó la necesidad de contar con registros desagregados en ese sentido, indicó no saber por qué la CCSS no ha tomado medidas al respecto. Mediante la información recogida en el marco de este estudio no ha sido posible determinar por qué razón no lo hace el Área de Salud de Coto Brus en sus propios registros, aunque es posible inferir que no han sentido la necesidad de hacerlo.



el número de cédula y se puede hacer un seguimiento de cada caso con esa información. Lamentablemente, si la persona sale y se atiende en un EBAIS fuera del cantón, no se le puede dar seguimiento.

Con el conjunto de números de identificación de gente del territorio yo puedo hacer un rastreo en otros EBAIS y ver en donde más nos ha consultado y por qué motivo. Lo que pasa es que... cuando la población indígena [de Coto Brus] sale de su territorio, normalmente no es para quedarse en el cantón. Fuera del cantón se pierde el registro porque no todas las Áreas de Salud estamos hablando el mismo idioma. Por ejemplo, aquí en la misma región Brunca usted se va a encontrar áreas de salud donde no le pueden decir ni siquiera la morfología de grupos etarios que está consultando, porque simple y sencillamente no los llevan⁶⁶.

Descripción

El Área de Salud de Coto Brus monitorea la evolución de algunas enfermedades mediante su Unidad Centinela⁶⁷ – diarreas, influenza y asma, por ejemplo. Esta estrategia se crea a partir del brote de AH1N1; posteriormente el Área la extendió a otras enfermedades. Se cuenta en la actualidad con un historial que se remonta al año 2007, por semana epidemiológica, con el que elaboran un gráfico –canal endémico– donde se muestran tres zonas: de éxito (verde), segura (amarilla) y de alerta (roja) (ver gráficos 1 y 2). El canal endémico se monta con la información del conjunto de años; contra esos datos se va incorporando la información del año en curso mediante una línea. Este sistema les llama la atención sobre cualquier brote extraordinario, de manera que pueden buscar de inmediato las causas y atacarlas.

En un principio lo montaron conjuntamente para el cantón; posteriormente se dieron cuenta que era mejor hacerlo por EBAIS pues así es más sensible a los cambios. Cuando se presenta una emergencia en alguna zona, el Área de Salud pone a funcionar la estrategia que llama *tratamiento estrictamente supervisado*; a través de ella entregan el tratamiento a cada paciente directamente, visitando las casas. Así, por ejemplo, si se detecta un brote de diarrea en el Territorio Indígena, se localizan las personas afectadas, se hace un mapeo de sus viviendas, se establece el tratamiento para cada caso, se entrega el tratamiento a cada paciente en su casa y se le da seguimiento hasta que el peligro haya pasado.

Impacto y relevancia

Aunque es cierto que la información que maneja la Unidad Centinela no está desagregada por sexo ni edad, esto no se debe a que no sea posible desagregarla sino al enfoque del sistema mismo: atender de una forma eficiente y pronta los brotes epidemiológicos en zonas específicas. En ese sentido, aquí lo relevante es que se tiene un análisis de brotes epidemiológicos específicos del EBAIS de La Casona. Es evidente que la práctica descrita ha provocado un cambio positivo y sostenible a favor del derecho a la salud de los niños,

66 Entrevista con Luis Montero, 11 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus.

67 Ibídem.





niñas, adolescentes y mujeres indígenas, además de representar un avance significativo en la atención en salud de la población ngöbe de Coto Brus y responder a sus necesidades. Baste recordar que, como se ha señalado con anterioridad, las diarreas, parasitosis e infecciones respiratorias agudas son problemas críticos de la salud infantil indígena.

La práctica tiene también relevancia con relación a una de las recomendaciones que el Comité sobre los Derechos del Niño hizo a Costa Rica en junio de 2011: tomar acciones para garantizar el acceso a servicios básicos de salud a niños y niñas, en particular indígenas y migrantes, dando prioridad a las regiones y comunidades con menor cobertura⁶⁸, de acuerdo al artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

[...] b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.

Su impacto es fácilmente apreciable en el Gráfico 1⁶⁹, por ejemplo, donde se observa que la incidencia de IRAS en La Casona se ha mantenido en lo que va del 2011 principalmente dentro de la zona de éxito del canal endémico. Como muestra el canal endémico de diarreas para el EBAIS de La Casona, Gráfico 2⁷⁰, la incidencia de diarreas en 2011 es mucho menor que lo que evidencia el histórico 2007-2010. Se puede ver también cómo funciona este sistema de alertas para reaccionar ante un eventual brote de la enfermedad: el número de casos durante la semana veinte repuntó, llamando la atención del personal de salud. En este caso se trató de un incremento en el número de pacientes por diarrea debido a una intoxicación por alimentos que se dio en la escuela.

Sostenibilidad

El trabajo de registro de información sobre brotes epidemiológicos que realiza el Área de Salud de Coto Brus es una realidad consolidada que se va fortaleciendo. Su debilidad es que se trata de una iniciativa del Área que no tiene paralelo en las formas institucionalizadas de

68 Comité sobre los Derechos del Niño, "Observaciones de los reportes presentados por los Estados Parte bajo el artículo 44 de la Convención. Observaciones finales a Costa Rica". CRC/C/CRI/CO/4, 17 de junio de 2011. Traducción del PANI, párr. 58.

69 Fuente: Calderón, Marvin, Unidad Centinela del Área de Salud de Coto Brus, "Canal endémico por EBAIS. Diarreas", información no publicada.

70 *Ibidem*.

registro de información de la CCSS. En ese sentido, corre el peligro de caer en desuso en el mediano y largo plazo, ante el cambio de personal clave.

Es un modelo a seguir

La elaboración y seguimiento de las bases de datos según canal endémico se basan en la información que producen rutinariamente los EBAIS. Esto quiere decir que cualquier EBAIS en Costa Rica está en la capacidad de ofrecer a su respectiva Área de Salud los datos necesarios para montar estas bases, como sistemas de alerta y monitoreo de la evolución de las enfermedades infecciosas que más afectan a las poblaciones que atienden. Si esta acción es acompañada por la existencia de EBAIS que atienden de manera exclusiva o principal a poblaciones indígenas, queda cubierto el requisito que garantiza el cuidado especial y oportuno a las necesidades de atención primaria en salud de estas poblaciones.

Gráfico 1. Canal endémico. IRAS.
EBAIS de La Casona. 2011

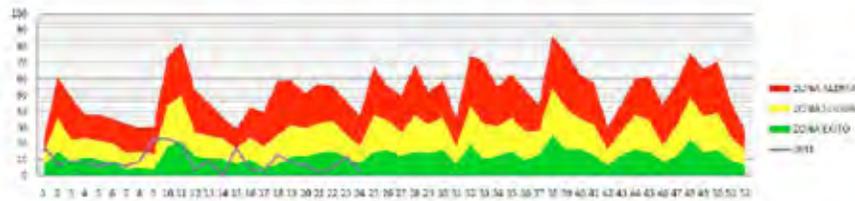
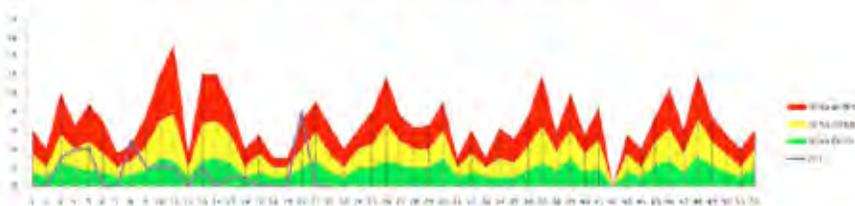


Gráfico 2. Canal endémico. Diarreas.
EBAIS de La Casona. 2011



MANOS LIMPIAS E HIGIENE BUCODENTAL

Descripción

“Todos estos proyectos tienen que funcionar juntos: la cloración del agua, la desparasitación, el lavado de manos, la higiene personal. Todos se complementan. En higiene personal, por ejemplo, el Jefe de Enfermería vino un día impactado porque cuando explicó a un grupo de indígenas por qué hay que bañar a los niños y niñas, y por qué hay que limpiarles la nariz ... uno de ellos se levantó y le dijo: –¿Por qué nadie nos ha explicado esto a nosotros?”. Doctor Pablo Ortiz.

El Área de Salud tiene varios proyectos en prevención de enfermedades funcionando en el Territorio Indígena Ngöbe. Uno de ellos –que en principio se implementó para la prevención de las diarreas, pero que también ha resultado favorable para la prevención de las enfermedades respiratorias– es el de lavado de manos. Consiste en realizar visitas casa por casa para la entrega de un jabón, acompañadas de una charla corta sobre un adecuado lavado de las manos.

Esta actividad se refuerza con un trabajo similar en las escuelas, también entregando jabones a cada niño, niña y adolescente, y enseñándoles cómo lavarse las manos.

El Área también ha emprendido acciones para fomentar la limpieza de los dientes y el uso de la pasta dental. Esto dio inicio a raíz de que se hizo evidente un problema de deterioro de los dientes de la población indígena, que comienza alrededor de los siete años de edad y está relacionado con el ingreso a la escuela y el cambio en hábitos alimentarios que este implica.

Lección aprendida: *es de central importancia encontrar maneras de fomentar buenos hábitos de higiene personal sin provocar gastos adicionales a las familias.*

Innovación: *para una adecuada limpieza bucodental, se enseña a utilizar hilos de los costales de fibra de polipropileno, que se consiguen fácilmente y sin costo alguno.*

La estrategia que se utiliza con la población no indígena no es útil con la indígena, pues los programas de atención empiezan en la escuela; de seguirla, se estaría llegando tarde. Con esta población los programas preventivos empiezan, por lo tanto, unos tres años antes.

Actualmente se está promocionando una forma de mantener una adecuada limpieza en la boca, sin necesidad de comprar cepillo, pasta e hilo dental. Se trata del uso de los hilos de los costales de fibra de polipropileno (los que se utilizan para almacenar y transportar



granos y productos agrícolas, por ejemplo). Las fibras se separan y cortan, luego se cloran y, finalmente, se pueden utilizar como hilo dental.

Queremos buscar formas alternativas de aseo en general, de la cabeza, los dientes, el cuerpo, cuando no hay jabón... Ellos si lo conocen pero a veces no lo pueden practicar de la forma a la que usted y yo estamos acostumbradas por falta de recursos, por que la prioridad de ellos es comer⁷¹.

Impacto y relevancia

Estas sencillas medidas, que se iniciaron hace tres años, han propiciado una importante disminución en la incidencia de diarreas. Paralelamente, se ha hecho un esfuerzo para mejorar la alimentación en las escuelas, aumentando las defensas contra las enfermedades infectocontagiosas.

Los datos de registro avalan esta aseveración. El Gráfico 372 muestra el número de consultas hechas en cada uno de los EBAIS de Coto Brus en lo que va del año 2011, contra las consultas hechas por presentarse un cuadro de diarrea en el o la paciente. Se puede observar que el EBAIS de La Casona no sólo no muestra el porcentaje más alto de citas por esta causa (1,5%), sino que este resulta bastante más bajo que algunos que prácticamente no atienden población indígena, como el EBAIS de Santa Elena (3,9%).

Sostenibilidad

En este y en todos los campos incluidos en el proyecto con población indígena, es de central importancia encontrar maneras de fomentar buenos hábitos sin provocar gastos adicionales a las familias. Su sostenibilidad a largo plazo depende en parte de sus bajos costos. Por otro lado, en buena medida depende también de la repetición sistemática de las charlas sobre el tema y de la búsqueda conjunta de soluciones. El hecho de que se repartan jabones significa un costo para el Área de Salud que sólo se puede sostener si es parte de su presupuesto regular.

Lección aprendida: ante las costumbres arraigadas que no facilitan la higiene personal y ambiental es necesario un trabajo constante de repetición e insistencia, así como fortalecer el trabajo con los niños, niñas y adolescentes.

Movilización social y financiera

Como se indicó anteriormente, se ha contado con el patrocinio técnico y financiero de la UCR y de ADC para el desarrollo de los materiales de apoyo a las charlas.

71 Entrevista con Xochilt Quirós 12 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus.

72 Fuente: Calderón, Marvin, Unidad Centinela del Área de Salud de Coto Brus, "Canal endémico por EBAIS. Diarreas", información no publicada.



Liderazgo y participación

Algunos asesores culturales participaron en la concepción y preparación de los materiales de apoyo que se utilizan durante las charlas, cosa que ha garantizado su pertinencia cultural y favorecido el empoderamiento de estos líderes comunales.

Es un modelo a seguir

Este es en definitiva un modelo a seguir, fácilmente replicable en otras zonas que presentan condiciones similares. Los materiales de apoyo para las charlas con población indígena sobre lavado de manos, hábitos de higiene personal e higiene bucodental pueden ser adaptados para su uso con otras etnias, aprovechando la experiencia en Coto Brus.

SUELO LIMPIO Y SANEAMIENTO DEL AGUA

Descripción

Era del conocimiento del personal del Área de Salud de Coto Brus que el 70% de la población de La Casona tenía parasitosis y que de ese porcentaje una cuarta parte tenía más de dos parásitos en su organismo, dándose casos de hasta 7 a 12 parásitos diferentes por persona. Para enfrentar este problema se inició un proyecto a cinco años plazo llamado Suelo limpio.

