

# **Innovaciones en atención primaria a Indígenas**

Proceso de producción de conocimiento que dio origen a la ponencia: Sistematización de proceso de investigación-acción y/o de intervención social.

Grupo de Trabajo: N° 19: Salud y Seguridad Social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

Fernando Coto Martén

## **Resumen**

Las ciencias sociales son clave en la atención primaria de la salud. Trabajamos con el parámetro de la salud nutricional e impulsamos el desarrollo humano. Laboramos con fuentes primarias e ingresamos por la fértil dimensión de la interculturalidad. Partimos de un diagnóstico de las prácticas agrícolas tradicionales indígenas y hacemos la transferencia tecnológica. Manejamos información sobre determinantes sociales de la salud y un Banco de Semillas. En nuestra estrategia, la participación social y la intervención multisectorial, ocupan un importante sitio. La salud es un producto social. Nos desempeñamos en el escenario para la actuación deliberada, la Huerta Comunitaria y Demostrativa. Reflexionamos sobre las consecuencias sociales de las políticas públicas en materia de equidad.

**Palabras claves:** Indígenas, interculturalidad, salud.

## **INTRODUCCIÓN**

Desde hace algunos años para acá, la Caja Costarricense de Seguro Social ha llevado hacia adelante un Proyecto de Promoción de la Salud con un componente agrícola, de rescate de la agricultura de subsistencia y las huertas familiares, en diferentes territorios indígenas y áreas deprimidas de la Región Brunca. En la distancia, la visión institucional. Dentro de un proceso de actuación deliberada y trabajo integrado, se construye un modelo de interacción social, a partir de los mismos valores de las culturas agrarias y la identificación, recuperación y socialización de la semilla criolla. Como un acto de control social y humanidad, consideramos trascendental el cultivo de hortalizas, verduras, árboles frutales y productos vegetales alimenticios y medicinales del bosque. Nuestro pivote, el paradigma de la inclusión social.

El fortalecimiento de la salud, el acceso a la atención integral y la participación social, son los elementos centrales, cuestión que se ha enriquecido con la experiencia y la interacción social enriquecedora. Nuestra óptica sociológica entra a la palestra y con todo y nuestra propuesta relativa al entendimiento creativo, a la construcción social de la salud, la investigación sociocultural y a la puesta en movimiento del imaginario colectivo. Desarrollamos una serie de insumos para la toma de decisiones y aplicamos una gama de estímulos morales. Hacemos sinergia. El ingrediente emotivo, coadyuva al posicionamiento del Proyecto.

Para brindarle asidero a la misión del Servicio en Sociología, en el Área deprimida del cantón, partimos de la siguiente premisa: en Buenos Aires, tenemos la presencia de un mosaico de identidades y de una serie de problemas sociales y ambientales, a los cuales se les debe dar solución. Al establecer nuestros planteamientos, cumplimos con el principio de equidad. Los asertos que hemos decantado, se entrelazan con una novedosa estrategia de intervención multisectorial en la realidad. Hacemos un análisis de coyuntura y de la crisis mundial de los alimentos.

Desde nuestra perspectiva, estamos frente a una situación que hay que revertir. Nos enrumbamos en dirección al desarrollo humano sostenible. Hay que fijar la mirada en el trabajo y en el ejercicio. Nuestro estandarte, el mejoramiento de la calidad de vida de la gente. Ingresamos al escenario comunitario para la actuación deliberada e impulsamos la renovación del vínculo con la Madre Tierra. Establecemos un círculo virtuoso, con el concurso de varios entes educativos y el enfoque en el eje de la alimentación saludable, con una metodología científica innovadora. Con el soporte del trabajo comunitario y el desarrollo de una serie de actividades que aumentan el capital psicológico. Hemos construido una columna vertebral, para darle asidero a la coordinación interinstitucional. A nuestro haber, una bien trazada imagen-objetivo de la situación deseada.

