



ASS-058-2020
20 de julio de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó en atención al Plan Anual Operativo del Área de Servicios de Salud, con el objetivo de evaluar la gestión de la Gerencia Médica en relación con la atención de la población indígena.

La evaluación evidenció que existen oportunidades de mejora en la gestión estratégica de la Gerencia Médica; se han generado acciones relacionadas con la prestación de servicios de salud a la población indígena, por parte de las Direcciones de Sede que conforman es dependencia, sin embargo, estas no se encuentran debidamente articuladas y obedecen a requerimientos que surgen, no a un proceso de planificación orientado a mejorar la atención médica que se brinda a esta población.

A nivel de la Gerencia Médica y de sus direcciones de sede se identifica el Programa de Normalización para la atención de la Población Indígena, como referente en todo lo relacionado con esta población, no obstante, esta instancia que tiene carácter funcional y está conformada por una única funcionaria, tiene como ámbito de competencia la emisión de la normativa técnica.

No se determina la existencia de normativa específica en relación con la forma en que deben brindarse los servicios a la población indígena, a pesar de que el Convenio 169 de la OIT establece que en los servicios de salud se debe tener presente la cultura y tradiciones de los pueblos indígenas.

Los servicios de salud que se brindan a la población indígena, son los mismos que se otorgan al resto de los habitantes, a pesar de que los determinantes sociales de la salud de este grupo son diferentes. Los Directores Médicos de las Áreas de Salud, que atienden población indígena manifiestan la existencia de limitaciones que afectan la prestación de los servicios a esta población, que no son considerados en la evaluación que se realiza sobre su gestión.

Se determinó, la necesidad de establecer y mejorar el control en relación con el perfil de puesto de Asistente Indígena Comunitario, creado para la contratación de personas indígenas en poblaciones con alta dificultad de accesibilidad.

Se está recomendando a la Gerencia Médica, definir el abordaje que va realizar en procura de lograr la prestación de servicios de salud a la población indígena con pertinencia cultural tal y como lo establece el marco normativo. Así como aclarar el ámbito de acción que debe tener el Programa de Normalización a la Atención de la Población Indígena. Y fortalecer los controles en relación con el uso de las plazas de Asistente Indígena Comunitario, considerando el proceso de capacitación, labores ejecutadas, supervisión efectuada a nivel local, así como la valoración en el mediano plazo de los resultados obtenidos a nivel de la prestación de servicios de salud a partir de la utilización del perfil de asistente indígena comunitario.



ASS-58-2020
20 de julio de 2020

ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN INDÍGENA, GERENCIA MEDICA

ORIGEN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realiza en atención al Plan Anual Operativo de la Auditoría Interna del 2020, en el apartado de estudios de carácter especial.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión de la Gerencia Médica para la atención de la población indígena.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el direccionamiento de la Gerencia Médica en cuanto a la prestación de servicios de salud a la población indígena.
2. Verificar la razonabilidad de normativa que regula la prestación de los servicios médicos otorgados a la población indígena.
3. Verificar si la prestación de servicios de salud otorgada a la población indígena en el primer nivel esta considerando las características que presenta esta población.
4. Comprobar la utilización de las plazas con perfil de asistente Indígena Comunitario.

ALCANCE

El estudio comprende la revisión de aspectos relacionados con la gestión estratégica de la Gerencia Médica y sus Direcciones de Sede, así como el accionar de las áreas de salud que atienden población indígena en relación con los servicios que se brindan, las limitaciones a nivel local; además, la utilización de plazas con perfil de Asistente Indígena Comunitario.

El periodo de la evaluación es del 2014 a enero 2020, ampliándose en aquellos casos donde se consideró necesario.

La evaluación se efectuó de conformidad con lo establecido en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, R-DC-064-2014, emitidas por la Contraloría General de la República; además de normativa legal y técnica atinente a la materia.



LIMITACIONES

Se planteo a la Gerencia Médica solicitud de información sobre la gestión estratégica efectuada por esa dependencia mediante el oficio AI-530-2020 (remitido en forma digital el 03 de marzo 2020). Sin embargo, al 26 de junio 2020, no había brindado la información requerida.

Al respecto la declaratoria de Emergencia Nacional por la Pandemia del Covid-19 (Decreto Ejecutivo 42227-MP-S del 16 de marzo 2020), podría haber contribuido a que no se brindara la información solicitada de forma oportuna.

METODOLOGÍA

- Solicitud de información y documentación a los siguientes funcionarios:

Dr. Mario Ruíz Cubillo, Gerente Médico.

Dr. Eduardo Cambrero Hernández, Director Dirección de Red Servicios de Salud

Ing. María de los Angeles Gutiérrez Brenes, Directora, Dirección de Proyección de Servicios de Salud

Dr. Manuel León Alvarado, Director Programa por Resultados CCSS-Banco Mundial

Dra. Yahaira On Cubillo, Colaboradora Funcional de la Dirección de Compra Servicios de Salud

Dr. Armando Villalobos Castañeda, Director Red Integrada de la Prestación de Servicios de Salud Central Sur.

Dra. Kenia Quesada Mena, Coordinadora Programa de Normalización de la atención a la población indígena.

Dra. Heylin Elizabeth Quesada Alvarado, Directora Área de Salud Turrialba Jiménez.

Dra. Tania Rosa Ching Chang, Directora Área de Salud Siquirres

Dr. Gonzalo Enrique Mena Selles, Director Área de Salud Valle La Estrella

Dra. Victoria Villalobos Segura, Directora a.i. Áreas de Salud Talamanca

Dr. William Sáenz Díaz, Director Área de Salud San Vito

Dra. Hannia Obando Ortega, Directora Área de Salud Buenos Aires.

Dr. Jorge Granados Rivera, Director Hospital San Vito

- Revisión y análisis de documentación suministrada por la Coordinadora del Programa de Normalización a la atención de la población indígena y las Direcciones de Sede.

MARCO NORMATIVO

- Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (1989), ratificado por Costa Rica el 2 de abril de 1993, con la Ley 7316.
- Decreto 40932 Mecanismo General de Consulta a Pueblos Indígenas (marzo 2018)
- Ley General de Control Interno, N° 8292.
- Documento “Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización de las Direcciones adscritas”, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 12° de la sesión 8244 del 24 de abril 2008.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, del 13 de septiembre de 2007.

ASPECTOS NORMATIVOS QUE CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el Artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el Artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:



“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios (...)”

INTRODUCCIÓN

El Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (1989), ratificado por el país el 2 de abril de 1993 (Ley 7316), establece dos postulados básicos: el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan. En materia de salud, el artículo 25 establece lo siguiente:

- 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.*
- 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.*
- 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.*
- 4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.*

Por otra parte, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, del 13 de septiembre de 2007 menciona:

Artículo 21

- 1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.*
- 2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.*

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24

- 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.*
- 2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.*



Esta misma organización, emitió el documento denominado “Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas de América Central”¹, en el capítulo relacionado con Costa Rica, y el Derecho a la Salud, señala lo siguiente:

“Por su parte, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) tiene la responsabilidad de atender a los pueblos indígenas a través de la Dirección de Servicios de Salud de la Gerencia Médica que, a pesar de no disponer de estructura, personal o presupuesto específico, realiza una loable actividad gracias al interés de algunos funcionarios. En el año 2009, la CCSS realizó, a través de las jefaturas nacionales de la Caja, un diagnóstico sobre las necesidades de los pueblos indígenas y la oferta de servicios. Gracias a este diagnóstico se logró sensibilizar a los funcionarios y coordinar acciones en las regiones donde habitan los pueblos indígenas. A pesar de que la cobertura de servicios dentro de los territorios indígenas ha sido incrementada en los últimos años a través de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) que brindan atención integral y domiciliar son pocos, carecen de conocimientos y, a veces, incluso son irrespetuosos ante la cultura indígena, según fue reconocido por las autoridades sanitarias que participaron en el taller de validación del presente diagnóstico.

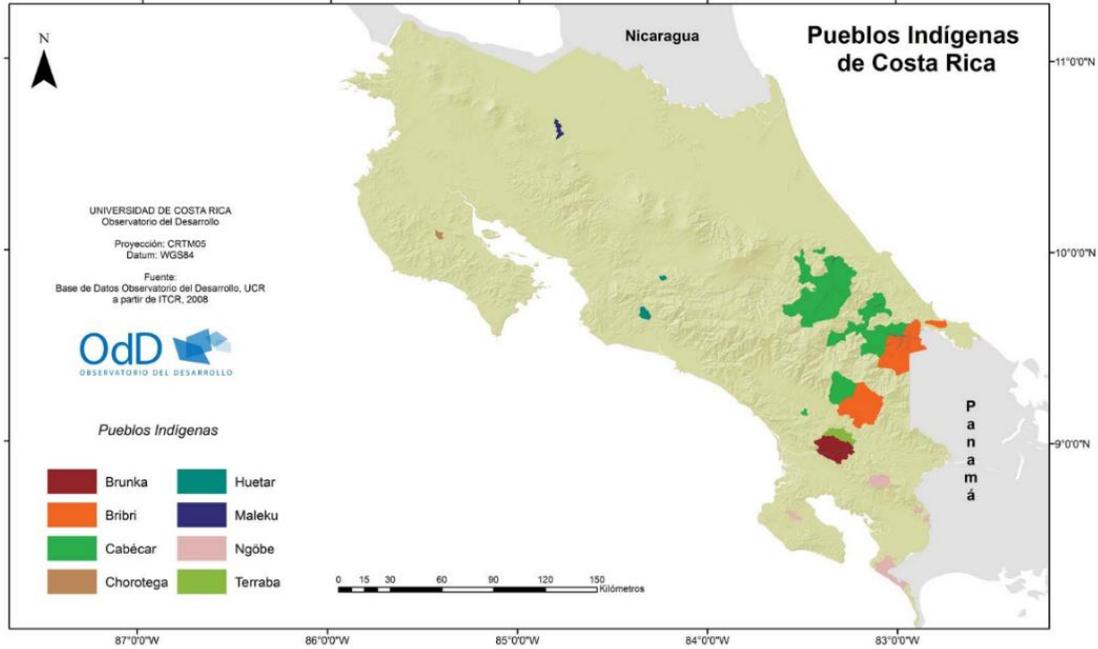
En el Taller de Validación del presente diagnóstico organizado por OACNUDH en abril de 2011, los participantes indígenas expresaron que el modelo de salud que brinda el Estado a los pueblos indígenas no atiende sus necesidades específicas, ni tiene en cuenta su cultura, idioma y cosmovisión. Los practicantes de la medicina tradicional indígena y sus autoridades son ignorados o deslegitimados como parte del tejido social. Por esta razón, los pueblos indígenas reclaman un sistema de salud culturalmente pertinente, en el que la medicina tradicional complementa la medicina occidental.”

