APUNTES SOCIOLÓGICOS PARA UNA ACCIÓN CONCERTADA

*Lic. Fernando Coto Martén
Servicio en Sociología, SBA*

1) PROPUESTA PARA LA ACCION Y EL DESARROLLO DE PROGRAMAS SOCIALES

Objetivo: Desarrollar un proceso de sensibilización y de entendimiento creativo de doble vía (indígenas-funcionarios), que incida en la recuperación de los valores culturales con vocación de futuro (en correspondencia con el derecho a la salud y a la seguridad social) y que posibilite la asunción de canales de información y participación, todo en vista a mejorar el acceso a la atención integral y el fortalecimiento de la salud.

2) SENTIDO DE LA CONSULTA Y DE NUESTRA MISIÓN

A partir del año 1999 se desarrollaron sendos Talleres de Priorización de Necesidades (Plan Nacional de Desarrollo para los Pueblos Indígenas de Costa Rica (1998-2002) en los diferentes Territorios Indígenas de la Región Brunca. Se parte de un "diagnóstico situacional consabido"; los y las indígenas lo que quieren son hechos, por parte de las Instituciones y que se les de el lugar que les corresponde.

Nos integramos a las Jornadas de Actualización de Información, con un sorbo

de aire fresco. Participamos en la Comisión Técnica Interinstitucional, con aportes sustantivos, llevando la voz cantante y ocupando la vanguardia entre las diferentes Instituciones. Hicimos honra a nuestra palabra, al cumplir la mayoría de los acuerdos establecidos con las comunidades, tanto en Buenos Aires como en Coto Brus, lugares en los que se nos encomendó el trabajo, en asocio de un equipo de compañeros y compañeras de la Dirección Regional y de la entonces Clínica de Buenos Aires. Participamos de las respectivas Mesas de Negociación que implementó el PDR de la Región Brunca y el Ministerio de la Presidencia, en conjunto con los y las indígenas.

Hay un aspecto en que estamos en deuda con los y las Guaymies. Hasta sus mismos dirigentes le hicieron el juego a la imposición y dejaron de ser lo resueltos y consecuentes que debieron haber sido.

Se nos olvidó que se debía de hacer traducción diferida, que las sesiones se tenían que haber desarrollado en su lengua materna, para que sobre todo las mujeres se pudieran expresar con mayor acierto. En esto falló el PDR, se separó de la recomendación técnica, por comodidad y "ahorro" de tiempo y recursos. Se sacrificó la eficacia, el cumplimiento verdadero de los objetivos. Dadas las circunstancias aquellas, la actividad se tenía que haber desarrollado

en lengua Guaymie. Se "perdió" la lengua, cosa que significa perderse uno mismo (a).

Nos parece que en esto no se puede escatimar, pues entonces lo que hacemos es asumir la misma actitud de los conquistadores, que para ponerse en ventaja, le quitaron su lengua a algunos de nuestros ancestros y los obligaron a que aprendieran la de ellos.

En concreto y para entrar en materia, mencionaremos uno solo uno de los rubros, la obra en infraestructura que se hizo durante la antepasada administración es fuerte y esbelta. Pero, consideramos que el deseo y la meta de eliminar la pobreza en indígenas, de la Administración de Don Oscar Arias, supera cualquier intento en el pasado, esfuerzos que evidentemente generarán, un fuerte impacto positivo en la calidad de vida y en la autoestima de los pueblos indígenas. No obstante, debemos tener cuidado con expectativas demasiado desmesuradas y ocuparnos por poner andar un proceso de representación adecuado y sistemático, haciendo énfasis especial en el rol que han de desempeñar los pueblos indígenas.

Desde nuestra perspectiva, es a través de la planificación estratégica, la contrastación con datos frescos, cualitativos y (o) cuantitativos y la consulta popular el modo a través del cual tomamos decisiones pertinentes y acertadas, de acuerdo a los intereses y la identidad de los y las indígenas. La dinámica se hace manifiesta, con el concurso de las organizaciones indígenas involucradas y los (as) diversos actores que hacen presencia en este gran trabajo de campo.

El engranaje construido remata en un análisis concertado, en un foro primigenio, en un cambio de mentalidad que se expande al ritmo de las buenas vibraciones. La ley del contagio social en acción; también, la propulsión, el impulso a la propia capacidad de las comunidades de confrontar sus

problemas y tejer en conjunto la nueva estructura social.

