



ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

No.7 -2024

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el viernes 9 de agosto, en el Mini Auditorio de la Escuela de Salud Pública, con el objetivo de recibir el informe oral correspondiente a la defensa pública de:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO	Promedio
Bach. María Daniela Cerdas Rojas	B61802	2021	9.72
Bach. Paula Dinarte Cordero	B32301	2021	9.64
Bach. Steve Alejandro Fallas Sánchez	B59193	2021	9.67
Bach. Ana Victoria López Calderón	B74239	2021	9.78
Bach. Karla Andrea López Ramírez	B74286	2021	9.64

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, desde la modalidad Seminario de Graduación, para optar al grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**.

El Tribunal Examinador está integrado por:

Máster Gabriela Murillo Sancho	Presidenta
M.Sc Jorge Vargas Carmiol	Profesor Invitado
Licda. Karol Rojas Araya	Directora T.F.G.
Dr. Noé Ramírez Elizondo	Integrante del Comité Asesor
Dr. Johnnie Chi Chein Deng Tong	Integrante del Comité Asesor



ARTICULO I

La persona que preside anuncia el motivo del acto académico, el nombre de las personas sustentantes, la modalidad del TFG y el título del trabajo, que en este caso corresponde a: **“Diseño de una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus”**.

ARTICULO II

La persona que preside el acto informa que los expedientes de las personas sustentantes contienen todos los documentos de rigor respecto al cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos.

Por lo tanto, concede el uso de la palabra para la exposición oral de los aspectos fundamentales de su trabajo final de graduación, para lo cual tienen un máximo de 45 minutos.

ARTICULO III

Terminada la disertación, la persona que preside el acto coordinará el uso de la palabra con las personas integrantes del Tribunal Examinador, para la realización de preguntas y de comentarios.

Una vez concluida esta etapa, el Tribunal se retira para proceder a la deliberación.

ARTICULO IV

De acuerdo con el Artículo 26 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (✓) NO APROBADO ()

CON DISTINCIÓN SI (✓) NO ()

CON MENCIÓN DE HONOR SI (✓) NO ()



Observaciones en caso de ser necesario:

El Tribunal realiza las siguientes recomendaciones:

Atender ajustes expresados en la Defensa: estrategia, conclusiones, recomendaciones.

Una vez concluida la deliberación, el Tribunal integra a la persona sustentante.

ARTICULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador les comunica a las personas sustentantes el resultado de la deliberación (véase lo resuelto en el artículo IV).

Por lo tanto, se les **declara acreedores al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.**

Para finalizar el proceso formal respecto al TFG, se recomienda dar lectura a los requisitos que debe incluirse o acompañar la versión final del TFG, que están dispuestos en el Reglamento respectivo. Además, se informa que tiene 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión final y que, de acuerdo con el artículo 27 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, debe incorporar las recomendaciones del Tribunal que resulten pertinentes, lo cual debe ser verificado por la persona directora del comité asesor.



Finalmente, se les informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, del que habrá convocatoria en forma oportuna, momento en el que se les entregará el diploma.

A las horas y minutos, se levanta la sesión.

Nombre:

Máster Gabriela Murillo Sancho

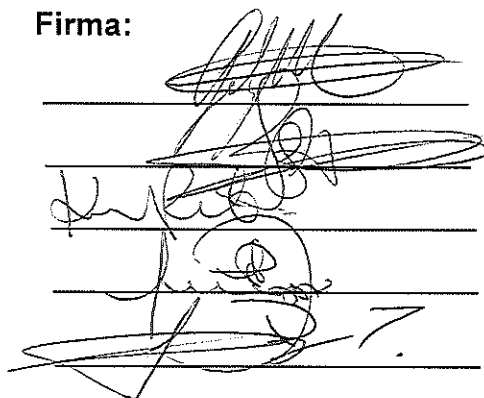
M.Sc Jorge Vargas Carmiol

Licda. Karol Rojas Araya

Dr. Noé Ramírez Elizondo

Dr. Johnnie Chi Chien Deng Tong

Firma:



Sustentante:

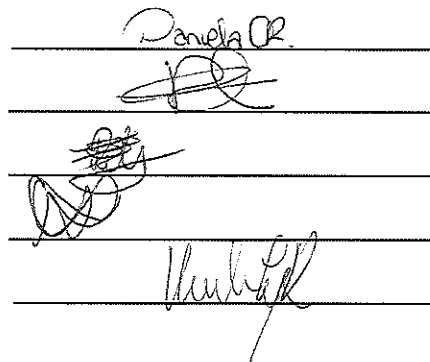
Bach. María Daniela Cerdas Rojas

Bach. Paula Dinarte Cordero

Bach. Steve Fallas Sánchez

Bach. Ana Victoria López Calderón

Bach. Karla Andrea López Ramírez



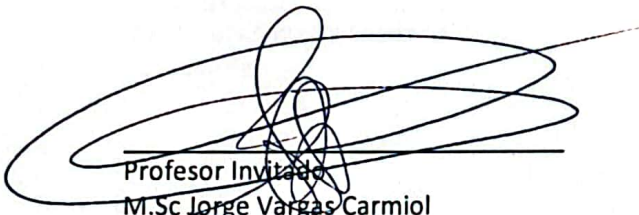
c Oficina de Registro
Expediente
Postulante

SELLO

Este trabajo final de graduación en modalidad Seminario de Graduación fue aceptado por el tribunal examinador de la Escuela de Salud Pública, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Costa Rica, cómo requisito parcial para optar por el grado de licenciatura.



Presidenta del Tribunal Examinador
Máster Gabriela Murillo Sancho



Profesor Invitado
M.Sc Jorge Vargas Carmiol



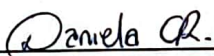
Directora de la Tesis de Graduación
Licda. Karol Rojas Araya



Lector de la Tesis de Graduación
Dr. Johnnie Chi Chein Deng Tong



Lector de la Tesis de Graduación
Dr. Noé Ramírez Elizondo



Bach. María Daniela Cerdas Rojas
Estudiante



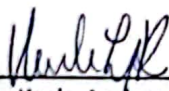
Bach. Paula Dinarte Cordero
Estudiante



Bach. Steve Alejandro Fallas Sánchez
Estudiante



Bach. Ana Victoria López Calderón
Estudiante



Bach. Karla Andrea López Ramírez
Estudiante

Agradecimiento

En primer lugar, expresamos nuestra profunda gratitud a nuestras familias, parejas y amigos por todo el apoyo brindado, que fue fundamental para culminar este proceso. Agradecemos también al comité asesor por su guía y compromiso, así como al personal del servicio materno-infantil del Hospital de San Vito Juana Pirola, y del EBAIS La Casona por su disposición para formar parte de esta investigación.

También nuestro agradecimiento se extiende a la población Ngäbe-Buglé, especialmente a Maribel y Édgar, por su hospitalidad y disposición, lo cual fue crucial para la recopilación de datos trascendentales. Su cosmovisión y comprensión de las dinámicas en el uso de los servicios fueron elementos clave para la construcción de la estrategia.

Finalmente, agradecemos la memoria del Dr. Jorge Granados, por su apertura a recibirnos en el hospital y de manera especial a la Organización Hands for Health por toda la cooperación brindada, con un reconocimiento particular a la memoria del Dr. Pablo Ortiz Roses, cuyo trabajo y conocimiento hicieron posible este aporte en el ámbito de la salud indígena gracias a su trayectoria personal y profesional.

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Salud Pública

Licenciatura en Promoción de la Salud

Trabajo Final de Graduación Modalidad Seminario

Diseño de una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus del 2022 al 2024.

Comité asesor

Directora: Lic. Karol Rojas Araya

Primer lector: Dr. Johnnie Chi Chein Deng Tong

Segundo lector: Ph. D. Noé Ramírez Elizondo

Sustentantes

María Daniela Cerdas Rojas B61802

Paula Dinarte Cordero B32301

Steve Alejandro Fallas Sánchez B59193

Ana Victoria López Calderón B74239

Karla Andrea López Ramírez B74286

2022 - 2024

Tabla de contenidos

I. Título	8
II. Introducción	8
III. Antecedentes	10
A. Antecedentes internacionales	10
B. Antecedentes regionales	13
C. Antecedentes nacionales	15
IV. Contextualización	18
A. Coto Brus	18
B. Población Ngäbe-Buglé	18
C. Dinámica de movilidad de la población Ngäbe-Buglé	19
D. Mandatos	19
E. Descripción de la institución	24
F. Caracterización servicios de salud San Vito de Coto Brus	25
G. Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto	27
1. Origen del Modelo de Atención Calificada	27
2. Parámetros para la construcción del Modelo de Atención Calificada desde la institución	28
V. Planteamiento del problema, justificación y objetivos	30
A. Planteamiento y definición del problema	30
B. Justificación	33
C. Objetivo general	35
D. Objetivos específicos	35
VI. Marco Conceptual	35
VII. Valores éticos y sociales del estudio	41
A. Plan de garantía ética	42
1. Acompañamiento de asesora	43
2. Ajustes del consentimiento informado	43
3. Procesos de consulta al pueblo indígena Ngäbe-Buglé	44
4. Devolución de resultados y estrategia	44
a. Validación de la estrategia	44
5. Uso de la información	45
VIII. Metodología	45
A. Diseño metodológico	45
1. Modalidad del Trabajo Final de Graduación	46
B. Descripción de los sujetos participantes del estudio	51
1. Sujetos participantes en el primer nivel de atención	51
2. Sujetos participantes en el segundo nivel de atención	51

3. Usuarías Ngäbe-Buglé del primer y segundo nivel de atención	51
C. Criterios de inclusión y exclusión de los sujetos del estudio	52
1. Inclusión	52
2. Exclusión	52
D. Tiempo	52
E. Delimitación territorial de la investigación	53
F. Criterios para la selección de personas participantes	53
G. Cuadros de categorización apriorística	55
H. Técnicas e instrumentos	64
1. Revisión documental	64
2. Entrevistas	64
3. Observación	65
I. Plan de recolección, procesamiento y análisis de información	65
1. Fase logística	65
a. Proceso de inscripción de la investigación	66
b. Gestión trabajo de campo San Vito de Coto Brus	67
2. Fase de recolección	68
a. Funcionarias/os de atención directa y administrativos del primer y segundo nivel de atención	68
b. Usuarías Ngäbe-Buglé	69
3. Fase de procesamiento y análisis de la información	70
a. Tabulación de la información de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital San Vito	70
b. Tabulación de la información de las usuarias del EBAIS La Casona, el Hospital San Vito y de la comunidad	71
4. Fase de elaboración de la estrategia	72
a. Metodología Marco Lógico	72
J. Plan de trabajo	74
K. Presupuesto	75
L. Alcances y limitaciones	76
IX. Objetivo 1: Factores facilitadores, barreras de acceso y calidad de la atención desde la percepción de las y los funcionarios	76
A. Perfil de los y las funcionarias del EBAIS La Casona	77
B. Perfil de los y las funcionarias del Hospital de San Vito	77
C. Proceso de atención	77
1. Primer Nivel de Atención EBAIS Territorio Indígena Coto Brus	77
2. Segundo Nivel de Atención Hospital de San Vito	79
D. Barreras y factores facilitadores	80
1. Barreras EBAIS La Casona	80
a. Socialización de información del Modelo de Atención Calificada	80
b. Acceso	81
c. Funcionamiento interno	82

2. Factores facilitadores EBAIS La Casona	84
a. Infraestructura	84
b. Recurso humano	85
i. Iniciativa de las y los funcionarios	85
ii. Modificaciones para brindar instrucciones de medicamentos	87
iii. Elementos culturales durante la atención	88
iv. Promoción de educación reproductiva	88
v. ATAP pilares para el primer nivel de atención	89
3. Barreras del Hospital de San Vito	89
a. Socialización de información del Modelo de Atención Calificada	89
b. Idiomática	91
c. Comunicación	93
d. Acceso	94
e. De trato	95
f. Institucional	96
g. Formación	97
h. Funcionamiento interno	99
i. Recursos	100
i. Humano	100
ii. Material	102
4. Factores facilitadores	103
a. Apoyo del nivel central	103
b. Recurso humano	104
c. Cultural	105
d. Institucional	110
e. Socialización del Modelo de Atención Calificada	115
f. Cooperación interinstitucional	117
5. Barreras EBAIS La Casona y Hospital de San Vito	118
a. Socialización de información del Modelo de Atención Calificada	118
b. Cultural	118
c. Acceso	124
i. Económica	124
ii. Geográfica	125
d. De trato	127
6. Facilitadores EBAIS La Casona y Hospital de San Vito	128
a. Recurso humano	128
i. Iniciativa del funcionario	128
b. Institucional	128
X. Objetivo 2: Factores facilitadores, barreras de acceso y calidad de la atención desde la percepción de las usuarias	130
A. Accesibilidad del Servicio	132

1. Barreras	132
2. Factores Facilitadores	133
B. Aceptabilidad del Servicio	134
1. Barreras	134
2. Facilitador	136
C. Contacto con el servicio	138
1. Barrera	139
2. Facilitador	140
XI. Objetivo 3: Estrategia	141
XII. Recomendaciones	142
XIII. Conclusiones	144
XIV. Lista referencias	145
XII. Anexos	167
A. Anexo 1. Mapa de la distribución de grupos indígenas en Costa Rica	167
B. Anexo 2. Modelo de Tanahashi	167
C. Anexo 3. Guía de entrevista a funcionarias/os de atención directa (A), personal administrativo (B1), personal de seguridad (B2) jefaturas (C) y asesores culturales (D)	168
Guía de entrevista dirigida a las jefaturas (C)	177
Guía de entrevista dirigida a asesoras culturales (D)	180
D. Anexo 4. Guía de entrevista dirigida a mujeres usuarias de los servicios (E)	182
E. Anexo 5. Carta de aprobación Mecanismo General de Consulta Indígena	185
F. Anexo 6. Consentimiento informado dirigido a funcionarios/as	186
G. Anexo 7. Consentimiento informado dirigido a usuarias	189
H. Anexo. 8 Consentimiento Informado Traducido a Ngäbere	192

Lista de Acrónimos

ACNUR	Agencia de Naciones Unidas para Refugiados
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ATAP	Asistente Técnico en Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEC	Comité Ético Científico
CEN-CINAI	Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral
CENDEISS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CIDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CONIS	Consejo Nacional de Investigación en Salud
DGME	Dirección General de Migración y Extranjería
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
GAM	Gran Área Metropolitana
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDS	Índice de Desarrollo Social
ICAA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
ICAFE	Instituto del Café de Costa Rica
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INS	Instituto Nacional de Seguros
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MTSS	Ministerio de Trabajo
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REMES	Registros Médicos y Estadísticas en Salud
RIPSS	Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud
TFG	Trabajo Final de Graduación
TSE	Tribunal Supremo de Elecciones
UCR	Universidad de Costa Rica
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

I. Título

Diseño de una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona¹ y el Hospital de San Vito de Coto Brus², del 2022 al 2024.

II. Introducción

Los servicios de salud de la Región de las Américas, poseen características heterogéneas al encontrarse inmersos en contextos pluriétnicos debido a la presencia de poblaciones indígenas (Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2009). Esto desencadena la necesidad de reforzar de manera continua la atención, el acceso y la calidad sanitaria, ya que contribuye a los avances que se han hecho en materia de salud pública hasta la actualidad.

En el caso específico del Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus al ser centros de salud localizados en una zona con pueblo indígena, afrontaron el reto de adaptar su prestación de servicios con la intención de brindar respuestas efectivas a las necesidades y los diferentes factores sociales y culturales que derivan de las actitudes y prácticas relacionadas con la salud de la población Ngäbe-Buglé, lo que evidenció la importancia de establecer iniciativas que respalden “el respeto de los derechos, la dignidad, la autonomía y el bienestar de todos los pueblos indígenas y sus comunidades” (Organización Internacional para las Migraciones, [OIM], 2020, p. 2).

Por su parte, el segundo nivel de atención se ha caracterizado por avanzar en acciones afirmativas para la implementación del *Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto y Posparto, el cual se encuentra centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)*, en adelante *Modelo de Atención Calificada*, que constituye un replanteamiento del modelo de prestación de la atención obstétrica calificada, basado en la evidencia científica y en los estándares nacionales e internacionales; al destacar el protagonismo de las mujeres y su proceso reproductivo, en todas sus dimensiones, desde los enfoques de género y derechos humanos e interculturalidad con intervenciones necesarias para una atención sin riesgo (CCSS, 2017).

¹ El EBAIS Territorio Indígena Coto Brus se denomina en el presente documento como EBAIS La Casona.

² Al mencionar el Hospital de San Vito de Coto Brus, se hace referencia al Hospital San Vito “Juana Pirola”.

En este marco, se ha avanzado desde el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito en el desarrollo de experiencias innovadoras y buenas prácticas, las cuales a lo largo de varios años han estado centradas en el reconocimiento del derecho a la salud del pueblo indígena, establecida en Costa Rica y aquella que presenta una dinámica de movilidad transfronteriza con Panamá.

Lo anterior ha conllevado a desarrollar acciones para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud dirigidos a esta población, que ha hecho necesario el entendimiento de los aspectos culturales que permitan relacionarse con el pueblo indígena y de este modo construir vínculos de confianza para lograr resultados sostenidos en el tiempo.

Entre estas acciones, la adaptación de espacios físicos de los servicios de maternidad con pertinencia cultural, y el reconocimiento de prácticas que deben ser respetadas por los funcionarios, tales como la priorización en la atención por parte del personal femenino en consultas de salud sexual, reproductiva y durante el parto.

Además, la incorporación de Asesoras Culturales al servicio de maternidad surge como una respuesta inicial a la barrera idiomática que ha sido identificada como la principal dificultad que ha conllevado a una implementación parcial de algunas de las metas centrales del Modelo de Atención Calificada de la CCSS, el cual reconoce el concepto de Maternidades Seguras y sin riesgos que incorpora una visión de intercambio horizontal en términos de equidad en salud. Se trata de un proceso dinámico de relación y aprendizaje entre personas, grupos, prácticas y conocimientos, que busca el desarrollo de nuevos espacios de intercambio y de generación de cultura al interior de las maternidades (CCSS, 2017).

A pesar de los múltiples esfuerzos, el personal de salud y cuerpo directivo del hospital ha reconocido la persistencia de dificultades al momento de la atención de las mujeres indígenas Ngäbe-Buglé, a lo cual se suman “barreras culturales y de género que a menudo subsisten en la manera en que se ejerce la práctica clínica” (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2008, p. xvii), incidiendo en la aceptabilidad y en la calidad de la atención.

Lo que enfatiza la pertinencia del estudio, al momento de posicionarse como una valoración de un ente externo sobre el trabajo realizado por los centros de salud, que permitió identificar los aciertos y desaciertos en el accionar, ya que las evaluaciones a nivel nacional en consulta externa y a nivel de hospitalización han reflejado resultados positivos; sin embargo, continúan presentándose elementos pendientes de mejora (Deng, J, comunicación personal, 6 de junio del 2022).

Ante este panorama, de manera propositiva se diseñó una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil³ que favorezca el acceso y la calidad de la atención a partir de la información generada, para sustentar el desarrollo de líneas de acción desde la Promoción de la Salud dirigidas a los dos centros de salud en estudio. Proceso reflexivo en la comprensión de los servicios de atención como un Determinante Social de la Salud, que permita visualizar la interacción y el proceso dialéctico entre la población usuaria y los servicios de salud, así como el contexto que lo influencia.

Por lo tanto, la propuesta está centrada en la persona y “en los derechos, inclusivos y equitativos que tienen por objeto reducir las desigualdades en materia de salud” (OIM, 2021, pp. 6-7). Lo que requirió un espacio de construcción conjunta entre la academia, los centros de salud involucrados, y la comunidad para generar redes que permitan “recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud” (Ávila-Agüero, 2009, p. 71).

Es fundamental comprender que los servicios de salud no son un producto acabado, por lo que la reorientación se vincula con procesos continuos de mejora y actualización para responder de forma óptima a las demandas poblacionales, ya que la adaptación de dichas intervenciones a las particularidades de esta comunidad, contribuiría a la disminución de inequidades y fortalecería el rendimiento de los sistemas sanitarios y la configuración de la prestación de los servicios (OMS, 2008, p. ix).

Por último, el presente protocolo se encuentra constituido por los apartados de antecedentes, contextualización del lugar de trabajo, planteamiento del problema de investigación y su importancia; justificación, los objetivos de la propuesta, el marco conceptual respectivo, los valores éticos y sociales vinculados, la metodología que guió el proceso investigativo, los resultados obtenidos, la estrategia de reorientación, así como conclusiones y recomendaciones.

III. Antecedentes

A. Antecedentes internacionales

De acuerdo con lo establecido por el Consejo de Salud de Canadá (2005) el resultado en salud de sus pueblos originarios Inuit y Métis, ha tenido desventajas en comparación a otros

³ Se comprende el servicio materno-infantil como todos aquellos procesos relacionados con la atención prenatal, parto, post parto y de seguimiento de la madre y el infante.

grupos poblacionales a nivel provincial y nacional, en cuanto a la expectativa de vida, mortalidad infantil, bajo peso al nacer, entre otros indicadores. Ante este escenario, se sugiere adoptar planes de mejora continua, que tomen en consideración los determinantes sociales de la salud, la salud intercultural y el respeto por la cosmovisión indígena que propone el balance entre lo espiritual, mental, emocional, físico y social.

La experiencia canadiense ha sido estructurada de acuerdo con varios principios vinculados a que la salud se encuentra determinada por interacciones complejas, y que las intervenciones deben concentrarse a nivel poblacional o bien enfocadas a las características específicas de ciertas comunidades, involucrar la participación, opinión e iniciativas por parte de los usuarios de los servicios de salud como aliados en este proceso de construcción hacia una atención culturalmente apropiada (Consejo de Salud de Canadá, 2005).

Asimismo, dirigir recursos que permitan brindar programas educativos, el fortalecimiento de la disponibilidad y accesibilidad de los centros de atención médica, la sensibilización y capacitación del personal médico y superar “aquellas barreras creadas a partir de planteamientos estandarizados” (Consejo de Salud de Canadá, 2005, p. 38).

Desde otra perspectiva, Araujo et al, (2016) señala que la investigación en poblaciones indígenas posee ciertas particularidades, por lo que es necesario el reconocimiento de un contexto que vulnerabiliza a estos grupos y que ha marcado históricamente “desigualdades en su desarrollo socioeconómico, empleo, alfabetismo y servicios sociales” (p. 371). La revisión documental elaborada por este grupo de investigadores se encontraba dirigida a “mejorar el acceso a servicios y prestaciones de salud efectivas” (Araujo et al., 2016, p. 372), tomando en consideración barreras de índole geográfico, económico y actitudinales de las personas pertenecientes a las comunidades o funcionarios de los equipos de salud en Canadá y Estados Unidos.

Los autores recomiendan incorporar la educación de los profesionales encargados de brindar la atención, así como el establecimiento de programas culturalmente específicos y el reclutamiento de personal indígena (Araujo et al., 2016).

Por otra parte, el limitado acceso a servicios de salud de las poblaciones indígenas ha representado un papel preponderante a nivel internacional, un patrón que se mantiene tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo. De acuerdo con Anderson et al, (2016) tras la revisión bibliográfica se obtuvieron datos actuales de 153 millones de personas pertenecientes a comunidades indígenas de Australia, Brasil, Canadá, Chile, China, Colombia, Perú, Panamá, Rusia, entre otros. Determinan que los pueblos indígenas presentan desventajas

en el acceso a los servicios de atención con respecto a comunidades no indígenas, debido a que su estatus legal obstaculiza el reconocimiento de sus derechos y los registros poblacionales deficientes que han imposibilitado encaminar la prestación de los servicios. Aunado a esto, el diseño de los servicios agrava la situación por su limitado alcance institucional a nivel rural, al no reconocer sus características específicas y al no incorporar adaptaciones que respeten su cosmovisión.

Bajo la misma línea, los autores indican que las dificultades en el acceso a la asistencia médica repercuten en las personas indígenas a lo largo de su vida y contribuye a perpetuar inequidades en salud, de las cuales surge la necesidad de incentivar más acciones que posean respaldo político y aseguren la inclusión de este grupo poblacional (Anderson et al., 2016). Lo anterior, se evidencia en los resultados de salud materno-infantil poco alentadores, principalmente en indicadores vinculados con su expectativa de vida, peso al nacer, mortalidad materna y en niños menores de un año, así como malnutrición infantil (Anderson et al., 2016).

Ahora bien, para profundizar en iniciativas específicas en población materno-infantil, se destaca el Proyecto Madres jóvenes Baka, ejecutado en la República del Congo e impulsado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el cual pretende abordar la salud sexual y reproductiva de las mujeres Baka indígenas y de esta forma mejorar su acceso a los servicios de salud. Han llevado a cabo actividades enfocadas a sensibilizar profesionales sanitarios sobre las necesidades específicas de las mujeres indígenas, formar voluntarios de la comunidad que les informen en materia de derechos de salud materna e incentivar su acercamiento a los centros de salud.

Además, las parteras recibieron capacitación en prácticas biomédicas, y se distribuyeron kits con implementos necesarios para la higiene personal durante las visitas prenatales (UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018).

Estas acciones contribuyeron con el aumento en la cantidad de mujeres atendidas en los servicios materno-infantiles durante el control prenatal y parto. De acuerdo con las cifras de UNFPA, UNICEF y ONU (2018) “durante el primer trimestre de 2017, 10 mujeres recibieron asistencia prenatal y 11 mujeres dieron a luz en un centro médico. Durante el tercer trimestre, 112 mujeres recibieron asistencia prenatal y 38 mujeres dieron a luz en un centro médico” (p. 7).

B. Antecedentes regionales

En lo referente al contexto latinoamericano, en México, los autores Leyva-Flores et al (2013), mencionan que tras analizar la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, realizada en los años 2006 y 2012, es posible reconocer la existencia de esfuerzos como los Programas de Apoyo Alimentario y Oportunidades; impulsados por parte del gobierno con la finalidad de incrementar el acceso a los servicios en salud y reducir la vulnerabilidad en grupos prioritarios, entre los cuales destaca el pueblo indígena. Sin embargo, aún se conserva un reducido uso de los servicios de salud pese al aumento en su cobertura. Por esta razón, las personas encargadas del estudio mencionan que es importante obtener información sobre la organización y funcionamiento de los servicios de salud, así como la perspectiva de la población sobre la capacidad de estos para resolver sus problemas de salud (Leyva-Flores et al., 2013).

Respecto a la situación en Perú, los autores Mayca et al (2009), reconocen que las adaptaciones realizadas a la oferta de servicios deben estar estrechamente alineadas con el recurso humano, pues estos cumplen un rol fundamental en la atención brindada. En consecuencia, es necesario desarrollar políticas nacionales e institucionales que permitan destinar presupuestos a la capacitación y formación de personal de salud, con la intención de sensibilizar y generar empatía.

También, se deben realizar esfuerzos en cuanto a la gestión para planificar y distribuir de manera óptima los recursos con la intención de dirigirlos a la “comunicación en salud y adecuación cultural para cada región, cuyos rasgos étnicos y culturales son conocidos desde varias décadas atrás” (Mayca et al, 2009, p. 159). Cabe destacar que los procesos de adecuación cultural deben someterse a un monitoreo que promueva la mejora continua, donde también se consideren propuestas elaboradas desde la comunidad, para adecuar la oferta a las demandas sociales, culturales, y étnicas identificadas por esta población (Mayca et al, 2009).

En cuanto a materia de salud materna-infantil, en Colombia se han realizado múltiples esfuerzos, Patiño-Londoño et al (2016), realizaron un estudio sobre las barreras culturales en el acceso a servicios de salud de las comunidades indígenas Wayuu de Maicao. A partir de esta investigación cualitativa, fueron identificadas tres barreras culturales vinculadas principalmente con: “a) idioma; b) cosmovisión wayuu sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad; c) información sobre salud sexual y reproductiva y VIH culturalmente no

adaptada” (p. 415). Los autores señalan que las instituciones prestadoras se encuentran sujetas a normas y mandatos ajenos al dominio de las poblaciones indígenas.

No obstante, el proceso investigativo funcionó como insumo para la construcción de guías bilingües y la articulación entre funcionarios de los servicios de salud, la comunidad indígena, y la implementación de iniciativas desde la interculturalidad (Patiño-Londoño et al, 2016).

En Colombia se han realizado propuestas para mejorar el acceso a la salud de las comunidades indígenas, donde la UNFPA, OPS, UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos (2017), realizaron un estudio que sintetiza diversas estrategias que se encuentran vinculadas con el entrenamiento del personal, provisión de herramientas para atención materno-infantil a parteras y otros trabajadores comunitarios de la salud, así como al funcionamiento de servicios de salud y nutrición durante el embarazo (UNFPA, OPS, UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos, 2017).

Asimismo, se destaca la promoción de medidas de higiene durante el parto y el puerperio; además, se resalta la importancia del acceso al cuidado obstétrico de emergencia, básico y avanzado, en zonas rurales en relación con el transporte y comunicación, mejorar el acceso al control prenatal-neonatal e incluir adaptaciones a los modelos con enfoque intercultural en la atención al parto. Para esto, se incorpora el uso de casas de paso/hogares de paso materno “para facilitar el acceso a servicios de salud obstétricos en las zonas más lejanas y rezagadas, con base en la consideración de las necesidades propias de las comunidades indígenas rurales” (UNFPA, OPS, UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos, 2017, p. 150).

A nivel centroamericano, Guatemala ejecutó el proyecto Madres y niños Maya de Health Poverty Action, el cual pretendía priorizar la salud materna y del recién nacido de los pueblos indígenas en los departamentos de Totonicapán y Quetzaltenango a través de la participación comunitaria mediante comisiones de salud locales que mantienen contacto directo con los centros de salud. La inclusión de mujeres líderes, madres y parteras en los centros sanitarios facilitó un enlace de comunicación entre estas y los funcionarios del Ministerio de Sanidad en casos de emergencia y lograron ampliar el horario de atención adecuándose a la disponibilidad de tiempo de la población (UNFPA, UNICEF y ONU, 2018).

Con la implementación de estas modificaciones, los autores señalan que experimentaron un aumento del 72% en la cantidad de chequeos postnatales en el periodo de

un año, y en el municipio de Santa Lucía la Reforma, se incrementó la proporción de partos atendidos en centros del Ministerio de Sanidad que pasó del 19% al 30% en dos años (UNFPA, UNICEF y ONU, 2018).

C. Antecedentes nacionales

López-Ruiz (2018) menciona que en Costa Rica se han elaborado diversas investigaciones y propuestas que rescatan la necesidad de fortalecer el acceso a los servicios de salud en poblaciones indígenas.

En primer lugar, se menciona que debido al alto tránsito migratorio de indígenas Ngäbe-Buglé, era apremiante generar una estrategia de atención que integrara el enfoque biopsicosocial, la prevención y la atención continua (CCSS, 2011 como se cita en López-Ruiz, 2018, p. 205). Donde se sugería la capacitación en temas de interculturalidad, idioma indígena y horarios de atención que no coincidieran con las jornadas laborales en fincas cafetaleras (López-Ruiz, 2018).

En segundo lugar, la propuesta liderada por la Dra. Kenia Quesada Mena, tenía como objetivo general “promocionar y respetar hábitos, costumbres y prácticas que favorezcan estilos de vida saludables por medio de acciones que incorporen los enfoques de interculturalidad, derechos humanos y género en regiones donde se atienden población indígena, e indígena altamente móvil” (CCSS, 2011 como se cita en López-Ruiz, 2018, p. 205). Sin embargo, se desconocen las razones por las cuales estas iniciativas no han sido concretadas.

Por otra parte, el documento generado por Morales-Gamboa, Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera (2014), posee interés de convertirse en un insumo para mejorar la comprensión de las dinámicas de movilidad humana y territorialidad del pueblo indígena Ngäbe-Buglé, de manera que se fomente el desarrollo de iniciativas que propicien la mejora de las “condiciones sociolaborales, culturales y psicosociales, y que tomen en cuenta tanto las especificidades étnicas como las de género” (p. 9).

Asimismo, en la investigación se destacan diversos motivos de la movilización desde la perspectiva de la población Ngäbe-Buglé; entre ellas, oportunidades laborales para generar ingresos económicos que permitan subsanar las necesidades familiares y el acceso a educación y servicios de salud (Morales-Gamboa, Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014); no obstante, se identifican situaciones que limitan el acceso a los servicios de salud, inclusive para las personas que se encuentran aseguradas.

De acuerdo con lo mencionado, existen protocolos de atención para solventar las demandas de esta población, pese a esto, al llevarse a la práctica conservan condiciones de exclusión, vulnerabilizando así, los derechos de los pueblos indígenas (Morales-Gamboa, Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014).

Las mujeres que participan en las actividades productivas enfrentan dificultades particulares que giran en torno a la satisfacción de sus necesidades y al reconocimiento de sus derechos como mujeres, razón por la cual los autores plantean la siguiente interrogante ¿qué problemáticas aquejan de manera especial a las mujeres, dentro de una población que ya de por sí sufre grandes privaciones? (Morales-Gamboa, Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014).

Con respecto a salud materno-infantil la población Ngäbe-Buglé ha mantenido un perfil en salud desfavorable. Por esta razón, se han implementado acciones con la finalidad de crear un servicio inclusivo para este grupo poblacional, tal como la capacitación de miembros de la comunidad, dando paso a figuras como las de asesores culturales considerados clave para generar espacios interculturales en temas de salud dirigidos, principalmente, a prevención de enfermedades y atención materno-infantil y a mejorar la comunicación entre el personal de salud y los usuarios indígenas, entre las que destaca la participación de parteras que fueron aceptadas por ser figuras que representan conocimiento de la medicina tradicional (UNICEF, 2012).

Para apoyar la labor realizada por las parteras, se les facilita un kit que les permita asistir la labor de parto en caso de emergencia o lejanía, por lo cual se les brinda tijeras quirúrgicas esterilizadas por el Área de Salud, y además se incluye un pañal, ropa para el recién nacido, guantes, un foco, pilas nuevas, una pera y el clip para detener el sangrado umbilical (UNICEF, 2012).

Por otro lado, se realizaron esfuerzos en torno al manejo básico del idioma ngäbere por parte del equipo de salud (UNICEF, 2012). El Área de Salud también ha empleado incentivos como las *bolsas semáforo* que simboliza por medio de los colores el trimestre de gestación en el cual se encuentra la mujer, donde el verde representa el primer trimestre, el amarillo el segundo trimestre, el rojo el tercer trimestre e incluye un color blanco que hace alusión al puerperio. Estas bolsas contienen artículos de higiene personal y tienen como objetivo que las usuarias asistan a sus citas de control (UNICEF, 2012).

Con la finalidad de propiciar adecuada atención en salud personal, el Área de Salud realiza visitas domiciliarias a recién nacidos para completar los esquemas de vacunación y

brindar seguimiento a los cuidados que están recibiendo, esto ha contribuido al registro de niños (UNICEF, 2012).

Asimismo, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y UNICEF (2012) realizó una compilación de las prácticas previamente mencionadas llevadas a cabo por el Área Salud de Coto Brus en concordancia con el proyecto de salud indígena, el cual pretendía ligar y coordinar acciones con el Territorio Ngäbe-Buglé. El equipo llevó a cabo una investigación cualitativa enfocada en las acciones referentes a la atención de niños, niñas, adolescentes y mujeres, en torno a la salud materno-infantil. En consideración de los derechos humanos, evidenciando las estrategias utilizadas y las lecciones aprendidas.

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, se reconocen los múltiples esfuerzos que se han llevado a cabo en el contexto nacional. Sin embargo, prevalecen irregularidades entre lo formulado y lo ejecutado que se traducen en inequidades en salud que afectan en mayor medida al pueblo indígena, especialmente a las mujeres. Las situaciones de discriminación y rechazo continúan vigentes, así como las trabas burocráticas para acceder a los servicios de salud brindados por las instituciones, situaciones que se vinculan con la dificultad de afiliarse al seguro principalmente por falta de documentación y el desconocimiento de derechos.

Algunas de las omisiones institucionales respecto a la población Ngäbe-Buglé, constituyen la mala praxis, discrepancias e incumplimiento de la atención universal situaciones que se podrían ligar a “desensibilización y el racismo presente en el personal” (Morales-Gamboa, Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014, p. 78); pues la atención y seguimiento de dicha población depende de la receptividad, ánimo y disposición de cumplir las labores por parte de los funcionarios que brindan el servicio.

Lo que se refleja específicamente en la salud materno-infantil, donde la mortalidad de neonatos y madres en parto siguen siendo problemáticas latentes, razón por la cual, el presente estudio posee la intención de ahondar exhaustivamente sobre la situación actual de la respuesta de los servicios de salud a las necesidades de las mujeres Ngäbe-Buglé en dos niveles de atención de la CCSS, el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, para poder obtener un abordaje complementario que permita fortalecer la provisión, la continuidad en la asistencia sanitaria y brindar una propuesta de reorientación que fomente un entorno habilitante con pertinencia cultural para la usuaria, su familia y comunidad.

IV. Contextualización

Para la comprensión de la problemática en estudio se requiere caracterizar el espacio geográfico, la población, sus procesos migratorios, mandatos a los que la institución responde, la descripción del servicio materno-infantil que debe brindarle atención a esta población y finalmente, el Modelo de Atención Calificada bajo el cual se rige dicho servicio.

A. Coto Brus

A grandes rasgos, el cantón de Coto Brus posee un Índice de Desarrollo Social (IDS) de 26.42, ubicándolo en la posición número 71 de los 84 cantones del país; además, posee promedios cantonales menores en las dimensiones de educación, economía, participación y salud (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, [MIDEPLAN], 2021).

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) cantonal en la posición 66, IDH ajustado por Desigualdad en el número 76 y el Índice de Desarrollo de Género en el 49, lo que refleja una desventaja en contraste con otros cantones y dificulta el progreso de sus grupos poblacionales (MIDEPLAN, 2021).

B. Población Ngäbe-Buglé

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2011), en el país habitaban 4.301.712 personas, de las cuales 2.4% eran indígenas, lo que representaba 104.143 personas pertenecientes a “ocho grupos étnicos: bribri, cabécar, ngäbe, maleku, brunca, teribe, huetar y chorotega” (Franco-Giraldo, s.f, p. 2), (Anexo 1. Mapa de la distribución de grupos indígenas en Costa Rica). El presente estudio, se ejecutó en la provincia de Puntarenas, la cual albergó 25.316 indígenas, 5.981 Ngäbe-Buglé y se distribuían en 3.038 hombres y 2.943 mujeres (INEC (2011) citado por Morales-Gamboa; Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014). Cabe aclarar que los datos utilizados son los más actualizados según el censo realizado en el 2011, ya que el país no cuenta con un registro certero de la población.

Por su parte, el pueblo indígena ha presentado un perfil epidemiológico poco alentador, ya que según datos del Ministerio de Salud (2016), las situaciones a las que se enfrentan, se ven influenciadas por distintos determinantes y circunstancias que vulnerabilizan sus condiciones de vida, relacionadas con la precariedad en el ámbito laboral, las viviendas en mal estado, el hacinamiento y la deficiente dotación de los servicios básicos, lo que ha ocasionado alta incidencia de padecimientos asociados con “la desnutrición, parasitosis, enfermedades de la piel, respiratorias, y diarreas, principalmente en la niñez; así como enfermedades de transmisión sexual” (Ministerio de Salud, 2016, p. 14).

Específicamente en el caso de las mujeres Ngäbe-Buglé, es una población que se ha visto afectada por diversos tipos de discriminación racial y violencia estructural, que se ve reflejada en la pobreza, desigualdad y oportunidades limitadas en su desarrollo humano (UNFPA e Instituto Nacional de la Mujeres, 2021); situación que tiende a incrementarse durante el proceso de gestación, parto y post parto, debido a las barreras que pueden presentarse en la atención y acceso al servicio de salud (Ministerio de Salud, 2016).

C. Dinámica de movilidad de la población Ngäbe-Buglé

La etnia Ngäbe-Buglé es la más numerosa en el sur de Centroamérica, concentrándose en el territorio indígena “La Comarca” ubicada en Panamá, donde se asienta la mayoría de su población, por ser una zona legalmente constituida en el país; empero, las condiciones de vida son complejas por la escasez de opciones de desarrollo económico y social.

Este grupo poblacional históricamente ha presentado patrones de desplazamiento hacia Costa Rica desde antes de que se estableciera la frontera entre Costa Rica y Panamá. Una vez que se da el ingreso al país, se albergan en zonas aledañas al cantón de Coto Brus (Morales-Gamboa; Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014). Es preciso destacar que se categorizan en dos grandes grupos, aquellos que se han asentado y forman parte de la comunidad que se consolidó desde hace más de 80 años y quienes continúan movilizándose (P. Ortiz, comunicación personal, 11 de abril del 2022).

En Costa Rica, este grupo étnico es considerado una de las poblaciones que enfrenta mayor exclusión, pobreza y poseen algunas brechas en la garantía de sus derechos laborales, lo que desencadena que se les dificulte el acceso “a los esquemas de la seguridad social, que incluyen los servicios de salud y servicios sociales para sus familias” (UNFPA, 2021, párr. 3).

D. Mandatos

Las características de la población evidencian la importancia de implementar adaptaciones en los servicios de salud, ya que se requiere de consideraciones especiales para una atención adecuada (Morales-Gamboa; Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014). En este sentido, existe normativa internacional y nacional que ha sido ratificada en el país y vinculatoria para la CCSS como ejecutora de políticas en salud, acciones de atención directa y aseguramiento. Entre los que se destacan:

Tabla 1. Normativa internacional en salud

Normativa internacional en salud	
Convenios internacionales	Artículo
Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales	Artículo 9. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social. Artículo 12. Indica el compromiso adquirido por los Estados partes de asegurar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud, tanto física como mental, además, establece la intervención gubernamental, a través de acciones de prevención, tratamiento y atención. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1976)
Convención Americana de Derechos Humanos Pacto San José	Artículo 2. Apunta que los Estados partes, se comprometen a garantizar la protección de la seguridad social, procurando acciones gubernamentales dirigidas a atender la salud de las y los habitantes. También se establece el derecho donde las y los habitantes pueden organizarse colectivamente para demandar al Estado en caso de que la seguridad social se encuentre en peligro, o no se esté atendiendo según lo establecido. Además de ello, en el artículo 4 se destaca el Derecho a la Vida, la cual se encuentra protegida por la ley, desde la concepción (Organización de los Estados Americanos, 2021)
Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3	Se dirige a <i>garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades</i>, dentro de sus metas establece al 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, así como poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2021).
Convenio No 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales	Artículo 24. Se debe garantizar la seguridad social sin discriminación alguna a los pueblos indígenas Artículo 25. El gobierno debe velar porque la prestación de servicios de salud sea adecuada o en su defecto brindar los medios para que puedan organizar sus propios servicios, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. Se deben planificar y administrar desde un enfoque comunitario en cooperación con los pueblos interesados a fin de respetar su cosmovisión; y deben

	preferir la formación y empleabilidad de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, pero siempre en concordancia con los otros niveles de atención (Oficina Internacional del Trabajo, 2014).
--	---

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Tabla 2. *Normativa nacional en salud*

Normativa nacional en salud	
Legislación	Artículo
Ley Constitutiva de la CCSS	Su artículo 2 menciona el carácter obligatorio de la seguridad social en maternidad y en el artículo 3 referencia al acceso universal a los servicios prestados (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2000).
Ley de universalización del seguro de enfermedad y maternidad	El artículo 1 para efectos de la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2021).
Reglamento del Seguro de Salud	En su artículo 4 refiere a la integralidad y suficiencia de los servicios, es decir que sean acorde a las necesidades reales de la población y que permitan superar el estado que las origina (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2021).
Decreto N° 38099-G	Según la presidenta de la República y el ministro de Gobernación y Policía (2013) se ha establecido que el Estado debe asumir la potestad de la política migratoria y velar por el cumplimiento de las normativas constitucionales, de manera que se garantice el trato digno y el respeto a los derechos fundamentales de las personas extranjeras.

	De forma que se determina la relevancia de implementar una Política Migratoria Integral para Costa Rica capaz de responder a las necesidades del país por medio de la gestión de política pública (La Presidenta de la República y el Ministro de Gobernación y Policía, 2013).
Política Migratoria Integral para Costa Rica 2013-2023	“Constituye el marco orientador de objetivos y acciones en materia migratoria, para la programación y definición de programas y proyectos estratégicos de mediano y largo plazo” (La Presidenta de la República y el Ministro de Gobernación y Policía, 2013, p. 2); con la finalidad de facilitar las condiciones de acceso a la salud de las personas migrantes, enfocando sus estrategias en favorecer el acceso a los servicios de salud a los grupos de mayor vulnerabilidad como lo son las mujeres embarazadas y promover el conocimiento y el acceso de ellas a sus “derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (Ministerio de Salud, 2016, p. 23).
Directriz Número 010 del Poder Ejecutivo sobre la Atención Integral del Fenómeno Migratorio	Establece que el país mediante la CCSS debe “brindar atención básica a personas migrantes, sin distinción de su condición migratoria, en salud por enfermedades y dolencias, así como de urgencias y emergencias” (Dirección General de Migración y Extranjería [DGME] y OIM, 2019, p. 16).
Reforma del Artículo 12 de la Ley 5395	Se reconoce el derecho de toda mujer gestante a acceder a servicios de salud antes, durante y después del parto, de forma que se garantice su protección “cuando sean sometidas a procedimientos de salud, especialmente ginecológicos, mediante una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición” (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2020, párr. 3), además, se refuerza la importancia de recibir información clara sobre los procedimientos que se lleven a cabo.
Ley 10081 Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido	Su principal propósito se basa en “proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres y de quienes integran las familias gestantes, para lograr un embarazo, parto, posparto y puerperio con atención calificada y de gestión humanizada asegurando el ejercicio de estos derechos, así como los derechos de las personas recién nacidas” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2021, p. 2) con la finalidad de disminuir la morbilidad materna y neonatal, de manera que se promueva la maternidad saludable y segura “mediante la prestación oportuna, eficiente, con calidad y calidez de los servicios de salud prenatal, del parto, posparto y de la persona recién nacida (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2021, p. 2).

Mecanismos Generales de Consulta a Pueblos Indígenas	Se establecen los lineamientos obligatorios que deben seguirse en situaciones que involucren los derechos colectivos de los pueblos indígenas, donde las consultas a dicha población se llevan a cabo con el propósito de llegar a acuerdos acerca de la propuesta planteada. Pues, “El consentimiento, garantiza que el pueblo indígena ha expresado voluntariamente su aceptación sobre la medida administrativa, proyecto de ley promovido por el Poder Ejecutivo o proyecto privado, después de haber comprendido la información que se les ha dado” (La Gaceta, 2018, p. 6). Se destaca que cada Territorio Indígena determina el reglamento de consulta acorde a su cosmovisión y en el caso de la comunidad Ngäbe-Buglé los requerimientos establecidos son solicitar la aprobación de la investigación mediante una carta al Concejo del Cacique, Concejo de Mayores y Asociación de Desarrollo.
---	--

Fuente: Elaboración propia, 2021.

E. Descripción de la institución

El país cuenta con el Sector Salud⁴, ente encargado de “coordinar, articular y conducir las actividades del Sector en cada ámbito competencial” (La Gaceta, 2022, p. 10), así como velar por que las iniciativas y proyectos públicos se cumplan conforme a lo estipulado en la Estrategia Nacional de Desarrollo, bajo la rectoría del ministro de salud en gestión.

Se debe destacar que una de las instituciones que forma parte del Sector Salud es la CCSS, donde fue realizado el presente estudio por ser la máxima prestadora de servicios de atención directa en el país y la principal encargada de la seguridad social. Se caracteriza por ser semiautónoma y presentar una amplia distribución de establecimientos en el territorio costarricense debido a su organización por niveles, según grado de complejidad y capacidad resolutive, propiciando la creación de sedes que permitan brindar servicios en los tres niveles de atención, los cuales operan de forma jerárquica ascendente y se distinguen entre ellos por su capacidad tecnológica y dotación de recurso humano (CCSS, 2020).

El primer nivel es de carácter local y brinda servicios de menor complejidad, dando como resultado una cantidad de 105 Áreas de Salud (CCSS, 2020), donde se llevan a cabo diversas gestiones administrativas y se brinda atención primaria a la población mediante los 1.066 EBAIS distribuidos en el territorio nacional (CCSS, 2020), conformados por profesionales en Medicina General, Auxiliar de Enfermería, Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) y Asistente de Redes.

El segundo nivel se conforma por 7 hospitales regionales y 12 hospitales periféricos, mientras que el tercero, cuenta con 3 hospitales nacionales generales y 6 hospitales especializados que laboran con base en las referencias del primer nivel (CCSS, 2020).

Por otra parte, el modelo de financiamiento implementado por la CCSS contempla dos tipos de aseguramiento. En primer lugar, el contributivo, basado en cotizaciones tripartitas entre el Estado, el patrono y la persona trabajadora, de manera que se brinda cobertura a la población asalariada del sector público y privado, trabajadores independientes, asegurados voluntarios y pensionados contributivos (M. Sáenz-Madrigal, comunicación personal, 05 de septiembre del 2019).

⁴ Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados: Auditoría General de Servicios de Salud, Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente, Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS), Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS); CCSS; ICAA; Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER); Red de Servicios de Salud S.A del INS y su órgano adscrito Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica; Sistema de Emergencias 9-1-1 del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) (La Gaceta, 2022).

En segundo lugar, se encuentra el aseguramiento no contributivo, que contempla la cobertura por beneficio familiar, asegurados por el Estado, pensionados del régimen no contributivo y protección por leyes especiales (MR. Sáenz-Madrigal, comunicación personal, 05 de septiembre del 2019).

Asimismo, es necesario reconocer que la CCSS realiza una división territorial denominada Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), a partir de la región geográfica en la que se ubican sus establecimientos de salud (CCSS, 2020) con la finalidad de gestionar los recursos de manera óptima y brindar atención oportuna.

Actualmente existen 7 RIPSS y su distribución se muestra en el siguiente mapa.

Figura 1.

Mapa de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.



Fuente: CCSS (2020).

F. Caracterización servicios de salud San Vito de Coto Brus

Para la presente investigación fue de principal interés la Región Brunca, donde se encuentra el Hospital de San Vito y el EBAIS La Casona, considerados los espacios idóneos para realizar el Trabajo Final de Graduación (TFG). En lo que respecta al primer nivel de atención, se destaca que ha ampliado su oferta de servicios ante las particularidades geográficas y necesidades del pueblo indígena, por lo que se incorporaron elementos característicos de su cultura en la infraestructura.

Actualmente, en el EBAIS La Casona asisten aproximadamente 1.800 personas al año, se ubica en la entrada del territorio indígena, a unos 20 kilómetros de la ciudad de San Vito y se caracteriza por atender exclusivamente a esta población. Ofrece servicios de vacunación, desparasitación, control de peso y talla, revisión odontológica y planificación familiar (López-Ruiz, 2018), brindados por 13 funcionarios; este nivel de atención es responsable del seguimiento y control de las usuarias del servicio materno-infantil.

Además de sus funciones básicas, ofrece algunos ajustes dirigidos a brindar servicios más inclusivos mediante la contratación de Asistentes Comunitarios Indígenas⁵ y horarios flexibles para las citas médicas al tomar en cuenta factores como el desplazamiento desde largas distancias (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y UNICEF, 2012).

Los Asistentes Comunitarios Indígenas que laboran en el EBAIS y los Asesores Culturales que forman parte del equipo de trabajo del Hospital San Vito, fueron integrados en la institución con la finalidad de reducir la barrera idiomática que ha sido reconocida como un factor que interfiere en el tránsito del pueblo indígena por el servicio; sin embargo, sus esfuerzos van más allá del apoyo por superar dicha barrera, lo que permite fortalecer la atención y acceso a la institución, al promover el respeto a las características étnicas y lingüísticas, al cumplir un rol de interpretación cultural (Figuerola-Saavedra, 2009).

Cabe destacar que el ingreso de los asesores culturales Ngäbe-Buglé al Hospital San Vito ha sido mediante la colaboración de organizaciones internacionales, tales como la OIM y Hands For Health, quienes han colaborado con la contratación, retribución económica y alimentación de estos trabajadores (P, Ortiz, comunicación personal, 25 de octubre del 2021), mientras que los Asistentes Comunitarios Indígenas son contratados por la CCSS.

Según Figuerola-Saavedra (2009), este tipo de iniciativas se consideran una necesidad básica para el óptimo funcionamiento del sistema de salud, al ser uno de los ámbitos que causan mayor afectación a la población; asimismo, señala que durante estos procesos se debe “mantener una actitud de apertura y de escucha, cuyo objetivo es lograr una eficaz comunicación interpersonal, comprensiva y abierta” (Figuerola-Saavedra, 2009, p. 151) que va más allá de conocer el idioma.

Dicha labor ha fortalecido el sentido de pertenencia de las personas de la etnia, siendo partícipes de las modificaciones en la infraestructura de la sede del EBAIS, la decoración

⁵ En el presente documento se utilizará el término “asesor cultural” cuando se haga referencia a los Asistentes Indígenas Comunitarios del EBAIS y a los asesores culturales del hospital, ya que cumplen el mismo rol de intérpretes de la cultura Ngäbe-Buglé.

atractiva con colores vivos, dibujos referentes a la cultura y el diseño de gabachas personalizadas (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y UNICEF, 2012).

El segundo nivel de atención que corresponde al Hospital San Vito, cuya categoría es Hospitalaria Periférico Uno (HP1) y brinda servicios de atención en las especialidades de “medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general, radiología, anestesia, trabajo social y psicología” (Área de Salud de Coto Brus, 2016, p. 9); cuenta con una Clínica de Mamas, Cuidados Paliativos y Cesación de Fumado, servicio de emergencias activo durante las 24 horas del día y una vez al mes se provee atención en terapia física.

Específicamente el servicio materno-infantil, dentro de su dinámica, puede llegar a presentar dificultades en el acceso de la atención a las mujeres Ngäbe-Buglé, quienes poseen requerimientos específicos que influyen directamente en la demanda de los servicios de salud (Oviedo-Gómez, 2008). No obstante, se reconoce que se han realizado diversos esfuerzos con el objetivo de fortalecer la prestación de dicho servicio.

Por su parte, Morales-Gamboa, Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera (2014), señalan que se han empleado iniciativas donde se involucra la participación de personas indígenas como funcionarias del servicio, con el objetivo de facilitar la comunicación y fortalecer el vínculo entre la comunidad y el servicio médico. Así como realizar ajustes en las estructuras físicas, en el abordaje y atención de las mujeres embarazadas.

Por lo tanto, se considera esencial que dichos factores sean abordados, y que este servicio asuma un rol participativo con el propósito de incentivar acciones para la protección de los derechos humanos que faciliten y garanticen los procesos de atención con calidad y equidad (Oviedo-Gómez, 2008), desde una base intercultural, “respetuosa de la cosmovisión, tradiciones y características que presentan los pueblos indígenas” (Franco-Giraldo, s.f, p.4).

G. Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto

1. Origen del Modelo de Atención Calificada

Durante el año 2015, inicia la discusión sobre la problemática de la violencia obstétrica y ante este panorama diferentes grupos sociales solicitaron evidencia del accionar institucional en este ámbito. A partir de la no respuesta de los entes encargados, intervino la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), examinando la calidad de la atención de las mujeres en las maternidades del país.

La Sala Constitucional declara la violencia obstétrica como violencia de género y violación de los derechos humanos, por lo tanto, se le exigió a la Defensoría de los Habitantes

tomar acciones ante la situación y la CCSS elabora el *Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades*.

2. Parámetros para la construcción del Modelo de Atención Calificada desde la institución

A nivel nacional la prevalencia de la mortalidad materna⁶ es una preocupación latente en el accionar del sistema de salud, evidenciando dificultades en la atención oportuna de las mujeres en proceso de embarazo, parto o puerperio, de forma que se limita el ejercicio de su derecho a una maternidad segura y constituye uno de los principales problemas de salud pública en el país (CCSS, 2017). A su vez, es un indicador que refleja la persistencia de inequidades en las diferentes esferas sociales que determinan la salud, y está estrechamente vinculada con la desigualdad y pobreza, convirtiéndose en una de las prioridades de abordaje a nivel país, de acuerdo con lo establecido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3, *Salud y Bienestar*, donde se plantea como meta para el 2030 disminuir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (Naciones Unidas, 2022).

En este sentido, Costa Rica ha incorporado herramientas para analizar la mortalidad materna, las cuales se basan en la declaración obligatoria de muertes maternas controladas por parte del Ministerio de Salud, con la finalidad de generar recomendaciones y políticas públicas que se dirijan a mejorar la atención y calidad en salud. Esto ha permitido visualizar que la mortalidad materna no ha logrado presentar una “tendencia decreciente sostenida y su comportamiento en las diversas zonas del país no es homogénea” (CCSS, 2017, p. 8).

Aunado a lo anterior, según la CCSS (2017), dentro de las situaciones que obstaculizan la prestación del servicio se identifican:

Prácticas invasivas rutinarias durante la atención del parto, existencia de disparidad en la aplicación de protocolos o guías clínicas, los indicadores de salud están incompletos por lo que no permiten evidenciar la situación respecto a la salud de las mujeres, poca evidencia y sistematización de la clasificación del riesgo intraparto y posparto,

⁶ La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es un indicador que evalúa la calidad de los sistemas de atención de salud, al considerarse que la alta cantidad de estas muertes son prevenibles mediante diagnóstico, tratamiento oportuno y acceso a servicios de salud (INEC, 2021, p. 12). En Costa Rica, del 2016–2020 se ha manifestado un comportamiento oscilatorio en el cual disminuyeron las muertes hasta el 2018, donde aumentan las muertes maternas de 10 a 17 muertes en el 2020 y ello se refleja en un leve incremento en la RMM pasando de 2,8 a 2,9 defunciones por cada diez mil nacimientos (INEC, 2021, p. 11).

existencia de criterios que se aplican en la atención a la mujer en el control prenatal, parto y puerperio que no están acordes con las recomendaciones emitidas por la OMS y las establecidas en la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto de la CCSS del 2008 (p. 23).

Asimismo, el diagnóstico desarrollado por la Comisión para el Análisis de la Atención Calificada del Parto 2015-2016, refiere que se deben generar acciones en la institución, de forma que se prioricen “puntos críticos de intervención a nivel de redes, infraestructura, recursos humanos, gestión clínica, gestión administrativa, sistema de información [...] y acerca de la participación social” (CCSS, 2017, p. 10).

Razón por la cual, desde la institucionalidad se establecen alternativas como el *curso de atención integral a la mujer gestante y niño(a) menor de un año*, la elaboración del *Manual de educación perinatal para mujeres gestantes y su familia*, capacitaciones en *educación perinatal, dignificación y trato humanizado a la mujer gestante*, entre otras, con la finalidad de implementar una atención obstétrica calificada (CCSS, 2017).

Ante este marco, la Gerencia Médica promueve una Comisión encargada de elaborar el *Modelo de Atención Calificada* el cual constituye un esfuerzo institucional, basado en experiencias exitosas a nivel nacional e internacional, que proporciona lineamientos generales para ser implementados en las maternidades públicas (CCSS, 2017).

La construcción de este proyecto requirió un exhaustivo análisis estructural del funcionamiento, la cultura y proyección social del sistema de salud, cuyo objetivo es:

Desarrollar un modelo de prestación de la atención obstétrica calificada en las maternidades públicas del país, basado en la evidencia científica y en los estándares nacionales e internacionales; centrada en el protagonismo de las mujeres y en su proceso reproductivo, en todas sus dimensiones, desde los enfoques de género y derechos humanos e interculturalidad con intervenciones necesarias para una atención segura y sin riesgo (CCSS, 2017, p. 24).

Esto constituye un esfuerzo institucional cuyo propósito es establecer lineamientos generales para un Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto y Posparto, el cual es implementado en las maternidades de la CCSS y está basado en experiencias exitosas en este ámbito, tanto a nivel Nacional como Internacional. Este modelo se fundamenta en los principios derivados de la Atención Integral y Maternidades Seguras, centrado en las personas,

con enfoque de género y de derechos, que pretende fortalecer la atención digna durante la interacción entre la entidad de salud y las usuarias, al trascender la funcionalidad biomédica de las maternidades e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad en salud (CCSS, 2017).

Asimismo, al contemplar el concepto de Maternidades Seguras y sin riesgos, incorpora la pertinencia cultural e intercultural, término que busca articular las diferencias, no erradicarlas, promover la convivencia de respeto, comprensión, intercambio y diálogo, ya que aspira al reconocimiento y valoración de saberes, prácticas de salud locales y su incorporación en los servicios de salud con el propósito de reducir barreras, mejorar el acceso y oportunidad, evitar el rechazo, así como la falta de adhesión en la atención médica mediante el respeto a la diversidad (CCSS, 2017).

Este modelo fue implementado en el Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria de Puntarenas a modo de plan piloto para reconocer sus fortalezas y aspectos de mejora, y actualmente, se encuentra vigente para ser aplicado en las 25 maternidades públicas del país (CCSS, 2017).

Específicamente en el EBAIS La Casona y el Hospital San Vito se incorporaron elementos como el consentimiento informado, se explica con palabras sencillas los procedimientos a realizar, se mantiene el principio de apertura a la expresión de emociones, se busca respetar el ritmo de la mujer durante la labor de parto y se favorece la participación de una persona acompañante, que sea de confianza para la gestante, así como la presencia del asesor cultural en todo el proceso (CCSS, 2017).

Con la incorporación del Modelo se protege el derecho de la mujer a decidir sobre su propio parto y la posición en que desea realizarlo, vertical u horizontal, de forma que se adecua el entorno habilitante y los mecanismos para efectuar un parto dignificante y orientado a la pertinencia cultural (CCSS, 2017).

V. Planteamiento del problema, justificación y objetivos

A. Planteamiento y definición del problema

En el marco institucional, la CCSS en busca de generar adaptaciones a la atención, implementa el Modelo de Atención Calificada que propone modificar la oferta materno-infantil al contexto cultural, mediante la inclusión de la comunidad en el diseño de las labores, de forma que respondan a las necesidades particulares de la población (CCSS, 2017).

Pese a los aportes generados para adecuar el servicio, se continúan presentando limitaciones, ya que de acuerdo con datos preliminares del INEC (2021) la tasa de mortalidad infantil de la región Brunca para el primer semestre 2021 es de 8.56 por cada mil nacimientos, superando a la nacional que corresponde a 8.09 para el mismo periodo. De igual manera, la razón de mortalidad materna para el 2020 en Costa Rica fue de 2.9 por cada diez mil nacimientos, esto supera las cifras de los años 2019 (2.0) y 2018 (1.5) (INEC, 2020).

En gran medida, los retos que prevalecen para brindar respuesta a esta población radica en que las instituciones públicas costarricenses presentan desafíos para cubrir la demanda desde un abordaje intercultural, respetuoso de la cosmovisión y tradiciones; los cuales se sintetizan en la siguiente figura.

Figura 2.

Retos en el modelo de atención en salud dirigidos a los pueblos indígenas



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de UNICEF (2012).