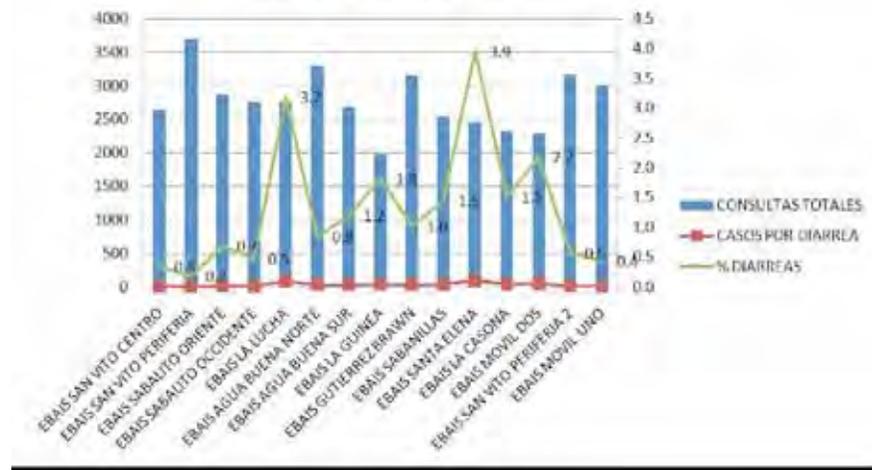
Lección aprendida: mientras no se cambien los hábitos de higiene deficientes de las personas adultas, estas no pueden dejarse de lado en los procesos de desparasitación.

La parasitosis no es un problema a nivel nacional, razón por la cual fue difícil en un principio convencer a las autoridades centrales de que entre la población indígena de Coto Brus se necesitaba triplicar la dosis anual de desparasitantes. Una vez superada esta barrera da inicio el proyecto, que se lleva adelante con la Escuela de Salud Pública de la UCR. Esta envía de 30 a 40 personas expertas en promoción de la salud al Territorio Indígena cada año, en marzo, agosto y noviembre, quienes reparten desparasitantes y recogen muestras de heces para monitorear el progreso.

Con la Escuela de Salud Pública también se lleva adelante un proyecto de potabilización de aguas en Territorio Indígena. La parasitosis presente en la población indígena está igualmente relacionada con la ingesta de agua contaminada. Nada se hace, indica el Dr. Ortiz, controlando los parásitos presentes en el suelo si se sigue consumiendo agua no potable. El proyecto de cloración de aguas inició hace tres años y consiste principalmente en enseñar a la población indígena a clorar las diferentes fuentes de agua, empoderándolos en su manejo.



Gráfico 3. Consultas totales vs. diarrea.
Área de Salud de Coto Brus. 2011



Impacto y relevancia

Lección aprendida: existe el concepto cultural de que el agua está viva, razón por la cual hervirla no es una solución pues provoca su muerte.

A tres años de iniciados estos proyectos, sólo el 25% de la población de La Casona presenta parasitosis.

Sobre el proyecto de suelo limpio importa recalcar un aspecto interesante que distingue a esta del resto de la población nacional. Se empezó desparasitando a los niños y niñas en las escuelas, para darse cuenta poco después de que de esa manera los resultados eran limitados pues no se estaba desparasitando a las personas adultas que se relacionan con ellos: las que sirven la comida en la escuela y las que comparten su vivienda. Mientras no se cambien los hábitos de higiene deficientes de las personas adultas, estas no pueden dejarse de lado en los procesos de desparasitación.

Instalar el proyecto de cloración de aguas no fue fácil y tomó algunos años llegar a darse cuenta de esa solución. En un principio se intentó generalizar la costumbre de hervir el agua, pero hubo una negativa frente a este tema. Indagando se dieron con que existía el concepto cultural de que el agua está viva y que, por lo tanto, hervirla provocaba su muerte. En una reunión con la población una mujer indígena preguntó: "Doctor, entonces, ¿el agua está enferma?". Eso indicó al personal de salud que la solución era curarla, y así surgió la idea de clorarla.





Sostenibilidad y participación de niños y niñas: una buena práctica que lleva a otra

En el marco del proyecto de saneamiento de aguas se capacita a los niños y niñas de las escuelas para que sean ellos quienes alerten en caso de que las calidades del agua –olor, sabor, color– se alteren. Al día de hoy se tienen georreferenciadas las casas y las nacientes; la cloración la hacen los diferentes comités de agua.

Mobilización social, política y financiera: alianzas para seguir avanzando

El Ministerio de Salud también desarrolla actividades para el saneamiento de aguas. De acuerdo a lo indicado por una de las personas entrevistadas, el Ministerio está en conversaciones con la OPS para la elaboración de un plan de seguridad del agua. Este plan consiste en una estrategia para cumplir con los conceptos del Marco de Seguridad del Agua – que es una guía de la OPS para la seguridad del agua de consumo. Se trabajará en prevención desde la cuenca de captación hasta el sitio de consumo, bajo los criterios de registro de peligros y amenazas y la determinación de mecanismos de control. Esto se hará con la CCSS y las cuatro universidades estatales, con la cooperación de CONARE, además de toda institución y organización relevante para el tema.

Manejo de excretas

El Ministerio de Salud lideró un proyecto para desarrollar la llamada “letrina ngöbe”, dirigido a elaborar una letrina culturalmente adaptada, y a la construcción de tanques sépticos. En esta iniciativa recibieron apoyo del TEC, del CONARE y de la OPS. Empezaron por consultar a la población indígena con la ayuda de los asesores culturales, especialmente de personas líderes de la comunidad. Los asesores culturales que participaron se graduaron como albañiles del TEC.

Con el proyecto de la letrina culturalmente adaptada se esperaba propiciar el uso de letrinas y evitar la contaminación ambiental. Los resultados aún son parciales. Las letrinas que se implementaron son utilizadas por algunas personas pero no por todas. El tema del manejo de excretas ha tenido sus dificultades, cimentadas en la costumbre de no utilizar letrinas sino más bien de salir al campo para hacer las necesidades fisiológicas.

Es una modelo a seguir

La experiencia sobre higiene ambiental y manejo de aguas en el Territorio Indígena resulta útil como marco a la hora de diseñar proyectos similares a ser aplicados en otras zonas del país con población indígena.



NUTRICIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Descripción

La buena nutrición es un elemento central de un estilo de vida saludable. Ningún esfuerzo por promover la salud y prevenir enfermedades tendrá verdadero éxito ante la ausencia de niveles adecuados de nutrición. Tanto la población ngöbe asentada en Coto Brus como la ngöbe-buglé que permanece en el cantón durante la cosecha del café sufren de problemas alimentarios, en buena medida por las condiciones de pobreza en que viven. Esta situación se combina con un proceso de pérdida de los conocimientos y tradiciones ancestrales que no necesariamente ha conllevado la asimilación de conocimientos de la cultura dominante sobre agricultura y nutrición.

En el proyecto de seguridad alimentaria empezamos a trabajar a partir del año 2008, tomando en cuenta que en la población ngöbe existen problemas nutricionales que ya habíamos detectado a través del trabajo en las escuelas. Empezamos el trabajo con la población indígena porque ellos no comen adecuadamente sino que, por ejemplo, comen arroz sancochado, yuca sancochada, plátano sancochado y de vez en cuando un pedacito de carne, y nada más⁷³.

Se partió de la premisa de que la vida sedentaria es una adaptación a las actuales circunstancias de la población en el Territorio Indígena, lo que significa que el tipo de agricultura practicada no es el idóneo ni está culturalmente ajustado. Por otro lado, no sólo se tuvo el objetivo de promover la agricultura orgánica de subsistencia con calidad nutricional, sino que hubo un componente de emprendeduría: la idea era que se produjeran alimentos para el consumo familiar y, a la vez, un exceso destinado a la venta. De esa manera podía ser un sistema sostenible.

Lección aprendida: la forma en que las distintas familias del Territorio Indígena asimilan y participan en los proyectos dirigidos a mejorar la calidad alimentaria es desigual. Las razones para estas diferencias deben ser estudiadas con mayor profundidad.

Impacto y relevancia

Al cierre de la primera parte de este proyecto los logros no fueron lo que se esperaba. Algunas familias indígenas habían implementado el sistema de forma adecuada, otras habían descuidado las huertas y consumido todo lo producido. Este abandono podría ser un indicador de que los productos propiciados no son culturalmente apropiados.

73 Entrevista con Marta Benavides, 12 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus.





Otro hallazgo interesante ha sido la constatación de que los sistemas propuestos son aceptados en un principio, y luego se indica que eso no es útil y se solicita alguna alternativa. Así, por ejemplo, se acepta un tipo de estructura para la huerta que luego se abandona para solicitar apoyo para montar otro. Todo esto podría estar indicando una falta de comunicación respecto a las necesidades de la población indígena o el haber pasado por alto o malinterpretado algún aspecto cultural, como el tipo de productos de consumo cotidiano que prefieren y valoran.

De la reunión con parteras y médicos tradicionales queda clara una especie de nostalgia por los tiempos en que era posible recolectar del bosque frutos, raíces y otros productos comestibles que balanceaban la nutrición. Asimismo, quedó en evidencia un conocimiento agrícola que tal vez no se ha tomado en cuenta apropiadamente en la definición de estrategias adecuadas para fomentar el cuidado de las huertas. Falta trabajo conjunto y claridad respecto a los aspectos culturales que están influenciando sobre el éxito de estas iniciativas.

Sostenibilidad

El proyecto de seguridad alimentaria se encuentra al inicio de una segunda etapa. Para ella se han seleccionado diez familias; el criterio para la selección fue el éxito con que manejaron sus huertas en la primera etapa. En otras palabras, se dejaron de lado las familias cuyos resultados no estuvieron de acuerdo a lo esperado en el marco del proyecto. Aunque tiene sentido redoblar el apoyo para las familias exitosas, resulta poco comprensible que se hayan dejado de lado los casos problemáticos, pues en su solución podría estar la clave para el éxito generalizado de este tipo de iniciativas en el Territorio Indígena.

La sostenibilidad de este tipo de iniciativas depende en buena medida del apoyo de la población, lo que a su vez depende de su disponibilidad de recursos humanos y económicos, de tiempo y de voluntad. Un ejemplo en cuestión fue la iniciativa de hacer una huerta hidropónica en la escuela de La Casona. En coordinación con UNICEF, la UNA llevó adelante este proyecto en conjunto con el EBAIS de La Casona en 2010. Su objetivo era el de disminuir la desnutrición infantil facilitando la disponibilidad de hortalizas y vegetales para el comedor de la escuela. Este proyecto no fue exitoso, entre otras cosas por la dependencia de productos caros y difíciles de conseguir, como los sustratos. Además, la necesidad de utilizar técnicas sofisticadas y no pertinentes culturalmente no se justifica en una zona donde la tierra no es un elemento escaso.

Movilización social, política y financiera: alianzas para seguir avanzando

El Área de Salud de Coto Brus mantiene una relación estrecha con el Ministerio de Salud y la OPS para el desarrollo de proyectos sobre nutrición y seguridad alimentaria. Los tres han coordinado acciones con el IMAS y el MAG, que también desarrollan en la zona iniciativas en esta materia. Una persona del Área de Salud pertenece al COSEL, que ve y supervisa lo relativo a este tema a nivel cantonal. En el marco del proyecto Patio casero indígena, ejecutado por el Ministerio de Salud y la OPS, ella coordina y acompaña el ciclo de charlas



de capacitación a la población sobre saneamiento, hábitos de higiene, cuidado del entorno (agua y recursos naturales), producción de abono orgánico, montaje de huertas, entre otras.

Es un modelo a seguir

Se podría argumentar que el éxito parcial de estas iniciativas indica que aquí no hay un modelo a seguir. Nada más lejos de la verdad. Fomentar cambios en la alimentación de cualquier grupo humano es una tarea difícil de implementar, que requiere de la coordinación de acciones entre distintas instancias y de la participación de la población meta. Es más que claro que estas dos condiciones existen. El camino recorrido hasta la fecha brinda elementos para considerar que esta es una buena práctica que eventualmente logrará los cambios que se tienen previstos. La forma en que se ha venido trabajando debe ser reevaluada; los resultados que sin duda se han dado y que se irán ampliando en el futuro, son indicadores de que aquí hay una buena práctica que debe compartirse.