Cuando se estableció el primer contacto con los antepasados de los sectores que hoy predominan en la sociedad, la dieta nutricional indígena era adecuada y balanceada y los niveles de salud aceptables. Se utilizaban de manera primordial los productos del bosque, en especial algunos animales silvestres que hoy se encuentran en peligro de extinción. Se cosechaba el frijol, el maíz y el ayote, la trilogía básica alimentaria, a la que se refiere el Dios Sibü. Más adelante, con el proceso de globalización a raíz de la invasión de los españoles, se comienza a cultivar arroz, el cual se pilaba y con esto se ingería un producto integral y más nutritivo. Si bien en algunos sectores estas costumbres aún se mantienen, en la actualidad su dieta deja mucho que desear, tanto cualitativa como cuantitativamente. Por ejemplo en ciertos casos, el consumo excesivo de sal y grasa en cuenta de cerdo, contribuye a desarrollar piedras en la vesícula. Pero asimismo, existe una medicina natural para extraerlas naturalmente, aunque es evidente que es mejor fortalecer la salud con una dieta equilibrada y ejercicio, que evite esta situación.

A pesar de los avatares y otras cortapisas que se han presentado, hemos logrado avanzar y obtenido apoyos de diversa naturaleza. En el presente, cabe afirmarlo con autoridad moral, hemos recibido el reconocimiento, en varias ocasiones y circunstancias, de la comunidad científica. Además, hemos mantenido una constante retroalimentación enriquecedora con la academia y participamos de la caminata por la CAJA que se realizó a fines del año 2011, para solidarizarnos con las respuestas institucionales a la crisis y hacer un aporte simbólico, desde la misma reserva del Patrimonio Cultural Indígena y de nuestra imaginación sociológica, a la causa que estamos enarbolando, que nos compete a todos, pero que descansa primordialmente en los hombros de la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva de la C.C.S.S. Así fue como le entregamos una escultura tótem “espanta bichos”, de Elio Reyes Sibar, de Chiroles Talamanca, cuyo nombre en cabecar es örö-ga-pú. Es el ave maligna o espíritu del mal que es derrotada por el guerrero Jawa, gracias a una comisión-encargo que le hicieron los médicos indígenas y la utilización de su astucia.

Pero hagamos un esbozo histórico y mencionemos las preguntas del qué, el para qué y a quien nos dirigimos, de manera acompasada, junto a la transferencia tecnológica, el déficit de minerales y vitaminas en la dieta y la constitución de alianzas público privadas.

En este sentido, la presente ponencia delinea en sus grandes trazos el trabajo en equipo y la coordinación interinstitucional en lo que respecta al mejoramiento de la atención en salud para los diferentes pueblos en los Territorios Indígenas y localidades del Cantón de Buenos Aires, que, de acuerdo a un primer acercamiento censal, tienen habitantes descendientes directos de los nativos originarios de estas tierras. A su vez, contempla el desarrollo de acciones concertadas con los aborígenes para la consecución de recursos de diversa índole y procedencia, con el fin de hacer una realidad el avance y crecimiento de un sistema de salud coherente con sus particulares especificidades culturales, el cual por diversos medios y mecanismos institucionales ha entrado en marcha, pero que necesita ser reforzado y apuntalado, para darle la más amplia solución de continuidad.

Es correcto mencionar que durante la administración de don Oscar Arias se hace un giro, para concebir a la salud como un producto social. Una auténtica forja de oportunidades de vida en vista de la alteración en las relaciones de armonía con la Madre Naturaleza, de la paulatina desaparición de su estilo de vida y modo originario de producción, situaciones que han provocado la modificación de sus hábitos alimentarios. Toda una tendencia que nos dispusimos revertir.

Y entrada la administración de doña Laura Chinchilla, a Buenos Aires nos llega un afiche, en el mismo momento en que le respondíamos con éxito a la epidemia del dengue, con una campaña de difusión de información, acompañada de la consabida fumigación, que no resuelve el problema. Con una gran creatividad, el impreso proyecta la consigna acuñada de que “Una comunidad organizada es Salud”, para cumplir el círculo virtuoso y abrirle campo a la prevención. El Ministerio de Salud encaró la necesidad de que las comunidades se organizaran para estos efectos, eliminando los receptáculos de agua estancada y los basureros, en donde pululan los criaderos del mosquito vector. Para salir adelante...

## **METODOLOGIA**

Es correcto apuntar que nuestra gestión en promoción de la salud se remonta al tiempo en que con una genuina conciencia, la Subgerencia Médica de Regiones de la Caja Costarricense de Seguro Social, a través de la Dirección Médica de la Región Brunca en ese entonces, realizó como consultorías externas los Proyectos de “Fortalecimiento de la salud, el acceso a la atención integral y la participación social”, en varias áreas deprimidas de la Región Brunca. Se vieron beneficiados los territorios indígenas de Ujarrás, del pueblo cabécar, Boruca, del pueblo brunca y Coto Brus, del pueblo nögbe, entre los años 1999 al 2001.