Lo anterior puede traducirse en inequidades, ya que dichos datos constituyen indicadores que reflejan “la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y, particularmente, de las madres, los niños y las niñas” (Orbea-López, 2019, p. 179), situación que revela la importancia del servicio que al interactuar paralelamente con otros factores influyentes en la salud de las comunidades, se comporta como determinante social de la salud.

Es pertinente reconocer que, según la OMS (2000) tal y como se cita en Lefio-Celedón (2013) indica que el servicio de salud es el “resultado institucional del juego de fuerzas y tensiones sociopolíticas, donde la respuesta organizada a las necesidades de salud, debe

negociarse con múltiples intereses de los actores, en el complejo de relaciones y decisiones involucradas” (Lefio-Celedón, 2013, p. 162).

Ante lo mencionado, el *Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo* (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, a través de su ratificación:

intenta salvaguardar, en la legislación y en la práctica, los derechos de los pueblos indígenas y tribales, para que estos puedan conservar sus culturas e identidad en el contexto de las sociedades nacionales donde viven. Este Convenio, al igual que otros de la OIT, establece derechos mínimos que deben ser respetados y puestos en práctica por los Estados que lo han ratificado (Morales-Gamboa, Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014, p. 69).

Dicho compromiso, surge debido a que estas poblaciones tienden a experimentar barreras en los servicios de salud de los países destino, las cuales se categorizan en dos grandes grupos: las barreras socioculturales, que comprenden dificultades relacionadas con el nivel educativo, idioma, conocimientos, actitudes, creencias, prácticas, entre otras; y las barreras sobre la percepción de la calidad, vinculadas con la hospitalidad, horas de funcionamiento y tiempos de espera (OPS, 2009).

En este sentido, se priorizó el estudio de los servicios de salud, específicamente el materno-infantil en el segundo nivel y los de seguimiento brindados por el primer nivel, ya que durante la prestación, tanto de atención directa como administrativa, se pueden desencadenar brechas que atentan contra la garantía del derecho a la salud de las mujeres Ngäbe-Buglé, el cual es reconocido como la jurisprudencia que posee toda persona ante el disfrute del “más alto nivel posible de salud física y mental” (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015, p. 181), sin importar su nacionalidad o etnia (Morales-Gamboa; Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014); sin embargo, no se debe dejar de lado el ámbito comunitario, ya que posee una carga importante durante la recuperación de la mujer y el infante posterior al parto.

Cabe destacar que es importante abordar el servicio dirigido a dicha población, contemplando la existencia de interacciones constantes entre los determinantes sociales, las usuarias y el contexto histórico-cultural que influye en la creación de experiencias en salud (Mora-Ríos y Bautista, 2014), situación que las puede ubicar en una posición de desventaja por la vulneración ante las condición de ser mujer, indígena y en algunos casos migrante, sujetas a un contexto que les convierte de facto en un grupo socialmente vulnerable, por lo que resulta

importante analizar sus efectos en el acceso oportuno y de calidad a la atención en salud (Salgado de Snyder et al, 2017).

B. Justificación

Uno de los principales problemas que enfrentan las mujeres indígenas, consiste en las barreras de acceso que posee el servicio materno-infantil, donde a pesar de las adaptaciones culturales realizadas en torno a infraestructura, inclusión de asesores culturales y demás mejoras, no se garantiza que sea utilizado de forma óptima por la población. Dada la situación, el sistema de salud enfrenta el reto de diseñar modelos de atención culturalmente competentes (Juárez-Ramírez et al, 2020).

Como parte del quehacer de la Promoción de la Salud, se destaca la responsabilidad de desarrollar abordajes que respondan ante la situación de salud de la población, entendida como un producto social, especialmente en aquellas que poseen una posición de desventaja en el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2016).

En este caso específico, el Hospital de San Vito se ha caracterizado por implementar diversas estrategias para abordar estas barreras. Un claro ejemplo es el Modelo de Atención Calificada, el cual se encuentra centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las maternidades de la CCSS y ha establecido lineamientos generales para su atención en el país (CCSS, 2017).

Su ejecución constituye un replanteamiento de “las maneras de actuar de los proveedores de salud tanto a nivel operativo como administrativo” (CCSS, 2017, p. 7); y busca:

desarrollar un modelo de prestación de la atención obstétrica calificada, basado en la evidencia científica y en los estándares nacionales e internacionales; centrada en el protagonismo de las mujeres y en su proceso reproductivo, en todas sus dimensiones, desde los enfoques de género y derechos humanos e interculturalidad con intervenciones necesarias para una atención segura y sin riesgo (CCSS, 2017, p. 24).

A pesar de los esfuerzos realizados, prevalece la dificultad para que el personal de salud brinde el servicio adecuadamente, lo que se respalda con el informe sobre el derecho a la salud y la educación de los pueblos indígenas de la UNICEF, el cual explica que “se utiliza un modelo de atención no adecuado para la cultura indígena, la mayoría de los funcionarios del sector público no están sensibilizados para atender la especificidad cultural, y que no se respeta la medicina tradicional” (UNICEF, 2006, p. 57).

Sin embargo, se comprende que estas acciones deben ser desarrolladas con las personas, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones, servicios de salud y la academia, para lograr obtener un sistema de protección de la salud integral. Esto debido a que, una de las formas de incluir la participación activa de la Promoción de la Salud, corresponde a la “orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos” (OPS, 1986, p. 4), con la finalidad de fortalecer la pertinencia cultural en los servicios de salud al tomar en cuenta dichos elementos, se coloca a las mujeres en condiciones de confort y seguridad que mejoran su experiencia en la atención (Freyermuth-Enciso y Meneses-Navarro, 2017).

Dicho aspecto es de gran importancia, ya que se han realizado múltiples iniciativas para “mejorar la calidad de la atención y ampliar el acceso de las mujeres más vulnerables a los servicios de salud” (Freyermuth-Enciso y Meneses-Navarro, 2017, p. 9) ante la necesidad de adecuar los procesos de parto y posparto a las características de las mujeres indígenas, con el fin de aumentar la calidad en su atención, y por ende, su grado de aceptación hacia la prestación de los servicios de salud (CEPAL, 2013, citado en Freyermuth-Enciso y Meneses-Navarro, 2017).

Con esto, no se pretende la homogeneización de los servicios, sino enfocarlos en la mujer y su familia, y así buscar su “participación activa en la planificación, prestación y evaluación de la atención” (OMS, 1985, citado en Freyermuth-Enciso y Meneses-Navarro, 2017, p. 12), de manera que se logre adoptar un enfoque intercultural en salud capaz de reconocer las diferencias y necesidades específicas de las mujeres indígenas (Universidad del Desarrollo, 2021).

Durante el desarrollo de la investigación se contempló lo estipulado en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234, al acatar el sistema de valores, cosmovisión y cultura de la población participante, de forma que fueron adaptados los procedimientos del estudio a las costumbres de la comunidad; se veló por la protección de sus derechos y los principios de respeto a la dignidad de las personas, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia distributiva (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2014).

La propuesta de TFG identificó barreras de acceso y factores facilitadores para la construcción de líneas de acción desde Promoción de la Salud, dirigidas a contribuir con la reorientación del servicio materno-infantil, su mejora continua y generar información que facilite la toma de decisiones a lo interno de la institución para fortalecer la asistencia sanitaria, la atención brindada y alinear las acciones de la institución con su misión y principios filosóficos desde la cobertura universal de salud y acceso equitativo a los servicios de salud

integrales (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados de largo plazo), en el curso de vida.

Lo mencionado toma mayor relevancia al reconocer que hasta el momento, no se habían hecho valoraciones de este tipo, y plantear un estudio que incorporó la opinión de las mujeres indígenas en su rol de usuarias y de las y los funcionarios de los centros de salud desde su posición de prestadores del servicio, factor diferenciador que pretendía generar información valiosa para los procesos de toma de decisión (P. Ortiz, comunicación personal, 23 de junio del 2022).

Ante lo expuesto, surge la pregunta de investigación ¿Cómo se abordan los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil del Hospital de San Vito de Coto Brus y del EBAIS La Casona dirigidos a las mujeres Ngäbe-Buglé?

C. Objetivo general

Diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus.

D. Objetivos específicos

1. Identificar los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus.
2. Describir los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil desde la experiencia de las mujeres Ngäbe-Buglé como usuarias del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus.
3. Establecer las líneas de una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil desde los resultados obtenidos con las y los funcionarios del EBAIS La Casona, el Hospital de San Vito de Coto Brus y las mujeres Ngäbe-Buglé.

VI. Marco Conceptual

La *Reorientación en los Servicios de Salud* al considerarse una de las líneas de acción de la Promoción de la Salud, se caracteriza por ser un proceso que impulsa a que los “servicios de salud trasciendan de sus funciones y opten por una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos como un todo” (OPS y OMS, 2013, p. 3),

al potenciar las fortalezas obtenidas en las acciones ejecutadas para redireccionarlas a una nueva oportunidad de mejora, donde se fomente la integración de esfuerzos (Salinas, 2017).

De acuerdo con lo anterior, se determina que la Reorientación va más allá de una reforma o una reorganización estructural de un servicio en específico, al estimular la valoración cualitativa y cuantitativa de las acciones realizadas (Salinas, 2017) “aumenta la eficacia de las intervenciones de salud, promueve la calidad de la atención y mejora la práctica de la salud pública” (OPS y OMS, 2000, p. 16), por ende, “evidencia la efectividad de lo que se hace” (Salinas, 2017, p. 84).

Por esta razón, el resultado final del proceso investigativo giró en torno a la elaboración de una *Estrategia de Reorientación del Servicio* materno-infantil que incluye puntos de mejora dirigidos a abordar las barreras identificadas para enfrentar las debilidades de la organización (Torreblanca, 2019) y fortalecer los aciertos. Esto puede contribuir al avance de “una forma no discriminatoria hacia la consecución del derecho al máximo grado posible de salud y de otros derechos humanos relacionados” (Del Pino, et al, 2018, p. 2).

Para su construcción, el *Servicio de Salud* fue la piedra angular del estudio, al ser el organismo descentralizado con personalidad jurídica, capaz de generar acciones en salud con la finalidad de “cumplir con su responsabilidad de articular, gestionar y desarrollar la red asistencial correspondiente a la protección, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas” (Parra, 2009, p. 4). Asimismo, en Costa Rica la Ley General de Salud N° 5395 estipula que la salud de la población es de interés público y el Estado debe garantizarla a todos los habitantes del país (Sáenz, et al, 2011).

En este sentido, la *Comunidad* se ha convertido en un importante recurso para los servicios de salud y el bienestar de la población, debido a su capacidad para influir en la provisión de servicios de atención a partir del reconocimiento de sus necesidades en salud que pueden guiar la formulación de política pública y marcos jurídicos que ofrezcan servicios adaptados a sus particularidades (Vega y Torres, 2011).

Los servicios de salud, se constituyen como un *Determinante Social de la Salud* por su capacidad de “modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones que afectan el nivel de salud” (Hirmas, et al, 2013, p. 224). Razón que le llama a orientar su accionar en la demanda basada en las necesidades de la población y enfocar esfuerzos hacia el “acceso universal a los servicios de salud como un derecho humano fundamental” (Báscolo, Houghton y Del Riego, 2018, p.1), pues de acuerdo con la OMS (2011) para gozar de altos niveles en salud y evitar

inequidades, resulta indispensable que los sistemas de salud sean universales, equitativos, receptivos y que cumplan criterios de calidad.

Ante lo expuesto, la OPS (2017) señala que los sistemas de salud deben ajustar sus modelos de organización para mejorar el acceso mediante la implementación de estrategias que velen por la salud de la mujer, y de esta forma cumplir con los mandatos que respaldan sus derechos; es por esto que el servicio materno-infantil se rige bajo el marco del *Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la CCSS*, que evidencia un esfuerzo del servicio de salud a nivel nacional, donde la institución se compromete a coordinar su gestión local para la mejora continua de la “atención a las usuarias y de la comunidad” (CCSS, 2017, p. 2).

Por su parte, la *Interculturalidad en Salud* se define como la capacidad de establecer un equilibrio entre diferentes conocimientos, creencias y prácticas culturales, en cuanto a las percepciones de la salud, enfermedad, vida, muerte, y otros aspectos biológicos, sociales y relacionales, “entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud” (OPS, 2009, p.13).

En ese sentido, la *Pertinencia Cultural* se rige bajo el principio de respetar el derecho a la diferencia, de forma que al aplicarse a la atención en salud implica que se valore la diversidad biológica, cultural y social en todo el proceso (CCSS, 2017). Asimismo requiere que “los servicios sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas” (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, s.f, p. 5).

El modelo al incluir adaptaciones al servicio basándose en las características de poblaciones específicas, pretende incorporar *Factores Facilitadores* en la atención, que son aquellos que favorecen la capacidad del sistema para alcanzar estas demandas (Ibañez-Cuevas, et al, 2020). Entre ellos se destaca el valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones, la adaptación de los servicios al paciente y los programas asociados con su atención, comunicación médico-paciente y calidad de la relación entre ambos, la aceptación del diagnóstico y confianza en los tratamientos, proyección comunitaria del servicio de salud y atención personalizada hacia la población (Hirmas et al, 2013).

A pesar de la ejecución de ajustes, actualmente continúan presentes *Barreras de Acceso* que condicionan y obstaculizan la forma en la que las personas ingresan a los servicios de salud y hacen uso de ellos (OPS, 2009) (Cortés y Fernández, 2020). Dichas barreras, se originan ante la dificultad que poseen los prestadores de servicios para ajustarse a “las necesidades y las

posibilidades reales de accesibilidad de las personas, ni toman en cuenta sus condiciones diferenciales de vida y de trabajo que determinan el acceso a los servicios” (Hirmas, et al, 2013, p. 228).

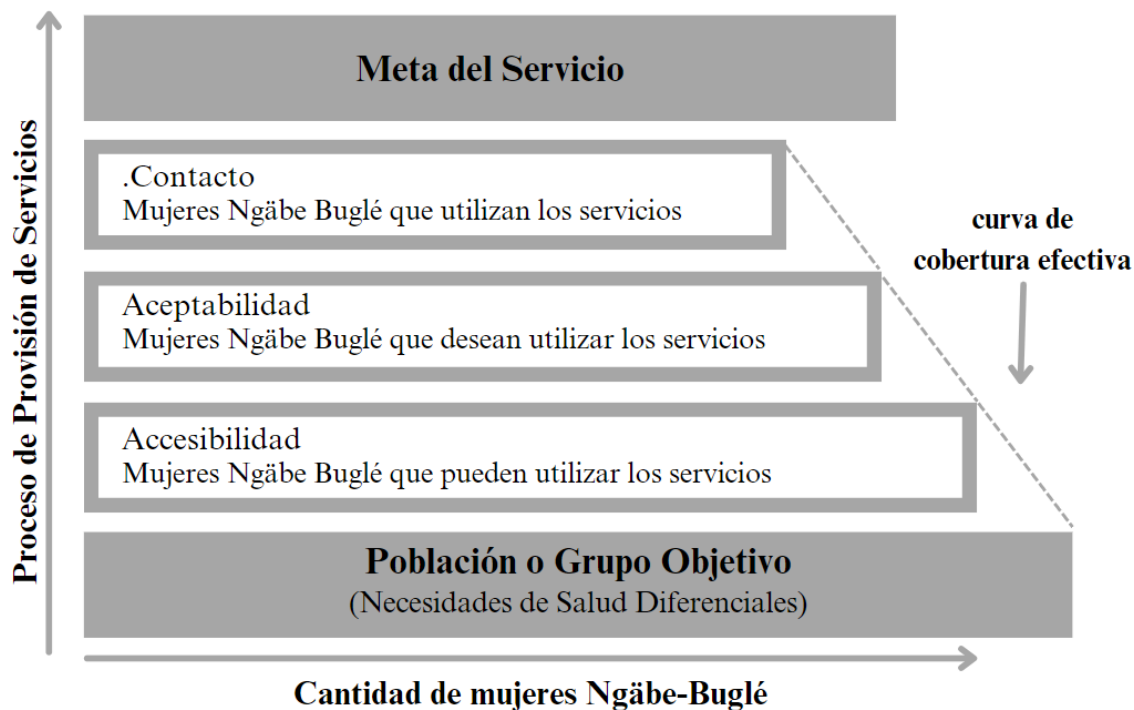
Por lo tanto, para el desarrollo de la investigación se priorizó el análisis de las barreras según el *Modelo de Evaluación de Equidad de Acceso y Barreras para Lograr Cobertura de Salud Universal con Equidad de Tanahashi* (Anexo 2. Modelo de Tanahashi), que toma como base la conceptualización de cobertura efectiva, entendida como la proporción de la población que recibe un servicio eficaz, considerado satisfactorio y capaz de lograr el resultado esperado; asimismo, resalta que el acceso implica una interacción entre “la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención” (Hirmas, et al, 2013, p. 224).

Además, se considera de gran utilidad para estudiar la equidad en el acceso a la atención en los servicios de salud, debido a su capacidad de identificar grupos poblacionales con necesidades insatisfechas, y de reconocer las posibles barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen la cobertura efectiva (Hirmas, et al, 2013).

De acuerdo con Hirmas, et al (2013), este modelo propone la clasificación de barreras de acceso y elementos facilitadores en 5 grandes grupos; sin embargo, para efectos de la presente investigación, se ahondó únicamente en tres al ser los que mejor se acoplan a los objetivos del estudio. En primer lugar, la *Aceptabilidad del Servicio*, que se refiere a la percepción de la atención brindada, donde diversos factores sociales, culturales, de trato, creencias, entre otros, poseen gran influencia en la aproximación de las usuarias a los servicios; en segundo lugar, el *Contacto con el Servicio*, que contempla aspectos como la calidad de la atención y la continuidad brindada por el sistema, y finalmente, la *Accesibilidad*, relacionada con aspectos organizacionales y administrativos como los requisitos para la atención, modalidades de aseguramiento y procesos burocráticos a lo interno del servicio. Por esta razón, se considera necesaria la adaptación de dicho modelo tal y como se muestra en la siguiente figura.

Figura 3.

Adaptación del Modelo de Tanahashi



Fuente: Elaboración propia, 2021, a partir de los datos de Hirmas, et al, (2013).

Dichas categorías se consideraron pertinentes para los fines de la investigación, debido a que “permite sistematizar barreras y facilitadores en dimensiones específicas, que al incluirse en un instrumento de chequeo podría resultar valioso al momento de evaluar el acceso a la atención de salud” (Hirmas, et al, 2013, p. 228).

Cabe destacar que la existencia de estas barreras, puede afectar el *Acceso a los Servicios de Salud*, termino definido como la capacidad y facilidad de recibir los cuidados que requiere la población y solicitar la atención como usuarios (Restrepo-Zea, et al, 2014) (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015); sin perder de vista que va más allá de la disponibilidad del recurso en el lugar y momento requerido (OPS, 2009).

Por esta razón, el acceso debe ser medido en términos de su utilización, ya que depende de otros factores que no se limitan únicamente a la adecuada prestación, tales como recibir información certera sobre los derechos a la atención médica, la disponibilidad de recursos necesarios, su pertinencia y efectividad para lograr resultados satisfactorios (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015).

Existen poblaciones que por las condiciones que enfrentan socialmente se ven mayormente vulnerabilizadas, tal es el caso del *Género*, vinculado con construcciones sociales que permean “los comportamientos, actividades, expectativas y oportunidades que se

consideran apropiadas en un determinado contexto sociocultural” (Organización Mundial de la Salud, 2018, párr. 1-9) y puede influenciar en la presencia de inequidades en salud, así como en las relacionadas con la situación socioeconómica, etnia, edad, entre otras; por lo que implementar una atención adecuada a sus necesidades es un factor vital para abordar los elementos que podrían obstaculizar el acceso oportuno.

Es importante estudiar el componente de *Calidad* en la atención del servicio, comprendido desde un enfoque subjetivo que surge a partir de la experiencia de las mujeres Ngäbe-Buglé como usuarias del resultado obtenido y la prestación del servicio, lo cual deriva de la “comparación de las expectativas del cliente con el resultado actual que recibe” (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985, como se cita en Setó-Pamies, 2004, p. 17).

Bajo esta concepción, se enfatiza que la calidad del servicio y la satisfacción del cliente no son elementos aislados, ya que se encuentran estrechamente ligados con la perspectiva del usuario, de forma que se deben abordar satisfactoriamente los procesos de atención para cubrir las necesidades de la persona consultante de manera positiva, lo cual “propicia la adherencia de estos al proveedor de servicios y orienta mejoras en organizaciones de salud” (Suárez-Lima et al, 2019, p. 155).

Además, su importancia gira en torno a que se optimice la utilización de los recursos disponibles y a que se realicen constantes procesos de revisión que permitan identificar y corregir deficiencias, con la finalidad de brindar mayores beneficios y minimizar los riesgos para las usuarias (Donabedian, 2001).

Las iniciativas dirigidas a los pueblos indígenas deben contemplar su *Cosmovisión*, es decir la concepción del mundo que poseen, considerando sus creencias, costumbres y tradiciones (Estrada-Torres, 2012). Y que estas sean parte de la construcción de abordajes atinentes a sus necesidades específicas, abarcando el bagaje histórico, conocimientos ancestrales y sistemas de valores (Sarsaneda del Cid y Quintero-Sánchez, 2018), de manera que se promueva “la plena efectividad de los derechos sociales y culturales de esos pueblos, respetando su identidad” (OIT, 2014, p. 22).

Sumado a lo anterior, el principal aporte de la *Promoción de la Salud* se encuentra asociado con la integralidad que ofrece, ya que considera la complejidad en el abordaje en salud al tener una perspectiva que analiza con profundidad aspectos explícitos e implícitos que influyen en ella, y posee un papel preponderante dentro del abordaje de las inequidades en salud que pueden presentarse en el servicio. Integrando así conocimientos, experiencias y perspectivas de los diferentes grupos poblacionales que se encuentran inmersos en la dinámica

de los servicios de salud, desde los roles de usuarios, prestadores de la atención directa y personal administrativo (Martínez-López, 1998).

Los servicios de salud juegan un papel vital en el fortalecimiento del componente comunitario para la articulación de esfuerzos, y así, instar prácticas familiares, de cuidado y protección del niño, niña y embarazadas en el hogar y la comunidad (Ministerio de Salud Pública, 2010). Por lo que se requiere posicionar a la Promoción de la Salud dentro de los servicios de atención desde una perspectiva que sobrepase el enfoque biomédico de salud-enfermedad, donde se tiende a reducir su accionar; y por el contrario, se posicione esta rama de conocimiento en otros procesos que trasciendan los escenarios tradicionales con los que se ha ligado y se vincule con otros elementos del funcionamiento institucional, en gerencia y cómo esto se traduce en la población.

VII. Valores éticos y sociales del estudio

La investigación se rige bajo la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234 y los lineamientos del Comité Ético Científico (CEC) del Hospital San Juan de Dios (HSJD), con la finalidad de salvaguardar la integridad de los participantes, por lo tanto, se contemplaron los siguientes valores éticos y sociales como pilares del estudio.

Se identificó la diversidad como un valor en los abordajes que se desarrollaron en el marco de la investigación, al involucrar las percepciones y concepciones de las personas Ngäbe-Buglé, su pensar, sentir y prácticas inherentes a su cultura (Meza-Salcedo, 2017).

Es importante señalar que se respetó el sentido de comunalidad, complementariedad y compartencia, al ser una comunidad en permanente transformación, pero con un fuerte sentido de unidad y pertenencia, donde priman los derechos colectivos por sobre la vivencia individual de los derechos humanos y permiten entender su cotidianidad; así como la pluralidad, ya que los pueblos indígenas poseen diferentes formas de comprender el mundo (Meza-Salcedo, 2017).

También se resaltó el respeto a los participantes, respaldado mediante la protección de la dignidad y privacidad de las personas involucradas, donde se buscó la disminución de los riesgos y se potenciaron los beneficios (Hirsch-Adler, 2019).

Asimismo, Hirsch-Adler (2019) hace referencia a la responsabilidad y los cuidados de la persona investigadora con los participantes, en especial al guardar la confidencialidad y evitar a toda costa los efectos perjudiciales para los involucrados y responsabilizarse por el desenlace de la investigación. Ante esto, debe verse reflejada la honestidad en los procesos de

comunicación, reportes de información y presentación de resultados con datos reales y fidedignos.

Para asegurar la participación integral de la población, se le brindó protección especial basada en el “principio que se extiende a la dignidad e intimidad del individuo, sus creencias religiosas, su inclinación política, las prácticas derivadas de la pertenencia cultural y su capacidad de autodeterminación” (UCR, 2000, p. 1).

A. Plan de garantía ética

El presente apartado profundiza diversos elementos que respaldaron el accionar del equipo investigador y permitieron que el proceso se realizara bajo un alto grado de responsabilidad, manteniendo el foco prioritariamente en la relación de respeto entre el investigador y la persona participante (Ferdinand, Oyarce, Kelaher y Anderson, 2018).

En concordancia con lo anterior, García-Pérez (2006) indica cuatro principios de la bioética que brindan los lineamientos para proteger los derechos inherentes de los seres humanos en toda investigación. Se presenta su relación con la propuesta de trabajo:

- Respeto a la autonomía: Constituye el derecho de toda persona a decidir sobre su participación en el estudio, a partir de sus valores y creencias. Esto se vio mayormente representado en el consentimiento informado, que es necesario para todo abordaje y debe ser comprendido como herramienta que guió el proceso, de forma que trascienda la acción de firmar un documento (García-Pérez, 2006).

- No maleficencia: Es entendido como el valor básico del sistema moral en que se circunscribe la sociedad y bajo el cual se prohíbe generar daños, de manera consciente o inconsciente a los sujetos involucrados en el estudio (García-Pérez, 2006).

- Beneficencia: Mediante este principio se pretende la búsqueda de hacer el bien mediante cada labor que fue realizada en la investigación, así como encontrar un equilibrio entre los posibles riesgos y beneficios para las personas participantes (García-Pérez, 2006).

- Justicia: Parte del posicionamiento de que todos los seres humanos poseen igualdad en cuanto a derechos y dignidad; sin embargo, existen grupos que por las condiciones en que se desenvuelven pueden ser mayormente vulnerabilizados. Durante el proceso de investigación se tuvo en cuenta la elección de alternativas que procuraron actuar equitativamente (García-Pérez, 2006).

Dichos principios guiaron el cumplimiento de los aspectos planteados durante todo el proceso de ejecución del estudio, velar por la protección de los participantes (Fuentes y Revilla,

2007), y el respeto a los valores y perspectivas del pueblo indígena Ngäbe-Buglé, al buscar el incremento del bienestar de esta comunidad mediante el aporte de datos contextualizados y actuales, necesarios para aumentar el conocimiento sobre aspectos culturales en la atención en salud (Dudgeon, Kelly y Walker, 2010, citado en Ferdinand, Oyarce, Kelaher y Anderson, 2018).

Se contempló la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234, que rige a nivel país el accionar en cuanto a los aspectos éticos de la investigación, por tanto, funcionó como marco referencial del estudio. Además, se obtuvo la aprobación por parte del CEC-HSJD, al involucrar funcionarias/os del primer y segundo nivel de atención en salud de la RIPPS de la Región Brunca perteneciente a la CCSS.

Además, la formulación del protocolo, específicamente el objetivo 2 referente a la percepción de las usuarias, se fortaleció con la asesoría y acompañamiento de informantes clave de la comunidad y diversos profesionales que permitieron estructurar el protocolo bajo el enfoque de pertinencia cultural de la siguiente manera:

1. Acompañamiento de asesora

Para la recolección de datos se contó con el acompañamiento de una asesora cultural, que brindó interpretación cultural e idiomática a las usuarias Ngäbe-Buglé en la entrevista, cabe resaltar que dicha asesora no aplicó los instrumentos, su aporte fue como intermediaria entre el investigador y la mujer entrevistada, debido a que aunque algunas mujeres hablan español, los principios éticos respaldan la importancia de realizar los procedimientos en el idioma que le haga sentir más cómoda a la participante (García-Pérez, 2006); asimismo, las personas Ngäbe-Buglé indican preferir la compañía de un integrante de su comunidad durante los procesos a ejecutar (J. Deng, comunicación personal, 6 de junio del 2022).

2. Ajustes del consentimiento informado

En cuanto a los ajustes incluidos a los instrumentos y la metodología, se realizó la adaptación de los consentimientos informados, al identificar que era probable encontrar durante el trabajo de campo, personas de la comunidad que no han tenido la oportunidad de desarrollar las habilidades de lectoescritura, de forma que el equipo investigador, tras varias reuniones sostenidas con el traductor y asesor Ngäbe Edgar Atencio y acatando lo establecido por ley, se optó por implementar el uso de la huella digital en sustitución de la firma, y la traducción del consentimiento informado e instrumento de recolección de datos al idioma ngäbere.

3. Procesos de consulta al pueblo indígena Ngäbe-Buglé

Particularmente al trabajar con estos pueblos se empleó el Decreto N° 40932, referente al Mecanismo General de Consulta dirigidos a Pueblos Indígenas donde se establece la

normativa a seguir durante investigaciones que involucren los derechos colectivos de los pueblos indígenas, al considerar que cada grupo étnico tiene potestad para establecer sus propios lineamientos según las particularidades y cosmovisión.

En el caso de la población Ngäbe-Buglé, tras realizar la consulta a informantes clave de la comunidad, se le indicó al equipo investigador que debía realizar la petición por medio de cartas al Concejo de Mayores, el Concejo de Cacique y Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus (ADI) para ejecutar el trabajo con las mujeres Ngäbe-Buglé, es preciso señalar que durante los procesos de consulta a cada una de las participantes, prevaleció su libertad, voluntad y poder decisorio, ya que podían negarse a participar, o bien retirarse del proceso en cualquier momento, tal como lo establece el consentimiento informado elaborado con base a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234 y especificaciones del CEC-HSJD para las investigaciones en las que participan seres humanos.

4. Devolución de resultados y estrategia

a. Validación de la estrategia

Se planificaron espacios de reunión con los actores clave inmersos en el proceso que involucran a los integrantes del comité asesor de la investigación y la contraparte de la CCSS, para el diálogo de saberes y la debida validación de la propuesta. Durante la revisión, el equipo investigador expuso con detalle los principales hallazgos de la investigación y la estrategia elaborada. Este proceso facilitó la realimentación por parte de los participantes convocados y posteriormente, los ajustes sugeridos fueron incorporados al documento.

Se coordinó con la contraparte de la CCSS para llevar a cabo un espacio de reunión de forma virtual el día 28 de junio del 2024, en el cual se contó con la participación de las jefaturas de enfermería y consulta externa y hospitalización del Hospital San Vito “Juana Pirola”. Por otra parte, se concretó otra sesión el 25 de junio del 2024, donde participó el director del Área de Salud.

Para el cumplimiento de objetivos hacia grupos beneficiarios y el resguardo de los derechos del pueblo indígena como copartícipes del estudio, se solicitó una reunión presencial; sin embargo, no se logró concretar previo a la defensa por dificultades de comunicación, por lo que se facilitó la estrategia vía correo electrónico a la Asociación de Desarrollo Integral (ADI) de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus para propiciar la lectura de la estrategia, proporcionar un espacio para el intercambio de saberes y fomentar un rol más participativo por parte de los representantes comunitarios.

Se proyecta para la semana del 19 al 23 de agosto del 2024 una reunión presencial con la ADI, el Concejo de Mayores y el Concejo del Cacique para la debida devolución de resultados a la población Ngäbe-Buglé.

5. Uso de la información

La información que requirió el equipo investigador para el desarrollo del estudio en cuestión, fue obtenida por medio de la aplicación de entrevistas a las y los funcionarios de la institución y a las mujeres Ngäbe-Buglé, donde se explicó a los participantes el procedimiento a seguir y la protección de sus derechos mediante el consentimiento informado (Anexo 6. Consentimiento informado dirigido a funcionarios y Anexo 7. Consentimiento informado dirigido a usuarias). Se debe hacer hincapié en que no se estimaron riesgos a la integridad física de los participantes; sin embargo, en caso de experimentar incomodidad durante el proceso, se les indicó que podían comunicárselo al investigador, o bien, suspender su participación.

Se garantizó su confidencialidad, ya que los datos recolectados fueron utilizados únicamente con fines académicos y durante la ejecución de actividades que permitieron el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Los documentos generados a partir de los instrumentos empleados, fueron escaneados y serán guardados en una memoria USB por un período de quince años, tal y como se indica en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234 vigente para Costa Rica.

VIII. Metodología

Este apartado, describe la puesta en marcha de la investigación, al definir cada uno de los elementos del encuadre metodológico y expresa los requerimientos que fueron necesarios para su desarrollo, el cumplimiento de los objetivos propuestos y el alcance de un análisis reflexivo y crítico del objeto en estudio.

A. Diseño metodológico

El presente protocolo, es un estudio con enfoque cualitativo-descriptivo, el cual se caracteriza por ajustarse a las condiciones de un escenario o ambiente en donde se aborda una temática específica, directamente vinculada con los “participantes y la evolución de los acontecimientos” (Salgado-Lévano, 2007, p. 72).

Este tipo de enfoque valora el desarrollo natural de los sucesos, ya que no existe algún tipo de manipulación o intromisión de los investigadores en el contexto en estudio (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014).

Según Guevara-Alban, Verdesoto-Arguello y Castro-Molina (2020), el propósito de este tipo de investigación se dirige a profundizar en la realidad de la población y analizar sus costumbres y actitudes mediante la descripción de “actividades, objetos, procesos y personas” (p. 171). Por lo que, al contemplar el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporciona la comparación con otras fuentes a partir de “las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Quecedo y Castaño, 2002, p. 7).

La pertinencia de utilizar dicho marco interpretativo, recae en que valora el comportamiento de las poblaciones ante acontecimientos particulares, tal es el caso del acceso y la calidad del servicio de salud, ya que permitió describir los factores y las características comunes del funcionamiento del servicio y el tránsito de las usuarias a partir de su percepción como partícipes del estudio. Además, condujo al desarrollo de categorías y relaciones que permitieron la interpretación de los datos. Por tanto, este diseño fue el que más se ajustó y brindó respuesta a la razón de ser de la investigación, el objeto de estudio, los objetivos y la pregunta planteada.

1. Modalidad del Trabajo Final de Graduación

De acuerdo con lo anterior, la modalidad de TFG seleccionada es el seminario, ya que se planteó un trabajo colaborativo que integró la diversidad de perspectivas que enriquecieron el análisis del servicio materno-infantil y los elementos álgidos que inciden en él, los cuales no deben interpretarse de manera aislada. Para esto, la investigación planteó una propuesta ambiciosa ante la complejidad y los desafíos que posee la prestación de los servicios para la Región Brunca.

Por lo tanto, se elaboró una estrategia de reorientación como instrumento operativo, adaptado al primer y segundo nivel de atención que pretende apoyar el Modelo de Atención Calificada a partir de la lectura de la atención de la mujer Ngäbe-Buglé desde la Promoción de la Salud. Mediante la articulación de tres grandes subdimensiones que involucran los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención a partir del empleo del Modelo de Tanahashi y el criterio técnico e intercambio de saberes con expertos, actores claves a nivel comunitario, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y altos jerarcas de las instituciones de salud.

Asimismo, es pertinente para la CCSS, la búsqueda continua de soluciones que puedan constituir una asistencia sanitaria de calidad, que brinde garantía de los derechos humanos en la vivencia de las maternidades con pertinencia cultural e intercultural adaptada a la capacidad resolutoria de cada centro de salud y los recursos disponibles. Al involucrar por primera vez la

consulta dirigida específicamente a las usuarias Ngäbe-Buglé del servicio sobre sus experiencias con el apoyo de asesoras culturales para facilitar y respetar la comunicación en su idioma, el cumplimiento de los principios éticos científicos de esta población y su plena participación dentro del estudio.

El equipo investigador reconoce los esfuerzos realizados en la zona por parte de diversos actores; sin embargo, existe un vacío en el análisis del funcionamiento interno de los servicios de salud en relación con la aceptabilidad y adherencia a los tratamientos, el tránsito de la población dentro del establecimiento y la opinión de las usuarias y los funcionarios, lo que representó una oportunidad para el estudio al constituirse como insumo de valoración externa.

Tanto la modalidad como el diseño metodológico se encuentran estrechamente relacionados con la construcción de un punto de vista flexible, “fresco, natural y holístico” (Hernández-Sampieri; Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014, p. 16) que integra el estudio del servicio de salud, los funcionarios involucrados en su prestación y su proyección hacia las usuarias Ngäbe-Buglé.

A continuación, se presenta la distribución de labores que facilitaron el desarrollo del seminario, es necesario reconocer que aunque algunos elementos se elaboraron sin la totalidad del equipo cada uno de los apartados fue sometido a espacios de socialización mediante reuniones que permitieron mantener el hilo conductor del proceso.

Tabla 3. *Distribución de labores para la elaboración del seminario*

Distribución de labores			
Objetivo	Actividad	Sub tarea	Responsables
Aspectos previos	Construcción protocolo	Redacción y elaboración de los apartados del protocolo de investigación	Equipo investigador
	Espacios con actores clave	Reunión virtual con la contraparte institucional	Karla y Steve
		Entrevista actores clave	Ana, Daniela y Paula
Presentar protocolo de TFG a CENDEISS	Requerimientos previos para la revisión del CENDEISS	Revisión de los documentos para enviar al CEC-HSJD	Equipo investigador
		Completar los documentos para enviar al CEC-HSJD	Equipo investigador
		Revisión de los Programas de Normalización Salud de la Mujer, Salud del Niño y la Niña y Programa de Normalización para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas	Equipo investigador
Actualización del protocolo	Ampliar apartados del protocolo	Realizar las correcciones pertinentes para continuar con el proceso en el CEC-HSJD	Equipo investigador
Primera fase trabajo de campo	Visita de campo Coto Brus	Pilotaje IRD usuarias	Paula, Karla y Daniela
		Pilotaje IRD funcionarios	Ana y Steve
		Entrevistas actores clave	

Envío del protocolo a revisión CEC-HSJD	Documentación completa	Seguimiento del proceso	Karla
Revisión protocolo CEC-HSJD	Realizar las correcciones sugeridas	Trabajo en equipo para completar las observaciones	Equipo investigador
Envío de correcciones a CEC-HSJD	Información corregida y actualizada	Seguimiento del proceso	Daniela
Aprobación del protocolo CEC-HSJD	Se recibe el oficio de aprobación	Se solicita información adicional	Equipo investigador
Coordinación previa al trabajo de campo	Reunión con contraparte de la institución y comité asesor	Crear el cronograma de trabajo de campo	Equipo investigador
Trabajo de campo	Recolección de datos	Aplicación de entrevistas a personal del Hospital	Steve, Paula y Ana
		Aplicación de entrevistas a personal del EBAIS	Steve, Daniela y Karla
		Aplicación de entrevistas a usuarias	Ana, Daniela, Paula y Karla
Resultados	Tabulación y análisis de datos	Transcripción fiel de entrevistas y categorización	Equipo investigador
Elaboración de propuesta	Objetivo 1	Graficación de procesos mediante el Diagrama de Flujo Procesos	Karla y Paula
		Análisis y redacción de resultados Hospital (factores facilitadores y barreras)	Karla y Steve
		Análisis y redacción de resultados EBAIS (factores facilitadores y barreras)	Paula y Steve

		Análisis y redacción de resultados EBAIS y Hospital	Karla, Paula y Steve
	Objetivo 2	Elaboración y redacción de resultados usuarias sobre aceptabilidad	Ana
		Elaboración y redacción de resultados usuarias sobre accesibilidad	Daniela
		Elaboración y redacción de resultados usuarias sobre contacto	Ana
	Objetivo 3	Justificación e introducción de la estrategia	Paula y Ana
		Contexto y situación de salud	Steve y Karla
		Metodología	Daniela
		Modelo de gestión de la estrategia	Equipo investigador
		Elaboración de línea de acción 1 (componente teórico y matrices)	Steve
		Elaboración de línea de acción 2 (componente teórico y matrices)	Karla
		Elaboración de línea de acción 3 (componente teórico y matrices)	Ana
		Elaboración de línea de acción 4 (componente teórico y matrices)	Paula
		Validación de la estrategia con la contraparte institucional	Equipo investigador

	Apartados finales	Redacción y elaboración de las conclusiones	Karla y Steve
		Redacción y elaboración de las recomendaciones	Ana, Daniela y Paula
Defensa TFG	Defensa por parte del equipo investigador	Contar con los atestados para la defensa de TFG	Equipo investigador
Ajustes finales	Reunión del equipo investigador	Realizar ajustes al protocolo de TFG a partir de las correcciones indicadas en la defensa de TFG	Equipo investigador
Devolución de resultados	Devolución de resultados con la población involucrada	Devolución de resultados Coto Brus	Equipo investigador

B. Descripción de los sujetos participantes del estudio

Los sujetos participantes del estudio, se definen por Pineda; Alvarado y Canales (1994) como “el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (p. 108) y Fayad-Camel (1970) (como se cita en Pineda; Alvarado y Canales, 1994) menciona que es el conjunto total de individuos o elementos en los que se hacen presentes ciertas características o atributos, las cuales se analizaron.

1. Sujetos participantes en el primer nivel de atención

En el EBAIS La Casona se tomaron en cuenta el total de 10 funcionarios entre el director del Área de Salud de Coto Brus (1), personal de farmacia (1), trabajo social (1), auxiliar de enfermería (1), médico general (1), asistentes comunitarios indígenas (2), ATAPS (2), asistente técnico de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REMES) (1).

2. Sujetos participantes en el segundo nivel de atención

En el Hospital de San Vito de Coto Brus se contemplaron 39 funcionarios que conforman la totalidad del servicio materno-infantil, de atención directa: médico asistente coordinadora de maternidad (1), ginecóloga (1), enfermeras obstetras (4), auxiliar de enfermería (3), asesora cultural (1) y asistente de pacientes (2), además los especialistas en el área de farmacia (1) y trabajo social (3).

Con respecto a los funcionarios administrativos se incluyó al Director del Hospital de San Vito (1), el Jefe Hospitalización y Consulta Externa (1), Jefatura de Nutrición (1), Jefatura de Farmacia (1), Jefatura de Enfermería (1), Supervisor de Enfermería (1), asistente técnico REMES (5), personal de seguridad (11) y Coordinador de la Oficina de Validación y Facturación de Servicios Médicos (Validación de Derechos) (1).

3. Usuarías Ngäbe-Buglé del primer y segundo nivel de atención

Involucró a mujeres Ngäbe-Buglé⁷ usuarias del servicio materno-infantil del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, lo cual concierne al cumplimiento del segundo objetivo específico planteado.

Se estableció un mínimo de 20 mujeres participantes; sin embargo, la muestra final se obtuvo tras la saturación de datos, siendo un total de 29 usuarias, de las cuales únicamente 18 cumplieron con el perfil para ser informantes.

⁷ Las indígenas Ngäbe-Buglé se auto perciben como población altamente móvil transfronteriza, y su desplazamiento tiende a ser temporal o estacional por fuentes de empleo (Programa Estado de la Nación, 2013), tal es el caso del cantón de Coto Brus, que por su cercanía con Panamá (CCSS, 2014) posee mayor afluencia de esta población. Por lo tanto, serán consideradas las mujeres que residen en Costa Rica y las que se encuentran de paso, siempre y cuando se cumplan los criterios de inclusión.

C. Criterios de inclusión y exclusión de los sujetos del estudio

Entre los requerimientos idóneos con los cuales debió contar la población que formó parte de la investigación, se estipularon los siguientes criterios.

1. Inclusión

Tabla 4. *Criterios de inclusión*

Funcionarias/os administrativos y de atención directa de los servicios	Mujeres usuarias del servicio materno-infantil
·Hombres y mujeres que laboren en el EBAIS la Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, con al menos 1 año de experiencia en el puesto ·Que puedan brindar datos relacionados con la atención de las mujeres indígenas Ngäbe-Buglé	·Mujeres indígenas Ngäbe-Buglé mayores de 18 años, que se encuentren en el territorio costarricense y que hayan recibido o reciban atención materno-infantil en el EBAIS la Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus en el período del 2017 al 2023

2. Exclusión

Para la presente investigación no se contemplaron criterios de exclusión para la incorporación de participantes.

D. Tiempo

En concordancia con la fase logística y de campo, se realizó el contacto con las poblaciones durante el primer y segundo semestre del año 2022, con el propósito de establecer un primer acercamiento con los centros de salud en estudio, el Concejo de Mayores, Concejo del Cacique y la ADI acatando lo establecido por el Mecanismo General de Consulta a Pueblos Indígenas y con los sujetos participantes del estudio.

Lo anterior, para la identificación de recursos y su máximo aprovechamiento en la ejecución de la investigación, así como el desarrollo de la prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos para su debida verificación, realizar los ajustes requeridos y detallar aspectos asociados con el trabajo de campo. Además de las revisiones correspondientes por parte del Comité Ético Científico (CEC) de la Universidad de Costa Rica (UCR), la Subárea de Bioética en Investigación, el Programa de Normalización Salud de la Mujer, Programa Salud

del Niño y la Niña, el Programa de Normalización para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y el CEC del Hospital San Juan de Dios⁸.

Una vez culminados los procesos de revisión y aprobación se ejecutó el protocolo en el contexto institucional seleccionado y se entabló comunicación con las usuarias en el segundo semestre del 2023.

Para esto, el equipo investigador contó con el apoyo de una asesora cultural que intervino a lo largo de los procesos de interacción entre los encargados de la investigación y las mujeres Ngäbe-Buglé, debido a que se reconoció la importancia de su participación ante situaciones que requirieron de una explicación más detallada, ya que más allá de traducir, la asesora contaba con la capacidad de interpretar y ayudar a mejorar la comprensión de las preguntas a partir de su vasto conocimiento de la cultura Ngäbe-Buglé.

E. Delimitación territorial de la investigación

La investigación se desarrolló en San Vito, el cual posee una extensión de 74.88 km² y pertenece al cantón de Coto Brus, específicamente en la Región Brunca la cual incluye al EBAIS la Casona y al Hospital de San Vito de Coto Brus.

Figura 4.

Mapa ubicación territorial de San Vito de Coto Brus



Fuente: Zahawi (2015).

⁸ Para mayor detalle ver apartado: 1. Fase Logística punto a. *Proceso de inscripción de la investigación*

F. Criterios para la selección de personas participantes

Por la naturaleza de la investigación cualitativa no se suele establecer una muestra determinada; no obstante, el muestreo *por conveniencia*, fue el empleado para la identificación de las y los funcionarios en el primer y segundo nivel. Este tipo de muestreo permitió obtener “la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados” (Sandoval, 2002, p. 124). Ya que la recolección de datos en los centros de salud se realizó cuando el personal se encontraba en horarios laborales lo que requirió del uso eficiente del tiempo.

Respecto a las entrevistas realizadas a las usuarias de los servicios se utilizó el muestreo *de oportunidad*, que se distingue por aprovechar los informantes clave que se presentan de manera fortuita justo cuando el grupo de investigadores los necesita y son integrados en el proceso de recolección de datos (Hernández-Sampieri; Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014). Para el presente estudio la asesora cultural brindó su apoyo al convocar participantes que cumplieran con el perfil estipulado, estas fueron incluidas en la muestra.

G. Cuadros de categorización apriorística

Objetivo específico 1: Identificar los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus.							
Constructos: Factores facilitadores y barreras de acceso							
Definición conceptual	Definición operativa	Dimensión	Categoría	Subcategorías	Preguntas	Informante	Técnica
Los factores facilitadores son aquellas adaptaciones al servicio de salud basándose en las características de poblaciones específicas, y que favorecen la capacidad del sistema para alcanzar sus demandas (Ibañez-Cueva, et al, 2020).	Adecuaciones implementadas en el servicio materno-infantil para procurar la mejora en la atención brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé	D. 1 Servicio materno-infantil brindado a las mujeres Ngäbe-Buglé	C.1 Factores facilitadores en el proceso de la prestación del servicio materno-infantil brindado a las mujeres Ngäbe-Buglé	1. Información sobre el cargo 2. Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones en el servicio materno-infantil 3. Percepción de las funcionarias/os sobre las mujeres Ngäbe Buglé como usuarias del servicio	1.1 Ver ítems del 4A al 10A 2.1 Ver ítems del 11A al 20A 3.1 Ver ítems de 21A al 26A Preguntas específicas: A1 Nutrición Ver ítems del A1.1 al A1.4 A2 Farmacia Ver ítem A2.1 A3 Trabajo Social Ver ítems del A3.1 al A3.3	-Personal de salud	-Entrevista a profundidad

				1. Información sobre el cargo 2. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé- Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones del servicio 3. Formación para las funcionarias/os	1.1 Ver ítems 4D y 5D 1.2 Ver ítems del 6D al 14D 1.3 Ver ítems del 15D al 19D	-Asesoras culturales	
			C.2 Factores facilitadores en los procesos administrativos brindados durante la prestación de servicios administrativos dirigidos hacia las mujeres Ngäbe-Buglé, personal de seguridad y jefaturas.	1. Información sobre el cargo 2. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé 3. Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones del servicio	1.1 Ver ítems de la 4B1 a la 9B1 2.1 Ver ítems de la 10B1 a la 12B1 3.1 Ver ítems 13B1 y 16B1 4.1 Ver ítems del 17B1 al 19B1	-Personal de salud -Bibliografía	

				4. Percepción de las funcionarias/os sobre las mujeres Ngäbe Buglé 5. Formación para las funcionarias/os	5.1 Ver ítems 20B1 y 22B1		
				1. Información sobre el cargo 2. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé 3. Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones del servicio 4. Formación para las funcionarias/os	1.1 Ver ítems del 4B2 a la 8B2 2.1 Ver ítems del 9B2 a la 11B2 3.1 Ver ítems del 12B2 a la 16B2 4.1 Ver ítems del 17B2 a la 19B2	-Personal de seguridad	
				1. Información sobre el cargo	1.1 Ver ítems del 4C al 9C	-Jefaturas	

				2. Implementación del Modelo de Atención Calificada 3. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé 4. Procesos de coordinación interinstitucional	2.2 Ver ítems del 10C al 16C 3.3 Ver ítems del 17C al 23C 4.4 Ver ítems del 24C al 31C		
				1. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé- Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones del servicio 2. Formación para las funcionarias/os	1.1 Ver ítems del 6D al 14D 1.2 Ver ítems del 15D al 19D	-Asesoras culturales	
Definición conceptual	Definición operativa	Dimensión	Categoría	Subcategorías	Preguntas	Informante	Técnica

Las barreras de acceso se constituyen como aquellos factores que condicionan la forma en la que las personas ingresan a los servicios de salud y hacen uso de ellos (Organización Panamericana de la Salud, 2009).	Barreras que obstaculizan la prestación del servicio materno-infantil a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de los funcionarios	D2 Servicio materno-infantil brindado a las mujeres Ngäbe-Buglé	C1.1 Barreras de acceso en la prestación del servicio materno-infantil brindado a las mujeres Ngäbe-Buglé	1. Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones del servicio 2. Percepción de las funcionarias/os sobre las mujeres Ngäbe Buglé	1.1 Ver ítems del 11A al 20A 2.1 Ver ítems del 21A a la 26A Preguntas específicas: A1 Nutrición Ver ítems del A1.1 al A1.4 A2 Farmacia Ver ítem A2.1 A3 Trabajo Social Ver ítems del A3.1 a la A3.3	·Personal de salud ·Bibliografía	·Entrevista a profundidad
			C1.2 Barreras de acceso en la prestación de servicios administrativos dirigidos hacia las mujeres Ngäbe-Buglé, personal de	1. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé 2. Percepción de las funcionarias/os os sobre las adaptaciones del servicio	1.1 Ver ítems de la 10B1 a la 12B1 2.1 Ver ítems del 13B1 al 16B1 3.1 Ver ítems de la 17B1 a la 19B1	·Personal administrativo ·Bibliografía	·Entrevista a profundidad

			seguridad y jefaturas.	3. Percepción de las funcionarias/os sobre las mujeres Ngäbe Buglé 4. Formación para las funcionarias/os	4.1 Ver ítems del 20B1 al 22B1		
				1. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé 2. Percepción de las funcionarias/os os sobre las adaptaciones del servicio 3. Formación para las funcionarias/os	1.1 Ver ítems del 9B2 al 11B2 1.2 Ver ítems del 12B2 al 16B2 1.3 Ver ítems del 17B2 al 19B2	-Personal de seguridad	
				1. Implementación del Modelo de Atención Calificada	1.1 Ver ítems del 10C al 16C 2.2 Ver ítems del 17C al 23C	-Jefaturas	

				2. Atención a las usuarias Ngäbe Buglé 3. Procesos de coordinación interinstitucional	3.3 Ver ítems del 24C al 31C		
--	--	--	--	---	------------------------------	--	--

Objetivo específico 2: Describir los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil desde la experiencia de las mujeres Ngäbe-Buglé como usuarias del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus.

Constructo: Calidad de la atención del servicio materno-infantil

Definición conceptual	Definición operativa	Dimensión	Categoría	Subcategoría	Preguntas	Informante	Técnica
Es el conjunto de propiedades y características que posee un producto o servicio y le confieren su aptitud para satisfacer necesidades expresadas o implícitas (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2020)	Valor atribuido al servicio materno-infantil a partir de la experiencia de las mujeres Ngäbe-Buglé	D1 Calidad de la atención del servicio desde la experiencia de las usuarias	C1.1 Experiencia de las usuarias sobre el servicio materno-infantil	1. Atención recibida en los servicios de salud 2. Percepción de las usuarias sobre el servicio de salud	1.1 Ver ítems 14E al 18E 2.1 Ver ítems 19E al 23E	·Mujeres Ngäbe-Buglé usuarias del servicio materno-infantil	·Entrevista a profundidad

Objetivo específico 3: Establecer las líneas de una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil desde los resultados obtenidos con las y los funcionarios del EBAIS La Casona, el Hospital de San Vito de Coto Brus y las mujeres Ngäbe-Buglé.

Constructo: Estrategia de Reorientación

Definición conceptual	Definición operativa	Dimensión	Categoría	Subcategorías	Contenidos	Informante
La estrategia se constituye como un aspecto importante en los procesos de toma de decisiones en la gestión de una organización, donde se encuentran recursos que deben ser utilizados de forma óptima para cumplir con las políticas y metas trazadas (Contreras- Sierra, 2013)	Estrategias para optimizar los procesos del servicio materno-infantil	D1. Líneas de acción para la adaptación y mejora continua del servicio materno-infantil	C1.1 Mejoras continuas del servicio materno-infantil brindado a las mujeres Ngäbe-Buglé	1. Mejoras requeridas en el servicio materno-infantil desde la Promoción de la Salud 2. Mejoras en el seguimiento a las mujeres Ngäbe-Buglé atendidas en el servicio materno-infantil	·Acciones de fortalecimiento de los factores facilitadores del servicio materno-infantil ·Respuesta a las barreras identificadas ·Incorporación de la percepción de funcionarias/os de los servicios de atención y administrativos ·Incorporación de la experiencia de las usuarias Ngäbe-Buglé de los servicios	·Personal de salud y administrativos ·Mujeres Ngäbe-Buglé usuarias del servicio materno-infantil ·Expertos

H. Técnicas e instrumentos

En este apartado, se amplían las técnicas e instrumentos que fueron utilizados para llevar a cabo la recolección de la información, con la finalidad de cumplir los objetivos planteados.

1. Revisión documental

El proceso de revisión de literatura se llevó a cabo de manera transversal durante todo el proceso investigativo y se tomaron en cuenta únicamente aquellos documentos que fueron de utilidad para el propósito del estudio, por lo que se buscó consultar y recopilar información, tanto primaria como secundaria, necesaria para enmarcar y analizar la temática en cuestión. Se destaca que se realizó de manera selectiva, actualizada y directamente vinculada con los objetivos planteados (Hernández-Sampieri; Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014).

Asimismo, se consultó el marco jurídico, normativo y otros instrumentos propios de la prestación del servicio, además de indicadores, estadísticas y material basado en la población Ngäbe-Buglé que permitió su caracterización y aportó información valiosa y direccionada a dar respuesta a la pregunta de investigación.

2. Entrevistas

Para los objetivos específicos 1 y 2 se utilizó la entrevista a profundidad, debido a que permitió aproximarse al discurso individual, los significados y aspectos del mundo interno; al ofrecer mayor privacidad y evitar que se coarte la expresión de los participantes (Calderón y Fernández de Sanmamed, 2008). Asimismo, permitió la interacción cara a cara entre el investigador y los sujetos que formaron parte del estudio; ya que estos encuentros posibilitaron “la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus experiencias y situaciones que expresan con sus propias palabras” (Taylor, 1994, p. 101).

El instrumento que respalda esta técnica es la guía de entrevista, la cual incluyó una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante y funcionó como herramienta orientadora que incentivó el contacto y confianza con la población en estudio (Taylor, 1994). Durante su ejecución la persona investigadora, tuvo la libertad de enunciar las preguntas e introducir otras, modificar el orden y adaptarlas (Calderón y Fernández de Sanmamed, 2008).

En este sentido, los instrumentos dirigidos a las y los funcionarios de atención directa tanto del Hospital como del EBAIS, se conformaron por 27 preguntas y se dividieron en 4 ejes temáticos; por su parte, los que fueron aplicados a las y los funcionarios administrativos y de apoyo de ambos centros de salud, estuvieron por 23 preguntas y contaron con 6 secciones; el

instrumento del personal de seguridad incluyó 21 preguntas y 5 secciones, las jefaturas cuentan con un instrumento en específico, conformado por 32 preguntas y 5 subcategorías, el instrumento de las asesoras culturales cuenta con 21 preguntas y 4 apartados, mientras que los de las usuarias constan de 25 preguntas subdivididas en 3 áreas.

Cabe destacar que la estructuración de los instrumentos se realizó de manera tal que respondieran a los objetivos, a los cuadros de categorización apriorística y a lo propuesto en el Modelo de Tanahashi en las categorías priorizadas: *Aceptabilidad del Servicio*, *Contacto con el Servicio* y *Accesibilidad*; pues son las que mejor se adaptan al contexto de la propuesta, lo que permitió identificar las barreras de acceso y los factores facilitadores presentes en la institución (Anexo 3. Guía de entrevista a funcionarias/os de atención directa (A), personal administrativo (B1), personal de seguridad (B2), jefaturas (C) y asesoras culturales (D) y Anexo 4. Guía de entrevista dirigida a mujeres usuarias de los servicios (E).

3. Observación

De forma transversal, se utilizó la técnica de observación para profundizar en las diversas realidades e identificar durante el trabajo de campo particularidades sobre las dinámicas de las personas involucradas y las relaciones en su grupo y con sus pares. Las cuales resultaron importantes para el análisis de la información y el desarrollo de estrategias acordes a las necesidades identificadas (Mendieta-Izquierdo, Ramírez-Rodríguez, Fuerte, 2015).

Para facilitar la recolección de información por medio de esta técnica, se utilizó una guía estandarizada para los miembros del equipo investigador, la cual se encuentra compuesta por aspectos relacionados con el objetivo de la actividad, las ideas principales que surgen durante la misma, los resultados alcanzados en relación con los objetivos, imprevistos y los posibles puntos de mejora.

I. Plan de recolección, procesamiento y análisis de información

Para la comprensión de los procesos de recolección, procesamiento y análisis de datos, se organizaron las acciones a realizar en cuatro fases:

1. Fase logística

Esta fase comprende dos subapartados que tienen por objetivo describir cada uno de los procesos asociados a la inscripción del estudio con la CCSS y la gestión correspondiente para llevar a cabo el trabajo de campo, cabe destacar que algunos de estos procedimientos fueron realizados de manera simultánea.

a. Proceso de inscripción de la investigación

Debido a las características específicas del estudio, que involucraron dos centros de salud pertenecientes a la CCSS y la participación de los pueblos indígena, el protocolo debió ser sometido a múltiples evaluaciones, por parte de distintos actores.

Al ser una iniciativa académica se obtuvo la aprobación del Comité de TFG de la Escuela de Salud Pública, quienes remitieron el protocolo al CEC de la UCR, el cual indicó que se debía continuar el proceso de revisión con la CCSS.

El 18 de agosto del 2022 se realizó la solicitud del Criterio Técnico de Investigaciones No Biomédicas al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) en dónde se recibió asesoría por parte de la Dra. Marianela Sánchez Rojas, coordinadora del Subárea de Bioética en Investigación y la Dra. Ana Lorena Vega Alpízar del Subárea de Administración de Campos Docentes, Internado y Posgrado del CENDEISSS, quienes sugirieron acudir a una valoración por parte de los Programas de Normalización Salud de la Mujer, Salud del Niño y la Niña y Programa de Normalización para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.

Estas instancias, expresaron su criterio y sugirieron modificaciones que fueron incorporadas al protocolo e indicaron que era necesario presentar la propuesta ante el CEC-HSJD; por su parte el CEC-UCR reafirmó este requisito para su debida aprobación.

Se estableció comunicación directa con el presidente del CEC-HSJD en repetidas ocasiones para gestionar el trámite de revisión y los requisitos que debían cumplir los integrantes del equipo investigador, entre ellos el curso de Buenas Prácticas de Investigación Biomédica (Investigación Observacional e Intervencional) y estar acreditados ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) como investigadores secundarios e investigadores estudiantes.

En acatamiento al Artículo 71 del Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica y a lo señalado por el presidente del CEC-HSJD se estableció contacto con Edgar Atencio para extender la solicitud de participación como representante indígena Ngäbe-Buglé en una sesión de revisión del protocolo por parte del CEC-HSJD.

El 27 de julio de 2023 se aprobó la investigación por parte del CEC-HSJD quienes enviaron la resolución a finales de agosto e iniciaron el registro ante el CONIS, para poder dar inicio al trabajo de campo.

Durante todo este proceso se contó con el apoyo del Dr. Jorge Granados Rivera (director del Hospital de San Vito), Dr. Johnnie Chi Chein Deng Tong (tutor institucional CCSS) y el

Dr. William Sáenz Díaz (director del Área de Salud Coto Brus) quienes hicieron posible el contacto directo con los centros de salud en estudio.

b. Gestión trabajo de campo San Vito de Coto Brus

Como parte de esta fase, el equipo investigador realizó una visita durante el mes de junio del año 2022 con el objetivo de establecer el primer acercamiento con los servicios de salud en estudio, donde se buscó llevar a cabo un reconocimiento del área geográfica, profundizar en la observación de las dinámicas de oferta del servicio de salud y su uso por parte de las usuarias, y realizar la entrega de cartas a diversos representantes de la comunidad Ngäbe-Buglé con la finalidad de describir la investigación y solicitar aprobación para ejecutarla con la participación de las mujeres.

Además, el equipo investigador ejecutó la prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos, que consistió en aplicarlos a personas que cumplieran con características similares a las poblaciones en estudio. Dicha prueba se realizó con el propósito de identificar posibles errores de redacción, estructura y orden, para luego efectuar las modificaciones correspondientes previo al trabajo de campo.

Para esto, fue necesario realizar la gestión previa con encargados de la CCSS, específicamente administrativos del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus; cabe destacar que a lo largo de la investigación se contó con un fuerte componente de consulta a expertos que orientó el cumplimiento de los objetivos.