Para alcanzar nuestros fines nos hemos servido del imaginario colectivo aborígen. Lo enriquecemos, con el apoyo de los y las indígenas, quienes nos ayudan a "destilar" una serie de símbolos y representaciones socioculturales, en los diferentes escenarios de la interacción humana. La Oda al Proyecto de Salud Comunitario Preventivo de la Localidad de Ujarrás es una buena muestra del significado trascendental que tiene el cambio de actitud y el ser positivo (a).

Como ingredientes y requisitos para este gran salto adelante, generador de una fuerte cohesión sociocultural: una auténtica espiritualidad, impregnada de espontaneidad y un sentido de preferencia por lo lúdico.

Este es nuestro aserto. Con el soporte de toda una gama de dispositivos artísticos y con el impulso de los estímulos morales que enarbola el facilitador, el producto-mensaje "emerge" fortalecido, a la superficie de la conciencia social. Con una intención entusiasta, dadas las condiciones para la plena utilización de las herramientas estratégicas para la acción, se abre el espacio para el concurso de voluntades, la amalgama de sensaciones, la sinergia y la solidaridad emotiva, preludio de la mágica eclosión de la creación colectiva. Nuestro Plan Operativo se consolidará en la medida en que logremos hilvanar algunas acciones contundentes.

Comenzamos a avanzar en dirección correcta. Entramos en la dimensión dramático-ritual y espléndida del laboratorio de la comunicación social. La gente reflexiona, se involucra y se decide a asumir los retos y a realizarse, a conquistar el porvenir. Albricias. Esta es la semblanza, el orgullo de la propia indianidad, la meta que aspiramos conseguir, el empoderamiento

de los pueblos indígenas, situación que encarna la obra de teatro Ditsopa, que fue escenificada y actuada por aborígenes, en ocasión de la Semana Indígena, en el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, oct. de 1999.

Dentro de toda nuestra trayectoria, la primera consulta que desarrollamos fue la que se le hizo al Consejo AWAPA y a otros Médicos y Curanderos Indígenas, durante el mes de setiembre del año 1998. Se les preguntó sobre si estaban de acuerdo con la consulta mixta o integrada, con sus colegas no indígenas en los EBAIS o Puestos de Salud. Respondieron afirmativamente. En cambio, su posición fue la de no aceptar la fórmula que propusimos para patentizar sus medicinas o secretos, a partir de la conformación de una Sociedad de Médicos Indígenas y Parteras Tradicionales Indígenas, para inscribir esta propiedad intelectual comunitaria en el Registro. Cuestión, que de acuerdo con el lineamiento de la Señora Ministra de Salud, se quedará en el tintero, esperando que madure la situación y aumente la confianza hacia nosotros (as). Por el momento, estamos interesados en coadyuvar para que se produzca la sucesión de acuerdo al derecho consuetudinario y comiencen a ejercer la solemnidad de los cargos de Parteras Tradicionales Indígenas, de Chamanes, Sukias o Curanderos las nuevas generaciones, quienes entonces serán los "reservorios" de este conocimiento tradicional que en efecto se transmitió.

Nos estamos refiriendo a la labor de reproducción sociocultural, mención o recordatorio que se hizo efectivo en ocasión del desarrollo de los prolegómenos o insumos necesarios para elaborar y suscribir el Convenio CAJA-ARADIKES. Nos referimos al modelo para el fortalecimiento de la salud, el acceso a la atención integral en salud, en cuenta a especialistas y cirujanos desde la comunidad, la referencia

express; plazas de ATAPS para Indígenas, capacitación, la coordinación entre la medicina del orden público y la medicina tradicional, Comisión Técnica de Enlace, Junta de Salud, participación de la Sociedad Civil en la orientación del trabajo del CAIS etc. Por cierto, durante año 2003, La OIT se interesó por conocer de la aplicación práctica del Convenio, situación sin precedentes en el Continente Americano.

Posteriormente realizamos una consulta similar a las Parteras Indígenas, con resultados semejantes: están de acuerdo en integrarse a los espacios de participación en los Hospitales y Centros Médicos de la CAJA, hacer referencias para el control prenatal, estar al cuidado de las Emergencias y de una labor en Educación en Salud. Esto en ocasión de la suscripción de la Declaración del I Encuentro entre Parteras Tradicionales Indígenas y Parteras Empíricas con Obstétricas y Enfermeras del Hospital Escalante Pradilla, oct 2000.

3) EVALUACIÓN Y PROYECCIÓN TÉCNICA.

En forma permanente, desarrollamos por medio del laboratorio de la comunicación socio-cultural (se encuentra en las manos del pueblo) una evaluación concurrente del trabajo mancomunado que desarrollamos. De manera participativa, involucramos a la gente para que ella misma se pregunte y se cuestione en forma crítica los aspectos concernientes a nuestra gestión compartida, dejando a un lado cualquier prejuicio o complejo que limite su accionar.