Traemos a colación esta cuestión pues además en la Administración 1998-2002 el Ministerio de la Presidencia fue el encargado a través del Programa de Desarrollo Rural de encaminar el Plan Nacional de Desarrollo para los Pueblos Indígenas, el cual contaba con una Comisión Técnica y la CAJA con su representante en la Región Brunca, el suscrito sociólogo. Las diversas Instituciones establecieron compromisos con las comunidades indígenas, cumpliendo lo acordado, los plazos y términos negociados, asistiendo a reuniones y talleres y actualizando la información, a través de la utilización de la metodología de las matrices. Faltó hacer una evaluación en perspectiva de todo este Plan y de la convalidación de necesidades y tomar una decisión, pero la experiencia fue muy fructífera. Mientras tanto, el engranaje se terminaba de conformar con la labor de la Comisión Política, que se reunía en Casa Presidencial. Desde estos primeros pasos, nos percatamos de lo difícil que es el trabajo con los pueblos indígenas, pero asumimos el desafío.

Asimismo, para hacer un relato de cómo atar cabos, realizar un recuento y proceder de acuerdo a los cánones del quehacer científico, habría que incluir al ejercicio que hizo ARADIKES (Asociación Regional Aborigen del Diques) en conjunto con el grupo Dúrika y la Fundación Costa Rica-Canadá, en el año de 1998, que les salió un tanto descoyuntado. Las intenciones fueron buenas, pero le faltó una extremidad fundamental, que nuestras pesquisas sí han destacado. Nos referimos a la instancia comunitaria de representación indígena, para insuflar cohesión social y responsabilidad compartida, hacia el futuro. Así es como nosotros hemos concebido a la Huerta Comunitaria y Demostrativa, contribuyendo a su vez, al aprendizaje.

En efecto, en el año 1998, se realizó una capacitación en la montaña sobre huertas caseras y aprovechamiento de los productos del bosque, dirigida a las mujeres cabécares fundamentalmente. Sucedió que falló el seguimiento al trabajo en las eras caseras, además tal como lo comentamos más arriba, la iniciativa olvidó establecer un escenario comunitario para la actuación deliberada, que coadyuvara en el apuntalamiento de la idea y en donde asimismo se incorporara a la progenie.

Nosotros, en cambio, para darle asidero y vuelo a estos asertos, decantados con mística y vocación de servicio público, hemos forjado además un canal de comunicación intrainstitucional, que hace la diferencia.

Pero refirámonos al gesto inicial. Conocemos del Programa de Huertas Escolares que había ido desfalleciendo, por falta de interés de los docentes. Asimismo, se abren nuevos espacios y se preparan diversos informes.

El horizonte empieza a clarear. Un largo itinerario de reuniones y consultas, que le dan pie a la negociación con las comunidades y a la puesta en marcha del nuevo modelo de atención integral en salud y a un haz de estrategias de promoción de la salud y en el campo de la prevención social. Al inicio del nuevo milenio, desplegamos las alas, con el control social como estandarte y el desarrollo de una metodología creativa, interactiva y participativa y la temperatura idónea para comenzar la ebullición.

El criterio técnico hace acto de presencia. Nos retroalimentamos. Con una gran convicción, libramos una serie de luchas a favor de los pueblos indígenas. Tomamos conciencia de la realidad institucional y de la inercia del viejo modelo de atención. Superamos el conflicto. Ingresamos, como punta de lanza de la cultura popular a la fértil dimensión que denominamos innovaciones en atención primaria a indígenas. Desarrollamos toda una gama de representaciones culturales e insuflamos sinergia proactiva, para darle solidez al cuerpo social, el cual se manifiesta plétórico de vida. Es bueno señalar que la pauta de esta gestión en seguridad alimentaria y nutricional, siempre la han marcado las especificidades culturales indígenas.

Como dato relevante, el hecho es que la más alta jerarquía de nuestra Institución se percató de cómo los y las aborígenes se apropian del conocimiento, al participar de un trabajo de campo mancomunado y en una gestión propositiva. Con gran satisfacción podemos señalar que la evaluación científica respalda esta gestión.