Durante el mes de agosto del mismo año, el equipo investigador realizó la solicitud de acreditación como estudiantes investigadores ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) de acuerdo a lo estipulado en la Ley N°9234 Reguladora de Investigación Biomédica y su reglamento N°39061-S.

Posteriormente, el equipo investigador realizó una segunda visita el 22 de octubre del 2022, con la finalidad de llevar a cabo una reunión con el Concejo de Mayores, Concejo del Cacique y la ADI, donde se presenta la propuesta de investigación y se dialoga con los miembros de dichas instancias para evacuar dudas y dar seguimiento a la carta de solicitud de aprobación que se entregó en la primera visita.

Los órganos representantes de la comunidad indígena procedieron a discutir su posicionamiento, determinando de manera consensuada, que aprueban el estudio y acordaron entregar una única carta en representación de las tres instancias, la cual fue enviada vía correo electrónico al equipo de trabajo el día 8 de noviembre del 2022 (Anexo 5. Carta de aprobación Mecanismo General de Consulta Indígena).

Durante la planificación se incluyeron las asesorías por parte de Édgar Atencio Rodríguez, indígena Ngäbe procedente de Conte Burica, quien ha sido intérprete por más de 20 años de su lengua materna Ngäbere para el Alto Comisionado de las Naciones Unidas y ha brindado servicios a la Corte Suprema de Justicia, Poder Judicial, Hospital Nacional de Niños y actualmente trabaja para crear un Diccionario Ngäbere Costarricense con la UNED. Orientó al equipo investigador en aspectos fundamentales para la comprensión y acercamiento con las usuarias del servicio y la elaboración del instrumento de recolección de datos.

Cabe destacar que el señor Atencio fue el encargado de traducir el instrumento de recolección de datos y el consentimiento informado, como parte de los ajustes culturales que debieron ser ejecutados a lo largo del proceso investigativo, ya que contar con este material podría facilitar la comprensión de la información que se le brindó a las usuarias.

Por otra parte, el trabajo de campo fue planificado para realizarse de lunes a viernes en el primer y segundo nivel de atención, con el objetivo de no interrumpir el funcionamiento de los servicios fue necesario hacer un contacto previo con la contraparte de la institución para aprovechar la disponibilidad de agenda de las y los funcionarios durante sus jornadas laborales, ante lo cual fue necesario asistir a los tres turnos del hospital.

Las usuarias, fueron captadas con la colaboración de la asesora cultural dentro de las instalaciones del primer y segundo nivel de atención, y en un espacio de reunión comunitaria que tenían previamente planificado.

2. Fase de recolección

Se distribuyó la recolección de datos de acuerdo con los sujetos de estudio, según el espacio en el que fueron captados.

a. Funcionarias/os de atención directa y administrativos del primer y segundo nivel de atención

Se realizó en dos momentos, el primero fue en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus mediante la aplicación de las entrevistas a profundidad a las y los funcionarios de atención directa, administrativos y jefaturas, donde se recopiló la información correspondiente a las subcategorías establecidas en el cuadro de operacionalización del objetivo específico 1, tales como datos generales, información sobre el cargo que desempeñan, percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones al servicio materno-infantil y las mujeres Ngäbe-Buglé como usuarias del servicio. También, se incluyeron preguntas dirigidas a la atención de usuarias, formación para funcionarias/os, implementación del Modelo de

Atención Calificada y procesos de coordinación interinstitucional, además de otras preguntas específicas para los departamentos de nutrición, farmacia y trabajo social.

Este proceso fue realizado por los investigadores para dirigir las entrevistas a los funcionarios/as, conducir la conversación, aplicar el consentimiento informado y plantear las preguntas, registrar la sesión haciendo uso de una grabadora de voz portátil y completar la guía de observación.

b. Usuarías Ngäbe-Buglé

El segundo momento, se llevó a cabo en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito se captaron aquellas usuarias que se encontraban haciendo uso de las instalaciones. Asimismo, el equipo investigador no descartó la posibilidad de trabajar con las mujeres Ngäbe-Buglé en un escenario comunitario siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión, se aprovechó la convocatoria de las mujeres durante una reunión comunitaria.

Estos espacios permitieron una comunicación fluida con las usuarias del servicio, por lo que el equipo investigador hizo lo posible por no comprometer la comodidad y confianza al momento de brindar sus respuestas.

Se incorporó la colaboración de una asesora cultural que fue previamente capacitada sobre la adecuada aplicación del consentimiento informado y el instrumento de recolección de datos, donde se garantizó que la información transmitida durante la interacción fuera fiel a lo descrito.

El proceso de recolección de datos inició al preguntar a la usuaria si deseaba participar de la entrevista, en los casos en que la respuesta fue positiva, se procedió a aplicar el consentimiento informado (Anexo. 8 Consentimiento Informado Traducido a Ngäbere) igualmente traducido para su respectiva aprobación.

Posteriormente, se aplicó la guía de entrevista de forma simultánea con el apoyo, traducción e interpretación de la asesora cultural, con la finalidad de recopilar información relacionada con la experiencia de las mujeres respecto a la atención recibida en el servicio materno-infantil de acuerdo con las subcategorías establecidas en el cuadro de operacionalización del objetivo específico 2.

Cabe aclarar que el equipo investigador se comprometió a garantizar los principios éticos, la normativa institucional de la UCR y la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234 y aunque se contó con la aprobación del Mecanismo de Consulta Indígena, se reconoció en todo momento que las mujeres conservan la totalidad de sus derechos y por lo

tanto, prevaleció su poder decisorio y podían negarse a participar, o bien, retirarse del proceso en el momento que lo desearan.

3. Fase de procesamiento y análisis de la información

Al concluir el trabajo de campo, se realizó una transcripción de registro fiel de cada una de las entrevistas ejecutadas en un documento de word. Se organizaron los datos de las entrevistas según estamento, que a su vez se categorizaron en funcionarios de atención directa, personal administrativo y usuarias, procesos que se detallan a continuación:

a. Tabulación de la información de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital San Vito

Para el cumplimiento del objetivo 1, al culminar con las transcripciones, se procedió a distribuir la información de acuerdo con centros de salud en estudio: EBAIS La Casona (funcionarios atención directa y jefaturas) y Hospital San Vito (funcionarios de atención directa, administrativos, jefaturas y oficiales de seguridad).

Seguidamente se elaboró una categorización por colores que permitiera clasificar la información relevante recabada según: descripción del puesto, barreras, facilitadores, información de ingreso y egreso, insumos para la estrategia y otros datos de interés.

Posteriormente se generó una tabla que recopiló información general como: sexo, edad, cargo y tiempo laborado de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y del Hospital San Vito.

El equipo investigador, de forma paralela, asignó un código y un color específico a cada una de las categorías: *barreras, facilitadores, descripción del puesto, diagramación del servicio, cooperación interinstitucional e insumos de la estrategia*, específicamente para profundizar en el estudio de las barreras y facilitadores se desagregaron en las siguientes subcategorías:

Barreras: Acceso, comunicación, económica, de formación, geográfica, de trato, cultural, idiomática, de religión, educación formal, información, socialización de información, institucional, falta de apoyo nivel central, funcionamiento interno y recursos: infraestructura, humano y material.

Factores Facilitadores: Apoyo nivel central, cultural, infraestructura, iniciativa del funcionario, de información, institucional, formación y recurso humano.

Cabe destacar que las categorías restantes fueron utilizadas para elaborar otros apartados de la investigación como el proceso de atención y el perfil de las y los funcionarios, así como comprender las tareas desempeñadas según el cargo.

b. Tabulación de la información de las usuarias del EBAIS La Casona, el Hospital San Vito y de la comunidad

En respuesta al objetivo 2, de igual forma se realizó la transcripción de las entrevistas para posteriormente categorizar la información del estamento de acuerdo con el espacio donde fueron captadas las usuarias (EBAIS La Casona, Hospital San Vito y la comunidad).

De la misma manera, se estableció una categorización por colores que contemplaba las categorías de: barreras, facilitadores, información de ingreso y egreso, insumos para la estrategia y otros datos de interés

Luego, se desarrolló una tabla de información general que contempló: el lugar de residencia, lugar de nacimiento de hijos, medio de transporte a los centros de salud, compañía al centro de salud, si le permitían que el acompañante se quedara con el paciente, edad, cantidad de hijos, edad del hijo menor, lugar de nacimiento de hijos, experiencia en el servicio y duración del traslado al centro de salud.

Aunado a lo anterior se agruparon los datos a través de los procesos de provisión de servicios establecidos en el Modelo de Tanahashi, que referían a la accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio, y posteriormente se utilizaron las subcategorías relacionadas con:

Atención recibida en los servicios de salud: Asistencias a citas de control prenatal, asistencia a citas posparto, explicación de tránsito dentro del servicio, explicación de procedimientos y trato recibido

Percepción de las usuarias sobre el servicio de salud: elementos que le gustan a la usuaria, elementos que no le gustan a la usuaria, elección de lugar de parto, comodidad del parto, parto en territorio, elementos a incluir en el servicio.

Para atender a las consideraciones de ambos objetivos, se ejecutó la triangulación de la información recabada en el marco conceptual, revisión documental y la consulta a expertos para aumentar la validez, comprensión y consistencia de los resultados obtenidos, así como generar las conclusiones y recomendaciones del estudio (Okuda-Benavides y Gómez-Restrepo, 2005).

4. Fase de elaboración de la estrategia

A la luz del Modelo de Atención Calificada, fue pertinente diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil como insumo que constituye un instrumento operativo y contextualizado para la mejora continua de la red de servicios.

Para ello, se contemplaron los resultados del trabajo de campo y el empleo de una herramienta que respalde sus líneas de acción. Para efectos del estudio, la estrategia se comprende como el conjunto de acciones que se relacionan entre sí para el cumplimiento de un objetivo (Contreras, 2013), en este caso, abocado al fortalecimiento de los factores facilitadores del servicio, brindar respuesta a las barreras identificadas e incorporar la percepción de las y los funcionarios de los servicios de atención directa y administrativos, así como la experiencia de las usuarias Ngäbe-Buglé en el producto final.

a. Metodología Marco Lógico

Se utilizó la metodología de Marco Lógico, al tener concordancia con la administración pública y lo propuesto por MIDEPLAN, lo que se encuentra concatenado al funcionamiento de la CCSS. Esta es una herramienta que constó de dos grandes fases:

•Etapa de análisis

Durante esta etapa se realizó un diagnóstico de las partes interesadas, la descripción de su poder e influencia, la identificación de los problemas presentes y emergentes, los objetivos y las estrategias que responden a la situación priorizada.

Este proceso involucra la construcción conjunta del equipo investigador para generar un árbol de problemas, que prioriza diferentes retos del análisis de los datos obtenidos a partir de la dinámica del servicio desde la percepción de las usuarias y el personal de salud, que se plasman en causas, consecuencias y el problema principal.

Posteriormente, el árbol de objetivos se encarga de convertir las causas en medios y las consecuencias en fines en miras de brindar soluciones a las dificultades de manera propositiva, y lo que funciona como antesala a la elaboración de la matriz de Marco Lógico.

•Etapa de planificación

La fase de planificación y operativización de las acciones se elaboró mediante la matriz de Marco Lógico, que facilita la elaboración, diseño y la ejecución de un proyecto, ya que permite estructurar el contenido de la intervención de manera completa y comprensible (Ortegón, Pacheco y Prieto, 2015).

La matriz le facilitó al equipo investigador generar una cartera de proyectos que brinda cuatro alternativas de intervención institucional, donde el comité de selección priorizó y seleccionó la iniciativa más viable que además se ajusta a los contextos de los servicios.

Asimismo, se planificaron espacios de socialización con los actores clave inmersos en el proceso que involucran a la directora de TFG, Dra. Karol Rojas Araya y la contraparte de la CCSS, el Dr. Johnnie Chi Chein Deng Tong para el diálogo de saberes y la debida validación de las propuestas.

Con la finalidad de respaldar la labor del servicio materno-infantil del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito y de esta forma alinear el accionar institucional, los mandatos y su razón de ser para favorecer el cumplimiento de objetivos hacia grupos beneficiarios y la comunicación entre las partes interesadas (Ortegón, Pacheco y Prieto, 2015) que se traduzcan en medidas tangibles y alcanzables que se ajustaran a la capacidad técnica y los recursos disponibles.

J. Plan de trabajo

Figura 5. Cronograma de actividades a seguir para el desarrollo de la investigación

	Año 2022			Año 2023					Año 2024							
Actividades	Jun	Jul	Ago-Dic	Ene-Ago	Set	Oct*	Nov	Dic	Ene*	Feb	Mar	Abr*	May	Jun	Jul*	Ago
Acercamiento con la institución																
Prueba piloto IRD																
Ajustes IRD																
Trámites de aprobación TFG																
Recolección de datos																
Análisis de datos																
Elaboración de la estrategia																
Validación de la estrategia																
Conclusiones y recomendaciones																
Devolución final																

Nota: Los meses con el símbolo (*) corresponden a los períodos en los que el equipo investigador realizó la entrega de los informes trimestrales ante el CEC-HSJD.

K. Presupuesto

Tabla 5. Costos presupuestados para la investigación

Categoría	Detalle insumos	Costo	Cantidad	Monto total
Personal	Asesores culturales	₡ 10,000	3 días dos asesores culturales	₡ 60,000
	Traductor de instrumentos, consentimientos y contenido audiovisual	₡ 10,000	1 Instrumento 1 Consentimiento 1 Video	₡ 150,000
Materiales	Implementos de oficina	₡ 200	53 IRD	₡ 10,600
		₡200	40 consentimientos	₡ 21,200
		₡ 1,200	Tinta	₡ 1,200
		₡ 900	Almohadilla de tinta	₡ 900
Transporte	Bus	₡ 10,000	20 tiquetes de bus ida y vuelta San José-San Vito	₡ 200,000
	Taxi	₡ 5,000	Traslados del lugar de estadía a la terminal de bus	₡ 10,000
	Gasolina	₡ 1,022	Gasolina para traslados en vehículo en la zona	₡ 100,000
	Alquiler carro	₡ 20,000	Uso del vehículo	₡ 200,000
Estadía y Alimentación	Hospedaje con tres tiempos de comida	₡ 15,000	11 días de los 5 investigadores	₡ 825,000
Programas	Atlas Ti	₡ 14,000	4 meses para cinco computadoras	₡ 140,000
Otros	Imprevistos	₡ 200,000	--	₡ 200,000
Costo total de la investigación: ₡ 1,918,900				

L. Alcances y limitaciones

La investigación generó una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil como producto final que fue facilitado a la institución, al constituir un insumo para la toma de decisiones; sin embargo, cabe destacar que debido a la naturaleza del estudio y por factores temporales, el equipo investigador no se hizo cargo de su puesta en práctica, de forma que su ejecución queda a criterio de los directivos a cargo del servicio.

Se considera que la estrategia puede ser utilizada como ruta de trabajo, en miras de implementarla como elemento que fortalezca la mejora continua del servicio. Asimismo, podría ser un punto de partida para la elaboración de otras investigaciones e integrarse como antecedente en sus marcos de trabajo.

En lo que se refiere a las limitaciones que se presentaron durante la ejecución de la propuesta fueron en torno al aplazamiento del proceso investigativo por motivo de la revisión y aprobación de la propuesta por parte de las instancias regulatorias, como el CENDEISSS, y el CEC-HSJD, situación que postergó el inicio del estudio 14 meses.

Existió una barrera idiomática entre el equipo investigador y las mujeres Ngäbe Buglé que fueron parte del estudio, lo que pudo interferir en el proceso de recolección de información. Por lo tanto, se contempló la contratación de la asesora cultural, nativa en el idioma y que se desempeñó como intérprete, para garantizar el respeto a la cultura y el respaldo de los principios éticos, esta interacción requirió de ajustes metodológicos para poder realizar el proceso de consulta.

Se reconoce que durante la aplicación de dicho instrumento, cabe la posibilidad de que haya existido el sesgo de memoria en algunas de las participantes las cuales indicaron no recordar aspectos detallados de la atención recibida en el servicio materno-infantil.

Existieron otras limitaciones, como la disponibilidad de las y los funcionarios, que hicieron necesarias más visitas de las inicialmente programadas, acudir a los tres turnos del Hospital, y emplear medios digitales para entrevistar a los sujetos participantes. La falta de patrocinio durante el período de recolección y análisis de datos, así como las condiciones climáticas que en algunas ocasiones desencadenaron inundaciones y deslizamientos que afectaron la zona de estudio.

IX. Objetivo 1: Factores facilitadores, barreras de acceso y calidad de la atención desde la percepción de las y los funcionarios

Para el cumplimiento de los objetivos específicos, el equipo investigador realizó un proceso de análisis de los datos cualitativos en concordancia con lo establecido en el apartado

metodológico. Se realizó un trabajo de campo intensivo de cinco días de visita en el Hospital de San Vito y dos en el EBAIS La Casona.

A continuación, se presentan los datos más relevantes para el estudio.

A. Perfil de los y las funcionarias del EBAIS La Casona

Se contó con la participación de diez funcionarios de los cuales, seis son mujeres y cuatro hombres, rondan entre los 24 y 58 años de edad, la mayoría posee más de 10 años de experiencia laboral en la institución y residen en las cercanías de San Vito.

Cabe destacar que este EBAIS cuenta con la visita periódica del servicio de trabajo social, por lo que se consideró de gran importancia incluir a la funcionaria por criterio de expertos.

B. Perfil de los y las funcionarias del Hospital de San Vito

Se incluyeron el total de treinta y cuatro participantes, quince mujeres y diecinueve hombres, con un rango de edad entre los 22 y 57 años, la mayoría de funcionarios se encuentran en la categoría de 21 años o más de laborar en la institución.

Se resalta que se logró la participación de más funcionarios de los que se habían contemplado en la planificación del trabajo de campo y, dada la apertura para colaborar por parte del personal de la institución, se entrevistó a las personas de los tres turnos del servicio materno-infantil.

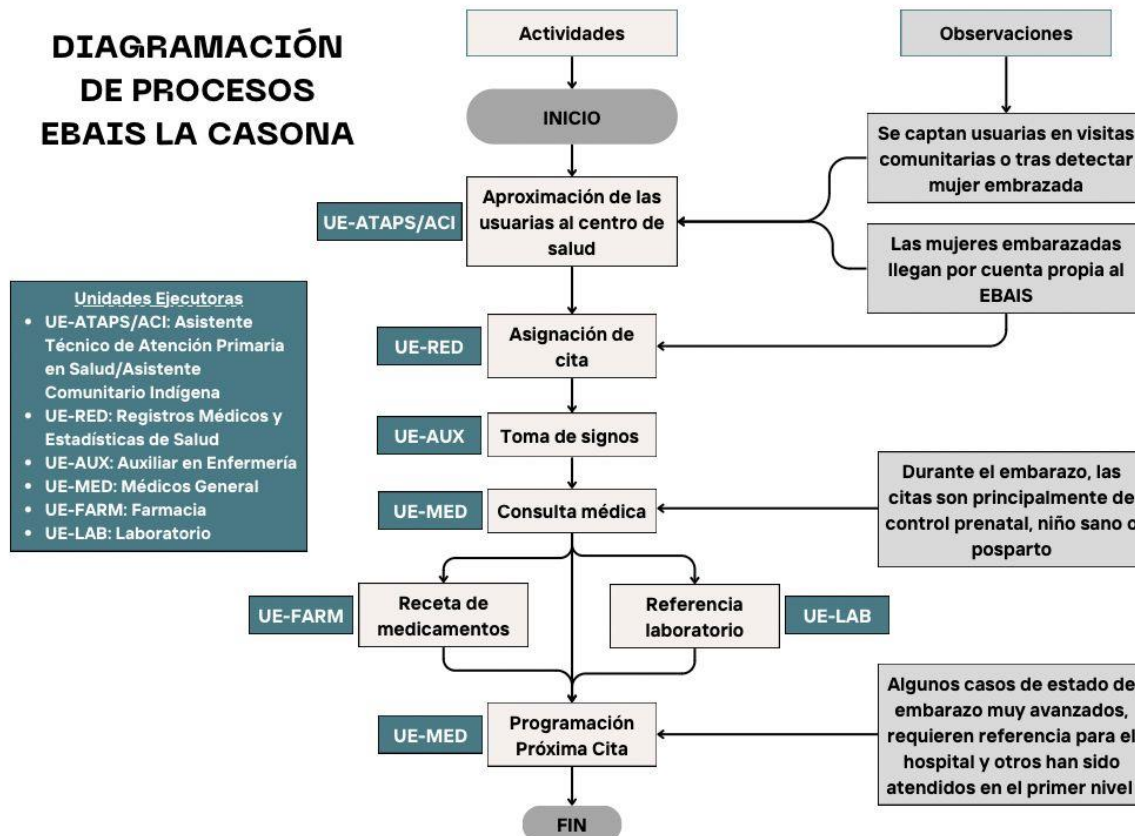
C. Proceso de atención

1. Primer Nivel de Atención EBAIS Territorio Indígena Coto Brus

El proceso de atención en el EBAIS, al ser estandarizado, cumple con los requerimientos institucionales estipulados desde la década de los ochenta y los cuales se terminan de consolidar en el Proyecto de Reforma del Sector Salud (Vargas-González, 2006), lo que no es una excepción en el funcionamiento del EBAIS La Casona. Sin embargo, la forma de ejecutar sus acciones puede verse un tanto modificadas por las características de la zona, el perfil poblacional al que brinda atención, entre otros aspectos a considerar.

Figura 6.

Diagramación de Procesos EBAIS La Casona



Fuente: Elaboración propia, 2024.

En términos generales la diagramación representa el proceso de consulta externa en cada una de las fases de pre-consulta, post-consulta, y otros procedimientos de enfermería y farmacia (Vargas-González, 2006) requeridos por las mujeres en estado de gestación, posparto y controles del niño sano.

De acuerdo con los resultados de campo, se identificó que las citas para las usuarias son registradas por parte de los ATAP y los Asistentes Comunitarios Indígenas en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) durante sus visitas comunitarias, o bien, las mujeres se apersonan al establecimiento para solicitar asistencia médica, siendo esta última opción la más utilizada.

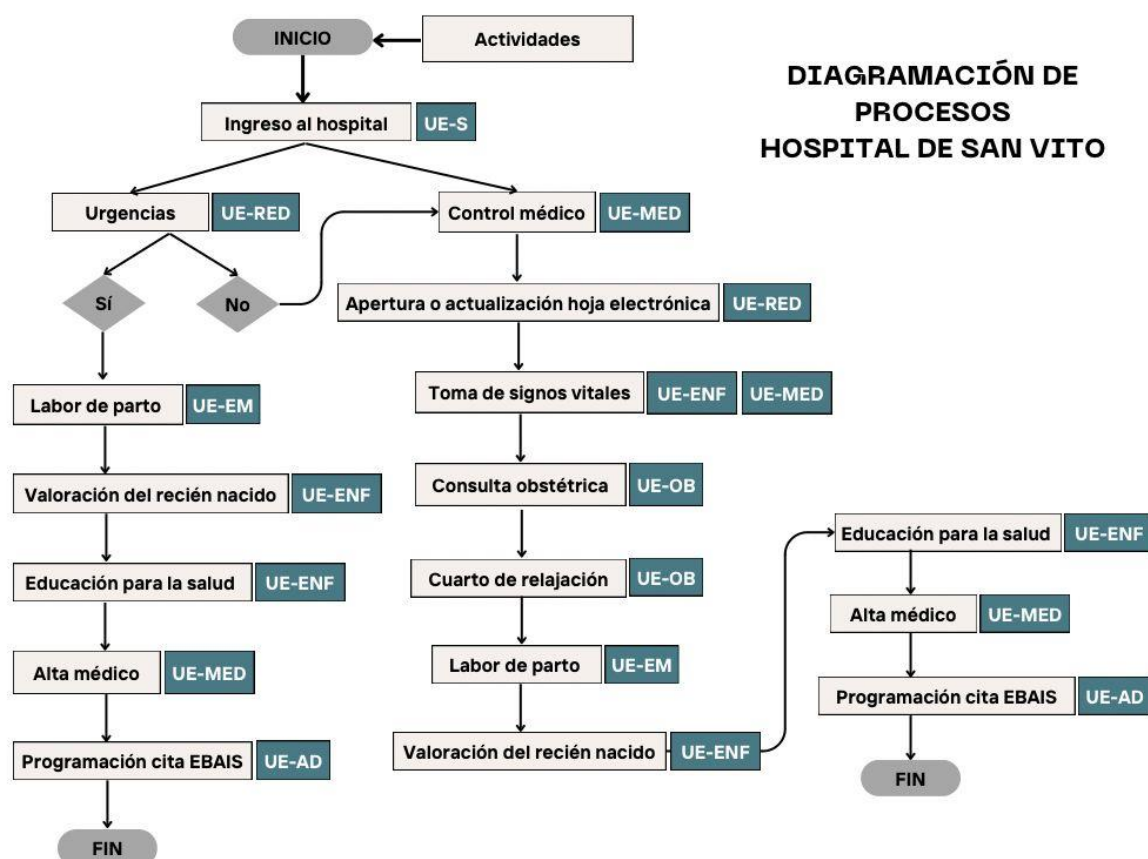
Paulatinamente, se han introducido ajustes que incluyen la articulación con el segundo nivel de atención como el Plan de Parto, la programación de citas para la captación temprana, el seguimiento y la planificación familiar (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023). Así mismo, es importante destacar que persisten algunos retos y dificultades en la asistencia sanitaria que posteriormente serán analizados.

2. Segundo Nivel de Atención Hospital de San Vito

Le corresponde brindar apoyo al primer nivel mediante la atención de problemas más complejos debido a que cuenta con especialistas y tecnología (Vargas-González, 2006). Además, se encarga de la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, con grado variable de complejidad y especialidad (Vargas-González, 2006).

Figura 7.

Diagramación de Procesos Hospital de San Vito



Fuente: Elaboración propia, 2024.

En este segundo nivel, la prestación del servicio de atención se destacó por priorizar el ingreso mediante la admisión directa de las usuarias Ngäbe-Buglé al departamento de maternidad, específicamente por medio de la consulta de urgencias ginecobstétricas y monitoreo.

Cabe destacar que la continuidad y la navegación de la usuaria por el servicio, depende de la condición en la que se encuentre la mujer gestante, ya que esto va a determinar el proceso de atención y su esquema de tratamiento. En el caso de que la mujer se encuentre pronta a dar a luz, se le dirige de forma inmediata a sala de labor de partos y se acorta el proceso; por el contrario, si se presenta a consulta médica, debe proceder con el cumplimiento de los procesos

descritos en el diagrama.

Por último, es importante mencionar que el centro de salud ha realizado modificaciones de infraestructura, en las batas y dietas posparto; además, para mejorar la asistencia de mujeres Ngäbe-Buglé se implementó la iniciativa de programar la cita de control de la madre y el niño sano en el EBAIS, en la búsqueda continua de garantizar la pertinencia cultural (JF6, comunicación personal, 29 de setiembre del 2023).

D. Barreras y factores facilitadores

En respuesta al primer objetivo, se pretende destacar las barreras y facilitadores que fueron identificados en las entrevistas realizadas a los y las funcionarias de cada centro médico; sin embargo, es importante mencionar que para su mayor comprensión, se realizó una distribución de resultados específicos por cada centro de salud y el desarrollo de aquellos retos y fortalezas convergentes en ambos niveles de atención.

1. Barreras EBAIS La Casona

a. Socialización de información del Modelo de Atención Calificada

Este nivel de atención primaria constituye una base sólida para el resto del sistema de salud (OPS Oficina Regional para las Américas de la OMS, 2018) y representa una oportunidad de acercamiento comunitario por mantener un contacto más estrecho con la población, debido a su ubicación geográfica y los servicios que brinda, los cuales constituyen la entrada de las usuarias al sistema de salud.

Pues el Modelo de Atención Calificada, contempla garantizar la sostenibilidad del alcance comunitario mediante la participación activa de líderes comunitarios en la toma de decisiones, ejecución de iniciativas y la construcción de propuestas acordes a las tradiciones y cultura de la población. Además, incluye un componente informativo para que las personas beneficiarias puedan ser agentes de cambio con influencia en la toma de decisiones (CCSS, 2017).

Cabe destacar que, para poder aplicar la normativa establecida en el modelo, se debe socializar y asegurar su conocimiento a lo interno de la institución y de esta forma impulsar su divulgación. En este sentido, la mayoría de los funcionarios no identificaron características generales sobre el Modelo de Atención Calificada:

ADE7: *Disculpe, ¿hay un modelo estándar o es un modelo propiamente o usted se está refiriendo a lo que hacen aquí, o lo que hacemos acá?* (ADE7, comunicación personal, 26 setiembre del 2023).

ADE2: *Sí, o sea, me parece que ese es el modelo verdad, esa preparación que les da ella, me imagino que es enfocado en esa parte, nada más, no enfocado en la salud de ellas, si no en la salud del niño* (ADE2, comunicación personal, 26 setiembre del 2023).

No obstante, algunos de los participantes asociaron su aplicación únicamente con el hospital, con acciones tales como el parto, las modificaciones de infraestructura, y las batas, dejando de lado la proyección comunitaria y el involucramiento de la población:

ADE8: *A nivel de profesión como tal, pues no estoy muy involucrada en eso puesto que el servicio lo brinda el Hospital y no tanto aquí en los EBAIS entonces no podría decirte si hay alguna mejoría* (ADE8, comunicación personal, 26 setiembre del 2023).

b. Acceso

La institución ha realizado esfuerzos para implementar sistemas de información en salud digitales como la creación del EDUS, que ha favorecido la planificación de citas, “diagnósticos y tratamientos, además permite evaluar de manera más completa las necesidades de los usuarios y determinar el perfil epidemiológico de la población adscrita” (OPS Oficina Regional para las Américas de la OMS, 2018, p. 69), por ende ha potenciado la eficiencia en cuanto al registro de datos.

Este tipo de herramienta posee mayor aprovechamiento en la zona del GAM; sin embargo, su adaptación en la población Ngäbe-Buglé no ha sido tan óptima, ya que su funcionamiento se encuentra estrechamente relacionado con la conexión a internet, señal telefónica y otros recursos, aunado a factores como el no saber leer o escribir, desconocimiento del uso de la plataforma que dificultan su uso:

ADE9: *Se les ha explicado y se les ha dicho que hay una aplicación EDUS para que saquen eso, pero como aquí no hay internet, no hay nada y a ellos les cuesta mucho, los que han podido hacer eso con EDUS, algunos contados son unos 3 o 4 [...] Ellos no saben que el examen se puede ver, que se puede sacar, ellos no tienen noción de crónicos, nosotros les hemos explicado y viera cómo ha costado, eso nos cuesta mucho, a mí me reclaman* (ADE9, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

ADE7: *Lo que me dicen que es muy difícil sacar cita que viene a sacar cita y nunca hay campo. Entonces es como la barrera más grande que tenemos y diay nosotros nos quedamos atados de manos* (ADE7, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

Lo que puede desencadenar una brecha en el acceso que afecta la asistencia a citas de control prenatal, niño sano y posparto, por las particularidades señaladas:

ADE2: *La población y la geografía, los terrenos, el acceso, el internet, la luz, el agua... los caminos, eso es algo muy diferente a San Vito* (ADE2, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

Aunado a esto, la lejanía de los centros de salud que se localizan en zonas de poca accesibilidad, la “limitada cobertura de servicios básicos como acceso al agua, alcantarillado público, electricidad, transporte público e infraestructura vial” (Valverde-Bonilla y Rodríguez-Jiménez, 2021, p.1), continúan siendo uno de los principales desafíos en las comunidades indígenas, principalmente por el tiempo que deben invertir para movilizarse al centro de salud, lo que en ocasiones supera las 5 horas de traslado:

ADE4: *Salen 2-3 de la mañana para llegar a su consulta y caminar otras 5 horas de regreso. Imagínese, lo que es llevar un control prenatal con una panza de 6 meses en adelante y caminar esa distancia, o incluso después de eso traer al niño recién nacido. La mujer que le han tenido que hacer el famoso piquete, venir con esa sutura, caminando se abre de camino. Muchas veces llegan a una captación tardía pero no porque no quieran o porque no tengan la educación de saber que tienen que venir antes de los 8 días de nacido el bebé, sino que no lo hacen por ciertas condiciones geográficas de ellas y no tienen ni siquiera un caballo para llegar* (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

c. Funcionamiento interno

Dentro de las labores realizadas por los ATAP, se encuentra la asignación de citas durante el período de visitas a la comunidad; de manera tal, que a las usuarias se les facilite la asistencia a los controles gestacionales correspondientes:

ADE7: *Yo hago al mes 100-150 referencias, hoy hice entre 10 y 15 y mañana tengo que hacer otras, y hoy tengo que hacer más trabajo, entonces no nos queda tiempo, o ese espacio para que exista verificación de si están siendo exitosas las referencias, pues no, al 100% no, no tengo eso controlado* (ADE7, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

Esta dinámica ha sido implementada por el EBAIS en búsqueda de mejorar la captación; no obstante, presenta el desafío de desconocer si las referencias asignadas por el profesional son utilizadas en su totalidad, ya que según señalan “no existe un espacio donde

yo verifique si todas las referencias mías vinieron o no vinieron” (ADE7, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023), por lo tanto, no se logra medir el funcionamiento de dicha estrategia.

La práctica anterior, suele utilizarse con regularidad en los distintos centros de salud del país y es común que “cuando la persona es referida a un nivel de mayor complejidad, por una situación que requiere atención especializada prolongada, se pierda la relación con el primer nivel” (CCSS, 2016, P. 12). Esta mecánica de trabajo puede implicar desorganización en el manejo de agendas, ya que en algunas ocasiones se desaprovechan espacios por la no asistencia de la población; además, existe poca claridad en el cambio o cancelación de citas, lo que demuestra que en ocasiones este accionar se limita meramente al cumplimiento de indicadores.

Aunado a estos retos, se evidenció un comportamiento particular en las dinámicas de pareja de la comunidad Ngäbe-Buglé, donde en ocasiones, por las relaciones de poder, el hombre se atribuye a sí mismo el derecho de decidir si la mujer puede asistir o no al servicio:

ADE5: *A ella se le olvidó que había cancelado la cita, ella dijo: “¿pero en qué momento yo cancelé? Entonces yo le dije: “sí, usted canceló la cita”, porque vino el esposo y dijo cancelen la cita de la señora porque ella iba a llevar a la hija al hospital para la cirugía* (ADE5, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023)

ADE2: *Yo siento que la confianza de ellas va más allá de nosotros porque aquí hay mucho machismo, si el hombre, el señor les dice que no va a control ellas no van, no vienen, no llegan. Más que todo lo que intentamos con ellas es educación* (ADE2, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

Este tipo de situaciones no deberían ser respaldadas por profesionales del centro de salud, por el contrario, deben respetar la autonomía y poder de decisión de las usuarias, y restringir este accionar.

El primer nivel de atención recibe altos flujos de población y pese a que se han realizado múltiples cambios en materia de infraestructura, continúa existiendo una limitada capacidad instalada para abordar emergencias características de la zona, tal como la atención de partos. Si bien es cierto, esta responsabilidad no debe ser asumida por un primer nivel, los profesionales del EBAIS se han encontrado en una posición donde han tenido que atender partos como única alternativa para prevenir mayores riesgos porque “*con un bebé los segundos cuentan, entonces tener ahí para reanimar un bebé y todo lo necesario*” (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Lo que implica un recargo de labores y limita aún más el tiempo de atención a pacientes regulares, por lo que se podría considerar fortalecer este centro en vista de la escasez de recurso, tanto material como humano:

ADE2: *Tal vez la doctora está viendo ese día 40 o 45 personas, no puede sacar el tiempo para explicarles a ustedes que es el control prenatal, entonces yo trato de explicarles en la casa el seguimiento, el control, pero aún así es difícil* (ADE2, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

Los problemas persistentes pueden derivar en disminución de la capacidad resolutive, dificultad para dar respuesta “oportuna y eficaz a los problemas y necesidades de salud” (CCSS, 2016, pp. 5-6) e insatisfacción de la población respecto a la atención recibida. De manera que este tipo de limitaciones institucionales “repercuten en la prestación de los servicios de salud y en la percepción de los usuarios” (CCSS, 2016, p. 10).

Según la CCSS (2016), existen áreas de salud y EBAIS en el país, con una adscripción de población que supera lo establecido en la norma, por lo que se vuelve prioritario robustecer el servicio mediante la incorporación de más equipo y personal de salud para procurar satisfacer la demanda como parte de un modelo de atención integral.

2. Factores facilitadores EBAIS La Casona

a. Infraestructura

En el EBAIS La Casona se realizaron múltiples modificaciones de infraestructura, insumos y decoraciones, para lo cual se consultó a líderes de la comunidad con la finalidad de generar un espacio de respeto a la cultura y cosmovisión Ngäbe-Buglé; las instalaciones se construyeron dentro del territorio indígena para procurar un mejor acceso al servicio. La capacidad de respuesta de los centros de salud se vincula con los recursos, infraestructura y personal con el que disponga, que a la vez deben ser sensibles para dar respuesta a las necesidades de la población beneficiaria (Juárez-Ramírez, Villalobos, Saucedo-Valenzuela y Nigendac, 2020).

Además, presentó la particularidad de contar con funcionarios del hospital que se desplazan una vez a la semana para tomar las muestras de laboratorio, propuesta que surge ante la frecuente ausencia de la población al servicio de laboratorio que se brinda en el Hospital de San Vito, *“teníamos problemas antes con eso, porque no se hacían los exámenes, porque por*

falta de dinero no venían al hospital entonces pues ahí hice gestiones con el hospital y accedieron a iniciar un proyecto ahí de sangrado” (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023), lo cual ha facilitado los controles prenatales en mujeres Ngäbe-Buglé, quienes inician su control en el primer nivel de atención, donde actualmente se trata de hacer la captación temprana en las primeras 13 semanas de embarazo.

Aunque existe la infraestructura acorde a la cultura, es necesario el trabajo continuo de los profesionales para identificar situaciones que impiden el acceso oportuno al servicio y brindarles un adecuado abordaje con alternativas contextualizadas a las necesidades de la población (Juárez-Ramírez, Villalobos, Saucedo-Valenzuela y Nigendac, 2020).

Aunado a lo anterior, el EBAIS incorporó un espacio para atender partos de emergencia, donde se han dado situaciones en que las usuarias gestantes se apersonan al centro de salud en labor de parto y se les debe brindar atención inmediata:

ADE4: En uno de los cubículos había un cuarto séptico y otro de curaciones asépticas, entonces uno de esos lo convertimos, porque el primer parto que tuvimos, diay fue una locura. Mi enfermera tenía las cosas en los diferentes cubículos y el parto fue en mi consultorio, entonces ella corría del cubículo de ella al cubículo que está atrás para traer las cosas y ahí como hay mayor riesgo de que lleguen en labor de parto, les dije: “no, no, vamos a hacer como una salita de partos y ahí vamos a tener todo”, porque cuando hay un parto no se puede andar de arriba para abajo. Entonces nosotros tenemos una salita de parto que hicimos por lo que nos pasó, entonces para evitar las carreras, incluso con eso nos hemos preparado para bien (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

La población Ngäbe-Buglé se encuentra inmersa en un contexto con diversos factores influyentes, deben caminar grandes distancias para optar por un transporte que les traslade al hospital. En este sentido, en las “mujeres indígenas se concentra el mayor número de emergencias obstétricas debido a la vulnerabilidad económica y sociocultural en la que viven” (Juárez-Ramírez, Villalobos, Saucedo-Valenzuela y Nigendac, 2020) por lo que, esfuerzos como el realizado son vitales para aportar a la disminución de la mortalidad materno-infantil.

b. Recurso humano

i. Iniciativa de las y los funcionarios

Las y los funcionarios han adaptado alternativas a la dinámica que predomina en la zona, dentro de las cuales se destacó el brindar seguimiento a las mujeres embarazadas mediante llamadas en conjunto con el Hospital de San Vito (ADE5, comunicación personal,

26 de setiembre del 2023). Por su parte, los ATAP procesan las citas de usuarias gestantes y van a entregarlas a las respectivas casas de las mujeres, esto para que no deban movilizarse al EBAIS “*como le dije a la doctora, si ella no viene a la Caja, la Caja llega a ella, pero llegamos*” (ADE2, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

Lo anterior, reflejó el compromiso del funcionario por buscar el bienestar de las usuarias:

ADE6: *En este EBAIS no es porque yo trabaje aquí, pero la mayoría del personal está sumamente comprometido, tenemos normalmente que comernos enredos y hacer cosas que ni a nosotros nos toca. A veces nos llaman, “no puede ir al ultrasonido, ¿usted me puede ayudar a cambiar el ultrasonido?” entonces, esa no es parte de mi función, pero saco de mi tiempo, llamo al hospital, trato de acomodar el ultrasonido a una hora que a ella le funcione* (ADE6, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

En lo que respecta a la calidad de la atención, uno de los funcionarios entrevistados expresó:

ADE3: *La sinceridad con la que uno habla y la preocupación real y verdadera por su situación, eso para mí es muy importante. De verdad, yo no atiendo por atender, porque es el número 50 de las consultas que voy a dar en Casona, sino una preocupación verdadera por la situación que está presentando la persona, creo que es esa la clave* (ADE3, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

Lo cual es un ejercicio fundamental para propiciar vínculos de confianza con las usuarias, más allá de brindar una consulta o recetar un medicamento, el incorporarse en la cotidianidad y situaciones que experimenta la paciente, es vital para dar un servicio más alineado a la realidad de la persona y acorde a sus recursos. Estas acciones y modificaciones que han realizado las y los funcionarios a la atención son evidencia de la búsqueda por la calidad de atención en los servicios de salud:

No depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y capacidades técnicas, sino que también en gran medida de las relaciones interpersonales que establecen los proveedores de los servicios de salud con los usuarios, el dominio de competencias culturales, habilidades y sobre todo actitudes, así como la disponibilidad y oferta de servicios de salud que respondan a las necesidades de poblaciones con usos y costumbres diferentes a los de la mayor parte de la población del país (Secretaría de Salud, 2020, p. 23).

Se requiere prestar atención a las condiciones de la usuaria durante su tránsito por el servicio e identificar elementos que requieren modificarse o incorporarse para mejorar la atención (Secretaría de Salud, 2020). Un ejemplo de esto, es lo mencionado por una de las personas participantes: *“antes cambiaban a los chiquitos en la acera, ahora la doctora consiguió una mesita y la pusimos en el baño de las mujeres para que cambien la ropita o si tienen que asearlos”* (ADE9, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

ii. Modificaciones para brindar instrucciones de medicamentos

El área de Farmacia del EBAIS ha llevado a cabo diversas iniciativas para procurar que las instrucciones sobre el uso de los medicamentos sean claras, como marcar las jeringas para la administración de jarabes o antibióticos: *“aunque aquí venga el número, marco con una rayita hasta dónde tiene que darle. O en las tapitas como vienen ya marcadas, entonces con una línea de pilot para que sepan que es hasta ahí”* (ADE8, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023). Esto permite facilitar el uso de las recetas y propiciar la adherencia al tratamiento, ya que la población Ngäbe-Buglé presenta un mayor grado de dificultad en la comprensión de indicaciones por el uso de lenguaje técnico y el sistema numérico propio del pueblo indígena.

Dichas alternativas que desarrolla el equipo del EBAIS se han incorporado a partir de la dinámica que las y los funcionarios han percibido y de su compromiso en la búsqueda de ofrecer un servicio accesible a la población: *“tener las jeringas precargadas y listas para un paciente no es algo que necesariamente sea factible en otro lugar, es pura creatividad y eso no está como obligatorio”* (ADE8, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

Cabe destacar que para profundizar en el contexto de la población Ngäbe-Buglé, las y los funcionarios deben contemplar la vivencia del otro ya que *“el equipo de salud debe superar el obstáculo de los filtros culturales y del paciente”* (Santágata y Terrasa, 2002, p. 81) para mejorar la interacción con la usuaria y de esta manera, *“aumentar la calidad de asistencia médica en términos de accesibilidad, aceptación, eficiencia y satisfacción de las personas que pertenecen a una cultura diferente a la de quienes brindan los servicios”* (Santágata y Terrasa, 2002, p. 79).

iii. Elementos culturales durante la atención

Adentrarse en la cosmovisión y las costumbres indígenas, proporciona herramientas para desarrollar servicios con pertinencia cultural: *“yo he estado aprendiendo Ngäbere y tengo*

gabachas y vestidos Ngäbere, entonces ellas se sienten a gusto conmigo y se acercan más al EBAIS” (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Esta apertura por incorporar elementos de la cultura en su labor es clave para entender la cosmovisión y generar un lazo que propicie una asistencia amigable y respetuosa hacia la usuaria (Secretaría de Salud, 2020).

Otro aspecto a tomar en cuenta es el género de la persona funcionaria, que puede influir en el curso que tome la consulta:

ADE4: *Hay un factor que es que yo sea mujer, eso facilita la consulta porque cuando es hombre les da vergüenza, o el hombre se pone celoso de que seguro la mujer va ir a ver al doctor hombre, entonces el hecho de que yo sea mujer también hace que se facilite que la población en general se acerque a la consulta (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).*

En el EBAIS se prioriza que la atención de las mujeres indígenas sea brindada por otra mujer, debido a las dinámicas de pareja, situación que da paso a otros desafíos que enfrentan las y los funcionarios al estar inmersos en ciertos significados culturales y religiosos, que si no se toman en cuenta, “pueden producir un desencuentro e inclusive choque cultural, con repercusiones en rechazo e ineficacia de los servicios” (Secretaría de Salud, 2020, p. 27); por lo que resulta importante la sensibilización y el respeto hacia la población.

iv. Promoción de educación reproductiva

Desde este nivel de atención, se trabaja arduamente la educación para la salud dirigida a la población Ngäbe-Buglé en temas como el control prenatal, la importancia del tamizaje y la planificación familiar con el apoyo de los Asistentes Comunitarios Indígenas y los ATAP en abordajes comunitarios, ya que se trasladan al territorio para impartir charlas y brindar información sobre dichas temáticas. Además, se aprovechan estos espacios para incentivar el uso de anticonceptivos, la asistencia a consulta médica y se les recuerda que no posee costos adicionales:

ADE6: *Le dejamos cita para lo más cercano posible, para poder darle un método anticonceptivo para que no quede embarazada, acá la parte anticonceptiva tratamos de manejarla todos como equipo, de abordarlo lo más rápido posible porque la cantidad de niños y la cantidad de nacimientos de este sector indígena es un porcentaje altísimo, creo que más de la mitad de nacimientos de este cantón son población indígena (ADE6, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).*

Dichos esfuerzos se han traducido en el aumento de la asistencia al centro de salud, a las citas de control, mayor captación de mujeres gestantes en territorio y disminución de embarazos adolescentes (ADE6, comunicación personal, 02 de octubre del 2023). La priorización de estas temáticas en grupos indígenas debe continuar realizándose desde el enfoque de derechos humanos y en una amplia escucha intercultural (Secretaría de Salud, 2020).

v. ATAP pilares para el primer nivel de atención

Los ATAP poseen un papel fundamental, ya que entablan una relación más estrecha con la comunidad por la captación de mujeres gestantes y referirlas al control prenatal en caso de no haberlo iniciado e identifican menores de edad que aún no cuentan con control de niño sano (ADE6, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

Este actor permite contextualizar el servicio de salud mediante la recolección de datos fidedignos por medio de la *Encuesta Familiar* donde se identifican retos en salud de la población al profundizar en aspectos socioeconómicos y culturales. Información que es incorporada en la toma de decisiones mediante el Análisis de Situación de Salud (ASIS) (Vargas-González, 2006).

3. Barreras del Hospital de San Vito

a. Socialización de información del Modelo de Atención Calificada

Uno de los principales retos que presenta el Modelo de Atención Calificada en el hospital, es la capacidad de operativizar los lineamientos que estipula, ya que la ejecución de la normativa se encuentra asociada con la interpretación que le den los profesionales del servicio y la apertura que estos tengan para implementar acciones que posibiliten una mejor atención:

JF3: *El cambio de paradigma quizá ha sido la parte más difícil porque hay gente que es renuente al cambio y que por sus respectivas jefaturas no han sido sensibilizados o no han querido aceptar las modificaciones del modelo biomédico, a pasar a unas atenciones más centradas en la persona, en este caso la mujer, la familia gestante, con un enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos* (JF3, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Asimismo, se identificó que la responsabilidad de su implementación recae en el hospital, al ser el nivel encargado de brindar atención directa durante el parto, y a pesar de que

funcionarios del EBAIS mencionan aspectos clave como la captación, seguimiento y proyección comunitaria, algunos no los reconocen como elementos propios del modelo. Lo cual mostró que existen faltantes de información sobre su funcionamiento y se concibe como un modelo médico-centrista al momento de su ejecución, cuando en realidad hay otros procesos concatenados.

Aunado a lo anterior, se mantuvo cierta fragmentación y poca coordinación entre algunos procesos internos de la institución, lo que podría llegar a dificultar su adecuada aplicación:

OS3: *En el sentido de que uno necesita alguna información y que ellos [funcionarios de maternidad] accedan a eso, a brindarla. Porque digamos, un paciente que tiene una condición especial que no pueda recibir visitas de algún familiar en específico, cómo informarnos de quiénes pueden y quiénes no pueden estar con el paciente* (OS3, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

La socialización de los cambios en la dinámica es importante, desde los altos mandos, hasta las y los funcionarios que operativizan las iniciativas y el vínculo que se tenga entre los tres niveles de atención, van a permear en la calidad del servicio brindado. Por lo que se requiere ajustar constantemente la metodología para garantizar el respeto a los derechos de las usuarias (OPS, 2019).

Paralelamente, es necesario valorar los métodos de monitoreo que se implementan, ya que en los centros se priorizan los indicadores de cumplimiento *“cada 3 meses nosotros tenemos que presentar informes que ellos solicitan [funcionarios del nivel central]”* (JF6, comunicación personal, 29 de setiembre del 2023); sin embargo, la medición del impacto y los resultados, podrían mostrar mayor claridad sobre el alcance de las iniciativas que se han desarrollado propiamente con la población Ngäbe-Buglé.

Es importante resaltar que las entrevistas reflejaron desconocimiento por parte de las usuarias sobre sus derechos en materia de atención del embarazo, lo cual puede dificultar su tránsito en el servicio y vulnerabilizar su posición, al depender de las y los funcionarios para cumplir con la normativa. Cabe destacar, que para operacionalizar el Modelo de Atención Calificada, se requiere promover el “empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación, la participación y el acceso a la información” (OPS, 2019, p. 40), para que de esta forma se optimice la atención de calidad en el servicio de salud.

b. Idiomática

Constituye una de las barreras mencionadas con mayor frecuencia por parte del personal de atención directa, jefaturas, administrativos y oficiales de seguridad; que puede llegar a desencadenar poca claridad y entendimiento de los procesos asociados con la atención médica, y que de alguna forma repercuten en la calidad del servicio brindado. De acuerdo con la OPS (2009), la barrera idiomática representa una incongruencia entre la organización, la prestación de los servicios de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales.

A partir de las entrevistas se reconoció que existe cierto nivel de frustración por parte del recurso humano al afrontar obstáculos en el momento de brindar instrucciones. Además algunos calificaron la atención a usuarias indígenas como de alta complejidad, al afectar la recopilación de “aspectos básicos de la atención médica, como la cita con el paciente, el registro de síntomas y la descripción de la dolencia por boca de éste, el conocimiento de su situación personal y familiar, la comunicación de un diagnóstico o el cumplimiento de un tratamiento” (Figueroa-Saavedra, 2009, p. 151).

ADH13: *El problema digamos, no es que no hablen español, la mayoría habla el idioma. El problema es que son pacientes que tal vez no están acostumbradas y entonces les cuesta un poco. Casi siempre usted les pregunta las cosas y contestan con monosílabos, a veces no tienen control prenatal, entonces no saben la fecha de la última regla y a veces son ya pacientes que llegan en fases activas de labor. Pero cuando no está ella [asesora cultural] y la señora no habla español, entonces ahí si hay...la barrera si está totalmente* (ADH13, comunicación personal, 25 de setiembre del 2023).

Estas dificultades en la atención, ameritan esfuerzos extra por parte del personal para establecer el canal de comunicación idóneo que permita brindar la atención de calidad, pues la comunicación es un pilar fundamental a lo largo del proceso. “Una de las dimensiones de la calidad asistencial es la accesibilidad, que se refiere a la facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales” (OPS, 2009, p. 31-32).

Esta barrera afecta de manera bilateral tanto a las usuarias Ngäbe-Buglé, como al personal asistencial:

ADH12: *La barrera idiomática, ha sido probablemente la más grande porque es muy difícil estar usted en un país ajeno, un idioma ajeno con dolores y que le explique.*

Entonces yo siempre vacilo porque recuerdo como era antes de Maribel. “es que es una paciente que no colabora” pues no, es una paciente que no entiende y no sabe que le está pasando entonces obviamente, no va a colaborar (ADH12, comunicación personal, 25 de setiembre del 2023).

Por otro lado, no se identificaron mecanismos institucionales que permitan asegurar la comprensión de las instrucciones, sino que queda sujeto al criterio de cada funcionario al momento de brindar orientación. Ambos centros de salud han realizado algunos esfuerzos para combatir estas dificultades al incorporar rotulación en los establecimientos y proporcionar vocabulario básico en el idioma; no obstante, representan soluciones parciales, pues el ngäbere es un idioma de tradición oral, y no todas las mujeres han desarrollado las habilidades de lectoescritura. El conocimiento de algunas palabras no asegura la comunicación oportuna, obstáculo que se presenta al momento de seguir indicaciones sobre la ingesta de medicamentos, los cuidados prenatales, postnatales, la navegación dentro del servicio, entre otros.

Si bien es cierto, las dificultades durante la comunicación médico-paciente no son propias del pueblo indígena, estas pueden llegar a agravarse en este grupo poblacional. Lo que hace necesaria la presencia de la asesora cultural, sin embargo, sus servicios se encuentran disponibles únicamente en uno de los tres turnos del hospital lo que aumenta los tiempos de espera y estancia de las pacientes que no hablan español.

ADH10: *Diay no podemos hacer nada, se esperan al otro día a las 7 de la mañana para que les explique y les pregunte, pero si no se dejan revisar viera lo que cuesta, cierran las piernas y no. Por más que usted le diga y trate, si hay alguien en urgencias que no entiende, espérese hasta el otro día a las 7 de la mañana que le vaya a explicar sobre un medicamento o algo hasta que llegue ella [asesora cultural] (ADH10, comunicación personal, 28 de septiembre del 2023).*

Estas dinámicas podrían estar generando rechazo al uso del servicio y resistencia para aceptar llevar a cabo ciertas intervenciones. De acuerdo con Cahn (2012) “las barreras en comunicación impiden que el paciente o usuario sea bien atendido o esté satisfecho con los servicios prestados provocando la preferencia de su medicina tradicional y cierto rechazo a la medicina científica” (p. 6).

Algunas de las y los funcionarios reconocieron la necesidad de acercarse a la comunidad para aumentar la sensibilización y conocimientos sobre la población, y que esto contribuya a la mejora en sus intervenciones y prácticas clínicas:

ADH12: *Bueno, la barrera idiomática es muy importante y también pues esto que mencionaba sobre la parte cultural tal vez como, bueno a mí en lo personal, me parece que tal vez ellos no... por ejemplo nosotros los médicos y yo que soy la encargada acá, no voy a la comunidad, a La Casona, como solo estoy yo [se ríe], siempre me tengo que quedar aquí. Pero siento que hace falta un poquito más de que ellas lo reconozcan a uno y tengan la confianza de decirle y sobre todo acortar distancias, que se sientan un poco más cercanas (ADH12, comunicación personal, 25 de setiembre del 2023).*

El enfoque intercultural en salud que propone el Modelo de Atención Calificada posee el desafío de robustecer espacios de comunicación y diálogo entre las diferentes culturas “que tiendan al fortalecimiento de los pueblos y sectores excluidos y a la sensibilización de los pueblos y sectores que se encuentran en una posición privilegiada” (OPS, 2009, p. 14).

c. Comunicación

En el ámbito administrativo, en los procesos de recopilación de datos, específicamente durante la entrevista de la usuaria con el personal de registro, se identificaron falencias en las bases de datos, ya que la barrera idiomática interfiere en el intercambio de información y provoca la duplicación de datos y sesgos:

AMH2: *La peor barrera es sobre todo es, no sé si se hace diferencia entre la indígena panameña, que la barrera que hay a veces es la información que ellos no tienen, digamos llegan el día de hoy y dan un apellido, llega al otro día, dan otro, llegó el tercer día dan otro, esa mujer tienen tres informaciones [datos personales] y se hace un caos a veces, que no es jugando (AMH2, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).*

Lo anterior denota que los sistemas empleados por la institución no se ajustan a la cosmovisión y existe un choque cultural al definir una nacionalidad, un nombre con apellidos en un registro auténtico emitido por las autoridades. Principalmente en un contexto de alta movilización de las usuarias Ngäbe-Buglé, donde se llevan a cabo ceremonias autóctonas de la comunidad para brindar un nombre a los recién nacidos y la práctica de relaciones polígamas:

AMH6: *Si los anda excelente [documentos], si no, ¡diay! ¿qué se puede hacer? Uno tiene que inventar. A mí me ha correspondido inventar la fecha de nacimiento, calcularle más o menos y ponerle ahí “el 15 de junio del año tal”, y jugársela con el nombre que le dan y crearles el apellido aunque sean inventados (AMH2, comunicación personal, 25 de setiembre del 2023).*

Bajo la misma línea, la institución ofrece instrumentos de opinión sobre el servicio recibido en todos sus centros de salud. En el caso del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito, no se logra observar la ubicación de estos espacios que funcionan como medios de comunicación u opinión de las usuarias. Es importante mencionar que, si la consulta médica está afrontando retos de comunicación, los espacios de opinión pueden verse relegados a un segundo plano.

La barrera idiomática implica procesos y metodologías diferenciadas, que representa “un desafío entre médicos y pacientes que comparten contextos culturales y hablan el mismo idioma, mucho más lo es cuando el médico y el paciente provienen de diferentes contextos y no hablan la misma lengua, situación que, aunque parezca rara y ocasional no lo es en países multiculturales” (Domingo-Vasquéz mencionado Figueroa-Saavedra, 2009, p. 151).

d. Acceso

Las y los funcionarios refieren que muchos de los embarazos en el pueblo indígena se atienden sin una detección temprana y oportuna: *“a veces nacen bebés con algún tipo de problema, con alguna cardiopatía que no se pudo detectar a tiempo porque no tuvieron control prenatal”* (ADH7, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023). Durante el internamiento, se busca facilitar información sobre diversos temas como cuidados del bebé y planificación familiar, por la tendencia a la disminución de consultas post operatorias y futuros controles prenatales:

ADH7: *Se les da mucha educación, sobre todo a ellas [mujeres indígenas] se les da educación porque son casos que a veces se nos pierden, entonces nosotros aprovechamos el servicio de hospitalización, para abordar un montón de temas con ellas porque en su mayoría se les deja seguimiento en la Consulta Externa o se refieren a primer nivel, pero muchos de esos casos se pierden* (ADH7, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Cabe destacar que las dificultades en la asistencia al centro de salud de la población Ngäbe-Buglé, están presentes por diversos factores que influyen en la dinámica de acceso. Existen distintos grupos poblacionales que acuden a la prestación del servicio con distintos niveles de recursos, lo que da lugar a “diferencias de calidad para los mismos servicios y, por lo tanto, inequidades en el acceso entre los grupos de población beneficiaria” (OPS, 2019, p. 23). Ante este panorama las acciones que lleva a cabo la institución, aunque exhaustivas y

visionarias, podrían ser limitadas para asegurar el acercamiento de las mujeres al servicio, es necesario continuar desarrollando alternativas para paliar estas dificultades.

e. De trato

Se considera fundamental que la calidad sea un elemento presente durante la atención brindada por profesionales de la salud y es indispensable para mejorar la efectividad del servicio (Bernal, et al, 2011). Sin embargo, se reconoce que es un desafío que persiste en los centros médicos, ya que, en algunas de las entrevistas, se hace referencia a la falta de sensibilización y trato hostil por parte de ciertos colaboradores hacia las usuarias Ngäbe-Buglé, lo cual puede traducirse en discriminación durante la atención recibida y potencial rechazo de las mujeres que acuden a la institución:

OS4: *Tal vez en el tonito, tal vez en la forma de hablar, yo me imagino que es por desconocimiento de no saber el idioma, les gritan. Los Ngäbes si usted se queda viendo, ellos hablan muy poquito, muy bajito, entonces se tiende como a alzar la voz, pienso que deberían más bien como hablarles más suavemente para darles más confianza (OS4, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

AMH6: *Sí, tal vez en sensibilizar un poquito porque por su condición a veces son como: “ay es que no me entiende”, y un poco de discriminación. Entonces tal vez algo de sensibilización, algún tipo de curso o algo. Yo trato de no... pero uno sí ve en general, a veces como ciertas actitudes que aunque ella no entienda, es una persona que necesita atención, necesita paciencia (AMH6, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

Estas dinámicas pueden desencadenar una disminución de la adherencia de las usuarias al servicio y que peligren los resultados alcanzados de los esfuerzos por aumentar los partos intrahospitalarios y controles. Es importante enfatizar en que existen múltiples factores que influyen en la asistencia de las madres Ngäbe-Buglé al centro de salud, por lo que promover un trato digno y adecuado debe ser parte de los “procesos permanentes de mejora de desempeño y de transparencia” (Bernal, et al, 2011, párr. 2), ya que esto determinará en gran medida la confianza de la familia gestante.

f. Institucional

Se identificó segmentación en el funcionamiento interno de la CCSS, en cuanto a la articulación entre el nivel Central, Regional y Local, al estar inmersos en un sistema burocrático que se caracteriza por ser arcaico, cerrado y estructurado. Esta rigidez le resta apertura en

cuanto a la innovación, toma de decisiones y puede dar pie al desconocimiento de iniciativas a nivel operativo, el uso poco eficiente de los recursos y el debilitamiento del engranaje institucional:

JF7: *Si hay apoyo, más que todo uno maneja cierta libertad en las acciones que pueda desarrollar en pro de la comunidad y no es tanto lo que uno tenga que estar pidiendo permiso arriba. Al final tal vez no te apoyan, pero no se dan cuenta de lo que uno hace entonces mientras no te digan que no, todo bien* (JF7, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023).

Aspecto que desencadena la búsqueda de apoyo externo a la institución, en organismos internacionales, ONGs como es el caso de iniciativas que requieren ser desarrolladas con urgencia como la contratación de una asesora cultural o mejorar la capacidad instalada, *“porque por la Caja nunca, si yo le digo que me compre una lavadora, primero tengo que hacer veinte mil cosas”* (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Bajo esta misma línea, se debe tomar en consideración que la calidad de los servicios se encuentra concatenada con *“la satisfacción del cliente, la mejora continua y organización de procesos o sistemas al interior de las organizaciones”* (Berna, 2015, citado en Rojas-Martínez, Hernández-Palma, y Niebles-Núñez, 2020, p.1). Esta última requiere de atención para crear servicios resilientes que maximicen el uso de los recursos, y respondan a las necesidades de sus usuarios (Vargas-González, 2006).

En este sentido, a pesar del aumento de las usuarias que se aproximan por la recolección de café al centro de salud: *“cuando hay cosecha de café que es otro tipo de proyecto que es en fincas cafetaleras, que aquí ingresan entre 10.000 a 15.000 indígenas Ngäbe a coger café que vienen de Panamá”* (JF7, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023).

No se reconocieron iniciativas propias del hospital vinculadas con la adaptación en el registro, captación, seguimiento, y demás procesos que engloban su paso por el servicio. Persiste la dificultad de brindar respuesta a dicha demanda, a pesar de ser algo que muestra un patrón repetitivo al ser una de las principales actividades económicas de este grupo poblacional:

ADH6: *Casi siempre a esta hora [turno de la noche] cuando llegan cuesta mucho porque la mayoría vienen de la Casona o del lado panameño, entonces viene a parir directamente, entonces es así como ra y fla y rápido; y si no, lo que se hace es que se le toman los signos y se le pregunta si quiere la batita y se deja ahí, ya si hay algún problema de comunicación, se espera en la mañana que venga la compañera. Las que están internadas, ya la compañera las ha visto en la mañana y en la tarde* (ADH6, comunicación personal, 28 de septiembre del 2023).

Las y los funcionarios administrativos indicaron en repetidas ocasiones que requieren más herramientas y apoyo para atender a las usuarias Ngäbe-Buglé nacionales y con mayor énfasis las que provienen de Panamá:

AMH2: *El problema para nosotros es más con las panameñas para las cosechas, la recolección de café que ellas pasan a este lado y esas vienen sin ningún documento, son las que cuesta hablar, las de aquí son un amor, en todo sentido, vieras que son muy diferentes, claro, pero si hay que trabajar con esa población, que es más difícil* (AMH2, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Si se pretende que los servicios desarrollen la capacidad de identificar las necesidades y brindar tratos dignos centrados en la persona debe dotar al personal sanitario de todos niveles “con conocimientos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua” (OPS, 2009, p. 27).

g. Formación

En su investigación los autores Meneses-Navarro, et al. (2021), hacen mención a que el personal de salud que labora en hospitales suele optar por generar juicios de valor y criterios personales que intervienen en la reflexión de las concepciones culturales y su desempeño profesional. Situación que no fue ajena en el Hospital de San Vito, ya que las capacitaciones relacionadas con la atención de población Ngäbe-Buglé brindadas hace algunos años, no fueron del todo aprovechadas: “*Hace mucho tiempo, recibimos un curso, pero no le pusimos mucha atención, sinceramente se nos fue de la mano, pero eso fue hace qué, estamos hablando de 15 años*” (AMH1, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Conforme fue incrementando el flujo del pueblo indígena en el servicio, se implementaron nuevamente esfuerzos de capacitar al personal y de involucrar a la población en las modificaciones y mejoras que se han realizado en el centro médico. No obstante, algunas de las iniciativas han quedado de lado, no se les brinda continuidad o se han limitado por falta de interés:

E2: *Hay una capacitación, check [listo], y ya la dieron. Pero ese que recibió la capacitación se murió, se fue, se pensionó, pero no importa porque ahí hay un check que ya se dio. Las capacitaciones deberían ser permanentes en lo mismo. Pero no decir como: “ya la dieron, el año antepasado”* (E2, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Esto desencadena una barrera en cuanto a la preparación de las y los funcionarios, la cual debe ser continua con posibilidades de generar espacios de autocrítica o diagnóstico de atención y trato en los procesos de salud, acatando la normativa institucional para proporcionar el mejor servicio posible a partir de inducciones sobre la cultura indígena:

ADH15: *No es necesario, ¡es fundamental! y primordial si nosotros queremos que esto funcione. Vamos a lo mismo no es simplemente traerlos a ellos y no sé qué, y adecuar todo para que ellos se sientan bien es nosotros también identificar cómo piensan, identificar cómo se sienten bien haciendo las cosas* (ADH15, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

Se reconoce el esfuerzo que ha realizado la institución para ofrecer sesiones educativas al menos una vez a la semana; sin embargo, no involucran a todo el personal que se encuentra en contacto con la población, ya que se limita a profesionales con nombramiento activo y los demás funcionarios que rotan en el servicio, nuevos ingresos e interinos quedan excluidos, por lo que resultan insuficientes:

JF2: *Obviamente se capacita al personal farmacéutico... Ahora, sí siento que es una dificultad. El CENDEISS solo está capacitando al personal que está nombrado durante todo el tiempo de la capacitación. Entonces, todo el personal interino ya no se capacita. [...] y en la última comunicación de personal técnico, solo a los que están en propiedad y eso no tiene sentido, porque entonces estas cosas no se pueden realizar o da el espacio para decir: “yo no lo voy a hacer porque a mí no me han capacitado”* (JF2, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

Iniciativas que deben ser complementadas con el compromiso de los trabajadores para que las acciones propuestas sean efectivas y sostenibles en el tiempo, y de esta manera, incorporar información actualizada en sus funciones y propiciar un cambio en las percepciones y prácticas cotidianas (Meneses-Navarro, et al, 2021).

JF1: *A mí me parece que es uno de los desafíos, yo siento que todos los especialistas que llegan acá, tienen que tener esa parte de sensibilización, tienen que ser capacitados previos porque es que no está llegando al San Juan de Dios, está llegando a Coto Brus, es una inducción distinta* (JF1, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

La formación integral, constante y sobre todo actualizada es primordial para lograr evidenciar cambios efectivos en las actitudes y acciones emitidas por el personal; las

capacitaciones en temas culturales les permiten reconocer las particularidades de la población, entablar relaciones respetuosas y obtener “una visión asertiva respecto a la diversidad cultural, y las implicaciones de ello en los servicios de salud” (Almaguer-González, et al, 2014, p. 10).

h. Funcionamiento interno

Se logró identificar que existen diferencias entre el personal del hospital por criterios profesionales y toma de decisiones en torno a áreas que no son de su expertise, lo que genera una duplicación de funciones y pérdida de recursos:

JF1: *De repente dicen: “ay no comió, porque no come cerdo y le pusieron cerdo” y uno dice “a pero es que aquí la pidieron normal” esa es una de las mayores barreras que nosotros tenemos, porque el nutricionista no indica la dieta a no ser que le pidan la intervención, pero de primera entrada nosotros no la indicamos, siempre es el médico (JF1, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

Bajo esta misma línea, en el ambiente organizacional de las y los funcionarios del servicio materno-infantil, existe una resistencia al cambio con respecto a las posibles funciones para mejorar las condiciones de contacto, atención y trato con las usuarias Ngäbe-Buglé:

JF1: *No anotan las dietas en EDUS, entonces el recurso humano tiene que desplazarse a revisar, [...] yo he dicho: “no, nosotros trabajamos con EDUS, tienen que indicar las dietas en EDUS”, porque está en el EDUS a un click y pum, aparece la dieta, entonces es también que tan comprometido estás vos (JF1, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

Dicha situación se puede subsanar mejorando la comunicación, la coordinación de los profesionales a cargo y el establecimiento de metas y objetivos que direccionen a un mismo fin.

Por otro lado, la Región Brunca cuenta con una estrategia creada por la falta de especialistas en los hospitales que la conforman denominada ruta SUR-SUR. Razón por la cual, el Hospital de San Vito debe abarcar una semana al mes, las citas médicas y emergencias, lo que implica un traslado de los pacientes en distancias considerables y refleja la inequidad en el acceso a los servicios de salud de este territorio en comparación con la GAM:

ADH3: *Tenemos una población con una cantidad muy alta de partos, y tenemos el modelo sur-sur, hay una semana al mes dónde recibimos no solo nuestras pacientes que ya deporsi son muchas, [...] adicional a eso tenemos que recibir pacientes del resto*

de la Zona Sur, entonces tenemos pacientes en pasillo y todo con la misma cantidad de personal, o sea, cuando eso sucede no se aumenta el personal es un desafío enorme y han ocurrido cosas porque un solo profesional de obstetra tiene que hacerse cargo de digamos que 10 pacientes más 10 bebés, o sea, son 10 mujeres posparto más 10 bebés o sea son 20 pacientes. Es humanamente imposible que se le preste atención a todo el mundo verdad...sí han sucedido cosas anecdóticas, por dicha no son demasiadas, pero claramente son por sobrecarga de trabajo (ADH3, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Es importante resaltar que el pueblo indígena se ve obligado a mantener su tránsito por los otros hospitales de la región sin el apoyo de la asesora cultural por lo que es cuestionable la viabilidad de esta iniciativa, ya que se busca solucionar una problemática, pero se retorna a otra que resulta trascendental para la atención de calidad.

i. Recursos

i. Humano

A lo largo del proceso de entrevistas, se logró evidenciar la necesidad de más personal para atender la alta demanda de usuarias en el servicio de maternidad: *“los principales desafíos creo que siguen siendo la falta de recurso, tratar de implementar cosas con los mismos recursos, más que todo humano”* (JF7, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023), lo cual en muchos casos se traduce en sobrecarga laboral, que podría conllevar cansancio, desmotivación al momento de brindar atención y afectaciones en la salud mental del personal (Saborío-Morales e Hidalgo-Murillo, 2015).

Adicionalmente, la falta de especialistas en la zona se ve reflejada en carencias para la atención del parto: *“hay cosas que nos quedan ahí, la espinita; por ejemplo, el parto sin dolor. Aún no tenemos suficientes anestesiólogos para poder implementarlo, pero en todo lo que se pueda aplicarlo, lo hemos intentado”* (ADH12, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023) situación que se encuentra vigente dentro del funcionamiento de la institución.

Lo anterior se intensifica con los altos flujos de los pueblos indígenas que migra hacia la zona y por ende, el aumento de usuarias indígenas que acuden al centro de salud: *“ahora la gente, los indígenas vienen más, en aquél tiempo no venían tanto”* (AMH1, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023), dicha realidad evidencia que se debe permanecer en la constante búsqueda de estrategias que permitan responder ante la creciente demanda del servicio de maternidad.

Además, se resalta la necesidad de contar con más personal que hable el idioma ngäbere, debido a que la Asesora Cultural no da abasto con la demanda del servicio y

constantemente requieren de su apoyo en otras unidades del hospital, a lo cual se suma que fuera de su jornada laboral, no se cuenta con otra persona que facilite la interpretación:

JF1: *La barrera del idioma, porque sin intérprete es muy difícil, yo insisto porque en algún momento hemos requerido de la asesora en la consulta externa de nutrición, pero es que también la ocupa el geriatra y la ocupa farmacia, entonces, la asesora está por acá y la ocupan en un parto y sólo hay una asesora (JF1, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

Otro elemento que podría dificultar el proceso de atención, es la imagen predeterminada que poseen algunos funcionarios sobre las mujeres indígenas, ya que durante las entrevistas se les señala como personas que “no dicen la verdad”; lo que demuestra que se requiere de una labor de sensibilización:

ADH15: *Pero ahí hay que tener mucho cuidado, como les digo [baja tono de voz] ellos son muy inteligentes, más de lo que uno cree, con esto ¿qué les quiero decir? Cuando les conviene entienden bastante y cuando les conviene no entienden (ADH15, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

ADH12: *Nosotros cuando empezamos a trabajar con ellos, a veces se empieza mucho por los estigmas que tienen algunos compañeros, entonces, así como: “ellos siempre te van a pedir dinero o no te van a hablar ellas, te van a hablar los esposos”. Entonces se conoce como desde afuera. En realidad, yo empiezo a conocer un poco más la cultura, ya estando acá, trabajando con las asesoras culturales y también con las pacientes, porque ya cuando ellas están un poco más abiertas pues entonces le van contando a uno tradiciones, costumbres y estas cosas (ADH12, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

La barrera de recurso humano resalta las dificultades que enfrenta la institución para adaptarse a las cambiantes realidades y existe una insuficiente contratación de personal para satisfacer las necesidades en salud de la población, de forma que los esfuerzos para brindar un servicio culturalmente competente pueden verse obstaculizados (OPS, 2015).

ii. Material

Algunos de los participantes mencionaron que, a pesar de buscar alternativas, la escasez de equipos es una limitante para el servicio brindado y deben trabajar con herramientas que no se encuentran en óptimas condiciones, debido al deterioro o requieren modernizarse:

ADH3: *Tenemos un ultrasonido aquí, que estamos intentando mejorar eso, porque necesitamos otro en la consulta también, pero bueno, de momento yo todos los días me lo llevo hasta la consulta y luego de nuevo lo traigo hasta aquí [maternidad] para intentar que todas tengan derecho a su ultrasonido* (ADH3, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

ADH13: *Los equipos todavía sirven, pero ya están en las últimas, ya están pidiendo cambio y los otros aparatos que se utilizan para escuchar la frecuencia cardiaca fetal hay uno que no sirve, por ejemplo, si se traslada a alguna paciente para algún otro centro, hay que llevarse el único que está bueno* (ADH13, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

Esta situación empeora debido a la complejidad para optar por nuevo equipo, ya que “todo implica recurso económico, al no haber, estamos hablando de cosas serias que requieren largos procesos” (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023), y es posible que para el momento en que asignen los recursos, la dinámica de atención haya cambiado o aumentado la demanda de suministros.

Cabe resaltar que “la capacidad de respuesta de los hospitales está vinculada a la disponibilidad de insumos, de infraestructura y de recursos humanos” (Juárez-Ramírez, et al, 2020), lo que puede afectar la calidad de atención:

ADH3: *Las pacientes, las mujeres de acá tienen el mismo valor como seres humanos que las mujeres de San José y las mujeres de San José pueden consultar en 20-15 minutos en cualquier lugar y se le da toda la atención* (ADH3, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

4. Factores facilitadores

a. Apoyo del nivel central

El hospital ha recibido apoyo por parte del nivel central para la implementación del modelo, como aportes económicos para realizar las modificaciones pertinentes, la adquisición de equipo y herramientas necesarias para la calidad en la atención de las usuarias y atender sus preferencias durante la labor parto:

JF6: *Cada 3 meses nosotros tenemos que presentar informes que ellos solicitan; o sea, se hacen mensuales, trimestrales y luego anuales, se hace una revisión progresiva de resultados* (JF6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Asimismo, el modelo como herramienta institucional facilita la orientación del servicio

de acuerdo a sus recursos y se ve reflejado en la relación costo-beneficio y resultados considerablemente notorios en el monitoreo y evaluación:

JF4: *Está lo que es el parto calificado es de cumplimiento obligatorio a nivel institucional, entonces se supervisa a nivel local, nosotros recibimos supervisión del nivel regional y el nivel regional siempre va a recibir supervisión del nivel central y claro que sí, existe todo un sistema de monitoreo y evaluación (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

Lo anterior debe tenerse presente, debido a que la evaluación tiene la finalidad de orientar los procesos de toma de decisiones para poder establecer el origen de los programas en salud en cada una de las dimensiones por evaluar, y así, determinar líneas de acción que prioricen su efectividad (Montero-Rojas, s.f).

b. Recurso humano

De forma progresiva la atención del servicio materno-infantil ha evolucionado dada la implementación del Modelo de Atención Calificada lo que incide en ciertos cambios ya que ha colocado en la mesa de discusión la adecuación de los servicios para la población Ngäbe-Buglé en cuanto a comunicación y trato, las y los funcionarios señalan haber identificado cierto contraste desde la entrada en vigencia de la iniciativa institucional.

Entre las que destacan los procesos de consulta a las usuarias sobre sus preferencias al momento de entrar a labor de parto como la cantidad de tactos realizados durante las fases activas de labor sin dejar de velar por la integridad de la madre y el bebé:

ADH13: *Ya uno hablando y explicándole hay que llegar a un acuerdo porque la única forma de valorar el avance de la labor de parto es por medio de la valoración obstétrica. Tal vez si ella no quiere, uno le explica que conforme vaya avanzando la labor los dolores le van a ir dando más fuertes, más seguidos, que en algún momento va a sentir deseo de pujar o que va a romper bolsa y entonces que en ese momento nos avise para revisarla nosotros [...] O uno le dice: “está bien si usted no quiere que yo la revise, en el momento que desee me lo hace saber para valorar cómo va avanzando” porque hay que hacerlo (ADH13, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

Además de modificaciones alimentarias en cuánto a restricciones en consumo de algunos alimentos como sal o carne de cerdo por aspectos culturales y el ingreso de sus acompañantes sean familiares o parteras, entre otros datos que son registrados en el Plan de Parto:

JF3: *La implementación [Modelo de Atención Calificada] inició desde el 2017 con modificaciones en cuanto al proceso de recibir a las usuarias, luego de la remodelación de infraestructura para convertirlos en entornos habilitantes y algunas otras adecuaciones menores como son la apertura a mayor acompañamiento, lo que es la interacción con las parteras tradicionales, el permitir el ingreso de asesoras culturales y todo eso (JF3, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).*

Las características de las y los funcionarios son aspectos que determinan su quehacer, aquellos que se encuentran en la primera línea de atención, poseen amplio conocimiento de las acciones contempladas en el modelo y se encuentran sensibilizados a aspectos culturales, los años de experiencia son otro buen aliado en la práctica clínica y administrativa, denotan un mayor entendimiento de los servicios de salud para ejecutar nuevas formas de moldear la atención sanitaria.

ADH12: *Este año de hecho, hace muy poco, hace tal vez dos meses se empezó a implementar la hora de oro en sala de partos quirúrgicos, siempre estaban aquí acompañados con su mamita y su papá en partos normales, pero las cesáreas no se acompañaban con el papá y hace como dos meses empezamos a implementarlo, se ha visto una anuencia de todo el personal en colaborar, también nos facilitan la implementación (ADH12, comunicación personal, 25 de setiembre del 2023).*

El éxito de ciertas acciones va ligado con el compromiso de ciertos funcionarios ya que son estos los llamados a traducir las políticas institucionales en acciones tangibles. En el caso del equipo interdisciplinario que conforma la maternidad del Hospital de San Vito, refleja una alta disposición por mejorar de manera continua, buena articulación, comunicación clara y recurso humano altamente preparado:

ADH12: *La apertura por parte de las jefaturas para querer implementar el modelo tanto en Dirección General, como ahorita la ginecóloga con la que estamos trabajando, es mucho más anuente al modelo porque hemos tenido experiencias en el pasado que los ginecólogos no se quieren involucrar y para poder darle una atención prioritaria y de calidad, necesito sí o sí tener involucrado al ginecólogo (ADH12, comunicación personal, 25 de setiembre de 2023).*

Si el compromiso, la voluntad y el liderazgo continúan siendo pilares entre el personal, se contribuye al logro de la misión institucional y a establecer prioridades estratégicas para su gestión exitosa (Pinzón-Espitia, 2014). De acuerdo con la OMS (2016), construir servicios de

salud integrados y centrados en la persona se encuentra sujeto a la calidad del personal y de los servicios que dispensa.

c. Cultural

Se han desarrollado diversos procesos adaptativos y cambios importantes en la atención, debido a la particularidad de brindar servicio tanto a personas indígenas, como a población proveniente de otros países como Panamá e Italia, situación que les ha llevado a convertirse en un hospital multicultural:

JF4: *No solo se refiere a la población indígena, hay diferentes culturas e implica tratar de comprometerse más, tratar de entender y tratar de dar la atención entendiendo la cosmovisión de cada cultura, esa percepción es lo que hay que tratar de respetar y tratar de tener un poco de empatía en ese sentido, para favorecer el proceso de atención* (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Específicamente para el caso de la población Ngäbe-Buglé, se realizaron adecuaciones a los espacios mediante la decoración de las instalaciones con la finalidad de hacerlo más amigable con la usuaria, se incorporaron adaptaciones en la alimentación y vestimenta, al diseñar batas similares a las que utilizan las mujeres indígenas para propiciar mayor comodidad (ADH7, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Otra de las variantes incorporadas, fue la aprobación del ingreso de medicina tradicional al hospital, únicamente se monitorea que la paciente no tenga efectos adversos, y en caso de presentar alguna complicación, “*se les solicita que no continúen con la toma del té*” (ADH8, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

De igual manera, las usuarias pueden asistir al hospital con el acompañamiento de una partera tradicional de la comunidad o asesora cultural, en caso de que lo deseen. Además, se le da prioridad a la libre elección de la posición de parto: “*tenemos una sala que adaptamos para la atención con pertinencia cultural, donde existe toda la tecnología moderna y tenemos un colchón y unas tiras donde ellas se pueden agarrar y tener el parto en posición vertical*” (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Aunado a lo anterior, se lleva a cabo el *curso de preparación para el parto* que inicia con visitas periódicas al EBAIS La Casona y concluye con el recorrido por la infraestructura del hospital y una visita al área de maternidad:

JF3: *Tenemos en colaboración con el primer nivel, el desarrollo del curso “Preparación para el parto”, tenemos una extensión del modelo de atención, que es*

una visita una o dos veces al mes a la comunidad de la Casona para facilitar el acercamiento y una comunicación más horizontal con las embarazadas de esa comunidad, porque la tendencia del parto domiciliario era más acentuada en La Casona, entonces fue precisamente donde afinamos los recursos y fue donde hicimos la extensión por así llamarlo, del Modelo de Atención Calificada, para abordar el componente de pertinencia cultural (JF3, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Por otra parte, la inclusión de la asesora cultural en el servicio de maternidad representa un avance al facilitar la interpretación del idioma ngäbere y paralelamente los funcionarios identifican que con su apoyo, aumentó la apertura a utilizar métodos anticonceptivos por parte de las usuarias:

ADH15: *Se logró introducir una asesora cultural que es la que está al pendiente sobre todo cuando tenemos dificultad de comunicación por el idioma, nos ha ayudado enormemente con lo que es la parte de la utilización de métodos anticonceptivos [...] teníamos una problemática muy grave hace unos años de que había mucho parto extrahospitalario porque ellas no querían venir al hospital. Afortunadamente con todas esas estrategias hemos revertido un poco esa situación. Igual la planificación, antes 10 de ellas que salían, 1 quería planificar, las otras 9 o no querían, o no se les daba la oportunidad. Ahora tenemos una relación más o menos como de un 70% las que sí quieren versus las que definitivamente continúan con la tendencia de no utilizar ningún método anticonceptivo (ADH15, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).*

En adición, las entrevistas resaltan que el papel de la asesora es de suma importancia para atenuar ciertos mitos sobre la atención, de manera que fomenta el acercamiento de las usuarias, mejora la cobertura obstétrica, se reducen los partos extrahospitalarios y facilita el tránsito de las mujeres por el servicio:

JF4: *La asesora favorece la comunicación, ha favorecido la atención no solo en maternidad, sino en emergencias, le ayuda mucho a los profesionales, la información sirve para tomar decisiones, mejora la asistencia de las indígenas al hospital, porque la información se corre, entonces ya en la comunidad indígena, además de que nosotros damos charlas, ya ellas saben que aquí hay una indígena que las atiende, entonces el ambiente ya no es tan chocante, tan grosero, tan desconocido. De todos esos aspectos hay mucho beneficio (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

ADH12: *No solo materno-infantil porque Maribel ayuda demasiado en emergencias, imagínate intubar un bebé de dos o tres meses, sin explicarle a la mamá porque se está entubando, ni para dónde va, ni si ella puede ir o no en la avioneta, o sea, porque muchas veces hacemos traslados aéreos, entonces no me imagino un Hospital de San*

Vito sin Maribel (ADH12, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

En este sentido, es importante mencionar que la asesora cultural no cuenta con nombramiento propiamente en la CCSS por dificultades en la estructura organizacional, y por lo tanto, su trabajo ha sido contratado y remunerado por diferentes ONGs, lo que significa que cuando acaba el convenio, se debe negociar su continuidad con la misma organización o con alguna otra que se interese en asumir el cargo del proyecto:

JF4: *Son programas con limitaciones en el tiempo y son contratos, entonces existe el riesgo de que en determinado momento ya no la contraten y la institución como tal, no tiene prevista una plaza para tener un trabajador, no existe el asesor cultural como parte del recurso humano de la CCSS, entonces se recurre a ONGs y son ellos los que coordinan precisamente porque han sido informados o desarrollan interés en el programa* (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

ADH15: *Necesitamos gente de su cultura formada en salud, en el EBAIS La Casona tienen dos facilitadores culturales que son funcionarios de la institución, pagados por la institución que están permanentemente con ellos, aquí nosotros no lo tenemos; la facilitadora ha estado por unas ONG`s y por unos convenios internacionales, pero eso es lo que nos hace falta* (ADH15, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Las dificultades que ha presentado esta dinámica de trabajo radican en que si no se encuentra una ONG que retome la contratación, se desencadenaría una serie de obstáculos para el acceso a salud del pueblo indígena, ya que “*el no tener a la asesora es complicado, es como un retroceso para nosotros. Uno siempre busca el objetivo de ir a más, no volver a lo que estábamos haciendo anteriormente*” (JF6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023), y debería ser prioritario para la institución indagar sobre alternativas que planteen soluciones realistas y culturalmente pertinentes.

Ahora bien, es necesario reconocer que históricamente en la cultura Ngäbe-Buglé se llevan a cabo partos extra hospitalarios y que, en la actualidad, aunque en menor medida, suceden, por esta razón el hospital ha priorizado la capacitación a parteras:

JF4: *Se hacen visitas regularmente y se les ha explicado técnicas para la atención del parto, técnicas de asepsia, calzado, de guantes, de situaciones de riesgo. Se han hecho reuniones y actividades donde se ha compartido con ellas y todas conocen a las obstetras de aquí, no son elementos extraños cuando llegan allá, tienen muy buena comunicación y ellas no es que se les obliga a venir al hospital, ni a no atender partos ahí, se les informa y se trata de promover el parto intrahospitalario como una alternativa que garantiza una mayor seguridad de la madre y el bebé, pero si ellas*

definitivamente no van a venir y van a ser atendidas allá, primero que todo es inevitable, entonces lo más inteligente de nuestra parte es aceptarlo y asesorarlas (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

A su vez, la institución buscó la interacción con la comunidad indígena para los procesos de consulta sobre las modificaciones que se han realizado en el hospital en torno a la posición del parto, vestimenta y alimentación, con el propósito de que fueran lo más acertados con el contexto de la población:

JF6: *Ellos nos explicaban las técnicas de ellos, así fue como empezamos a implementar el parto vertical, empezamos a ver cómo hacíamos con las posiciones con las que ellos se sentían cómodos y demás, entonces siempre buscando una comunicación hacia los 2 lados* (JF6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023)

JF5: *Entonces una vez que entendimos, que ellas son diferentes en ese sentido, se empezó a trabajar ahí, entonces junto con las parteras, junto con el Cacique empezamos a ver con check, “¿qué es lo que no comen?” “Bueno nosotros no comemos carne de chanco” entonces ya se ordenó, “Dra no me le dé chanco a esas señoras, deles una dieta aparte”. Como las batas hospitalarias son tan incómodas, horribles son... ellas dijeron: “¿por qué no podemos usar la misma ropa que nosotras usamos?, es más holgada, que tiene un agujero aquí para sacar la teta para dar de mamar”, ellas nos dijeron y aquí el costurero nos hizo esas batas* (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023)

Bajo este marco, el trabajo exhaustivo de la institución ha obtenido importantes avances en materia de acceso, cobertura y calidad de la atención, y en parte se debe al análisis realizado sobre las diversas variantes de la población que hace uso del servicio. A lo que se ha sumado la incorporación de acciones clave como la comunicación efectiva con la comunidad y el involucramiento permanente y proactivo de ambas partes (OPS, 2019).

Dichos esfuerzos empezaron a dar resultados al incrementar el flujo de usuarias por el servicio, y fueron quienes se encargaron de dar a conocer las modificaciones que se realizaron entre los miembros de la comunidad: *“ellas fueron el ente comunicador a sus mujeres embarazadas y el éxito en la cúspide fue cuando el Cacique trajo a su esposa y parió acá, ya es como decir a todas: “vayan porque esto es amigable”* (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Esta iniciativa refleja la importancia de que los funcionarios vayan a la comunidad y conozcan el entorno de la población que atienden, ya que esto propicia un mejor enlace comunitario a través del reconocimiento de los profesionales:

ADH15: *Tenemos que ser un poco más ambicioso, tiene que haber una interacción entre los dos mundos, tanto como nosotros tomamos la iniciativa para que ellos vengan aquí y vean las ventajas que tienen, como nosotros vayamos allá y veamos cuáles son las principales dificultades* (ADH15, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

JF6: *Entre los proyectos principales tenemos que mandamos al personal de nosotros [hospital] a La Casona, para el acercamiento y la confianza. Muchas veces cuando llegan al parto, en el sentido de la parte de maternidad, dicen: “yo la vi a usted”, “yo la vi en la comunidad”, “yo la vi en una charla”, “usted me explicó”, “usted me trajo algo”, entonces ya se logra un vínculo* (JF6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Lo anterior permite comprender que es vital que el personal de salud se introduzca en mayor medida en el escenario social y geográfico, como base para construir vínculos con la comunidad, “conocer su realidad, comprenderla y a la vez ser capaces de actuar sobre ella” (OPS, 2010, p. 9).

d. Institucional

El hospital posee la particularidad de contar con un proceso de admisión directa de la usuaria gestante, no debe hacer fila en el área de emergencias, sino que se verifica su información personal y continúa su tránsito hacia el consultorio de obstetricia, de forma tal que se facilite el acceso a la atención y se reduzcan los tiempos de espera:

JF5: *La consulta de la mujer embarazada, llámese cualquiera, tienen una consulta completamente diferenciada. Si usted llega acá con su pancita, no hace fila, o sea no pasa por el proceso normal de admisión. La mujer embarazada se detecta, siempre hay que digitarla y pasa directamente al consultorio de obstetricia, o sea no tiene que hacer fila, no espera a que le tomen, pasa directo y ahí está Picado, la doctora Stephanie donde las atienden inmediatamente, eso es una ventaja* (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

En lo que respecta a la estancia de la usuaria dentro del servicio, se le permite el acompañamiento durante todo el día, iniciativa que actualmente se implementa en todas las maternidades del país:

JF4: *El principal acierto, es el beneficio de las usuarias por la calidad de atención que se les da [...] y lo que se percibe es mejoramiento de la calidad de atención a la familia gestante, porque aquí no hablamos solo de usuarias, sino hablamos de familia gestante, eso incluye al esposo, a toda la familia ¿Cómo trabajamos eso? Nosotros tenemos*

permiso de acompañamiento, en la labor de parto, durante el parto y hasta el egreso, del esposo o de algún familiar o amistad que la usuaria elija [...] Cuando hablamos de familia gestante, tenemos una visión mucho más amplia (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Según la OPS (2023) la implementación del acompañamiento durante el parto ha sido difícil en las distintas regiones, de manera que el esfuerzo realizado por las maternidades en la institución forma parte de un cambio revolucionario, reconociendo que “mejora los resultados maternos y perinatales, aumenta las chances de tener una experiencia de parto positiva y fisiológica” (párr. 1).

Es de relevancia destacar que *“toda la inyección que se dio de presupuesto por parte de la Caja para el cambio de la maternidad en sí, por ejemplo, tenemos un cubículo que está aislado del resto de los salones, por si hay pérdidas gestacionales”* (ADH12, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023), espacio que ha sido habilitado para que las usuarias puedan tener un momento de privacidad con su acompañante.

Los esfuerzos que ha realizado el hospital, se logran visualizar en la evolución que ha tenido el servicio de salud, ya que según señalaron algunos de los participantes, anteriormente se presentaban situaciones en las que: *“el médico le gritaba, le hacía un tacto grosero, no le pedían permiso para hacer el tacto vaginal, la enfermera les gritaba, les quitaba la bata y quedaban así abiertas y a ellas no les gusta”* (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023); no obstante, gracias a las consultas realizadas a representantes de la comunidad indígena, fue posible incorporar modificaciones que tomaran en cuenta la opinión de las usuarias y respetaran sus derechos, su cultura y su cosmovisión sobre el proceso de gestación:

JF3: *La implementación del modelo quizá ha sido uno de los mejores ejemplos de la conversión de un documento, de unas letras muertas en un papel, a operativizarlas en el campo. Ha sido un cambio de mentalidad, de paradigma, en la forma de comunicarnos, ha sido mayor apertura, mayor acercamiento, mayor empatía, comunicación más horizontal y más efectiva a la vez, entonces ahí básicamente refleja todo lo que hemos ido avanzando* (JF3, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Como parte de las lecciones aprendidas, se destaca la importancia de identificar información específica previo al parto, para evaluar los posibles riesgos que enfrentan las mujeres en este período y reconocer sus preferencias durante la gestación, por lo que se creó la herramienta conocida como *Plan de Parto*:

JF4: *Se está implementando el plan de parto, que es donde la usuaria desde antes, en la comunidad [...] dice dónde vive, en caso de una emergencia, en qué se va a transportar, cómo va a hacer para llegar al hospital, quién la va a traer, si es Cruz Roja, si es un taxi, porque ahí se va identificando el riesgo; porque no es lo mismo el plan que pueda tener para su parto si es de altísimo riesgo, como si es una persona de riesgo normal [...] cuál es la posición de parto elegida, todo eso tiene que venir escrito, si la señora va a parir de cuclillas por ejemplo, porque así ella lo eligió y debo respetar eso, si tiene alguna preferencia alimentaria, o en caso de una emergencia qué desea que se haga, cuál es su visión en cuanto a una transfusión sanguínea, en cuanto a una posible intervención quirúrgica. El plan de parto prevé eso y a la vez va induciendo conocimiento de la usuaria sobre la atención y ayuda a mejorar el flujo de pacientes* (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

En el marco de los protocolos institucionales, se enfatiza la existencia de lineamientos que guían el monitoreo y evaluación de las acciones realizadas en los tres niveles de atención, lo cual favorece la regulación de la práctica profesional y exige a los funcionarios brindar servicios de calidad:

JF4: *Otro beneficio es la seguridad porque cuando yo aplico protocolos y lineamientos, cuando exijo calidad de atención, una atención humana, también estoy disminuyendo los riesgos de que aquella persona sufra por algún accidente, por alguna mala praxis, todo eso disminuye porque se supervisa la calidad, existe una especie de bitácora que es a nivel nacional que se aplica, está en el expediente físico, se llama así “atención calificada del parto y posparto”* (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

JF4: *Nosotros tenemos instrumentos de evaluación que se aplican constantemente, es más lo que es atención del parto calificado con pertinencia cultural, se aplica un instrumento cada 15 días, hacemos las rondas de supervisión todos los días y en cada turno, los lineamientos están bien claros y tiene que ver no solo con ese instrumento que le dije, hay varios instrumentos que involucran diferentes partes y componentes* (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Esta dinámica de regulación permite protocolizar cada procedimiento, pero es flexible ante las diversas características de la población beneficiaria, por ejemplo, el tacto vaginal posee pautas a seguir “pero no se puede exigir a la usuaria que se deje examinar, sino que siempre es una consulta” (JF4, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023), si ella no está de acuerdo, el funcionario aclara en el expediente que se respeta el deseo de la paciente de no ser realizado en dicho momento.

En el área de farmacia se cuenta con la Política Institucional de Medicamentos que

estipula “las directrices, lineamientos, acciones y estrategias de carácter general y particular; las cuales son formuladas por la institución con el fin de racionalizar la utilización de los medicamentos” (Sáenz-Campos y Unfried-Segura, 2019, p. 2), donde el personal ha incorporado el uso de pictogramas, infografías y otras alternativas con la finalidad de facilitar la comprensión de las instrucciones para las personas que acuden al servicio:

JF2: *Hay unos ejemplares; en primer lugar, cajitas donde se les explica de manera gráfica y obviamente tienen que saber leer porque si no no entenderían, sino, ya cuando el paciente no sabe leer, estos son los famosos pictogramas [con dibujos del sol y la luna para ayudarles a identificar las horas del día] [...] y el otro ejemplo son las infografías, que son un poco más de pegar, en la refrigeradora de la casa (JF2, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

A pesar de que no existe una manera directa de medir estadísticamente los beneficios que se obtienen a través de estas estrategias, hay funcionarios que identifican la disminución de algunas enfermedades relacionadas con la toma de medicamentos, lo cual podría evidenciar el avance en esta materia:

ADH8: *No le podría decir, pero ha disminuido mucho... sí hay una alta probabilidad de que lo estén implementando [...] porque teníamos muchos embarazos en población indígena con alguna deficiencia de ácido fólico, específicamente nacen con espina bífida, nacían con algunas alteraciones genéticas, algunas enfermedades, y si usted ve ahora ha disminuido bastante. Entonces ahora el bebé nace con las condiciones que nace un niño de mujer blanca (ADH8, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

Cabe destacar que este tipo de apoyos visuales requieren siempre de la presencia de la asesora cultural, debido a que “es una población que no sabe leer ni escribir, por más que te pongan pictogramas necesitas a alguien que les explique mejor en idioma ngäbere, es indispensable. Y es algo que va a tener éxito” (E1, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Por otra parte, se expresa la importancia de alianzas interniveles para promover el desarrollo de acciones que impulsen la atención óptima y de calidad en el servicio, razón por la cual “las dos direcciones, tanto la del EB AIS como la del Hospital, se reúnen mensualmente para buscar alianzas para los diferentes proyectos que tienen” (JF6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Dentro de lo propuesto, se encuentra la programación de citas de control en el EBAIS previo a la salida del hospital, lo que *“no se ha implementado en ningún otro centro, es una cita amigable con el usuario y somos el Hospital y el Área con menor ausentismo de las citas”* (JF6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Ante la necesidad de continuar favoreciendo el aumento de asistencia a citas médicas, el hospital ha implementado el traslado de pacientes en ambulancia a centros más alejados, ya que es de conocimiento de las jefaturas que la zona presenta dificultades socioeconómicas importantes, y esto se asocia con una de las causas principales del ausentismo:

JF6: *Somos una de las áreas principales que saca más traslados para mandar pacientes a citas a San José, por la importancia de cada una de las citas, pero principalmente todos los pacientes dicen que es falta de plata [el motivo por el cual no asisten a las citas]. Entonces ahí es donde nosotros buscamos cómo... en vez de que el paciente vaya, que el recurso salga desde aquí* (JF6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

En este sentido, se considera clave la consolidación de alianzas estratégicas que actúen sobre “un objetivo común, fomentando de esta manera que cada parte contribuya a la unión aportando sus fortalezas; facilitando así alcanzar metas y resultados que ninguno de los dos podría obtener en solitario” (González-Tova, 2021, párr. 14).

En relación con lo anterior, la CCSS, el Instituto del Café de Costa Rica (ICAFE) y el Ministerio de Trabajo (MTSS), mantienen un convenio desde el 2018 que busca implementar “un modelo de aseguramiento para todos los recolectores de café y sus familias durante la época de cosecha en el país” (Instituto del Café de Costa Rica, 2023, párr. 1). Dicho acuerdo propicia que, tanto los trabajadores como sus familias, cuenten con condiciones de trabajo dignas y se facilite el acceso a los servicios de salud, ya que busca mitigar las consecuencias de las relaciones laborales con empresas recolectoras de café que se niegan a brindarles acceso a “los esquemas de la seguridad social, que incluyen los servicios de salud y pensiones” (UNFPA Costa Rica, 2024, párr. 3):

AMH4: *Hay un convenio entre la Caja, el ICAFE y el caficultor y es algo muy bueno, porque es un aseguramiento voluntario. Entonces el ICAFE los registra en su planilla, por decirlo de esa forma, a ellos se les da un número de asegurado y por ende un aseguramiento por 6 meses que es el tiempo de la recolección de café* (AMH4, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Además, existe otro tipo de aseguramiento por cuenta del Estado que brinda protección especial a núcleos familiares “que se encuentren ya sea en condición de indigencia médica por tratarse de un núcleo familiar que no puede satisfacer sus necesidades de alimentación, vestuario, vivienda y salud” (CCSS, 2022, párr. 1). Cabe destacar que, tal y como lo establece el artículo 42 del Código de la Niñez y la Adolescencia, las personas menores de edad tendrán derecho a la seguridad social y podrán disfrutar del mismo por cuenta del Estado, y establece que la CCSS será la institución responsable de brindar la atención en salud (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, s.f):

AMH4: Ahí tengo unos folletitos que yo se los regalo a ellas, para que vayan a Migración ahí en Río Sereno y soliciten ese documento que les da cierta legalidad para estar en el territorio nacional y también les sirve para formalizar el tema del aseguramiento en Costa Rica. En ese caso, si tienen ese documento se les otorga un seguro, primero un número social de la Caja y después un aseguramiento por el Estado, si es que califican verdad, entonces por lo general, yo les doy esa orientación (AMH4, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

A partir de lo mencionado, se logró determinar la necesidad de construir alianzas estratégicas entre las instituciones del sector salud, con el fin de “aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios” (Ochoa-Díaz y Rengifo-Muñoz, 2003, párr. 45).

e. Socialización del Modelo de Atención Calificada

La puesta en marcha del Modelo de Atención Calificada, en el hospital se manifiesta de forma evidente en comparación a otros centros de salud de la región, al ser pioneros en atención multicultural, la preparación de su personal y capacidad instalada han sido recursos diferenciadores. Su aplicación en el centro, permitió identificar los puntos de mejora en el servicio materno-infantil, y definir estrategias que permitan socializar el modelo entre las y los funcionarios involucrados.

JF4: Lo primero que hay que hacer para implementar un modelo es un diagnóstico situacional, saber dónde estoy, qué estoy haciendo para poder determinar qué es lo que yo quiero mejorar. Lo segundo que se tiene que hacer es la orientación en general de todo el hospital, que la gente conozca qué es lo que se quiere hacer, eso va de la mano obviamente con el planteamiento del programa porque usted puede hacer un programa muy lindo, en papel muy lindo, pero si el guarda no lo conoce, él va a devolver a la embarazada, el de admisión va a tener un trato diferente o cualquier funcionario y en esto se requiere que absolutamente todo el mundo lo conozca (JF4,

comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Dicha articulación es fundamental para asegurar la continuidad de las acciones realizadas, asegurar la eficiencia y estandarización de los procesos. Que estos vayan alineados con otras políticas institucionales como la Política Integral del Buen Trato, Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Periodo Prenatal, Parto y Posparto, Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género, entre otras. Este conjunto de instrumentos son indispensables para amparar los ajustes realizados en la búsqueda constante de la calidad.

Asimismo, la medición, evaluación y seguimiento de los indicadores inmersos en el Modelo de Atención Calificada, son liderados por las Jefaturas que reciben reportes trimestrales del servicio de maternidad y se realiza la rendición de cuentas a nivel central al Programas de Normalización para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas en Territorio Costarricense. Lo cual es trascendental ya que a partir de los resultados se obtienen los insumos para mejorar la planificación, la toma de decisiones con mayor certeza y confiabilidad (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012).

JF5: *Por dicha el Modelo de Atención Calificada nos presenta o nos da cerca de 37 indicadores, indicadores de producción, indicador de calidad, indicadores de entrada, proceso y salida. Por dicha aquí nosotros tenemos, logramos poner un Médico Asistente General en el servicio de maternidad, que es la coordinadora del Modelo y ella presenta mensualmente los 20 principales indicadores que son lo que me dan una luz de cómo va el proceso. Entonces sí, todo el proceso se mide mediante indicadores de producción que siempre hay que tenerlos presentes, pero sobretodo y de gran importancia los indicadores de calidad (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).*

A través de la implementación del Modelo de Atención Calificada, ha existido mayor visibilidad de resultados concretos dirigidos al fortalecimiento de la atención materno-infantil. Que se encuentran alineadas a los principios filosóficos de la CCSS, este instrumento operativo ha originado múltiples beneficios entre ellos movilización del personal del departamento de maternidad para brindar cursos de preparación del parto en la comunidad, la apertura por parte de las usuarias Ngäbe-Buglé de recibir información en salud sexual y reproductiva, y su anuencia a la utilización de anticonceptivos en dónde la Asesora Cultural ha desempeñado un papel preponderante en esta materia, el proceso de admisión directa para mujeres gestantes y el aumento de partos intrahospitalarios en el centro de salud.

JF5: *no hay que perder la perspectiva, no sé si está viendo más o menos aquí al año había, hay de la población, bueno al año en general hay casi 500/550 partos de hecho ha bajado en todo lado, y de ellos el 15% son de la población ngäbe entonces si no es nada despreciativo, los números nos apoyan en cuanto a este Modelo y la Aplicación de este Modelo* (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

La CCSS, al ser el máximo prestador de servicios, es la piedra angular al promover un enfoque de salud humanitario que involucre la salud de las mujeres indígenas “apoyándolas en el reconocimiento de sus propias necesidades de salud y capacitando a sus funcionarios con conciencia de género” (Ministerio de Salud y OPS, 2003, p. 32). Además, el primer y segundo nivel de atención deben funcionar de manera articulada para propiciar un entorno habilitante para que la mujer, la familia y la comunidad puedan disfrutar del pleno goce de su derecho a la salud.

f. Cooperación interinstitucional

Parte fundamental de la sostenibilidad y eficacia de muchas de las iniciativas implementadas en el hospital, se deben a los estrechos vínculos que se han desarrollado entre la institución pública de salud con las ONGs, como OIM y Hands for Health, las cuales destacan por sus grandes colaboraciones, como por ejemplo, la estancia de la asesora cultural, que tal y como se ha replicado constantemente, ha sido un gran apoyo para el personal de atención directa y administrativo, así como para las usuarias del servicio materno-infantil y para cada uno de los departamentos o circunstancias en las que sea requerida, es un apoyo fundamental que no puede limitarse, ya que se ha evidenciado la respuesta tan positiva que ha generado a la dinámica del segundo nivel de atención.

Si este proyecto no se hubiera dado de esta forma no se hubiera podido valorar el impacto que en poco tiempo ha tenido este recurso que es primordial para que el modelo y muchos otros procesos sigan avanzando:

JF5: *entonces logramos que por medio de la OIM y diferentes ONGs contratara a una muchacha que está ahí, no sé si la han visto [...] logramos que inicialmente la OIM le pagara a esta Asesora Cultural y ella está recibiendo un salario por parte de esta ONG, que nosotros por otro lado ya estamos haciendo la gestión, digamos para que se nos dé un perfil, para que pertenezca a la CCSS* (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

Adicionalmente, han contribuido a la formación de parteras de territorio y obstetras mediante un acercamiento con diferentes profesionales, y de esta manera, brindarles información valiosa donde coexista un aprendizaje mutuo de saberes:

ADH7: *La comisión la conforman la pediatra, la ginecóloga del lugar, Ministerio de Salud, nosotros como Hospital, hay un enfermero obstetra, una enfermera del Área de Salud, hay un médico del Área de Salud. En aquel momento sí, sí hemos tenido acercamiento, porque ellos en todo el momento lo que trata es que aprendan a detectar signos de alarma, no a que atiendan un parto* (ADH7, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Estas estrategias de colaboración resultan ser un pilar para el cumplimiento de objetivos, contribuyen a la captación de recursos financieros, humanos, técnicos e intangibles y hacen posible el intercambio en temas estratégicos y de competencias o habilidades que proyecten la visibilidad del mejoramiento del desempeño de ciertos grupos meta (Arbaiza-Fermini, 2011).

5. Barreras EBAIS La Casona y Hospital de San Vito

a. Socialización de información del Modelo de Atención Calificada

De acuerdo con lo descrito por el personal de los centros de salud en estudio, aún se encuentra en un escenario difuso el aporte que podría generar el segundo nivel para potenciar la operacionalización del Modelo de Atención Calificada más allá de la atención del parto en las acciones dirigidas al enfoque centrado en la familia y la mujer gestante, así como la proyección comunitaria, y articular esfuerzos con el primer nivel que es por excelencia el equipo llamado a ser el líder en la Atención Primaria en Salud.

JF7: *Nosotros del EBAIS de llevar una evaluación del modelo en el EBAIS no, verdad, porque como le digo el peso grande lo lleva más el hospital en la atención pero si nosotros llevamos cuántas son las captaciones de las embarazadas, las post parto, las de los niños en crecimiento y desarrollo que eso si se lleva, indirectamente el modelo va repercutir en eso, entonces si tenemos unas buenas captaciones o que se aumentan quiere decir que el modelo va funcionando* (JF7, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023).

b. Cultural

Esta barrera evidenció el gran reto que conlleva integrar la cultura en los procesos de relación, recursos, aspectos administrativos y de dirección que conforman los servicios de

salud, ya que esto conduce a que exista una mayor comprensión ante la diversidad de interpretaciones de salud y enfermedad de las poblaciones que se encuentren inmersas en este contexto.

En la cultura Ngäbe-Buglé se practican diversas religiones, dentro de las más reconocidas se encuentra la llamada “Mama Tata”, caracterizada por ser más arraigada a las costumbres y la medicina tradicional. Según lo expresado en algunas entrevistas, las personas que profesan dicha creencia, presentan mayor resistencia para utilizar el servicio de salud:

ADE1: *Hay una religión que se llama Mama Tata, que ellos no creen en las vacunas, hay muchas cosas que hacen como un rechazo. Hacían rechazo al control prenatal y al parto intrahospitalario. Entonces, todavía eso existe, pero se ha podido minimizar un poco. Por ejemplo, de todas ellas, puede ser que haya dos que definitivamente hagan rechazo (ADE1, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).*

ADE4: *En los casi 3 años que tengo yo de vivir ahí, han habido dos o tres partos extrahospitalarios, cuando eso era muy común. Esos extrahospitalarios, dos han sido porque quisieron parir con la religión Mama Tata y van en contra de la medicina occidental, entonces evitan lo más que pueden visitar el EBAIS (ADE4, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).*

En concordancia con lo anterior, es importante mencionar que algunos miembros de la comunidad indígena consumen hierbas y tés a modo de medicina natural, e inclusive, las mezclan con tratamientos recetados por el médico:

ADH8: *Ellos tienen 2 tipos de medicina, la del doctor blanco y la del chamán. Entonces ellos creen primero en la medicina del doctor chamán y de última opción, ya cuando la persona está más complicada, vienen al EBAIS. Entonces eso sí ha sido una barrera muy grande (ADH8, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

Según Rodríguez (s.f), en los sistemas de salud predomina el patrón occidental, caracterizado por emitir criterios que señalan negativamente conocimientos y prácticas de otras culturas, cumpliendo el objetivo de la modernización gradual que pretende superar las prácticas tradicionales del embarazo, parto y posparto.

Por otra parte, se han realizado múltiples esfuerzos para reducir los partos extrahospitalarios; no obstante, se mantiene como un reto para el servicio de salud continuar captando mujeres gestantes, debido a la alta movilidad de la población y las zonas geográficas de difícil acceso en las que usualmente se asientan:

JF7: *En Casona no tanto, pero recuerden que están los otros que ingresan a coger café que es toda la parte de frontera, toda la parte cafetalera que muchas vienen embarazadas y entonces tienen sus bebés aquí y tal vez no es que ellas quieran tener su bebé en una finca, sino es que simplemente no llega la ambulancia y nace en parto extrahospitalario, entonces cuando llegan al hospital llegan con el chiquito ya nacido, pero no es tanto que ellas quieran tener el chiquito ahí en una finca (JF7, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

JF7: *El último caso de mortalidad materna nacional creo que fue el de nosotros; una mujer que parió ahí, tuvo su bebé en La Casona en parto extrahospitalario, una atención domiciliar que se dió. Entonces ahí empezamos otra vez a hacer acciones, acercamientos, buscar formas de empezar a trabajar sobre todo el empoderamiento de la embarazada hacia el EBAIS y del EBAIS hacia la embarazada, que sea algo natural que ellos empiecen a asumir esto sin miedo (JF7, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

Ante esta situación, el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE), en alianza con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), crearon un proyecto denominado “Chiriticos” con la finalidad de “atender el sub-registro de nacimientos en la población Ngäbe-Buglé” (ONU Costa Rica, 2017, párr. 1), ya que a muchas personas indígenas se les ha dificultado el proceso de “obtener sus certificados de nacimiento, debido a que no habían sido registrados al nacer” (ONU Costa Rica, 2017, párr. 1).

Por otra parte, durante las entrevistas se mencionó que las usuarias muestran mayor confianza con ciertos funcionarios, lo que podría estar asociado con el buen trato y su compromiso por brindar atención de calidad. Esto puede representar un aspecto positivo, al despertar la seguridad de las mujeres con el centro de salud, pero a su vez, podría ser negativo debido a que ellas disminuyen su interacción con los demás colaboradores:

ADE9: *La doctora investiga, ella llama y pregunta, es muy atenta. A veces la doctora les da salida y es de noche, la doctora hace guardia de noche y se las trae, viera que ellas tienen mucha confianza en la doctora (ADE9, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023).*

ADE1: *Nosotros nos vamos de vacaciones y empiezan: “¿dónde está?” Igual con el de redes: “¿por qué Ignacio no viene? ¿dónde está? ¿está de vacaciones? ¿por qué tantas vacaciones?” Y no es uno, son todos, ya ellos se apegan a uno y ellos ya lo extrañan (ADE1, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).*

AC2: *Me tocó hablarle y explicarle todo porque usted le dice algo y se queda ahí, no le contesta hasta que voy yo, le hablo y ya ahí si me habla rápido. Me agarra confianza,*

pero ya cuando están los médicos ellas se quedan calladas (AC2, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).

Cabe señalar que la institución requiere de personal comprometido con su labor, de manera que su desempeño pueda repercutir de forma positiva en el ambiente laboral y en la satisfacción de los usuarios, así como la reducción del ausentismo (Paravic-Klijn, y Lagos-Garrido, 2021).

Es frecuente que las personas prestadoras de los servicios de atención interactúen con los usuarios en función de su propia cultura, creencias y formación profesional, lo que puede desencadenar que la atención se brinde bajo esta percepción y no se otorgue la importancia requerida a las especificidades en roles de género, comportamientos y actitudes que caracteriza al pueblo indígena:

JF5: *Igual, era muy difícil, ellas son particularmente muy retraídas, algunas, no todas, son muy calladitas, son vergonzosas entonces necesitamos abrirlas [...] y para terminar pues yo no me meto en el asunto de los hombres porque eso es otra cosa, que queda al margen de no estoy de acuerdo... Esa es otra cosa, son sus creencias, son sus tradiciones, pero no todas son buenas, quedemos claros (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).*

ADH8: *No solamente la de idioma, sino la de cultura [la barrera] porque pues se dificulta hablar con ellas y adicionalmente, hay algunas que no hablan si no están con el hombre. Porque tal vez sí hablaban español, pero si él no estaba preferían no comunicarse (ADH8, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

Las y los funcionarios consideran que el grado de escolaridad, la insuficiente información sobre salud reproductiva, las tradiciones sobre sus prácticas culturales en torno a la salud durante el embarazo y cuidado prenatal, son elementos que pueden afectar la calidad de la atención en el servicio y generar complicaciones para comunicar las recomendaciones médicas, establecer confianza entre el personal y la paciente, y obtener un impacto eficaz en los procesos educativos:

ADH12: *También tiene mucho que ver con la parte de digamos incluso, no sé si decirlo, tipo la formación académica porque a veces uno quiere explicarles “porqué un bebé que está sentado no puede nacer por parto vaginal” y entonces ellas es como: “intentémoslo”. Entonces como que por esto no sé si es formación, conscientes de los riesgos, entonces a veces se arriesgan a hacer cosas que uno dice: “Dios mío”. O pues se les explica: “si tiene salida de líquido, inmediatamente consulte”. Y entonces vienen dos días después porque “es que no tenía dolores”. Estas cosas a veces nos cuestan o*

nos dificultan el trabajo, pero es por la poca escolaridad siento yo y la comprensión de los riesgos que estos conlleva y también hay mucha tradición de: “¡Ah no!, mi mamá tuvo gemelos, entonces yo los puedo tener vaginal” y cosas así. Eso sí, como que a veces nos cuesta con ellos, esas barreras. También que la cultura de ellos tradicionalmente, hacen algunas cosas para ellos está bien, que para nosotros no y nos pasa mucho (ADH12, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).

El trato del personal de salud, podría ocasionar insatisfacción, lo que restringe la aproximación de la usuaria al servicio y propicia la resistencia a algunos procedimientos como el control prenatal y la cesárea, lo que conlleva a una preocupación de los trabajadores del hospital y en cierta medida genera una confrontación cultural:

ADH3: *Una cosa que a mí me gustaría es tener el tiempo e ir a hacer un curso de preparación para el parto yo sé que las obstetras van, pero muchas veces... una de las barreras más grande que tenemos es que no aceptan cesáreas, no todas, pero muchas, si el esposo no lo acepta por ejemplo, si el esposo no quiere que se haga la intervención, entonces no se puede hacer y a veces necesitamos hacer la cesárea en emergencia y ha sido así, hemos tenido como 2 o 3 situaciones complicadas entonces tal vez desde antes si uno lograra llegar y explicar verdad (ADH3, comunicación personal, 27 de septiembre del 2023).*

Asimismo, coexisten desafíos en lo que respecta a las concepciones de la medicina tradicional y la occidental, donde hay acuerdos y desacuerdos sobre la forma de cómo son percibidos los procesos de salud, el embarazo, parto y post parto, lo cual se encuentra estrechamente relacionado con la cultura:

ADH15: *Vea, cosas puntuales, la placenta se tiene que enterrar en el centro de la casa para que la embarazada no, la señora, muchacha no quedé embarazada en dos años, si tienes dolor y todo el asunto tienes que ir donde el chamán para que caliente unos clavos y los clavos hirviendo o calientes los va a introducir en la parte en donde tienes dolor este como para cómo se llama esto, alejar a los espíritus, ¿ustedes se pueden imaginar cuando a mí me llegó un bebé quemado por eso?, yo me quedé así y ya [en silencio], por respeto no le dije nada, así por respeto (ADH15, comunicación personal, 25 de setiembre del 2023).*

En algunos funcionarios y funcionarias persiste una actitud de prejuicio hacia la población, específicamente al momento de caracterizar a las indígenas Ngäbe-Buglé costarricenses y panameñas:

AMH6: *Es complicadillo porque, va a sonar feo, pero la mayoría de migrantes panameños es analfabeta. Las de aquí casi no, llegan con cédula. Pero las del lado panameño a veces no quieren decirle a uno ni el nombre, no quieren hablar nada o cuando tienen al bebé le dan los datos mínimos a uno y la finca donde viven y así sale la constancia. A veces uno les pregunta el nombre y dicen: “marido, marido pone nombre”, entonces como que los esposos son un poco más conectados y le dicen póngale tal nombre (AMH6, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

Además, en ocasiones se tiende a exaltar que el pueblo indígena posee ciertos beneficios dentro del centro de salud y se les considera como “altamente privilegiadas” debido a las facilidades que se les brindan; sin embargo, es una población que históricamente se ha encontrado en una posición de desventaja social:

JF5: *De hecho, te voy a contar, en algún momento se prestó para confusión porque igual hay mujeres ticas embarazadas, entonces alguien por ahí me dijo que “¿por qué tanto privilegio para las indias” entonces “usted no ha entendido, esto es una atención de maternidad para mujeres embarazadas, a todas se les da el mismo trato por igual (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).*

OS6: *Yo veo que ellas tienen más atención casi que nosotros. El gobierno a ellas les ayuda. Yo he visto gente que a veces digo que se les atiende mejor. No sabría yo qué se les puede brindar más a ellas (OS6, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).*

El personal de salud, en ocasiones se refirió al territorio indígena como un lugar ampliamente desarrollado, lo que demuestra su descontextualización, ya que esta concepción se encuentra lejana a la realidad. El territorio cuenta con condiciones básicas para subsistir y no de privilegio, eso genera una percepción errónea de la situación que posee la población e incrementa su aprehensión: “O sea, es ver las condiciones de ellos como te digo, pero ha mejorado mucho (Territorio Indígena Ngäbe-Buglé) esa Casona, ahora tienen colegio y todo, ellos viven muy bien ahí” (AMH2, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

A pesar de estas percepciones estigmatizadas, se valoran los esfuerzos realizados por el segundo nivel de atención para que las usuarias se sientan cómodas: “en su ambiente, que no eviten venir a parir a un centro de salud” (ADH7, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023), y que, al contrario, sea una opción viable, ya que el involucramiento de la población favorece la aceptación del servicio:

JF5: *Una vez que se aplicó todo eso, invitamos a las parteras, al médico, ahí hay fotos, yo tengo unas presentaciones bellísimas, un montón de fotos donde pasamos a las Parteras porque decían que entrar a sala de partos era el infierno, entonces había que romper ese mito (JF5, comunicación personal, 29 de septiembre del 2023).*

Para lograr complementar e impulsar estas acciones afirmativas, es fundamental el cumplimiento de reglamentos y políticas ratificadas en el país que giran en torno al derecho a la salud y la calidad de la atención en los servicios, desde una perspectiva amplia que no se encasille en el registro de indicadores inflexibles al contexto y únicamente direccionados a cumplir resultados momentáneos que no miden el impacto:

ADH15: *se habla mucho de la parte del respeto de la cultura, de la conservación de valores y todo eso ok, yo estoy de acuerdo con todo eso, pero lo que pasa es lo siguiente el país todos sabemos que pacta una serie de indicadores en salud, me explico, vacunas, mortalidad materna, mortalidad infantil y desafortunadamente hay un desfase muy grande dentro de los que ellos, la visión que ellos tienen de salud como sociedad y de lo que parte el país, entonces ¿qué ocurría? bien, si teníamos mucho parto extrahospitalario el porcentaje de hemorragias aumentaba, el porcentaje de desgarros aumentaba, el porcentaje de niños que no se vacuna aumentaba entonces eso representa un problema ¿por qué? porque el país no cumple lo que pacta a nivel internacional (ADH15, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).*

Armijos (2017) indica que “uno de los factores clave, para que este tipo de evaluación resulte en éxito o fracaso, es el relacionado con la transmisión de información que se pueda generar, antes, durante y después de la aplicación de este tipo de acciones” (p. 98), se debe hacer un buen uso de la información obtenida para brindar solución a las necesidades existentes.

c. Acceso

i. Económica

El factor económico juega un rol importante en el acceso a los servicios de salud en la población Ngäbe-Buglé, aspectos como falta de agua potable, medios insuficientes para costear transporte a citas médicas, dificultad para comprar elementos de aseo personal y cuidado básicos para el recién nacido:

ADH6: *Lo que es la clase económica, porque la mayoría trae pañales, toallitas; en cambio ellas no, entonces lo que se hace es que entre todos se recoge platita y se les*

compra pañales, o toallitas, o jabón a bebé y se les entrega (ADH6, comunicación personal, 28 de septiembre del 2023).