De acuerdo a nuestra propuesta, al elevar su autoestima, en la interacción con los y las funcionarios (as), los y las nativas se encargan de ir superando la imagen

estereotipada que hasta el presente se tiene del indígena: su conformismo, pasividad, falta de seguridad y timidez al demandar atención, hacer un trámite o requerir un servicio. Fundamentalmente en la gente del Bloque Norte.

Entonces, (*) "a flor de labios, a través de los ojos y la piel", se genera un positivo y optimista estudio de la situación de salud autopercibida, que con el tiempo se convertirá en un sesudo análisis.

También se han cuestionado los trámites que se tienen que hacer, por ejemplo, para conseguir el Seguro por el Estado, los cuales para ser sinceros, le complican la vida a la población aborígen. No entienden todavía el por qué se tomaron las medidas, de dejar de recibir la hoja de la CONAI, fruto de la discordia.

El trabajo de llenar el formulario se le hace difícil al indígena promedio, según nos lo han manifestado de manera verbal y a través de varios reclamos, en virtud principalmente del problema de baja escolarización que arrastran.

Los cambios en la Dirección y en la Administración del CAIS nos trajeron aires de mesura, equilibrio y comprensión. Se dejó de "alabar al procedimiento" y se asumieron posiciones humanitarias e inteligentes, que hoy están a la orden del día, no obstante los juegos de poder que a veces se respiran.

Sucedió que el instructivo se comenzó a aplicar sin ninguna notificación o consulta previa a los interesados, cosa que se ha reconocido. Esperemos que tengamos la resolución a la vuelta de la esquina, para observar a la gente satisfecha; si es que en verdad realizamos la Campaña de Aseguramiento Masivo por el Estado, que inicialmente estaba prevista para llevarse a cabo durante el segundo semestre del 2007.

Se ha avanzado, pero falta consolidar una auténtica garantía, para que en verdad pueda ser asequible la información que está en las tarjetas de los ATAPS. Hemos contribuido con un granito de arena, a través de algunas comunicaciones que realizamos.

En un momento la Oficina de Validación de Derechos de San José cambió en algunos aspectos el Instructivo que actualmente rige y que se utiliza para el otorgamiento del carnet de asegurado por el Estado a indígenas. El hecho es que con su aplicación, quedaron en evidencia el cúmulo de inconsistencias que contenía, las que por cierto se subsanaron, primariamente, utilizando para los trámites las listas de habitantes preparadas por las Asociaciones Indígenas. Repetimos: había un aspecto extremadamente oneroso, que es el pago de mil colones por certificación de bienes inmuebles expedida por la Municipalidad.

Por lo pronto, la directriz a aplicarse es "nadie con problemas de identificación o que no tenga su documento vigente", se le vaya a rechazar en consulta o a "facturarlo". Sin embargo, es claro que los trámites habrá que hacerlos!!!

Por nuestra parte pretendimos forjar una alternativa y facilitarles el procedimiento que para ellos y ellas es engorroso. Es un hecho que persisten en dejar de hacer los trámites hasta el final, cuando el carnet lo tienen vencido.

Observemos las peripecias, que tuvimos que enarbolar. En un inicio, apelamos a la CONAI local, para que se encargara de hacer o conseguir listas de los indígenas que habitan en los Territorios Indígenas del Cantón de Buenos Aires, sin ningún resultado positivo. Les faltó agilidad, concreción, sentido de la oportunidad. Por cierto, el funcionario argumentaba que el estudio o carta de la CONAI no era el adecuado.

También al principio de esta gestión, nos reunimos con el exalcalde de Buenos Aires, Msc. Geovani Fallas (2002-2006). Le pedimos su apoyo, para que se pudieran elaborar certificaciones colectivas de bienes inmuebles, cosa que simplificaría y haría más barato para el usuario, el servicio que presta la Comuna, al conectarse con el Registro Público. Este funcionario, en ocasión de la visita de la señora Ministra de Salud, Dra. Rocío Sáenz, avaló nuestra posición, cosa que cuando nos reunimos en la Municipalidad había dejado de hacer.

No obstante, apuntó que había que hacer una solicitud al Consejo Municipal en esta dirección e invocar el CONVENIO CAJA-CONAI.