## **RESULTADOS**

Para ubicarnos en el entarimado y proseguir con este trabajo, hay que mencionar la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional que aprobó el Ministerio de Salud en el 2011 y de su aplicación llena de vida en el Territorio Indígena bribri de Salitre, con el “Proyecto Comunidad Modelo Las Rosas 2012-2013”, sobre todo el gran entusiasmo de la niñez de la Escuela y la esperanza en que este proceso significativo de política pública avance como debe ser. En efecto, la criatura da sus primeros pasos, en Buenos Aires de Puntarenas y tejemos la realidad, con la constitución de la Huerta Comunitaria y Demostrativa. De ahí a las huertas familiares y caseras, los nuevos emprendimientos y encadenamientos productivos. Con esto a través del tiempo, hemos ampliado significativamente el porcentaje de la población que recibe atención por el Sistema de Salud y le damos un fuerte respaldo a la tradición por cuenta propia, al esfuerzo por tener “de todo” en el solar de la casa.

Es bueno recordar que nuestro trabajo tesonero logró producir desde sus inicios un gran impacto sociocultural. El tema nos cautiva, para hacer nuevas contribuciones y alcanzar nuevos logros. Además, las tareas y actividades organizadas en el campo actuaron como una función manifiesta, una especie de émbolo para mantenernos a la vanguardia en el trabajo con las otras instituciones y a convertirnos en pioneros en la Región Brunca, de una serie de cuestiones para resguardar.

Sobre todo, nuestro sistema agrícola mano de obra intensiva, componente de primer orden en estos iniciales proyectos, tuvo su prueba de fuego.

Los resultados alcanzados se presentaron a la luz del día y constantemente recibíamos la visita de los altos mandos, que querían conocer a su vez la investigación sociocultural de alto calado que llevábamos a cabo.

De nuestro lado, consideramos que el camino por recorrer se encuentra desbrozado, aunque nunca faltan obstáculos que quieran impedir que cumplamos a cabalidad con nuestra misión.

El punto es que este tema de la agricultura de subsistencia y de las huertas está sobre el tapete del debate, en cuenta fue cuestión medular en el reciente “Coloquio sobre Salud Mental”, que la Escuela de Psicología de la U.C.R. celebró en el mes de mayo del 2012. A su vez, cabe mencionar con propiedad las políticas que afectaron al agricultor, pues el mensaje que trascendió era el dejar de sembrar los artículos que resultaba más barato conseguir comprados en el extranjero. De hecho, esto también afectó la siembra de la llamada “comedera”, por parte de la gente. Asimismo, se generó como un espejismo,

de que ahora el MAG solamente se ocupaba de la agricultura comercial, cuestión sin fundamento alguno.

Para completar el recuento: durante la administración de don Oscar Arias, ejecutamos el Proyecto “La Semilla”, un proyecto piloto en tres comunidades indígenas, piedra angular de un esfuerzo de planificación estratégica de gran alcance, que contó con una Comisión que se estuvo reuniendo en varias ocasiones, en cuenta en el Ministerio de la Vivienda, quien designó a un antropólogo como su representante. Desde aquí funcionaba el Sector Social.

Un trabajo en equipo multidisciplinario, una acción interinstitucional e intersectorial, promovida con un gran sentido ejecutivo por la Oficina de Apoyo Social de la Casa Presidencial, a través de esta Comisión ad hoc. Se desarrollaron tres talleres participativos sobre las prácticas agrícolas tradicionales Indígenas, en Térraba, Boruca y Ujarrás, prolegómeno de gran importancia, sustrato de todo el andamiaje posterior. El antropólogo mencionado más arriba, elaboró una matriz, para recoger toda esta información y proceder al diagnóstico. También se preparó un cuestionario, para estos mismos efectos. Todo esto, en virtud de un cúmulo de responsabilidades previamente negociadas entre los miembros del equipo, para realizar el trabajo de campo.

Fue así como los pueblos respondieron a la convocatoria. Establecimos la Huerta Comunitaria y Demostrativa, como instancia de representación indígena, para el desarrollo de estas jornadas de capacitación en agricultura orgánica, coyuntura que le dio pie a la recuperación, identificación y socialización de la semilla criolla. De ahí a las huertas familiares y caseras, los nuevos emprendimientos y encadenamientos productivos. Con esto ampliamos significativamente el porcentaje de la población que recibe atención por el Sistema de Salud y le dimos un fuerte respaldo a la tradición por cuenta propia, al esfuerzo por tener “de todo” en el solar de la casa, situación que implica a su vez retomar la visión holística de nuestros ancestros, abrirle el campo a la participación, a las especificidades culturales y al cultivo de una identidad.