Dicha dificultad no se encuentra presente únicamente durante la vivencia del parto, sino que puede afectar la adherencia a ciertos tratamientos crónicos: *“muchos no tienen refrigeradora, y una insulina uno la tiene que mantener en un lugar fresco”* (ADE8, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023); además, impulsa a las mujeres a hacer uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de aminorar los costos de compra de productos de higiene menstrual:

ADE4: *En realidad ellos buscan mucho planificación sobre todo la meroxidexterona que es la inyección de 3 meses verdad, a veces la buscan solo porque no quieren que les venga la menstruación solo porque no tienen plata para comprar toallas sanitarias entonces ni siquiera es como método de planificación porque no tienen pareja pero lo hacen por ese motivo* (ADE4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Los resultados evidenciaron la desventaja en la que se encuentra el pueblo indígena, durante todo el curso de vida, al enfrentar mayormente las consecuencias de las inequidades sociales, en comparación con la población general, situación que desde el centro de salud debe tomarse en cuenta para evitar discriminación hacia las usuarias y mostrar un trato solidario que busque aminorar las repercusiones del contexto y, en la medida de lo posible, se facilite el acceso, lo cual posee “efectos directos sobre la calidad y la equidad” (OPS, 2019, p. 23).

ii. Geográfica

Las dificultades que enfrentan los pueblos indígenas para acceder a los servicios de salud son “un problema generalizado, que con frecuencia se vincula con obstáculos geográficos, discriminación, estigma, y de manera importante a la falta de comprensión social y cultural a las necesidades particulares de salud” (OPS, 2015, párr. 3), por lo que la atención de calidad sigue representando un desafío importante para la institución:

AD4: *Esa es la otra opción que buscamos, que si tiene algún familiar cerca, que se quedé por aquí y que no suba hasta la montaña otra vez. Pero con las que no encuentro otra opción, yo lo que hago es llamar a la ginecóloga y la ginecóloga muchas veces lo que hace es internarlas e inducirles el parto para evitar tener un parto extrahospitalario por lo lejos que viven* (AD4, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Aunado a lo anterior, la alta movilidad que caracteriza a esta población y las condiciones del territorio donde se establecen, representan elementos que dificultan la atención en salud, debido a que las zonas donde usualmente residen, impide el acceso eficaz de las ambulancias y limita la capacidad de brindar una respuesta oportuna ante ciertas emergencias *“a ellos se les dificulta mucho llegar al hospital para serle sincero. Para ellos es muy difícil, y a veces las ambulancias no les llegan, por ciertos lugares donde ellos están”* (OS1, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

Bajo la misma línea, el elemento geográfico trasciende la disposición de la usuaria por acudir al servicio, las condiciones medioambientales en muchos casos impiden que puedan salir de sus hogares en ciertas etapas de la gestación o para citas de control de niño sano:

JF7: *A veces creemos que es que ellos no quieren, que no entienden, que no hacen caso y seguimos con esa mentalidad de echarles la culpa. Pero, por ejemplo, llega una mujer y es su segundo o tercer parto y ya nosotros le decimos: “vea que tiene que venir a todos los controles, tiene que hacerse todos los exámenes”, ha tenido dos que le ha ido bien, no le ha pasado nada. Tiene problemas económicos y con problemas para salir de allá, con estas lluvias y si no hace lluvia hace sol, entonces también a veces hay que entender el entorno. Uno dice: “pucha que complicado”, hasta qué punto uno llega a imponer cosas en vez de llegar a negociar, es muy diferente. Entonces yo creo que también nosotros juzgamos, primero pongámonos en los zapatos de ellos* (JF7, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023).

Ante este panorama, el primer y segundo nivel han combinado esfuerzos para intentar reducir este tipo de dificultades por medio de la programación de citas de control post parto; sin embargo, se reconoce que es necesario implementar otras alternativas que faciliten la manera en la que las usuarias acceden al servicio:

JF7: *Por eso es que se les ideó darle la cita post parto en control de crecimiento y desarrollo, que salga directamente del hospital con su cita, porque imagínese que a usted le den salida hoy del hospital con este baldazo, llega a su casa tarde con un bebé recién nacido, que mañana amanezca lloviendo y le digan que tiene que ir a sacar cita mañana a ver si hay campo, ¿usted va ir?, ¿verdad que no? Uno se pone a pensar que a veces hacemos acciones, pero es como un castigo. Está bien, tiene que llevar control prenatal y de post parto, y estamos de acuerdo que es para beneficio de la mujer y del niño, pero “pucha”, una mujer recién parida, ojalá una cesárea y que le digan: “a partir de ayer que parió, tiene 7 días para ir a sacar su cita con su bebé”, y esa mujer va ahí y ¿si no hay campo?, vuelva mañana* (JF7, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023).

Satisfacer las necesidades de esta población ha sido un desafío histórico y a pesar de que se han implementado iniciativas para aminorar la brecha de equidad, el garantizar la atención adecuada es una tarea permeada por múltiples factores que trascienden el accionar institucional, evidenciando que “esta población es una de las más afectadas por la inequidad en el acceso a los servicios de salud” (OPS, 2015, párr. 1).

d. De trato

Se reconocieron algunos tratos que pueden llegar a desencadenar ciertas diferencias entre el pueblo indígena y las y los funcionarios. Este reto se vincula con la falta de sensibilización por parte del personal de salud, que desencadena interacciones mediadas por amenazas, condicionantes o la aplicación de medios punitivos para “asegurar” la asistencia al centro de salud:

ADH15: *La ley es muy clara, establece que los menores están tutelados por el Estado y que si los padres no cumplen con esa parte, en este caso la institución puede tomar parcialmente acciones, puede temporalmente secuestrar la patria de potestad y decirles a ellos, vea o los vacunan o se los quitan* (ADH15, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

ADE5: *Se sigue insistiendo en las embarazadas, que el bebé que va nacer no es suyo, es del Estado entonces ya vienen. Hay que asustarla un poco para que venga porque si no verdad. Nosotros lo hacemos como para bien de la Caja, porque van a decir: “¿qué está haciendo la caja?”* (ADE5, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

Existen formas más adecuadas de incentivar el acercamiento de las usuarias a los centros, ya que esto puede perpetuar la brecha existente en cuanto a la apertura o aceptación de los servicios por parte de las mujeres indígenas:

ADE6: *Me ven como una figura más autoritaria, pero autoritaria suave. Ellos saben que yo les voy ayudar, a veces llegan y dicen: -“Yo vivo muy largo, ¿por qué usted no me ayuda con una cita?” -Claro, yo le ayudo con todo gusto, y le digo: “Ustedes saben cuál es el requisito para que les dé cita”. El requisito que les pongo, aunque vivan muy largo, es que nunca hayan faltado. Les digo:” Si ustedes han faltado, ¿cómo le ayudo yo a un irresponsable?”. Entonces a veces llego y reviso, les digo: “¿Reviso o usted me va contar si ya faltó este año?” -“No yo no he faltado” -“¿Segura?” -Faltó 1 o 2 veces, “aquí está su cédula, yo a usted no le ayudo” -O a veces llega y me dice: “Sí, sí falté por tal y tal cosa” -“Bueno, última oportunidad, ya la próxima no”. Ellos saben que yo en el momento que diga que no, no les voy a ayudar, entonces se tratan de cuidar en eso* (ADE6, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

La sensibilización y el aprendizaje de estrategias de intermediación cultural realiza un llamado a que los funcionarios entiendan y posean apertura a la reflexión del papel que desempeñan en su relación con las usuarias, su poder, capacidad y responsabilidad al tener mayor conocimiento del sistema de salud (Universidad del Desarrollo, 2021). La apuesta por la participación del personal de salud para construir vínculos fluidos, asertivos y servicios de salud accesibles, que garanticen la igualdad de “oportunidades a todos sus beneficiarios, impulsando el ejercicio efectivo de los derechos de sus pacientes sin distinción” (Solar-López, 2023, p. 21).

6. Facilitadores EBAIS La Casona y Hospital de San Vito

a. Recurso humano

i. Iniciativa del funcionario

Otra estrategia que utilizan algunos de los funcionarios es abordar la mayor cantidad de aspectos posibles con las usuarias *“lo que tenemos es, aproveche la oportunidad de que le llegó y hágale a ese paciente todo lo que pueda, porque la oportunidad que usted tiene en ese momento hay que aprovecharla, pero es una estrategia nuestra de EBAIS”* (ADE3, comunicación personal, 02 de octubre del 2023); sin embargo, la persona entrevistada mencionó que esto es posible gracias a la confianza que existe entre las pacientes y las y los funcionarios del servicio, que es un trabajo constante para que las personas expresen su sentir y se encuentren cómodas, *“eso es algo que hay que ganárselo”* (ADE3, comunicación personal, 02 de octubre del 2023).

La confianza posee un rol estratégico en los servicios de atención, al favorecer la colaboración y compromiso del paciente con su salud, ya que cuando los usuarios confían en los funcionarios, encuentran mayor motivación para asistir al centro, *“seguir las indicaciones médicas y participar en la toma de decisiones”* (Vargas-Celis, et al, 2020, párr. 38).

b. Institucional

Este facilitador se encuentra vinculado a las buenas prácticas en el funcionamiento interno de los servicios objetos de estudio, entre ellos la ejecución de acciones de atención primaria, coordinación interniveles e interinstitucional para la activación de recursos con entes como Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), entre otros, que permiten aumentar el alcance y ejecutar abordajes más adecuados ante los acontecimientos emergentes de la población Ngäbe-

Buglé.

Asimismo, las visitas domiciliarias constituyen un insumo que permite generar datos contextualizados, la ubicación de usuarias, dirigir esfuerzos a su atención y activar otros recursos necesarios para brindar contención a determinantes sociales de la salud que solo pueden ser solventados mediante la articulación con otros actores, espacios que además se vuelven indispensables para sensibilizar a las y los funcionarios mediante el acercamiento con las poblaciones en su entorno social:

ADH15: *Si lo vemos tenemos que ser un poco más ambiciosos tiene que haber una interacción entre los dos mundos, tanto como nosotros tomamos la iniciativa para que ellos vengan aquí y vean las ventajas que ellos tienen, como nosotros vayamos allá y veamos cuales son las principales dificultades* (ADH15, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

ADH12: *Nosotros hemos tratado de poner lo más que se pueda, bueno la asesora cultural, obviamente viene siendo una ayuda muy importante porque también que se le expliquen las cosas en su propio idioma, ya con eso facilita bastante, sé que también tienen por ejemplo, funcionarios que son Ngäbes, en La Casona, Cornelio específicamente, que es ATAP, pues tratamos, nosotros vamos una vez al mes a La Casona directamente* (ADH12, comunicación personal, 25 de septiembre del 2023).

En su estrategia de incorporar elementos que permitan brindar una atención intercultural la institución ha creado el perfil profesional del Asistente Comunitario Indígena, para el primer nivel, y la Asesora Cultural en el segundo nivel de atención. Este tipo de colaboradores permiten establecer lazos con la comunidad y una mejor comprensión de la cosmovisión pues se trata de personal indígena, que se ha convertido en aliado para las usuarias Ngäbe-Buglé y claves para el sistema de salud, estos funcionarios deben continuar recibiendo espacios de formación y actualización:

JF7: *El Asistente Comunitario Indígena es un indígena que hable el idioma, que viva ahí y que tenga ese reconocimiento que es lo que se busca y que nos sirva de ese enlace con la comunidad y el EBAIS, el sistema, no solo EBAIS y el sistema de salud* (JF7, comunicación personal, 26 de septiembre del 2023).

Estos colaboradores son un esfuerzo por asegurar la atención intercultural, se ponen en contacto con las mujeres, les brindan charlas en su idioma, identifican e informan sobre los problemas y las necesidades en salud de la población con la que trabaja, también forman,

impulsan y orientan a las personas para que se puedan organizar en el desarrollo de acciones en salud (CCSS, 2020).

X. Objetivo 2: Factores facilitadores, barreras de acceso y calidad de la atención desde la percepción de las usuarias

A continuación, se presentan los principales resultados según la experiencia de las usuarias Ngäbe-Buglé al momento de hacer uso del servicio, dicha información fue obtenida a través de entrevistas a las mujeres que se lograron captar en el EBAIS La Casona, el Hospital San Vito y la comunidad.

Cabe destacar que los datos obtenidos evidenciaron el funcionamiento y coordinación institucional entre el primer y segundo nivel de atención, al reflejar principalmente la atención brindada a la usuaria en el servicio de maternidad del Hospital y las citas pre y post natales en el EBAIS.

El total de mujeres entrevistadas fue de 29 mujeres Ngäbe-Buglé, de las cuales 18 cumplieron a cabalidad con los criterios de inclusión estipulados en la investigación. La edad de las usuarias rondaba entre los 19 y 39 años, y según indicaron, los medios de transporte que predominan para la movilización hacia los centros de salud son el bus (9), ambulancia (8) y vehículo propio o taxi (1) en caso de emergencia; sin embargo, la mayoría debe caminar distancias considerables para optar por alguno de estos medios de transporte, donde la duración total del traslado oscila entre 1 a 4 horas.

Por otra parte, los datos principales fueron analizados bajo el marco de los tres procesos de provisión de servicios del Modelo de Tanahashi, donde se establece la relación intrínseca entre la atención en salud, la percepción de calidad que poseen las usuarias, y los diversos factores que se encuentran inmersos en esta dinámica.

A partir del proceso de recolección de datos se identificaron 12 factores facilitadores y 6 barreras, las cuales se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 6. *Categorías de operacionalización según proceso de provisión de servicios.*

Proceso Provisión de servicios	Categoría de operacionalización		
	Facilitador	Institucional	Modificaciones implementadas en infraestructura
Accesibilidad			

			Atención diferenciada
			Variedad de posiciones de parto
		Recurso Humano	Explicación de procedimientos
			Comprensión de la importancia de acudir a citas de control
	Barrera	Acceso	No aseguramiento de las madres
			Dificultad en el uso de plataforma EDUS
		Institucional	Cantidad reducida de citas de consulta
Aceptabilidad	Facilitador	Recurso Humano	Buen trato por parte del personal
		Institucional	Preferencia del parto intrahospitalario
		Recurso material	Insumos que facilitan el parto
		Cultural	Presencia de asesora cultural
	Barrera	Cultural	Incomodidad ante la presencia de la asesora cultural
		Recurso Humano	Insuficiente atención durante el tiempo de internamiento
			Insuficiente explicación de procedimientos
Contacto	Facilitador	Institucional	Implementación de la hora de oro
		Recurso Humano	Explicación de procedimientos
			Apoyo del personal de salud
			Comprensión de procedimientos en citas de control

	Barrera	Recurso Humano	Insuficiente explicación de procedimientos
--	----------------	----------------	--

Cabe destacar que los tres procesos propuestos por el Modelo de Tanahashi están concatenados, ya que uno no puede existir sin el otro y a su vez se puede evidenciar que los resultados desarrollados en apartados anteriores se encuentran presentes dentro del discurso de las usuarias.

A. Accesibilidad del Servicio

A continuación, se desarrolla el apartado relacionado con la *Accesibilidad*, que comprende aspectos de carácter administrativos y organizacionales que se encuentran vinculados con el funcionamiento interno de los centros, y con las modalidades de aseguramiento que permean la forma en que las personas acceden al servicio.

Para lo cual es de suma importancia destacar que debe ser un concepto analizado de manera transversal a lo largo del apartado, ya que el Modelo de Tanahashi reconoce el acceso a la atención como aquella interacción entre la provisión de servicios y la población, que a su vez se ve influenciada por las características del sistema de salud y sus propios recursos, capacidades, entre otros (Rivera-Lozada, et al, 2021).

1. Barreras

Según la UNFPA Costa Rica (2024), las personas indígenas se han desenvuelto en sectores productivos que ofrecen condiciones laborales precarias, lo que pone en riesgo su seguridad humana, debido a que en estos espacios puede presentarse la violación de derechos básicos y limitarse la garantía de su seguridad social.

A partir de lo anterior, se puede inferir que, si las mujeres no poseen condiciones mínimas de seguridad social, es altamente probable que no cuenten con aseguramiento, lo que implica que en ocasiones los cuidados que requiere la madre posterior al parto, se ven reducidos debido a la forma en la que funciona el servicio: *“Digamos, el hospital sí, pero lo que es la clínica no porque dicen que tenemos que pagar. Solamente en el hospital y en emergencia, ahí si lo atienden a uno”* (UG7, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Es importante resaltar que las participantes mostraron pleno conocimiento de la importancia de tener un control prenatal: *“desde el mes primero, hasta el último fui a control”* (UG11, comunicación personal, 01 de octubre del 2023) y del requisito de acudir al control de niño sano, por lo que se esfuerzan en el cumplimiento de la asistencia a las citas a pesar de no

contar con cobertura sanitaria que les permita a ellas ser atendidas: “sí, con el bebé. Ya después no lo atienden a uno, pero para el bebé si lo atienden bien y todo” (UG7, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Por otra parte, algunas participantes mencionaron que, al momento de apersonarse al EBAIS, no se les brinda la atención por falta de espacios en la consulta: “en el EBAIS si hay complicaciones, a veces nosotros venimos de lejos y llegamos y dicen que no hay campo y a veces viajamos y no hay campo suficiente y regresamos con los niños. Eso sí ya complica mucho” (UB6, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023), lo cual se agudiza con la incorporación de solicitud de citas por medio del EDUS, ya que muchas quedan en desventaja al no contar con capacidades de lecto-escritura, desconocer el uso de la plataforma y enfrentarse a limitaciones como el escaso acceso a internet.

2. Factores Facilitadores

La salud materno-infantil forma parte del ODS número 3, *Salud y Bienestar*, el cual ha inspirado “múltiples acciones para mejorar la atención para todas las mujeres” (Gaffney-Gleason et al., 2021, p. 2). Dicho aspecto se evidencia en la labor que ha llevado a cabo el hospital para aumentar la calidad del servicio, con la finalidad de satisfacer las necesidades de la población beneficiaria.

En este sentido, se estudió la percepción de las usuarias con respecto a las modificaciones implementadas y se obtuvo que la mayoría logró identificar mejoras en la infraestructura: “Ahorita todo lo están arreglando, entonces para mi ahorita como está, está bien” (UG7, comunicación personal, 01 de octubre del 2023), modificaciones en la vestimenta implementada para la estancia en el hospital: “las batas ahora las están haciendo como la ropa que nosotras usamos” (UG3, comunicación personal, 01 de octubre del 2023), y la incorporación de insumos que facilitan la oferta del servicio:

UG2: *Más bien, yo me acuerdo que tuve a mi hijo mayor que tiene 18 años, para ese tiempo no daban el que se pone debajo de la bata y las toallas no daban, ahora que estuve con este bebé que tiene 1 año y 10 meses, ahora dan todo esto. Ahora sí hay muchos cambios* (UG2, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

En la experiencia compartida por las participantes, se destacó la atención diferenciada que se les brinda en el centro de salud, ya que mencionaron: “lo atienden muy rápido a uno y dejan la cita lista para otro día y dan tratamiento que ellos tienen que dar” (UB3, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023); lo que concuerda con lo desarrollado en el

apartado del primer objetivo barrera *factor facilitador institucional* sobre el proceso de admisión directa y programación de citas post parto.

Las usuarias refirieron que durante su estancia en el hospital les explicaron los procedimientos a realizar y se abordaron diversos temas para propiciar la comodidad de la gestante: *“a mí me explicaban sobre la forma en la que yo lo quería tener, podía ser diferente forma, ahorita no me acuerdo pero sí me explicaron lo que me iban a hacer en ese momento”* (UG7, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Además, indicaron que se les instruyó sobre el tránsito por el servicio: *“¡Diay! Yo llegué y trajeron una silla de ruedas y me llevaron donde atendían. Y ahí estuve esperando hasta que me dieron una cama y estuve esperando al bebé hasta que naciera en la sala de parto”* (UG5, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Promover este tipo de “trato respetuoso, parto humanizado e interculturalidad pueden encaminar a las instituciones a optimizar el área gineco obstétrica, así como a promover experiencias positivas y saludables en las mujeres” (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2024, p. 9), de manera que se fortalezca el vínculo entre la usuaria y el servicio para que en futuras ocasiones se cuente con una buena concepción de la institución.

El acompañamiento durante el embarazo resulta de vital importancia y da paso a la red de apoyo que acompañará a la mujer en el proceso de parto (Rodríguez-Venegas y Duarte-Hidalgo, 2020). Durante las entrevistas, 11 de las participantes mencionaron haber contado con compañía de alguna persona cercana en su paso por el centro, lo cual se facilita con el permiso permanente otorgado por el hospital a todas las usuarias gestantes.

B. Aceptabilidad del Servicio

En lo que respecta a la *Aceptabilidad*, se refiere principalmente a la manera en la que las mujeres perciben la atención recibida por parte de las y los funcionarios, donde variedad de factores socioculturales, de trato y cosmovisión, ejercen influencia en la interacción entre las usuarias y el centro de salud.

Cabe destacar que el avance en la utilización de los servicios, se relaciona con la cantidad de personas para las que es aceptable la atención brindada y continúan haciendo uso del mismo, por esto, es de suma importancia que la institución responda de manera oportuna a las necesidades emergentes y contexto de la comunidad, de forma que se propicie tanto la accesibilidad como la aceptabilidad de la población (Tanahashi, 1978).

1. Barreras

Una participante indicó que, desde su experiencia, la presencia de la Asesora Cultural le resultó incómoda: *“bueno, por esa muchacha [Asesora Cultural], la que yo le conté [...] Porque a veces las indias se ponen a hablar mal de uno, entonces no me gustaría que así sea* (UG12, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Otras mujeres resaltaron que se sentiría avergonzada al recibir acompañamiento de la Asesora Cultural: *“No qué vergüenza”* (UG6, comunicación personal, 01 de octubre del 2023). A pesar de que se han incluido modificaciones la institución no se encuentra exenta de experimentar escenarios que trascienden su accionar.

No obstante, se puede optar por soluciones como incorporar más asesoras en el servicio y propiciar que la usuaria cuente con la posibilidad de elegir por quién prefiere ser acompañada, por lo tanto, también se requiere de una constante capacitación a las asesoras que se incorporen para que se puedan desenvolver de mejor manera en el cargo:

AC1: *También más información de todo tipo porque no es solo de que voy y acompaño a la persona al parto, sino tener toda la información necesaria posible, por si viene una usuaria y me hace una pregunta confidencial, que no quiere que se la diga al médico, si la usuaria está confiando en que ella quiere que yo le brinde una información que no sea que yo vaya y le pregunte al médico, porque eso ya no sería confidencial. Entonces pienso que debería de estar más fortalecida, más capacitación* (AC1, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Se reconoce que este papel es de suma importancia para el tránsito y confiabilidad de la población en el hospital, de forma que eliminar este perfil representaría un retroceso en los avances alcanzados.

Por otra parte, una usuaria expresó que durante su internamiento en el hospital no recibió suficiente atención que le permitiera sentirse a gusto:

UG10: *La calificaría como regular [la atención], es como que al sentir el dolor, como que lo dejan a uno más descuidadito y allá allá [hizo gesto con la mano de lejos]. No estaban muy atentos ni pendientes de uno, ni de la forma en cómo va avanzando el bebé, porque yo estuve 2 días con el bebé en el hospital, digamos... para tenerlo fue 2 días. Comenzó el dolor a las 7 y hasta el otro día ya nació. Entonces como que muy poca importancia hacia mí, para atenderme con el dolor que estaba* (UG10, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Existen variedad de motivos por los cuales las mujeres deciden no acudir al centro, dentro de los que Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna (2024) destacan atención de mala calidad,

malos tratos, faltas de respeto y abusos; número insuficiente de trabajadores de la salud; y escasez de tratamientos y suministros médicos esenciales, por lo que la institución debe velar por el respeto a los derechos de las usuarias y garantizar su satisfacción en relación con la atención brindada.

Aunado a esto, se identificó otro contraste entre las respuestas de las mujeres, pues indicaron haber obtenido poca información sobre el proceso del parto y los cuidados posteriores, donde adicionalmente recibieron trato punitivo por parte de los profesionales que dieron asistencia a su caso:

UG5: *Bueno, la verdad que nunca me dijeron nada, pero cuando ya me iban a llevar al parto, me dijeron que tenía que quitarme toda la ropa y eso, y me pusieron la bata [...] La verdad me dio vergüenza, pero me dijeron: “si usted no lo va a hacer, no vamos, no va a parir el bebé, entonces tiene que hacerlo porque el bebé no se va a salir así solo” y entonces tuve que hacerlo* (UG5, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

AC1: *Tal vez en esos momentos no comprendían que la comunicación... ni había una comunicación porque ni el médico comprendía lo que le decía mi mamá ni ella comprendía. Y eso pasa en muchas situaciones, que inclusive hay personas que tal vez sí comprendan, pero depende de cómo se comuniquen con la persona, porque si yo llego con una actitud o una forma de expresarme diferente simplemente ustedes no me van a comprender, jamás* (AC1, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Lo anterior, demuestra que la satisfacción de las usuarias y su disposición para regresar a los servicios se encuentra ligada con el trato recibido en los establecimientos de salud, ya que la etnia y las circunstancias sociales no deben ser un condicionante para la calidad de atención (Negrete-Escorcia y Zapata-Morelo, 2018).

2. Facilitador

Las participantes destacaron la vocación de las y los funcionarios de salud percibida al momento de ofrecer los servicios, ya que se reiteró que se sienten cómodas con el trato y la dedicación que muestra específicamente el personal de enfermería:

Tabla 7. *Comunicación Personal Usuarías*

Comunicación Personal

UG8: *Es muy buena [la atención], excelente diría yo, no tengo ninguna queja, todas las enfermeras son muy amables. Sí, el trato es muy bueno* (UG8, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

UG10: *El trato de cuando nació el bebé, la forma de ellos de ayudar, de bañarlo y sí, tratarlo muy bien a uno después* (UG10, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

UG5: *Fue bueno en el trato y todo, ¿qué más se le puede pedir? Las enfermeras son muy amables todas. O sea, yo no puedo decir algo que no es, entonces el trato muy bueno de ellas* (UG5, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

UG7: *El trato... Si, el trato y la motivación que tienen ellas como enfermeras con un paciente; la dedicación que le brindan a uno y al niño como paciente, todo eso* (UG7, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

La literatura alude a que el buen trato debe estar siempre presente durante la atención en salud, por lo que es importante que las y los funcionarios mantengan una postura de respeto y aborden integralmente las necesidades de las usuarias, lo que se “materializa en una atención equitativa, humanizada, respetuosa de la persona como ser único, que toma en cuenta su autonomía, intenta comprender sus vivencias sin emitir juicios y respeta sus creencias” (Dois-Castellón, et al, 2022, párr. 16), principalmente el personal de enfermería al ser la primera línea de contacto con la población, de forma que las experiencias de las mujeres sean satisfactorias e impacten de manera positiva en su nivel de salud (Mignone, et al, 2006).

Bajo la misma línea, la mayoría de usuarias (14 de 18 participantes) indicaron preferir el Hospital como lugar de parto, ya que les hacía sentir mayor seguridad, lo que evidenció la apertura por parte de la población a recurrir al centro de salud, gracias a los esfuerzos que se han realizado a nivel institucional por divulgar las buenas prácticas y modificaciones incluidas en los centros:

Tabla 8. *Comunicación Personal Usuaris*

Comunicación Personal
UG5: <i>La idea mía es siempre tenerlo en el hospital porque yo me siento más segura, porque en la casa no, porque puede pasar algo</i> (UG5, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).
UB5: <i>En el hospital, porque es mejor, que ellos lo atienden a uno, que estar en la casa, a veces se enferma</i> (UB5, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).
UB3: <i>Bueno, aquí hay parteras, pero por el momento no sé si estarán trabajando, pero me gustaría más al hospital</i> (UB3, comunicación personal, 26 de setiembre del 2023).

Se ha logrado identificar que las experiencias previas de partos “motivaron a las mujeres a privilegiar el parto intrainstitucional” (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2024, p. 6), por lo que se considera que las acciones para promover el parto intrahospitalario han sido valiosas para aumentar la confianza de las usuarias hacia la atención sanitaria.

Esto se debe a que la gestación es un proceso para el que cada cultura establece distintas creencias y prácticas que son transmitidas de manera intergeneracional, principalmente en el caso de las comunidades indígenas, donde esta experiencia se ve influenciada por vivencias individuales y colectivas (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2024).

Razón por la cual, la elección del lugar de parto se vio permeada por variedad de aspectos, por ejemplo, insumos que permitan aliviar el dolor y faciliten la experiencia:

Tabla 9. *Comunicación Personal Usuaris*

Comunicación Personal
<i>UG2: A veces le cuesta a uno, ellos le ayudan, le ponen medicina y todo. Y en lo que uno no puede, ellos nos ayudan a nosotras (UG2, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).</i>
<i>UB6: Porque en el Hospital hay mucho medicamento contra dolor y ahí es más fácil tener más rápido el bebé que en la casa (UB6, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).</i>
<i>UG3: Porque ahí le ponen suero y es más rápido que en la casa, porque en la casa se cuida diferente, no es igual (UG3, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).</i>

Un elemento diferenciador en el hospital es la presencia de la Asesora Cultural, que se percibió por parte de las usuarias como compañía de su cultura y ayuda para transitar por el servicio, lo que puede facilitar la comprensión y apertura de las mujeres durante la dinámica de atención: “*me gustaba más que Maribel estuviera ahí porque ella es igual que nosotros*” (UG4, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Según Portanda-Vigabriel (2011), la presencia de este rol dentro de la institución ha sido un gran acierto, debido a que su inclusión responde a la necesidad de sistemas interculturales y se enfoca en el fortalecimiento de la relación entre medicina tradicional y occidental, lo que contribuye a un proceso de parto armonioso.

Además, la OPS (2022) señala que las investigaciones en la región de América y el Caribe, la cantidad de dichas asesoras no es suficiente y que aumentar la cobertura de la prestación de este servicio podría reducir hasta en un 40% las muertes maternas y neonatales.

C. Contacto con el servicio

Este apartado contempla aspectos sobre la calidad de la atención y la capacidad del sistema para brindarle continuidad, ya que el mero contacto entre el servicio y la persona usuaria no siempre garantiza una intervención exitosa o eficaz. Según Tanahashi (1978), es necesario que el desempeño del centro de salud sea satisfactorio para el paciente, lo que permitirá obtener una cobertura efectiva.

1. Barrera

Durante las entrevistas algunas usuarias refieren que el personal de salud no les explicó los procedimientos que les realizaban: *“no, solamente me llevaron”* (UG5, comunicación personal, 01 de octubre del 2023), ni la dinámica a seguir cuando se les daba de alta: *“mmm no... sólo aquí, cuando ya llegué al EBAIS, como yo tenía control ahí, entonces ya me dijeron”* (UG10, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Este panorama evidenció que, en definitiva, no es posible homogeneizar las experiencias de las usuarias, si bien algunas indicaron comprender a cabalidad los procedimientos, hubo casos contrarios:

AC1: *Pasaba muchas veces que tenían algunas dudas ya después de que tenían el bebé y tal vez los médicos la escuchaban y a veces llegábamos y ya estaban preguntando un poco [...] Ya después [cuando se retiraba el médico] venían los comentarios de: ¿por qué me hicieron esto?”. Y no es que los médicos no le explicaban, tal vez sí algunos le explicaban, pero es que no entendían bien lo que era la cesárea, que algunas no sabían lo que le decían [...] Y decían: “es que yo no sabía que me iban a hacer esto, que me iban a cortar”, simplemente ellas no sabían qué era una cesárea* (AC1, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

AC2: *Lo que he escuchado es que la atención que les dan es mala por este punto, de que ellos [los médicos] les hablan muy rápido o les usan palabras técnicas y hay palabras o nombres de enfermedades que ellas a veces me dicen: “no sé lo que tengo porque el doctor me dijo así y yo no me acuerdo”* (AC1, comunicación personal, 27 de setiembre del 2023).

Se requiere valorar si este tipo de situaciones se encuentran ligadas con el funcionario que brindó la atención o con la forma de transmitir la información a la usuaria. Lo anterior, podría abordarse al estandarizar los procesos que debe abarcar el funcionario durante la atención para que todas las usuarias reciban la misma información y garantizar su comprensión, lo que se debe enlazar con programas de sensibilización.

Según Vega-Hurtado (2020), las quejas que exponen los pacientes, usualmente se encuentran dirigidas a la falta de sensibilización del personal de salud debido a que consideran que no se les escucha o que son un número más por atender, por lo que no basta con tener el conocimiento necesario sino contar con habilidades blandas necesarias para la interacción con la usuaria, como la comprensión y empatía sobre su situación o propiciar un espacio de diálogo que le permita conocer a profundidad las condiciones particulares de la paciente para brindar un abordaje oportuno.

2. Facilitador

Durante las entrevistas se utilizó la Escala de Likert como herramienta para conocer la percepción que tienen las usuarias sobre el servicio recibido, donde “Muy bien” se identificó como el mayor rango y “Muy mal” el menor. Los resultados obtenidos reflejaron que 11 de las participantes refirieron sentirse *bien* con la atención, 5 *muy bien* y 2 *regular*.

Lo anterior se relaciona con diversos aspectos básicos de la atención; por ejemplo, el espacio denominado *la hora de oro*, donde se le brinda a la madre el tiempo que necesite para vincularse con el bebé en el primer acercamiento después del parto: “*a la hora de tener al bebé sí me sentí cómoda porque sabía que yo lo estaba viendo y eso*” (UG5, comunicación personal, 01 de octubre del 2023). Además, la mayoría de las usuarias expresaron sentirse a gusto con el apoyo del personal, las explicaciones durante la labor de parto y los cuidados posteriores a los procedimientos:

Tabla 10. Comunicación Personal Usuaris

Comunicación Personal
UG9: Bueno que lo ayudan a uno en el baño, si me siento muy débil lo bañan a uno y lo tratan bien (UG9, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).
UG10: El trato de cuando nació el bebé, la forma de ellos de ayudar, de bañarlo y sí, tratarlo muy bien a uno después (UG10, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).
UG8: Bueno que me iban hacer un lavado después de eso y que no teníamos que caminar porque nos decían: “aquí estamos para eso”, para atenderla, para ayudarle, bueno tantas cosas que ya ahorita no me acuerdo (UG8, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

Promover un modelo de atención del parto donde se trabaje desde la calidez y el buen trato contribuye a hacer sentir segura a la paciente, el empoderamiento sobre la toma de

decisiones informadas, y se propicia la satisfacción respecto al servicio brindado, lo que es fundamental para la forma en la que la comunidad percibe al centro (OPS, 2018).

En lo que refiere al control de niño sano, la mayoría de mujeres indicaron que comprenden las explicaciones de los procedimientos que le realizan al bebé durante las citas: “*tenía que llevarlo cada mes para que lo atendieran y eso. Tenían que hacerle tamizaje o vacunarlos o medirle qué tamaño iba*” (UG5, comunicación personal, 01 de octubre del 2023).

La empatía, la comunicación efectiva en los servicios de salud son habilidades indispensables para fortalecer la relación del profesional con la usuaria. Por lo que es valioso reconocer que estas relaciones deben ser bidireccionales y centrarse en la asertividad para generar espacios de retroalimentación y atención mutua, teniendo siempre presente el enfoque de mejora continua (Maza-de la Torre, et al, 2023).

XI. Objetivo 3: Estrategia

A continuación, se presenta la *Estrategia para el fortalecimiento de la pertinencia y sensibilidad cultural desde la Promoción de la Salud en el servicio materno-infantil del Hospital San Vito “Juana Pirola” y el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus en el período 2025-2026*, que surge a partir de los resultados desarrollados en los dos objetivos previos.

Cabe destacar que se desarrolló bajo la metodología de marco lógico, por lo cual requirió de las etapas de planificación y análisis, compuesto por los árboles de problemas y objetivos, así como su respectiva matriz, que permitió establecer cuatro líneas de acción dirigidas a fortalecer desde la Promoción de la Salud el componente de interculturalidad propuesto en el Modelo de Atención Calificada.

Para la lectura de la estrategia se hace hincapié en que se construyó como un documento adjunto al TFG y se presenta completo para una mejor comprensión a continuación:



**ESTRATEGIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA
PERTINENCIA Y SENSIBILIDAD CULTURAL DESDE LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SERVICIO
MATERNO-INFANTIL DEL HOSPITAL SAN VITO "JUANA
PIROLA" Y EL EBAIS TERRITORIO INDÍGENA COTO BRUS
PERÍODO 2025-2026**

Elaborada por:

Daniela Cerdas – Paula Dinarte – Steve Fallas – Ana López – Karla López

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción

5

Justificación

7

Contextualización y situación de salud de la población
Ngäbe-Buglé,

13

Metodología

22

Modelo de gestión de la estrategia

28

Enfoques de la estrategia

40

Marco legal

46

Principios teóricos de la Promoción de la Salud

54

Líneas de acción en Promoción de la Salud

58

Seguimiento y evaluación de la estrategia

80

Consideraciones finales

85

Lista de referencias

86

ACRÓNIMOS

ACNUR	Agencia de la ONU para los Refugiados
ATAP	Asistentes Técnicos de Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEC	Comité Ético Científico
CENDEISS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CIDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CONIS	Consejo Nacional de Investigación en Salud
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
HSJD	Hospital San Juan de Dios
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDS	Índice de Desarrollo Social
INAMU	Instituto Nacional de la Mujeres
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos

ACRÓNIMOS

IRD	Instrumentos de Recolección de Datos
MEP	Ministerio de Educación Pública
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
OCDE	Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG's	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
RIPSS	Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud
UCR	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como principal prestadora de servicios de atención, posee entre sus principios y razón de ser la búsqueda constante de brindar asistencia integral orientada a la satisfacción de las personas usuarias, mediante cambios que permitan incorporar ajustes innovadores y la evolución de la prestación enfocada hacia la eficiencia y mayor calidad.

Los procesos de gestación, parto y postparto se caracterizan por ser escenarios complejos donde confluyen un sinnúmero de situaciones por lo que la generación de entornos habilitantes, confiables y seguros se convierten en una prioridad para los servicios de salud.

Las maternidades son espacios de atención sensibles, que deben garantizar los derechos humanos de las mujeres a partir de una asistencia calificada, oportuna y eficiente en concordancia con el resguardo de la integridad de la usuaria y la protección de la familia gestante, la vivencia de las mujeres se va a encontrar mediada por “la calidad y calidez humana del cuidado y la asistencia que el personal de salud brinde” (Secretaría Distrital de Salud, 2015, p. 8).

Es por esta razón que la institución a nivel operativo ha creado instrumentos orientadores como el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades, que prioriza elementos de pertinencia cultural y de género, propone el desarrollo de actividades centradas en el proceso de admisión e ingreso, así como en componentes de preparto, parto y postparto (CCSS, 2017).

Además, expresa la necesidad de incorporar ajustes en el diseño de atención a partir de la inclusión de la comunidad, incentivar capacitaciones en prestación intercultural, talleres de sensibilización en atención humanizada, apegarse a la guía de atención integral, generar entornos habilitantes que mejoren la experiencia y orientación de usuarias indígenas, inclusión de procesos educativos específicos para cada maternidad, cursos de preparación del parto y fortalecer los procesos articulados con diferentes actores institucionales de la Red de Servicios, del sector salud y la comunidad.

Ante este escenario, la presente estrategia reconoce la oportunidad de crecimiento de la Promoción de la Salud al involucrarse en las dinámicas de la implementación del Modelo de Atención en el servicio materno-infantil del Hospital de San Vito “Juana Pirola” y el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus, por el avance que presentan en materia de salud intercultural y en la adaptación de los servicios para la población Ngäbe-Buglé, específicamente en el servicio materno-infantil que se comprende como todos aquellos procesos relacionados con la atención prenatal, parto, post parto y de seguimiento de la madre y el infante.

La construcción de la estrategia al estar inscrita ante el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios (CEC-HSJD), requirió un proceso continuo de revisión documental, consulta a actores claves inmersos en las modificaciones que se han realizado, funcionarios de atención directa y administrativa, actores claves inmersos en la temática, y representantes de la población Ngäbe-Buglé.

(Concejo del Cacique, Concejo de Mayores y Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena Guaymi de Coto Brus), asesores culturales e intérpretes, así como validación por parte de representantes de la CCSS y la Universidad de Costa Rica (UCR).

La recopilación y análisis de datos durante el proceso permitió identificar retos y fortalezas en la dinámica de atención, por lo que esta propuesta pretende constituir un insumo para la toma de decisiones y la planificación estratégica, al estar conformada por una serie de líneas de acción desde la Promoción de la Salud a partir de un marco propositivo y contextualizado.

La estrategia incluye justificación, una breve descripción del contexto y situación en salud de la población Ngäbe-Buglé, caracterización de los servicios de salud de San Vito de Coto brus, el apartado metodológico, los objetivos que orientaron la propuesta, sus respectivos enfoques y marco legal, principios teóricos de la Promoción de la Salud, las líneas de acción, el apartado de seguimiento y evaluación y las consideraciones finales.



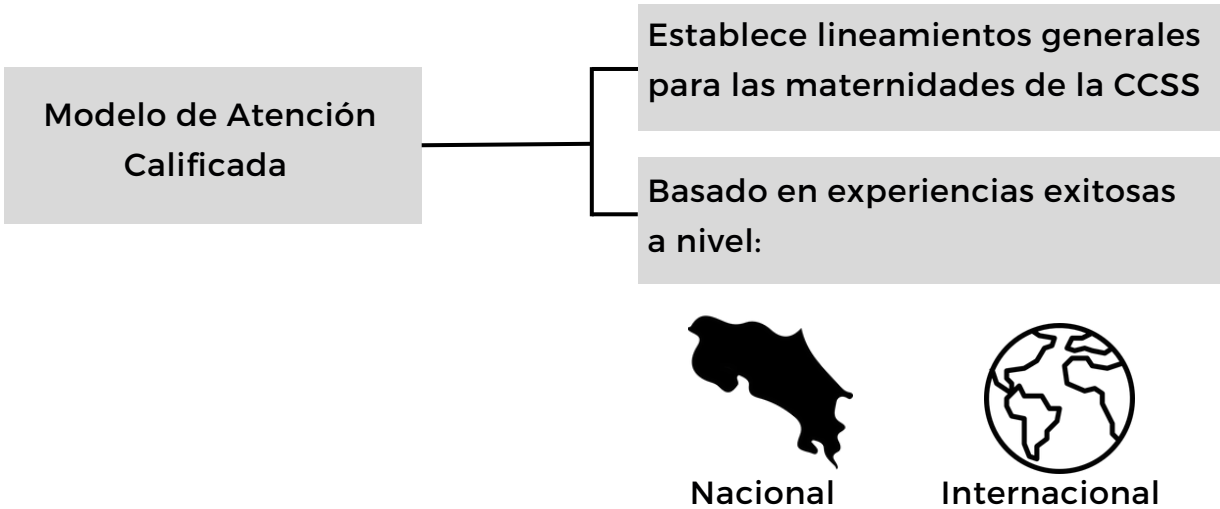
JUSTIFICACIÓN

Durante el año 2015, inicia la discusión sobre la problemática de la violencia obstétrica y la prevalencia de la mortalidad materna, ante este panorama diferentes grupos sociales solicitaron evidencia del accionar institucional en este ámbito. A partir de la no respuesta de los entes encargados, intervino la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), para examinar la calidad de la atención de las mujeres en las maternidades del país.

La Sala Constitucional declara la violencia obstétrica como violencia de género y violación de los derechos humanos, por lo tanto, se le exigió a la Defensoría de los Habitantes tomar acciones ante la situación y la CCSS elabora el Modelo de Atención Calificada, el cual constituye un esfuerzo institucional.

Se fundamenta en los principios derivados de la Atención Integral y Maternidades Seguras, centrado en las personas, con enfoque de género y de derechos y pretende fortalecer la atención digna durante la interacción entre la entidad de salud y las usuarias, al trascender la funcionalidad biomédica de las maternidades e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad en salud (CCSS, 2017), y a su vez, propone modificar la oferta materno-infantil al contexto cultural, mediante la inclusión de la comunidad en el diseño de las labores, de forma que respondan a las necesidades particulares de la población (CCSS, 2017).

Figura 1.
Marco del Modelo de Atención Calificada



Fuente: Elaboración propia, 2024.

En gran medida, los retos que prevalecen para brindar respuesta a las necesidades de la población indígena Ngäbe-Buglé, radican en que las instituciones públicas costarricenses presentan desafíos para cubrir la demanda desde un abordaje intercultural, respetuoso de la cosmovisión y tradiciones; los cuales se sintetizan en la siguiente figura:

Figura 2.

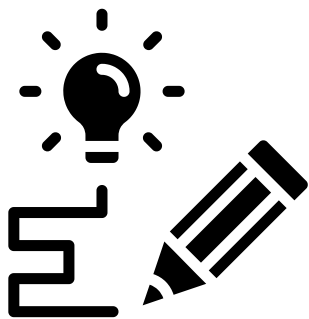
Retos en el modelo de atención en salud dirigidos a la población indígena



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de UNICEF (2012).

Pese a los aportes generados por la institución para adecuar el servicio materno-infantil a esta población, se continúan presentando limitaciones, ya que de acuerdo con datos preliminares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2021) la tasa de mortalidad infantil de la región Brunca para el primer semestre 2021 es de 8.56 por cada mil nacimientos, superando a la nacional que corresponde a 8.09 para el mismo periodo. Por su parte, la razón de mortalidad materna para el 2020 en Costa Rica fue de 2.9 por cada diez mil nacimientos, esto supera las cifras de los años 2019 (2.0) y 2018 (1.5) (INEC, 2020).

Dicha situación, revela la importancia del servicio, ya que al interactuar paralelamente con otros factores influyentes en la salud de las comunidades, se comporta como un determinante social de la salud y representan un papel vital en el fortalecimiento del componente comunitario para la articulación de esfuerzos, y así, instar prácticas familiares, de cuidado y protección del niño, niña y embarazadas (Ministerio de Salud Pública, 2010).



Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017) los sistemas de salud deben ser capaces de ajustar sus modelos de organización para mejorar el acceso mediante la implementación de estrategias que velen por la salud de la mujer, y de esta forma cumplir con los mandatos que respaldan sus derechos, respetar la cultura y cosmovisión de las madres y las familias indígenas y no indígenas.

Uno de los principales problemas que enfrentan las mujeres Ngäbe-Buglé, consiste en las barreras de acceso que posee el servicio materno-infantil, donde a pesar de las adaptaciones culturales realizadas en torno a infraestructura, inclusión de asesoras culturales y demás mejoras, no se garantiza que sea utilizado de forma óptima por la población. Dada la situación, el sistema de salud enfrenta el reto de diseñar modelos de atención culturalmente competentes (Juárez-Ramírez et al, 2020).

Razón por la cual es importante contar con servicios diseñados desde el enfoque de la atención integrada en salud,

la cual procura el avance hacia el acceso y cobertura universal (OPS, 2022), ya que dirige su atención hacia el individuo que hace uso del servicio y el interés del prestador del centro de salud que prioriza los factores relacionados con la familia y la comunidad (CCSS, 2017).

Asimismo, se requiere que “los servicios sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas” (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, s.f, p. 5). El Modelo de Atención Calificada, al contemplar el concepto de maternidades seguras y sin riesgos, incorpora la pertinencia cultural e interculturalidad, que buscan promover la convivencia de respeto, comprensión, intercambio y diálogo, ya que aspira al reconocimiento y valoración de saberes, prácticas de salud locales y su incorporación en los servicios de salud con el propósito de reducir barreras, mejorar el acceso y oportunidad, evitar el rechazo, así como la falta de adhesión en la atención médica (CCSS, 2017).

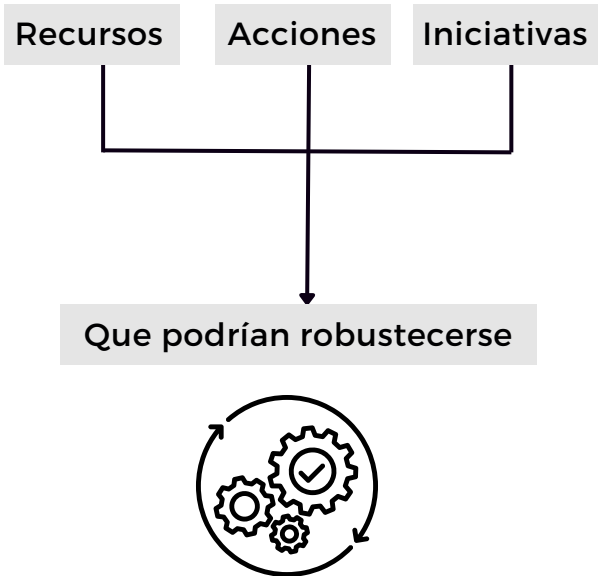
Dichos aspectos son de gran importancia, para “mejorar la calidad de la atención y ampliar el acceso de las mujeres más vulnerables a los servicios de salud” (Freymuth-Enciso y Meneses-Navarro, 2017, p. 9). Ante lo cual, surge la necesidad de adecuar diversos procesos de atención a las características de las mujeres indígenas, con el fin de aumentar el grado de aceptación hacia la prestación de los servicios de salud (CEPAL, 2013, citado en Freymuth-Enciso y Meneses-Navarro, 2017).

Por lo anterior, se considera sumamente valioso posicionar la Promoción de la Salud dentro de los servicios de atención desde una perspectiva que sobrepase el enfoque biomédico de salud-enfermedad, donde se tiende a reducir su accionar; y por el contrario, se le otorguen otros procesos que trasciendan los escenarios tradicionales, se vincule con otros elementos del funcionamiento institucional que le permitan implementar competencias como la abogacía, que no busca la homogeneización de los servicios, sino enfocarlos hacia el desarrollo de la medicina asistencial de la mujer y su familia y propiciar su “participación activa en la planificación, prestación y evaluación de la atención” (OMS, 1985, citado en Freymuth-Enciso y Meneses-Navarro, 2017, p. 12).

Además, la Promoción de la Salud permite desde su visión holista, reconocer que los grupos poblacionales evolucionan y cambian, por lo que los servicios deben tener la capacidad de atender sus demandas y afrontar contextos cada vez más complejos y llenos de matices. Razón por la cual, el reajuste y la mejora continua, es una alternativa para el fortalecimiento de la asistencia sanitaria como determinante social y la garantía del derecho a la salud.

Para llevar a la práctica las modificaciones en los servicios de atención, es de validez ejecutar procesos de análisis que permitan recolectar datos actualizados sobre buenas prácticas, fortalezas, retos y posibles áreas de mejora, lo cual facilita distinguir una serie de:

Figura 3.
Posibles áreas de mejora.

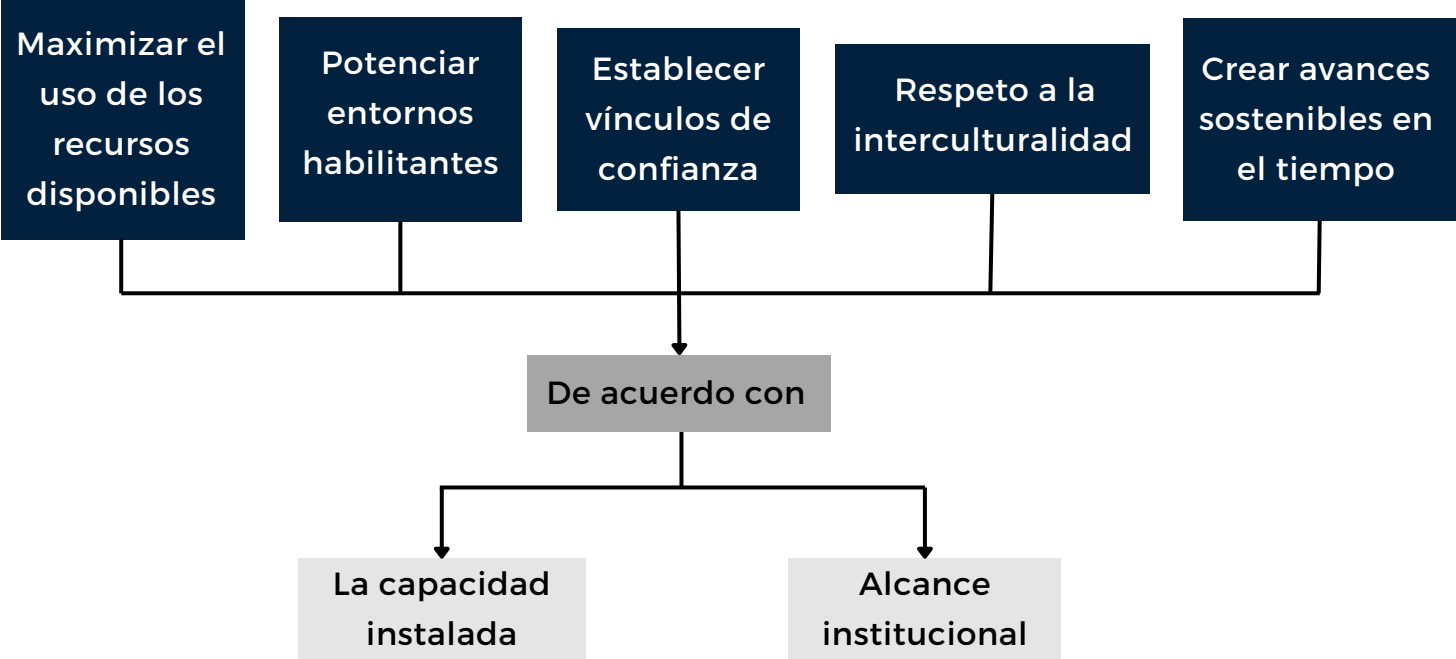


Fuente: Elaboración propia, 2024.

La importancia de la propuesta se encuentra relacionada con la protección de la salud, el respeto de los derechos humanos, el buen trato y la calidez en la interacción dialéctica entre los prestadores de salud y las usuarias, mediante procesos de mejora continua y producción de información a lo interno de la CCSS para fortalecer la asistencia sanitaria, alinear las acciones de la institución con su misión y principios filosóficos desde la cobertura universal de salud y acceso equitativo a los servicios integrales en el curso de vida.

Durante este proceso, también se contempló la información recabada durante el estudio y los resultados esperados descritos en el Modelo de Atención, que consisten en:

Figura 4.
Resultados esperados del Modelo de Atención.



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Cabe destacar que se debe considerar que “desarrollar acciones con énfasis en conductas individuales, sin buscar transformaciones de las condiciones de vida, lleva a resultados poco efectivos” (Solano-Siles, s.f, párr. 13).

Finalmente, la importancia de la propuesta se encuentra relacionada con la protección de la salud, el respeto de los derechos humanos, el buen trato y la calidez en la interacción dialéctica entre los prestadores de salud y las usuarias, mediante procesos de mejora continua y producción de información a lo interno de la CCSS para fortalecer la asistencia sanitaria, alinear las acciones de la institución con su misión y principios filosóficos desde la cobertura universal de salud y acceso equitativo a los servicios integrales en el curso de vida.

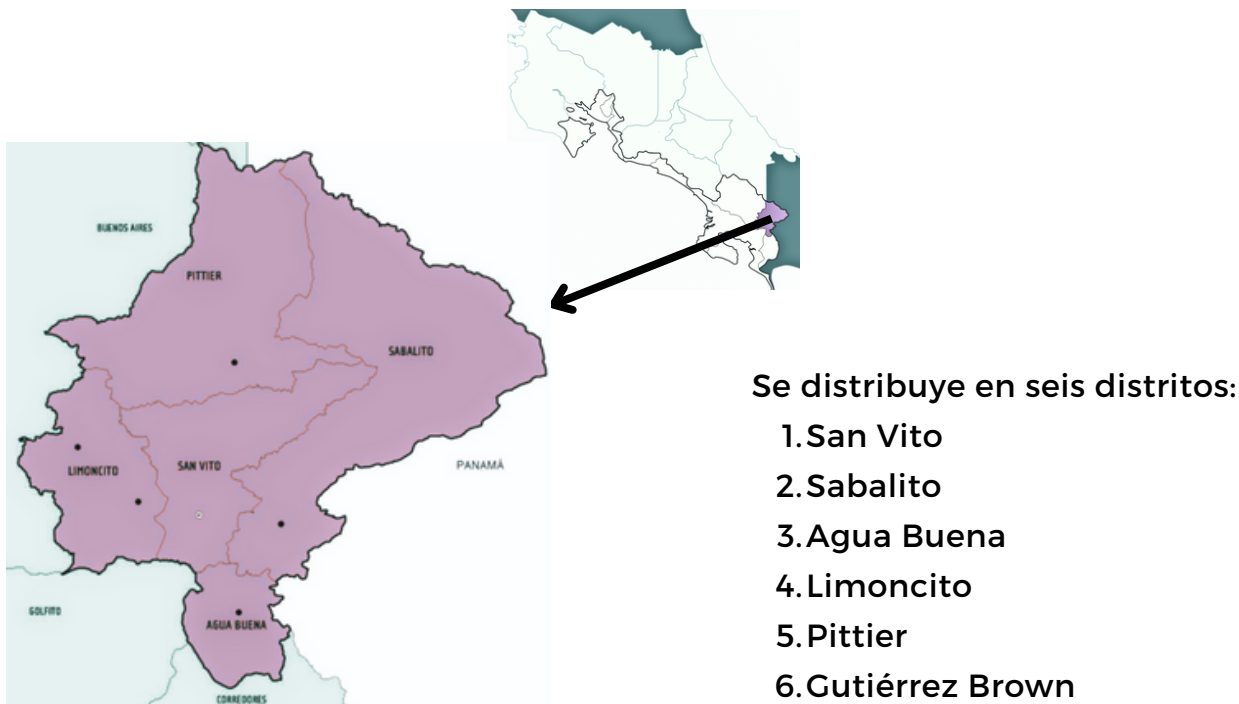


CONTEXTO Y SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN NGÄBE-BUGLÉ

COTO BRUS

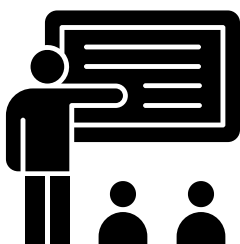
De acuerdo con la Municipalidad de Coto Brus (2019), el cantón se ubica en la provincia de Puntarenas la cual limita al este con Panamá y posee una extensión territorial de 933.9 km².

Figura 5.
Mapa del cantón de Coto Brus señalado en el país.



Fuente: Elaboración propia 2024.

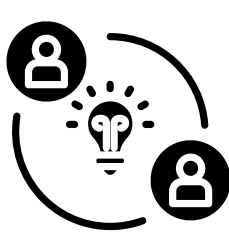
El cantón posee un Índice de Desarrollo Social (IDS) de 26.42, ubicándolo en la posición número 71 de los 84 cantones del país; además, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (2021) indica que posee promedios cantonales menores en las dimensiones de:



Educación



Economía

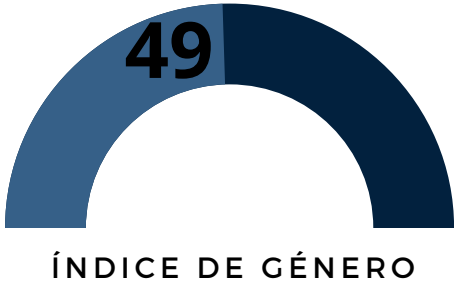
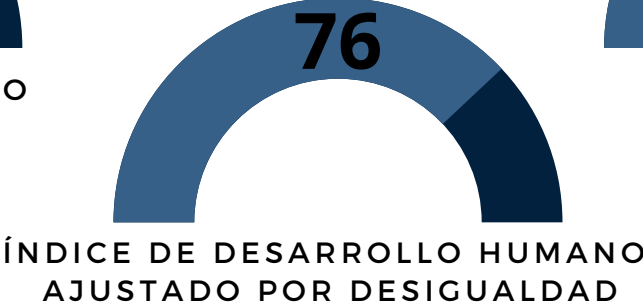
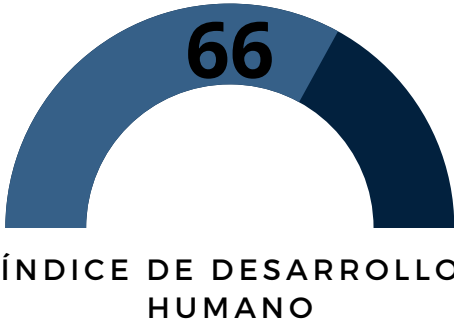


Participación



Salud

Algunos de los índices cantonales, se ubican en las siguientes posiciones:



Estos reflejan una desventaja en contraste con otros cantones y dificulta el progreso de sus grupos poblacionales (MIDEPLAN, 2021). Incluso para el 2011, “la tasa de alfabetización del cantón fue de 94,7%, ocupando el último lugar de la región y la tasa de analfabetización se calculó en un 5,3%” (Ministerio de Salud, 2023, p. 33).



El cantón alberga uno de los cuatro territorios de la población de la etnia Ngäbe-Buglé, este territorio indígena cubre un 5,14% de la región Brunca (Cómez-Rojas, 2013, pp. 14-21).



El grupo etnico representa al 24% de las poblaciones indígenas de Costa Rica (INEC, 2011).





La etnia Ngäbe-Buglé es la más numerosa en el sur de Centroamérica, concentrándose en el territorio indígena “La Comarca” ubicada en Panamá, donde se asienta la mayoría de su población, por ser una zona legalmente constituida en el país; sin embargo, las condiciones de vida son complejas por la escasez de opciones de desarrollo económico y social, lo que ha impulsado dinámicas de alta movilidad transfronteriza impulsadas principalmente por la búsqueda de fuentes de empleo (Gómez-Rojas, 2013, p. 7).

Este grupo poblacional históricamente ha presentado patrones de desplazamiento hacia Costa Rica desde antes de que se estableciera la frontera con Panamá. Una vez que se da el ingreso al país, se albergan en zonas aledañas al cantón de Coto Brus (Morales-Gamboa; Lobo-Montoya y Jiménez-Herrera, 2014). Es preciso destacar que se categorizan:

Figura 6.

Categorización de la población Ngäbe-Buglé.

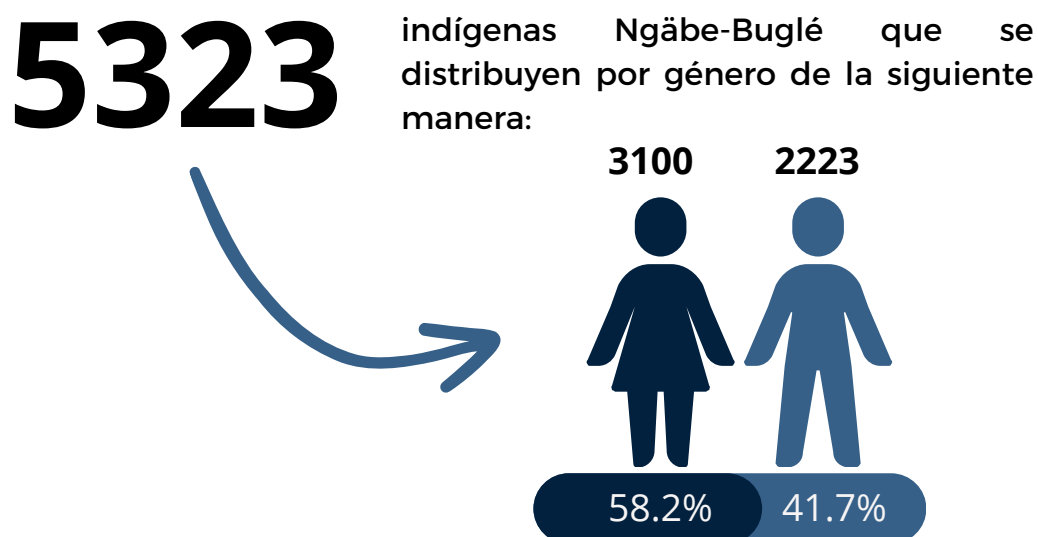


Fuente: Comunicación personal, P. Ortiz, 11 de abril 2022.

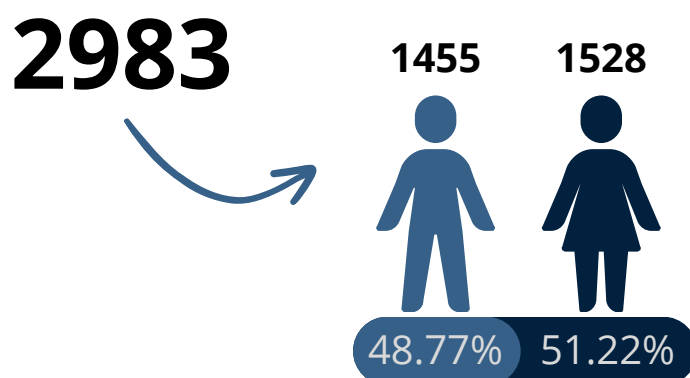
En Costa Rica, este grupo étnico es considerado una de las poblaciones que enfrenta mayor exclusión, pobreza y poseen algunas brechas en la garantía de sus derechos laborales, lo que desencadena que se les dificulte el acceso “a los esquemas de la seguridad social, que incluyen los servicios de salud y servicios sociales para sus familias” (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2021, párr. 3).

POBLACIÓN NGÄBE-BUGLÉ

De acuerdo al Área de Salud Coto Brus 2021, la población indígena adscrita al Área de Salud de la CCSS; se encuentra distribuida a lo largo del cantón en las localidades de Sabalito, Pittier y San Vito, que albergan



Además, de acuerdo a la población adscrita al Área de Salud Territorio Indígena La Casona, para el 2021 el registro de personas indígenas fue de



La cantidad corresponde al registro dentro del territorio indígena (Área de Salud Coto Brus, 2021, 2022 citado por Ministerio de Salud, 2023, p. 25).

Se debe contemplar que debido a la alta movilización de la etnia entre Costa Rica y Panamá, la escasez y lejanía de los puestos de control fronterizos dificultan que las instituciones puedan generar un registro certero de las personas Ngäbe-Buglé.

Este grupo poblacional se encuentra inmerso en escenarios que les hace experimentar de forma cotidiana y cruda “condiciones de extrema pobreza a ambos lados de la frontera”

Esto ha desencadenado un perfil epidemiológico poco alentador, ya que según datos del Ministerio de Salud (2016), las situaciones a las que se enfrentan, se ven influenciadas por distintos determinantes y circunstancias que vulnerabilizan sus condiciones de vida, relacionadas con:



Precariedad
laboral



Vivienda en
mal estado



Hacinamiento



Falta de servicios
básicos

Lo que ha ocasionado alta incidencia de padecimientos asociados con “la desnutrición, parasitosis, enfermedades de la piel, respiratorias, y diarreas, principalmente en la niñez; así como enfermedades de transmisión sexual” (Ministerio de Salud, 2016, p. 14).

SALUD MATERNO-INFANTIL NGÄBE-BUGLÉ

Las mujeres Ngäbe-Buglé, afrontan una compleja situación socioeconómica, la oportunidad de movilizarse implica que exista abandono de procesos educativos, lo que limita sus oportunidades de desarrollo. Además, Solano-Acuña 2020 menciona que con frecuencia:



- Las condiciones de las fincas en las que laboran, las exponen a situaciones de abuso sexual.
- La independencia de sus padres a menudo conlleva establecer relaciones con “hombres mayores que pueden hasta doblarles la edad” (p. 277).

Por lo general las mujeres Ngäbe-Buglé, tienden a ser multiparas, suelen tener alrededor de seis hijos/as y en mujeres mayores de 50 años el número de gestas puede llegar a ser mayor. De acuerdo a Pernudi, Sandoval y Solano (2007) citado por Solano-Acuña (2020) la edad promedio a la que experimentan su primer embarazo ronda los 14 y 16 años de edad, factor de riesgo que en ocasiones desencadena:

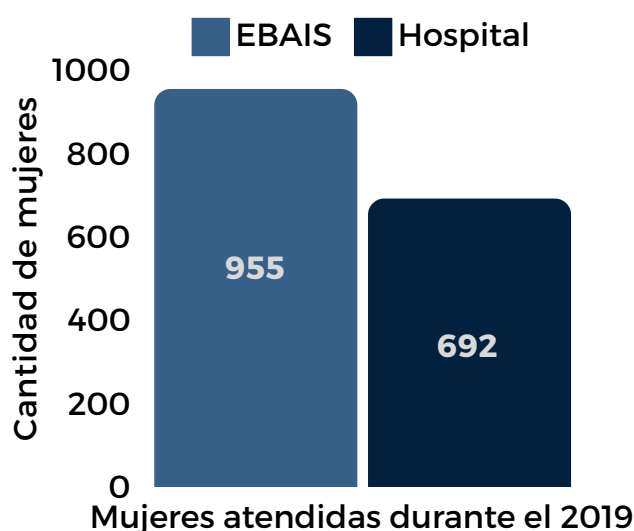
- Síndrome hipertensivo
- Preeclampsia
- Anemias
- Infecciones del tracto urinario
- Rotura prematura de membrana
- Niños nacidos con bajo peso
- Partos con desproporción cefalopélvica
- Diabetes gestacional
- Estrechez del canal blanco, entre otros

(Díaz, Sanhueza, Yaksic, 2002 citado por Solano-Acuña, 2020, p. 279).

De acuerdo al Análisis de Situación Integral de Salud (2023) para el 2019, se atendieron un total de 1647 mujeres durante el embarazo su distribución según centro de salud fue la siguiente:

Gráfica 1.

Cantidad absoluta de mujeres atendidas en el 2019 durante el embarazo según establecimiento de salud



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud, 2023.

Para este mismo año, se registraron un total de 420 partos. Además se reportó un aumento en la cantidad de madres adolescentes y embarazos de alto riesgo (Ministerio de Salud, 2023). Cabe destacar que los datos no se presentan de manera desagregada para la población indígena que hizo uso de los servicios.

Se hace evidente la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud, que pueden interactuar a favor o en contra del desarrollo de las personas, desde la gestación y a lo largo de su curso de vida, como las dinámicas sociales que desencadenan alta movilización bajo condiciones poco adecuadas, esquemas de inmunización incompletos, poca información sobre higiene y saneamiento, malas condiciones de la vivienda, falta de recursos y dificultades en el acceso a servicios de salud (Ministerio de Salud, 2023).

Específicamente en el caso de las mujeres Ngäbe-Buglé, es una población que se ha visto afectada por diversos tipos de discriminación racial y violencia estructural, que se ve reflejada en la pobreza, desigualdad y oportunidades limitadas en su desarrollo humano (UNFPA e Instituto Nacional de la Mujeres [INAMU], 2021). La estrategia de reorientación del servicio materno-infantil pretende involucrar diversos actores, resaltar el trabajo colaborativo por parte de las y los funcionarios de ambos niveles de atención para llevar a cabo las acciones que se vean reflejadas en la dinámica del servicio y beneficiar a las mujeres indígenas que hacen uso de ellos.

CARACTERIZACIÓN SERVICIOS DE SALUD SAN VITO DE COTO BRUS



En lo que respecta al primer nivel de atención, se destaca que ha ampliado su oferta de servicios ante las particularidades geográficas y necesidades de la población indígena, por lo que se incorporaron elementos característicos de su cultura en la infraestructura.

Actualmente, al EBAIS Territorio Indígena Coto Brus asisten aproximadamente 1.800 personas al año, se ubica en la entrada del territorio indígena, a unos 20 kilómetros de la ciudad de San Vito y se caracteriza por atender exclusivamente a esta población. Ofrece servicios de vacunación, desparasitación, control de peso y talla, revisión odontológica y planificación familiar (López-Ruiz, 2018), brindados por 13 funcionarios; este nivel de atención es responsable del seguimiento y control de las usuarias del servicio materno-infantil.

Además de sus funciones básicas, ofrece algunos ajustes dirigidos a brindar servicios más inclusivos mediante la contratación de Asistentes Comunitarios Indígenas y horarios flexibles para las citas médicas al tomar en cuenta factores como el desplazamiento desde largas distancias (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012).

Los Asistentes Comunitarios Indígenas que laboran en el EBAIS y los Asesores Culturales que forman parte del equipo del Hospital San Vito “Juana Pirola”, fueron integrados en la institución con la finalidad de reducir la barrera idiomática que ha sido reconocida como un factor que interfiere en el tránsito de la población indígena por el servicio; sin embargo, sus esfuerzos van más allá del apoyo por superar dicha barrera, lo que permite fortalecer la atención y acceso a la institución, promover el respeto a las características étnicas, lingüísticas y un rol de interpretación cultural (Figueroa-Saavedra, 2009).

Dicha labor ha fortalecido el sentido de pertenencia de las personas de la etnia, siendo partícipes de las modificaciones en la infraestructura de la sede del EBAIS, la decoración atractiva con colores vivos, dibujos referentes a la cultura y el diseño de gabachas personalizadas (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y UNICEF, 2012).

El segundo nivel de atención que corresponde al Hospital San Vito “Juana Pirola”, cuya categoría es Hospitalaria Periférico Uno (HP1) brinda servicios de atención en las especialidades de “medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general, radiología, anestesia, trabajo social y psicología” (Área de Salud de Coto Brus, 2016, p. 9); cuenta con una Clínica de Mamas, Cuidados Paliativos y Cesación de Fumado, servicio de emergencias activo durante las 24 horas del día y una vez al mes provee atención en terapia física.

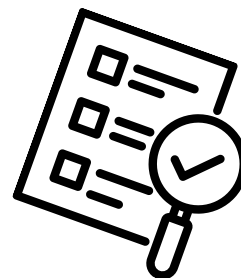
Específicamente el servicio materno-infantil, dentro de su dinámica, puede llegar a presentar dificultades en el acceso de la atención a las mujeres Ngäbe-Buglé, quienes poseen requerimientos específicos que influyen directamente en la demanda de los servicios de salud (Oviedo-Gómez, 2008). No obstante, se reconoce que se han realizado diversos esfuerzos con el objetivo de fortalecer la prestación de dicho servicio.



METODOLOGÍA

La estrategia busca establecer las líneas de acción para una propuesta de mejora continua del servicio materno-infantil y responde a una iniciativa académica, específicamente al objetivo 3 por lo tanto, requirió del siguiente abordaje metodológico.

REVISIÓN DOCUMENTAL



Transversal con la finalidad de brindar sustente teórico, definir el marco conceptual y establecer aspectos fundamentales previos al proceso de elaboración de la estrategia.

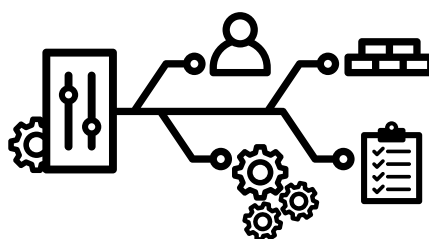
TRABAJO DE CAMPO PRELIMINAR

El primer acercamiento con los servicios de salud y la población indígena permitió establecer contactos claves y el reconocimiento de la zona.

Para la segunda visita se ejecutó la prueba piloto de los Instrumentos de Recolección de Datos (IRD) y se establecieron espacios de reunión para solicitar la aprobación ante el Concejo de Mayores, Concejo del Cacique y la ADI como representantes de la comunidad Ngäbe-Buglé.

Se establecieron acuerdos con la contraparte institucional que permiten planificar los espacios para entrevistar al personal de ambos niveles y con la asesora cultural para los espacios con las usuarias.

Además, se tuvo asesoría por un intérprete indígena quien orientó al equipo investigador en aspectos fundamentales para la comprensión y acercamiento con las usuarias del servicio, ajustes y traducción del instrumento de recolección de datos y el consentimiento informado.

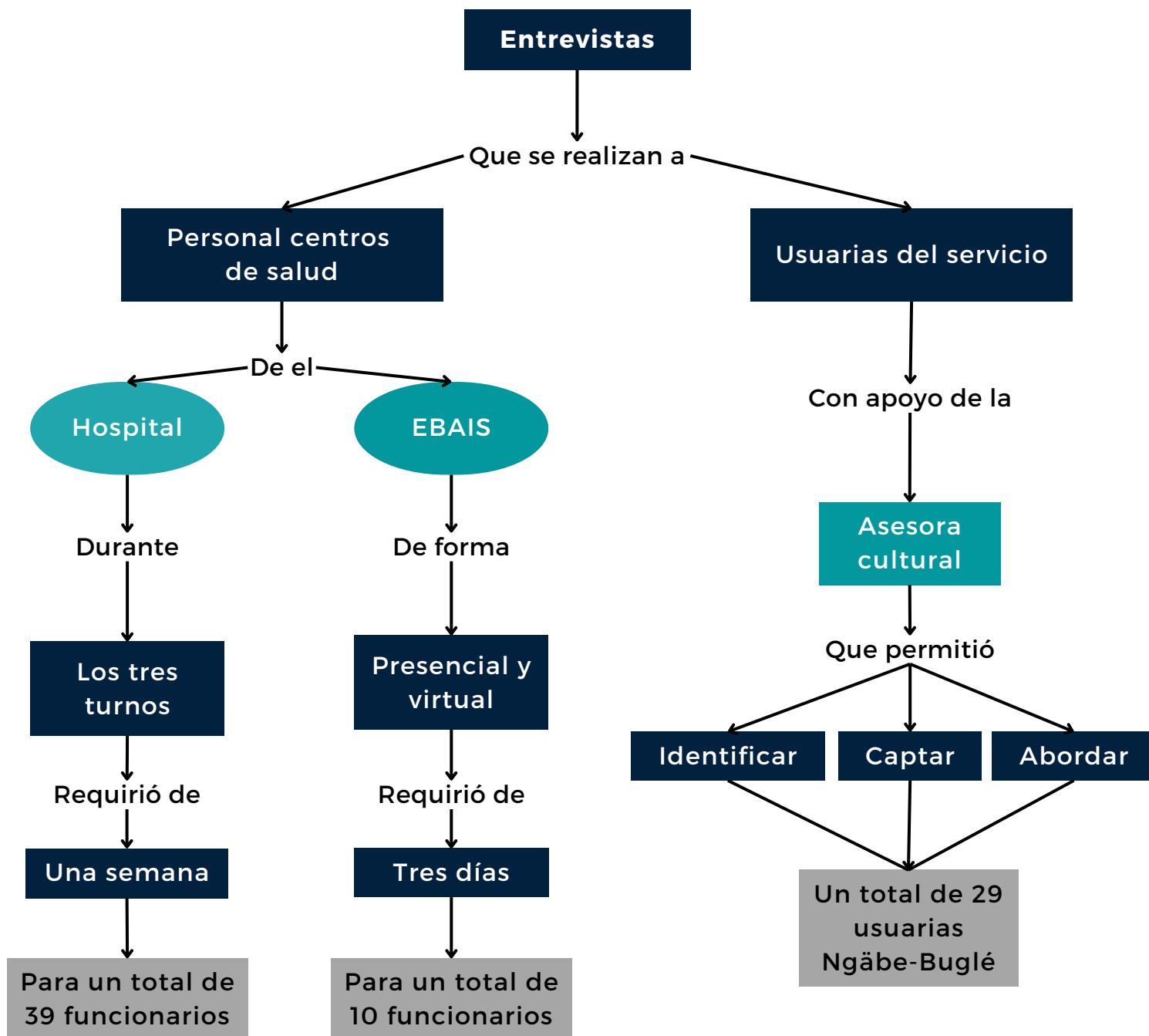


TRABAJO DE CAMPO

Se distribuyó la recolección de datos de acuerdo con los sujetos de estudio, según el espacio en el que fueron captados de la siguiente manera:

Figura 7.

Mapa conceptual recolección de datos.



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Este proceso requirió de dos IRD diferentes, uno para cada estamento, pero en general fue necesario conducir la conversación, aplicar el consentimiento informado, plantear las preguntas y registrar la sesión mediante una grabadora de voz portátil.

Cabe aclarar que el equipo investigador se comprometió a garantizar los principios éticos, la normativa institucional de la UCR y la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234, en el caso de las usuarias aunque se contó con la aprobación de acuerdo al Mecanismo de Consulta Indígena, se reconoció en todo momento que las mujeres conservan la totalidad de sus derechos y por lo tanto, prevaleció su poder decisorio.

Al concluir el trabajo de campo, se realizó la siguiente fase con los datos recabados:

Figura 8.

Procesamiento y análisis de la información.



Fuente: Elaboración propia, 2024.

ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Se enmarca en el Modelo de Atención Calificada, como insumo que constituye un instrumento operativo y contextualizado para la mejora continua de la red de servicios a partir de los resultados obtenidos.

Proceso que se realiza con la metodología de Marco Lógico, al tener concordancia con la administración pública y lo propuesto por MIDEPLAN, lo que se encuentra concatenado al funcionamiento de la CCSS. Esta es una herramienta que constó de dos grandes fases:

1 ETAPA DE ANÁLISIS

- Diagnóstico de las partes interesadas
- Análisis del problema presente
- Establecimiento de objetivos y estrategias que responden a la situación priorizada

Requirió la construcción de un árbol de problemas que incorpora los diferentes retos identificados, que se plasman en causas, consecuencias y el problema principal. Posteriormente, van a nutrir el árbol de objetivos de la siguiente manera:



En miras de brindar soluciones a las dificultades de manera propositiva, lo que funciona como antesala a la elaboración de la matriz de Marco Lógico.

2 ETAPA DE PLANIFICACIÓN

La fase de planificación se elaboró mediante la matriz de Marco Lógico, que permitió presentar la estrategia de manera sistematizada y con orden lógico, e hizo posible definir cuatro líneas de acción de intervención institucional con su respectivas actividades, medios de verificación, indicador y responsables.

VALIDACIÓN DE LA ESTRATEGIA



Se planificaron espacios de reunión con los actores clave inmersos en el proceso que involucran a los integrantes del comité asesor de la investigación y la contraparte de la CCSS, para el diálogo de saberes y la debida validación de la propuesta. Durante la revisión, el equipo investigador expuso con detalle los principales hallazgos de la investigación y la estrategia elaborada. Este proceso facilitó la realimentación por parte de los participantes convocados y posteriormente, los ajustes sugeridos fueron incorporados al documento.

Se coordinó con la contraparte de la CCSS para llevar a cabo un espacio de reunión de forma virtual el día 28 de junio del 2024, en el cual se contó con la participación de las jefaturas de enfermería y consulta externa y hospitalización del Hospital San Vito “Juana Pirola”. Por otra parte, se concretó otra sesión el 25 de junio del 2024, donde participó el director del Área de Salud.

Para el cumplimiento de objetivos hacia grupos beneficiarios y el resguardo de los derechos de la población indígena como copartícipes del estudio, se solicitó una reunión presencial; sin embargo, no se logró concretar previo a la defensa por dificultades de comunicación, por lo que se facilitó la estrategia vía correo electrónico a la Asociación de Desarrollo Integral (ADI) de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus para propiciar la lectura de la estrategia, proporcionar un espacio para el intercambio de saberes y fomentar un rol más participativo por parte de los representantes comunitarios.

Se proyecta para la semana del 19 al 23 de agosto del 2024 una reunión presencial con la ADI, el Concejo de Mayores y el Concejo del Cacique para la debida devolución de resultados a la población Ngäbe-Buglé.



MODELO DE GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA

Existen múltiples actores involucrados en el contexto en el que se plantea la estrategia y para su óptimo desarrollo, para ello, se requirió reconocer las competencias de los posibles actores que se involucren en el accionar del servicio en materia de salud materno-infantil de forma directa o indirecta, esto con la intención de potenciar su apoyo y optimizar el uso de recursos.

A continuación se presenta la tabla 1, que contiene la lista con los distintos actores.

Tabla 1.
Matriz de actores clave

Actor		Caracterización	Rol en la estrategia
Área de Salud Coto Brus	EBAIS Territorio Indígena Coto Brus	Le competen procesos del primer nivel de atención relacionados con seguimiento a la mujer embarazada, control prenatal, posparto, y control del niño sano	Coordinar acciones en función de su nivel operativo, participar en funciones asociadas con la prestación de los servicios y brindar seguimiento a la mejora continua de los centros de salud
Hospital San Vito “Juana Pirola”	Jefaturas 1 Dirección General, Hospitalización y Consulta externa, Enfermería, Supervisor Enfermería, coordinadora de maternidad	Principales puestos encargados de la toma de decisiones operativas y administrativas de los centros de salud	Coordinar según corresponda, participar en acciones asociadas con la prestación de los servicios y brindar seguimiento a la mejora continua del servicio materno-infantil

Actor		Caracterización	Rol en la estrategia
Hospital San Vito “Juana Pirola”	Jefaturas 2 Farmacia y Nutrición	Principales puestos encargados de la toma de decisiones en sus áreas de especialidad en los centros de salud	Coordinar según corresponda, participar en acciones asociadas con la prestación de los servicios y brindar seguimiento a la mejora continua en su área de especialidad
Hospital San Vito “Juana Pirola”	Personal Atención Directa 1: Médico general, Médico especialista (anestesiología, ginecología, pediatría), personal de farmacia, Trabajo Social	Responsables de brindar atención médica y servicios especializados en salud	Participar y ejecutar de manera conjunta las acciones asociadas con la prestación de los servicios
Hospital San Vito “Juana Pirola”	Personal Atención Directa 2: Personal de enfermería, Enfermería obstetricia, Auxiliares de enfermería, Asistentes Comunitarios Indígenas, Asesora Cultural, ATAP, asistentes de pacientes	Responsables de brindar servicios de primera respuesta, asumir diversas gestiones en la atención en salud, consultas de la población, entre otras.	Participar y ejecutar de manera conjunta las acciones asociadas con la prestación de los servicios

Actor		Caracterización	Rol en la estrategia
Hospital San Vito “Juana Pirola”	Personal Administrativo: Seguridad, REMES y Validación de derechos	Responsables de brindar servicios administrativos relacionados con el ingreso, tránsito y egreso en el centro de salud	Articular y coordinar acciones en alianza con las Jefaturas y brindar servicios administrativos a las usuarias
ONG's	Hands for Health	Contribuir mediante su accionar en diversos temas a promover el desarrollo de la comunidad	Articulación y participación conjunta en red
Organismos internacionales	OIM, OPS, OMS y UNFPA	Contribuir con el desarrollo de acciones en diversos temas vinculados con la promoción de la salud materno-infantil y apoyo a través de la Agenda de Cooperación con Costa Rica	Articulación y participación conjunta en red
Representación comunitaria	ADI de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus	Agrupación de organización y representación comunitaria que busca contribuir al bienestar de la comunidad	Articulación y participación conjunta en red

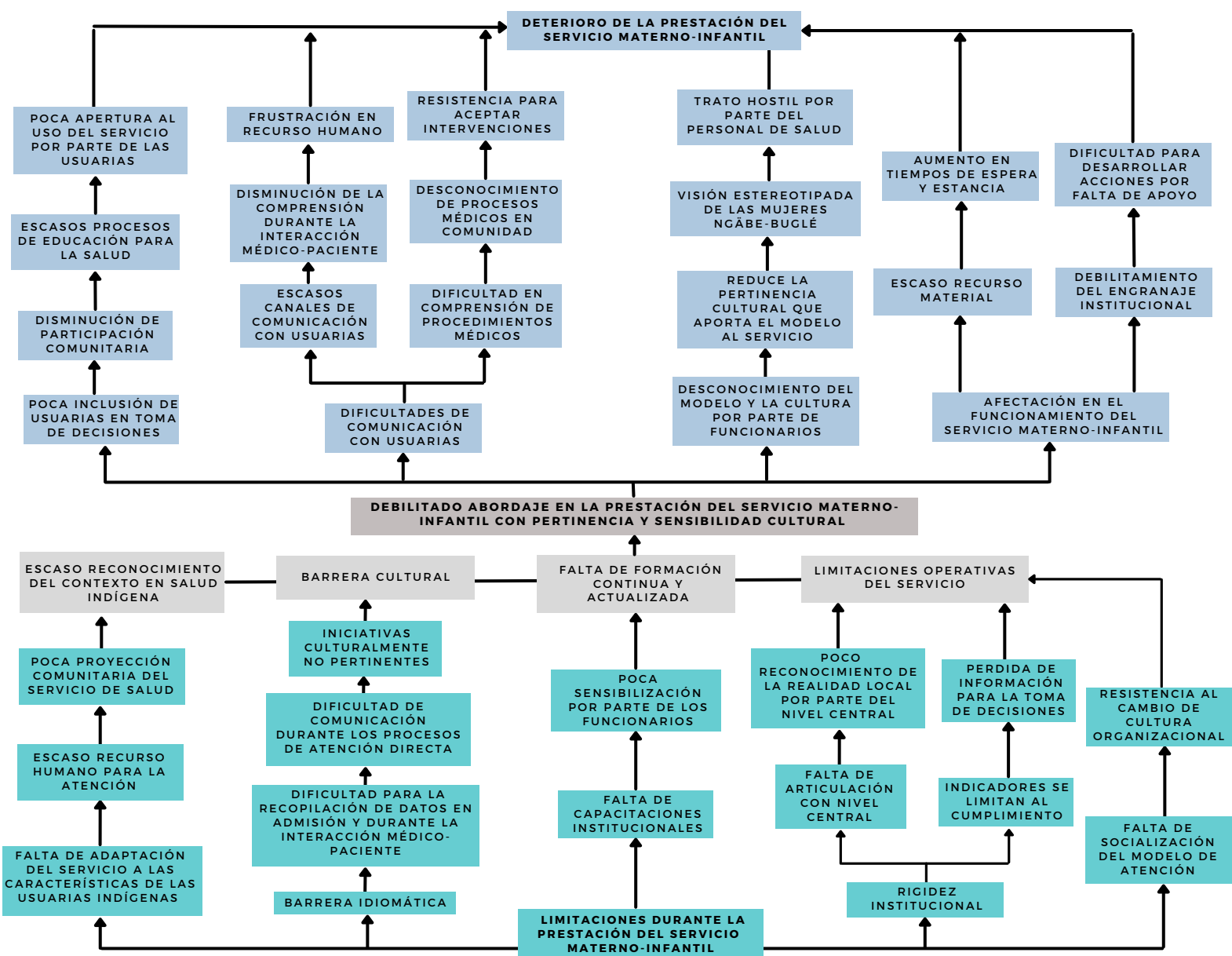
Fuente: Elaboración propia, 2024.

PROBLEMA IDENTIFICADO

Adaptar los servicios de asistencia médica a un modelo con pertinencia cultural es un reto persistente, que si no es atendido de manera prioritaria puede ocasionar el atropello a los derechos humanos en una población que históricamente ha afrontado diversas barreras en el acceso y la atención sanitaria: desde su desplazamiento al centro médico, su localización y rastreo por el primer nivel de atención, afrontar el choque cultural durante su tránsito por los servicios, y la pérdida del seguimiento de su estado de salud, entre otras; situaciones que se replican durante sus procesos de gestación, parto y post parto (Ministerio de Salud, 2016).

La pertinencia y la sensibilidad cultural en los centros de salud continúan siendo pilares que deben ser reforzados de forma continua, que más allá de representar un escenario dificultoso, brinde la capacidad de crear servicios de salud resilientes. De acuerdo con el análisis de barreras y facilitadores del EBAIS Territorio Indígena Coto Brus y el Hospital de San Vito “Juana Pirola”, así como la incorporación de la percepción de funcionarios, usuarias y la metodología de marco lógico, se elaboró el árbol de problemas en el cual se logra visualizar el problema central dirigido al Debilitado abordaje en la prestación del servicio materno-infantil con pertinencia y sensibilidad cultural.

Figura 9.
Árbol de problemas.



Fuente: Elaboración propia, 2024.

Para el entendimiento de la problemática se establecen cuatro grandes áreas que se sugieren abordar, con sus respectivas causas y consecuencias:

ESCASO RECONOCIMIENTO DEL CONTEXTO EN SALUD INDÍGENA



A pesar de los esfuerzos realizados por la institución de implementar sistemas de información como el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) que ha potenciado la eficiencia en cuanto al registro de datos y asignación de citas, su adaptación en la población Ngäbe-Buglé no ha sido tan óptima, ya que su funcionamiento se encuentra estrechamente relacionado con la conexión a internet, señal telefónica y otros recursos, aunado a factores como el no saber leer o escribir, y el desconocimiento del uso de la plataforma que dificultan su uso.

Además, la lejanía de los centros de salud continúa siendo uno de los principales desafíos en las comunidades indígenas, principalmente por el tiempo que deben invertir para movilizarse al centro de salud, lo que en ocasiones supera las 5 horas de traslado caminando.

En cuanto al recurso humano se logró evidenciar la necesidad de más personal para atender la alta demanda de usuarias en el servicio materno-infantil que puede generar sobrecarga laboral específicamente en el primer nivel de atención, adicionalmente, la falta de especialistas en la zona como es el caso de radiólogos y anestesiólogos puede traducirse en carencias para la atención del parto.

El enfoque intercultural en salud que establece el Modelo de Atención plantea robustecer espacios de comunicación y diálogo entre las diferentes culturas, que permitan fortalecer la proyección comunitaria. Los procesos identificados en los centros de salud en estudio son realizados dentro de sus instalaciones, por lo tanto existe una necesidad latente de ajustarlos al incorporar iniciativas extramuros, el reforzamiento de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) del primer nivel, la proyección comunitaria en la planificación y toma de decisiones, incorporar personal indígena altamente capacitado, y modificar la oferta programática de los hospitales y EBAIS regionales para orientarla a las características locales.

BARRERA CULTURAL



La barrera idiomática fue la mencionada con más frecuencia por parte del personal entrevistado; puede llegar a desencadenar poca claridad y entendimiento de los procesos asociados con la atención médica, que de alguna forma repercuten en la calidad del servicio brindado. Se identificó que existe cierto nivel de frustración por parte del recurso humano al afrontar obstáculos en el momento de brindar instrucciones.

Algunos de ellos calificaron la atención a usuarias indígenas como de alta complejidad, al afectar la recopilación de aspectos básicos de la atención médica y durante la entrevista de la usuaria con el personal de registro, se detectaron falencias en las bases de datos, ya que la barrera idiomática interfiere en el intercambio de información.

Los sistemas empleados por la institución no se ajustan a la cosmovisión, por tanto existe un choque cultural al definir una nacionalidad, un nombre con apellidos en un registro auténtico emitido por las autoridades. Este grupo étnico lleva a cabo ceremonias autóctonas de la comunidad para brindar un nombre a los recién nacidos, además, en algunos casos las usuarias acuden al centro de salud sin portar documentos de identificación lo que ha provocado la duplicación de datos y sesgos.

Asimismo, coexisten desafíos en lo que respecta a las concepciones de la medicina tradicional y la occidental, donde hay acuerdos y desacuerdos sobre la forma de cómo son percibidos los procesos de salud, el embarazo, parto y post parto, estrechamente relacionado con la cultura. Lo que puede llegar a restringir la aproximación de la usuaria al servicio y propiciar la resistencia a algunos procedimientos como el control prenatal y la cesárea, lo que conlleva a una preocupación de los trabajadores del hospital y en cierta medida genera una confrontación cultural.

En dónde es vital fortalecer iniciativas que permitan aproximarse a la atención intercultural como la incorporación de la Asesora Cultural que ha favorecido el establecimiento de lazos con la comunidad, una mejor comprensión de la cosmovisión, al convertirse en aliada para las usuarias Ngäbe-Buglé, brindar compañía y orientación al transitar por el servicio, y facilitar la comprensión y apertura de las mujeres durante la dinámica de atención y claves para el sistema de salud.

FALTA DE FORMACIÓN CONTINUA Y ACTUALIZADA



Algunas de las y los funcionarios indican la necesidad de acercarse a la comunidad para aumentar la sensibilización y conocimientos sobre la población, y que esto contribuya a la mejora en sus intervenciones y prácticas clínicas. En este sentido, la prestación de los servicios se puede ver mediada por la imagen predeterminada que poseen algunos funcionarios sobre las mujeres indígenas.

Algunas de las entrevistas, revelaron la falta de sensibilización por parte de ciertos colaboradores hacia las usuarias Ngäbe-Buglé, lo cual puede traducirse en potencial rechazo de las mujeres que acuden a la institución, dinámicas que pueden desencadenar una disminución de la adherencia de las usuarias al servicio y que peligren los resultados alcanzados de los esfuerzos por aumentar los partos intrahospitalarios y controles. Es importante enfatizar en que existen múltiples factores que influyen en la asistencia de la madres Ngäbe-Buglé al centro de salud, por lo que promover un trato digno y adecuado debe ser parte de los procesos permanentes de mejora de desempeño y transparencia.

Mediante el análisis se identificó que ante el aumento del flujo de la población indígena en los servicios, se implementaron esfuerzos para capacitar al personal e involucrar a la población en las modificaciones y mejoras que se han realizado en los centros médicos. No obstante, algunas de las iniciativas han quedado de lado, no se les brinda continuidad o bien han disminuido.

Esto desencadena una barrera en cuanto a la preparación de las y los funcionarios, la cual debe ser continua con posibilidades de generar espacios de autocritica o diagnóstico de atención y trato en los procesos de salud, acatando la normativa institucional para proporcionar el mejor servicio posible a partir de inducciones sobre la cultura indígena.

LIMITACIONES OPERATIVAS DEL SERVICIO



Aspectos de carácter administrativo poco flexibles delimitan la innovación, la toma de decisiones y pueden desencadenar el desconocimiento de iniciativas a nivel operativo, el uso poco eficiente de los recursos y el debilitamiento del engranaje institucional, que evidencia un sistema segmentado con poca articulación entre nivel central, regional y local; situación que impulsa a los centros de salud a la búsqueda de apoyo externo a la institución, por organismos internacionales y ONG's en ajustes que requieren ser desarrollados con urgencia como la contratación de una asesora cultural o continuar mejorando la capacidad instalada.

Las y los funcionarios administrativos indicaron en repetidas ocasiones que requieren más herramientas y apoyo para atender a las usuarias Ngäbe-Buglé nacionales y con mayor énfasis las que provienen de Panamá, debido a que su principal actividad económica se relaciona con la recolección del café que genera desplazamiento y aumento en la demanda del servicio de salud.

A pesar de que la institución reconoce el patrón repetitivo de movilización de las usuarias durante las temporadas de cosecha, en el proceso consultivo no se reconocieron propuestas en el hospital vinculadas con la adaptación en el registro, captación, seguimiento, y demás procesos que engloban su paso por el servicio, por consiguiente, se evidenció el aumento en tiempos de espera y estancia en usuarias Ngäbe-Buglé.

Por otro lado, es necesario valorar los métodos de monitoreo que se implementan e incluir indicadores flexibles al contexto, ya que se priorizan los de cumplimiento; sin embargo, la medición del impacto y los resultados, podrían reflejar mayor claridad sobre el alcance de las iniciativas que se han desarrollado propiamente con la población Ngäbe-Buglé.

Entre los desafíos que presenta la implementación del Modelo de Atención Calificada en el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus y el Hospital San Vito “Juana Pirola”, se encuentra la capacidad de operativizar los lineamientos que estipula, ya que la ejecución de la normativa se asocia con la interpretación que le den los profesionales del servicio y la apertura que estos tengan para la puesta en marcha de las acciones que posibiliten una mejor atención.

Se vuelve necesario generar espacios que permitan una socialización de los ajustes y su implementación con todas las partes involucradas, desde los altos mandos que se encargan de difundirlo, hasta las y los funcionarios que operativizan las iniciativas por su relación directa con la prestación del servicio brindado.

Asimismo, se identificó que la responsabilidad de su implementación recae en el hospital, al ser el nivel encargado de brindar atención directa durante el parto, y a pesar de que funcionarios del EBAIS Territorio Indígena Coto Brus mencionan aspectos clave como la captación, seguimiento y proyección comunitaria, existe un desfase en la comprensión de estas acciones ya que algunos no las reconocen como elementos propios del Modelo de Atención. Lo cual mostró que existen faltantes de información sobre su funcionamiento y se concibe como un modelo médico-centrista al momento de su ejecución.

En este sentido, se sugiere la priorización de estas cuatro áreas que son las que finalmente estructuran las líneas de acción de la estrategia. Estas fueron expuestas por parte de la población participante, quienes identificaron retos durante la prestación y atención recibida en el servicio materno-infantil. Estas necesidades latentes requieren de un abordaje continuo para el beneficio de la comunidad y el óptimo funcionamiento de la red de servicios.



OBJETIVOS

En este apartado se presentan los objetivos que guían la implementación de la estrategia:

General

Fortalecer la prestación del servicio materno-infantil con pertinencia y sensibilidad cultural del Hospital San Vito “Juana Pirola” y el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus desde la Promoción de la Salud.

Específicos

1

Potenciar la prestación del servicio materno-infantil del Hospital San Vito “Juana Pirola” y el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus a partir del reconocimiento del contexto en salud indígena Ngäbe-Buglé mediante la proyección comunitaria y la educación para la salud.

2

Incentivar ajustes en el abordaje de la barrera idiomática mediante el fortalecimiento de la comunicación entre el personal de salud del Hospital San Vito “Juana Pirola”, el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus y la comunidad Ngäbe-Buglé.

3

Promover la capacitación y sensibilización intercultural de las y los funcionarios del Hospital San Vito “Juana Pirola” y el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus involucrados en la prestación de servicios de salud dirigidos a la población Ngäbe-Buglé.

4

Reforzar acciones que permitan la reducción de limitaciones operativas y la optimización del servicio materno-infantil del Hospital San Vito “Juana Pirola” y el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus.



ENFOQUES DE LA ESTRATEGIA



1 Modelo de Atención Calificada

En Costa Rica, los servicios materno-infantiles deben registrarse bajo el Modelo de Atención Calificada elaborado por la CCSS para coordinar la gestión local y promover la mejora continua de la “atención a las usuarias y de la comunidad” (CCSS, 2017, p. 2).

Es por esto que busca dar respuesta a distintos marcos legales que amparan sus ejes de acción, como lo establecido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3, Salud y Bienestar, donde se plantea como meta para el 2030 disminuir la tasa mundial de mortalidad materna (Naciones Unidas, 2022); así como en el Objetivo del Milenio de las Naciones Unidas número 5, centrado en el mejoramiento de forma integral de la salud materna, sexual y reproductiva y en la protección de los derechos humanos de las mujeres, su reivindicación y legitimación (CCSS, 2017).

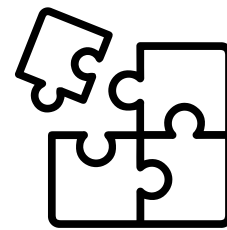
El Modelo propone incorporar el componente comunitario para fortalecer la participación social e inclusión de líderes comunitarios para fomentar herramientas que faciliten el desarrollo de la capacidad de autogestión de recursos para beneficio de sus comunidades y de la salud (CCSS, 2017).

Desde esta perspectiva, se considera a la Promoción de la Salud como toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un mayor nivel de bienestar, mejor calidad de vida y el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano, hacia el más alto nivel de salud posible (Martínez-López, 1998); además, dentro de sus competencias se encuentra la capacidad de analizar a profundidad aspectos que influyen en la salud y reconoce la necesidad de la participación de diversos grupos sociales en la construcción de acciones para integrar sus conocimientos y experiencias desde los roles de usuarias, prestadores de atención directa y personal administrativo.



Promoción de la Salud 2

Se comprenden como los diversos factores políticos, ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y los servicios de salud que influyen sobre las condiciones de vida de las personas y pueden generar diferencias en el acceso a los niveles de atención; por lo que su abordaje requiere de acciones multisectoriales para combatir inequidades prevenibles y evitables con el fin de proteger los derechos humanos (OMS, s.f).



Determinantes de la Salud 3



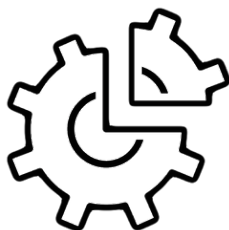
4 Servicios de Salud

Desempeñan una función activa en las condiciones que afectan el nivel de salud de las personas (Hirmas, et al, 2013, p. 224), por lo que su accionar debe estar orientado hacia la demanda basada en las necesidades de la población y enfocar sus esfuerzos en garantizar el derecho humano fundamental del acceso universal a los servicios de salud (Báscolo, Houghton y Del Riego, 2018, p. 1), pues según la OMS (2011), para gozar de altos niveles en salud y evitar inequidades, es indispensable que los sistemas sean universales, equitativos, receptivos y que cumplan criterios de calidad.

Implica que “todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles” (OPS, 2024, párr. 1). Además requieren de la generación de normativa desde un enfoque multisectorial que permita el abordaje de los determinantes sociales de la salud y promover un sistema equitativo para el bienestar de las comunidades, en búsqueda de ofrecer acceso y cobertura universales en salud (OPS, 2024).



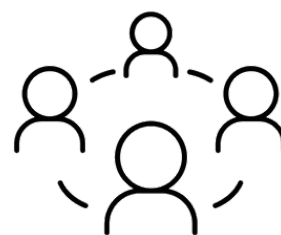
Universalidad en Salud 5



6 Atención Integrada en Salud

Se requiere de una dinámica de atención integrada para obtener un diagnóstico que facilite la toma de decisiones y procure una transición coordinada entre los distintos niveles del proceso de prestación de servicios y así, aumentar la eficiencia del trabajo, mejorar la experiencia y la satisfacción de la población a partir del modelo con enfoque centrado en las personas (CCSS, 2017).

Constituye un importante recurso para los servicios de salud y el bienestar de la población, debido a su capacidad para influir en la provisión de servicios de atención a partir del reconocimiento de sus necesidades en salud que pueden guiar la formulación de política pública y marcos jurídicos que ofrezcan servicios adaptados a sus particularidades (Vega y Torres, 2011).



7 Comunidad



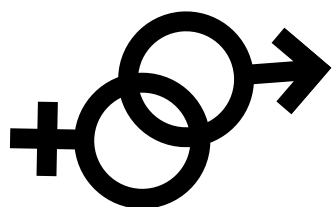
8 Sensibilización

Se caracteriza por conformarse por una serie de acontecimientos que permiten a las personas hacer conciencia sobre su manera de actuar o reaccionar ante determinadas situaciones, y tiene como objetivo estimular la empatía por parte del personal de salud, con la finalidad de brindar un servicio de calidad (ACNUR, 2018).

El elemento calidad “es producto de múltiples interrelaciones entre equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad de atención y humanización de los servicios” (CCSS, 2017, p. 18), por su parte, la calidad de atención en salud refiere a la capacidad del servicio para resolver el motivo de consulta de la usuaria donde se engloba su contexto y subjetividad, ya que deriva de la “comparación de las expectativas del cliente con el resultado actual que recibe” (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985, como se cita en Setó-Pamies, 2004, p. 17). Esto implica que puede ser medida y mejorada de manera continua haciendo uso de información actualizada sobre las necesidades y preferencias de la población beneficiaria (OMS, 2018).



Calidad de Atención en Salud 9



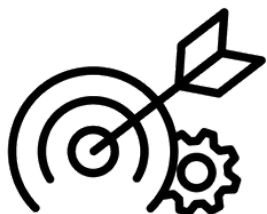
10 Género

Es primordial incluir la perspectiva de igualdad de género en la prestación de servicios de salud, entendida como “la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas” (OMS, 2018, párr. 1), ya que permite reconocer que existen diferencias en la condición de salud y en los riesgos de enfermar o morir entre mujeres y hombres, debido a que las causas van más allá de factores meramente biológicos y se ven permeados por determinantes sociales (CCSS, 2017).

Es la capacidad de establecer un equilibrio entre diferentes conocimientos, creencias y prácticas culturales, en cuanto a las percepciones de la salud, enfermedad, vida, muerte, y otros aspectos biológicos, sociales y relacionales (OPS, 2009). Además, busca fomentar el respeto a la diversidad mediante la participación activa de las comunidades y la adecuación cultural para que sea amigable con las usuarias (CCSS, 2017).



Interculturalidad 11



12 Pertinencia Cultural

Se rige bajo el principio de respetar el derecho a la diferencia, de forma que al aplicarse a la atención en salud, se valore la diversidad biológica, cultural y social en todo el proceso, con el objetivo de fortalecer el intercambio horizontal de prácticas y conocimientos en salud que promueve el desarrollo de espacios para las maternidades culturalmente competentes (CCSS, 2017).

Se comprende como la forma en que las comunidades indígenas interpretan el mundo y sus relaciones, incluyendo sus prácticas para cuidar y restablecer su salud (CCSS, 2017), de manera que se promueva “la plena efectividad de los derechos sociales y culturales de estos pueblos, respetando su identidad” (OIT, 2014, p. 22).



Cosmovisión 13



MARCO LEGAL



Existe normativa internacional y nacional que ha sido ratificada en el país y vinculatoria para la CCSS como ejecutora de políticas en salud, acciones de atención directa y aseguramiento.

Por esta razón, se considera de suma relevancia incorporar instrumentos jurídicos que contienen información valiosa para el planteamiento y desarrollo de las líneas de acción de la Estrategia con la finalidad de fortalecer elementos como la pertinencia y sensibilidad cultural en el servicio materno-infantil del Hospital San Vito “Juana Pirola” y el EBAIS Territorio Indígena Coto Brus desde la Promoción de la Salud en el período 2024-2026, entre los cuales, se destacan los siguientes.

NORMATIVA INTERNACIONAL EN SALUD

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES

·**Artículo 9.** Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

·**Artículo 12.** Indica el compromiso adquirido por los Estados partes de asegurar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud, tanto física como mental, además, establece la intervención gubernamental, a través de acciones de prevención, tratamiento y atención (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1976).

CONVENCIÓN AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS PACTO SAN JOSÉ

·**Artículo 2.** Apunta que los Estados partes, se comprometen a garantizar la protección de la seguridad social, procurando acciones gubernamentales dirigidas a atender la salud de las y los habitantes. También se establece el derecho donde las y los habitantes pueden organizarse colectivamente para demandar al Estado en caso de que la seguridad social se encuentre en peligro, o no se esté atendiendo según lo establecido. Además de ello, en el artículo 4 se destaca el Derecho a la Vida, la cual se encuentra protegida por la ley, desde la concepción (Organización de los Estados Americanos, 2021).

OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE NÚMERO 3

·Se dirige a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, dentro de sus metas establece al 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, así como poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2021).

INFORME DE LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL SALUD UNIVERSAL EN EL SIGLO XXI: 40 AÑOS DE ALMA-ATA

·Propone acciones en torno a la Atención Primaria de Salud, la cual es comprendida como una estrategia con un enfoque integral que interviene en los determinantes sociales y en la habilitación de espacios de participación para las comunidades en los modelos de atención actuales (OPS, 2019).

CONVENIO NO 169 DE LA OIT SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS Y TRIBALES

·**Artículo 24.** Se debe garantizar la seguridad social sin discriminación alguna a los pueblos indígenas

·**Artículo 25.** El gobierno debe velar porque la prestación de servicios de salud sea adecuada y brindar los medios para que puedan organizar sus propios servicios, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. Se deben planificar y administrar desde un enfoque comunitario en cooperación con los pueblos interesados a fin de respetar su cosmovisión; y deben preferir la formación y empleabilidad de personal sanitario de la comunidad local (Oficina Internacional del Trabajo, 2014).

ESTRATEGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD OPS

·Guía las políticas nacionales de recursos humanos para la salud; considera la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia y relevancia de dichos recursos como factores indispensables para cumplir los objetivos de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud, la Cobertura Universal de Salud y la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030. Además, propone intervenciones y líneas estratégicas que orientan a los Estados Miembros en el desarrollo de las políticas y los planes de recursos humanos (OPS, 2019).

X ENCUENTRO DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: HACIA EL FORTALECIMIENTO DE CALIDAD EDUCATIVA Y TRABAJO INTERSECTORIAL

·**Capítulo N°7.** Promover el desarrollo y la formación integral de recursos humanos de calidad y pertinentes para los sistemas de salud de la región, basados en derechos, género e inclusión; Promover la formación integral de recursos humanos para dar respuesta a sistemas de salud basados en derechos, género e inclusión; Desarrollar y poner en práctica mecanismos de información integrada para la planificación y distribución de recursos humanos, para alcanzar el acceso y la cobertura universal de salud; y por último, desarrollar herramientas para el monitoreo y evaluación de capacidades de los recursos humanos (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, et al., 2017, pp. 3-4).

POLÍTICA SOBRE EL PERSONAL DE SALUD 2030

·Se basa en el fortalecimiento de recursos humanos para la salud, mediante una guía técnica y estratégica que le proporciona a los Estados Miembros, con la finalidad de potenciar dichos recursos y alcanzar sistemas de salud resilientes (OPS, 2023).

NORMATIVA NACIONAL EN SALUD

LEY CONSTITUTIVA DE LA CCSS

·**Artículo 2.** Menciona el carácter obligatorio de la seguridad social en maternidad y en el artículo 3 referencia al acceso universal a los servicios prestados (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2000).

LEY DE UNIVERSALIZACIÓN DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

·**Artículo 1.** Para efectos de la universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2021).

REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD

·**Artículo 4.** Refiere a la integralidad y suficiencia de los servicios, es decir que sean acorde a las necesidades reales de la población y que permitan superar el estado que las origina (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2021).

DECRETO N° 38099-G

·El Estado debe asumir la potestad de la política migratoria y velar por el cumplimiento de normativas constitucionales, de manera que se garantice el trato digno y el respeto a los derechos fundamentales de las personas extranjeras (La Presidenta de la República y el Ministro de Gobernación y Policía, 2013).

DIRECTRIZ NÚMERO 010 DEL PODER EJECUTIVO SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL FENÓMENO MIGRATORIO

·Establece que el país mediante la CCSS debe “brindar atención básica a personas migrantes, sin distinción de su condición migratoria, en salud por enfermedades y dolencias, así como de urgencias y emergencias” (Dirección General de Migración y Extranjería [DGME] y OIM, 2019, p. 16).

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

·Indica que los temas prioritarios establecidos en la agenda de fortalecimiento, deben ser plasmados por la administración en programas o proyectos que serán gestionados mediante un portafolio de proyectos institucional, de manera que se asignen recursos y sea tangible su planificación, implementación y seguimiento (CCSS, 2015).

POLÍTICA MIGRATORIA INTEGRAL PARA COSTA RICA 2013-2023

·“Constituye el marco orientador de objetivos y acciones en materia migratoria, para la programación y definición de programas y proyectos estratégicos de mediano y largo plazo” (La Presidenta de la República y el Ministro de Gobernación y Policía, 2013, p. 2); con la finalidad de facilitar las condiciones de acceso a la salud de las personas migrantes, favorecer el acceso a los servicios de salud a los grupos de mayor vulnerabilidad como las mujeres embarazadas y promover el conocimiento a sus “derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (Ministerio de Salud, 2016, p. 23).

REFORMA DEL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 5395

·Se reconoce el derecho de toda mujer gestante de acceder a servicios de salud antes, durante y después del parto, de forma que se garantice su protección “cuando sean sometidas a procedimientos de salud, especialmente ginecológicos, mediante una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición” (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2020, párr. 3), además, se refuerza la importancia de recibir información clara sobre los procedimientos que se lleven a cabo.

LEY 10081 DERECHOS DE LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN CALIFICADA, DIGNA Y RESPETUOSA DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

·Su principal propósito se basa en “proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres y de quienes integran las familias gestantes, para lograr un embarazo, parto, posparto y puerperio con atención calificada y de gestión humanizada asegurando el ejercicio de estos derechos, así como los derechos de las personas recién nacidas” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2021, p. 2) y promover la maternidad saludable y segura “mediante la prestación oportuna, eficiente, con calidad y calidez de los servicios de salud prenatal, del parto, posparto y de la persona recién nacida (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2021, p. 2).

LEY PARA PROTEGER A LA MUJER EMBARAZADA Y SANCIONAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

·Busca regular los mecanismos en temas de maternidad para procurar la protección de las mujeres en estado de embarazo y propiciar atención integral de calidad, que se brinde de manera oportuna y eficiente con el objetivo de evitar muertes o malas prácticas en salud (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, s.f).

MECANISMOS GENERALES DE CONSULTA A PUEBLOS INDÍGENAS

·Se establecen lineamientos obligatorios que deben seguirse en situaciones que involucren los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Pues, “el consentimiento, garantiza que el pueblo indígena ha expresado voluntariamente su aceptación sobre la medida administrativa, proyecto de ley promovido por el Poder Ejecutivo o proyecto privado, después de haber comprendido la información que se les ha dado” (La Gaceta, 2018, p. 6).

Se destaca que cada Territorio Indígena determina el reglamento de consulta acorde con su cosmovisión y en el caso de la comunidad Ngäbe-Buglé los requerimientos establecidos son solicitar la aprobación de la investigación mediante una carta al Concejo del Cacique, Concejo de Mayores y Asociación de Desarrollo.

REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LA CCSS

·Busca normar el marco general para la gestión de la capacitación y formación del personal y recurso humano de la CCSS. Pretende que las iniciativas se encuentren alineadas con las prioridades y quehacer institucional para la mejora en la prestación de los servicios (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2007).

POLÍTICA PÚBLICA DE LACTANCIA MATERNA

Se ampara en diversas directrices internacionales y se dirige a maximizar la salud integral de las madres, niñas, niños, jóvenes, familias y población en general, al estipular directrices que guían a instituciones públicas y privadas sobre los derechos que deben respetarse y protegerse en materia de lactancia, de forma que se garanticen las condiciones necesarias para el amamantamiento (Ministerio de Salud, 2009).

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA UNA MATERNIDAD E INFANCIA SALUDABLE Y SEGURA

·Propone un marco de trabajo para las intervenciones en salud sexual y reproductiva, donde se desarrollen estrategias en torno a la educación para la salud, protección de derechos, disminución de la mortalidad materno-infantil, prevención de embarazos no deseados, procesos de orientación sobre métodos anticonceptivos, fortalecimiento de servicios de atención integral y participación activa de la comunidad en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos (CCSS, et al., 2006).

MODELO DE ATENCIÓN CALIFICADA EN EL EMBARAZO, PARTO, POSTPARTO; CENTRADO EN LA MUJER, LA FAMILIA GESTANTE, LA COMUNIDAD, LA GESTIÓN HUMANIZADA Y LA PERTINENCIA CULTURAL EN LAS MATERNIDADES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

·Tiene como objetivo proporcionar lineamientos generales que serán implementados en las maternidades públicas de la CCSS. Sus principios se basan en la atención integral y maternidades seguras, con un enfoque de derechos y género con la finalidad de fortalecer la prestación de servicios centrados en las personas (CCSS, 2017).



PRINCIPIOS TEÓRICOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La construcción de la estrategia toma como referente los principios teóricos de la Promoción de la Salud definidos en la Carta de Ottawa, los cuales funcionan como marco referencial para sustentar las actividades propuestas y se describen a continuación:

ELABORACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y LEGISLACIÓN SALUDABLES



El definir política y normativa atinente a la realidad de la población y los diversos factores que influyen en su salud, es considerado un elemento indispensable para actuar sobre los determinantes sociales, lo que implica que los servicios posean mayor relación y contacto con la comunidad para trabajar en el desarrollo de las potencialidades de las personas, las condiciones que les rodean y su participación en los procesos de toma de decisiones institucionales (Solano-Siles, s.f).

Lo anterior se busca abordar de manera transversal a lo largo de la estrategia, al visualizar los servicios de salud como la piedra angular de este proceso, ya que interactúan con el contexto de la comunidad de manera integral y deben ser capaces de generar acciones con la finalidad de “cumplir con su responsabilidad de articular, gestionar y desarrollar la red asistencial correspondiente a la protección, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas” (Parra, 2009, p. 4).



REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La prestación de servicios desde la perspectiva de reorientación requiere de intervenciones efectivas que aborden de manera óptima temas en educación para la salud, prevención de enfermedades y protección de la salud. Para esto, según Solano-Siles (s.f), se deben tomar en consideración los siguientes aspectos:

1. Asignación de recursos dirigidos a actividades que prioricen la promoción y protección de la salud en la comunidad.
2. Promover la participación comunitaria y procesos de diagnóstico para la identificación y priorización de necesidades.
3. Incentivar la descentralización en la toma de decisiones a nivel local.
4. Propiciar la capacitación continua para construir bases de conocimientos sólidas y actitudes que favorezcan el desarrollo de la Promoción de la Salud.

Dichos elementos evidencian que los temas relacionados con la salud deben someterse a constantes evaluaciones y monitoreos para conocer el impacto de los resultados e iniciativas, lo cual facilita la identificación de factores que pueden requerir alguna modificación y aquellos que puedan potenciarse, de forma que se procure la mejora continua en la institución.

CREACIÓN Y PROTECCIÓN DE AMBIENTES SALUDABLES



Desde la Promoción de la Salud se considera al ambiente como un elemento amplio que incorpora el espacio “físico, natural y el producto de las relaciones sociales interpersonales y afectivas” (Solano-Siles, s.f, párr 18). Motivo por el cual es fundamental adecuar el entorno en que se desenvuelven las comunidades para fortalecer “la seguridad ciudadana, la satisfacción de las necesidades humanas mínimas, la atención oportuna de riesgos y perturbaciones” (Solano-Siles, s.f, párr. 18).

Este principio propone una serie de procesos de acercamiento con la comunidad para profundizar en la dinámica de acceso al servicio por parte de las usuarias, y disminuir la brecha de información respecto a temas relacionados con la educación para la salud.



FORTALECIMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

Se basa en la participación activa y efectiva de las comunidades en el establecimiento de prioridades y toma de decisiones que faciliten la construcción de propuestas de planificación para lograr el cumplimiento de objetivos en torno a la salud (Solano-Siles, s.f).

Lo anterior es posible a través del fortalecimiento de los espacios de diálogo con diferentes actores que involucren a instituciones públicas, entes no gubernamentales y líderes comunales, con la finalidad de comprender diferentes puntos de vista, intercambiar experiencias y generar acciones que incorporen los intereses de las partes involucradas y se trabaje de forma conjunta sobre un objetivo definido (Solano-Siles, s.f).

Este enfoque se relaciona con los múltiples esfuerzos que ha llevado a cabo la institución para fortalecer el vínculo con la comunidad indígena y generar espacios de negociación que potencien alianzas indispensables para superar la barrera idiomática, que aún persiste y limita el paso de las usuarias por los centros de salud.

FORTALECIMIENTO DE LAS POTENCIALIDADES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS

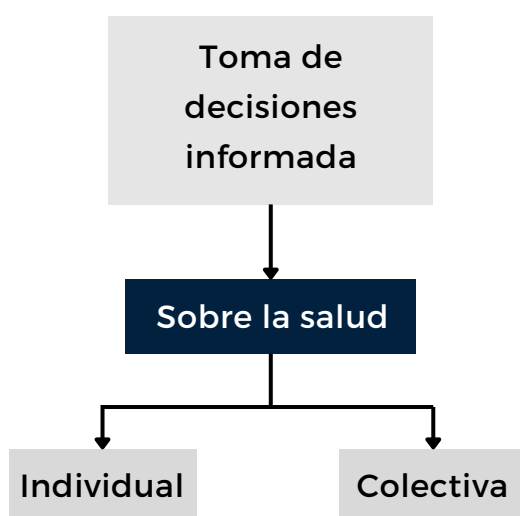


Privilegia el desarrollo personal y social, para lo que se requiere de herramientas como la educación para la salud y la comunicación social, con el objetivo de promover procesos educativos que proporcionen herramientas orientadas a estimular habilidades individuales, la toma crítica de decisiones y resolución de problemas, tomando en consideración el marco del contexto social, político y el bagaje cultural de cada comunidad (Solano-Siles, s.f).

Este principio teórico se asocia principalmente con generar espacios para el empoderamiento comunitario, donde la población pueda adquirir más conocimientos sobre sus derechos y así, contar con mayor fundamento para:

Figura 10.

Toma de decisiones en comunidad.



Fuente: Elaboración propia, 2024.



LÍNEAS DE ACCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD



TERRITORIO INDÍGENA NGÂBE-BUGLÉ DE COTO BRUS. (2024).

FUNDAMENTO INICIAL

Las líneas de acción de la estrategia proponen un diseño práctico de implementación, donde los dos centros de salud que participaron del estudio puedan utilizar este insumo de acuerdo a las competencias específicas de cada nivel de atención, ambos centros deben trabajar de manera articulada en el desarrollo de las acciones sinérgicas que permitan abordar las barreras que continúan permeando el uso de los servicios y potenciar las iniciativas que han brindado resultados tangibles en la atención materno-infantil de la población.

En este sentido, se desarrollan las cuatro líneas de acción dirigidas a temáticas específicas: educación para la salud, la interacción respetuosa de las culturas, la capacitación y sensibilización intercultural y finalmente a modificaciones puntuales al momento de ejecutar el Modelo de Atención.

Estas pueden implementarse de manera secuenciada o paralela, cabe destacar que cuentan con actividades, indicadores que permiten medir los respectivos avances, los medios que se podrán utilizar para verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles responsables que guíaran el proceso de implementación. Además poseen un sustento teórico que permitió incorporar elementos para reforzar la operativización del Modelo de Atención desde la Promoción de la Salud al proponer un abordaje integral que incorpora aspectos como la educación, formación, coordinación de políticas, investigación y desarrollo comunitario.

Por otra parte, la propuesta fue validada con las contrapartes de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que se propone un tiempo de trabajo de dos años; no obstante, queda sujeto a las metas anuales planteadas por la institución y la disponibilidad de recursos, ya que se reconoce que las prioridades y alcance de los servicios de salud puede variar.

RECONOCIMIENTO DEL CONTEXTO EN SALUD INDÍGENA DESDE LA PROYECCIÓN COMUNITARIA Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La primera línea de acción, se plantea en función de mejorar la capacidad de proyección comunitaria del servicio de salud mediante procesos dialécticos y contextualizados que permitan el ajuste del servicio para que responda a las necesidades y expectativas de las usuarias Ngäbe-Buglé con perspectiva intercultural, enfoque de género y de derechos humanos. Así facilitar la adaptación a un modelo con una “perspectiva centrada en las personas que permita atender las necesidades de salud de poblaciones diversas, con respeto, calidad e inclusión” (Pelcastre-Villafuerte et al, 2021, p. 3).

Pues la prestación de servicios no es “igualmente accesible para todos los sectores de la población y no está libre de prácticas de discriminación” (Pelcastre-Villafuerte et al, 2021, p. 3).

Por tanto, es imperante fortalecer el contacto con la realidad de la población para propiciar un servicio culturalmente adaptado donde es vital que el personal de salud se introduzca en mayor medida en el escenario social y geográfico de la población, de forma que se puedan

construir vínculos con la comunidad, “conocer su realidad, comprenderla y a la vez ser capaces de actuar sobre ella” (OPS, 2010, p. 9).