En palabras de los indígenas: la necesidad de una alimentación balanceada para llevar una vida sana

Si mi familia está enferma yo sé que yo le di una alimentación no tan balanceada. Pero es una alimentación más sana o un alimento que lo está nutriendo, no un alimento que lo está desnutriendo. Vamos a hablar de vómitos o de anemias, entonces yo digo –“¡Qué raro! Si están bien alimentados”. Y realmente si yo conozco eso entonces no puedo decir que están bien alimentados y tal vez es que los estamos alimentando mal. Muchas veces las personas no reconocen si es que están enfermas por falta de alimentos. Tal vez por eso razón está enfermo o sino es que no tiene medio económico para comer, para estar sana, entonces en la mayoría de la comunidad aquí es falta de recursos económicos. Por ejemplo, si usted es una doctora y me diría a mí que tengo que comer frutas y comer ensalada y tal cosa, pero si usted va a mi casa yo puedo comer arroz, frijoles, huevos, tal vez un pedazo de pollo, pescado o atún o unas sardinas que son más baratas que comprar pescado y es más práctico. Entonces la doctora me dice –“Usted se está alimentando mal”. Pero yo no tengo como alimentarme bien. Y después allá cada cuando voy a San Vito y me compro una papaya, una piña, una sandía, un melón y un mango. Pero no todo el tiempo yo puedo darle esa clase de alimento o una carne o un pescado a mi familia. Entonces jamás voy a estar con alimentación balanceada de comer un pedacito de carne y un pedacito de fruta y que no voy a consumir grasa y no voy a consumir harina, porque no puedo. Porque si yo puedo comer arroz y frijoles no me queda de otra que comer eso. Esa es la situación.

Alexis Andrade, asesor cultural.

La familia mía yo los obligo a comer lo que es verdura para que la salud estuviera buena. No estamos a cada rato en la consulta, aquí en la consulta no se ve tanto familia mía, por comer natural, ¿verdad? Hojas, gallina casera y cosas así. El pan nosotros no lo usamos mucho; comemos bollos de maíz, yuca, chicha de pejibaye... y en mi familia todos tranquilos.
Médico tradicional



PARTERAS NGÖBE: LAS PREFERIDAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MATERNO-INFANTIL

Antecedentes

Lección aprendida: las mujeres indígenas aumentaron su asistencia al hospital para ser atendidas a la hora del parto cuando se dispuso que su atención se haría exclusivamente por personal femenino.

En un estudio que realizó en el año 2009, la COLAMI⁷⁴ encontró que una de las razones principales de la mortalidad neonatal entre la población indígena de Coto Brus era la falta de atención hospitalaria a la hora del parto. Un análisis detenido e informado mostró que la falta de asistencia al hospital estaba relacionada con que los partos eran atendidos por personal masculino. A partir de esa constatación se propició la atención a la población indígena exclusivamente por personal femenino, lo que ha favorecido la asistencia al hospital y disminuido la mortalidad materno-infantil. Esto no sólo llamó la atención sobre la necesidad de involucrar de manera más activa a las parteras indígenas en las decisiones en esta materia, sino que coadyuvó en la implementación de algunas iniciativas puntuales que han incidido aún más en la reducción de la mortalidad materno-infantil.

Descripción

La Dirección del Área de Salud entiende que las parteras indígenas son profesionales en gineco-obstetricia: atienden a las mujeres durante el embarazo, en el parto y en el post-parto hasta que el niño o niña cumple el año de edad, además de darles acompañamiento durante toda su vida, pues son las que saben qué hierbas tomar para los dolores menstruales y para los síntomas de la menopausia, por ejemplo.

Es así como diversas acciones dirigidas a mejorar la salud materno-infantil en la población indígena de Coto Brus dieron inicio convocando a las parteras ngöbe y conversando con ellas sobre la importancia del control prenatal y, al mismo tiempo, acercándose a su labor y conocimientos. Es decir, sensibilizándolas sobre el problema se podía llegar a las mujeres embarazadas y propiciar el control prenatal.

Lección aprendida: buscar el apoyo de las parteras indígenas, conversar con ellas sobre la importancia del control prenatal y acercarse a su labor y conocimientos es una buena práctica que coadyuva en lograr y sostener la salud materno-infantil.

74 Las COLAMI están compuestas por representantes de la CCSS, del Ministerio de Salud, del PANI y de las municipalidades.



En esta materia, un dato interesante de colaboración del EBAIS con las parteras es el del aprendizaje de la técnica del parto vertical⁷⁵ –que es el que se practica tradicionalmente entre las mujeres ngöbe– por parte del personal de salud del Área. Las parteras fueron convocadas para hacer una demostración de esta técnica, para que el personal del EBAIS la conozca y pueda difundirla entre las mujeres embarazadas que viven alejadas y cuyas posibilidades de llegar a tiempo para la atención de sus partos en el hospital son limitadas.

Impacto y relevancia

Las parteras son clave para conocer aspectos culturales que inciden en la atención de las mujeres en etapa reproductiva y del recién nacido. Su experiencia y conocimientos, aunados a la confianza que en ellas tienen las mujeres ngöbe, permiten un acercamiento culturalmente pertinente a la salud materno-infantil. Aún más, acercarse a ellas promueve el conocimiento de prácticas y costumbres relacionadas con el tema, pero que inciden en otras áreas, tales como el adecuado registro de datos sobre nacimientos y muerte neonatal, como se desprende del ejemplo que sigue:

Aunque la tradición se ha ido perdiendo, se acostumbra enterrar la placenta con una semilla de pejibaye, en la idea de que si lo hacían el niño iba a vivir más y crecía más fuerte y sano. Si el niño moría la palma del pejibaye se quedaba sin nombre. Por otro lado, existían dificultades para determinar cuántos hijos e hijas había tenido una mujer. Entonces, los profesionales en salud empezaron a preguntar por el número de partos, pero aún no lograban respuestas acertadas. Entonces empezaron a preguntar ¿cuántos árboles de pejibaye tiene en su casa? El total de árboles es el total de embarazos que tuvo. Luego preguntaban, ¿cuántos tienen nombre? Y de esa manera se pudo determinar el número de hijos vivos de cada mujer⁷⁶.

Por otro lado, los datos de registro muestran que los cambios propiciados por el Área de Salud de Coto Brus durante la última década han incidido positivamente sobre la salud materno-infantil. Como se puede ver en el Gráfico 477, la tasa de mortalidad infantil muestra un importante cambio favorable entre el año de 2001 y el año de 2007. Aunque la

75 “El parto en diversas variantes de la posición vertical constituye una práctica milenaria de quizá todas las culturas, como puede apreciarse en la iconografía antigua. En Europa occidental, en el siglo XVII comenzó la práctica de ‘acostar’ a las mujeres para parir, probablemente para facilitar el uso del fórceps, instrumento que comenzó a usarse para ayudar en el alumbramiento. Con la introducción y difusión en el siglo XX de la anestesia peridural durante el trabajo de parto, se fue imponiendo cada vez más la posición horizontal. Estos y otros procedimientos se inscriben dentro del enfoque biomédico occidental. Pero mientras que en este enfoque se entiende el parto como una condición de salud que requiere intervención médica, en otros contextos se lo considera un hecho natural”. Nureña, César, “Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical”, en: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 26, no. 4. OPS, 2009, pág. 371.

76 Entrevista con Emmanuel Gómez, 13 de agosto de 2011, San José.

77 Fuente: Ortiz, Pablo, “Atención a poblaciones vulnerables, Área de Salud de Coto Brus”, presentación en Power Point, no publicada, s/f.



tendencia no ha sido sostenida –hubo un repunte en el año 2005–, en 2001 la tasa cantonal (17,1) fue muy superior a la nacional (10,8) y a la regional (7,8), mientras que para 2007 la tasa cantonal (10,32) fue inferior a la nacional (10,38) y apenas superior a la regional (9,8), que además sufrió un retroceso durante ese período.

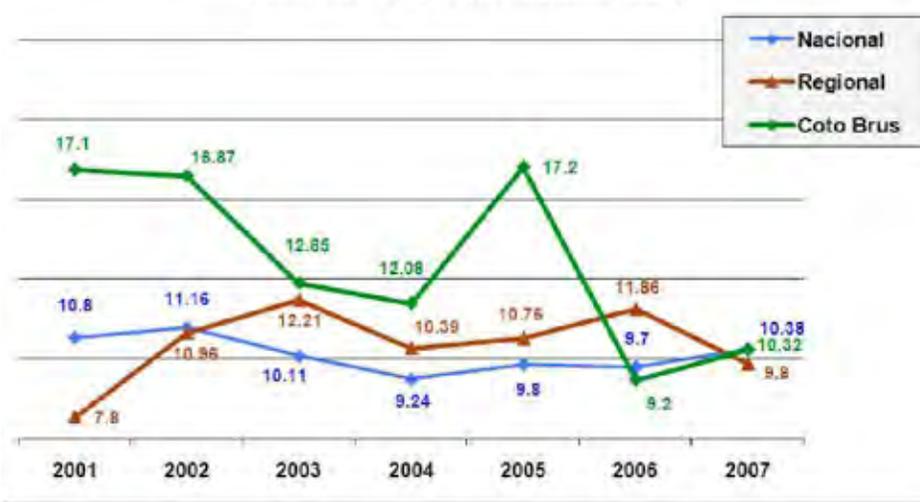
Liderazgo, participación y empoderamiento comunitario

La experiencia de trabajo con las parteras ngöbe es un buen ejemplo de liderazgo, participación y empoderamiento de las mujeres ngöbe. Lo observado en el campo permite incluso asegurar que sus conocimientos son tan o más respetados que los de los médicos tradicionales. Su participación como asesoras culturales en distintos ámbitos es especialmente valorada y su consejo siempre requerido y presente.

Es un modelo a seguir

En definitiva, la relación de asocio y trabajo con las parteras ngöbe es un modelo a seguir por las áreas de salud de la CCSS que trabajan con poblaciones indígenas.

Gráfico 4. Tasa de mortalidad infantil, nacional, regional y cantonal 2001-2007 (por mil nacidos vivos)



INNOVACIÓN: BOLSAS SEMÁFORO. PROPICIANDO LA SALUD MATERNO-INFANTIL

Descripción

Una estrategia utilizada por el Área para disminuir la mortalidad neonatal entre las poblaciones ngöbe son las llamadas *bolsas semáforo*, idea que tomaron de su relación con el personal en salud panameño con el que coordinan acciones para mejorar la atención de la población ngöbe altamente móvil.

Lección aprendida: el uso de incentivos, como las bolsas semáforo, aumenta las visitas prenatales por parte de las mujeres indígenas.

Su nombre se relaciona con los colores que tienen, que representan el nivel de riesgo de cada trimestre del embarazo. Así, la verde se entrega a la mujer embarazada en la visita de control prenatal correspondiente al primer trimestre, la amarilla en la visita del segundo trimestre, la roja en la visita del tercer trimestre y la blanca después del parto. Las bolsas contienen implementos de higiene personal –la amarilla, por ejemplo, contiene champú, jabón, cepillo de dientes, pasta de dientes, papel higiénico, ropa interior, entre otras cosas–; su fin es asegurar la asistencia a la siguiente cita, por lo que se indica que al asistir deben presentar la bolsa vacía para recibir la siguiente. El bolso blanco contiene implementos para el o la bebé.

A lo visto en Panamá se agregó en Coto Brus el componente indígena; así, las bolsas que se utilizan con esta población tienen aplicaciones similares a las de los vestidos de las mujeres ngöbe, además de haber sido elaboradas por un grupo de artesanas indígenas, quienes fueron remuneradas por su trabajo.

Impacto y relevancia

En total se han confeccionado 500 conjuntos de bolsas, en el marco del proyecto *Finca sana*. El porcentaje de retorno es bajo, sólo de un 2%. Las bolsas que regresan han sido devueltas en buen estado. La idea es buena, pero aún es pronto para saber si se han dado resultados positivos y cambios en la costumbre de acudir a las citas de control prenatal.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de esta iniciativa tendría que evaluarse a la luz de los costos de volver a llenar las bolsas. Este problema, sin embargo, resulta secundario ante la necesidad de conocer primero si los resultados de la experiencia son positivos.



Participación y empoderamiento comunitario

Un elemento interesante de esta iniciativa es que las bolsas son confeccionadas por mujeres ngöbe, de acuerdo a patrones textiles tradicionales. Esto fomenta el emprendedurismo y la participación de las mujeres.

INNOVACIÓN: KIT PARA PARTERAS

Antecedentes

Lección aprendida: es necesario diferenciar y tener claridad sobre las que son creencias y costumbres indígenas y las cosas que se hacen por causa de la imperante condición de pobreza.

En 2002 murió un recién nacido por tétanos neonatal, siendo el primer caso en el país en 30 años. La infección fue ocasionada porque le aplicaron tierra en la herida para parar el sangrado del corte del cordón umbilical, que se hizo con una herramienta no adecuada. A raíz de este incidente se preguntó a las parteras sobre sus necesidades para atender de manera apropiada los partos que no podían ser atendidos en el hospital. En un conversatorio dirigido a indagar sobre este asunto, se estableció que el cordón umbilical no tenía que ser cortado con algún implemento especial o ceremonial, que podía ser cortado con una tijera.