De acuerdo con el último censo efectuado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (año 2011), en Costa Rica habitan 104.143 indígenas (51.702 hombres y 52.434 mujeres); con 8 etnias: Bribis, Cabécares, Térrabas, Ngöbes o Guaymies, Malekus, Chorotegas, Brunca Boruca y Huetares; estas se encuentran distribuidos en 24 territorios (se hablan 6 lenguas indígenas).

De los 104.143 habitantes, solo 78.073 son indígenas con pueblo, lo que quiere decir que estas son personas que se adscriben a uno de los ocho pueblos originarios que habitan en el país.

Geográficamente, los territorios indígenas se ubican principalmente en la zona sur del país, como se puede observar en el mapa siguiente:

¹ Elaborado por la Oficina Regional del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Primera edición: noviembre de 2011. Página 113.



La Caja Costarricense de Seguro Social, brinda servicios en el primer nivel de atención por medio de las Áreas de Salud, específicamente atienden población indígena 16 Áreas de Salud, por medio de 43 EBAIS, y 64 Puestos de Visita Periódica², el detalle es el siguiente:

RED	AREA SALUD	SEDES CON POBLACIÓN INDIGENA		POBLACIÓN
		CANTIDAD EBAIS	CANTIDAD DE PUESTOS DE VISITA PERIODICA	
DRIPSS Central Sur	Aserrí	2	4	Nögbe o Guaymí
	Mora-Palmichal	1		Huetar
	Puriscal-Turrubares	1	1	Huetar
	Turrialba-Jiménez	3	12	Cabécar
DRIPSS Chorotega	Hojancha	1	1	Chorotega
DRIPSS Pacífico Central	Orotina-San Mateo	1		Chorotega
DRIPSS Huetar Norte	Guatuso	1		Maleku o Guatuso
DRIPSS Huetar Atlántica	Matina	1	8	Cabécar
	Siquirres	2	2	Cabécar
	Talamanca	14	11	Bribri, Cabécar, Nögbe o Guaymí
	Valle La Estrella	2	5	Cabécar, Bribri
DRIPSS Brunca	Buenos Aires	3	7	Bribri, Cabécar, Nögbe o Guaymí, Teribe o Térraba, Brunca o Boruca
	Corredores	2	5	Nögbe o Guaymí
	Coto Brus	3	5	Nögbe o Guaymí
	Golfito	3	3	Nögbe o Guaymí
	Pérez Zeledón	1	1	Nögbe o Guaymí

Fuente: Compendio Estadístico Áreas de Salud y EBAIS I semestre 2019.

La RIPSS Brunca cuenta con la mayor cantidad de áreas de salud con pueblos indígenas adscritos, cinco; le siguen y la Central Sur y la Huetar Atlántica, con cuatro cada una, y finalmente la Chorotega, la Pacífico Central y la Huetar Norte, que tienen una cada una.

² Según publicación de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Inventario de Áreas de Salud al Primer Semestre 2019.



De acuerdo con publicaciones efectuadas por la Dirección de Proyección, para el traslado de los Equipos Básicos de Atención Integral a los Puestos de Visita Periódica localizados en comunidades indígenas, se emplean aproximadamente 216 horas mensuales y se brindan 836 horas al mes de atención en estas sedes.

HALLAZGOS

1. SOBRE LA GESTIÓN ESTRATEGICA EFECTUADA POR LA GERENCIA MEDICA

Se observan oportunidades de mejora respecto a la gestión estratégica de la atención a la población indígena que corresponde ejecutar a la Gerencia Médica. Si bien es cierto, se estableció en el Plan Táctico Gerencial 2019-2013 un objetivo relacionado con la atención de la población indígena, no se logró la meta establecida para el 2019.

El documento denominado “*Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones*”, aprobado por la Junta Directiva, señala que el objetivo general de la Gerencia Médica es:

“Conducir la prestación integral de servicios de salud a la población y promover la participación social, de acuerdo con las políticas, planes, estrategias y programas gubernamentales e institucionales, con el propósito de mejorar los indicadores de salud, la eficiencia, la eficacia y la gestión de los establecimientos de salud que conforman la red de servicios.”

Por otra parte, el Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (1989), ratificado por el país el 2 de abril de 1993 (Ley 7316), señala en el artículo 25:

“(…)2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. (...).

Esta Auditoría le solicitó al Gerente Médico suministrar información (oficio AI-530-2020 del 02 de marzo 2020), respecto a los mecanismos utilizados por esa dependencia para la conducción, los planes, lineamientos y diagnósticos realizados sobre las necesidades de salud; el perfil epidemiológico, las acciones de coordinación efectuadas (interinstitucionales e intersectoriales); sobre los procesos de capacitación y sensibilización dirigidos al personal de salud; respecto al aval otorgado y avance de la “Propuesta de Fortalecimiento de los servicios de salud del Área de Salud de Talamanca, 2016”; así como a la atención de requerimiento planeado por la Municipalidad de Turrialba a la Junta Directiva, sobre la viabilidad de convertir el EBAIS de Grano de Oro a un CAIS. También se le consultó de las acciones emprendidas por esa instancia para el cumplimiento de los acuerdos suscritos entre la Presidencia Ejecutiva y la RIBCA en el año 2015.

Al respecto, se remitió a este Despacho, copia del oficio GM-AUD-3159-2020 del 10 de marzo 2020, dirigido a la Máster Kenia Quesada Mena, “Coordinadora del Programa Indígenas”, por medio del cual el Gerente Médico le instruye brindar respuesta en un plazo de 5 días a las interrogantes efectuadas por la Auditoría mediante el oficio AI-530-2020.

Y se recibió el 8 de julio 2020 en la Auditoría Interna el oficio GM-8116-2020, suscrito por el Dr. Mario Felipe Ruíz Cubillo, Gerente Médico en el que se anexa la nota firmada por el Dr. Mario Mora Ulloa, en calidad de Enlace por parte de la Dirección Desarrollo Servicios de Salud-Gerencia Médica (GM-DDSS-0614-2020 de fecha 01 de abril del 2020) que da respuesta a la mayoría de interrogantes realizadas respecto a la gestión estrategia de la Gerencia Médica en materia de atención a la población indígena.



Por ejemplo, menciona el oficio GM-DDSS-0614-2020, que para la conducción de la prestación de servicios de salud a la población indígena, existen las Direcciones de Sede así como el Programa de Normalización de para la Atención de la Población Indígena.

En relación con planes, lineamientos o instrumentos que definen el curso de acción de las dependencias de la Gerencia, se informó en el oficio GM-DDSS-0614-2020, que las Gerencia Médica cuenta con metas específicas en su Plan Táctico Gerencial que se encuentran ligadas al Plan Presupuesto de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Al respecto se debe indicar que se comprobó la inclusión en el Plan Táctico Gerencial 2019-2022 de un objetivo, relacionado con el tema de interés, a saber: *"Brindar atención en salud de zonas indígenas que considere elementos culturales, ambientales y socioeconómicos."*³ Sin embargo, en la evaluación del 2019 del Plan Presupuesto, se indica: *"Meta Insuficiente. Se trabaja en este tema, pero no se cumple la meta. Se elabora Plan de Mejora"*.

En cuanto a la disponibilidad de un diagnóstico sobre las necesidades de salud de la población indígena, así como el perfil epidemiológico, se informa en el oficio GM-DDSS-0614-2020, que a través del Programa de Normalización para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, se han identificado necesidades (sondeos en áreas de salud que prestan servicios de Salud a las personas indígenas).

La información que se aporta en el oficio GM-8116-2020, respecto a la Propuesta de Fortalecimiento de los servicios de salud del Área de Salud de Talamanca 2016, y la atención de solicitud efectuada por la Municipalidad de Turrialba a la Junta Directiva, de convertir el EBAIS de Grano de Oro en un CAIS, no corresponde a lo solicitado.

La gestión efectuada por la Gerencia Médica respecto al requerimiento de información, evidencia que se esta considerando como instancia responsable de la atención a la población indígena al Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena, adscrito al Área de Atención Integral de la Dirección de Desarrollo Servicios de Salud; sin embargo como se verá más adelante el citado programa está conformado por una funcionaria; a quién de acuerdo con lo establecido por la misma Gerencia Médica, le corresponde la normalización institucional de la atención de la citada población.

Se consultó a la Dra. Kenia Quesada Mena, Coordinadora del Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena, si ha recibido instrucciones de instancias superiores relacionadas con el direccionamiento o conducción que se debe dar a la atención de la población indígena, al respecto indicó:

"(...) No, me han pedido recomendaciones técnicas, criterios técnicos, me han otorgado tareas o asignaciones competencia del programa, pero no me han dicho como tengo que hacerlo. Debo señalar que el Programa es instancia técnica, y por ello es que se recurre a consultarlo, más que a recomendarlo."

Sobre el direccionamiento realizado por la Gerencia respecto a la población indígena, la Ing. María de los Angeles Gutiérrez Brenes, Directora de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, manifestó lo siguiente:

"(...) No he recibido líneas al respecto. Sin embargo el Gerente actual ha manifestado (verbalmente) interés e la atención de la población indígena. Nos instruyó revisar situaciones en Grano de Oro, Paso Marcos y Roca Quemada."