Incluso algunas de las y los funcionarios reconocieron la necesidad de contar con mayor cercanía para aumentar los conocimientos sobre la cotidianidad de la población y que esto contribuya a la mejora en sus intervenciones y prácticas clínicas.

Quienes además expresan interés particular en reforzar y aumentar los procesos educativos sobre salud sexual y reproductiva con las mujeres Ngäbe-Buglé, ante un contexto en el cual usualmente los métodos anticonceptivos no son culturalmente aceptados, el primer embarazo es cercano a la menarquía o se da en edades avanzadas y algunas adolescentes abandonan sus estudios por dedicarse a la maternidad.

Así como otros procesos educativos orientados a la divulgación de derechos y deberes de las usuarias y ciertas problemáticas sociales como las relaciones impropias, la prevención de la violencia, entre otras.

Además, las estructuras sociales han desembocado en escaso acceso a servicios de salud, principalmente por lejanía de los centros médicos, escasos medios de transporte e infraestructura vial deficiente. Por lo tanto, se insta a conocer detalladamente la dinámica de acceso y uso del servicio de las mujeres Ngäbe-Buglé tal como lo propone el Modelo de Atención Calificada. Mediante procesos de aprendizaje que buscan el desarrollo de espacios de intercambio en las maternidades del país, basado en una relación de comprensión y diálogo para fomentar el respeto a la diversidad (CCSS, 2017).

De esta forma, enfatizar en el “empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación, la participación y el acceso a la información” (OPS, 2019, p. 40), para optimizar la atención en el servicio de salud. El abordaje debe trascender el alcance institucional mediante la articulación con actores como INAMU, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Ministerio de Educación Pública (MEP), Ministerio de Salud y Gobierno Local.



Llevar a cabo procesos formativos que trasciendan de la difusión de información a la Educación para la Salud es vinculante para las usuarias Ngäbe-Buglé. Establecer medios para construir mejores condiciones de vida en las comunidades y contextos habilitantes que incentiven la participación activa y su involucramiento es lo que propone esta línea de acción, para su operacionalización, es necesario potenciar “las iniciativas individuales, grupales, colectivas, intersectoriales, multidisciplinarias, donde todos son parte y forman un entorno saludable” (Quintero-Fleites, De la Mella-Quintero y Gómez-López, 2017, p. 104).

Por su parte, la Atención Primaria en Salud, constituye un elemento clave en esta línea de acción, ya que representa un enfoque para organizar los sistemas de salud “presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción” (OPS, 2007, p. 8).

MATRIZ DE ACTIVIDADES 1

Tabla 2.

Matriz de Actividades 1

Resultado esperado según el Modelo: “Establecimientos de salud operando con un modelo de gestión fortalecido y centrado en las personas, con estrategias de educación en deberes y derechos de la población usuaria de los servicios de salud, con modelo de gestión de calidad” (CCSS, 2017, pp. 25-26).

Actividades	Indicadores	Medios de Verificación	Actores involucrados
Implementar espacios de diálogo con la población Ngäbe-Buglé para fortalecer la toma de decisiones a partir de la identificación de fortalezas y retos interculturales del servicio materno-infantil	Reuniones periódicas con usuarias y líderes comunitarios para reconocer demandas y necesidades en salud materno-infantil desde un enfoque intercultural durante el período 2025-2026.	·Listas de asistencia ·Instrumentos de recopilación de datos ·Bitácoras ·Informe que incorpore datos desagregados y específicos de la población indígena Ngäbe-Buglé para robustecer el ASIS	·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1 ·ADI de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus
Fortalecer la Atención Primaria mediante la pertinencia intercultural y el acercamiento de los servicios con visitas domiciliarias, actividades y mayor participación comunitaria	Iniciativas ejecutadas en el servicio materno-infantil a partir de la realidad local: brigadas móviles, horarios de atención, visitas periódicas a la comunidad, aumento en la captación temprana de mujeres gestantes		·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Jefatura 1 ·Ministerio de Salud ·Gobierno local ·ADI de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus

Fuente: Elaboración propia, 2024.

MATRIZ DE ACTIVIDADES 1

Tabla 2.

Matriz de Actividades 1

Resultado esperado según el Modelo: “Establecimientos de salud operando con un modelo de gestión fortalecido y centrado en las personas, con estrategias de educación en deberes y derechos de la población usuaria de los servicios de salud, con modelo de gestión de calidad” (CCSS, 2017, pp. 25-26).

Actividades	Indicadores	Medios de Verificación	Actores involucrados
Aumentar los procesos educativos sobre salud sexual y reproductiva en la comunidad, así como otras temáticas asociadas a la salud indígena Ngäbe-Buglé	Procesos educativos periódicos sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a la comunidad durante el período 2025-2026.	·Listas de asistencia ·Instrumentos de recopilación de datos ·Bitácoras ·Informe que incorpore datos desagregados y específicos de la población indígena Ngäbe-Buglé para robustecer el ASIS	·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1
	Material informativo elaborado con formato y lenguaje de fácil comprensión para la comunidad, en temáticas sobre: derechos y deberes en el uso de los servicios de salud, relaciones impropias, prevención de la violencia, entre otros.		·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1 ·Personal atención directa 2

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Línea de acción 1	Ejecutores	Actores Clave
Por medio de la implementación de esta línea de acción se busca fortalecer el vínculo entre los centros de salud y la comunidad indígena a través de metodologías que fomenten la participación activa de las usuarias, para lo cual se sugiere la creación de comités que involucren representantes de cada centro de salud, figuras indígenas que tienen afinidad con las personas Ngäbe-Buglé e informantes clave de la comunidad. Lo anterior, permite aprovechar espacios de diálogo y difusión comunitaria que se encuentran activos y que podrían ser utilizados para aumentar la captación temprana de mujeres en estado de embarazo, abordar temáticas que fomenten el empoderamiento de la mujer indígena en materia de derechos, prevención en temáticas como relaciones impropias y violencia, haciendo uso de herramientas como la Educación para la Salud, de manera que se logre trascender de actividades meramente informativas. A su vez, se considera sumamente valioso fortalecer el registro de buenas prácticas que pueden ser incorporadas en la dinámica de atención, visitas domiciliarias de los ATAP y reforzar los puestos de revisión periódica.	La jefaturas 1 y jefaturas 2 se deben encargar de articular y planificar los procesos de proyección comunitaria entre el EBAIS y Hospital, que deben involucrar al personal atención directa 1 y 2 para que deben desarrollar los procesos de diálogo con la finalidad de identificar temáticas de interés y ejecutar acciones desde la Educación para la Salud. Reforzar el papel protagónico de los ATAPS y los Asistentes comunitarios indígenas al impulsar la participación activa de las usuarias y el vínculo con los servicios. Las iniciativas interniveles continúan siendo una buena práctica, el EBAIS por su cercanía a la comunidad es el llamado a liderar estos espacios con la coparticipación del Hospital.	Se reconoce que algunas temáticas requieren de articulación interinstitucional, en este sentido existen organizaciones que pueden apoyar de distintas maneras el desarrollo de esta línea, desde su misión y visión para promover el empoderamiento y desarrollo comunitario, tales como: ·MEP ·INAMU ·Ministerio de Salud ·PANI ·Gobierno local ·ONG ·Empresas privadas (que brinden donaciones en cumplimiento a su cuota de responsabilidad social)

2

FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LAS USUARIAS NGÄBE-BUGLÉ

La segunda línea de acción de la estrategia sugiere la mejora del sistema de recopilación de datos de manera que la información recabada permita guiar el accionar institucional y brindar una respuesta oportuna durante la asistencia sanitaria. Además de incentivar la inclusión de personal indígena Ngäbe-Buglé capacitado en los centros de salud, ya que establecer un canal de comunicación idóneo entre funcionarios y usuarias indígenas continúa siendo uno de los principales desafíos durante el tránsito y la atención de las mujeres en el servicio.

La comunicación es un pilar fundamental a lo largo de la prestación, Alarcón, Vidal y Neira-Rozas (2003) comprenden que la comunicación intercultural es un factor que “disminuye las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios” (p. 1064), al promover la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas tanto de las personas que hacen uso del servicio como del personal de asistencia.

En el análisis de la información recabada se señaló la atención a usuarias indígenas Ngäbe-Buglé como de alta complejidad, aspecto que amerita esfuerzos extra por parte del personal al momento de recopilar información básica para la atención, el diagnóstico y el tratamiento requerido. Por esta razón, se propone el ajuste de los sistemas de recabación de datos de la institución, y que estos sean adaptados a la cosmovisión y cultura, tomando en cuenta el contexto de alta movilización de las usuarias Ngäbe-Buglé.



Se insta al primer y segundo nivel de atención a que establezcan medios de comunicación y opinión estandarizados para las usuarias, instrumentos y metodologías que se adapten a las especificidades culturales y obtener información valiosa que permita alcanzar procesos de gestación, parto y post parto culturalmente pertinentes.

La barrera idiomática no tiene porqué ser un obstáculo inquebrantable, no obstante, es indispensable que los profesionales se encuentren abiertos al diálogo, a otras definiciones de la salud y características culturales (Alarcón, Vidal, Neira-Rozas, 2003). Además de que se les facilite otro tipo de recursos de apoyo, por ejemplo, sistemas de recopilación de datos que incluyan categorías específicas para aquellos casos donde las usuarias acuden al centro de salud sin portar documentos de identificación, o poseen dificultad para brindar información personal, e incorporar huellas digitales u otro tipo de registros.



Aunado a lo anterior, es evidente la necesidad de contar con más personal que hable el idioma ngäbere, se sugiere continuar con la ejecución de esfuerzos que propicien el aprendizaje del idioma en las y los funcionarios y la incorporación de la asesora cultural en la planilla de la CCSS para lograr una contratación formal, que responda al apoyo de prácticas de atención con pertinencia cultural que promueve el Modelo de Atención Calificada y reforzar sus componentes: “el saber actuar, el querer actuar y el poder actuar” (Almaguer-González, Vargas-Vite y Garcia-Ramírez, 2014, p. 25)

Finalmente, esta línea tiene como propósito fortalecer la interacción entre culturas de manera respetuosa, horizontal y sinérgica, donde exista un punto de equilibrio entre las usuarias indígenas y el personal en salud, una relación basada en la diversidad y el enriquecimiento mutuo (Almaguer-González, Vargas-Vite y Garcia-Ramírez, 2014).

MATRIZ DE ACTIVIDADES 2

Tabla 3. Matriz de Actividades 2

Resultado esperado según el Modelo: “El fortalecimiento de la cobertura universal en salud de la población obstétrica mediante servicios de salud integral, equitativa, oportuna y de calidad; de manera que se aumente la satisfacción de las usuarias con los servicios de salud” (CCSS, 2017, p. 25).

Actividades	Indicadores	Medios de Verificación	Actores involucrados
Mejorar sistemas de recopilación de datos adaptados a las especificidades de la población	Cantidad de adaptaciones al EDUS para mejorar la trazabilidad y registro de usuarias durante el período 2025-2026. Porcentaje de usuarias registradas con las adaptaciones implementadas en el sistema de recopilación de datos post modificaciones.	·Diagnóstico de los sistemas de recopilación de datos adaptados a las usuarias ·Instrumentos de recopilación de datos ·Reporte final de funcionarios que concluyeron los procesos de aprendizaje del idioma ngäbere	·Coordinación nivel central ·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Jefatura 1 ·Personal administrativo (REMES)
Implementar procesos de aprendizaje del idioma ngäbere	Porcentaje de funcionarios que completaron exitosamente las sesiones de aprendizaje del idioma ngäbere durante el período 2025-2026.		·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1 ·Personal atención directa 2 ·Personal administrativo

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Línea de acción 2	Ejecutores	Actores Clave
El desarrollo de las actividades de la línea dos requieren de procesos de comunicación constante con nivel central, espacios que se deben enfocar a exponer la necesidad de apoyo para generar modificaciones requeridas que incorporen adaptaciones de especificidad cultural, como el uso de huella digital para fortalecer la trazabilidad de usuarias que requieren la asignación de un número interno en la CCSS; a la vez van a permitir avanzar en materia de registro de datos. En este sentido, impulsar al personal de salud para que pueda aprender aspectos básicos del idioma ngäbere que faciliten la comunicación. Por otro lado, se deben incentivar medios de opinión y sugerencias que se ajusten a la alta comunicación oral de la población. Así mismo, retomar la asignación de citas médicas de manera presencial o en su defecto realizar modificaciones a la plataforma EDUS para garantizar su uso eficiente en contextos sin acceso al internet. Que se deben acompañar con acciones educativas para el uso de este recurso sin mayor inconveniente,	En cuánto a los responsables ejecutores, se involucra representantes de los diferentes niveles de la CCSS, en primer lugar el director del Área de Salud de Coto Brus y jefaturas 1 quienes por su cargo deben mantener un canal de comunicación con nivel central y coordinar los ajustes de las metodologías recopilación de datos de registros, además deben involucrar personal de REMES por su rol a la hora de registrar a las usuarias. Así mismo, el director del Área de Salud de Coto Brus y las jefaturas 1 y 2 deben coordinar los ajustes necesarios al EDUS para responder a las características específicas de la zona. Además, para el aprendizaje del idioma deben propiciar el involucramiento de todo el personal, priorizando personal de atención EBAIS, atención directa 1 y 2 y personal administrativo del servicio materno-infantil.	La participación de miembros de la comunidad, mediante reuniones o mesas de discusión, pueden guiar el reconocimiento de las modificaciones necesarias en herramientas como el EDUS. Priorizar la incorporación de un facilitador en el idioma que pertenezca a la comunidad y apoye los procesos formativos de los funcionarios.

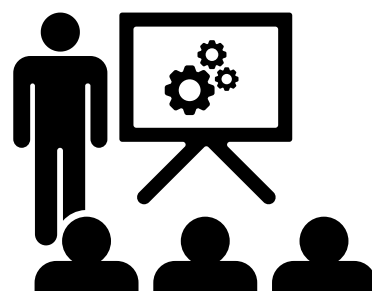
3

CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL DEL PERSONAL DE SALUD

Esta línea tiene como finalidad potenciar las capacidades individuales de las y los funcionarios del primer y segundo nivel de atención, por medio de procesos de capacitación y sensibilización, comprendidos como el conjunto de actividades sistemáticas y ordenadas que buscan ampliar sus conocimientos, habilidades y aptitudes; deben ser estructuradas y planificadas a largo plazo, procurando la participación de toda la población trabajadora (Giraldo-Arias, 2023).

Dichos procesos permiten la construcción de herramientas para afrontar de manera asertiva las situaciones emergentes que se presentan en el centro de salud, tal y como lo indica el Modelo de Atención Calificada, donde se recomienda establecer convenios para mejorar la formación y la capacitación del recurso humano, mediante la implementación de espacios de comunicación y construcción conjunta a lo interno de la institución y con miembros líderes de la comunidad.

Esto surge ante la necesidad sentida por parte del personal sobre la escasez de espacios de capacitación y sensibilización en temáticas culturales, ya que no se identificó una adecuada continuidad o su implementación se ha visto limitada por diversos factores; sin embargo, se reconoce que se debe dotar al personal sanitario de “conocimientos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua” (OPS, 2009, p. 27).



Resulta imprescindible reconocer que las adaptaciones realizadas a la oferta de servicios deben estar estrechamente alineadas con el recurso humano, pues estos cumplen un rol fundamental en la atención brindada. En consecuencia, es necesario incentivar estrategias que permitan destinar presupuestos a la capacitación y formación de personal de salud, con la intención de sensibilizar y generar empatía (Mayca et al, 2009).

Por lo tanto, al desarrollar procesos de capacitación dirigidos al personal de salud se facilita la identificación temprana de grupos vulnerables y que se brinde una respuesta oportuna a sus necesidades mediante una atención adaptada y de calidad (OPS, 2024).

Estas iniciativas requieren del compromiso continuo de los trabajadores para que aumente su efectividad, sostenibilidad y se propicie un cambio en las percepciones y prácticas cotidianas (Meneses-Navarro, et al, 2021), y además, se incentive la construcción de vínculos fluidos, asertivos y servicios de salud accesibles, que garanticen la igualdad de “oportunidades a todos sus beneficiarios, impulsando el ejercicio efectivo de los derechos de sus pacientes sin distinción” (Solar-López, 2023, p. 21). Lo que es de gran relevancia debido a que estos procesos repercuten de manera directa en la percepción de la calidad del servicio que poseen las usuarias (CCSS, 2016).

Lo anterior, se asocia con la dinámica identificada por el personal de salud, quienes refieren que las usuarias de los servicios de salud construyen vínculos de confianza más fuertes con algunos funcionarios, lo cual puede estar relacionado con el trato recibido; sin embargo, esta situación puede traducirse en dificultades al momento de brindar atención ya que podría significar un recargo de labores para algunos de ellos, generar tiempos de espera prolongados y entorpecer el tránsito de la usuaria por el servicio.

Se reconoce que las capacitaciones no deben ir en una sola dirección, sino que se sugiere que se aborden de forma integral para lograr evidenciar cambios efectivos en las actitudes y acciones emitidas por el personal. Estas deben contemplar las características específicas de la zona y dirigirse a temas de pertinencia cultural, cosmovisión, flujos migratorios y trato, para entablar relaciones respetuosas y obtener “una visión asertiva respecto a la diversidad cultural, y las implicaciones de ello en los servicios de salud” (Almaguer-González, et al, 2014, p. 10).

MATRIZ DE ACTIVIDADES 3

Tabla 4.

Matriz de Actividades 3

Resultado esperado según el Modelo: “El fortalecimiento de la cobertura universal en salud de la población obstétrica mediante servicios de salud integral, equitativa, oportuna y de calidad; de manera que se aumente la satisfacción de las usuarias con los servicios de salud” (CCSS, 2017, p. 25).

Actividades	Indicadores	Medios de Verificación	Actores involucrados
Capacitar a las y los funcionarios en los siguientes temas: ·Derechos de poblaciones migrantes ·Derechos de las personas menores de edad (salud sexual y reproductiva y modalidades de aseguramiento) ·Política Integral de Buen Trato ·Activación de protocolos y divulgación en torno a violencia de género y relaciones impropias.	Sesiones periódicas de capacitación sobre derechos de usuarias Ngäbe-Buglé dirigidas a las y los funcionarios durante el período 2025-2026. Porcentaje de funcionarios que completaron exitosamente las sesiones de capacitación durante el período 2025-2026.	·Lista de asistencia ·Agenda de la sesión ·Informes de las sesiones	·ADI de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus ·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1 ·Personal atención directa 2 ·Personal administrativo

Fuente: Elaboración propia, 2024.

MATRIZ DE ACTIVIDADES 3

Tabla 4.
Matriz de Actividades 3

Resultado esperado según el Modelo: “El fortalecimiento de la cobertura universal en salud de la población obstétrica mediante servicios de salud integral, equitativa, oportuna y de calidad; de manera que se aumente la satisfacción de las usuarias con los servicios de salud” (CCSS, 2017, p. 25).

Actividades	Indicadores	Medios de Verificación	Actores involucrados
Sensibilizar a las y los funcionarios en los siguientes temas: ·Pertinencia cultural ·Cosmovisión Ngäbe-Buglé ·Retos de acceso a los servicios (geográfico, económico y transporte) de las usuarias.	Sesiones periódicas de sensibilización sobre pertinencia cultural dirigidas a las y los funcionarios durante el período 2025-2026. Sesiones periódicas de sensibilización sobre la cosmovisión Ngäbe-Buglé dirigidas a las y los funcionarios durante el período 2025-2026. Sesiones periódicas de sensibilización sobre retos de acceso a los servicios dirigidas a las y los funcionarios durante el período 2025-2026. Porcentaje de funcionarios que completaron exitosamente las sesiones de sensibilización durante el período 2025-2026.	·Lista de asistencia ·Agenda de la sesión ·Informes de las sesiones	·ADI de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus ·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1 ·Personal atención directa 2 ·Personal administrativo ·ONG´s ·Organismos Internacionales

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Línea de acción 3	Ejecutores	Actores Clave
Se sugiere el desarrollo de procesos continuos de capacitación que involucren al personal sanitario en temáticas administrativas sobre temas de migración, patrones y principales características de movilización, recursos y modalidades de aseguramiento, por lo que resulta imprescindible establecer mayor coordinación con la Dirección de Migración y Extranjería y las fincas cafetaleras para facilitar estos procesos de sensibilización y educación para la población. Además, fomentar el conocimiento de la Política Integral de Buen Trato de la CCSS, que les permita comprender y familiarizarse con la activación de protocolos, la importancia de la cultura organizacional, el sentido de pertenencia y la sensibilización en la intervención de temas de género (roles) violencia, relaciones impropias, planificación familiar (anticonceptivos, pruebas VIH-ITS) y salud sexual y reproductiva (maternidad deseada). Ya que tal y como se resaltan en las actividades propuestas, para llevar a cabo esta línea de acción se requieren espacios que faciliten la comunicación e interacción que les permita comprender las dinámicas propias de la cultura y de esta manera se ofrezca una atención respetuosa y oportuna ante en la identificación de necesidades que posee la población.	Ambos procesos se encuentran sujetos a las figuras del Director del Área de Salud de Coto Brus, jefatura 1 y 2, a manera de coordinar y desarrollar estos espacios, sin embargo, deben involucrar la participación de la totalidad del personal de atención directa del EBAIS y el personal de atención directa 1 y 2 así como administrativos.	Estos actores pueden colaborar con el desarrollo de sesiones asumiendo roles de facilitadores por su expertise en las temáticas. Además pueden contribuir con la construcción de apoyo material y educativo accesible y relevante para la población, así como otros insumos. Al adoptar estas acciones, no solo cumplen con su responsabilidad social, sino que también contribuyen al bienestar de las comunidades en temas sociales y de salud: ·ADI de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus ·ONG's ·Organismos Internacionales ·Ministerio de Salud ·INAMU ·Empresas privadas (productos de higiene femenina)

4 ARTICULACIÓN Y SOCIALIZACIÓN INTERNIVELES PARA OPTIMIZAR EL SERVICIO MATERNO-INFANTIL

Este eje pretende abordar diversos temas estructurales que se relacionan con la estandarización de acciones del Modelo de Atención Calificada, su socialización y operacionalización a lo interno de la CCSS para reforzar aspectos como la incorporación de otro tipo de indicadores que permitan medir los procesos y su impacto.

Uno de los principales retos señalados por los participantes del estudio, fue la dificultad para operativizar ciertos lineamientos estipulados en el modelo, ya que su ejecución se encuentra asociada con la interpretación personal de los profesionales del servicio.



En el trabajo de campo, se identificó que la responsabilidad de implementación del modelo recae en el hospital, al ser el nivel encargado de brindar atención directa durante el parto, y a pesar de que funcionarios del EBAIS mencionan aspectos clave como la captación, seguimiento y proyección comunitaria, algunos no los reconocen como elementos propios del modelo, lo que demuestra poca claridad sobre su rol en la operativización de esta normativa.

Razón por la cual, se requiere asegurar su conocimiento a lo interno de la institución e impulsar su divulgación, ya que el modelo propone llevar a cabo supervisiones de forma participativa que promuevan la calidez y la calidad del servicio bajo estándares de derechos humanos (CCSS, 2017).

Este tipo de dificultades se relacionan con la segmentación entre los tres niveles administrativos de la CCSS, debido a que la institución opera bajo un sistema burocrático, lo que produce una articulación poco eficaz y dificulta el uso eficiente de los recursos y la creación de propuestas innovadoras.

Por lo tanto, se debe fortalecer el vínculo entre niveles administrativos para contribuir a los procesos de toma de decisiones, las cuales dirijan a una óptima coordinación tanto a nivel gerencial como operativo dentro del engranaje institucional. Mejorar este tipo de dinámicas permite potenciar los enlaces institucionales como parte del cumplimiento de lo estipulado en la Ley 6227, mencionada en el modelo donde se establece que los entes públicos deben garantizar la continuidad del servicio (CCSS, 2017).

Es necesario valorar los métodos de monitoreo que se utilizan en la actualidad, ya que se priorizan los indicadores de cumplimiento y estos “no permiten evidenciar la situación respecto a la salud de las mujeres”, a causa de poca evidencia, sistematización y clasificación de la información (CCSS, 2017, p. 23).

Por este motivo, se considera relevante incorporar indicadores de procesos, dirigidos a medir la implementación de iniciativas en un contexto y

momento determinado (Cardona y Sánchez, 2010), de manera que evidencien las modificaciones y el progreso de las acciones que se están implementado, ya que podrían mostrar mayor claridad sobre el alcance y determinar si se encuentran alineadas con el cumplimiento de los objetivos.

Adicionalmente, se propone la inclusión de indicadores de impacto, los cuales son relevantes para el análisis del desempeño y la eficacia que han obtenido los proyectos ejecutados, y posteriormente incorporar medidas correctivas y preventivas, ya que se reconoce que el contexto de los centros de salud se encuentra en constante cambio y las metas deben ajustarse continuamente a esa realidad (Atehortúa-Hurtado, 2004). Tales como las adaptaciones nutricionales, reducción en tactos vaginales previos al parto y adaptación en la infraestructura e indumentaria, iniciativas que han sido acertadas y bien recibidas por las usuarias.

La importancia de realizar los cambios propuestos por la presente línea de acción, recae en que la institución podrá recolectar información actualizada sobre las mujeres Ngäbe-Buglé que hacen uso del servicio, sistematizar datos de manera eficiente y contar con estadísticas precisas que sean de utilidad para la toma de decisiones desde los altos mandos.

MATRIZ DE ACTIVIDADES 4

Tabla 5.

Matriz de Actividades 4

Resultado esperado según el Modelo: “Establecimientos de salud operando con un modelo de gestión fortalecido y centrado en las personas, con estrategias de educación en deberes y derechos de la población usuaria de los servicios de salud, con modelo de gestión de calidad” (CCSS, 2017, pp. 25-26).

Actividades	Indicadores	Medios de Verificación	Actores involucrados
Incluir procesos de socialización del Modelo de Atención Calificada y articulación entre jefaturas, personal de atención directa y administrativos	Reuniones periódicas para socializar líneas de trabajo estipuladas en el Modelo de Atención durante el período 2025-2026. Reuniones periódicas de monitoreo de la implementación del Modelo de Atención durante el período 2025-2026. Reuniones anuales por parte de las jefaturas para la actualización del personal de atención directa y administrativos durante el período 2025-2026.	·Reportes que detallen los aspectos abordados en las reuniones ·Lista de asistencia ·Informes trimestrales ·Agenda de la sesión	·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1 ·Personal atención directa 2 ·Personal administrativo

Fuente: Elaboración propia, 2024.

MATRIZ DE ACTIVIDADES 4

Tabla 5.

Matriz de Actividades 4

Resultado esperado según el Modelo: “Establecimientos de salud operando con un modelo de gestión fortalecido y centrado en las personas, con estrategias de educación en deberes y derechos de la población usuaria de los servicios de salud, con modelo de gestión de calidad” (CCSS, 2017, pp. 25-26).

Actividades	Indicadores	Medios de Verificación	Actores involucrados
Coordinar procesos de articulación interniveles	Informes semestrales para mantener actualizado al nivel central sobre la situación de salud de la región y las necesidades del servicio durante el período 2025-2026. Reuniones anuales para socializar la situación de salud de la región y discutir las necesidades e iniciativas que requiera implementar el centro de salud durante el período 2025-2026.	·Reportes que detallen los aspectos abordados en las reuniones ·Lista de asistencia ·Informes trimestrales ·Agenda de la sesión	·Coordinación nivel central ·Director del Área de Salud de Coto Brus ·Personal de atención EBAIS ·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·Personal atención directa 1 ·Personal atención directa 2 ·Personal administrativo
Incorporar indicadores de procesos e impacto	Sesiones periódicas para la construcción de indicadores de procesos e impacto y su incorporación en el accionar institucional durante el período 2025-2026.		

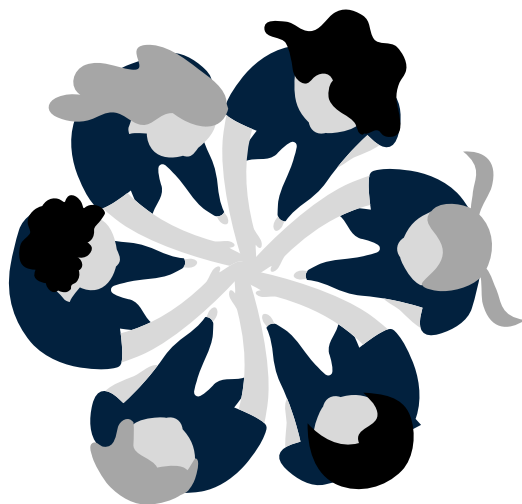
Fuente: Elaboración propia, 2024.

RECOMENDACIONES OPERATIVAS

Línea de acción 4	Ejecutores	Actores Clave
El servicio lleva a cabo una amplia gama de buenas prácticas para favorecer la atención calificada, por lo que se insta a su socialización y divulgación con otros centros de salud, donde se valore la posibilidad de replicar las acciones que se ajusten a los contextos de la población. Por otra parte, se recomienda la implementación de indicadores de procesos e impacto que faciliten la medición y el monitoreo de las actividades y el Modelo de Atención Calificada para determinar los avances y cambios que se generan a largo plazo, de la mano de capacitaciones sobre la implementación del modelo dirigidas al personal de ambos niveles de atención. La implementación de nuevos indicadores podría mejorar la operativización del modelo a través de la estandarización de procedimientos, con la finalidad de evitar la diversidad de interpretaciones de la normativa. Además, es necesario propiciar espacios constantes de diálogo con el nivel central para enfatizar en las modificaciones requeridas por los centros de salud según el contexto y especificidades de las usuarias, para poder adecuar las acciones.	El rol del Director del Área de Salud de Coto Brus, jefaturas 1 y 2 se relaciona con la toma de decisiones, el seguimiento de las actividades y coordinaciones con nivel central tanto para la inclusión de indicadores como para los ajustes realizados para atender las demandas del contexto. El personal de atención directa del EBAIS, atención directa 1 y 2, y el personal administrativo son los llamados a ejecutar las modificaciones que se realicen a la hora de estandarizar los procesos que involucran la operacionalización del Modelo de Atención Calificada.	Otras instituciones como: ·MIDEPLAN ·Universidades estatales Pueden guiar la construcción de indicadores y capacitación para su implementación en la labor institucional, de manera que faciliten los procesos y brinden una perspectiva externa a la institución



SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA



Este apartado se encuentra dirigido al seguimiento y evaluación de la estrategia con la finalidad de maximizar el cumplimiento de los objetivos, cabe destacar que dichos procesos se encuentran sujetos a la ejecución y evaluación por parte de los centros de salud involucrados en la propuesta.

El equipo investigador sugiere incluir actividades que valoren las acciones llevadas a cabo con el objetivo de asegurar una implementación adecuada, basada en la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua del servicio materno-infantil.

SEGUIMIENTO

De acuerdo con MIDEPLAN (2016) el seguimiento se comprende como el proceso continuo y sistemático de recolección de datos de acuerdo con los indicadores y metas programadas, para verificar lo realizado y sus resultados.

Es una revisión constante sobre las metas para la consecución de los objetivos, se realiza durante la puesta en marcha del proceso, de modo que se pueda visualizar el avance y progreso en tiempo real, poder generar los ajustes necesarios, optimizar su alcance y orientar la toma sistemática de decisiones (MIDEPLAN, 2021).

Para este proceso se plantea que la planificación y ejecución estará bajo la responsabilidad de los puestos de Jefatura 1 (Dirección General, Hospitalización y Consulta externa, Enfermería, Supervisor Enfermería, Coordinación de Maternidades), quienes tienen a cargo personal dentro de sus departamentos. “Serán los encargados de recolectar y analizar datos, reportar, comunicar, también asignar roles y responsabilidades a diferentes actores” (MIDEPLAN, 2018, p. 26), así mismo, deberán generar los instrumentos y herramientas de seguimiento. Se recomienda que al concluir el proceso de seguimiento se lleve a cabo una reunión

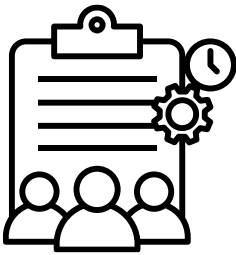
con entes clave de la comunidad para la respectiva rendición de cuentas.

En las actividades a cargo de entes externos a la institución como las sesiones de capacitación y sensibilización, el seguimiento estará a cargo de la persona facilitadora del espacio en conjunto con los encargados previamente mencionados.

Asimismo, se trabajará de manera cercana con el Personal de Atención Directa 1: (Médico general, Médico especialista (anestesiología, ginecología, pediatría), personal de farmacia, Trabajo Social), Personal Atención Directa 2 (Personal de enfermería, Enfermería obstetricia, Auxiliares de enfermería, Asistentes Comunitarios Indígenas, Asesora Cultural, ATAP, asistentes de pacientes) y Personal Administrativo (Seguridad, REMES y Validación de derechos) quienes serán los encargados a nivel operativo de las líneas de acción, y llamados a responder a las metas e indicadores priorizados.

Se destaca el compromiso de los diferentes actores involucrados como responsables de brindar la información pertinente y que den cuenta del progreso real de las actividades y alcance de los resultados, para garantizar el avance y desarrollo apropiado de la estrategia.

EVALUACIÓN



Se considera un proceso de retroalimentación continua que pretende analizar las actividades propuestas en cada línea de acción para medir la trascendencia de la estrategia y guiar de forma prospectiva las intervenciones que realice la institución en conjunto con otros sectores.

Para este proceso, se orientará la búsqueda, análisis e interpretación contextualizada de datos a partir de los principios básicos de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE), en aras de identificar el avance y grado de cumplimiento de la estrategia (MIDEPLAN, 2023), los cuales se describen a continuación:

Tabla 6.
Principios básicos de la OCDE

Principio Básico	Descripción
Pertinencia	Congruencia de los objetivos en relación con las necesidades identificadas y priorizadas.
Eficacia	Alcance de los resultados propuestos en la estrategia.
Impacto	Capacidad de la estrategia para contribuir a la resolución del problema en estudio.
Eficiencia	Relación balanceada entre los recursos aplicados y los resultados alcanzados (costo-beneficio o costo-efectividad).
Sostenibilidad	Capacidad de la estrategia para generar resultados que perduren más allá del final de la intervención.

Fuente: Elaboración propia, 2024, a partir de datos del MIDEPLAN, 2016.

A continuación, se describe y profundiza el tipo de evaluación seleccionado para la presente estrategia, donde se tomaron en consideración aspectos como las características de las actividades y los objetivos planteados. Para determinar el nivel de cumplimiento, se sugiere una evaluación en dos vías: una interna que será ejecutada a la mitad del período y otra de resultados al concluir con la totalidad de las actividades estipuladas.

Tabla 7.
Tipo de evaluaciones seleccionadas

Tipo de Evaluación	Descripción	Periodo	Responsables
Evaluación simultánea	Busca identificar elementos que requieren fortalecerse en la dinámica de las acciones realizadas en el marco de la estrategia y se basa en criterios de eficacia, pertinencia y sostenibilidad (Acción Social, 2003).	·Agosto 2025	·Jefatura ·Jefatura 2
Evaluación Final	Valora el desempeño total de la estrategia al finalizar su ejecución mediante la priorización de los productos finales y los resultados y aprendizajes obtenidos (Acción Social, 2003).	·Agosto 2026	·Jefatura 1 ·Jefatura 2 ·ONG's ·Organismos Internacionales

Fuente: Elaboración propia, 2024, a partir de datos de acción social, 2003.

CONSIDERACIONES FINALES

1

La estrategia constituye un insumo que respalda la labor del servicio materno-infantil del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito, pretende alinear el accionar institucional, los mandatos y su razón de ser para favorecer el cumplimiento de objetivos hacia grupos beneficiarios. Además, se debe contemplar que su ejecución se encuentra sujeta a la voluntad política, apertura por parte de los niveles gerenciales de la CCSS y la disponibilidad de recursos.

El documento muestra únicamente la realidad de los centros de salud en estudio, por lo cual el equipo a cargo sugiere el análisis de las maternidades del país con el objetivo de constituir un acercamiento veraz y riguroso que permita generar un panorama actualizado que guíe la toma de decisiones políticas.

2

3

Se requiere atender la necesidad sentida por parte de las y los funcionarios de incorporar recurso humano y material, con la finalidad de brindar óptimas condiciones para la atención humanizada del parto, ya que los centros de salud deben contar con infraestructura, tecnología y equipo necesario para atender la demanda y ofrecer servicios de calidad a las usuarias.

Es necesario fortalecer las alianzas entre la CCSS y la academia para incentivar el aumento de procesos de investigación sobre la población indígena y el acceso a los servicios de salud, para generar más información certera que favorezca la prestación intercultural.

4

LISTA DE REFERENCIAS

Acción Social. (2003). Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales. Maquetación 1 (consaludmental.org)

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Sistematización de Buenas Prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe. Sistematizacion-de-buenas-practicas-para-promover-estilos-de-vida-saludables.pdf (unicef.org)

Alarcón, A. Vidal, A y Neira-Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>

Almaguer-González, J.A., Vargas-Vite, V y García-Ramírez, H.J. (2014). Interculturalidad en Salud Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (s.f). Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica. Proyecto Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica.pdf (asamblea.go.cr)

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2021). Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido. <https://www.mamasol.com/sus-derechos/ley-de-parto-respetado-en-costa-rica/>

Atehortúa-Hurtado, F. (2004). Gestión y Auditoría de la calidad para organizaciones públicas. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=EaDovpo6HF4C&oi=fnd&pg=PA95&dq=definici%C3%B3n+de+indicador+de+procesos+y+de+impacto&ots=_z_NP9EtwY&sig=mCl6bLZoPdSxQm6e85we-neSBLo#v=onepage&q&f=false

Báscolo, E; Houghton, N y Del Riego, A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. (2018). <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e126/es>

Caja Costarricense de Seguro Social, Universidad de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2006). Plan Estratégico Nacional para una maternidad e infancia saludable y segura 2006-2015. Plan estratégico nacional para una maternidad e infancia saludable. Costa Rica 2006-2015.pdf (binasss.sa.cr)

Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Plan Estratégico Institucional 2015-2018. Plan estratégico CCSS 2016.indd (binasss.sa.cr)

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Perfil del Proyecto- Validación de la Propuesta. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/4038/PFPSS%20-%20Perfil%20de%20Proyecto%20y%20validaci%C3%B3n%20de%20la%20propuesta%20Marzo%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. Modelo-ATENCION-CALIFICADA-EN-EL-EMBARAZO-PARTO-POSPARTO-ULTIMO.pdf (mamasol.com)

Cardona, D Sánchez, J. (2010). Indicadores Básicos para Evaluar el Proceso de Aprendizaje en Estudiantes de Educación a Distancia en Ambiente e-learning. Formación universitaria, 3(6), 15-32. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062010000600004>

Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana., Organización Panamericana de la Salud., Organización Mundial de la Salud., y Sistema de la Integración Centroamericana. (2017). X Encuentro de la comisión técnica de desarrollo de recursos humanos en salud de centroamérica y República Dominicana: hacia el fortalecimiento de la calidad educativa y el trabajo intersectorial. https://centro.observatoriorh.org/sites/centro.observatoriorh.org/files/webfiles/2017/xencuentro/XEncuentro_comisca_memoria.pdf

Dirección General de Migración y Extranjería y Organización Internacional para las Migraciones. (2019). Perfil de gobernanza sobre migración. <https://costarica.iom.int/sites/costarica/files/Perfil%20de%20Gobernanza%20Migratoria%20Final%20CR.pdf>

Donabedian, A. (2001). La calidad de la atención médica. Revista de Calidad Asistencial 2001;16:S29-S38. https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Población Indígena. <https://costarica.unfpa.org/es/topics/poblaci%C3%B3n-ind%C3%ADgena#:~:text=Miles%20de%20Ng%C3%A4be%20y%20Bugl%C3%A9,y%20en%20condiciones%20muy%20precarias.>

Freyermuth-Enciso, G; y Meneses-Navarro, S. (2017). La atención del parto con pertinencia cultural: Guía para médicos. https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-36_Gu%C3%ADa-APPC.pdf

Fuentes, D y Revilla D. (2007). Consideraciones éticas para la realización de investigaciones en comunidades nativas de la selva amazónica del Perú. a09v24n1.pdf (scielo.org.pe)

Figueroa-Saavedra, M. (2009). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n12/n12a7.pdf>

Flores-Sandí, G. (2012). Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v54n3/art10.pdf>

Giraldo-Arias, C. (2023). Importancia de las capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo. <https://inchecksas.com/importancia-de-las-capitaciones-en-seguridad-y-salud-en-el-trabajo/#:~:text=La%20Capacitaci%C3%B3n%20en%20seguridad%20y,de%20un%20grupo%20de%20personas.>

Cómez-Rojas, E. (2013). Los Ngäbe-Buglé y su acceso a servicios de salud en Costa Rica como trabajadores temporales. <https://repositorio.uned.ac.cr/bitstream/handle/120809/1230/Los%20Ngabe-Bugle%20y%20su%20acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica%20como%20trabajadores%20temporales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hirmas, M; Poffald, L; Jasmen, A; Aguilera, X; Delgado, I; y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n3/a09v33n3.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020-2021). X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011 Territorios Indígenas Principales Indicadores demográficos y socioeconómicos. <https://www.inec.cr/documento/mapa-2011-territorios-indigenas>

Juárez-Ramírez, C, Villalobos, A , Saucedo-Valenzuela, A. L y Nigendac, G. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2020.v34n6/546-552/es>

La Agencia de la ONU para los Refugiados. (2018). Sensibilización: ¿por qué es necesaria?. https://eacnur.org/es/blog/sensibilizacion-por-que-es-necesaria-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst

La Gaceta. (2018). Decretos N° 40932 - MP - MJP. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86267&nValor3=111809&strTipM=TC

La Presidenta de la República y el Ministro de Gobernación y Policía. (2013). Decreto N° 38099-G. <https://www.migracion.go.cr/Documentos%20compartidos/Políticas/Política%20Migratoria%20y%20Decreto.pdf>

López-Ruiz, M. (2018). Población indígena, movilidad y regímenes de derechos en salud en Costa Rica. In Horbath J. & Gracia M. (Eds.), La cuestión indígena en las ciudades de las Américas: Procesos, políticas e identidades (pp. 189-210). Argentina: CLACSO. doi:10.2307/j.ctvn5tztr.13 https://www.jstor.org/stable/j.ctvn5tztr.13?seq=1#metadata_info_tab_contents

Martínez-López, E. (1998). Promoción de la Salud. [pdf]. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16902/14635>

Mayca, J., Palacios-Flores, E., Medina, A., Velásquez, JE y Castañeda, D. (2009). Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 26 (2), 145-160.

Meneses-Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Bautista-Ruiz, Ó. A, et al. (2021). Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. *Salud publica mex*. 63(1):51-59

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (2016). Guía para la elaboración de políticas públicas. https://www.inder.go.cr/acerca_del_inder/politicas_publicas/documentos/Guia-de-Elaboracion-de-PP.pdf

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2018). Política Nacional de Evaluación 2018-2030. <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/Ymx1WmMJTOWe9YyjyeCHKQ>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2021). Informe de Seguimiento Anual al Plan de Acción de la Política Nacional de Evaluación 2020. <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/3EgaviU3R-GDkx2cDB4pNA>

Ministerio de Salud. (2009). Política pública de Lactancia Materna. file (ministeriodesalud.go.cr)

Ministerio de Salud Pública. (2010). Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/7-Componente-comunitario-Guia.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (s.f). Normas con Pertinencia Cultural hacia la interculturalidad. [NormasPertinenciaCulturalenServiciosdeSalud.pdf](#) (mspas.gob.gt)

Ministerio de Salud. (2016). Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes. https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/4-_marco_de_acciones_rectoras_-_ministerio_de_salud_2016.pdf

Ministerio de Salud. (2023). Análisis de Situación Integral de Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-salud/analisis-de-situacion-de-salud-de-niveles-locales-2023/region-brunca/7295-asis-ars-coto-brus/file>

Municipalidad de Coto Brus. (2019). Datos del Cantón. <https://www.municotobrus.go.cr/articulo/16/datos-del-canton>

Naciones Unidas. (2022). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Organización de los Estados Americanos. (2021). Convención Americana de Derechos Humanos Pacto San José. https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm

Organización Internacional del Trabajo. (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. ISBN 978-92-2-322581-0. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Determinantes Sociales de la Salud. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Organización Mundial de la Salud. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). Género y Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Guía para trabajo del componente comunitario de la estrategia AIEPI. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/7-Componente-comunitario-Guia.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Garantizar que los pueblos indígenas tengan acceso a los servicios de salud todavía es una tarea pendiente en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/7-8-2015-garantizar-que-pueblos-indigenas-tengan-acceso-servicios-salud-todavia-es-tarea>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas Resumen: panorama regional y perfiles de país. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025. OPHSSHS210018_spa.pdf (paho.org)

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34964>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Servicios Sanitarios de Calidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20calidad%3F,profesionales%20basados%20en%20datos%20probatorios>.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Día Internacional de la Partera: Profesionales capacitadas y partos institucionalizados, dos apuestas para reducir la mortalidad materna. Día Internacional de la Partera: Profesionales capacitadas y partos institucionalizados, dos apuestas para reducir la mortalidad materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes. <https://www.paho.org/es/documentos/ce17214-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Salud Universal. Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Recursos de Capacitación para Personal de Salud <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer/recursos-capacitacion-para-personal-salud>

Oviedo-Gómez, F. (2008). Necesidades en salud de los migrantes en las zonas más deprimidas en Costa Rica: ¿Cómo responden los servicios de salud del Primer Nivel de Atención?. [Tesis de maestría]. Universidad de Costa Rica.

Parra, G. (2009). Naturaleza jurídica de las multas aplicadas en contratos administrativos regidos por la Ley N° 19.886 mandatados por los servicios de salud, a contar de la modificación legal mediante Decreto Supremo N° 1.410 de 2015 del Ministerio de Hacienda. http://repositorio.uft.cl/bitstream/handle/20.500.12254/1717/PARRA_GABRIEL%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pelcastre-Villafuerte, B; Meneses-Navarro, S; Sánchez-Domínguez, M; Rueda-Nería, C y Leyva-Flores, R. (2021). <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v21n2/mdc03217.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible Costa Rica. Objetivo 3 | Objetivos de Desarrollo Sostenible (ods.cr)

Quintero-Fleites, E; De la Mella-Quintero, S y Gómez-López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v21n2/mdc03217.pdf>

Saborío-Morales, L e Hidalgo-Murillo, L. (2015). Revisión bibliográfica Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 32(1), 119-124. Retrieved April 01, 2024, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.

Sarsaneda del Cid, J y Quintero-Sánchez, B (2018). Buscando la piel y el corazón ngäbe. Investigación sobre pautas de crianza entre los ngäbe y sus consecuencias para la salud y educación. <https://www.unicef.org/panama/media/716/file/%E2%80%9CNi%20kwatda%20ng%C3%A4be%20angwane%20ni%20brugw%C3%A4%20ng%C3%A4be%20k%C3%A4nonda:%20Buscando%20la%20piel%20y%20el%20coraz%C3%B3n%20ng%C3%A4be%E2%80%9D.pdf>

Secretaría Distrital de Salud. (2015). Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto. <https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20Sala%20de%20partos.pdf>

Setó-Pamies, D. (2004). De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente. (1a ed.). ESIC.

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2000). Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=2340&nValor3=84123&strTipM=TC

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2007). Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=60510&nValor3=68228&strTipM=TC

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2021). Universalización Del Seguro De Enfermedad Y Maternidad. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=32335&nValor3=34111&strTipM=TC

Solano-Siles, A. (s.f). La promoción de la salud. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm#>

Solano-Acuña, A. (2020). Derecho a la salud materna de las mujeres ngäbes y buglés en Costa Rica. Mitos, percepciones y discriminación. https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/21644/Derecho_a_la_salud_materna_de_las_mujere.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Solar-López, I. (2023). Salud Intercultural en el Hospital de Especialidades Pediátricas: Una Propuesta para Mejorar la Calidad de los Servicios. <http://repositorio.unach.mx:8080/jspui/handle/123456789/4140>

UNFPA e Instituto Nacional de las Mujeres. (2021). Caja de Herramientas para la prevención del embarazo en la adolescencia y la violencia contra las mujeres. <http://www.prevengamosembarazosenlaadolescencia.inamu.go.cr/>

Vega, R y Torres, M. (2011). El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. Revista Cubana Salud Pública. 37(2). 145-54. <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2011.v37n2/10.1590/S0864-34662011000200008/es>

XII. Recomendaciones

Uso de los servicios (CCSS):

Existe insuficiente información sobre el uso correcto de los servicios de salud, lo que desencadena que la población acceda de forma inadecuada a los hospitales regionales y especializados, aspecto que repercute en la eficacia y eficiencia del servicio. Por esta razón, se sugiere propiciar procesos de divulgación sobre el funcionamiento de los tres niveles de atención y su capacidad resolutive.

Contratación formal de Asesora Cultural (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social):

Se insta a la institución, generar el perfil profesional de la Asesora Cultural, ya que cumple un rol sumamente valioso dentro del servicio y su presencia ha propiciado avances en materia de salud del pueblo indígena Ngäbe-Buglé. Situación que representa un reto a nivel organizacional para la CCSS, ya que la mayor limitante corresponde a la falta del perfil para la contratación formal por parte de la institución y su inclusión en planilla.

Necesidad de recursos (Nivel central CCSS):

Se evidenció la necesidad sentida por parte de las y los funcionarios de incorporar recurso humano y material, con la finalidad de brindar óptimas condiciones para la atención humanizada del parto, ya que los centros de salud deben contar con la infraestructura, tecnología y equipo necesario para atender la demanda y ofrecer servicios de calidad a las usuarias.

Por esta razón, se sugiere un mayor acercamiento por parte del nivel central para reconocer las faltantes del servicio y optimizar los procesos administrativos y financieros de la institución.

Ajustes en la recopilación y manejo de datos (CCSS):

Se considera fundamental incentivar la evaluación constante de la implementación del Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto y Posparto en las distintas maternidades que conforman los hospitales del país, con la finalidad de valorar el impacto y los posibles puntos de mejora, de manera que se cuente con información pertinente para los procesos de toma de decisiones, y brindar una mejor atención bajo las directrices estipuladas en esta normativa.

Se propone a la institución optar por metodologías de recolección de datos flexibles, adaptadas a la población, y que los datos de información sobre mujeres indígenas y no indígenas sean de acceso público, para mantener un registro con estadísticas precisas que permitan continuar generando investigaciones u otras iniciativas.

Aumento de investigación (UCR-CCSS):

Se incentiva a la CCSS y a la academia fortalecer espacios de investigación dentro de los centros de salud del país, donde se optimicen los procesos necesarios para el desarrollo de estudios que pueden resultar de suma valía para futuros profesionales y se direccionen al cumplimiento y mejora de las metas institucionales.

Por otra parte, se identificó la necesidad de conducir investigaciones hacia la comparación de la dinámica de atención entre indígenas Ngäbe-Buglé panameñas y costarricenses, ya que se evidenciaron diferencias significativas en el tránsito y el uso del servicio materno-infantil. Aunado a esto, se sugiere continuar con la divulgación de los derechos de las mujeres gestantes sin importar su nacionalidad, para lo cual se pueden potenciar las contralorías de servicios y los espacios de consulta a las usuarias.

En el caso de otros EBAIS y Hospitales que también ofrecen servicios a pueblos indígenas, se recomienda valorar las lecciones aprendidas de estos centros de salud para incorporar las acciones que han potenciado la respuesta a las necesidades demográficas y culturales, lo cual podría facilitar la continuidad y aceptabilidad del servicio.

Fortalecimiento de los perfiles profesionales (Universidades):

Las instituciones de educación superior deben asumir el desafío de fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje en materia de pertinencia cultural, de manera que se encuentren en la capacidad de atender las necesidades de las poblaciones y garantizar el respeto a la pluralidad y diversidad de culturas en los distintos grupos sociales.

Las universidades poseen la responsabilidad de avanzar en la búsqueda de soluciones a los problemas cotidianos, por lo que formar profesionales pertinentes expresan parte de su compromiso social al promover la disminución de brechas de conocimiento, y por ende, las barreras que puedan surgir a partir de estas.

Por lo que se recomienda desarrollar planes de estudio que garanticen la calidad y la excelencia en la formación integral y sensibilizada de las y los profesionales en salud, para que respondan de forma responsable y comprometida ante las situaciones que emergen en sus entornos laborales.

Articulación interinstitucional:

Es necesario evaluar la posibilidad de retomar el funcionamiento del albergue que se encuentra cercano al hospital, ya que se considera que podría ser un recurso ante la barrera geográfica, que al ser una limitante estructural requiere de esfuerzos articulados entre diversas instituciones como la Municipalidad de Coto Brus, Ministerio de Salud, ONG's y representantes comunitarios como la Asociación de Desarrollo Integral.

XIII. Conclusiones

La implementación del Modelo de Atención demuestra la necesidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud de generar pautas que orienten a su recurso humano y material en la adaptación progresiva de su operación, así como esfuerzos para la estandarización de procesos en las maternidades, sin embargo, es necesario que a nivel regional y local se realicen estudios que identifiquen sus retos y fortalezas y que orienten la toma de decisiones.

El Modelo de Atención no debe contemplar únicamente ajustes materiales o de infraestructura, los servicios como actores principales en la salud de la población deben desarrollar nuevas formas de incidencia, que les permita impulsar cambios en determinantes sociales de la salud, específicamente los estructurales, como el económico y geográfico que continúan sublevándose al momento en el que las poblaciones indígenas intentan acercarse a los servicios de atención. Es necesario no perderlos de vista debido al impacto que generan en la garantía del derecho a la salud.

Pese a las modificaciones realizadas y las buenas prácticas, las cuales han demostrado un impacto positivo tanto en lo señalado por las y los funcionarios como las usuarias, aún se identificó la tarea pendiente de continuar con la adaptación constante del servicio que responda a las especificidades de las usuarias, aumente la confiabilidad, la adherencia a este y finalmente permitan garantizar la calidad en la atención materna con pertinencia cultural.

Desde la interculturalidad, se realiza un llamado a la sensibilización y humanización de la atención brindada, al ser los servicios de salud, el punto de encuentro entre usuarias y prestadores, vínculo en constante evolución, debido a la multiplicidad en las formas de definir y llevar a la práctica los procesos asociados a la salud.

Históricamente, la interacción de culturas, se ha traducido en discrepancias, sin embargo, contiene potencial para el intercambio de saberes, el diálogo respetuoso y contribuir a la construcción de servicios centrados en las personas. Un ejemplo exitoso de esta integración cultural, que además es el principal factor facilitador encontrado, es la incorporación de la Asesora Cultural en el Hospital de San Vito quien cumple un rol fundamental en el servicio materno-infantil que pretende disminuir el impacto de la principal barrera, la idiomática.

Existe la necesidad de contar con mayor capacitación dirigida hacia el personal de salud, que permita profundizar en diversos temas relacionados con la cultura de la comunidad Ngäbe-Buglé y la dinámica de acceso de las usuarias al servicio, ya que las y los funcionarios al ser el primer encuentro de la mujer con el centro de salud, poseen la responsabilidad de brindar un trato digno, respetuoso y acorde a las características y contexto de la población.

El estudio de los servicios de salud bajo la óptica de la complejidad y la Promoción de la Salud establece nuevas formas de repensar y reflexionar en la manera en la que se lleva a cabo la asistencia sanitaria. Ante los principales hallazgos, se debe tomar en consideración que en la cobertura territorial no debe equipararse a la cobertura efectiva de los usuarios, más aún en territorios con presencia de pueblo indígena altamente móvil, con zonas de difícil acceso, y la identificación de pequeñas poblaciones que han quedado por fuera del alcance (radar) de los servicios.

Es vital priorizar dicha cobertura bajo criterios de equidad, como uno de los principales pilares de la atención primaria, en este aspecto, existe una necesidad latente de ajustarla al incorporar iniciativas extramuros, el reforzamiento de los ATAPS y del primer nivel, la proyección comunitaria en la planificación y toma de decisiones, incorporar personal indígena altamente capacitado, y modificar la oferta programática de los hospitales y EBAIS regionales para orientarla a las características locales.

La participación del nivel central se encuentra limitada a actividades como supervisión de acciones y seguimiento en la implementación de normativas, lo cual se vincula con el sistema en que se desenvuelve la institución donde predomina el componente burocrático y con estructuras poco flexibles, situación que puede limitar la coordinación entre niveles y la innovación en los centros que requieren generar adaptaciones a poblaciones culturalmente diversas.

XIV. Lista referencias

- Acero-González, Á.R; Cano-Prous, A y Canga, A. (2016). *Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra*.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200003
- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). *Sistematización de Buenas Prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe*. Sistematizacion-de-buenas-practicas-para-promover-estilos-de-vida-saludables.pdf (unicef.org)
- Almaguer-González, J.A., Vargas-Vite, V y García-Ramírez, H.J. (2014). *Interculturalidad en Salud Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*.
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
- Anderson, I; et al. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*. 2016 Jul 9; 388(10040):131-57. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00345-7.
- Araujo, M., Moraga, C., Chapman, E., Barreto, J y Illane, E. (2016). Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. (40) 5. 371–81. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n5/371-381>
- Arbaiza-Fermini. (2011). Alianzas estratégicas: instrumento de negociación y desarrollo sostenible mirado desde la perspectiva de la interculturalidad. *Revista EAN*, (70), 102-117.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602011000100009&lng=en&tlng=es
- Área de Salud de Coto Brus. (2016). *Análisis de Situación de Salud: Equipo Básico de Atención Integral de Salud San Vito*.
- Armijos. J.C. (2017). “Diseño E Implementación De Un Modelo De Indicadores De Gestión Para Evaluar El Desempeño De Hospitales Públicos”
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/149734>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2015). *Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234*. Ley Reguladora de Investigación Biométrica N° 9234.pdf (una.ac.cr)

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2021). Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido. <https://www.mamasol.com/sus-derechos/ley-de-parto-respetado-en-costa-rica/>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (s.f.). *Código de la Niñez y la Adolescencia 7739*. Microsoft Word - LEY-7739-CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.doc (cso.go.cr)

Ávila-Agüero, M. (2009). *Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud*. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>

Báscolo, E; Houghton, N y Del Riego, A. *Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud*. (2018). <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e126/es>

Bernal, M., Ramírez, A. y Ramírez, G. (2011). *Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000300004#:~:text=El%20Trato%20Digno%20incluye%20saludo,del%20personal%20que%20le%20atendi%C3%B3

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Perfil del Proyecto- Validación de la Propuesta*. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/4038/PFPSS%20-%20Perfil%20de%20Proyecto%20y%20validaci%C3%B3n%20de%20la%20propuesta%20Marzo%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). *Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*.

Modelo-ATENCION-CALIFICADA-EN-EL-EMBARAZO-PARTO-POSPARTO-ULTIMO.pdf (mamasol.com)

Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). *Memoria Institucional 2019*.
<https://www.ccss.sa.cr/cultura-organizacional>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). *Memoria Institucional*. CCSS - Caja Costarricense de Seguro Social

Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). Manual descriptivo de puestos. <https://sinaecr.com/wp-content/uploads/2020/05/manual-puestos-ccss-2020.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2022). *¿Qué es un Aseguramiento por el Estado?*
<https://www.ccss.sa.cr/preguntas-frecuentes?cat=93#:~:text=El%20Aseguramiento%20por%20Cuenta%20del,ya%20sea%20en%20condici%C3%B3n%20de>

Cahn, J. (2012). *Comunicación entre Personal Médico y Pacientes Indígenas un Estudio de la Medicina Intercultural en Huancarani, Cusco, Perú*.
https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2456&context=isp_collection

Calderón, C. y Fernández de Sanmamed, MJ. (2008). Investigación cualitativa en Atención Primaria.

Canales, F; Alvarado, E y Pineda, E. (1994). *Metodología de la Investigación*.
<http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>

Casas-Anguita, J, Repullo-Labrador, JR y Donado-Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria* 2003;31(8):527-38. <https://core.ac.uk/download/pdf/82245762.pdf>

Contreras-Sierra, E. (2013). El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. *Pensamiento & Gestión*, (35), 152-181. ISSN: 1657-6276.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64629832007>

Cortés, A y Fernández, A. (2020). ¿Cobertura universal? Las barreras en el acceso a la salud para la población refugiada nicaragüense en Costa Rica. *Anuario del Centro de Investigación y Estudios Políticos*, 11, enero-diciembre, 255-287. ISSN: 2215-2873. DOI: 10.15517/ACIEP.VOI11.43533.