Descripción

Entonces, el Área compró tijeras y se encarga de esterilizarlas; las entrega como parte de un kit de parto que incluye un pañal, ropa para el niño o niña y otras cosas para cubrir sus necesidades inmediatas, guantes de plástico, un foco, pilas nuevas, una pera y el clip para detener el sangrado⁷⁸. Este último se incluyó luego de determinar que usualmente el ombligo era amarrado con una pita, y que esa pita no representaba una cuestión cultural, que podía ser suplantada por algo más higiénico. Es claro, sin embargo, que este kit es para uso en caso de necesidad, en consideración de que por lejanía o emergencia un parto se tenga que atender en la casa de la persona. La buena relación y comunicación con las parteras ha permitido que cuando un parto se puede atender en el hospital, así se haga.

Una importante lección aprendida a partir de esta experiencia es que hay que diferenciar entre las creencias y tradiciones indígenas y lo que se hace simplemente por causa de la pobreza. Para tener claro hasta dónde llega una y comienza la otra, lo elemental es conocer a la población indígena, a los individuos que la componen y sus experiencias individuales desde su condición de género y etaria.

78 La compra de los implementos necesarios para montar 50 cajas con todos sus implementos fue financiada por el proyecto *Finca sana*.



Impacto y relevancia

No se han vuelto a presentar casos de muerte neonatal por tétanos.

Sostenibilidad

Algunos de los elementos que contiene el kit son reutilizables, otros deben ser reemplazados. La sostenibilidad de la iniciativa depende de que se cuente con los recursos necesarios para hacer ese remplazo.

VISITA DOMICILIARIA A RECIÉN NACIDOS

Antecedentes

Cuando una mujer ngöbe tenía un/a bebé, no mostraba mayor interés en darle nombre de manera inmediata. De acuerdo a las costumbres no indígenas, el personal de salud del hospital donde se había atendido a la mujer insistía en que le dieran nombre, presión frente a la cual ella terminaba cediendo. El personal del Área de Salud de la CCSS de Coto Brus no tardó mucho tiempo en notar que una vez que el o la nueva integrante llegaba a su comunidad, ese nombre era eliminado y se le asignaba otro, lo que ocasionaba una confusión para fines de registro en el EBAIS.

Descripción

Entender que dar nombre a la o el recién nacido es para las personas ngöbe un acontecimiento que requiere de la participación comunal y del apoyo de un médico tradicional o partera, en un proceso que toma varios días, y que, además, cuando una niña o niño recibe un nombre no indígena, este no es el utilizado en su vida cotidiana y no necesariamente es recordado cuando se le lleva a ser atendido al EBAIS, permitió al personal de salud tomar medidas para dar seguimiento a cada caso. Hoy en día, el registro del nacimiento de un niño o niña en el hospital se hace de la misma manera, pero se responde a esta realidad manteniendo un registro detallado en el EBAIS sobre cada familia del Territorio Indígena.

Ellos asignan lo que el niño o niña va a ser por ciertos rasgos a partir del día que nace, y durante algunos días hasta que le ponen el nombre. Entonces, le ponen dos nombres: uno, que es el nombre por el que le van a conocer y otro relacionado con lo que va a ser. Ellos tardan de tres a cuatro días en eso⁷⁹.

La ley pide que cada recién nacido sea registrado en el hospital, por lo que cada niño y niña indígena que nace en el hospital sale con un nombre de registro. Los profesionales en salud notaron que posteriormente les cambiaban el nombre. El asunto no es tanto que lo cambiaban, es que si se tenía el caso de una mujer que se negaba a ponerle el nombre en

79 Entrevista con Emmanuel Gómez, 13 de agosto de 2011, San José.





el hospital al niño o niña, y se le insistía, al final decía el primer nombre que se le venía a la cabeza. El problema es que días después no se acordaba del nombre que le había puesto.

Posteriormente, cuando llegaban a visitar el EBAIS y les preguntaban por el nombre del niño o niña, daban cualquier nombre en español –el nombre en ngöbere no lo dicen por miedo a la burla, pues mucha gente se ha burlado de los nombres en ngöbere–, pero no se trataba de que le cambiaban el nombre, es que no se acordaban del nombre dado en el hospital. Hay que tomar en consideración, sin embargo, que en la actualidad, por el proceso de aculturación, muchas personas no sólo ponen atención al nombre que se les da en el hospital, sino que ese es el que se usa toda la vida. La gente que vive más internada en el Territorio es la que todavía conserva sus tradiciones y con la que aún es difícil el tema del nombre de los niños y niñas.

Si el hospital dependiera de la Dirección del Área de Salud, esas cosas hubiesen cambiado. Pero, como la Dirección es aparte, no se ha logrado que ese tipo de temas se traten de una manera diferente⁸⁰.

La forma en que el Área de Salud acota este problema es mediante el trabajo comunitario, a través de los esfuerzos de registro y seguimiento. La ATAP, que es indígena y vive en el Territorio –como se comentó con anterioridad– conoce a todas las personas que viven en el Territorio, registra cada nacimiento, da seguimiento a la vacunación y cuidado preventivo de cada niño y niña.

Impacto y relevancia

La práctica descrita ha provocado un cambio positivo y sostenible a favor de los derechos a la salud y a la identidad de los niños y niñas indígenas, y es a la vez un avance significativo en la atención en salud de la población ngöbe de Coto Brus. Es, además, relevante con relación a las recomendaciones que el CDN ha hecho a Costa Rica, en el sentido de tomar acciones para “garantizar el acceso asequible a servicios básicos de salud para todos los niños, en particular los niños indígenas y migrantes, incluidos aquellos sin documentos de identidad personal, dando prioridad a las regiones y las comunidades con menor cobertura, con el fin de corregir las agudas desigualdades existentes”⁸¹.

Sostenibilidad

Como ya se ha indicado, el Área de Salud está realizando acciones para que este trabajo comunitario sea institucionalizado:

80 Ibídem.

81 Comité sobre los Derechos del Niño, “Observaciones de los reportes presentados por los Estados Parte bajo el artículo 44 de la Convención. Observaciones finales a Costa Rica”. CRC/C/CRI/CO/4... párr. 58.



Gráfico 5. Citas prenatales por edad de la mujer embarazada. EBAIS de La Casona. 2007-2011



Debe de gestionarse a través del CENDEISS la introducción del tema de pueblos indígenas en la formación de los ATAPS, ampliar la capacitación en materia de Atención Primaria en Salud (APS) y que en la currícula de las universidades de todas las carreras afines a la Salud se incluya la temática de Interculturalidad y pueblos indígenas e Indígenas altamente móviles⁸².

La Institución deberá definir el número de visitas domiciliarias que debe realizar el ATAP en las zonas indígenas, según dispersión geográfica y dificultad de acceso por área de atracción de los establecimientos de salud⁸³.

Aunque lo que se está haciendo hoy en día resulta funcional y es parte del trabajo cotidiano del EBAIS de La Casona, se puede suponer que ante el cambio de autoridades y/o personal, podría caer eventualmente en desuso. La sostenibilidad a largo plazo de las acciones promocionales y preventivas comunitarias depende, entonces, de que se logre efectivamente institucionalizar el modelo integral en atención a la salud de las poblaciones indígenas.

Es un modelo a seguir

Las visitas domiciliarias en Territorio Indígena para dar seguimiento a la vacunación y cuidado del recién nacido son un modelo a seguir que puede ser replicado en otras zonas del país donde se atiende población indígena. Esta sencilla medida no sólo propicia una adecuada atención en salud sino que facilita el registro de los niños y niñas, garantizando su derecho a la identidad y su acceso a los servicios de salud y educación.

82 CCSS, "Modalidad de Atención Integral a las poblaciones indígenas e indígenas altamente móviles, a ser ejecutada en los establecimientos de salud de la CCSS". Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, San José, Costa Rica, 2011, pág. 28.

83 Ibídem, pág. 32.



INNOVACIÓN: ABUELAS Y ABUELOS CUENTACUENTOS

Como se indicó anteriormente, durante el trabajo de campo se participó en una reunión que sostuvo la doctora con cuatro parteras y seis médicos tradicionales con el fin de consultarles sobre tres temas –nutrición (en especial mala alimentación, gordura y desarrollo de diabetes); anticoncepción y planificación familiar, con especial atención al inicio temprano de las relaciones sexuales; rescate de valores y promoción de buenas prácticas de higiene en las escuelas.

“Viendo la situación de la juventud... yo nunca he visto una fila tan larga en puestos de salud, a la doctora le da doble trabajo cuando está embarazado la chica, cuando nació el chiquito inválido, alguno con gripe, con asma, enfermo recién nacido. La juventud todavía no está bien desarrollada, está mal alimentada, por eso están dando tantos problemas. Si usted no da charlas en el colegio, el trabajo es para ustedes”.
Médico tradicional

Mediante el proyecto que han llamado “Abuelos cuentacuentos” se espera instalar en la Escuela de La Casona una sesión semanal para que las y los adultos mayores indígenas puedan conversar con las niñas y los niños sobre distintos temas. Las sesiones se piensan organizar a partir de contar una historia; la selección de los cuentos se hará en conjunto con los médicos y las parteras.

El objetivo de esta iniciativa es lograr el involucramiento de personas adultas mayores en la educación de los niños y niñas con la idea de fomentar los valores tradicionales ngöbe y, a la vez, buenas prácticas de higiene personal. La participación de las y los niños es parte elemental de estas sesiones, que se espera también sean ocasión para escucharlos, un espacio para compartir sus inquietudes y conocer sus saberes y experiencias.



INNOVACIÓN: ACOTANDO EL EMBARAZO ADOLESCENTE. CHARLAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES NGÖBE

Uno de los temas de agenda de la reunión con médicos tradicionales y parteras que se mencionó arriba fue la planificación familiar; otro, el temprano inicio de las relaciones sexuales entre las y los jóvenes ngöbe. La opinión general es que la solución no está en ofrecer métodos anticonceptivos sino en reforzar el control social y la autoridad de las personas mayores; sin embargo, se acepta la necesidad de utilizarlos, dejando en claro que son preferibles los métodos naturales.

La “manera occidental” de hacer las cosas es aceptada en la medida que se mantenga en el ámbito que corresponde, siempre y cuando se trabaje conjuntamente, se tome en consideración su cultura y se respete la manera de hacer las cosas en el ámbito indígena.

La percepción es que la cultura se está perdiendo por influencias externas que desacreditan a las personas mayores, a los abuelos y abuelas, quienes deberían enseñar a los niños y niñas cómo se deben comportar, además de todos los asuntos prácticos de la vida en la comunidad. Las opiniones brindadas por los médicos y parteras expresan elocuentemente la visión integral que tienen sobre el problema, es decir, la necesidad de atrasar el primer embarazo y espaciar los siguientes es para ellos y ellas un asunto estrechamente relacionado con la aculturación, las relaciones familiares, la morbilidad, la disciplina y respeto a la autoridad, entre otros aspectos de la vida social.

Durante la reunión la doctora les comentó respecto de unas charlas sobre sexualidad que ha empezado a ofrecer en el colegio de La Casona, dirigidas a las y los alumnos. Al preguntarles su opinión sobre si las charlas debían darse separadamente para mujeres y hombres todos estuvieron de acuerdo en que debían ofrecerse de manera conjunta, a pesar de haber indicado con anterioridad que en familia estos temas deben ser tratados individualmente, las niñas con sus abuelas y los niños con sus abuelos. Más que tratarse de un discurso contradictorio, esto parece indicar que se entiende que la “manera occidental” de hacer las cosas es aceptada en la medida que se mantenga en el ámbito que le corresponde, siempre y cuando se trabaje conjuntamente, se tome en consideración su cultura y se respete la manera de hacer las cosas en el ámbito indígena.

Este ciclo de charlas es una innovación interesante que se está gestando en el marco del EBAIS de La Casona, que implica tanto el involucramiento de los asesores culturales como la participación de las y los adolescentes.



Antecedentes

La doctora Xochilt Quirós –quien atiende el EBAIS desde enero de 2011–, relató que una de sus predecesoras en el cargo puso un especial énfasis en informar a las mujeres en edad reproductiva sobre las distintas opciones de anticoncepción. Las mujeres que querían planificar optaron en la mayoría de los casos –si no en todos– por los anticonceptivos inyectables. Esto tiene varias explicaciones, prácticas, culturales y sociales.

Lección aprendida: hay aspectos de la salud sexual y reproductiva cuyo abordaje es complejo por sus raíces culturales, sociales y económicas.

El factor que parece tener mayor relevancia es que al usarse anticonceptivos orales, la intención de no quedar embarazada se pone en evidencia ante el compañero y la familia. Este punto específico no se pudo conversar con personas indígenas, pero un estudio reciente subraya la existencia de barreras culturales relacionadas con la sexualidad y su vivencia cotidiana⁸⁵ que respaldan esta observación del personal del EBAIS. Aunque el estudio se refiere a la población ngöbe-buglé altamente móvil, se puede inferir que en mayor o menor medida estas barreras se dan entre los pobladores del Territorio Indígena de Coto Brus.

Algunos aspectos culturales y datos relevantes son:

Se considera irrespetuoso que las personas adultas hablen de sexualidad con los niños, niñas y adolescentes. Se parte del hecho de que sus propias experiencias de vida brindarán la información en el momento adecuado. Como corolario, es muy común que las jóvenes establezcan relaciones de convivencia con sus compañeros sin tener clara la forma en que una mujer se embaraza⁸⁴.