A pesar que nuestra gestión pretendía vertebrar el trabajo del Estado y hacer eco del clamor popular, siempre consideramos una ocurrencia o un "sin sentido", el incluir el requisito de la certificación de bienes inmuebles. Estaríamos pensando en la posibilidad que los indígenas tengan bienes inscritos a su nombre, cuando los títulos de propiedad de sus tierras en los Territorios Indígenas están en manos de la ADI Indígena correspondiente. Habrán tal vez algunos que podrían tener un patrimonio, pero son los menos. Entonces, nos parece inconveniente y contrario con el principio de equidad, el que se obligue a las mayorías pobres, a sacar el dinero para sufragar unos timbres.

La idea de estructurar un manual adecuado a la realidad bonaerense, la hizo manifiesta la Dra. Kemly Picado, en tanto Subgerente Médica de Regiones. Consideramos que se ha de poner en funcionamiento, a corto plazo, como alternativa, para simplificar los trámites.

Por su parte, el nuevo instructivo se confeccionó, recogiendo los criterios de las ADIS Indígenas y de la CONAI, proceso que

se echó a andar. Ante esto, es evidente que hay que tomar en cuenta la correlación de fuerzas existente en el Cantón. Ya se tomó la decisión sobre quien es el o los llamados o tienen legitimidad para colaborar con los trámites o requisitos que pide la CAJA, de acuerdo a una mínima lógica y al espíritu del Convenio. También sobre el asunto de la supervisión y el establecimiento de la condición de indígena, la utilización de criterios subjetivos u objetivos. Son las ADIS indígenas a quienes les toca hacer la definición y a nuestros (as) funcionarios (as) respetarla. Una lucha de largos años, que se logró coronar. Para nosotros, nada esto es cosa nueva, pues desde hace tiempo acudimos a foros, seminarios y eventos sobre estos tópicos y además, nos hemos dedicado a estudiar este asunto.

El punto es que hay que superar cualquier disputa o detener cualquier conflicto, que vaya en detrimento del derecho a la Seguridad Social que cobija a los indígenas. Hay que saber conciliar y llegar a un acuerdo entre los interesados; sobre todo, ha de privar el interés de las mayorías. Por lo pronto consideramos prioritario valorar la siguiente circunstancia o caso que se presenta; según nuestro entender, una mujer indígena que habite en Territorio Indígena y que tiene a un no indígena como compañero, cumple con los requisitos, junto a su marido. Sucederá igual si es el hombre el indígena y la mujer la no indígena; o si la circunstancia de que una familia habite fuera del Territorio Indígena, hace que pierda sus derechos que como aborigen tiene? Esto podría el tema para una reunión que se convoque.

El mecanismo operativo al que hicimos alusión más arriba (*), se hace vivencia además en ocasión de la labor de construir puentes y agilizar trámites que realizamos en forma oportuna, a la hora de la atención médica o administrativa y al poner en marcha las nuevas formas de organización social

con las que trabajamos. En este sentido, nos convertimos en el soporte idóneo del cuerpo médico, garantía de calidez y de mejoramiento continuo de la calidad de la atención que le brindamos a la población nativa, de respeto a sus derechos humanos. Lo anterior en razón de que conocemos su condición de vulnerabilidad y (o) riesgo social que "padecen", su rezago social, vivencia cotidiana, y la opresión de que ha sido víctimas, aunada al paternalismo estatal que los ha mal acostumbrado: la cadena de errores y desaciertos en que hemos caído. Echamos a andar una novedosa metodología de investigación-acción, que valora en alto grado la participación de la gente en el proceso científico. Nos ponemos a tono con la realidad y abrimos los espacios pertinentes, para alimentarnos con el mismo conocimiento popular.

Vale afirmar que en esta encrucijada, se hace palpable que ellos y ellas deberán ser los primeros, los que tendrán que intentar ayudarse a sí mismos (as).

Ahora nos toca analizar qué sucede con las entrevistas, encuestas y trabajos de campo desarrollados a través del tiempo (1998-2007), que persiguen recabar la opinión de los y las indígenas sobre diversos tópicos. En el año 2004 desarrollamos una investigación social sobre la atención a indígenas por el Servicio de Emergencias del CAIS (Centro de Atención Integral en Salud de Buenos Aires), tomando en cuenta el lugar de procedencia de la persona y el pueblo a que pertenece. Nos centramos en las diez o doce enfermedades más frecuentes y en las personas que consultan al respecto.

Encuestamos a la gente para conocer su edad y el sexo. Del gremio médico obtenemos el diagnóstico y si hay referencia o traslado para el cliente. También conocemos si se le manda a Observación y sobre la Revaloración. Hacemos observación en la

Sala de Observación, seguimiento de casos y motivación entre los funcionarios, para un buen trato. Esta representó nuestra tarima para el desarrollo de la ciencia.