En nuestras manos, desde un primer momento, teníamos bien asida la hipótesis que un salubrista público desarrolló: mala nutrición, más problemas higiénicos sanitarios, con enfermedades gastro-intestinales y deficiente calidad del agua para consumo humano, igual a muerte. A igual, el mecanismo permanente para el acceso a las semillas, los aportes de diversas semillas de hortalizas, fundamentalmente híbridos, que nos ha dado La Oficina Nacional de Semillas, desde el año 2009.

De esta manera cumplimos con los lineamientos de política pública para grupos marginados claramente establecidos, que tanto la CAJA como el poder ejecutivo han señalado. Tomamos el rumbo certero, gracias a la hoja de ruta que tenemos en nuestras manos. Retomamos el asunto. Con un camino andado, estamos ingresando por la fértil dimensión de la interculturalidad. Por ejemplo, en Boruca, en el año del 2012, comienza a funcionar los sábados una Feria del Agricultor tradicional, donde el componente cultural, tiene su lugar.

Reflexionamos en las consecuencias sociales de las políticas públicas en materia de equidad, en el holismo y en la dimensión integrativa, para darle su lugar a la medicina natural. El principio de equidad social lo definimos de esta forma: a los que son diferentes o a los que nos iguales, no se les puede tratar igual, hay que tratarlos de forma diferente, con todas las consecuencias o implicaciones que de esto se deriven.

Para ubicarnos en el entarimado y proseguir con este trabajo, hay que mencionar la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional que aprobó el Ministerio de Salud en el 2011 y de su aplicación llena de vida en el Territorio Indígena bribri de Salitre, con el “Proyecto Comunidad Modelo Las Rosas 2012-2013”, sobre todo el gran entusiasmo de la niñez de la Escuela y la esperanza en que este proceso significativo de política pública avance como debe ser. En efecto, la criatura da sus primeros pasos, en Buenos Aires de Puntarenas, con la mejora de la alimentación que brinda el comedor, el aprovechamiento colectivo de la cosecha y el cambio en los hábitos alimentarios.

Por cierto, para el mes de agosto del 2012, tuvimos la visita del Dr. Gabriel Quesada de la UNED, ecologista de gran trayectoria a quien contactamos en razón del interés que nos despierta el equilibrio

ecológico, con el que tiene un compromiso el “Proyecto Comunidad Modelo Las Rosas”. En conjunto con funcionarios del Ministerio de Salud realizamos una visita, teniendo también en la mira el bienestar social.

Precisamente, en conjunto con don Gabriel, utilizamos toda una gama de estímulos morales con la niñez, para promover su interés en el mensaje. La vivencia y un auténtico trabajo compartido pusieron la tónica, para conformar un ambiente lúdico que recreó su estilo originario de vida.

## CONCLUSIONES

Ahora sí, al contar con esta plataforma, podemos hacer referirnos al Plan de Desarrollo Institucional de la CAJA hacia el 2025, que concibe la renovación de la Institución, el acceso a servicios de calidad y la atención integral en salud para los pueblos indígenas, con una óptica novedosa. Dentro de la gestión, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud nos permite entre otras cuestiones desarrollar con propiedad el estudio de la salud mental de los pueblos originarios, a través de la renovación del vínculo con la Madre Tierra.

En el caso del Servicio en Sociología, en nuestra propuesta además sobresalen el trabajo integrado, el entorno natural, el considerar el parámetro de la salud nutricional, el cambio en los hábitos alimentarios, el trazar puentes para el acceso a los servicios, las medidas de articulación interinstitucional, la estrategia de intervención multisectorial en la realidad, la concertación social con los pueblos indígenas, la acción social con arreglo a fines y el establecer el rumbo en dirección al desarrollo humano sostenible.

Por cierto, entramos en sintonía con el Proyecto Huerta y Abono Orgánico Alma Mater, Montes de Oca que tiene una experiencia valiosísima, que le pedimos a Paulina Mata compartir con el suscrito sociólogo. Nos contactamos en La Feria del Ambiente en la U.C.R., para el 5 de junio del 2012. Del mismo modo, le enviamos varios de nuestros trabajos literarios y escuchamos por Telesalud la Conferencia de la Dra. Maricruz Ramírez Dileoni, experta en nutrición, del Área de Promoción de la Salud de la C.C.S.S., sobre Alimentación Saludable y Hábitos Alimentarios, impartida el 21 de junio del 2012. Hicimos un comentario y una pregunta sobre el sobrepeso y su relación con las comidas.