Respecto a las instrucciones o lineamientos recibidos por parte del Gerente Médico el Dr. Eduardo Cambronero Hernández, director de la Dirección de Red, manifestó lo siguiente:

³ El Indicador establecido fue: "Porcentaje de Implementación del modelo de atención en salud para territorios indígenas con criterios de igualdad y equidad que considere los principales centros de población indígena"



“(...) Directamente no, como es un programa que se trabaja desde la Dirección de Desarrollo lo que nosotros hacemos es acompañar, y una vez que ellos definen o estructuran la norma nosotros facilitamos la ejecución.”

Lo anterior evidencia que el direccionamiento brindado por la Gerencia Médica a la atención de la población indígena ha sido limitado; situación que podría ser originada por la visualización que se ha dado a la figura del Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena, a pesar de que este tiene un ámbito de acción y competencias limitadas a la emisión de normativa técnica.

La falta de direccionamiento no garantiza que los servicios de salud que se estén otorgando a la población indígena estén ajustados a las características de este tipo de población. Ni que a pesar de que se planifique acciones logre su concreción se esté generando un proceso de mejoramiento planificado y organizado.

2. LABOR EFECTUADA POR DIRECCIONES DE SEDE RESPECTO LA POBLACIÓN INDÍGENA

Se determina que las Direcciones de Sede adscritas a la Gerencia Médica realizan acciones en relación con la atención de la población indígena, sin embargo, no siempre estas acciones, se encuentran articuladas, o tienen el enfoque intercultural. No se dispone de un plan de acción que oriente el accionar de estas direcciones.

La Gerencia Médica se conceptualiza según el documento denominado *“Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones”*, como una unidad de trabajo de ámbito institucional, que le corresponde planificar, dirigir, controlar y evaluar estratégicamente para la provisión integral de los servicios de salud a las personas y promover la participación social. Así como asesorar y capacitar a las unidades en materia de salud y en la aplicación de la normativa vigente, con el propósito de lograr mayor eficiencia, eficacia, productividad y calidad en la prestación de los servicios de salud; el documento también cita:

“Administra, planifica, dirige y evalúa estratégicamente seis Direcciones: de Red de Servicios, de Desarrollo de Servicios de Salud, de Proyección de Servicios de Salud, CENDEISSS, Farmacoepidemiología y de Centros Especializados.”

A las direcciones antes mencionadas se adicionó a partir del 04 de noviembre 2013 (oficio GMD-44036-13, Resolución Administrativa GA-28450-13/ GMD-43289-13) la Dirección de Compra de Servicios, instancia que realiza la evaluación anual del desempeño de la prestación de servicios de salud de todas las unidades prestadoras (áreas de salud, hospitales y centros especializados).

En tal sentido es la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, la dependencia que mayoritariamente se asocia con la atención de la población indígena, debido a que existe adscrito al Área de Atención Integral, el Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena.

Sin embargo, se debe considerar, que a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud se conceptualiza como unidad de trabajo orientada a la asesoría, evaluación, elaboración de políticas, normativas, proyectos, estrategias, protocolos, guías y procedimientos, para la atención directa de las personas en la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud en los tres niveles de atención en salud.

El accionar del Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena, conformado por una funcionaria, se relaciona con la atención de requerimientos o situaciones encomendadas por las autoridades superiores y la ejecución de algunas actividades relacionadas con un Plan de Acción que se diseñó entre el 2013 y 2014, pero que no fue avalado por instancias superiores. El detalle de lo efectuado por esta dependencia se desarrolla con mayor amplitud más adelante.

Por otra parte, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud instancia responsable entre otros, de elaborar y divulgación de la planificación estratégica gerencial, entendida como el proceso que involucra el análisis de situación actual y la proyección a futuro de los servicios de salud; lo que desarrolla son estudios en los que según



la Ing. María de los Angeles Gutiérrez Brenes se toman en cuenta todas las poblaciones; en relación con su labor la funcionaria indicó:

“(...) En cada estudio donde hay poblaciones indígenas si tomamos en cuenta las características de la población. Por ejemplo, al momento de hacer el estudio del Hospital de Turrialba, se consideró la población indígena y se previeron algunas condiciones que debería tener la planta física, por ejemplo señalización.

Como a nosotros nos corresponde definir la oferta de servicios de salud, a la hora de elaborar los diagnósticos, uno de los aspectos más importantes es la definición de las características de la población.

En cuanto a la oferta de servicios propiamente, también hacemos estudios en los que consideramos las enfermedades que padecen que son muy similares al resto de la población. Las barreras que tenemos son de idioma, tenemos factores condicionantes diferentes a los del resto de la población.

Me parece que para ser consistentes con las condiciones de cada población las evaluaciones del desempeño de los establecimientos también deberían reflejar esas diferencias.

Y los programas de atención integral deben analizarse a la luz de las características de la población, esto sería una competencia de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

Según el proceso de planificación institucional, los estudios que se realizan en esta Dirección se hacen por instrucción del Gerente Médico. No tenemos un diagnóstico ni un proceso de planificación institucional.”

Como ejemplo de los estudios relacionados con población indígena elaborados por esta unidad, se tiene que en el 2016 se emitió el documento titulado “Propuesta de fortalecimiento de servicios del Área de Salud Talamanca”, el origen del estudio tiene relación con un acta de acuerdos que se suscribió en el 2015 por parte de la Presidente Ejecutiva con asociaciones indígenas de Talamanca (RIBCA).

Sobre esta propuesta de fortalecimiento del Área de Salud de Talamanca, se consultó a la Directora de la Dirección de Proyección, si fue avalada, así como el avance logrado a la fecha. A lo que manifestó:

“(...) El documento fue presentado al Consejo de Directores, donde se hicieron observaciones que se corrigieron. Posteriormente se entregó a la Gerencia Médica y las comunidades indígenas pidieron algunas aclaraciones.

Me parece que la Gerencia Médica lo trasladó a la Dirección de Arquitectura e Ingeniería

No se tiene registrado en este Despacho ningún aval de parte de la Gerencia Médica.”

“(...) Si se le ha dado algún recurso como parte de la propuesta para la nueva clasificación lo desconozco.

Sin embargo para efectos de la recalificación se incluyó el Área de Salud de Talamanca dentro del Proyecto del Fideicomiso, y como parte de este se define el recurso humano que está contemplado dentro del presupuesto definido para la operación de las áreas de salud del Fideicomiso (incluye infraestructura y equipamiento).

Es importante mencionar que sobre el citado estudio, en julio del 2019, la Presidenta de la Junta de Salud Indígena Alta Talamanca, y los Presidentes de las Juntas Directivas de las Asociaciones de Desarrollo Integral Indígena de los territorios Bibri y Cabecar, le solicitaron al Presidente Ejecutivo, Gerente General, Gerente de Infraestructura y Tecnología así como a la Directora de la Dirección de Proyección, un reunión con el fin de plantear una serie de situaciones, dentro de las cuales se incluye el Estudio de Fortalecimiento de Talamanca, en lo que interesa se menciona:



“(...) Hemos manifestado que los resultados parcialmente expuestos no reflejan las expectativas, que nos habíamos planteado y por otro lado nunca se nos consultó el contenido de campo o en el nivel local. Cuando se nos expuso en las oficinas de la CCSS, externamos nuestras preocupaciones y se nos dijo que se iban a atender y que incorporarían aspectos específicos de los pueblos indígenas, al documento, cosa que no ocurrió (...) Hemos conversado sobre esta necesidad desde el año pasado en el mes de noviembre y de verdad con las mejoras incluidas al documento conceptualmente queda reflejado la especificidad, lo cual es satisfactorio. No obstante, en lo referente a las acciones estratégicas de gestión para la atención y mejoramiento integral de la salud de la población indígena es demasiado limitado.”

Se informó además por parte de la Ing. Gutiérrez Brenes, que la unidad a su cargo tiene también participación en la emisión de criterios respecto a planes funcionales propuestos para la construcción de Puestos de Visita Periódica o EBAIS.

En cuanto a la Dirección de Red de Servicios de Salud, instancia responsable de integrar y articular el funcionamiento de la red de servicios de salud en el primer, segundo y tercer nivel de atención, para que cubran efectivamente el amplio espectro de atención a la salud mediante el desarrollo de estrategias, políticas y actividades enfocadas a preservar la salud, identificar, actuar sobre los riesgos, atender con oportunidad, calidad y eficiencia las acciones en salud; se consultó al Dr. Eduardo Cambronero Hernández sobre las acciones que se impulsan desde la Dirección a su cargo en cuanto a la población indígena, a lo manifestó:

“(...) Si, la más importante de nuestras funciones es la coordinación con la Dirección de Desarrollo en su componente específico de Población Indígena.

Lo que hicimos fue coordinar todas las partes con la Dra. Kenia Quesada el ingreso a los componentes Regionales; a nivel de las Direcciones Regionales existe un enlace a cargo del tema Indígena.

En la parte propiamente de la prestación, es ver los elementos que diferencian estos grupos para ofrecer un servicio diferenciado hacia esta población, como tener ATAP que hablen la lengua, todo lo relacionado con el parto atención de binomio madre recién nacido. También estuvimos participando como actor en el tema del registro Etnia en el EDUS.”

La Dra. Kenia Quesada nos presentó hace como dos años al Consejo el Plan de Atención a la población Indígena. Es más la relación de la Dra. Quesada con el nivel regional que con esta Dirección.”

En relación con la existencia de algún plan institucional orientado al mejoramiento de la prestación de servicio de salud a la población indígena, el Dr. Cambronero Hernández indicó:

“(...) Como plan de mejora de la salud no; en términos de mejora de la atención si, se busca brindar una mejor prestación de servicios, favoreciendo la accesibilidad con oportunidad a esa población.

No conozco un estudio que nos dé el diagnóstico de salud de la población. Me parece que nos falta trabajar en los elementos culturales del enfoque que esta población tiene sobre la visión de salud enfermedad.”

También se consultó al Director de la Dirección de Red de Servicios de Salud si esa unidad ha ejecutado acciones relacionadas con la “Propuesta de fortalecimiento de servicios del Área de Salud Talamanca, 2016” elaborada por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, a lo que indicó:

“(...) Si. Se dio la extensión del servicio de Urgencias las 24 horas de día. Y Se han realizado acciones, se dio por ejemplo el Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Se procederá a buscar la documentación relaciona con lo que se le ha asignado al Área de Salud de Talamanca.”