- Las personas más jóvenes presentan un nivel superior de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que las personas de mayor edad, producto probablemente de un mayor contacto con el sistema educativo y con profesionales en salud⁸⁵.
- La edad en la que se da la primera relación sexual desciende tendencialmente conforme disminuye la edad de las personas. Es decir, las personas más jóvenes estarían teniendo relaciones sexuales a edades más tempranas⁸⁶.
- En cuanto a la edad de la pareja con que las personas tuvieron su primera relación sexual, el estudio muestra una situación inversa según el sexo. Los hombres la tienen con una pareja en promedio un año menor, mientras que las mujeres con una pareja en promedio cinco años mayor. Existen patrones culturales que empujan hacia un inicio temprano de las relaciones de convivencia, y por lo

84 Ibídem, pág. 22.

85 Ibídem, pág. 27.

86 Ibídem, pág. 31.



tanto de las relaciones sexuales en las mujeres. Este comportamiento se debe al temor de los padres por “perder el control” sobre sus hijas al iniciar la adolescencia (rebeldía, desobediencia, etc.), por lo que normalmente optan por “entregarlas” a una pareja masculina con suficiente edad para “mantener la autoridad”⁸⁷.

- La información sugiere que las mujeres son en mayor medida víctimas de violencia sexual⁸⁸.
- La decisión de usar o no el condón es una prerrogativa masculina⁸⁹. Prevalece la idea de que el condón es un método que se debe usar al tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales⁹⁰.

Parece claro que decidir sobre los embarazos y el espaciamiento de los hijos e hijas no es un asunto sobre el que estas mujeres adolescentes tienen real control y autonomía. En ese sentido, la práctica del personal de ofrecer anticonceptivos inyectables a quienes quieran usarlos, tiende a ocultar el verdadero problema. Esto quedará patente en los próximos meses, pues la CCSS ha previsto una escasez de estos anticonceptivos; aunque la doctora Quirós está advirtiendo sobre el asunto de manera sistemática a quienes llegan a atenderse al EBAIS, las alternativas no parecen ser viables pues implican, en mayor o menor medida, el acuerdo con el compañero⁹¹.

No hay que dejar de lado que detrás de esta problemática subyacen también aspectos económicos que merecen mayor indagación. Se trata de una población pobre, con recursos limitados, donde consideraciones como la manutención de las hijas podrían tener peso a la hora de propiciar el inicio temprano de la vida en pareja.

Impacto y relevancia

Desde el inicio de sus funciones en el EBAIS, a la doctora le llamó la atención la cantidad de adolescentes embarazadas, donde además se notaba una incidencia especial entre adolescentes de 15 años o menos, incluso con casos de niñas de 11 años. En lo que va del año se han atendido 47 muchachas⁹², y existe la sospecha de que hay más en situación similar en los lugares menos

87 Ibídem, pág. 31.

88 Ibídem, pág. 36.

89 Ibídem, pág. 33.

90 Ibídem, pág. 36.

91 Las alternativas que se ofrecen son: ligadura de trompas (para aquellas mujeres que no quieran tener más embarazos), DIU (T de cobre), pastillas anticonceptivas y preservativos. Además, claramente se indica que el único método que además protege contra enfermedades es el preservativo. La charla se complementa con una demostración sobre cómo utilizarlo.

92 En al menos dos de los 47 casos indicados el personal del EBAIS tiene sospechas fundadas de incesto, por lo que los han referido a las autoridades correspondientes. En todo caso, vale señalar que no todas estas adolescentes tienen pareja. Entrevista con Xochilt Quirós 12 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus.





accesibles del territorio. La doctora lleva un registro de estos casos, a los que pone especial atención por su situación particular de riesgo. Incluso, no todas ellas son primerizas:

Hay unas que tienen ya hasta dos partos. De esas 47 chicas, once están estudiando ya sea en el colegio o la escuela, nocturna o diurna, pero once nada más. Las otras tienen escolaridad como mucho hasta sexto grado y hay como unas tres o cuatro que son analfabetas. Una hipótesis que manejamos en el EBAIS es que dentro de las montañas hay muchas más, que no reciben atención médica⁹³.

A raíz de esta constatación, el EBAIS ha redoblado esfuerzos por atender las necesidades de salud reproductiva de estas adolescentes. Desde hace algunos años se han venido impulsando estrategias para el retardo del primer embarazo y el espaciamiento entre embarazos. Recientemente se han hecho alianzas con el PANI y con especialistas de la UCR y el IAFA. El objetivo es continuar con las capacitaciones de planificación familiar, pero también darles herramientas para la crianza de sus hijos e hijas –para disciplinarlos de manera positiva–, y sobre sus derechos y equidad de género, entre otras que fomenten su empoderamiento. Como se indicó, también se han iniciado conversaciones con los asesores culturales, especialmente con parteras y médicos tradicionales, para tratar este tema y su posible abordaje, así como para acercarse de manera más efectiva a los casos y conocerlos mejor.

Alguna información relativa al embarazo adolescente resulta útil para ilustrar esta problemática. En el Gráfico 594 se ven las citas prenatales dadas en el EBAIS de La Casona entre el **enero de 2007 y julio de 2011, a adolescentes y mujeres de 11 a 20 años de edad. Mientras que en 2007 el número mayor de estas citas fue dado a adolescentes de 14 y 18 años, en 2008 y 2009 fue a muchachas de 16 años, en 2010 de 19 y 20 años y, en lo que va del año 2011, la mayor cantidad de citas prenatales ha sido dada a mujeres de 20 años.**



93 Entrevista con Xochilt Quirós 12 de julio de 2011, San Vito de Coto Brus.

94 Fuente: información sobre consulta a EBAIS proporcionada por Luis Montero.

Además:

Año	Atenciones en cita prenatal	Promedio de edad de las mujeres atendidas
2007	18 casos de 15 años o menos (dos de 13 años) de un total de 103 citas prenatales.	22,8
2008	37 casos de 15 años o menos (dos de 11 años) de un total de 286 citas prenatales.	22
2009	34 casos de 15 años o menos (una de ellas de 12 años) de un total de 228 citas prenatales.	22
2010	11 casos de 15 años o menos (una de ellas de 13 años) de un total de 125 citas prenatales.	23
2011	En lo que va del año se han atendido en cita prenatal cuatro casos de 15 años o menos (tres de 14 años) de un total de 42 citas prenatales.	23,9

Finalmente, según la información de registro del Área, desde el año 1981 el número de nacimientos en el Territorio Indígena oscila entre 51 y 56 por año, aspecto que no ha variado.

Aunque los datos reflejan una evolución positiva de los indicadores sobre embarazo temprano, el tema está lejos de ser cosa del pasado.

En palabras de los asesores culturales: médicos tradicionales y parteras

Digo yo que debe dar la autoridad a la abuela para la niña y al abuelo para el varón. Hay algunos que se van a controlar, pero si vamos a dejarlos sueltos, así, no hay control, sigue ese desorden. De diez años para arriba ya tienen relaciones sexuales. ¿Por qué? Porque en la escuela enseñan desde cuarto grado para adelante. Todavía no tiene edad y ya va sabiendo mejor que los viejos. Médico tradicional

No hay otro mundo, no hay otro planeta. Pensaría que es fácil que ambos dos conversen. Antes estaban los mayores por allá sentados hablando solos. Pero hoy día a través de la educación se está haciendo público, no se están negando cosas. Yo pensaría que es importante que se pueda orientar a los jóvenes con los mayores sobre cómo se debe actuar en ese momento. Yo pensaría que esto puede ser sencillo: explicarlo y llegar ambos dos a acuerdo para poder llegar a un control. Las cosas son sencillas. Orientarlos sobre lo que se puede hacer, sobre la planificación. Médico tradicional

Antes la gente tenía respeto, los niños, las niñas. Ahora ya no hay respeto. Hoy si hay una niña embarazada en la casa todos comen de la misma olla, se sientan en el mismo lugar. Si hay una cama y ella está recostada ahí, cuando se va otros se acuestan en el mismo lugar. Entonces, cuando la mujer está embarazada, tampoco el hombre puede estar dis-



cutiendo ni peleando delante de ella, porque los niños quedan en desorden. Por eso, en nuestra cultura cuando estaba embarazada estaba allá quieta, sentada allá. Eso había antes y nos quitaron a nosotros. Por eso es que los niños son jupones. **Médico tradicional**

Yo digo siempre como Francisco dice, así yo digo. Cuando cuidé a mis hijos, mujer y hombre, yo nunca delante de ellos hablaba mal⁹⁵. Cuando yo estaba embarazada y el otro ya está grande yo nunca dije que estoy embarazada, que si se está moviendo... esas son cosas de uno, de madre. Para qué voy a estar explicando eso, solito tiene que saberlo. Por eso yo estoy cuidando a todos mis nietos en mi casa, y yo nunca hablo malo. **Partera**



95 Cuando dicen que no hablan "mal" se refieren a que no tocan temas sexuales o reproductivos con las personas que no deben hacerlo. Está mal visto hacerlo entre hombres y mujeres, o en grupos familiares. Zamora Ureña, Juan Carlos, *Estudio integrado de conocimientos y comportamientos en relación a la salud sexual, VIH/SIDA y otras ITS en la población Ngäbe-Buglé migrante...* pág. 22.



COMENTARIOS FINALES Y RECOMENDACIONES

El Área de Salud de la CCSS de Coto Brus ha recorrido un largo y productivo camino en favor del derecho a la salud de la población indígena de este cantón, establecida y móvil. En esa ruta ha implementado prácticas novedosas y, sobre todo, ha ido aprendiendo sin dejar de trabajar. En su labor cotidiana ha logrado que esas costumbres se vayan consolidando hasta convertirse en buenas prácticas, en usos que mejoran el acceso a y la calidad de los servicios en salud dirigidos a niños, niñas, adolescentes y mujeres indígenas de la zona de estudio, tomando en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.

Los logros obtenidos están ligados a estrategias y lecciones aprendidas en el trayecto. Resaltan las que siguen:

- Entender los aspectos culturales que afectan la atención en salud de las poblaciones indígenas requiere de trabajo interdisciplinario y de hacer un esfuerzo por salir de los centros de salud y conocer a la población. Por ejemplo, las mujeres indígenas aumentaron su asistencia al hospital para ser atendidas a la hora del parto cuando se dispuso que su atención se haría exclusivamente por personal femenino. El hecho de que las atendiera personal masculino en temas de salud sexual y reproductiva iba en contra de sus costumbres, disuadiendo la asistencia.
- Para relacionarse con la población indígena y garantizar buenos resultados es necesaria la colaboración de personas indígenas que inspiren respeto y tengan liderazgo en la comunidad.
- Fortalecer las capacidades interculturales del personal del Área de Salud y de otras instituciones que trabajan con población indígena debe ser un esfuerzo sostenido y es una estrategia exitosa y eficiente.
- Los temas sencillos son manejables con medidas sencillas, baste referirse a la experiencia con el lavado de manos y otros asuntos de higiene personal. No es igual el caso de los temas complejos: la salud sexual y reproductiva, y el asunto de la nutrición son más complejos y requieren de medidas y apoyos más elaborados.
- La repetición es clave para lograr resultados sostenidos. No se puede confiar en que una capacitación es suficiente para hacer llegar los mensajes. Esto se cimienta en la tradición oral de esta cultura y en la forma en que enseñan y aprenden.
- Es necesario diferenciar y tener claridad sobre las que son creencias y costumbres indígenas y las cosas que se hacen por causa de la imperante condición de pobreza.
- Es de central importancia encontrar maneras de fomentar buenos hábitos de higiene personal, ambiental y de alimentación sin provocar gastos adicionales a las familias.



- 
- Para garantizar una atención adecuada a la población altamente móvil es necesario llevar un adecuado registro de las personas que ingresan y su estado de salud, haciendo esfuerzos sostenidos por abarcar a la totalidad de la población. En ese sentido, la coordinación binacional con personal que trabaja en el cordón fronterizo y en la Comarca Ngöbe-Buglé ha dado buenos resultados.

Las buenas prácticas presentadas en este documento han demostrado tener un impacto positivo y sostenible a favor del derecho a la salud de los niños, niñas, adolescentes y mujeres indígenas o representan un avance significativo en la atención en salud de la población ngöbe de Coto Brus. Todas son relevantes y responden a las necesidades de la población. Así mismo, han provocado cambios sostenibles en el tiempo respecto al derecho a la salud de los niños, niñas, adolescentes y mujeres indígenas, específicamente en lo que toca a capacidades locales, procesos de toma de decisiones, actitudes y comportamientos de las personas atendidas, las familias, las comunidades y las personas proveedoras del servicio.

Estas prácticas también han propiciado la creación y el fortalecimiento de socios que favorecen estos derechos, propiciando el empoderamiento o incrementado la participación de los niños, niñas, adolescentes y mujeres indígenas, las familias y comunidades en la toma de decisiones sobre salud. También han movilizado a actores sociales y políticos y/o han atraído recursos que favorecen los derechos señalados. Finalmente, son modelos a seguir, que pueden repetirse en otras zonas del país con características similares.