Consejo de Salud de Canadá. (2005). *The health status of canada's first nations, Métis and Inuit peoples*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/ccs-hcc/H174-37-2005-1-eng.pdf

Creswell, J. (s.f). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. <https://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>

Del Pino, S; Coates, A; Guzmán, J; Gómez-Salgado, J; y Ruiz-Frutos, C. (2018). *Política Sobre Etnicidad y Salud: Construyendo Soluciones Equitativas frente a las Desigualdades Étnicas*. <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201809059/es/>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2012). *Guía para la construcción de indicadores de gestión*. <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1595.pdf/6c897f03-9b26-4e10-85a7-789c9e54f5a3>

Diccionario panhispánico del español jurídico. (2020). *Definición de calidad*. <https://dpej.rae.es/lema/calidad>

Dirección General de Migración y Extranjería y Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Perfil de gobernanza sobre migración*. <https://costarica.iom.int/sites/costarica/files/Perfil%20de%20Gobernanza%20Migratoria%20Final%20CR.pdf>

Dois-Castellón, A., Bravo-Valenzuela, P y Martínez-Pereira, A. (2022). El Buen Trato en el encuentro clínico de enfermería: características y atributos. *Index de Enfermería*, 31(4), 250-254. El Buen Trato en el encuentro clínico de enfermería: características y atributos (isciii.es)

- Donabedian, A. (2001). La calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial* 2001;16:S29-S38. https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf
- Estrada-Torres, J. (2012). *Cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas costarricenses*. modulo_indigena.pdf (mep.go.cr)
- Fajardo-Dolci, G; Gutiérrez, J; y García-Saisó, S. (2015). *Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
- Ferdinand, A; Oyarce, A; Kelaher, M; y Anderson, I. (2018). Reflexiones sobre la ética de la investigación en salud indígena en Chile. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18 (35-2), 162-184. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3451>
- Figueroa-Saavedra, M. (2009). *Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México*. <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n12/n12a7.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). *Niñez y Adolescencia Indígena en Costa Rica: Su derecho a la Salud y a la Educación*. <https://www.unicef.org/costarica/media/1811/file/Ninez-y-adolescencia-indigena-en-Costa-Rica-Su-derecho-a-la-salud-y-educacion.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Sistematización del Modelo De Atención De Cuido Y Desarrollo Infantil Casas De La Alegría -jamigara Judö Jüe2014-2018*. <https://www.unicef.org/costarica/sites/unicef.org.costarica/files/2020-07/Sistemaizaci%C3%B3n%20de%20Casas%20de%20la%20Alegr%C3%ADa%202020.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). *Sistematización de Buenas Prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe Área de Salud de Coto Brus*. <https://www.aecid.es/Centro->

Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Sistematizaci%C3%B3n%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20Ngobe.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Programa Mundial de Alimentos. (2017). *Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu evidencias y propuestas de intervención*. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/DeterminantesSocialesMortalidadMaterna_web.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización de las Naciones Unidas. (2018). *Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_Spanish.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *Población Indígena*. <https://costarica.unfpa.org/es/topics/poblaci%C3%B3n-ind%C3%ADgena#:~:text=Miles%20de%20Ng%C3%A4be%20y%20Bugl%C3%A9,y%20en%20condiciones%20muy%20precarias>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas Costa Rica. (2024). *Población Indígena*. <https://costarica.unfpa.org/es/topics/poblaci%C3%B3n-ind%C3%ADgena>

Franco-Giraldo, A. (s.f). *Migraciones indígenas saludables en Costa Rica*. <https://www.myctb.org/wst/WHOeplatform/10%20PAHO%20Courses%20Directory/PAHO%20Regional%20HiAP%20Training%20Mexico%202015/Policy%20briefs%20developed%20by%20participants/Migraciones%20ind%C3%ADgenas%20saludables%20en%20Costa%20Rica.pdf>

Freyermuth-Enciso, G; y Meneses-Navarro, S. (2017). *La atención del parto con pertinencia cultural: Guía para médicos*. https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-36_Gu%C3%ADa-APPC.pdf

Fuentes, D y Revilla D. (2007). *Consideraciones éticas para la realización de investigaciones en comunidades nativas de la selva amazónica del Perú*. a09v24n1.pdf (scielo.org.pe)

- García- González, R. (2004). *El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades*.
[https://www.binasss.sa.cr/opac-
ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%
20Generalidades.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf)
- García-Pérez, M. (2006). Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 4 (2), 341-356. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-los-principios-bioetica-insercion-social-13091842>
- González-Tova, I. (2021). *Alianzas estratégicas entre actores del sistema sanitario*. Alianzas estratégicas entre actores del sistema sanitario – Fundación Economía y Salud (fundacioneconomiasalud.org)
- Guevara-Alban, G; Verdesoto-Arguello, A y Castro-Molina, N. (2020). *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)*. <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/860>
- Hernández-Sampieri, R; Fernández-Collado, C y Baptista-Lucio, M. P. (2010). *Metodología de Investigación. Quinta edición*. <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
- Hernández-Sampieri, R; Fernández-Collado, C y Baptista-Lucio, M. P. (2014). *Metodología de Investigación, Sexta edición*. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hirnas, M; Poffald, L; Jasmen, A; Aguilera, X; Delgado, I; y Vega, J. (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n3/a09v33n3.pdf

Hirsch-Adler, A. (2019). *Valores de la ética de la investigación en opinión de académicos de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México*. 0185-2760-resu-48-192-49.pdf (scielo.org.mx)

Ibañez-Cuevas, M, Heredia-Pi, I. B, Fuentes-Rivera, E, Andrade-Romo, Z, Alcalde-Rabana, J, Bravo-Bolaños Cacho, L, Guzmán-Delgado, X, Jurkiewicz, L y Darney, B. G. (2020). *Atención Prenatal en Grupo en México: perspectivas y experiencias del personal de salud*. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PLhYsb7bxwtzpQKVrzbYDyv/?format=pdf&lang=es>

Instituto de Censo y Estadística. (2020). *Defunciones. 2019. Mortalidad general, materna, infantil, neonatal y fetal. Datos definitivos*. Estadísticas vitales. 2011-2020. <https://www.inec.cr/poblacion/defunciones>

Instituto de Censo y Estadística. (2021). *Defunciones. 2020. Mortalidad general, materna, infantil, neonatal y fetal. Datos preliminares*. Estadísticas vitales 2020 y 2021. <https://www.inec.cr/poblacion/defunciones>

Instituto del Café de Costa Rica (ICAFE). (2023). *Modelo de aseguramiento garantiza la protección social y la seguridad de los recolectores de café y sus familias*. Modelo de aseguramiento garantiza la protección social y la seguridad de los recolectores de café y sus familias. – ICAFE

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011 Territorios Indígenas Principales Indicadores demográficos y socioeconómicos*. <https://www.inec.cr/documento/mapa-2011-territorios-indigenas>

Juárez-Ramírez, C, Villalobos, A, Saucedo-Valenzuela, A. L y Nigendac, G. (2020). *Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud*. <https://www.scielo.org/pdf/gs/2020.v34n6/546-552/es>

La Gaceta. (2018). *Decretos N° 40932 - MP - MJP*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86267&nValor3=111809&strTipM=TC

La Gaceta. (2022). *Ley Para Exceptuar De La Aplicación De La Regla Fiscal Al Programa Por Pago De Servicios Ambientales Del Fondo Nacional De Financiamiento Forestal*.
https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2022/06/10/ALCA117_10_06_2022.pdf

La Presidenta de la República y el Ministro de Gobernación y Policía. (2013). *Decreto N° 38099-G*.
<https://www.migracion.go.cr/Documentos%20compartidos/PoliticasyPolitica%20Migratoria%20y%20Decreto.pdf>

Lefio-Celedón, L. A. (2013). El Sistema de Salud como determinante de la salud poblacional.
<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/27117/28749/>

Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez, J y Quintino-Pérez, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México*, 55 (Supl. 2), S123-S128.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800008&lng=es&tlng=es

López-Ruiz, M. (2018). Población indígena, movilidad y regímenes de derechos en salud en Costa Rica. In Horbath J. & Gracia M. (Eds.), *La cuestión indígena en las ciudades de las Américas: Procesos, políticas e identidades* (pp. 189-210). Argentina: CLACSO.
doi:10.2307/j.ctvn5tztr.13
https://www.jstor.org/stable/j.ctvn5tztr.13?seq=1#metadata_info_tab_contents

Martínez-Bullé Goyri, V. (2013). *Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad*.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000100002

Martínez-López, E. (1998). *Promoción de la Salud*.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16902/14635>

Mayca, J., Palacios-Flores, E., Medina, A., Velásquez, JE y Castañeda, D. (2009). Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 26 (2), 145-160.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200004&lng=es&tlng=es

Maza-de la Torre, G., Motta-Ramírez, G., Motta-Ramírez, G y Jarquin-Hernández, P. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y el asertividad en la práctica médica actual. *Revista de Sanidad Militar*. (77) 1. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2023000100001

Meneses-Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Bautista-Ruiz, Ó. A, et al. (2021). Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. *Salud publica mex*. 63(1):51-59

Meza-Salcedo, G. (2017). *Ética de la investigación desde el pensamiento indígena: derechos colectivos y el principio de la comunalidad*. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/783/78354511010/html/index.html>

Mignone, J., Bartlett, J y O'Neil, J. (2006). *Prácticas modelo en salud intercultural*. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Dr%2520Javier%2520Mignone_Modelo.pdf&ved=2ahUKEwino_Gkn4aFAxVOGtAFHaTzD6YQFnoECBAQAQ&usg=AOvVaw376-fWeC0RVWn-nwPVAwx6

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2021). *Cantones de Costa Rica a la luz de indicadores sociodemográficos*. <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/MCQ-6muCQFCEDASex00GLw>

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2003). <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Desarrollo%20y%20salud%20de%20los%20pueblos%20ind%C3%ADgenas%20en%20Costa%20Rica.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes*. https://saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/4-_marco_de_acciones_rectoras_-_ministerio_de_salud_2016.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2010). *Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/7-Componente-comunitario-Guia.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (s.f). *Normas con Pertinencia Cultural hacia la interculturalidad*. NormasPertinenciaCulturalenServiciosdeSalud.pdf (mspas.gob.gt)

Montero-Rojas, E. (s.f). *Marco conceptual para la evaluación de programas de salud*.
<https://ccp.ucr.ac.cr/libros/psm1/pdf/emontero.pdf>

Morales, A., Acuña, G y Li Wing-Ching, K. (2010). Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7236>

Morales-Gamboa, A., Lobo-Montoya, D y Jiménez-Herrera, J. (2014). La travesía laboral de la población Ngäbe y Buglé de Costa Rica a Panamá: características y desafíos.
http://biblioteca.clacso.edu.ar/Costa_Rica/flacso-cr/20170704051143/pdf_403.pdf

Mora-Ríos, J y Bautista, N. (2014). *Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam144d.pdf>

Naciones Unidas. (2022). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Negrete-Escorcía, E.R y Zapata-Morelo, Y. L. (2018). *Características del control prenatal en indígenas Embera Katío de Tierralta Córdoba*.
<https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/993>

Ochoa-Díaz, H y Rengifo-Muñoz, W. (2003). *Las alianzas estratégicas como alternativa para el funcionamiento de los servicios de salud en las empresas sociales del estado*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232003000300001

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales*.
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Okuda-Benavides, M y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (1),118-124. ISSN: 0034-7450.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>
- Orbea-López, M. (2019). *La mortalidad en la niñez, un tema de prioridad a nivel internacional*.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v15n30/1817-4078-rnp-15-30-178.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. (2014). *Convenio No 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales*.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- Organización de las Naciones Unidas Costa Rica. (2017). *Proyecto permitió dar documentación a Martín y sus 9 hijos*.
<https://costarica.un.org/es/16219-proyecto-permiti%C3%B3-dar-documentaci%C3%B3n-mart%C3%ADn-y-sus-9-hijos>
- Organización de los Estados Americanos. (2021). *Convención Americana de Derechos Humanos Pacto San José*.
https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm
- Organización Internacional Para Las Migraciones. (2020). *Centroamérica, Norteamérica y el Caribe Estrategia Regional 2020-2024*.
<https://publications.iom.int/es/node/2698>
- Organización Internacional del Trabajo. (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. ISBN 978-92-2-322581-0.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y Salud*. Género y salud (who.int)

Organización Panamericana de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Informe Final*. https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/5ta_conferencia.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Guía para trabajo del componente comunitario de la estrategia AIEPI*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/7-Componente-comunitario-Guia.pdf>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2013). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Garantizar que los pueblos indígenas tengan acceso a los servicios de salud todavía es una tarea pendiente en las Américas*. <https://www.paho.org/es/noticias/7-8-2015-garantizar-que-pueblos-indigenas-tengan-acceso-servicios-salud-todavia-es-tarea>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas Resumen: panorama regional y perfiles de país*. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Parto culturalmente respetado para mujeres indígenas del norte argentino*. Parto culturalmente respetado para mujeres indígenas del norte argentino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*. OPSHSSHS210018_spa.pdf (paho.org)

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Día Internacional de la Partera: Profesionales capacitadas y partos institucionalizados, dos apuestas para reducir la mortalidad materna*. Día Internacional de la Partera: Profesionales capacitadas y partos institucionalizados, dos apuestas para reducir la mortalidad materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Acompañamiento en el parto: inequidades y desigualdad*. <https://www.paho.org/es/noticias/3-2-2023-acompanamiento-parto-inequidades-desigualdad>

Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional para las Américas de la OMS. (2018). Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica San José, Costa Rica, 2018 Con base al Marco

de Monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>

Ortegón, E; Pacheco, J. F y Prieto, A. (2015). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf

Oviedo-Gómez, F. (2008). *Necesidades en salud de los migrantes en las zonas más deprimidas en Costa Rica: ¿Cómo responden los servicios de salud del Primer Nivel de Atención?* [Tesis de maestría]. Universidad de Costa Rica.

Paravic-Klijn, T y Lagos-Garrido, M. (2021). Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud. *Ciencia y enfermería*. 27(41). 0717-9553-cienf-27-41.pdf (scielo.cl)

Parra, G. (2009). *Naturaleza jurídica de las multas aplicadas en contratos administrativos regidos por la Ley N° 19.886 mandatados por los servicios de salud, a contar de la modificación legal mediante Decreto Supremo N° 1.410 de 2015 del Ministerio de Hacienda*.
http://repositorio.uft.cl/bitstream/handle/20.500.12254/1717/PARRA_GABRIEL%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Patiño-Londoño, S; Mignone, J; Castro-Arroyave, D; Gómez-Valencia, N y Rojas-Arbeláez, C. (2016). Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud Colectiva*. 12 (3). 415-428. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.883>. ISSN 1851-8265.
<https://doi.org/10.18294/sc.2016.883>.

Pineda, E. B; Alvarado, E. L y Canales, F. H. (1994). *Metodología de la Investigación*.
<http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>

Pinzón-Espitia, O. (2014). Liderazgo en los servicios de salud.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6635354.pdf>

- Portanda-Vigabriel, G. (2011). *Tesis de especialidad: Factores culturales que influyen en la calidad de atención en el centro de salud Rosas Pampa*.
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/996918/factores-culturales-que-influyen-en-la-calidad-de-atencion-en-e_tf9iVzR.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible Costa Rica*. Objetivo 3 | Objetivos de Desarrollo Sostenible (ods.cr)
- Quecedo, R y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa.
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- Ricaurte-Cepeda, M y Guerrero-Luna, Y. (2024). Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 24 (42), 1-12 doi:
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp. e353540>
- Rivera-Lozada, O., Rivera-Lozada, I y Bonilla-Asalde, C. (2021). Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana Salud Pública*. 46 (4). SciELO - Salud Pública - Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis (scielosp.org)
- Restrepo-Zea, J; Silva-Maya, C; Andrade-Rivas, F; y VH-Dover, R. (2014). *Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000200015
- Rodríguez, L. (s.f). *Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva*.
<https://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
- Rodríguez-Venegas, V y Duarte-Hidalgo, C. (2020). *Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres Colla de la región de Atacama*. 0719-2681-rda-63-113.pdf (scielo.cl)

- Rojas-Martínez, C; Hernández-Palma, H y Niebles-Núñez, W. (2020). *Gestión administrativa sustentable de los sistemas integrados de gestión en los servicios de salud*. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n01/a20v41n01p06.pdf>
- Saborío-Morales, L e Hidalgo-Murillo, L. (2015). Revisión bibliográfica Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124. Retrieved April 01, 2024, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.
- Sáenz-Campos, D y Unfried-Segura, E. (2019). *Manual para la elaboración de fichas técnicas de medicamentos LOM y NO LOM*. <https://aissfa.ccss.sa.cr/arc/proveedores/17.pdf>
- Sáenz, M; Acosta, M; Muiser, J; y Bermúdez, J. (2011). *Sistema de salud de Costa Rica*. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/11.pdf>
- Salgado de Snyder et al. (2017). *Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos*. Redalyc. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos
- Salgado-Lévano, A. C. (2007). *Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación Del Rigor Metodológico Y Retos*. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/liberabit/v13n13/v13n13a09.pdf>
- Salinas, J. (2017). Reorientación de los Servicios de Salud con Criterios de Promoción de la Salud. *Revista Chilena De Medicina Familiar*, 3(2), 84-95. <http://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/302>
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbXJdWFsaXRhdGl2YXVuaWNvcnR8Z3g6MWZlYTtk4MWNjOGU4ODUwNw>
- Santágata, M y Terrasa, S. (2002). Nota de interés: Asistencia médica basada en la diversidad cultural. <https://ecomecargentina.com/wp-content/uploads/2019/12/transcultural.pdf>
- Sarsaneda del Cid, J y Quintero-Sánchez, B (2018). *Buscando la piel y el corazón ngäbe. Investigación sobre pautas de crianza entre los ngäbe y sus consecuencias para la salud y educación*.

<https://www.unicef.org/panama/media/716/file/%E2%80%9CNi%20kwatda%20ng%C3%A4be%20angwane%20ni%20brugw%C3%A4%20ng%C3%A4be%20k%C3%A4nonda:%20Buscando%20la%20piel%20y%20el%20coraz%C3%B3n%20ng%C3%A4be%E2%80%9D.pdf>

Setó-Pamies, D. (2004). *De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente*. (1ª ed.). ESIC.

Secretaría de Salud. (2020). Política Intercultural en Salud Elementos esenciales: Modelo para la Atención Intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicano. *Subsecretaría de Innovación y Calidad (www.gob.mx)

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2000). *Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social* CCSS.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=2340&nValor3=84123&strTipM=TC

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2014). *Ley Reguladora de Investigación Biomédica* N° 9234.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=96424

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2020). *Reforma del artículo 12 de la Ley 5395, Ley General de Salud, de 30 de octubre de 1973, para proteger a la mujer embarazada, antes, durante y después del parto*.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=90748&nValor3=119665&strTipM=TC

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2021). *Universalización Del Seguro De Enfermedad Y Maternidad*.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=32335&nValor3=34111&strTipM=TC

Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2021). *Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param

1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&strTipM=TC

Solar-López, I. (2023). *Salud Intercultural en el Hospital de Especialidades Pediátricas: Una Propuesta para Mejorar la Calidad de los Servicios*.
<http://repositorio.unach.mx:8080/jspui/handle/123456789/4140>

Suárez-Lima, G.J; Robles-Salguero, R.E; Serrano-Mantilla; G.L; Serrano-Cobos, H.G; Armijo-Ibarra, A.M y Anchundia-Guerrero, R.E. (2019). Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 38. (2.), 153-169.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinbio/cib-2019/cib192k.pdf>

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 56 (2), 295-303. bullwho00439-0136.pdf (nih.gov)

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>

Torreblanca, F. (2019). *Estrategias derivadas del análisis CAME: De reorientación (O + D)*.
<https://franciscotorreblanca.es/estrategias-came-de-reorientacion/>

UNFPA e Instituto Nacional de las Mujeres. (2021). *Caja de Herramientas para la prevención del embarazo en la adolescencia y la violencia contra las mujeres*.
<http://www.prevengamosembarazosenlaadolescencia.inamu.go.cr/>

Universidad de Costa Rica. (2000). *Reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos*.
https://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico_cientifico.pdf

Universidad del Desarrollo. (2021). Interculturalidad en Salud Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. https://www.academia.edu/download/68971531/INTERC_1.PDF

Universidad del Desarrollo; Facultad de Medicina Clínica Alemana; Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina; y Programa de Estudios Sociales en Salud (2021). *Interculturalidad en salud:*

Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales.
<https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357>

Valverde-Bonilla, E y Rodríguez-Jiménez, P. (2021). *Servicio de salud es una deuda pendiente en el territorio indígena de Alto Chirripó.*
<https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/21049/Servicio%20de%20salud%20es%20una%20deuda%20pendiente%20en%20el%20territorio%20ind%C3%ADgena%20de%20Alto%20Chirrip%C3%B3%20%28Febrero%2C%202021%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vargas-Celis, I., Soto-Guerrero, S., Hernández Leal, M y Campos Romero, S. (2020). *La confianza en la relación profesional de la salud y paciente.*
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000300015

Vargas-González, W. (2006). *Atención Primaria de Salud en Acción. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica.* <https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>

Vega-Hurtado, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* (58) 2, pp. 197-201.
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457767703017/html/#:~:text=El%20objetivo%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n,en%20buscar%20el%20mismo%20fin>

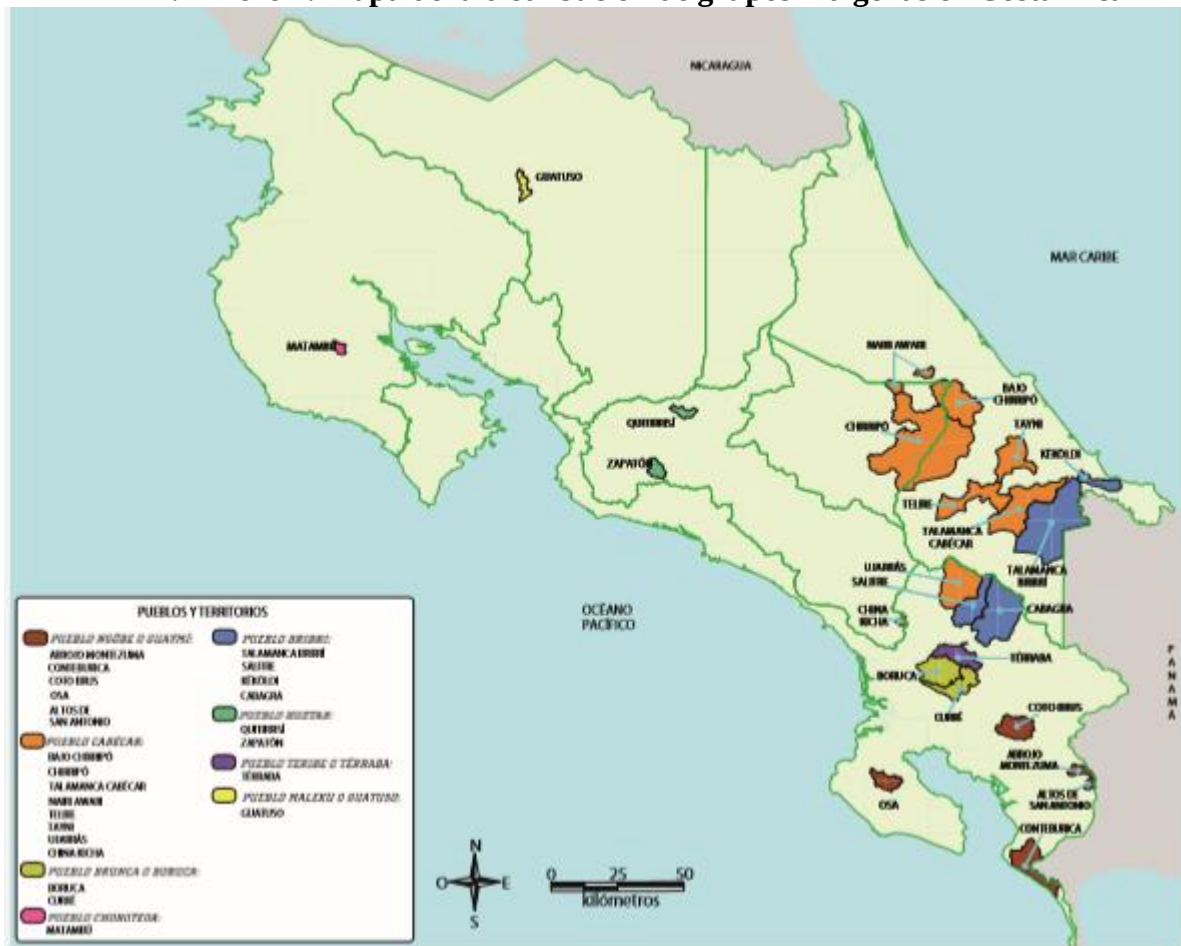
Vega, R y Torres, M. (2011). El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Revista Cubana Salud Pública.* 37(2). 145-54.
<https://scielosp.org/pdf/rcsp/2011.v37n2/10.1590/S0864-34662011000200008/es>

Vicerrectoría de Investigación. (2020). *Resolución VI-17-2020.* *Resolución VI-17-2020 (ucr.ac.cr)

Zahawi, R.(2015). Masiva deforestación en San Vito de Coto Brus pone en peligro decenas de especies. <https://www.elmundo.cr/costa-rica/masiva-deforestacion-en-san-vito-de-coto-brus-pone-en-peligro-decenas-de-especies/>

XII. Anexos

A. Anexo 1. Mapa de la distribución de grupos indígenas en Costa Rica

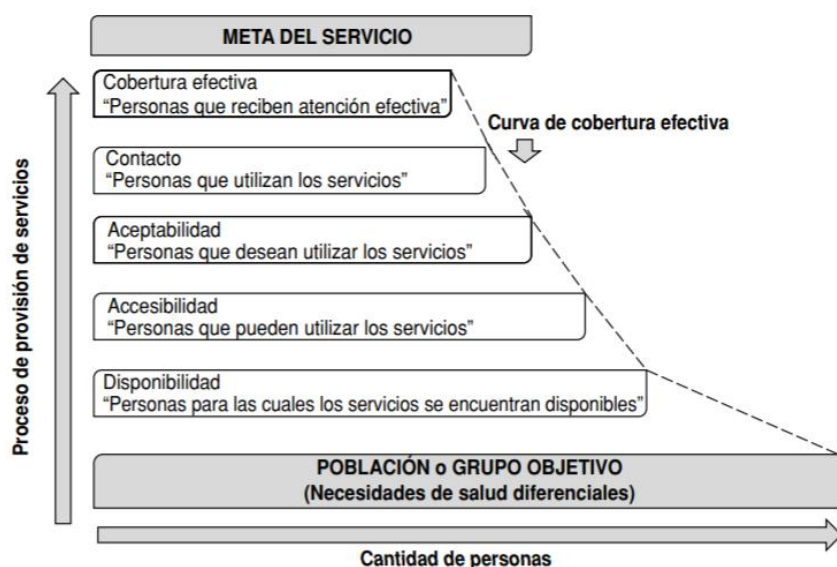


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011).

B. Anexo 2. Modelo de Tanahashi

Figura 6.

Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad



Fuente: Hirmas, et al, (2013).

C. Anexo 3. Guía de entrevista a funcionarias/os de atención directa (A), personal administrativo (B1), personal de seguridad (B2) jefaturas (C) y asesores culturales (D)

Guía de entrevista a funcionarias/os de atención directa (A)

Universidad de Costa Rica Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública Licenciatura en Promoción de la Salud	Número de formulario () A-H- () A-E-
Identificar los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus	
El objetivo de la investigación es diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. El estudio es realizado por estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Es importante mencionar que los datos brindados serán manejados de forma confidencial y su uso es exclusivo para fines académicos. Por lo que se le solicita contestar de acuerdo con su opinión y experiencia. Nota: Se comprende el servicio materno-infantil como todos aquellos procesos relacionados con la atención prenatal, parto, post parto y de seguimiento de la madre y el infante.	

I. Información general

1. Sexo

- a. ☐ Hombre
- b. ☐ Mujer
- 2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? DD / MM / Año
- 3. ¿Cuál es su lugar de residencia?

II. Información sobre el cargo

- 4. Nos podría comentar, ¿cuál es su formación académica base?
- 5. ¿Cuenta con estudios adicionales que quisiera agregar?
- 6. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en la institución?
 - a. ☐ 5 años o menos
 - b. ☐ 6 a 10 años
 - c. ☐ 11 a 15 años
 - d. ☐ 16 a 20 años
 - e. ☐ 21 años o más
- 7. ¿Cuál es el cargo que desempeña actualmente?
- 8. ¿Ha desempeñado otros cargos en el centro de salud?
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No
- 9. Podría describir, ¿cuáles labores realiza habitualmente dentro del centro de salud?

III. Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones en el servicio materno-infantil

- 10. ¿Ha escuchado sobre el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto y Posparto?
 - a. ☐ Sí
 - b. ☐ No **(PASE A LA PREGUNTA 14)**
- 11. ¿Podría explicarnos en qué consiste?
- 12. Ahora bien, a partir de la implementación del Modelo de Atención Calificada ¿cuáles considera que han sido las principales ventajas en este centro de salud?
- 13. ¿Y cuáles considera que han sido los principales desafíos en este centro de salud?
- 14. Entendiendo los factores facilitadores como aquellos cambios que favorecen la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el servicio, ¿podría comentarnos si ha identificado factores facilitadores en el centro de salud?

- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
15. ¿Cuál es su opinión respecto a los cambios que se han generado en el servicio dirigidos a la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé? (**Algunos ejemplos: modificaciones en la infraestructura, en las batas, etc).**)
16. Por otra parte, comprendiendo las barreras como aquellos elementos que dificultan la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el servicio, ¿podría comentarnos si ha identificado barreras en el centro de salud?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
17. De acuerdo con lo mencionado, ¿conoce si existen estrategias para abordar esas barreras?
18. Desde su experiencia ¿qué ajustes adicionales considera que se pueden implementar en los servicios brindados a las mujeres Ngäbe-Buglé?
19. ¿Ha recibido capacitaciones por parte de la institución para brindar atención a las mujeres Ngäbe-Buglé?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No (**PASE A LA PREGUNTA 21**)
20. ¿Cuál es su percepción de dichas capacitaciones?

IV. **Percepción de las funcionarias/os sobre las mujeres Ngäbe-Buglé como usuarias del servicio**

21. Desde su experiencia, nos podría explicar ¿cómo se da la atención a las mujeres Ngäbe-Buglé en el servicio donde usted labora? (**¿Considera que hay diferencias en la dinámica de atención?**)
22. Desde su experiencia, ¿qué necesidades ha identificado al momento de brindar atención a las mujeres Ngäbe-Buglé? (**¿Cuáles necesidades son propias de las mujeres Ngäbe-Buglé?**)
23. ¿Existe algún mecanismo que permita asegurar que las mujeres Ngäbe-Buglé comprendan las instrucciones de los procedimientos vinculados con el control prenatal, embarazo, parto y post parto?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No

24. ¿Existen medios para que las usuarias Ngäbe-Buglé expresen su opinión sobre la atención recibida?

a. () Sí. Especifique: _____

b. () No

25. ¿Qué aspectos considera necesarios para incentivar la confianza de las usuarias Ngäbe-Buglé en el centro de salud?

26. ¿Desea agregar algo más que considere de importancia para la investigación?
(FINALIZA ENTREVISTA)

Preguntas específicas

A1. Nutrición

A1.1 ¿Realizan acciones diferenciadas para brindar alimentación a mujeres Ngäbe-Buglé durante el embarazo, parto y post parto?

a. () Sí. Especifique: _____

b. () No **(PASE A LA PREGUNTA DE CIERRE)**

A1.2 ¿Recibió asesoría por parte de la población Ngäbe-Buglé para realizar las modificaciones en la alimentación?

a. () Sí. Especifique: _____

b. () No **(PASE A LA PREGUNTA DE CIERRE)**

A1.3. ¿Cuál es su opinión respecto a los cambios implementados en la alimentación de las usuarias Ngäbe-Buglé?

A2. Farmacia

A2.1 ¿Se han desarrollado estrategias para explicarle a las usuarias Ngäbe-Buglé el uso adecuado de los medicamentos?

a. () Sí. Especifique: _____

b. () No **(PASE A LA PREGUNTA DE CIERRE)**

A3. Trabajo Social

A3.1 ¿Existen adaptaciones en las intervenciones sociales al pueblo indígena Ngäbe-Buglé?

a. () Sí. Especifique: _____

b. () No

A3.2. Actualmente, ¿el departamento posee iniciativas con proyección comunitaria que giren en torno a la maternidad Ngäbe-Buglé?

a. ☐ Sí. Especifique: _____

b. ☐ No **(PASE A LA PREGUNTA DE CIERRE)**

Pregunta de cierre

¿Desea agregar algo más que considere de importancia para la investigación?

Guía de entrevista dirigida al personal administrativo (B1)

Universidad de Costa Rica Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública Licenciatura en Promoción de la Salud	Número de formulario () B1-H- () B1-E-
Identificar los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus	
El objetivo de la investigación es diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. El estudio es realizado por estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Es importante mencionar que los datos brindados serán manejados de forma confidencial y su uso es exclusivo para fines académicos. Por lo que se le solicita contestar de acuerdo con su opinión y experiencia. Nota: Se comprende el servicio materno-infantil como todos aquellos procesos relacionados con la atención prenatal, parto, post parto y de seguimiento de la madre y el infante.	

I. Información general

1. Sexo

a. ☐ Hombre

b. ☐ Mujer

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? DD / MM / Año

3. ¿Cuál es su lugar de residencia?

II. Información sobre el cargo

4. Nos podría comentar, ¿cuál es su nivel educativo?

5. ¿Cuenta con estudios adicionales que quisiera agregar?

6. ¿Cuál es el cargo en el que labora?
7. ¿Cuáles han sido otros cargos que ha desempeñado dentro del centro de salud?
8. Podría describir, ¿cuáles son sus funciones dentro del centro de salud?
9. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en la institución?
 - a. ☐ 5 años o menos
 - b. ☐ 6 a 10 años
 - c. ☐ 11 a 15 años
 - d. ☐ 16 a 20 años
 - e. ☐ 21 años o más

III. Atención a las usuarias

10. Desde su experiencia, nos podría comentar ¿cuál es el proceso a seguir para brindar atención a las mujeres Ngäbe-Buglé?
11. ¿Existen requisitos específicos para brindar atención a las mujeres Ngäbe-Buglé?
(¿Qué pasa si la usuaria no cuenta con lo requerido?)
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No

IV. Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones del servicio

12. Entendiendo los factores facilitadores como aquellos cambios que favorecen la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el servicio, ¿podría comentarnos si ha identificado factores facilitadores a nivel administrativo?
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No
13. ¿Cuál es su opinión respecto a los cambios que se han generado en el servicio dirigidos a la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé? **(Algunos ejemplos: la incorporación de la asesora cultural, la rotulación, etc).**
14. Por otra parte, comprendiendo las barreras como aquellos elementos que dificultan la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el servicio, ¿podría comentarnos si ha identificado barreras a nivel administrativo? **(Algunos ejemplos: que no sepa leer/escribir, que la asesora cultural no esté presente, etc)**
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No

15. De acuerdo con lo mencionado, ¿conoce si existen estrategias para abordar esas barreras?
16. Desde su percepción, ¿qué ajustes adicionales considera que se pueden implementar en los servicios administrativos brindados a las mujeres Ngäbe-Buglé?

V. Percepción de las funcionarias/os sobre las mujeres Ngäbe-Buglé

17. Desde su percepción, ¿ha identificado necesidades al momento de atender a las mujeres Ngäbe-Buglé? (**¿Cuáles necesidades son propias de las mujeres Ngäbe-Buglé?**)
- a. ☐ Sí. Especifique: _____
- b. ☐ No
18. ¿Existe algún mecanismo que permita asegurar que las mujeres Ngäbe-Buglé comprendan las instrucciones en los trámites administrativos?
- a. ☐ Sí. Especifique: _____
- b. ☐ No
19. ¿Existen medios para que las usuarias Ngäbe-Buglé expresen su opinión sobre la atención recibida en el departamento al cual usted pertenece?
- a. ☐ Sí. Especifique: _____
- b. ☐ No

VI. Formación para las funcionarias/os

20. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación por parte de la institución para brindar atención a las mujeres Ngäbe-Buglé?
- a. ☐ Sí. Especifique: _____
- b. ☐ No (**PASE A LA PREGUNTA 22**)
21. ¿Cuál es su percepción de dichas capacitaciones?

VII. Pregunta de cierre

22. ¿Desea agregar algo más que considere de gran importancia para la investigación?

Guía de entrevista dirigida al personal de seguridad (B2)

Universidad de Costa Rica Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública Licenciatura en Promoción de la Salud	Número de formulario () B2- H- () B2- E-
Identificar los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus	
El objetivo de la investigación es diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. El estudio es realizado por estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Es importante mencionar que los datos brindados serán manejados de forma confidencial y su uso es exclusivo para fines académicos. Por lo que se le solicita contestar de acuerdo con su opinión y experiencia. Nota: Se comprende el servicio materno-infantil como todos aquellos procesos relacionados con la atención prenatal, parto, post parto y de seguimiento de la madre y el infante.	

I. Información general

1. Sexo

a. ☐ Hombre

b. ☐ Mujer

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? DD / MM / Año

3. ¿Cuál es su lugar de residencia?

II. Información sobre el cargo

4. ¿Cuál es su grado académico?

a. ☐ No asistió a ningún centro educativo

b. ☐ Primaria incompleta

c. ☐ Primaria completa

d. ☐ Secundaria incompleta

e. ☐ Secundaria completa

f. ☐ Educación superior incompleta

g. ☐ Educación superior completa

h. ☐ Otros (Especifique)_____

5. ¿Cuál es el cargo en el que labora?
6. ¿Cuáles han sido otros cargos que ha desempeñado dentro del centro de salud?
7. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en la institución?
 - a. ☐ 5 años o menos
 - b. ☐ 6 a 10 años
 - c. ☐ 11 a 15 años
 - d. ☐ 16 a 20 años
 - e. ☐ 21 años o más
8. Podría describir, ¿cuáles son sus funciones dentro del centro de salud?

III. Atención a las usuarias

9. Nos podría explicar, ¿existe un proceso de orientación para la mujer Ngäbe-Buglé en su ingreso al centro de salud? (**¿Existe una estrategia para guiarla?, Diagrama**)
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No

IV. Percepción de las funcionarias/os sobre las adaptaciones del servicio

10. Desde su percepción, ¿ha identificado aspectos que pueden dificultar el paso de las mujeres Ngäbe-Buglé en el centro de salud?
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No
11. Ahora bien, ¿ha percibido cambios que favorezcan el paso de las mujeres Ngäbe-Buglé en el centro de salud?
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No
12. Desde su experiencia, ¿qué ajustes adicionales considera que se pueden implementar en los servicios brindados a las mujeres Ngäbe-Buglé?

V. Formación para las funcionarias/os

13. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación por parte de la institución para brindar atención a las mujeres Ngäbe-Buglé?
 - a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No (**PASE A LA PREGUNTA 15**)
14. ¿Cuál es su percepción de dichas capacitaciones?

VI. Pregunta de cierre

15. ¿Desea agregar algo más que considere de importancia para la investigación?

Guía de entrevista dirigida a las jefaturas (C)

Universidad de Costa Rica Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública Licenciatura en Promoción de la Salud	Número de formulario () C- H- () C- E-
Identificar los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus	
El objetivo de la investigación es diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. El estudio es realizado por estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Es importante mencionar que los datos brindados serán manejados de forma confidencial y su uso es exclusivo para fines académicos. Por lo que se le solicita contestar de acuerdo con su opinión y experiencia. Nota: Se comprende el servicio materno-infantil como todos aquellos procesos relacionados con la atención prenatal, parto, post parto y de seguimiento de la madre y el infante.	

I. Información general

1. Sexo

a. () Hombre

b. () Mujer

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? DD / MM / Año

3. ¿Cuál es su lugar de residencia?

II. Información sobre el cargo

4. Nos podría comentar, ¿cuál es su formación académica base?

5. ¿Cuenta con estudios adicionales que quisiera agregar?

6. ¿Cuál es el cargo en el que labora?

7. Podría describir, ¿cuáles son sus funciones dentro del centro de salud?

8. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en la institución?

a. () 5 años o menos

- b. () 6 a 10 años
- c. () 11 a 15 años
- d. () 16 a 20 años
- e. () 21 años o más

9. ¿Cuáles han sido otros cargos que ha desempeñado dentro del centro de salud?

III. Implementación del Modelo de Atención Calificada

10. ¿Ha escuchado sobre el Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto y Posparto?
 - a. () Sí
 - b. () No **(PASE A LA PREGUNTA 12)**
11. ¿Podría explicarnos en qué consiste?
12. Desde su experiencia ¿cómo ha sido la implementación del Modelo de Atención Calificada en el centro de salud? **(¿Cómo se proyecta a nivel comunitario?)**
13. A nivel de gerencia, ¿cómo se operativiza el Modelo de Atención Calificada?
14. Podría comentarnos, ¿cómo miden el progreso del Modelo? **(¿Han priorizado alguno/os de los indicadores que propone el Modelo o han incorporado otros?) (indicadores de atención de la salud materna y del recién nacido/a, atención por el personal profesional calificado, indicadores de salida para la atención de parto hospitalario, indicadores de trato a la usuaria, e indicadores del entorno habitante: infraestructura).**
15. ¿Conoce si desde el nivel central existe algún tipo de monitoreo o seguimiento para conocer el grado de implementación del Modelo?
 - a. () Sí. Especifique: _____
 - b. () No
16. Podría describir, ¿cuáles han sido los principales aciertos en la implementación del Modelo?
17. Así mismo, ¿cuáles considera que han sido los principales desafíos del Modelo en su implementación en este servicio de salud?

IV. Atención a las usuarias Ngäbe-Buglé

18. ¿Nos podría indicar si existen iniciativas propias del centro de salud para procurar el acercamiento de las usuarias Ngäbe-Buglé?

- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
19. ¿Cómo surge la iniciativa de involucrar a las asesoras culturales en el servicio de salud?
20. ¿Ha percibido cambios a partir de la labor de las asesoras culturales en el centro de salud?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
21. ¿Se han implementado acciones para garantizar la sostenibilidad de las asesoras en el centro de salud?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
22. ¿Se han realizado esfuerzos para asegurar que las usuarias Ngäbe-Buglé continúen utilizando el servicio?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
23. ¿Se garantiza la aceptabilidad del servicio por parte de las usuarias Ngäbe-Buglé?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
24. Nos podría comentar, ¿existe un mecanismo que incorpore la opinión de las usuarias Ngäbe-Buglé en el centro de salud?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No

V. Procesos de coordinación interinstitucional

25. Nos podría describir, ¿cómo es la coordinación en red entre el EBAIS y el Hospital?
26. Nos podría comentar, ¿desde el centro de salud se han creado estrategias para incluir a la comunidad para promover la mejora continua del servicio?
27. ¿Existe algún tipo de coordinación con las parteras de la comunidad/ con Casa Materna?
(¿Cómo ha sido esa experiencia?)
28. ¿Han recibido algún tipo de apoyo por parte del nivel central de la CCSS?
- a. () Sí. Especifique: _____
- b. () No
29. Desde su experiencia, ¿podría destacar algunas de las lecciones aprendidas a lo largo de este proceso de implementación del Modelo?

VI. Preguntas de cierre

30. ¿Desea agregar algo más que considere importante para la investigación?

Guía de entrevista dirigida a asesoras culturales (D)

Universidad de Costa Rica Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública Licenciatura en Promoción de la Salud	Número de formulario () D- H- () D- E-
Identificar los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil brindada a las mujeres Ngäbe-Buglé desde la percepción de las y los funcionarios del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus.	
El objetivo de la investigación es diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. El estudio es realizado por estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Es importante mencionar que los datos brindados serán manejados de forma confidencial y su uso es exclusivo para fines académicos. Por lo que se le solicita contestar de acuerdo con su opinión y experiencia. Nota: Se comprende el servicio materno-infantil como todos aquellos procesos relacionados con la atención prenatal, parto, post parto y de seguimiento de la madre y el infante.	

I. Información general

1. Sexo
 - a. ☐ Hombre
 - b. ☐ Mujer
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Dónde vive?

II. Información sobre cargo

4. ¿Cuántos años tiene de trabajar en la institución como asesora cultural?
 - a. ☐ 5 años o menos
 - b. ☐ 6 a 10 años
 - c. ☐ 11 a 15 años

- d. () 16 a 20 años
- e. () 21 años o más

- 5. ¿Nos podría describir de forma detallada las actividades que realiza al atender a una mujer Ngäbe-Buglé?

III. Atención a las usuarias Ngäbe-Buglé-Percepción de los funcionarios/as sobre adaptación a los servicios

- 6. Desde su experiencia, ¿qué necesita para realizar su trabajo con las mujeres Ngäbe-Buglé?
- 7. ¿Cuál ha sido su experiencia laborando en este centro de salud?
- 8. ¿Cómo es la relación con sus compañeros de trabajo?
- 9. ¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres Ngäbe-Buglé de la atención que reciben en el Hospital de San Vito y el EBAIS La Casona? **(fortaleza-retos del servicio)**
- 10. Según su experiencia, ¿ha reducido o aumentado el uso del servicio?
- 11. Se han hecho cambios en el servicio de salud, ¿usted qué opina? **(¿Sabe qué opinan las mujeres Ngäbe-Buglé?)**
- 12. ¿Qué ajustes adicionales le realizaría al servicio materno-infantil del Hospital de San Vito/EBAIS La Casona?
- 13. ¿Tiene la posibilidad de proponer y hacer cosas nuevas? **(Nos puede contar ¿qué tipo de espacios tiene para ofrecer propuestas? ¿Nos puede dar ejemplos?)**

*SOLO HOSPITAL

- 14. ¿Qué aspectos de la atención del parto en territorio considera que deben contemplarse al atender un parto en el Hospital?

IV. Formación para los funcionarios/as

- 15. ¿Ha recibido capacitación para atender a las mujeres Ngäbe-Buglé?
 - () Sí
 - () No **PASAR A LA PREGUNTA 19**
- 16. ¿Qué tipo de apoyo o capacitación ha recibido?
- 17. ¿Con qué frecuencia ha recibido las capacitaciones?
- 18. ¿Qué opina de dichos apoyos, capacitaciones?

19. Nos podría describir, ¿cómo es la coordinación entre el EBAIS La Casona y el Hospital San Vito cuando se da el proceso de captación de las mujeres Ngäbe-Buglé? (De acuerdo con la condición de la mujer, gestación, parto o post parto).

V. Preguntas de cierre

20. Desde su experiencia, ¿qué significa ser asesora cultural?
21. ¿Desea agregar algo más que considere de importancia para la investigación?

D. Anexo 4. Guía de entrevista dirigida a mujeres usuarias de los servicios (E)

Guía de entrevistas a usuarias de los servicios (E)

Universidad de Costa Rica Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública Licenciatura en Promoción de la Salud	Número de formulario ☐ E- H- ☐ E- E-
Describir los factores facilitadores, las barreras de acceso y la calidad de la atención materno-infantil desde la experiencia de las mujeres Ngäbe-Buglé como usuarias del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus	
El objetivo de la investigación es diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. El estudio es realizado por estudiantes de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Es importante mencionar que los datos brindados serán manejados de forma confidencial y su uso es exclusivo para fines académicos. Por lo que se le solicita contestar de acuerdo con su opinión y experiencia.	

I. Información general

- ¿De dónde es usted?
 - ☐ La Casona
 - ☐ Finca
 - ☐ Otro. Especifique: _____
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Cuántos hijos vivos tiene?
- ¿Cuántos años tiene su hijo/a menor? (**Máximo 6 años**)
- ¿Dónde nacieron sus hijos?
 - ☐ En el Hospital (**OMITIR LA PREGUNTA 7**)

- b. ☐ En su casa
 - c. ☐ En Casa Materna
 - d. ☐ Otro. Especifique: _____
6. Podría contarnos, ¿cómo fue esa experiencia? (**¿Cómo la trataron? ¿Le gustó o no?**)
7. ¿Por qué no ha asistido al EBAIS/Hospital? ***En caso de no haber utilizado los servicios del Hospital o el EBAIS* (FIN DE LA ENTREVISTA)**
8. ¿Cómo se desplaza para ir al EBAIS/Hospital?
- a. ☐ Caminando
 - b. ☐ Bus
 - c. ☐ Taxi
 - d. ☐ Vehículo Propio
 - e. ☐ Otro. Especifique: _____
9. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al EBAIS/Hospital?
10. ¿Alguien la acompaña cuando debe ir al EBAIS/Hospital?
- a. ☐ Sí. (**¿Quién?**)
 - b. ☐ No
11. ¿Dejan que su acompañante se quede con usted?

II. Atención recibida en los servicios de salud

12. ¿Fue a citas antes del parto?
- a. ☐ Sí. (**¿Cuántas?**)
 - b. ☐ No
13. ¿Fue a citas después del parto?
- a. ☐ Sí. (**¿Cuántas?**)
 - b. ☐ No
14. En el EBAIS/Hospital le explicaron ¿dónde tenía que ir? o ¿qué tenía que hacer?
- a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No
15. ¿La persona que la atendió le explicó lo que le hizo?
- a. ☐ Sí. Especifique: _____
 - b. ☐ No
16. ¿Cómo se sintió con el trato que le dieron en el EBAIS/Hospital?
- a. ☐ Muy mal
 - b. ☐ Mal

- c. ☐ Regular
- d. ☐ Bien
- e. ☐ Muy bien

III. Percepción de las usuarias sobre el servicio de salud

- 17. Podría comentarnos, ¿qué es lo que más le gusta/ó del EBAIS/Hospital? (**Trato, Sala de parto, Posición de parto, Batas y Alimentación?**)
- 18. Podría comentarnos, ¿qué es lo que menos le gusta/ó del EBAIS/Hospital?
- 19. Si pudiera elegir, ¿dónde le gustaría/hubiera gustado tener a su bebé? (**¿Por qué?**)
- 20. ¿Qué le haría/hubiera hecho sentir más cómoda para tener a su bebé? (**¿Cómo le gustaría tener a su bebé?**)
- 21. Si tuviera que dar a luz en territorio, ¿a dónde iría? (**¿a quién le pide ayuda?**)

IV. Pregunta de Cierre

- 22. ¿Qué le gustaría incluir en el EBAIS/Hospital?
- 23. ¿Desea contarnos algo más?

E. Anexo 5. Carta de aprobación Mecanismo General de Consulta Indígena



ASOCIACIÓN DE DESARROLLO INTEGRAL DE RESERVA INDÍGENA DE GUAYMI DE COTO BRUS

CED: 3-002-061736

E-MAIL: adiguaymicasona@gmail.com



La Casona; 7 de noviembre del 2022

Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus.

La Casona, Limoncito, Coto Brus, Puntarenas

Estudiantes de Universidad de Costa Rica.

Asunto: Investigación mujeres embarazadas.

Estimados Estudiantes.

Lo siguiente es para dar a conocer que En la sesión extraordinaria número 72 celebrada por la Junta Directiva de Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus, el día 22 de octubre del 2022. En esta reunión se analizó y se da el visto bueno para realizar la investigación en la población Ngábe – Bugle a los estudiantes de Universidad de Costa Rica.

Nos despedimos sin más que agregar.

Firma: Herminia MB
Heminia Montezuma Bejarano
Secretaria de ADIRGCB



Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena Guaymí de Coto Brus.

F. Anexo 6. Consentimiento informado dirigido a funcionarios/as



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Salud Pública

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Título de la Propuesta:

Diseño de una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023

Nombre del/la investigador/a: _____

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/el participante:

Números de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Contacto a través de otra persona: _____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO

La presente investigación se encuentra a cargo de María Daniela Cerdas Rojas, Paula Dinarte Cordero, Steve Alejandro Fallas Sánchez, Ana Victoria López Calderón y Karla Andrea López Ramírez, quienes optan por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud, de la Universidad de Costa Rica, y se encuentran supervisados por la Lic. Karol Rojas Araya quien desempeña el rol de tutora académica/directora. Cabe destacar, que este estudio se financia con los recursos de los estudiantes.

B. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El estudio en desarrollo tiene por objetivo diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. Se tomará en cuenta un aproximado de veinte personas participantes, quienes deberán ser funcionarios/as administrativos y de atención directa de los servicios, y presentar las siguientes características:

·Hombres y mujeres que laboren en el EBAIS la Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, con al menos 1 año de experiencia en el puesto

·Que puedan brindar datos relacionados con la atención de las mujeres indígenas Ngäbe-Buglé

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Su participación dentro de la investigación será por medio de las respuestas que brinde al completar la entrevista compuesta por 26 preguntas para funcionarios/as de atención directa, 22 para funcionarios/as administrativos, 15 para personal de seguridad, 30 para jefaturas y 21 preguntas para las asesoras culturales con un tiempo aproximado de aplicación de 30-45 minutos y su finalidad es identificar factores facilitadores y barreras de acceso que presenta el servicio materno-infantil desde su percepción.

Dichas entrevistas serán desarrolladas con funcionarios/as que se encuentren en el EBAIS la Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus; durante su desarrollo, se grabará el audio, se transcribirá y posteriormente se realizará el análisis de los datos obtenidos, para lo cual es importante recordar que la información se procesará de manera anónima y confidencial.

Los archivos y documentación serán escaneados y guardados en una memoria USB por un período de quince años, tal y como lo indica la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234 vigente para Costa Rica. Durante la investigación los estudiantes protegerán los datos en una carpeta. Dicho estudio se desarrollará en un lapso de un año.

D. RIESGOS

Si llegan a sentir algún tipo de incomodidad durante el proceso, o surgen consultas, comunicarlo a la investigadora de forma inmediata.

E. BENEFICIOS

No obtendrá un beneficio directo de la presente investigación; no obstante, su participación es de vital importancia para identificar posibles barreras y factores facilitadores de los servicios de atención brindados por el EBAIS la Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus. Al finalizar el estudio le serán facilitados los resultados generados, de manera que tenga conocimiento sobre el uso de la información.

F. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta investigación es voluntaria por lo que puede negarse o retirarse del proceso en cualquier momento, sin que exista ningún tipo de problema, ni tampoco pérdida de los beneficios a los cuales tiene derecho.

G. CONFIDENCIALIDAD

a) Los investigadores encargados del estudio, garantizan el estricto manejo y confidencialidad de la información que brinde en las entrevistas y en el momento de la publicación de los resultados de la investigación. b) Las únicas personas autorizadas para brindar acceso a la información son los cinco investigadores y la profesora tutora, hacia otras personas que tendrán acceso con el fin de verificar los registros, procedimientos y los datos de la investigación, para que no sean manipulados de manera incorrecta. c) El o la participante puede acceder a los resultados de la presente investigación, por medio del correo electrónico o a los teléfonos correspondientes de cada investigador.

H. INFORMACIÓN

Antes de iniciar con el formulario, si se presentan dudas o consultas favor comunicarse con los investigadores:

Nombre del investigador: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Ante cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Lic. Karol Rojas Araya profesora tutora de la investigación al correo karolcristina.rojas@ucr.ac.cr, o bien, con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica al teléfono 2511-8248, en horario de Lunes a Viernes de 8:00am a 4:00pm.

- I. Se le recuerda que no perderá ninguno de sus derechos como participante y se le solicita que firme este consentimiento en el espacio indicado al final del documento. Aparte recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión 2 – Junio 2021

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.

G. Anexo 7. Consentimiento informado dirigido a usuarias



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Salud Pública

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Título de la Propuesta:

Diseño de una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023

Nombre del/la investigador/a: _____

Nombre de la participante: _____

Medios para contactar a la participante:

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Contacto a través de otra persona: _____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO

La presente investigación se encuentra a cargo de María Daniela Cerdas Rojas, Paula Dinarte Cordero, Steve Alejandro Fallas Sánchez, Ana Victoria López Calderón y Karla Andrea López Ramírez, quienes optan por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud, de la Universidad de Costa Rica, y se encuentran supervisados por la Lic. Karol Rojas Araya quien desempeña el rol de tutora académica/directora. Cabe destacar, que este estudio se financia con los recursos de los estudiantes.

B. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El estudio en desarrollo tiene por objetivo diseñar una estrategia de reorientación del servicio materno-infantil que favorezca los factores facilitadores, el acceso y la calidad de la atención de las mujeres Ngäbe-Buglé en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus, durante el 2022 y el 2023. Se tomará en cuenta un aproximado de 20 personas participantes, quienes deberán ser mujeres usuarias del servicio materno-infantil y presentar las siguientes características:

·Mujeres indígenas Ngäbe-Buglé mayores de 18 años, que se encuentren en el territorio costarricense y que hayan recibido o reciban atención materno-infantil en el EBAIS la Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus en el período del 2017 al 2023.

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Su participación dentro de la investigación será por medio de las respuestas que brinde al completar la entrevista compuesta por 23 preguntas, con un tiempo aproximado de aplicación de 15-20 minutos y su finalidad es describir su experiencia como usuaria del servicio materno-infantil del EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus.

Dicha entrevista será aplicada a mujeres Ngäbe-Buglé que se encuentren en el EBAIS La Casona y el Hospital de San Vito de Coto Brus; durante su desarrollo, se grabará el audio, se transcribirá y posteriormente, se realizará el análisis de los datos obtenidos, para lo cual es importante recordar que la información se procesará de manera anónima y confidencial.

Los archivos y documentación serán escaneados y guardados en una memoria USB por un período de quince años, tal y como lo indica la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234 vigente para Costa Rica. Durante la investigación los estudiantes protegerán los datos en una carpeta. Dicho estudio se desarrollará en un lapso de un año.

D. RIESGOS

Si llegan a sentir algún tipo de incomodidad durante el proceso, o surgen consultas, comunicarlo a la investigadora de forma inmediata.

E. BENEFICIOS

No obtendrá un beneficio directo de la presente investigación; no obstante, su participación es de vital importancia para identificar posibles barreras y factores facilitadores de los servicios de atención brindados por el EBAIS la Casona y Hospital de San Vito de Coto Brus. Al finalizar el estudio le serán facilitados los resultados generados, de manera que tenga conocimiento sobre el uso de la información.

F. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta investigación es voluntaria por lo que puede negarse o retirarse del proceso en cualquier momento, sin que exista ningún tipo de problema, ni tampoco pérdida de los beneficios a los cuales tiene derecho.

G. CONFIDENCIALIDAD

a) Los investigadores encargados del estudio, garantizan el estricto manejo y confidencialidad de la información que brinde en las entrevistas y en el momento de la publicación de los resultados de la investigación. b) Las únicas personas autorizadas para brindar acceso a la información son los cinco investigadores y la profesora tutora, hacia otras personas que tendrán acceso con el fin de verificar los registros, procedimientos y los datos de la investigación, para que los mismos no sean manipulados de manera incorrecta. c) El o la participante puede acceder a los resultados de la presente investigación, por medio del correo electrónico o a los teléfonos correspondientes de cada investigador.

H. INFORMACIÓN

Antes de iniciar con el formulario, si se presentan dudas o consultas favor comunicarse con los investigadores:

Nombre del investigador: _____

Número de teléfono: _____

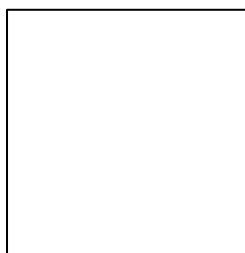
Correo electrónico: _____

Ante cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Lic. Karol Rojas Araya profesora tutora de la investigación al correo karolcristina.rojas@ucr.ac.cr, o bien, con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica al teléfono 2511-8248, en horario de Lunes a Viernes de 8:00am a 4:00pm.

- I. Se le recuerda que no perderá ninguno de sus derechos como participante y se le solicita que apruebe este consentimiento por medio de la firma o huella digital en el espacio indicado al final del documento, o bien, mediante una grabación de voz. Aparte recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

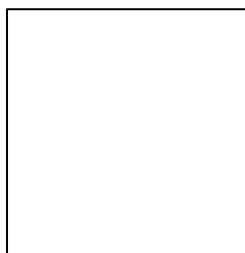
CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.



Nombre y huella digital del sujeto participante

Lugar, fecha y hora



Nombre y huella digital de la testigo

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula de la investigadora que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Versión 2 – Junio 2021

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.

H. Anexo. 8 Consentimiento Informado Traducido a Ngäbere



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Escuela de Salud Pública
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

**TÄRÄ NEBTÄ KUKWE NGWÄNENTÄRI ÑO BÄ TÄ MIKÄNI OKWÄ TÄNKRA
N°9234 “KUKWE REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” ABTÄ
“REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

Kukwe noain tö kädegani:

Kukwe bämiga tö keteiti kiatre kia därere käi ukarete kwin ño aune nitre sribere jatöbiti
ngwäre ye bäri räbare kukwe noaine kwin kiatre diekrä, nan niken abtä kukwe ño kwin bian
nitre merire ngäbere-bukle niken jamike töare EBAIS La Casonan abtä Hospital de San Vito
de Coto Brus te, kä 2022 de.

Kukwe ngäntäri kä: _____

Kukwe täinga kä: _____

kukwe ñobiti blitäre nibe

¿Ño aune mä kuanentäri?

Kökrä ökwä blitäkrä: _____

A. DREGARE KUKWE NGWÄNTÄRI

Kukwe ngwäntäri tö nebiti kä-te kiatre tä däre ye ukärete bäri kwin kräketre nekwe aräto nitre merire niken ja bren mike toare EBAIS La Casona abtä Hospital de San Vito de Coto Brus te aune bren ño aune kräkäi erere migare gare.

Nitre merire ngäbere bukile aibe ye kukwe ne ngwäntäri, kä niena unbre meritre bati-bti abtä ni yee janabrera ja mike toare ja brenbtä yei.

B. ¿DRE NOAIN TÖ?

Kugwe ngoaintäri mä jotró nan janandre ja bren mike töare ye mä kaningabiti ño kwetre sete ja bren mika toare käite.

Blitä ngöaintäri ye grabai abiti kukwe noaitä, dre niei ye täin ñakare ni mädäi jire, täi ukani kwin abtä kukwe ne ere ngübare ño nieta Ley Reguladora de Investigación Biomédicas.

C. RÄBA NAKAINGO

Ja ñaka räba rui kwin naune o mun töraba kukwe ngwäntäri nan noai räba jatö tika käi o ni ngäbe kukwe ngwäntäriga yei.

D. RÄBA NIREKRÄ

Mä blitai ye diebiti ja kräkä mikäi jugwe ye ukäite bäri kwin abtä meritre Ngäbe-Bugle tä niken kanengabiti bäri kwin. Kukwe ngwäntäri jokrä üno aune dre dre kuani ye biäntä täräbtä jatäri müyen.

E. JA DIBIAN JATÖBITI

Mä blitai jatöbiti kukwe nebtä, mä ñakare töräba ñaka kare nan mä nie eitre o mä räba kämiga kukwe yebtä, ye bata kukwe noain ñaka märiere.

F. KUKWE TÄIN ÑAGA NI MÄDÄI

- a) Kukwe ne ñaka täin ni mädäi jire
- b) Ja tötikaga aibe abtä dirigo kwetre aibe kä kukwe niei mäkwe ne töi nekwe ñakare kwitai blö kwetre jire gare.
- c) Ni kukwe täine ne räba nemen kukwe ngwäntäri-bare jatäri ne tuen siba, kögrä ngwän räba ngerengö kukwe ngwäntarigatrei.

G. DRE NIEBARE

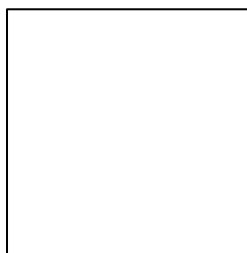
Nane kukwe ñaka ruga gare mäi aune o kukwe ngwäntäri ñan ruka gare ngwäntäri ietre:
Ni kä ño tä kukwe ngentäri: _____
Kökrä okwä blitäkrä: _____

Kukwe mädä ngwäntäri töraba mägwe naune ngwäntäri ni töi kri Liceciada Karol Rojas Araya ie niara ne kukwe diriga ngwäntäri tärä tiga ie karolcristina.rojas@ucr.ac.cr o sribi käi kwe Escuela de Salud Pública kögrä 2511-8248.

H. Mä jän niei naune ja kise tä mikä käi miganite chi bölore nete ne käi täräbtä ye te ñakare nuaune ja kise ukai miga te. Abatä tä ne airebe uäi bian mäi käti ngwäne jai gwi jeñe mägwe käibe.

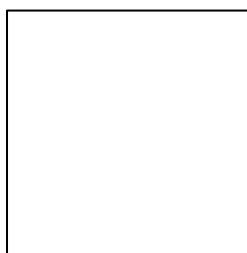
KUKWE GARERA.

Kukwe kiaga tärä nebtä tänbarera tie jokrä tie kwin jatara, drebtä kukwe ngwäntäritä täine nu gare jokrä tie abtä debe tikrä.



Ja kä abtä ja kise tä kukwe täingagwe

Kä-go, köbö abtä ngeäna okwä ño-ngwane



Ja kä abtä ja kise tä uäi nire okwäbiti-gwe

Kä-go, köbö abtä ngeäna okwä ño-ngwane

Ja kä, ja kise tä uäi abtä cédula kukwe ngwäntärigagwe kä kukwe ngentäri gare niega

Kä-go, köbö abtä ngeäna okwä ño-ngwane

Versión 2 – Junio 2021

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.