Además, se consultó al Director de la Dirección de Red de Servicios de Salud, en su calidad de superior jerárquico de las Direcciones de Redes Integradas de la Prestación de Servicios de Salud, que acciones ejecutan los directores de estas dependencias, a lo que indicó: *“(...) Yo lo resumiría en mejorar las oportunidades de acceso a los servicios de salud a esa población y hacerlo más amigable.”*

En cuanto a la Dirección de Compra de Servicios de Salud a cargo de la evaluación anual del desempeño de la prestación de servicios; se consultó a la Dra. Yahaira On Cubillo quien se desempeña como Colaboradora Funcional de esa unidad, sobre la existencia de la evaluación de resultados de la prestación de servicios de salud a población indígena, la funcionaria informó que no se dispone de evaluaciones de este tipo, y que la evaluación que se realiza no tiene diferenciación, ya que lo que se trata es de medir el comportamiento general de las intervenciones en salud que son evaluadas, en función de lo que la misma institución tiene normado.

Se solicitó también a la funcionaria informar si se ha valorado realizar ajustes a la metodología de evaluación utilizada, considerando que Directores Médicos de Áreas de Salud mencionan haber efectuado este tipo de planteamientos debido a que no siempre se logran desarrollar todas las actividades de los programas de atención por las dificultades de comunicación, acceso y cosmovisión de los pueblos indígenas; al respecto se indicó:

“(...) Tenemos una experiencia en ese sentido, que se dio con los Compromisos de Gestión. En algún momento se había solicitado la elaboración de un Compromiso de Gestión para la población indígenas, estas tenían metas diferenciadas. Sin embargo vimos que lo que estábamos haciendo era fomentar la inequidad en la prestación de servicios de salud y la experiencia se discontinuó.

Con la evaluación que se realiza lo que busca es identificar dónde están esas brechas, hemos tratado de asociar los resultados con el índice de desarrollo social.

Hoy por hoy, no se le ve sentido a realizar una evaluación diferenciada. Lo que si debería realizarse a futuro es hacer evaluaciones sobre el cumplimiento diferenciado respecto al resto de la población.”

También se solicitó a la Dra. On Cubillo, su criterio en relación con posibles ajustes a la oferta de servicios de salud del primer nivel de atención (programas de atención, concentración, énfasis), considerando las condiciones propias de las poblaciones indígenas así como sobre la unidad de la Gerencia Médica que debe realizar los ajustes. Al respecto se manifestó:

“(...) Si, puede ser que sea necesario, este tema debe ser abordado mediante la revisión de la oferta de servicios porque no tiene particularizados elementos que tengan en consideración la población indígena.

El tema sería de articulación entre diferentes instancias, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, la Dirección de Red de Servicios de Salud, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, entre otras que se identifiquen.

Como Dirección Compra de servicios de salud cuyo proceso sustantivo es la evaluación de la prestación de servicios de salud, se considera que, podemos participar en el proceso de articulación que se plantee por parte de la Auditoría, para generar un marco de referencia institucional en que aportemos en el diseño del marco evaluativo.”

Se colige de la información brindada por los Directores de Sede y funcionarios consultados, que no se tiene una visión integral a nivel de la Gerencia Médica sobre la prestación de servicios a la población indígena; no se dispone de un plan que oriente el quehacer de las unidades hacia un fortalecimiento y mejora en cuanto a lo que compete a la Gerencia Médica.

Los aspectos antes mencionados evidencian que, para el tema de la atención a la población indígena, no se están articulando acciones por parte de las Direcciones de Sede, en estas unidades se percibe que existen necesidades de revisar y ajustar la oferta de servicios, pero se asume que la responsabilidad de actuar es competencia de otros. Esta situación puede ser producto del limitado direccionamiento estratégico que se le ha brindado la Gerencia Médica a la prestación de servicios de salud a población indígena.



La situación descrita, no garantiza que los servicios que se ofrece actualmente a la población indígena sean adecuados y/o que se estén teniendo en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales de estos grupos, tal y como lo establece el Convenio 169 de la OIT.

2.1 Programa de Normalización a la Atención de la Población Indígena

Se determinó que en el 2014 la Gerencia Médica creó el Programa de Normalización a la Atención de la Población Indígena, como una instancia funcional adscrita al Área de Atención Integral a las Personas, de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, que participa en diversas iniciativas relacionadas con población indígena, pero que no ha emitido normativa técnica específica relativa con la prestación de servicios de salud a la población indígena.

Se diseñó un plan de acción, que no fue avalado por las autoridades superiores; no obstante, el accionar de la Coordinadora del Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena, ha estado orientado al desarrollo desde su ámbito de competencia, a algunos de los ejes definidos en el “Plan de Acción para la Normalización de la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas”, así como a la atención de requerimientos o situaciones encomendadas por las autoridades superiores (Presidencia Ejecutiva, Gerencia Médica, entre otros) relacionadas principalmente con la población indígena.

Adicionalmente, el programa ha tenido diferentes nomenclaturas a través del tiempo, incluso fue presentado a nivel de la Defensoría de los Habitantes y del Banco Mundial como Programa para la Atención Diferenciada de la población indígena e Indígena Altamente Móvil en la CCSS.

El documento denominado “*Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización específicos de las Direcciones*”, aprobado por la Junta Directiva, señala como objetivos del Área de Atención Integral lo siguiente:

“(…)

- *Proponer a las autoridades superiores la regulación y la normativa técnica, con base en las propuestas propias y las definidas por las áreas de trabajo adscritas, los proyectos, los planes, las políticas, los nuevos enfoques y la investigación realizada, con el fin de contar con instrumentos técnicos para el desarrollo efectivo de la gestión.*
- *Formular, actualizar y evaluar la regulación y la normativa técnica del área de competencia, a partir, entre otros aspectos, de las investigaciones y los estudios técnicos elaborados, para lograr mayor efectividad en la prestación de los servicios.”*

Mediante circular GM-MDC-2166-14 del 03 de febrero 2014, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica en ese entonces, comunicó a los Directores Regionales, de Hospitales, Áreas de Salud y Directores de Sede la operacionalización funcional de los programas de atención a las personas; en el caso de población indígena se denominó: “Programa Atención a la población indígena”. La circular menciona lo siguiente:

“(…) La Caja Costarricense de Seguro Social, como única institución pública prestadora de servicios de salud a nivel nacional, está desarrollando esfuerzos para fortalecer la respuesta a los principales problemas y necesidades de salud de la población costarricense, mediante la creación de programas, estrategias e intervenciones, basadas en evidencia científica y puestas a disposición de la población, tanto en las Áreas de Salud como en los Hospitales que conforman la red de servicios institucionales.

Estos programas, están constituidos por un conjunto básico de intervenciones en salud, las cuales se brindan de manera integrada, coordinada y complementaria, con el fin de cumplir objetivos precisos y bien definidos en tono a uno o varios problemas de salud. Además, operacionalizan las políticas y planes de salud de forma permanente y articulada, tomando en cuenta los grupos etarios, ciclos de vida, problemas y/o necesidades específicas de salud.



Por lo anterior, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, a través del Área de Atención Integral a las Personas, ha elaborado un esquema de trabajo funcional por programas de salud, donde cada programa cuenta con un coordinador técnico.”

Adicionalmente, por medio del oficio GM-MDD-33099-15 del 17 de julio 2015 se informó a las unidades adscritas a la Gerencia Médica, la actualización de la nomenclatura, para alinearla con las funciones de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y del Área de Atención Integral a las Personas, la denominación en cuanto al tema de interés fue: “Programa de regulación de la atención a la población indígena”.

Y el 8 de diciembre del 2015 por medio del oficio GM-DDSS-MDD-53797-15, nuevamente la Gerente Médica, Dra. María Eugenia Villalta comunicó la “*adecuación de la nomenclatura de los programas de atención integral a las personas, a programas de normalización de la atención*”. Al respecto, el documento menciona:

“(…) Considerando los análisis realizados en la institución sobre la importancia de clarificar el rol de los programas ubicados en el Área de Atención Integral a las personas (AAIP), a fin de establecer que su competencia no se enfoca en la atención directa de la población, sino más bien que los mismos contribuyen a la normalización institucional de la atención, mediante la gestión de documentos de normalización técnica, se decide adecuar la nomenclatura brindada a los mismos.

En tal sentido se deja sin efecto la circular GM-MDD-33099-15 del 17 de julio del año en curso y se sustituye el texto “regulación” por el de “normalización” () en su acepción de estandarización: “Hacer que algo se ajuste a una norma, una regla o un modelo común.” (*) Distinguir de “normalización” que implica propiamente el diseño de normas.”*

Los cambios en la nomenclatura del programa pueden haber contribuido a que se haya generado confusión en cuanto a ámbito de competencia de esa instancia.

Y no obstante lo indicado en la circular GM-DDSS-MDD-53797-15, respecto a la función de normalización de los programas de normalización a la atención, de acuerdo con lo manifestado por Directores Médicos de Áreas de Salud que atienden población indígena, no se dispone en la institución de normas específicas para la atención de estos grupos; la oferta y forma en que se brindan los servicios del primer nivel de atención a la población indígena es la misma que se ofrece a los no indígenas, es decir está relacionada con el cumplimiento de las Normas de Atención Integral; para algunos Directores de Áreas de Salud los servicios que se brindan no están considerando la cultura, ni las dificultades que se presentan en algunas zonas del país en cuanto a la accesibilidad (disponibilidad de camino o medios de transporte) no sólo para los usuarios, sino también respecto los Equipos Básicos de Atención Integral que se desplazan a comunidades y Puestos de Visita Periódica. Algunas manifestaciones sobre estos aspectos fueron las siguientes:

“(…) Es importante destacar que a consideración de esta Dirección Médica, la necesidad de hacer ajustes y contextualización de un modelo de atención diferenciada para este tipo de población, es necesario, en la actualidad no se dispone ante la ausencia de un modelo propiamente dicho así como la limitación de personal disponible en la unidad programática. (...)

La dotación de equipo básico de atención integral en salud en población indígena, debe considerar aspectos de fondo que superen a los aspectos cuantitativos probó nacionales. La lejanía geográfica, ausencia de carreteras, ausencia de puentes, carencia de infraestructura de telecomunicaciones, limitaciones de acceso a agua potable y otros determinantes de salud externos al manejo de la institución, son importantes a considerar cuando de prestación de servicios de salud se refiere.”

“(…) El Área de Salud de Talamanca brinda sus servicios de forma universal con los lineamientos, normativa, reglamentos de atención a los usuarios, sin embargo, dado los aspectos socioculturales, geográficos de esta zona la población exige que se les brinde atención de acuerdo con esas diferencias.”

“(…) Se debería incluir una evaluación diferenciada para los EBAIS que cuenten con población indígena, principalmente por sus condiciones de pobreza y acceso, sobre todo al departamento de Laboratorio Clínico el cual generalmente queda en los Hospitales y no en las Áreas de Salud.”



Se consultó a la Coordinadora del Programa de Normalización de la atención a la población indígena, Dra. Kenia Quesada Mena, si se ha emitido por parte del programa a su cargo, normativa relacionada con la prestación de servicios de salud a la población indígena; a lo que manifestó:

“(...) Si, el plan de acción. Además, se han generado iniciativas técnicas de prestación de servicios de salud para estas personas, tales como: atención a población indígena en la especialidad de oftalmología. Se creó el perfil de Asistente Indígena Comunitaria, la creación de la Curricula para el Asistente Indígena Comunitario; también la creación de la variable etnia e incorporación de esta, en los sistemas de información (EDUS).

Se han creado documentos informativos para población indígena en salud por ejemplo: Cuido mis ojos, Conociendo el Papalomoyo, Vacunación; aproximación con pertinencia para la población con VIH (con el Hospital San Juan de Dios). Criterio (con aprobación de Dirección Jurídica de la Institución) de la utilización de whatsapp entre funcionarios de las áreas de salud de la región Huetar Atlántica que atiende población indígena, para la consulta de casos, cuando se encuentran en zonas de mediano y difícil acceso geográfico.

Otro documento de gran relevancia, dado que es una aproximación intercultural, trabajada con poblaciones indígenas de la Red Indígena Bribrí Cabécar de la Huetar Atlántica (7 territorios) denominada: Acta de suscripción de acuerdos tomados en el 2015 con la RIBCA, CCSS y el Viceministerio de Acción Política y Dialogo Ciudadano, vigente y en seguimiento a la fecha.

El Plan de Acción establece los lineamientos a seguir para la generación de una aproximación con pertinencia a la población indígena, cada Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud debe contextualizarlo a las necesidades y problemas de salud de las poblaciones indígenas a las que prestan servicios.”

Sobre lo antes citado, es importante mencionar que el plan de acción a que hace referencia la Dra. Quesada Mena se elaboró (entre el 2013 y 2014), cuando se creó el programa y según la funcionaria también se hizo el perfil del programa. Ambos documentos fueron remitidos al nivel superior y se realizó un proceso de divulgación ante diferentes dependencias de la Caja así como ante otras instituciones, sin embargo éstos no fueron aprobados. En este sentido, las manifestaciones de la Dra. Quesada fueron las siguientes:

“(...) El Programa de Atención en su conformación generó el planteamiento de 2 documentos, el Programa Institucional para la Atención Normalización de la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas en Territorio Nacional y el Plan de acción para la normalización de la atención de la salud de los pueblos indígenas.

En el documento denominado Programa se define las funciones del Programa de atención a la salud indígena. En este documento se describen las funciones del Programa como tal, dentro de ellas, la formulación de documentos de normalización (planes, proyectos, iniciativas) que conduzcan a orientar el proceso de prestación de servicios de atención a esas personas, esto, entre otras funciones, tales como la coordinación interinstitucional, con los pueblos indígenas, entre otras. (...)

No tengo una nota en la que conste la aprobación de la Gerencia Médica. Sin embargo podría ser que no me enviaran la comunicación del aval.

Las funciones que ejecuto están por lo tanto contempladas en el documento denominado Programa Institucional para la Normalización de la atención a la salud de los Pueblos Indígenas en territorio costarricense, el cual he puesto a su disposición.”



El citado plan de acción, incluye ejes, acciones y lineamientos de operacionalización, a desarrollarse entre el 2014 y el 2016. Así como intervenciones de carácter institucional como son: el aseguramiento, la planificación de los servicios, el registro de salud, horario de atención, incentivos al personal de salud, y la conformación del equipo de salud en el I nivel de atención, entre otros. Contiene además, acciones para ser analizadas a nivel sectorial e intersectorial relacionadas con: gestión ambiental, formación académica, registro de nacimientos y defunciones y democracia cultural.

La creación del Programa y del Plan de Acción fue comunicada en el 2014 a la Defensoría de los Habitantes; quien planteó una serie de interrogantes⁴, respecto al respaldo de la Junta Directiva y la Presidencia a la creación del programa, la estructura administrativa que respaldaba la ejecución del programa, si se habían emitido directrices a todas las unidades de la institución para la atención y ejecución del plan de acción y si a nivel institucional existía una comisión para atender los asuntos indígenas.

En respuesta a estas interrogantes, se observó la emisión de 2 oficios, ambos suscritos por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, en calidad de Gerente Médica, del 05 de agosto 2013 (GM-37.245-9) y del 06 de enero 2014 (GM-S-1737-14). En términos generales las respuestas brindadas se refieren a la creación de los programas de atención, y la reestructuración del nivel central en la que se estaría incorporando el Programa en mención; en torno al plan de acción se indica que aún se encuentra en análisis de la Gerencia previo a su remisión a la Junta Directiva.

También se tomaron como referencia por parte del Banco Mundial⁵, los documentos en mención, ya que el proyecto incluye la población indígena como indicador transversal que corresponde a Gestión Social, para el que se establecieron una serie de compromisos sustentados en el “Programa de Atención Diferenciada de la población Indígena” (PADPI). En mayor del 2018, el Director del Programa por Resultados CCSS-Banco Mundial⁶ solicitó a la Coordinadora del Programa de Normalización información sobre el avance logrado.

El Dr. Hugo Chacón Ramírez, quien se desempeñó como Jefe del Área de Atención Integral, por medio del oficio el oficio DDSS-0873-18 del 19 de junio 2018, le brindó al Director del Programa por Resultados CCSS-Banco Mundial, la siguiente información:

*“(...) Es importante hacer notar que a nivel institucional **no existe o bien no se ha implementado lo que está denominando como Programa de Atención Pertinente o Diferenciada a la Población Indígena (PADPI)**, en tal sentido a la fecha en la CCSS no se ha planteado la creación o implementación de un programa de atención como tal, ni funcional ni estructuralmente.*

*A nivel institucional, en el ámbito de la normalización técnica y con carácter de instancia funcional y no estructural, lo que se ha designado es una persona encargada de transversalizar la normativa técnica de atención de los programas de normalización por curso de vida: atención al niño, atención del adolescente, atención del adulto y atención de persona adulta mayor a la población a la población indígena pero en el ámbito de las competencias del Área de Atención Integral a las Personas (...) y **no se ejecuta acción de atención directa a las personas ni cuenta con compendia ni autoridad para coordinar o dirigir a otras unidades institucionales tanto de la Gerencia Médica como del resto de la CCSS.**”*

Es importante señalar que la Coordinadora del Programa de Normalización de la atención a la población indígena, ha procurado el desarrollo de algunas acciones definidas en plan a pesar de que éste como ya se ha señalado, no fue avalado ni oficializado.

⁴ Oficio DH-PE0469-2013 del 24 de julio 2013, suscrito por Ofelia Taltebaum Yoselewich, Defensora de los Habitantes.

⁵ En el contexto del empréstito asumido por el gobierno para el pago de la deuda del estado a la CCSS.

⁶ Oficio PE-PRCCSS-BM-0033-2018, suscrito por el Dr. Manuel León Alvarado, Director del Programa.



Dentro de éstas se puede mencionar, la incorporación de la variable etnia al EDUS y creación del perfil de Asistente Indígena Comunitario. Se documentó además, su participación en la emisión de criterios y apoyo a situaciones específicas, como mesas de diálogos, coordinación con otras instituciones por ejemplo para lograr la traducción de documentos, entre otras. Existe un compromiso e identificación con la problemática de parte de la funcionaria, quien estima que la temática de la población indígena debe visualizarse como un asunto de carácter institucional, y no sólo de la Gerencia Médica.

En relación con el aporte brindado por el Programa de Normalización de la atención a la población indígena, se consultó a Directores de áreas de salud su opinión, al respecto se hizo mención a acciones como: apoyo en la obtención de vehículos, participación en reuniones con diversas asociaciones indígenas de la región, creación de la figura de Asistente Indígena Comunitario y aporte de material (afiches escritos en lengua indígena). Uno de los Directores manifestó desconocer la existencia de dicha instancia.

La falta de definición de lineamientos, protocolos u otra normativa técnica que defina cómo debe brindarse a la población indígena los servicios de salud, podría ser producto de que a pesar de la creación del programa de regulación, que en teoría debía generar el marco normativo, el mismo se visualizó sobre todo en sus orígenes como un programa de atención, al que se le ha delegado y ha asumido labores que no se ajustan a la función de normalización. Adicionalmente desde la perspectiva de la Coordinadora del Programa de Normalización de la atención a la población indígena, los documentos emitidos son catalogados como normativa técnica.

La no disponibilidad de normativa técnica específica que defina el tipo de servicios y forma en que se debe brindar por parte de los centros médicos los servicios a la población indígena, no garantiza que se esté respetando la cultura de estas poblaciones, y genera algún tipo de malestar de parte de los Directores de las áreas de salud que atienden esta población debido a que se espera que se brinden los mismos servicios que al resto de la población sin considerar las limitaciones de acceso que se presentan.

3. DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS REALIZADA EN LAS ÁREAS DE SALUD

Los servicios de salud que se brindan en los centros médicos a la población indígena son los mismos que se ofrecen al resto de la población, no obstante los determinantes de la salud de estos grupos son en la mayoría de los casos distintos a los de resto de la población (dificultades de acceso, condición económica, idioma y la cosmovisión son algunos de los que ocasionan mayores diferencias). Existen además a criterio de los Directores de Áreas de Salud con población indígena, situaciones que afectan la prestación de servicios y que trascienden su ámbito de competencia.

Por otra parte, las metas establecidas por las áreas de salud en relación con la atención a la población indígena son solamente 2 indicadores que fueron establecidos por la Gerencia Médica, y no se dispone de una desagregación por los diferentes programas de atención.

El Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (1989), ratificado por el país el 2 de abril de 1993 (Ley 7316), señala:

Artículo 25:

- 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.*
- 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, *los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.*

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Uno de los modelos más utilizados en relación con los determinantes de la Salud es el de Dahigren y Whitehead, que se presenta a continuación:

Modelo Multinivel de los determinantes de la salud (Dahigren y Whitehead, 1991)



En el caso de las poblaciones indígenas, los determinantes de la salud son muy distintos de los que se presenta para el resto de la población; una importante cantidad vive en forma dispersa en zonas montañosas en viviendas que no tienen servicios básicos, con dificultad de acceso y con estilos de vida influenciados por su cultura.

Ahora bien, desde el punto de vista de lo que corresponde a la institución como encargada de la atención médica, la accesibilidad, necesidades de la población y el respeto a la cultura, son aspectos que necesariamente deben ser considerados; en este sentido algunas de las apreciaciones efectuadas por Directores Médicos al respecto se incluyen a continuación:

“(...) La prestación de los servicios a la población indígena debe responder a las necesidades sentidas por ellos, es decir, la institución brinda la atención en función de las Normas de atención integral, de los indicadores de la Evaluación de la Prestación de los servicios de salud, sin embargo es importante tomar en consideración la cultura, por lo que debe haber coordinación a través de reuniones con ellos sobre cuáles serían las necesidad de ellos en la prestación.

En el caso del Área de Salud de Siquirres, se vuelve un poco complejo, debido a que si bien es cierto es una población de 266 habitantes, esta población si está inmersa en una reserva indígena de difícil acceso, cuya accesibilidad no hay caminos convencionales, sino el camino es a través de las montañas, siendo que se debe elegir de forma estratégica los puntos donde se ubica el personal de salud para su atención, y es por eso que están los puestos de visita periódica en las Brisas de Pacuarito y Linda Vista.

En caso de la dotación de un EBAIS completo, hay que definir los lugares de las giras, de tal manera que permitan condiciones para impartir la consulta médica.



Sumamente importante la coordinación intersectorial para el desarrollo de la salud en las poblaciones indígenas de Siquirres, debido a que salud es todo, educación, agua potable, electricidad, caminos, fuente de empleo, entre otros.

“(…) la dotación de equipo básico de atención integral en salud en población indígena debe considerar aspectos de fondo que superen a los aspectos cuantitativos probó nacionales. La lejanía geográfica, ausencia de carreteras, ausencia de puentes, carencia de infraestructura de telecomunicaciones, limitación de acceso a agua potable y otros determinantes de salud externos al manejo de la institución, son importantes a considerar cuando de prestación de servicios de salud se refiere.

Otros aspectos internos se relacionan con realizar una adecuada selección y reclutamiento de personal que se destaque en la prestación de servicios de salud a la población indígena, tanto dentro del territorio indígena como fuera de éste.

Una demanda constante se refiere a la necesidad de contar con traductores en los servicios de urgencia, así como los pisos de atención a los usuarios en los hospitales.

La población también hace ver, la necesidad de que se realice la conversión de plazas médicas de servicio social a plazas fijas. Lo anterior radica en que la percepción de la población es que el médico de servicio social posee poca experiencia en el manejo de situaciones apremiantes principalmente en niños y adultos mayores, por lo que han solicitado que se realice la conversión de estas plazas o bien que se asignen a otras unidades que tengan mejores condiciones y les permita el desarrollo de la práctica médica en esos lugares.”

Algunas situaciones mencionadas por los Directores de Áreas de Salud como limitantes para la prestación de servicios a población indígena son:

- No todas las sedes en las que se brindan servicios tienen posibilidad de hacer uso del EDUS, en algunos Puestos de Visita Periódica se mantiene el uso de expediente clínico en papel.
- El tiempo de traslado que se requiere por parte del Equipo Básico de Atención Integral en Salud para las comunidades, ya que en algunas zonas no existen caminos ni medios transporte, además los territorios a cubrir son extensos. En este sentido se mencionó la existencia de riesgos para el personal, por cuanto ya ha registrado el fallecimiento de funcionarios.
- Las condiciones de la infraestructura en que se brindan los servicios y la falta de mantenimiento, es otro elemento mencionado. En este sentido, por ejemplo, la Directora del Área de Salud Turrialba Jiménez, manifestó que al momento de asumir el puesto eliminó la atención en algunos puestos de visita periódica debido a que no tenían las condiciones comentó que se atendían pacientes en el suelo. Para esta zona, la institución está gestionado algunos proyectos de construcción.
- Consideran las autoridades locales, que se requiere más recurso humano para brindar a la población los servicios de salud, se mencionó en este sentido: Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, Farmacéuticos, promotores de la salud y traductores, choferes, entre otros.
- La prestación de servicios de apoyo como Laboratorio Clínico es uno de los aspectos mencionados como limitación, ya que se realizan visitas a EBAIS, con alguna frecuencia, de lo contrario la población debe acudir a la sede del área de salud, o al hospital de referencia.
- No se ha brindado capacitación y sensibilización a los funcionarios sobre la preservación de la cultura Indígena, según lo indicado por los Directores de las áreas de salud. En una de estas unidades se indicó que en algún momento se brindó una capacitación sobre interculturalidad y cosmovisión, así como principios del idioma, esto se dio por iniciativa de la unidad.



- Respecto a la participación de la comunidad indígena en instancias como Juntas de Salud y Comités de Salud, se informó que, si participan o han participado, pero que en ocasiones las reuniones no son frecuentes, debido a la lejanía, y a que no existe disponibilidad de transporte de la población indígena existente en algunas zonas del país.
- La principal limitación que se tiene específicamente en el Hospital de San Vito, se según lo manifestado por su Director Médico es la barrera idiomática; al respecto indicó que no se cuenta con traductores, que algunos funcionarios manejan vocabulario básico de la lengua Ngobe, y que se ha fomentado la participación de acompañantes para facilitar la comunicación.

Otro de los aspectos que se observa en relación a la gestión a nivel de las áreas de salud es que para la planificación de actividades solamente se incluye en el la herramienta "Gestión de la Prestación de Servicios de Salud"⁷ 4 indicadores, estos son:

Código	Descripción del Indicador
A1-83	Población indígena atendida bajo la modalidad de atención integral específica
A1-84	Población indígena adscrita al Área de Salud
A1-85	Población indígena migrante atendida bajo la modalidad de atención integral específica
A1-86	Población indígena migrante censada

Fuente: Matriz de Programación Física Áreas de Salud 2019.

No se definen metas para esta población en función de los programas de atención, no obstante si se tienen establecidos para el resto de la población.

En relación con la planificación de actividades que se realiza en las áreas de salud, esta Auditoría, planteó en el informe ASS-105-2019⁸, que los indicadores que están definidos fueron establecidos por el nivel central hace algunos años, y que no están considerado en la planificación, las necesidades de salud de la población local, así como la capacidad instalada de los establecimientos. Por lo que se realizaron una serie de recomendaciones a las autoridades superiores, en procura de corregir lo descrito.

El hecho de que la oferta de servicios y la forma en que estos se otorgan a la población indígena sea igual a la que se brinda al resto de la población podría ser porque, se ha considerado que bajo el principio de equidad, los servicios deben ser iguales para todos pobladores; sin embargo, al haberse adoptado por parte del país el Convenio 169 de la OIT, se debería haber ajustado la oferta de servicios en función de las características y determinantes que presenta la población.

En este contexto, el Marco de Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud⁹, se refiere a la interculturalidad como una característica del enfoque centrado en las personas, pero no se indica como se lograría su ejecución.

Lo descrito en el presente hallazgo, no garantiza de manera razonable que los servicios de salud otorgados a la población indígena estén acordes a lo establecido en artículo 25 del Convenio 169.

⁷ Establecido por la Gerencia Médica como instrumento oficial para la elaboración de los planes anuales operativos de las áreas de salud (oficio GM-S-6948-16 del 5 de febrero 2016).

⁸ Auditoría de carácter especial sobre la planificación de los servicios de salud en el primer nivel de atención, Gerencia Médica, Dirección de Planificación y Dirección de Presupuesto.

⁹ Aprobado por la Junta Directiva el 19 de marzo 2019 (artículo 8 sesión 9022).



4. SOBRE LA CREACIÓN DEL PERFIL DE ASISTENTE INDIGENA COMUNITARIO

Se determina la existencia de oportunidades de mejora en materia de control respecto a la implementación del perfil de Asistente Indígena Comunitario.

Entre el 2017 y el 2019 se crearon 8 plazas, de las cuales 3 no están siendo utilizadas al momento de la evaluación, debido a dudas relacionadas con el proceso de selección y la capacitación por parte del nivel local.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen en la norma 2.2 Compromiso Superior:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben apoyar constantemente el SCI, al menos por los siguientes medios:

“(…) d. La aplicación de una filosofía y un estilo gerencial que conlleven la orientación básica de las autoridades superiores en la conducción de la institución y la forma como se materializa esa orientación en las actividades.

Ambos elementos deben conducir a un equilibrio entre eficiencia, eficacia y control, que difunda y promueva altos niveles de motivación, así como actitudes acordes con la cultura de control.”

En el año 2014¹⁰, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica y la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Presidenta Ejecutiva en ese entonces, solicitaron al Luis Rivera Cordero, Director de la Dirección Administración y Gestión de Personal, la creación del perfil de un “Asistente Comunitario Indígena de Atención Primaria en Salud”, este según se indica por una necesidad de brindar mayor calidad a población indígena que reside en zonas geográficas dispersas y de alta dificultad de acceso, sitios en los que según lo indicado en el oficio, el personal de la institución debe ser trasladado vía aérea o terrestre (utilizando días caminando para llegar a la comunidad), y las visitas se realizan por ejemplo cada 3 meses.

También se plantea como justificación la búsqueda de adecuar los servicios para cumplir con lo establecido en el Convenio 169 de la OIT; de ahí que se propone utilizar el conocimiento cultural -cosmogónico, geográfico, social y productivo de salud y prevención de enfermedades, bajo la aplicación de elementos técnicos contextualizados a la zona donde se desenvuelven.

Señala además el documento, que resulta urgente crear un perfil de personal Institucional alternativo, que pueda brindar servicios de promoción y prevención en salud en poblaciones indígenas. El perfil, según la justificación efectuada debía ser de escolaridad mínima de sexto grado. Se plantea una declaratoria de inopia en los términos siguientes:

“(…) Desde la visión de la prestación de servicios de la CCSS, y buscando generar paulatinamente un equilibrio entre partes (pueblos Indígenas y la Institución), con enfoque intercultural, de Derechos Humanos y cumplimiento jurídico, es que esta Gerencia y la Presidencia Ejecutiva declaran inopia de personal indígena de Atención Primaria en Salud disponibles, para cumplir funciones en territorio indígenas de alta dificultad de accesibilidad, especialmente geográfica pero también sociocultural y económica.”

Mediante resolución DAGP-0754F-2014 del 25-06-2014, se aprobó el perfil de: “Asistente Indígena Comunitario” (código 01325). En el Índice Salarial de Empleados de la CCSS, el puesto se asocia con Promoción de la Salud.

Es pertinente mencionar que la creación de este perfil está vinculada con el “Acta de Compromisos Red Indígena Bribri-Cabecar-Junta de Salud Alta Talamanca” suscrita por la Presidenta Ejecutiva de la CCSS, ese momento Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, los representantes de al RIBCA (Red Indígena Bribí-Cabécar) y la Viceministra de la Presidencia de Asuntos Políticos y Diálogo Ciudadano, del 23 de enero del 2015.

De acuerdo con la consulta efectuada a la Dirección de Presupuesto entre el 2017 y el 2019 se crearon 8 plazas, algunas sin embargo no están siendo utilizadas. El detalle es el siguiente:

¹⁰ Oficio GMD-DDSS-2609-14 del 14 de marzo 2014.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

PERIODO	PLAZA	UNIDAD EJECUTORA		MODIFICACION	TOTAL	PLAZAS UTILIZADAS (*)	Observaciones
2017	48516	2631	AREA DE SALUD DE SIQUIRRES	201720003	1		En proceso de selección y capacitación
	48518	2651	AREA DE SALUD VALLE DE LA ESTRELLA		1	X	
	48520	2654	AREA DE SALUD DE MATINA		1	X	
	48523	2680	AREA DE SALUD DE TALAMANCA		1		Nombramiento a partir del 5-2-2020
2019	49719	2348	AREA DE SALUD DE TURRIALBA	201920006	1		Pendiente proceso de capacitación
	49720				1		
	49832	2762	AREA DE SALUD DE COTO BRUS		1		Se informó que existen nombramientos del 9 de diciembre 2019.
	49833				1		
Total plazas						8	

(*) Revisión Planilla tercera bisemana de enero 2020; e información suministrada por los Directores Médicos de las Áreas de Salud.

Se han realizado además, por parte de la Dra. Quesada Mena a solicitud de la Gerente Médica (oficio GM-S-18144-2016 del 6 de setiembre 2016), estudios de necesidades de recurso humano para el perfil de Asistente Indígena Comunitario. Uno de los documentos suministrados por la Dra. Quesada Mena a esta Auditoría (oficio DDSS-AAIP-258-17 del 27 de abril 2017) establece que se requiere la creación de 27 plazas distribuidas de la siguiente forma: 8 para la Región Central Sur, 7 para la Brunca y 12 para la Huetar Atlántica.

Sobre este perfil es importante mencionar que la Dra. Kenia Quesada Mena, Coordinadora del Programa de Normalización de la atención a la Población Indígena, con el apoyo del CENDEISSS elaboró la curricula para la capacitación y que por medio del oficio DDSS-0302-18 del 2 de marzo 2018, el Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, le comunicó al Dr. Eduardo Cambroner Hernández, Director de la Dirección de Red, el proceso de coordinación que debía efectuarse para la capacitación de las personas que ocuparían las 4 plaza asignadas a la Región Huetar Atlántica.

No obstante, el certificado de aprobación del curso que acredite como Asistente Indígena Comunitario extendido por el CENDEISSS o por la instancia competente para para tal fin, es según el Manual Descriptivo de Puestos, un requisito deseable para el nombramiento de las plazas.

Los funcionarios que se encuentran laborando como Asistente Indígena Comunitario recibieron capacitación por parte del Profesional de Enfermería y el ATAP, según lo informaron los Directores Médicos de las Áreas de Salud.

En este sentido es importante considerar que el perfil se crea para contratar personas de la comunidad indígena para desarrollar labores de promoción, prevención, atención básica en comunidades de difícil acceso, de ahí que la capacitación que se otorgue a estas personas es un elemento de importancia significativa. Por ejemplo, una de las tareas que eventualmente tendrían es la asistencia de primeros auxilios básicos.

El Manual Descriptivo de Puestos, establece que las labores de supervisión del funcionario están a cargo el Coordinador del EBAIS; sin embargo, de acuerdo con la justificación que se efectuó para la creación del perfil, los funcionarios podrían estar ubicados en sitios de difícil acceso, en los que podrían no existir sedes de EBAIS o puestos de visita periódica; situación que generar algunos riesgos en materia de control.

Al respecto, se consultó a los Directores de Áreas de Salud que disponen del recurso actualmente, quien realiza las labores de supervisión de los funcionarios y cuál es el lugar de trabajo (la comunidad, Puesto de Visita Periódica o el EBAIS) , en dos áreas de salud se indicó que la supervisión de los funcionarios está a cargo de la Jefatura de Enfermería, mientras que en tres áreas sería la Dirección Médica; y el lugar de trabajo según lo indicado por las autoridades de tres áreas de salud, es la sede de un EBAIS.



Y respecto a las funciones que ejecutan los Asistentes Indígenas Comunitarios, el perfil de puestos establece una serie de tareas, algunas similares a las que debe ejecutar el ATAP, de ahí que se requiere de mecanismos de control que garanticen la utilización de recurso humano con eficiencia y eficacia. En anexo 1 se incluye un detalle de las tareas que de acuerdo con los perfiles de puestos son similares.

La situación descrita puede ser originada por debilidades de comunicación y control respecto al uso de las plazas, así como respecto a la creación de una currícula de capacitación que no se constituye en un requisito indispensable para el nombramiento de las plazas. La incorporación de este perfil en las zonas indígenas es un avance significativo, sin embargo, es necesario valorar los aspectos indicados.

El riesgo que se observa ante lo planteado es que el recurso humano no se utilice de manera adecuada y que no se disponga de los controles suficientes y pertinentes para garantizar que la incorporación del perfil de Asistente Indígena Comunitario en las poblaciones de difícil acceso genera una mejora en la prestación de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

La Gerencia Médica es la instancia responsable de la prestación integral de servicios de salud a la población, por lo que le corresponde dirigir y gestionar con el apoyo de las restantes de Gerencias, servicios médicos de calidad y oportunos a la población.

Esta dependencia, dispone de una serie de Direcciones de Sede, que coadyuvan las funciones gerenciales; y en relación con la prestación de servicios de salud a la población indígena, se observan oportunidades de mejora en su gestión estratégica.

Si bien cierto, se han generado acciones relacionadas con la prestación de servicios de salud a la población indígena, por parte de las Direcciones de Sede que conforman la Gerencia, estas no se encuentran debidamente articuladas y obedecen a requerimientos que surgen, no a un proceso de planificación orientado a mejorar la atención médica que se brinda a esta población.

A nivel de la Gerencia Médica y de sus direcciones de sede se identifica al Programa de Normalización para la atención de la Población Indígena como el referente en todo lo relacionado con la población indígena, sin embargo, esta instancia tiene carácter funcional, está conformada por una única funcionaria, y su ámbito de competencia corresponde a la emisión de la normativa técnica.

Sobre este particular, la funcionaria se encuentra identificada con las necesidades y problemática de la población indígena y ha realizado acciones en diferentes ámbitos, en función de requerimientos efectuados por las autoridades superiores. Sin embargo, no se determina la existencia de normativa específica en relación con la forma en que deben brindarse los servicios a la población indígena a pesar de que el Convenio 169 de la OIT establece que los servicios de salud se debe tener presente la cultura y tradiciones de los pueblos indígenas.

Los servicios de salud que se brindan a la población indígena son los mismos que se otorgan al resto de habitantes, a pesar de que los determinantes sociales de la salud de este grupo son diferentes. Los Directores Médicos de las Áreas de Salud que atienden población indígena manifiestan la existencia de una serie de limitaciones que afectan la prestación de los servicios a esta población, que no son considerados en la evaluación que se realiza sobre su gestión.

Y a pesar de que las autoridades de las áreas de salud consultadas manifiestan efectuar un trabajo intersectorial para mejorar las condiciones de salud de estas poblaciones, las limitaciones de acceso, caminos, puentes, recurso humano entre otros continúan y no contribuyen a mejorar las condiciones de salud de esta población.

Se determinó además la necesidad de llevar a cabo una valoración respecto a la capacitación y control de plazas con el perfil de puesto de Asistente Indígena Comunitario, creadas para la contratación de personas indígenas en poblaciones con alta dificultad de accesibilidad.



RECOMENDACIONES

Al Dr. Mario Ruíz Cubillo, Gerente Médico o quien ocupe su puesto.