Algunos puntos centrales de estas buenas prácticas son:

Acercarse a la cultura indígena

Para el personal del Área de Salud de Coto Brus conocer y aprender sobre la persona y la comunidad indígena es una práctica de su labor cotidiana. Para hacerlo ha propiciado el trabajo interdisciplinario pero también, e igualmente importante, ha sostenido un esfuerzo por acercarse a la población, saliendo de los centros de salud. A la vez, darse a conocer es importante para interpretar certeramente lo que no es posible comprender desde la cultura occidental.

En este empeño:

- Organiza con frecuencia conversatorios para analizar conjuntamente una variedad de problemáticas.
- Elabora y valida con personas indígenas los materiales utilizados como apoyos para las distintas capacitaciones dirigidas a la población.
- Cuida que las imágenes que estos materiales presentan correspondan a la realidad de las poblaciones indígenas ngöbe-buglé.
- Se asegura que las prácticas promocionadas puedan ser implementadas sin incurrir en mayores gastos.



Para lograr los objetivos trazados es clave la figura de los asesores culturales, que incluye a las parteras y médicos tradicionales. La esencia justamente radica en que son quienes conocen la perspectiva indígena del mundo. Ellas y ellos han servido de vínculo entre ambas culturas y han facilitado una estrategia básica en el éxito de la gestión del Área: involucrar a la comunidad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante el diálogo institucionalizado.

Sumar esfuerzos

El convencimiento de que para alcanzar una atención integral a la salud indígena se requiere de aunar esfuerzos entre los diferentes sectores e instituciones involucrados en la materia ha sido uno de los ejes de trabajo del Área de Salud de Coto Brus. La coordinación interinstitucional e intersectorial le ha permitido encontrar los apoyos necesarios para complementar su perspectiva intercultural, consiguiendo suplir carencias de recursos y de saberes. Así como se ha institucionalizado un diálogo intercultural con la población ngöbe, se ha establecido uno interinstitucional e intersectorial, en cuyo marco se llama a toda entidad competente a participar para definir y establecer intervenciones compartidas, a nivel interno y binacional (Costa Rica/Panamá).

Registrar la información

El sistema de registro de información de la CCSS presenta limitaciones para reflejar adecuadamente las estadísticas y datos sobre la población indígena asentada en el país. Aún más limitada es la posibilidad de registrar de alguna manera útil la información sobre las poblaciones altamente móviles que ingresan al país estacionalmente. En este contexto, el Área de Salud de Coto Brus ha encontrado maneras concretas de registrar esta información y de utilizarla para mejorar los servicios en salud dirigidos a estas poblaciones. Un ejemplo es el sistema de alertas sobre enfermedades endémicas descrito en este estudio. Otro, el registro de los datos sobre las familias y personas residentes en el Territorio Indígena, que permite dar un seguimiento adecuado y personalizado en salud a la población. Una importante innovación son los registros destinados a dar seguimiento a la salud de las personas trabajadoras en las fincas de café.

Capacitar e involucrar al personal

El personal del Área de Salud de Coto Brus tiene una visión compartida sobre los servicios interculturales en salud. Esta visión atraviesa todos los niveles de atención, llegando incluso a los mismos asesores culturales. La estrategia de capacitación permanente al personal ha sido esencial para lograr que esté empapado de la visión de la jefatura, en todos los niveles. La baja rotación ha sido otro elemento de éxito. Ambos han propiciado una sensación de ser parte de algo más grande que el individuo mismo, una especie de mística que fortalece el involucramiento a título personal.



Una innovación clave: institucionalizar la experiencia

Todo lo que ha logrado el Área de Salud de Coto Brus podría caer en desuso y hasta en el olvido si no trasciende al Área misma, abarcando al sistema nacional de salud. Prácticas exitosas, como el apoyo de asesores culturales que ya han sido formados en distintas temáticas, podrían perderse si no llegan a tomar parte del presupuesto regular de la CCSS. En ese sentido, un avance importante es el esfuerzo para la implementación del modelo de atención en salud a la población indígena e indígena altamente móvil a nivel nacional.

RECOMENDACIONES

Sistematizar la formación de los asesores culturales. El Área de Salud de Coto Brus y sus socios han capacitado a las y los asesores culturales en una variedad de temas sobre prevención y promoción de la salud. En la actualidad un grupo está tomando parte en un proyecto sobre etnoturismo y recibe capacitación en promoción e implementación de proyectos de desarrollo local, etnoturismo, emprendedurismo, conservación del medio ambiente e higiene personal. Otros esfuerzos han llevado a la capacitación en temas tales como la elaboración de tanques sépticos. Se estima necesario formalizar estas capacitaciones mediante un plan de formación permanente, que permita reforzar los conocimientos ya adquiridos e incorporar integrantes al grupo de asesores sin tener que invertir muchos recursos. Se sugiere ofrecer una alternativa de autoformación que tome en consideración los límites impuestos por el analfabetismo. Es también elemental considerar un aspecto cultural: la oralidad como forma de aprendizaje y de transmisión de la información de una generación a la otra. En ese sentido, se recomienda el desarrollo de materiales impresos basados en ilustraciones y complementados por grabaciones.

Más allá de la sistematización de las capacitaciones a estas personas asesoras, queda pendiente una discusión más amplia sobre las posibles maneras en que pueden llegar a formar parte del personal de la CCSS. En la medida de que esta es aún una experiencia en desarrollo, se recomienda estudiar la pertinencia de esa formalización de los servicios de las y los asesores culturales no sólo tomando en consideración cuestiones presupuestales sino otras, tales como: el análisis y discusión de distintos formatos de contratación; la posibilidad de que surjan intereses personales a partir de una oportunidad laboral que se abre sólo para algunas personas, que podría llevar al olvido o puesta en segundo plano de los intereses de la población indígena en general; la discusión de alternativas viables a la contratación, entre otras.

- Sistematizar la capacitación al personal. Según se deduce de las entrevistas realizadas, persiste un problema de permanencia de actitudes paternalistas entre los niveles medios y bajos de atención que refleja un estadio anterior en la relación con las poblaciones indígenas, una actitud multicultural –de respeto a la cultura– más que intercultural –de diálogo y convivencia. Esto sólo podrá erradicarse mediante una sistematización de la capacitación al personal. El proceso de capacitación se hace hoy en día de

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe



acuerdo a las necesidades que se van presentando, pero no existe un sistema establecido que permita incorporar los temas interculturales en los procesos de inducción y como parte de la formación en servicio. Se entiende que esta situación está relacionada principalmente con factores presupuestales y que podría mejorar de institucionalizarse la modalidad de atención en salud a la población indígena e indígena altamente móvil. Sin embargo, algunas acciones inmediatas son factibles y deben ser estudiadas. Por otro lado, este asunto se vincula con el de la rotación del personal. Aunque sea baja, lo lógico es que las personas eventualmente dejen sus funciones. Una adecuada inducción sobre salud intercultural y sobre las políticas del Área en ese sentido, así como un sistema de capacitación establecido, solventan ese problema.

- **Continuar con la formación de adolescentes promotores en derechos.** El Área de Salud trabajó de cerca con UNICEF para el empoderamiento de las y los adolescentes de Coto Brus, capacitándolos como promotores en derechos y fomentando su participación en los asuntos que les atañen. Los avances obtenidos en ese proceso son valiosos pero sólo serán un verdadero aporte para el trabajo intercultural en salud a favor de la niñez y adolescencia ngöbe, si se continúa y refuerza. Se recomienda estudiar maneras para hacerlo como, por ejemplo, vinculando las acciones iniciadas en ese marco con otras del Área.
- **Incluir la pertenencia étnica en los registros del Área e impulsar su inclusión en los registros de la CCSS.** Una importante carencia de los distintos registros de datos de la CCSS en general, y del Área de Salud de Coto Brus en particular, es la existencia de datos desagregados por pertenencia étnica. No contar con este tipo de datos va en contrasentido de las recomendaciones que el Comité sobre los Derechos del Niño⁹⁶ y el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial⁹⁷ han hecho al Estado costarricense.
- **Encontrar maneras de aplicar el conocimiento ancestral y las plantas medicinales para la prevención y tratamiento de enfermedades.** En el marco de este estudio no se supo de iniciativas que busquen alternativas en las plantas medicinales al jabón, la pasta de dientes y otros productos onerosos para la higiene personal. Aunque se espera hacer una huerta con plantas medicinales en el área aledaña a la nueva instalación para el EBAIS, que se construirá en La Casona, no se escuchó sobre posibilidades como esa ni sobre la eventualidad de establecer alguna relación con el MAG para esos fines. Tampoco se hizo evidente algún plan para clasificar las plantas medicinales tradicionales y utilizarlas como parte del sistema de salud local.

96 Comité sobre los Derechos del Niño, "Observaciones de los reportes presentados por los Estados Parte bajo el artículo 44 de la Convención. Observaciones finales a Costa Rica". CRC/C/CRI/CO/4... párrs. 18 y 19.

97 Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, "Observaciones finales, Costa Rica". CERD/C/CRI/CO/18, 17 de agosto de 2007, párrs. 8 y 13.



- 
- ***Dar seguimiento a y fortalecer las relaciones interinstitucionales, intersectoriales y binacionales para seguir mejorando las condiciones en el cordón fronterizo y de la población indígena altamente móvil.*** El trabajo realizado hasta la fecha en este sentido tiene sus fortalezas y sus debilidades. La relación con las autoridades de salud y migración en la frontera son buenas y han dado resultados inmediatos. Sin embargo, su sostenimiento en el mediano y largo plazos depende en alguna medida de que se formalicen a nivel nacional, trascendiendo a las autoridades locales. Para ello es necesario continuar con los esfuerzos binacionales que, aunque más complejos y lentos, tienen el potencial de deparar resultados más sólidos. En tanto se trata de un pueblo indígena cuyo territorio está dividido entre dos países, la sostenibilidad de cualquier iniciativa que favorezca su salud integral depende de los dos países involucrados.
 - ***Fortalecer la coordinación conjunta con el Ministerio de Salud y otras instancias en los temas de potabilización de aguas y alimentación.*** Las diversas iniciativas y proyectos que se han llevado adelante o se están ejecutando tanto en el campo del manejo de aguas como en el nutricional, deberían mostrar un mayor involucramiento del Área de Salud de la CCSS de Coto Brus con el Ministerio de Salud, y entre ambos y otras instancias y organismos pertinentes. Estos temas, elementales para la promoción de estilos de vida saludables, no aparecen siempre ligados a objetivos claros y compartidos. Su tratamiento se favorecería de propiciarse un enfoque integral, que potencie las buenas prácticas con la población indígena. La falta de este enfoque se evidencia, por ejemplo, en que el Área y el Ministerio tienen cada uno su propia iniciativa sobre potabilización de aguas.
 - ***Dar nuevo impulso y registrar los resultados de las iniciativas sobre control prenatal: bolsas semáforo y kit de parteras.*** Estas dos iniciativas fueron impulsadas en el marco del proyecto Finca sana. Son ideas innovadoras y prácticas, cuyo seguimiento podría traer beneficios en el mediano y largo plazos. Según se pudo deducir, no hay una propuesta para darles seguimiento; pareciera más bien que se ha dejado en las manos del personal del EBAIS. Esto resulta eficiente en el corto plazo, pero se podría ir debilitando a medida que rote el personal médico. Además, es necesario respaldar la utilidad de estas medidas con datos duros sobre los resultados sobre su uso y seguimiento.
 - ***Repensar el acercamiento a problemas complejos.*** Aunque se observó un claro interés por asociarse con instituciones y personas que pueden ayudar en el proceso de entender y pensar soluciones para problemas complejos, tales como el del embarazo adolescente expuesto en este estudio, se estima necesario invertir esfuerzos mejor dirigidos a la comprensión y posibles soluciones a estos problemas. Si, por ejemplo, se determina que detrás del tema del embarazo temprano están incidiendo aspectos económicos, sería pertinente coordinar acciones dirigidas a mejorar la situación educativa y posibilidades de autonomía económica de las mujeres jóvenes.



FUENTES DE INFORMACIÓN

Entrevistas

Personal del Área de salud de Coto Brus:

Pablo Ortiz, Director

William Sáenz, doctor del Área y del EBAIS temporal de Río Sereno

Xochilt Quirós, doctora del EBAIS de La Casona

Luis Montero, Jefe de Estadística

Marvin Calderón, Unidad Centinela

Lizeth Contreras Campos, Trabajadora Social

Marta Benavides Blanco, Enfermera

Zelmira Pérez, ATAP del EBAIS de La Casona.

Alexis Andrade, asesor cultural.

Funcionarias de otras instituciones y organismos:

Yessica Rivera Chacón, OIM. Fue la coordinadora del Proyecto Finca Sana en Coto Brus y Los Santos; actualmente es parte del equipo del Programa Conjunto para la Competitividad de la Región Brunca.

Maylin Barrantes, OPS.

Hazel Vargas, Directora Área Rectora de Coto Brus del Ministerio de Salud

Sara Montero, Encargada de Planificación Estratégica del Área Rectora de Coto Brus, Ministerio de Salud.