La información que sistematizó la investigación tiene un gran valor para el trabajo en el primer nivel de atención, la atención primaria que se da en las comunidades. La idea consiste en: incidir en la prevención de las enfermedades y conocer los estados de riesgo sanitario y (o) social. También, aplicamos una óptica centrada en la promoción de la salud y echamos a andar una novedosa metodología de investigación. Pero hasta ahí quedamos. Pues faltó que esta información bajara y fuera asumida por el primer nivel de atención. Darle continuidad a un trabajo para fortalecer la atención primaria a indígenas.

También nos interesó conocer los problemas de salud como un todo. El viernes 18 de junio del 2004 en un Taller de Jerarquización de Problemas de Salud (N° 5 de Planificación Estratégica), dirigido por la Dra. Daisy Corrales de la UEPS BID-CAJA, sobresalieron los relativos a la Violencia Intrafamiliar y la Mal Nutrición en el Territorio Indígena de Ujarrás.

De igual forma, se promovió la participación social en la elaboración de la situación de salud (ASIS). El lunes 14 de junio 2004 asistimos al Territorio Indígena de Ujarrás. Dentro de los problemas locales se mencionan además de los ya mencionados, la presencia de chicheras comerciales, la vagancia (el estilo de vida originario viene "de menos", la gente deja de trabajar por cuenta propia y para el autoconsumo), la sobreexplotación a jornaleros indígenas, que reciben salario en especie (en chicha). Se presenta una actitud evasiva y se incrementa la violencia intrafamiliar, los indígenas dejan de contribuir a la manutención de la progenie; se va perdiendo la memoria histórica y tienden a

relajarse los lazos de solidaridad tipo Mano Vuelta o Juntas). Hacen acto de presencia los adictos crónicos a la chicha, además que el fermento se vende en chicheras comerciales.

También, en algunas ocasiones le echan "precursores dañinos" o lo hacen a partir de una frutilla que es mala para la digestión y los nervios.

Otro de los problemas mencionados es el de la tenencia de la tierra (gran cantidad de tierra en manos de poseedores no indígenas, de mala fe), los puentes sobre el Río Ceibo y el deterioro de la infraestructura del Puesto de Salud de San Vicente.

Vale hacer mención que en el año de 2001, durante la Evaluación de las Areas de Salud, Hospitales y Clínicas de la Región Brunca, el Proyecto de Fortalecimiento de la Salud, el Acceso a la Atención Integral en Salud y la Participación Social en el área deprimida de Coto Brus: (La Casona, Territorio Indígena Guaymie) fue sujeto a una evaluación *ex post factum*, saliendo por la puerta grande, con el aplauso unánime de las autoridades, doctores y directores administrativos (Palmar Norte, 2001). Esta fue la tercera edición del proyecto. Las anteriores se desarrollaron en Ujarrás (1999) y Boruca (2000). Es bueno apuntar que el patrón que se contempla en los Proyectos es común, si bien para su ejecución se tomó muy en cuenta la propia y particular especificidad cultural.

A la Casona entramos en Junio del 2001, cuando la bacteria "Shegeilla" había provocado la deshidratación de una niña de la comunidad, quien lamentablemente había fallecido. Como primera medida nos abocamos a motivar a la gente, para que usaran la letrina, pues la defecación silvestre era nuestro principal enemigo. Además, para enfrentar esta amenaza, nos dispusimos hacer un concienzudo trabajo a favor de la

higiene y la correcta manipulación de los alimentos, compartiendo la mesa de los y las indígenas. Más adelante desarrollamos varias dinámicas, con un grupo mujeres de un Proyecto de Vivero y Lumbricario (acción interinstitucional agrícola MAG,CNP,CAJA, INA), con el propósito de hacerlas participar de un juego (relación de intercambio cultural) propia de la tradición hispánica y para recoger sus impresiones sobre la cultura de los no indígenas.

También se integraron a las Ferias de Salud del Area de Salud de Coto Brus en su papel de artesanas.

Además contribuimos con la entrega de herramientas y botas de hule a las mujeres, para su trabajo, cuestión que también se proyectó a la Huerta Comunitaria Demostrativa, componente primordial del Proyecto que llevamos a cabo y cuya puesta en marcha se había negociado durante el Taller de Priorización de Necesidades.

Se involucró a la niñez de la Escuela, al trabajo de mantenimiento y al aprendizaje, a cambio de llevarse productos frescos a sus casas. También logramos hacerle una referencia *express* para el Hospital de Neily a un Médico Indígena que tenía catarata, con lo que pudo volver a ver y a desarrollar su trabajo. Después de haber sido rechazado en el Hospital de San Vito en consulta externa y dejado a un lado por el ATAPI de la Casona, por ser un "indocumentado de origen panameño" que tenía una chichera. El mismo juez de San Vito los eximió cuando se les denunció, pues consideró que el negocio era mínimo y era cuestión de su cultura.