Del mismo modo, en INFOCAJA en Internet de la Institución, hay una entrevista del suscrito realizada por el Lic. Luis Diego Coto, que hace que el lector tome conciencia sobre la gestión de las políticas sociales y vislumbra la reforma del Estado desde la misma trinchera que nos ha tocado habilitar.

El trabajo se introduce con la máxima que “El sistema de Salud debe ser acorde a las características socioculturales de la población”. Como elementos medulares del posicionamiento del Servicio en Sociología y del perfil original que adquirimos, se destacan los siguientes: 1) la formulación de la propia de la política alimentaria, con el concurso de los indígenas 2) las implicaciones del autocuidado de la salud, 3) el estar al tanto de la autopercepción en salud, 4) la participación social y la promoción del crecimiento de la economía por cuenta propia y la agricultura de subsistencia; 5) el trabajo con redes sociales, 6) el ajustar las estrategias de prevención de las enfermedades y generar insumos de investigación social para mejorar la coordinación.

Hacemos nuestros aportes, en conjunto con el Sector Agrario, poniendo en movimiento el imaginario colectivo, con renovadas energías. Vale una especial mención de nuestra participación como expositores en la primera Feria del Maíz y el Frijol de la Región Brunca (2009).

Asimismo, hacia adelante, le abrimos espacio a la transferencia tecnológica, con la presencia del Núcleo Agropecuario del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), con la I Jornada de Capacitación en Agricultura Orgánica. Entonces, también impulsamos el desarrollo socioeconómico y enfrentamos la pobreza; y queremos darle una respuesta al alto nivel de rezago social del cantón.

Del mismo modo, tenemos una gran disposición para generar la toma de conciencia en torno a los problemas ambientales y la importancia del entorno sociocultural, el cultivo de una identidad, la autodeterminación y la eficacia, el impulso de los valores culturales con vocación de futuro, la

dinámica de la semilla, el engranaje del aprovechamiento colectivo de la cosecha, la mejora de la autoestima y de los servicios médicos, la superación de las personas humanas, para aumentar la capacidad resolutive y la gestión integrada del sistema de salud. Se otea un nuevo horizonte, el del nuevo modelo de atención integral, con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como sus pilares. Y es que además de estar realizando una adecuada contextualización de todos estos propósitos, a futuro habría que tomar en cuenta el hecho de que también requieren de oportunidades de vida y un cambio en las categorías mentales, para ubicarse en el mundo de la elevación de la productividad del trabajo, la producción de excedentes, el desarrollo social, la economía asociativa, la organización en cooperativas agroindustriales y los nuevos emprendimientos, tal como lo señala el modelo que propone la Fundación Ciudadanía Activa, presidida por la Dra. Astrid Fischel Volio.

Es justo señalar que hemos estado enfocados en los ejes de la participación social y la alimentación saludable, pero teniendo en mente la red de instituciones que se han de articular, alrededor de los otros componentes tales como el camino, el acueducto etc. Un trabajo integrado, para modificar las condiciones de vida, cuya base es el mismo empoderamiento de la gente y la puesta en funcionamiento del ente Banco de Semillas.

Además, coordinamos con la Dirección del Área Rectora de Salud de Buenos Aires y la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación en Salud del Ministerio de Salud, sede central, para establecer una solución de continuidad con el actual gobierno. En efecto, con un diagnóstico certero, a partir de una carta de intenciones del dirigente indígena don Maximino Figueroa y de un acuerdo inicial, con un provechoso camino andado, proseguimos en la liza, con la fortaleza de ser una alternativa efectiva, frente a la crisis de gestión que sufre nuestra Institución, para atender poblaciones vulnerables. De esta forma, generamos un impacto positivo, a través de la promoción de alianzas estratégicas.

El Régimen de Seguridad Social Costarricense se fortalece y nosotros hacemos eco de los principios de solidaridad social y universalidad y honrando los compromisos que nuestra Institución asumió de cara a la ratificación del Convenio 169 del OIT.

Con el “Proyecto Comunidad Modelo Las Rosas”, en el año 2012, se ha solicitado se le facilite consulta odontológica preferente a la niñez de esta Escuela, cuestión que todavía falta por tramitarse. Solamente la ATAPI de Salitre se desplaza por el Territorio Indígena Bribri de Salitre y hace su recorrido por las viviendas, teniendo la gente que trasladarse hasta el centro de Salitre, para sacar cita con la llamada Medicina Comunitaria.

Con creatividad implementamos la definición del Dr. Sánchez Jovel, de que “salud son caminos, electricidad, vivienda”. Nosotros nos proyectamos con el desarrollo de nuevas capacidades de gestión, el saneamiento ambiental, la reforestación, la revitalización de las prácticas alimentarias tradicionales que realizan las encargadas del comedor escolar y la cultura del reciclaje.

Para terminar, vamos a introducir un fragmento de la primera escena de la obra de Teatro Ditsöpa (Somos la semilla, en lengua bribri) que representamos en octubre del año 1999, fundamento del enlace pionero con la medicina natural y complementaria que impulsamos con el programa de Parteras Tradicionales Indígenas, con sus prácticas innovadoras.

Primera escena: la Sacerdotisa levanta la vasija donde se encuentra la gran semilla y la ofrece a SIBU-SURA. Se encuentra subida en un altar ceremonial. A sus pies, de rodillas, una mujer porta el incensario del gran sahumero. La escena transcurre en un bosque primario, con grandes árboles y majestuosa vegetación. Se escucha una música ritual y el canto del caracol.

**SACERDOTIZA:** Levanto esta vasija para hacer manifiesto el origen del mundo. SIBU-SULA, Acompáñenos en nuestra travesía, astros del universo y la gran casa, rancho cónico de nuestros ancestros. En esta madrugada imploro a nuestro gran Dios para que nos señale el sendero.

**MUJER DEL INCENSARIO:** Que la cosecha sea propicia y el maíz crezca fecundo, en honor de la MADRE NATURALEZA, de las Juntas y el Mano Vuelta. Que se reparta y comparta la chicha por todos los confines y que nuestra descendencia, la niñez de nuestras vidas, tenga su propio sustento.

## BIBLIOGRAFÍA

Coto, F (2010). Apuntes Sociológicos para una acción concertada Ponencia XII Congreso Centroamericano de Sociología ACAS 2010. Costa Rica 2010

Dirección de Servicios de Salud de la Región Brunca, Subgerencia Médica de Regiones y Gerencia Médica (2000). Declaratoria del I Encuentro entre Parteras Tradicionales Indígenas (Cantones de Buenos Aires y Coto Brus) y Parteras Empíricas

Con enfermeras y obstetras del Hospital Escalante Pradilla. Costa Rica.

Fernández, S (2011). El banquete de Sibö Historias y Canciones del pueblo cabecar 1 Edición/ Aye yuwesá, San José, Costa Rica. 220 pág.

Fischel Volio, Astrid y Barahona Martínez, Ana Maritza (2012)

Manual de Procedimientos y Servicio al Cliente Cooperativa Cogestionaria de Acción Solidaria CoopeAS R.L. Infocoop, 81 pág.

Fischel Volio, Astrid y Barahona Martínez, Ana Maritza (2011). Manual de Frutas y Vegetales. CoopeAs R.L.

Infocoop, San José, Costa Rica. 163 pág.

Morgan, L (1977). Participación Comunitaria en Salud. La política de Atención Primaria en Costa Rica Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 291 pág.

Caja Costarricense de Seguro Social (2007). Territorialización de Políticas Públicas Fundación para el Desarrollo Local y el Fortalecimiento Municipal e Institucional De Centro América y el Caribe (Fundación Demuca) Aprobado por Junta Directiva

Art 1 sesión 8150 celebrado el 10 de mayo del 2007 1 Edición 247 págs.