Emmanuel Gómez, facilitador del proyecto de participación intercultural de la niñez y la adolescencia, UNICEF.

Documentos y datos de registro

Calderón, Marvin, Unidad Centinela del Área de Salud de Coto Brus, "Canal endémico por EBAIS. Diarreas", información no publicada.

Carballo, Jorge, "Los grupos indígenas costarricenses", Proyecto GEIC, Universidad Nacional de Costa Rica, disponible a junio de 2011 en: <http://www.una.ac.cr/bibliotecologia/grupos_eticos/indigenas-cr.htm>





CCSS, "Modalidad de Atención Integral a las poblaciones indígenas e indígenas altamente móviles, a ser ejecutada en los establecimientos de salud de la CCSS". Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, San José, Costa Rica, 2011.

Centro de Estudios para el Desarrollo Rural (CDR), "Reporte sobre la situación actual de la oferta de servicios de atención integral para la población indígena en la primera infancia". UNICEF, San José, Costa Rica, febrero de 2010.

CEPAL/UNICEF, Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, No. 11. Santiago de Chile, noviembre de 2010.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)", E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

Comité sobre los Derechos del Niño, Observaciones finales: "Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Costa Rica", CRC/C/15/Add.266, 21 de setiembre de 2005.

----, "Observaciones de los reportes presentados por los Estados Parte bajo el artículo 44 de la Convención. Observaciones finales a Costa Rica". CRC/C/CRI/CO/4, 17 de junio de 2011. Traducción del PANI.

----, Observación General No. 11: "Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención", CRC/C/GC/11, 12 de febrero de 2009.

Diccionario Enciclopédico Dominicano de Medio Ambiente, "Agricultura de roza, tumba y quema". Disponible en: <<http://www.dominicanaonline.org/diccionariomedioambiente/es/definicionVer.asp?id=48>>, a agosto de 2011.

Foro Nacional de Salud Indígena, "Objetivo general". Disponible en: <<http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/foro/>>, a junio de 2011.

Guevara Berger, Marcos y Juan Carlos Vargas, "Perfil de los pueblos indígenas de Costa Rica. Informe final". RUTA/Banco Mundial, San José, Costa Rica, mayo del 2000.

INEC, "Población total proyectada por sexo, según provincia, cantón y distrito. 2000-2015", cuadro disponible a julio de 2011 en: "Población y demografía", <<http://www.inec.go.cr>>.

OMS, "La salud de los pueblos indígenas", Nota descriptiva No. 326, octubre de 2007.

----, "Preguntas más frecuentes", documento disponible a junio de 2011 en el sitio web de la OMS: <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>.

OPS/OMS, "Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas. Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud", Documento 24. Washington D.C., setiembre de 2002.

Ortiz, Pablo, "Atención a poblaciones vulnerables, Área de Salud de Coto Brus", presentación en Power Point, no publicada, s/f.



Rodríguez Oconitrillo, Javier, "Conversatorio binacional Costa Rica/Panamá sobre los derechos de las familias ngöbe en su movilidad a Costa Rica para la recolección de café. Informe final". Defensoría de los Habitantes de Costa Rica/Defensoría del Pueblo de Panamá/UNICEF, diciembre de 2008.

Valverde, José Manuel y Carolina Baltodano, "Informe de evaluación externa. Proyecto Comunicación y preparación para la pandemia en poblaciones migrantes". OIM, San José, Costa Rica, junio de 2010.

Zamora Ureña, Juan Carlos, "Estudio integrado de conocimientos y comportamientos en relación a la salud sexual, VIH/SIDA y otras ITS en la población Ngäbe-Buglé migrante. Informe final de consultoría". ADC, San José, Costa Rica, abril de 2011.

Publicaciones

Asociación Cultural Ngöbegue COECO Ceiba-Amigos de la Tierra, *Los ngöbes y el bosque*. Costa Rica, agosto de 2009.

Castañeda, Amílcar, *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas*. Salud indígena y derechos humanos. IIDH, San José, Costa Rica, 2006

de Vallescar Palanca, Diana, "Coordenadas de la interculturalidad", en: Diálogo Filosófico 51, Revista cuatrimestral de filosofía. Encuentro Ediciones, Madrid, España.

García González, Rossana, *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: generalidades*. CCSS/Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2004.

Ministerio de Salud, OPS y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Desarrollo y salud de los pueblos indígenas de Costa Rica*. San José, Costa Rica, 2003.

Nureña, César, "Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical", en: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 26, no. 4. OPS, 2009

Pernudi Chavarría, Vilma, Irma Sandoval Carvajal, Sofía Solano Acuña, *Incorporación de criterios interculturales en la atención materno-infantil de la población ngöbe-buglé en el Territorio Indígena de Coto Brus, Costa Rica*. UNA/CONARE/CCSS/UNICEF, Heredia, Costa Rica, 2007.

PNUD/UCR, *Atlas del desarrollo humano cantonal de Costa Rica*. PNUD, San José, Costa Rica, 2007.

Rivera, Yessica, "Finca Sana capacita en salud a cientos de indígenas Ngöbe-Buglé altamente móviles", en: OIM, Noticias de Finca Sana 4. OIM, San José, Costa Rica, julio-diciembre de 2009.

OIT, *Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica. Una guía sobre el convenio núm. 169 de la OIT*. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 2009.

OPS, "La salud de los pueblos indígenas de las América. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos". Ecuador, s/f.

Ortiz, Pablo, "Finca Sana termina su gestión con buenos resultados", en: OIM, Noticias de Finca Sana 4. OIM, San José, Costa Rica, julio-diciembre de 2009.

UNICEF, *Niñez y adolescencia indígena en Costa Rica: su derecho a la salud y a la educación*. UNICEF, San José, Costa Rica, noviembre de 2006.



ANEXOS

El derecho a la salud indígena: marco normativo internacional

El marco normativo internacional del derecho a la salud indígena, con énfasis en la niñez, la adolescencia y las mujeres, se basa en cinco instrumentos internacionales fundamentales. El cuadro que sigue recoge esos tratados y el articulado relativo a la salud:



Tratado	Art.	Texto
<p>Convención de los Derechos del Niño</p> <p>1989</p> <p>Ratificada por Costa Rica el 21 de agosto de 1990</p>	<p>24</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: <ol style="list-style-type: none"> a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.



<p>Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)</p> <p>1979</p> <p>Ratificada por Costa Rica el 4 de abril de 1986</p>	<p>12</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
<p>Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial</p> <p>1966</p> <p>Ratificada por Costa Rica el 16 de enero de 1967</p>	<p>5</p>	<p>En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:</p> <p>[...]</p> <p>iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.</p>
<p>Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas</p> <p>2007</p> <p>Costa Rica votó a favor de su adopción</p>	<p>24</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.



<p>Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes</p> <p>1989</p> <p>Ratificado por Costa Rica el 2 de abril de 1993</p>	<p>25</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. 4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.
--	-----------	---

El derecho a la salud es un derecho humano reconocido en numerosos instrumentos internacionales, tanto del Sistema Universal de protección de los derechos humanos como del Interamericano. Es uno de los derechos económicos, sociales y culturales reconocidos en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), y en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1999).

Según la define la OMS:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Esta es una cita sacada del Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946⁹⁸. También en esa ocasión se establece que la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano⁹⁹.

98 “Preguntas más frecuentes”, documento disponible a junio de 2011 en el sitio web de la OMS: <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>>.

99 Castañeda, Amílcar, Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos...





En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de las Naciones Unidas emitió su Observación General No. 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. En ella señala que este derecho no debe entenderse como “un derecho a estar sano”, pues va más allá, implicando una serie de libertades y derechos. Algunas de las libertades que se indican son “el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales”. Entre los derechos resalta “el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”¹⁰⁰.

La amplia interpretación que hace el Comité DESC del artículo 12 del PIDESC en esta Observación General incluye la especificidad de distintos grupos en condición de vulnerabilidad. En cuanto a los pueblos indígenas indica que:

*[T]ienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. [...] [E]n las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones*¹⁰¹.

Específica para el caso de la niñez y adolescencia indígena es la Observación General No. 11 del Comité sobre los Derechos del Niño¹⁰², *Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención*¹⁰³. Fue redactada en atención a las dificultades para garantizar los derechos de este grupo humano especialmente afectado por condiciones de vulnerabilidad, pues “[e]n contra de lo dispuesto en el artículo 2 de la Convención [de los Derechos del Niño], los niños indígenas continúan siendo objeto de graves discriminaciones en una serie de ámbitos, en particular su acceso a la atención de salud y a la educación”¹⁰⁴.

100 Comité DESC, Observación General No. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 3.

101 *Ibidem*, párr. 27.

102 Órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño por sus Estados parte.

103 Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General No. 11: “Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención”, CRC/C/GC/11, 12 de febrero de 2009.

104 *Ibidem*, párr. 5.

En 2005 y en el 2011, el Comité sobre los Derechos del Niño hizo una serie de recomendaciones al Estado de Costa Rica¹⁰⁵. En las primeras sugiere “que se preste una atención particular a los niños pertenecientes a grupos vulnerables, es decir los pueblos indígenas, los migrantes y los que viven en zonas rurales, y que se asignen recursos para la financiación de los programas destinados a aliviar su situación desfavorecida”¹⁰⁶. Entre otras recomendaciones, hace las que siguen:

- que se mejore el registro de datos sobre cuestiones relacionadas con los niños, niñas y adolescentes de grupos en condición de vulnerabilidad¹⁰⁷;
- que continúe impartiendo y amplíe los programas de formación sobre la Convención de los Derechos del Niño a todo el personal que trabaja con niñez y adolescencia, entre otros, a los y las profesionales en salud¹⁰⁸;
- que continúe prestando la debida atención a las necesidades de los pueblos indígenas, mediante la adopción de medidas adecuadas para hacer frente a la elevada tasa de mortalidad infantil entre las comunidades indígenas, y a que aumente de forma sustancial su nivel de educación y su nivel de vida¹⁰⁹;
- que siga adoptando todas las medidas apropiadas para garantizar el acceso de niñas, niños y adolescentes a una atención *básica de la salud a nivel nacional, y que dé prioridad a las regiones y comunidades con menor índice de cobertura*¹¹⁰;
- que se forme adecuadamente al personal titulado y administrativo a fin de mejorar su interacción con las madres adolescentes¹¹¹;
- que facilite información pertinente a las y los niños indígenas y sus comunidades sobre, entre otras cosas, procedimientos de inscripción de nacimientos en el registro, salud reproductiva, VIH/SIDA, abuso y desatención de menores, trabajo infantil y explotación sexual de menores, a fin de que conozcan sus derechos.

105 Comité sobre los Derechos del Niño, Observaciones finales: “Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Costa Rica”, CRC/C/15/Add.266...

106 *Ibidem*, párr. 13.

107 *Ibidem*, párr. 15.

108 *Ibidem*, párr. 17.

109 *Ibidem*, párr. 19.

110 *Ibidem*, párr. 42.

111 *Ibidem*, párr. 44





En sus recomendaciones de 2011, el Comité expresa su preocupación porque “los sistemas locales de protección integral de los niños son ya sea inexistentes, o no funcionan de manera eficaz y que, como resultado, los programas de protección de los derechos del niño [...] no llegan a las comunidades con mayor vulnerabilidad”¹¹². Por otro lado, encuentra positiva la adopción de la Política Nacional de la Niñez y la Adolescencia (2009-2021), indicando que debe incluirse un plan nacional de acción para los niños y niñas que pertenecen a minorías, entre ellos los indígenas y migrantes¹¹³.

En cuanto a la asignación de presupuesto, el Comité insta al Estado a aumentar la inversión social para la promoción y protección de los derechos de la niñez, “garantizando la expansión y la distribución equitativa de las regiones desfavorecidas y los grupos y haciéndole frente a las cuestiones de diferencias de género y étnicas”, así como definir “partidas presupuestarias estratégicas para las situaciones que puedan requerir medidas sociales afirmativas, como el registro de nacimientos, especialmente en lo que respecta a los niños indígenas e inmigrantes¹¹⁴. También subraya el tema de la discriminación, manifestando su preocupación “por las continuas actitudes discriminatorias y prejuicios contra los niños indígenas”, así como por las limitaciones en el acceso a servicios de salud.

En ese sentido, recomienda:

- a)** Redoblar sus esfuerzos para eliminar la discriminación y prejuicios sociales contra los indígenas, los afro-descendientes, los niños inmigrantes y niños con discapacidad a través de medidas legislativas, programas de sensibilización, los medios de comunicación y el sistema educativo, así como la capacitación en servicio para los funcionarios públicos;
- b)** Adoptar un plan de acción integral para los niños indígenas, incluidos programas específicos e inversiones en servicios e infraestructura en los territorios indígenas y áreas rurales y urbanas desfavorecidas con el fin de mejorar la situación socio-económica de los niños indígenas y otras minorías [...]; y
- c)** Informar a los niños que se ven afectados por la discriminación y prejuicios sociales sobre sus derechos *bajo la Convención*¹¹⁵.

[...]