Por nuestro parte, procedimos conforme a derecho y establecimos el respectivo correctivo. Al estar cubierto por el Convenio 169 del OIT (no se puede discriminar a un miembro de un pueblo indígena, que se ha visto "dividido" por la existencia de una

frontera política) y a la luz del Convenio CAJA-ARADIKES, hicimos la gestión para beneficiar a don Abel Hurtado, quien cuenta con el aprecio de sus congéneres y mantiene el prestigio de su posición.

Lo operó el Especialista y Cirujano Oftalmólogo Dr. Tovar. Precisamente, el 1 de enero del 2002, en la segunda página de La Nación, sale la noticia que recorrió el mundo: " Con una mano de los blancos."

También viajamos al Albergue Iztairú en Tres Ríos con los y las Guaymies, a participar del Encuentro Internacional de la Red de las Luz, en conjunto con una delegación de artesanos (as) Bruncas. En una atmósfera de gran entusiasmo, las delegaciones extranjeras se integraron de lleno a la danza Bogütà, a la ceremonia del fuego y la preparación de la bebida de cacao, para ser tomado de manera compartida en un gran huacal. Esta actividad produjo un encantamiento en la gente y marcó la pauta, sobrevino la impronta y el encantamiento sublime. Con un sello autóctono y originario, se le dio un soplo creativo al evento. Los y las Guaymies fueron nuestros (as) mejores representantes y embajadoras (es).

En la Sesión de Evaluación, decidimos exponer en forma puntual la estrategia de intervención en la realidad que hizo posible la captación de las mujeres embarazadas para que asistieran a control prenatal (salud reproductiva). Este es un primer paso, para con el tiempo tomen la decisión, con la información en la mano, de que pueden controlar su natalidad, en cuenta utilizando anticonceptivos propios de su cultura. Se trata de que en verdad comprendan que lo más adecuado es distanciar los nacimientos y planear el número de hijos (as) que puedan mantener. Y esto, pensando en la salud de la madre y en la de las criaturas, en su futuro y en la cuestión ética de la manutención. El otro paso importante que han de dar las mujeres

sería el cobrar ánimo, para hacerse cuando corresponda el examen de Papanicolau y dejar atrás sus vergüenzas.

En el pasado sucedía que las guaymies embarazadas rechazaban nuestra consulta. Epoca en que existía una Consulta de Choque. Nuestra llegada coincide con la introducción de la Consulta Programada, en el propio Puesto de Salud de la comunidad, durante la visita médica.

En asocio de las Parteras Tradicionales Indígenas y a partir de los Encuentros realizados, el Encuentro entre Parteras Tradicionales Indígenas y Parteras Empíricas con Obstétricas y Enfermeras del Hospital Escalante Pradilla (Oct 2000, San Isidro P.Z., como parte del proyecto Comunitario Preventivo de la Localidad de Boruca, con la participación de Parteras Teribes, Guaymies y Bruncas) y otros Encuentros más entre indígenas, patrocinados por la Fundación Costa Rica-Canadá, y en función del carnet de Servidoras de la Salud que se les otorgó a las indígenas bonaerenses que habían recibido el curso de capacitación, logramos avanzar por el sendero del intercambio cultural y el enlace entre las culturas, tomando muy en cuenta las propias especificidades culturales indígenas y contemplando el derecho que tienen a parir en sus hogares. En efecto, por su propia voluntad, las mujeres embarazadas cambiaron de parecer y asistieron al control prenatal y se pusieron a tomar ácido fólico, para prevenir las enfermedades congénitas y bajar la mortalidad infantil. Y hierro, para evitar la anemia en la madre y la desnutrición en la criatura.

Todo esto teniendo en mira o en dirección a construir un sistema de salud respetuoso de la dignidad de las personas, que reconoce las instituciones tradicionales indígenas, la artesanía como modo de producción original y su relación con la salud mental y sabe coordinar con la medicina tradicional.

4) CONSTRUCCIÓN DE UNA MATRIZ FODA, A LA LUZ DE SUS INTERESES, POR PARTE DE LOS Y LAS INDÍGENAS BRIBRIS, DE SAN RAFAEL DE CABAGRA.