## ANEXOS:

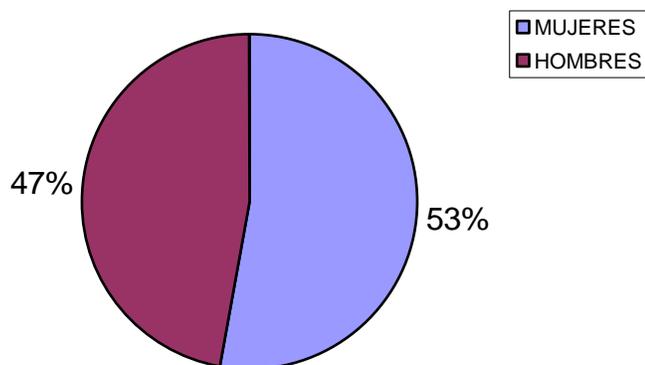
### MATRIZ CONTROL *Shigella sp.*

#### FERNANDO COTO MARTEN SOCIOLOGO A.S.B.A.

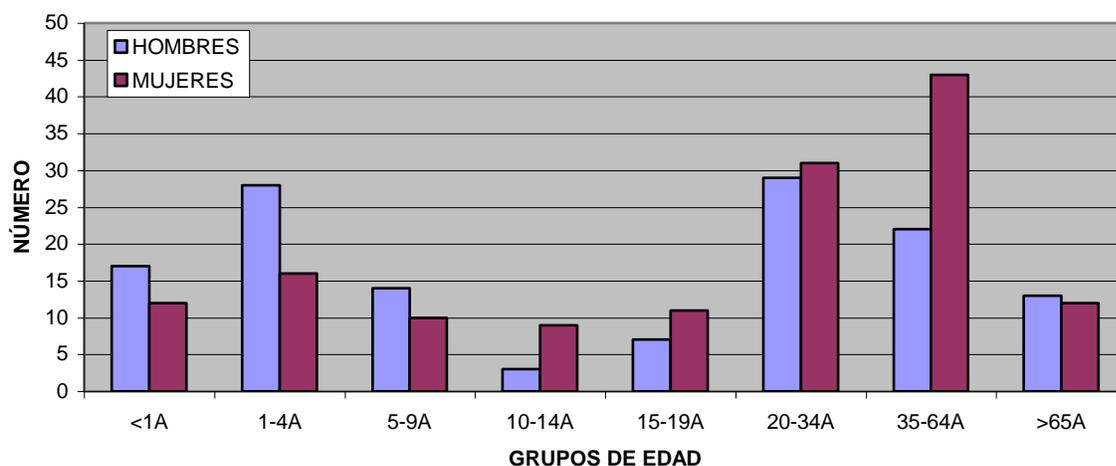
Objetivo	Metas	Tareas	Actividades	Responsable
Resolver de una vez por todas el problema del contagio mortal con esta bacteria, a través de la toma de decisiones oportunas, con trabajo de campo, estrategias preventivas y eficaces y políticas	Minimizar el impacto negativo sobre la salud. Prevenir la deshidratación con suero oral y generar una mayor conciencia sobre higiene y saneamiento ambiental. Construir un	Capacitar a miembros del Comité de Salud y a gente de la comunidad sobre manipulación de alimentos, lavarse manos antes de ingerir alimentos y después de ir a la	Ingreso de funcionarios de salud. Campaña de letrinización, mejoramiento de caminos y solicitar el EBAIS Móvil en época crítica por lluvia y contaminación Manejar en forma efectiva el contacto	Supervisora de Atención Primaria y Técnico Indígena en Atención Primaria (ATAPI). Comité de Salud y de Acueducto, Doctor del EBAIS de la Jurisdicción. Supervisor y funcionarios de la Dir. del Area

de salud pública interinstitucionales .	Acueducto. Satisfacer la necesidad de agua potable y 100% de letrización. Involucrar a la gente Facilitarle a la Dirección Regional el canal de comunicación para informar adecuada mente a la gente para el traslado inmediato al Servicio de Emergencias.	letrina y para darle mantenimiento al acueducto. Y sobre síntomas y elementos ambientales para lograr predecir con anterioridad el acto de contagio masivo la presencia de la bacteria en la comunidad o localidad.	con la prensa para que no se distorsione la cuestión y establecer un vocero oficial.	Rectora De Buenos Aires del Ministerio de Salud “ Articulación Motivador conocedor de la sociología de la cultura y comunicación social
---	---	---	--	---

**DISTRIBUCION POR SEXO ATENCION DE INDÍGENAS EN URGENCIAS  
CLINICA DE BUENOS AIRES, REGION BRUNCA  
DICIEMBRE 2003 - ENERO 2004**



**GRUPOS DE EDAD POR SEXO DE MUESTRA DE POBLACIÓN INDÍGENA ATENDIDA EN LA CLINICA BUENOS AIRES, REGIÓN BRUNCA. DICIEMBRE 2003 - ENERO 2004**



**DITRIBUCIÓN POR ENFERMEDAD DE MUESTRA INDIGENA ATENDIDA EN URGENCIAS EN CLINICA BUENOS AIRES DIC 2003 - ENE 2004 (10 PRIMERAS CAUSAS)**