- a)** Revis[ar el] sistema centralizado de atención de la salud y garantizar el acceso asequible a servicios básicos de salud para todos los niños, en particular los niños indígenas y migrantes, incluidos aquellos sin documentos de identidad personal, dando

112 Comité sobre los Derechos del Niño, “Observaciones de los reportes presentados por los Estados Parte bajo el artículo 44 de la Convención. Observaciones finales a Costa Rica”. CRC/C/CRI/CO/4... párr. 12.

113 *Ibidem*, párr. 14.

114 *Ibidem*, párr. 17.

115 *Ibidem*, párr. 30.



prioridad a las regiones y las comunidades con menor cobertura, con el fin de corregir las agudas desigualdades existentes;

[...]

c) Armonizar la metodología para el cálculo de la tasa de mortalidad infantil de acuerdo con las normas internacionales¹¹⁶.

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO AL ESTADO DE COSTA RICA 2011.

El informe del Comité de los Derechos del Niño al Estado de Costa Rica del 2011 presenta 24 preocupaciones específicas que hacen referencia a los pueblos indígenas, particularmente sobre la niñez y adolescencia indígena.

Hay una llamada de atención explícita en las áreas de la salud y la educación, teniendo en cuenta que más allá de las propuestas que el Estado ha presentado, los indicadores no muestran ningún cambio. Tenemos una mortalidad infantil que duplica o triplica la media nacional, dependiendo de la zona que analicemos; o tenemos porcentajes de pobreza que abarcan entre el 85% y 95% de los habitantes indígenas del país.

Señala el informe que cuando analizamos el interés superior del niño no se puede perder de vista el contexto y las tradiciones en las que vive ese niño o esa niña, las cuales distintas a las de otros niños y niñas del valle central o la capital.

Por otro lado, se establece la necesidad de desarrollar campañas de sensibilización y educación sobre los temas indígenas en el país. Se hace un llamado especial para que se incluya dentro de la política de niñez y adolescencia “un plan de acción nacional para los niños pertenecientes a las minorías como los niños indígenas, los afrodescendientes y los migrantes y garanticen su participación en la elaboración de dicho plan”.

En este sentido, es necesario empezar a trabajar acciones afirmativas para lograr esa visibilización de las mujeres, niños, niñas y familias dentro y fuera de sus espacios territoriales. Por ello, es fundamental la llamada de atención sobre los registros de nacimiento para garantizar que todos los niños y niñas indígenas, incluidas las poblaciones Ngöbe, tengan acceso a una inscripción y a un registro que les garantice los derechos plenos como cualquier persona que nace en Costa Rica.

El Comité recomienda redoblar esfuerzos para garantizar que las condiciones y la calidad de vida de los pueblos indígenas mejoren, lo cual incluye la cultura ngöbe y buglé en su movilidad de Panamá hacia Costa Rica.

116 Ibídem, punto 58





Adicionalmente se hace una llamada de atención a los habitantes en general, abogando por un cambio de actitud de los medios de comunicación para informar adecuadamente a la comunidad nacional temas relacionados con pueblos indígenas en el país.

Asimismo el Comité recuerda al Estado la necesidad de disponer de asistencia letrada o legal, en su propio idioma, de parte de los niños o niñas que estén en situaciones en conflicto con la ley.

Finalmente en el tema educativo llama la atención para ésta sea de calidad y contextualizada, incluyendo la posibilidad de que los centros educativos puedan ser móviles. Se insta al sistema educativo costarricense a tomar medidas especiales y a valorar todas las alternativas para garantizar una educación de calidad, aún cuando no pueda dotar de la infraestructura educativa elemental.

Igualmente los no indígenas deben recibir el legado de saberes ancestrales de los pueblos indígenas. En el tema de educación se señala la necesidad de que se disponga en idioma indígena libros de texto y materiales educativos adaptados a las necesidades de los niños y niñas. Todo ello haciendo alusión a “planes de estudio”, lo cual implica promover reformas a nivel de Consejo Superior de Educación, para que los planes educativos indígenas puedan ser incluidos como tal y no solo como programas temporales.

Sobre el registro de nacimiento indica que, si bien reconoce los esfuerzos del Estado en ese sentido,

[T]oma nota con preocupación de que los niños indígenas e hijos de los trabajadores temporales procedentes de Nicaragua y del grupo de indígenas Ngöbe-Buglé de Panamá, no son registrados en algunos casos, especialmente cuando nacen en las fincas o plantaciones, o cuando sus padres no son conscientes de la necesidad de registrarse para la obtención de personal de los documentos.

36. El Comité recomienda al Estado Parte que intensifique sus esfuerzos para garantizar que todos los niños indígenas y migrantes sean registrados al nacer y provistos de los documentos personales que les permitan acceder a los servicios sociales, al asegurar que las indígenas embarazadas, así como las mujeres migrantes, incluyendo a aquellas que son indocumentadas o en situación irregular, tienen un acceso adecuado a los hospitales y centros de salud, y educando a los padres sobre la necesidad de inscribir a sus hijos. El Comité también recomienda que el Estado Parte concierte acuerdos bilaterales con los Estados vecinos, con el fin de conceder la doble nacionalidad a los niños migrantes¹¹⁷.

Finalmente, en el marco del Sistema Interamericano deben también tomarse en cuenta la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), en especial su art. 11, *Derecho a la preservación de la salud y al bienestar*; la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), particularmente sus arts. 4 y 5, *Derecho a la vida y Derecho a la integridad personal*, y la Resolución V de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

117 Ibídem, puntos 35-6.

Salud de los pueblos indígenas, de 1993¹¹⁸. En ella se establecen los siguientes principios para el trabajo con comunidades indígenas: 1. abordaje integral de la salud; 2. autodeterminación de los pueblos; 3. participación sistemática; 4. respeto y revitalización de las culturas indígenas, y 5. reciprocidad en las relaciones. Así mismo, da directrices para que los Estados impulsen modelos de salud alternativos para los pueblos indígenas, con su plena participación.

Población indígena y derecho a la salud en el ámbito interno

En el ámbito nacional es relevante el Código de la Niñez y Adolescencia (1998), que estipula lo relativo al derecho a la salud en sus artículos 41 a 55. Aunque no hace consideraciones especiales sobre la niñez y adolescencia indígena, en su artículo 41, Derecho a la atención médica, señala:

Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.

En Costa Rica no existe una normativa específica sobre la salud de los pueblos indígenas. Una referencia a ella se encuentra en la ley de creación de la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas (CONAI) de 1973, que entre sus objetivos incluye “establecer centros de salud con personal bien adiestrado procurando capacitar elementos de las diferentes zonas habitadas por los indígenas”¹¹⁹.

En consideración del escaso reconocimiento de la especificidad indígena el Ministerio de Salud estableció en el año 2003 la Política Nacional de Salud Indígena para garantizar el “acceso a la población indígena e indígena migrante a una atención en salud con criterios de calidad que respondan a las particularidades económicas, geográficas, sociales y culturales”¹²⁰. Previamente, en 2002, el Ministerio constituyó como ente rector al Equipo Técnico Asesor en Salud de los Pueblos Indígenas (ETASPI). Una de las acciones de seguimiento a esta política fue el Primer Foro Nacional de Salud Indígena, espacio dirigido a propiciar un intercambio interdisciplinario “de reflexión y proposición sobre los diversos aspectos que inciden en la situación de la salud de los pueblos indígenas de Costa Rica y su concreción en la Política Nacional de Salud Indígena”¹²¹. El Foro evidenció los principales problemas

118 Redactada en el marco de la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, llevada a cabo en Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993. Aprobada en la cuarta sesión plenaria, XXXVII Reunión Consejo Directivo OPS/OMS, celebrada el 28 de septiembre de 1993. Documento disponible a junio de 2011 en: <<http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/indig-Resol-V.htm>>.

119 Ley No. 5251 del 9 de julio de 1973, artículo 4, inciso j. Texto citado en Castañeda, Amílcar, Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos... pág. 86.

120 Citado en: UNICEF, *Niñez y adolescencia indígena en Costa Rica: su derecho a la salud y a la educación...* pág. 44.

121 Foro Nacional de Salud Indígena, Objetivo general. Disponible en: <<http://www.ministeriodesalud>>.



y necesidades de los pueblos indígenas, dando lugar a la formulación y validación de lineamientos y estrategias para dirigir a los actores sociales en la organización y gestión de planes, programas, proyectos y acciones específicas tendientes a mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas costarricenses. Fue organizado por el Ministerio de Salud, la CCSS, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Ministerio de Planificación y Política Económica, el Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, y la OPS/OMS, con la colaboración de la Agencia de Cooperación Española, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), UNICEF, OIT e instituciones del Consejo Social de Gobierno¹²².

En abril de 2006 el Ejecutivo emitió el primer instrumento específico sobre la materia, el Decreto No. 33121-S, que crea el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASPI), órgano asesor y de consulta (con participación indígena) del Ministerio de Salud para el seguimiento de la Política Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas¹²³. Sin embargo, aunque el CONASPI y la Política han sido avalados por el gobierno actual, no hay presupuesto ni interés político para su implementación. Evidentemente, el fortalecimiento del CONASPI es fundamental para lograr el desarrollo de un modelo de atención específico para las poblaciones indígenas. Hasta el día de hoy no se ha desarrollado de manera concreta ni existen instancias que tengan una verdadera rectoría y articulen los diferentes esfuerzos que se llevan adelante¹²⁴.



go.cr/ops/foro/>, a junio de 2011.

- 122 La información sobre el Foro ha sido tomado de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/foro/>, disponible a junio de 2011.
- 123 Castañeda, Amílcar, *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos...* pág. 87.
- 124 Centro de Estudios para el Desarrollo Rural (CDR), "Reporte sobre la situación actual de la oferta de servicios de atención integral para la población indígena en la primera infancia"... págs. 19-20.

Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe



CCSS: INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN INDÍGENA

“La salud de la población indígena e indígenas altamente móviles es un tema de Salud Pública, ya que las enfermedades y condiciones de vida les afectan, al igual que al resto de la población y por tanto, como institución prestadora de servicios de salud, es responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, cumplir con los principios filosóficos de la seguridad social costarricense, considerando los elementos del enfoque biopsicosocial de la salud, asumiendo como enfoques transversales los derechos humanos, género e interculturalidad”¹²⁵.

Recientemente, el documento *Modalidad de Atención Integral a las poblaciones indígenas e indígenas altamente móviles, a ser ejecutada en los establecimientos de salud de la CCSS* fue presentado a la institución. En él se exponen las características que debería tener un modelo dirigido a atender la salud de las poblaciones indígenas a nivel nacional, configurado a partir de la experiencia de Coto Brus. En ese sentido, construye sobre las lecciones aprendidas y las buenas prácticas desarrolladas por el Área en dos décadas de aprender haciendo, y representa el inicio de un proceso de institucionalización de estos usos.

Según se indica en el documento, su objetivo general es:

Crear una modalidad de atención integral en salud para pueblos indígenas e indígenas altamente móviles, por medio del análisis de situación de salud de los pueblos indígenas, la participación de las áreas de salud y concertación de la problemática desde el enfoque de prestadores de servicios, que permita el acceso a servicios de salud efectivos, oportunos, de calidad con criterios de interculturalidad y amparados en lineamientos político-legales dictados a nivel internacional y nacional, en los establecimientos de Salud que brindan atención con poblaciones indígenas e indígenas altamente móviles¹²⁶.

La implementación de esta modalidad parte de la existencia tres componentes para la atención de las poblaciones indígenas, establecidas y móviles: el enfoque biopsicosocial, la atención integral y una estrategia de atención primaria en salud. Además, en estos tres componentes deben estar presentes los diferentes niveles de atención a la salud: promoción, prevención, diagnóstico temprano, limitación de la enfermedad y rehabilitación. Así mismo, las estrategias y acciones que se desarrollen en este marco deben contemplar los niveles individual, familiar y comunal, vigilar la integralidad de la atención y acatar el marco legal establecido para estas poblaciones.

125 CCSS, “Modalidad de Atención Integral a las poblaciones indígenas e indígenas altamente móviles, a ser ejecutada en los establecimientos de salud de la CCSS”. Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, San José, Costa Rica, 2011, págs. 10-11.

126 *Ibíd.*, pág. 14.





En cuanto al enfoque biopsicosocial, los lineamientos institucionales a considerar en los establecimientos de salud que atienden a estas poblaciones incluyen aspectos interculturales y del idioma, la accesibilidad de los servicios en salud, el fenómeno de la migración y el ambiente. La atención integral abarca los temas del recurso humano, la capacitación, los insumos, la infraestructura y el transporte. La estrategia de atención primaria en salud comprende la promoción en salud y prevención de la enfermedad, la incorporación a las labores propias de las áreas de salud de asesores culturales, líderes comunales y parteras, el conocimiento y utilización de medicina alternativa, y la práctica de la coordinación intersectorial.





MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



Publicado por
©Fondo de las Naciones Unidas para
la Infancia, UNICEF
San José, Costa Rica
Tel: (506) 22 96 20 34
Fax: (506) 22 96 20 65
Email: sanjose@unicef.org
www.unicef.org/costarica.