Sirvió para darle fundamento a la Ejecución inicial del Proyecto de Salud BID-CAJA. El Proyecto contempló una evaluación en el año 2005. Se verificará la formulación de la propuesta desarrollada, utilizando el formulario tipo para la elaboración de intervenciones indicada en la ficha técnica 101011. Plan Estratégico Local, año 2004. Meta: que para el año 2006, nuestra Area de Salud de Buenos Aires, le este brindando una atención integral en salud a su población indígena, cuestión que no se cumplió, por diversos avatares o vicisitudes sufridas.

Del mismo modo, nos integramos en asocio de una trabajadora social y la enfermera obstétrica a la III Feria de la Salud del EBAIS de las Brisas, Cabagra (junio del 2004), con una charla sobre el siguiente tema: Visión Sociocultural de la Maternidad, el Mito del Nacimiento de la Tierra. También hubo una charla sobre Violencia Domiciliar y se desarrolló una Conserjería sobre Salud Sexual, a cargo de las compañeras, "enganche" que pudo desplegarse aún más, si se hubiera establecido una solución de continuidad consistente, con su respectivo trabajo de campo a futuro. Todo esto en virtud del gesto inicial desarrollado, la acción social con arreglo a fines propuesta, la disciplina del trabajo en equipo, las redes sociales forjadas y el enfoque de derechos. Sucedió que el posicionamiento del Servicio en Sociología y la ética de la responsabilidad que nos gobierna, la interacción social, la coordinación con la medicina natural, el análisis de totalidades, la intervención en la

realidad y la representación sociocultural que impulsamos, les generó una desazón indescriptible.

Sin embargo, este avance significativo remató en la mejora de la nota de compromisos de gestión para los años subsiguientes. Hay más confianza. Nos satisface haber puesto en movimiento el imaginario colectivo y trabajado con mucha integración.

Recapitulamos. Por nuestra parte, realizamos una labor de ubicación entre la gente de los clanes de pertenencia. Permanece viva la memoria histórica. A su vez, hicimos una alusión: en cierta manera las mujeres consideran que vienen al mundo solo a reproducirse, cuestión que hay que ir superando, lo mismo que una injusta situación: que sean las mujeres quienes se encargan de la manutención de la progenie (contenidos éticos de la manutención). Esta realidad es común en los Territorios Indígenas. Por esto y en razón de algunos valores de cambio que hay que promover, sugerimos que se desarrollen los esfuerzos necesarios para que se cumpla con la ley de la paternidad responsable en los Territorios Indígenas, en todos sus extremos. En este mismo sentido, presentamos ante la Dirección Nacional de Proyectos de la CAJA la propuesta denominada "Referencia a control prenatal por parte de Parteras Tradicionales Indígenas" que incluye el desarrollo de talleres de educación sexual para jóvenes y mujeres en edad fértil. Por cierto, el cambio en la jerarquía institucional en el 2006, dejó a un lado esta bella iniciativa. Es bueno apuntar que la organización indígena del Territorio Indígena de Cabagra, Asociación de Desarrollo Integral, se interesó en incluir en su página web el proyecto.

Del mismo modo, con el Ministerio de Salud hicimos un enlace para organizar un taller sobre responsabilidad compartida entre hombres y mujeres, en materia de salud

sexual y reproductiva y redes de cuidado. Una perspectiva sociológica comprensiva.

Resulta evidente que no podemos abrirle campo a un nuevo ciclo de reproducción de la pobreza sino concebir un círculo virtuoso.

Consideramos que la mujer ha de tener oportunidad para disfrutar del derecho a la recreación, a la salud y a la educación. En esto, las Telesecundarias en los Territorios indígenas están abriendo el sendero, pues son portadoras y plantean una alternativa de crecimiento y de preparación para las féminas **(Postergación hasta los veinte años del inicio de la maternidad, espaciamiento entre los (as) hijas etc).**

El hecho de que la mujer permanezca atada a las labores domésticas, en su casa o como empleada, no puede ser observado como algo natural. Hay que hacer una gran labor de convencimiento, para actualizarnos y ponernos a tono con las nuevas corrientes que claman por justicia e igualdad. Nos pronunciamos a favor de que se honren las obligaciones con la prole, tanto por parte de los hombres como de las mujeres y de que en última instancia exista una alternativa a la prisión.

Nuestro argumento: si la muchachada ya entró en actividad sexual, si es el caso, que planifiquen, el o ella y que le hablen con sinceridad al médico o al ATAPI. **(En esto habría que tomar en cuenta el evento patrocinado por UNICEF y CONAI con las Asociaciones de Desarrollo Integral Indígenas en donde inicialmente se acordó aunar esfuerzos para prevenir el embarazo de el y la adolescente, la cuestión legal y el cambio en las figuras delictivas. En la actualidad, tener relaciones sexuales con un (a) menor de quince años constituye violación).**

Se pretende darle tiempo al nacimiento de las criaturas y contener en alguna medida la explosión demográfica desbocada. Si hay un

embarazo, que se perciba como el de él y la joven, juntos, si este es el caso.