1. Considerando que el objetivo general de la Gerencia Médica es la conducción de la prestación integral de servicios de salud a la población, y que le corresponde además, administrar, planificar, dirigir y evaluar estratégicamente las direcciones de sede; definir el abordaje que va realizar en procura de lograr la prestación de servicios de salud a la población indígena con pertinencia cultural tal y como lo establece el marco normativo. Para esto se requiere la definición de acciones articuladas por parte de las Direcciones que la conforman, en concordancia con las funciones y ámbito de acción de éstas.

En este contexto, la información y manejo del tema por parte de la Coordinadora del Programa de Normalización de la Atención a la Población Indígena puede ser un elemento de suma relevancia, sin embargo, se recomienda no visualizar al programa, como única instancia responsable de la materia, en razón de que la función de los programas de atención existentes en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, corresponde a la emisión de la normativa técnica.

Adicionalmente, en el diseño de las acciones a desarrollar de parte de la Gerencia Médica, se recomienda participar a las autoridades de los establecimientos de salud (Áreas de Salud y Hospitales) que brindan servicios a la población indígena.

Para el cumplimiento de la recomendación, se deberá remitir a esta Auditoría, las acciones articuladas que se estarían desarrollando por parte de las Direcciones de la Gerencia Médica y los resultados esperados a partir de estas acciones. El plazo para la atención de la recomendación será de 9 meses.

2. Definir el ámbito de acción que debe desempeñar el Programa de Normalización a la Atención a la Población indígena, para lo cual es importante se considere la vigencia de los documentos que hasta la fecha han sido utilizados como marco de acción institucional¹¹ por parte de la Coordinadora del Programa (*Programa Institucional para la Atención Normalización de la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas en Territorio Nacional y el Plan de acción para la normalización de la atención de la salud de los pueblos indígenas*).

Para el cumplimiento a cabalidad de la recomendación, se deberá remitir a la Auditoría la comunicación y divulgación efectuada en relación con el ámbito de acción del Programa de Normalización a la Atención a la Población Indígena. El plazo para la atención de la recomendación es de 9 meses.

3. Realizar una revisión sobre el uso que se está brindando por parte de las áreas de salud a las plazas de Asistente Indígena Comunitario, en el que se valoren los procesos de capacitación (los temas desarrollados y su relación con los establecidos en la curricula), las labores que se están desarrollando y su concordancia con el perfil de puestos, así como la suficiencia y pertinencia de los controles establecidos para garantizar el uso eficiente y eficaz de este recurso humano.

Producto de la revisión efectuada, se deberán gestionar las acciones que se determinen con instancias técnicas como la Dirección de Administración y Gestión de Personal (en caso de requerirse un análisis integral del perfil ocupacional de Asistente Indígena Comunitario) , o el CENDEISS (si se determina necesario ajustar o modificar en la curricula).

Se sugiere además llevar a cabo en el mediano plazo (1 año) una valoración de los resultados obtenidos a nivel de la prestación de servicios de salud a partir de la utilización del perfil de asistente indígena comunitario.

¹¹ Remitido a la Defensoría de los Habitantes, y al Banco Mundial (como indicador transversal del Programa por Resultados CCSS-Banco Mundial).



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Para la atención de la recomendación, se deberá remitir a la Auditoría, el informe de la revisión efectuada, así como las de las gestiones efectuadas con otras instancias producto del citado informe. El plazo para la atención de la recomendación es de 9 meses.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con el Artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, se procedió a comentar los resultados del estudio con funcionarios de la Gerencia Médica: Dra. Yendry Daniela Rivera Flores, Asesora, Lic. Héctor Armando Hernández Vega, Asesor. Dirección Desarrollo Servicios de Salud: Dr. Erick Calvo Carranza, Asistente de la Dirección; Dr. José Miguel Angulo Castro Jefe Área Atención Integral; Dra. Kenia Quesada Mena, Coordinadora Programa Normalización de la atención a la población Indígena y la Licda. Adriana Pérez Jiménez, Encargada del Seguimiento de Informes de Auditoría.

Las observaciones efectuadas fueron las siguientes:

“Se solicita por parte de los funcionarios de la Gerencia Médica ampliar el plazo para la atención de las 3 recomendaciones hasta 9 meses, sujeto a la ampliación del plazo, considerando que debido a la emergencia nacional por COVID-19, se ha requerido el desarrollo de múltiples acciones para la prestación de servicios a los usuarios. No se omite que el tema de poblaciones indígenas ha estado focalizado en la atención de la emergencia sanitaria.

En relación con la recomendación 2, los funcionarios de la Gerencia Médica solicitan que se valore eliminar el 2 párrafo, debido a que sobre entiende que la función sustantiva del Programa es la emisión de normativa técnica.

Respecto a la recomendación 3, el Lic. Héctor Hernández Vega, solicita se ajuste la recomendación y considere la participación de la instancia técnica en materia de recursos humanos.”

Sobre el particular, se valoraron las observaciones efectuadas, y se procedió a ajustar el plazo de las tres recomendaciones a 9 meses. Se eliminó el segundo párrafo de la recomendación 2 y se ajustó en conjunto con el Lic. Hernández Vega la recomendación 3.

ÁREA DE SERVICIOS DE SALUD

Licda. Rosa María Rodríguez Barrantes
Asistente de Auditoría

Lic. Edgar Avendaño Marchena
Jefe Área

EAM/RMRB/ams



ANEXO 1

Tareas similares de los perfiles de Asistente Indígena Comunitario y Asistente Técnico en Atención en Atención Primaria

ASISTENTE INDIGENA COMUNITARIO (código de la clase: 01325)	ASISTENTE TECNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA (ATAP, Código de la clase: 001316)
Naturaleza del trabajo: Ejecución de labores de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de atención básica en salud programada e incidentales en el primer nivel de atención y en los escenarios domiciliario, comunitario, educativo y de servicios de salud, en territorios indígenas con difícil accesibilidad cultural (idiomática, étnica) geográfica, caracterizada por ausencia de caminos o condiciones que limitan la entrada de medios de transporte convencionales.	Naturaleza del trabajo: Ejecución de labores de prevención y asistencia, programadas e incidentales prioritarios de promoción en atención primaria de salud a nivel domiciliario, comunitaria, EBASIS (en todas las zonas del país rurales, urbanas, periurbanas y marginales).
TAREAS	
Asistir a actividades de educación permanente programadas, con el fin de actualizarse en los temas prioritarios de salud que afectan la comunidad indígena en la que labora	Asistir y participar en actividades de educación permanente programadas.
Colaborar en la coordinación y organización de las actividades de promoción, protección y prevención de las enfermedades y problemas de salud de la comunidad indígena en la que presta servicios con la participación de los miembros del EBASIS, Área de Salud, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y de la población indígena.	Asistir, orientar y participar en las actividades de promoción y prevención en salud, en coordinación con los comités de salud y otros.
Proporcionar en caso de ser necesaria la asistencia de "Primeros Auxilios Básicos" en la comunidad indígena.	Brindar primeros auxilios básicos, en caso de accidentes, enfermedades o desastre natural, de acuerdo con las normas establecidas
Colaborar en la actualización del inventario de los recursos existentes en el establecimiento de salud.	Colaborar en la actualización del inventario de biológicos, medicamentos, equipo, material y medios de transporte, según normas y procedimientos establecidos.
Confecionar y mantener actualizado el croquis de la comunidad a la que presta los servicios de salud.	Confecionar croquis de localidades y croquis de conjunto (sector).
Desarrollar las actividades para la promoción, protección y prevención de las enfermedades y problemas de salud de la comunidad indígena en la que presta servicios, según los lineamientos establecidos por el EBASIS y el Área de Salud.	Desarrollar actividades de promoción de la salud, por medio de la educación para la salud.
Realizar visitas domiciliarias con el fin de identificar las mejoras requeridas en las condiciones de las viviendas y saneamiento básico ambiental, como abastecimiento de agua, eliminación de excretas, basura, entre otros; a efecto de proporcionar la orientación pertinente a la persona indígena, así como coordinar y referir las acciones a realizar ante las instancias correspondientes.	Detectar las mejoras requeridas en las condiciones de las viviendas y saneamiento básico ambiental como: abastecimiento de agua, eliminación de excretas, basura y proporcionar la orientación pertinente, para elevar los índices de salud de la comunidad; coordinar y referir a las instancias pertinentes.
Mantener actualizado el tarjetero de recursos de la comunidad.	Mantener actualizado el tarjetero de recursos de la comunidad.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 2539-0821 ext. 2000-7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

ASISTENTE INDIGENA COMUNITARIO (código de la clase: 01325)	ASISTENTE TECNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA (ATAP, Código de la clase: 001316)
Naturaleza del trabajo: Ejecución de labores de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de atención básica en salud programada e incidentales en el primer nivel de atención y en los escenarios domiciliario, comunitario, educativo y de servicios de salud, en territorios indígenas con difícil accesibilidad cultural (idiomática, étnica) geográfica, caracterizada por ausencia de caminos o condiciones que limitan la entrada de medios de transporte convencionales.	Naturaleza del trabajo: Ejecución de labores de prevención y asistencia, programadas e incidentales prioritarios de promoción en atención primaria de salud a nivel domiciliario, comunitaria, EBAIS (en todas las zonas del país rurales, urbanas, periurbanas y marginales).
TAREAS	
Participar en el intercambio de conocimientos y experiencias, así como en la definición conjunta de las intervenciones entre el personal de salud de la CCSS y de la comunidad indígena (líderes y lideresas), fomentando la prestación de servicios de salud que integren las buenas prácticas de ambas culturas, para mejorar la atención en salud de los integrantes de la comunidad indígena.	Participar como miembro del equipo, en la identificación de acciones y recursos intersectoriales, para la solución de problemas.
Participar con las instancias pertinentes en el análisis de la situación de salud de la comunidad indígena en la que presta sus servicios, en la priorización y programación de actividades del EBAIS y del Área de Salud correspondientes, aportando los insumos recolectados de su interacción con la población indígena y desde su cosmovisión.	Participar en el diagnóstico de salud, de la comunidad a su cargo, así como participar en la recolección de datos, para realizar el diagnóstico de salud familiar, con el fin de priorizar y programar actividades.

Fuente: Elaboración propia, según lo consignado en el Manual Descriptivo de Puestos.