El testimonio de una joven bribri que parió "de manera expulsiva" en el mismo CAIS, nos sirve para ilustrar este asunto. Le preguntamos su edad y nos dijo que diecisiete años. Que nos contara cuantos hijos (as) tenía con este: apenas dos, nos dijo...!

Todo esto es objeto de debate y comentario en corrillos, en el surco y en las hamacas. Cada una de las interesadas (os) y las fuerzas vivas de la comunidad, se sienten en capacidad para asumir una posición al respecto.

El hecho es que las personas tienen entre sus manos decisiones muy importantes, que han de tomarse pensando en el interés general de la colectividad.

Defendemos esta gestión, pues hasta los mismos indígenas están copiando el proceder de los no indígenas, de engañar a la mujer y dejarla embarazada, sola con su familia o en su clan.

Habrá que superar la resistencia de la misma cultura, actualizar las categorías mentales y hacer una contrastación con la realidad actual. El punto es que ya no hay la abundancia de recursos del bosque del pasado primigenio. También hay que dejar de estar atados (as) a la ignorancia y a la falta de escrúpulos que caracteriza el proceder de algunos hombres.

Si es la mujer joven-adulta la que tiene un deseo natural y lo hace manifiesto con la persona de su escogencia en el chispazo de una coyuntura, que trate de modificar su comportamiento, se distancie por un momento y medite en torno de las consecuencias de su acción. Que asista al EBAIS para tener el control de la situación en sus manos.

Una repaso de la actividad. Se hizo un énfasis en planificación familiar, pues el

inicio temprano de las relaciones sexuales es socialmente aceptado. Trabajo con la autoridad policial, para enfrentar y brindar una solución a los casos de niños o niñas que padecen desnutrición y diarrea, dado que el progenitor le impide ser atendido o los deja de llevar a tiempo a recibir atención. Para evitar consecuencias lamentables. También, hay que prevenir el incesto y el abuso sexual a adolescentes, por parte de algunos caciques de la comarca, en vista de la cultura de "permisibilidad" que existe, que sin embargo atenta contra el orden que dictó SIBÜ.

Para terminar y volviendo al asunto de la Consulta, es bueno mencionar que en una primera etapa, obtuvimos el beneplácito de los y las indígenas Bruncas y del Presidente de la Asociación de Desarrollo Integral de Boruca, Señor Sediel Leiva Morales, para que doña Victoria González Céspedes, distinguida Artesana y Partera Tradicional Indígena, fuera la representante ante los Talleres de Planificación Estratégica que conllevó la puesta en marcha del mencionado Proyecto BID-CAJA y que asimismo involucran a funcionarios. Doña Victoria se ha integrado con gran acierto, demostrando su gran capacidad, dominio del bagaje cultural y fuerza expresiva verbal. Es una de las personas que con más ahínco participó de la reunión en donde pusimos

participamos a las parteras del **Proyecto de Referencia a Control Prenatal por parte de Parteras Tradicionales Indígenas**, que nos tocó preparar, gracias también al respaldo de la Jefa de Enfermería, Msc Rita María Quesada. Somos originales. Su Director es el Ginecoobstetra Dr. Luis José Monge. 1º parte, mes de mayo, para desarrollarse en el año 2007: Prevención del embarazo de el y la adolescente y un mayor espaciamiento entre los nacimientos: Talleres y Foros en el EBAIS de Boruca (bruncas) y las Brisas (bribri); dirigido a adolescentes y a mujeres en edad fértil. **Construcción social de la Salud**. Se entregó dentro del tiempo señalado, a la Dirección de Desarrollo Social de Proyectos de nuestra Institución. Se encuentra en estudio.

De igual forma, le dimos camino, sin resultado palpable, a un planteamiento efectivo con la comunidad indígena bribri que cubre el EBAIS de las Brisas Cabagra, para que sea en este territorio en donde vayamos a desarrollar un Programa de Desarrollo con las mujeres cabeza de familia, de acuerdo a la siguiente pauta que contiene el PLAN NACIONAL DE DESARROLLO C.C.S.S. para el 2005, en el Eje de Desarrollo de Capacidades Humanas, Area de Salud y Deportes: Participación activa de grupos indígenas en la formulación y ejecución de programas de desarrollo que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida.