

De conformidad con las disposiciones del artículo 113 del Reglamento de la Asamblea Legislativa, el Departamento Secretaría del Directorio incorpora el presente texto al Sistema de Información Legislativa (SIL), de acuerdo con la versión electrónica suministrada.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

PROYECTO DE LEY

**LEY PARA PROMOVER LA CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL ÉTNICO
REGIONAL, GINECO, ONCOLÓGICO CON UNA VISIÓN MULTICULTURAL EN
BUENOS AIRES, PUNTARENAS, PARA DAR COBERTURA MÉDICA AL
CANTÓN Y A LOS TERRITORIOS INDÍGENAS DE LA ZONA**

**SONIA ROJAS MÉNDEZ
DIPUTADA**

EXPEDIENTE N° 23.084

PROYECTO DE LEY

LEY PARA PROMOVER LA CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL ÉTNICO, REGIONAL, GINECO, ONCOLÓGICO, CON UNA VISIÓN MULTICULTURAL EN BUENOS AIRES, PUNTARENAS, PARA DAR COBERTURA MÉDICA AL CANTÓN Y A LOS TERRITORIOS INDÍGENAS DE LA ZONA

Expediente N° 23.084

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

La promoción y preservación de la salud han sido inquietudes primordiales de la sociedad a lo largo de la historia. Desde los orígenes de la humanidad, la preocupación por la salud yace en el centro de la actividad humana. Siempre ha habido inquietud sobre los principios de una vida sana y las acciones necesarias que permitan un equilibrio óptimo entre el cuerpo y el espíritu ("mens sana in corpore sano").

En el caso de nuestro país, el artículo 21 de nuestra Constitución Política establece que la vida humana es inviolable y es a partir de este enunciado que se deriva el derecho a la salud de todo ciudadano. Al respecto, ha indicado la Sala Constitucional en el voto N° 11222-03:

"El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la república. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental (...)"

La jurisprudencia constitucional ha establecido que el derecho a la salud es un derecho prestacional, lo cual impone al Estado, a través de la Caja Costarricense del Seguro Social, en adelante CCSS, el deber de brindar un servicio público

continuo, eficaz, eficiente, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario a favor de los usuarios de los servicios de salud pública.

Bajo esa tesitura, la Sala ha sostenido que, como consecuencia de su normatividad e incluso como resultado de la fuerza normativa de la Constitución, no puede alegarse la falta de presupuesto -recursos económicos, materiales y/o personal calificado- para omitir su debida prestación por parte de los órganos y entes públicos.¹

Asimismo, nuestra Carta Magna, en el título V "Derechos y Garantías Sociales", expresa en el artículo 73 en relación con el 74, que es el Estado por medio de la CCSS, bajo principios fundamentales como: solidaridad, generalidad, universalidad y cristiano de justicia social, debe brindar de la mejor forma la prestación del servicio fundamental de atención a la salud en todas sus manifestaciones, que deberán ser en apego a los principios fundamentales que rigen y permean la prestación de servicios públicos en general.

Este artículo 73 de la Constitución Política, establece los seguros sociales, encomendando su administración y gobierno a la CCSS, a la cual le otorga un grado de autonomía distinto y superior al que se define en términos generales a las demás instituciones autónomas (puede verse la resolución de la Sala Constitucional N° 2009-001010 de las 09 horas y 46 minutos del 27 de enero del 2009).

Así las cosas, por mandato constitucional la CCSS cuenta con autonomía administrativa, la cual refiere a la posibilidad jurídica de realizar su cometido legal sin sujeción a otro ente (capacidad de autoadministrarse), y posee autonomía de

¹ Calzada, Ana Virginia. "El derecho a la salud bajo el Sistema de Justicia Constitucional Costarricense". San José, Costa Rica: s.a., p. 7-9. Disponible en la web: <https://www.poder-judicial.go.cr/salaconstitucional/index.php/documentos-de-interes?download=5048:3-el-derecho-a-la-salud-bajo-el-sistema-costarricense-magistrados-calzada-y-castillo>

gobierno, que refiere a la capacidad de dictarse a sí misma sus propios objetivos (capacidad de autogobernarse).

Desde esa perspectiva, le corresponde a la CCSS definir, con base en criterios técnicos y en función de la demanda del servicio de salud de la población de Buenos Aires, Puntarenas, entre otros aspectos fundamentales, el lugar donde debe ser construido el Hospital, el tamaño del terreno que se debe adquirir, las características específicas de diseño y construcción que requiere el Hospital, el tipo y la cantidad de equipos que se necesitan para la operación del centro médico, entre otros aspectos técnicos.

De hecho, el proyecto de construcción de un hospital en el cantón de Buenos Aires de Puntarenas ya está siendo impulsado por las autoridades de la CCSS, lo cual apoyamos, pero consideramos que está es una gran oportunidad para hacer de este proyecto una experiencia única en modelos de atención primaria de salud para las personas indígenas, haciendo de este futuro nosocomio un modelo que combine la medicina quirúrgica con especialidades médicas y cirugías ambulatorias de baja complejidad y la medicina autóctona de nuestros indígenas respetando los genotipos de las diferentes etnias en el tratamiento de salud para esas personas.

Es decir, un modelo de atención hospitalaria enfocado en la multiculturalidad en los servicios de salud con la incorporación de medicinas autóctonas de los indígenas de las reservas de la zona, pero también, con profesionales en medicina de etnias indígenas que permitan una mejor atención de la salud de la persona indígena.

El proyecto de construcción de un hospital en el cantón de Buenos Aires de Puntarenas está proyectado dentro de la infraestructura de la CCSS como un Área de Salud tipo 3 quirúrgica con especialidades médicas y cirugías ambulatorias de baja complejidad en el cantón de Buenos Aires, Puntarenas, y el proyecto se gestiona por medio del Fideicomiso Inmobiliario CCSS y el Banco de Costa Rica. El área de construcción estimada es de 9.500 m², con una inversión estimada en \$28

millones. Los servicios a contratar son: el anteproyecto, diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento.

En la actualidad el proyecto se encuentra en proceso de estudios técnicos entre los que se destacan topografía, estudios de suelos, estudios hidráulicos e hidrológicos, además de estudios ambientales; ya se cuenta con la disponibilidad de agua para este proyecto, y con el terreno que está inscrito a nombre de la CCSS.

Ahora bien, porque proponemos un enfoque multicultural en el modelo de atención de este futuro hospital que se construirá en Buenos Aires.

Costa Rica es un país multicultural y multiétnico, en el que habitan y conviven, entre otras comunidades étnicas, 8 pueblos indígenas distribuidos en 24 territorios indígenas. En el país hay 104.143 personas (52434 hombres/51709 mujeres) que se autoidentifican indígenas, lo que corresponde a un 2,4% del total de habitantes (INEC, 2012). Según el censo 2011, la población indígena por grupos de edades se compone de 26,1% de población menor de 15 años, 65,1% de población entre 15 y 64 años y 8,8% de población de 65 años y más.

En el caso de la provincia de Puntarenas donde se asientan los territorios Salitre, Cabagra, Boruca, Curré, Térraba y Guaymí, la población estimada es de unas 25.316 personas indígenas, de las cuales 8.694 (34,34%), pertenecen a un rango de edad entre 0 y 14 años, mientras que, 2.337 personas (9,23%), se ubican en un rango de edad entre 60 y 85 y más años.

En Buenos Aires, se encuentra la etnia Bribrí, en el territorio de Salitre y Cabagra; la etnia Brunka, en el territorio de Cabagra, Boruca y Curré; la etnia Teribe, en el territorio de Térraba, mientras que, la etnia Gnobe o Guaymí, está asentada entre el cantón de Coto Brus y el de Buenos Aires.

La Región Brunca abarca el territorio ubicado en la parte sureste de Costa Rica. Limita con Panamá al este, con el Océano Pacífico al sur y al oeste, y con las regiones Central y Huetar Atlántica al norte.

Está integrada por los cantones Osa, Buenos Aires, Coto Brus, Corredores y Golfito de la provincia de Puntarenas; el cantón Pérez Zeledón de la Provincia de San José; y por cuarenta y seis distritos. Su extensión territorial es de 9.528.44 Kms², un 18.6% del territorio nacional. A nivel cantonal Buenos Aires con la mayor extensión, 25% del área de la Región; y Pérez Zeledón, con el 20%. Posee una población de casi 350,000 personas, de las cuáles el 51.5% son mujeres y 48.5% son hombres.



Dentro de esta región se localizan las Áreas de Conservación Amistad Pacífico (ACLA-P) y el Área de Conservación de Osa (ACOSA).

Su territorio contiene paisajes muy diversos: costas oceánicas, montañas y páramo cordillerano. Esta circunstancia hace que su clima también sea muy variado: tierras calientes, con clima tropical húmedo en las partes bajas; un clima caracterizado por temperaturas bajas en la zona montañosa y frío intenso en el páramo cordillerano.

La Región Brunca está históricamente conformada por una población de diversos orígenes y ocupaciones: indígena, campesina y obrera agrícola nacional y extranjera, circunstancia que la dota de un rico patrimonio cultural.

En esta región se ubican 12 territorios indígenas pertenecientes a los pueblos Cabecar, Bribri, Broran, Bruncaj y Ngäbe-Bugle.

Pueblos Indígenas de la Región Brunca.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del año 2011 los pueblos indígenas de la región Brunca están conformado por 18465 habitantes, de los cuales 5835 son personas no indígenas. Poseen en forma reconocida 117 054 hectáreas.

Los territorios indígenas tienen una economía de subsistencia, donde los miembros del grupo familiar aportan en la producción, incluidas mujeres, niños y ancianos.

La tasa de ocupación en los territorios en promedio es baja (41%). Aunado a ello, la ocupación está concentrada en el sector primario que se caracteriza porque sus actividades se realizan próximas a las fuentes de recursos naturales como son la agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca. Así el 65,8% de la población se ocupa en actividades agropecuarias, que no requieren mano de obra calificada ni tecnologías modernas por cuanto el valor agregado es muy bajo.

En cuanto a las condiciones de producción de estos territorios, sólo el 40,3% de las familias tienen parcela o finca agropecuaria, en tanto el 59,7% de las familias no tiene tierra para cultivar; no obstante, se presenta la crianza de ganado, cerdo, gallinas y otros, ya sea para la venta o autoconsumo.



En la misma región se ubican cuatro asentamientos cacicales precolombinos que albergan esferas de piedra: Diquís -Finca 6, Batambal, El Silencio y Grijalba 2. Estos asentamientos fueron declarados Patrimonio Mundial por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), en el 2014.

Jiménez (2014) señala que los cuatro sitios arqueológicos representan diferentes estructuras de asentamientos cacicales que contienen montes artificiales y sitios de entierro. Las esferas de piedra de Diquís son objetos especiales que producen admiración, pues son únicas en cuanto a la perfección de su estructura esférica de largo tamaño, y además son distintas por su cantidad y locación. Finca 6 es el único

sitio con esferas en posición linear, Batambal es el único asentamiento cacical visible desde una larga distancia, El Silencio contiene la mayor esfera de piedra jamás encontrada y Grijalba 2 es única por su uso de la caliza y sus características distintivas como un centro subordinado, en oposición a Finca 6 que era un centro principal.

En términos de protección al ambiente, se evidencia que los sitios en los cuales están asentados los indígenas de la Región Brunca coinciden con los grandes remanentes de áreas protegidas del país, como lo es el caso del Parque Internacional La Amistad, Parque Nacional Corcovado, el Humedal Nacional Térraba-Sierpe.

Los territorios indígenas de la Región Brunca son los siguientes.

Cuadro 1. Territorios Indígenas de la Región Brunca

Territorio	Pueblo Indígena	Cantón	Extensión	Localidades	Habitantes
Conte Burica	Ngäbe-Bugle	Corredores y Golfito	11910	Altamira, Alto Conte, El Progreso, Los Plancitos, Las Vegas, Río Claro. Alto Río Claro, Río Coco, Caña Blanca, Carona La Palma Alto Buriquí y Alto Guaymí	1863

Altos de San Antonio	Ngäbe-Bugle	Corredores	1262	Altos de San Antonio	342
Abrojo Montezuma	Ngäbe-Bugle	Corredores	1480	Montezuma Bajo de los indios Bella Vista	1494
Osa	Ngäbe-Bugle	Osa	2757	Alto Laguna	159
Coto Brus	Ngäbe-Bugle	Coto Brus	7500	Alto Unión, Betania, Caño Bravo, Copey Abajo, Copey Arriba, Villa Palacio, La Casona, Mrüosara, Brus Malis	1785
Rey Curre	Brunca	Buenos Aires y Osa	10620	Curré centro, Zapotal, Vegas de Chánguena, Coquito, Santa Elena, Cajón Sur, Caña Blanca Sur, Lagarto, San Rafael (cerca de la fila Grisera	1089

Boruca	Brunca	Buenos Aires	12470	Sabana, Lagarto, Miravalles, Ojo de agua, Boruca, Cedral, Vergel, Lagunal, La fila, San Joaquín, Tres Ríos, Santa Teresa, Maíz, Bajos de maíz, Mayal, Caña Blancal	3228
Térraba	Broran	Buenos Aires	9355	Cataratas, San Andrés Mano de Tigre, Térraba, Brujo, San Antonio, Alto Veragua, Comancragua, Bijagual, Ceibón	2084
China Kicha	Cabecar	Pérez Zeledón	1100	China Kicha	105
Ujarrás	Cabecar	Buenos Aires	19040	Santa Rosa, El Carmen,	1321

				Santa María, Guanacaste, San Vicente, Barranco, Bokobata y Santa Cruz	
Salitre	Bribri	Buenos Aires	11700	Cebzor, Pinto, Salitre Centro, Yery, Rio Azul, Puente, La Fortuna, Buena Vista, Las Rosas, Calderón, Palmital, Olan, Santa Candelaria, Lagarto Acostado, San Francisco, Villa Hermosa.	1807
Cabagra	Bribri	Buenos Aires	27860	Cartago, Mollejones, Yuavin, Santa Elena, Calderón, Bidyan., Las Delicias., San	3188

				Juan, Ska Dikol, Bajo Brisas, Alto Brisas., Konyuo, Bolas, Las Juntas, Brazo de Oro, San Rafael, Tsane Dikol, Las Palmas, Las Huacas, Santa Teresita, Capri y Palmira	
--	--	--	--	--	--

Desarrollo humano, Índice de Progreso Social y Relaciones gobierno – indígenas

Desde el punto de vista del desarrollo, de las seis regiones que conforman Costa Rica, la Región Brunca es la que muestra de forma sostenida una mayor desigualdad y pobreza. En efecto, en materia de desarrollo humano para el periodo 2010-2018 los cantones de esta región presentan un Índice de Desarrollo Humano (en adelante, “IDH”) entre 0.720 y 0.766, muy por debajo de los observados en los cantones de la Región Central (0.890).

Los cantones de la región brunca se ubican en los últimos 15 lugares del IDH 2018. En cuanto al análisis de pobreza total la región brunca presenta un 29,5% versus 15,7% en la región central, esa misma comparación respecto a la pobreza extrema manifiesta una relación de desigualdad de 10,4% en la región brunca mientras que

la región central apenas de 3,9% es decir que esta región duplica y triplica los porcentajes en relación a la región central.²

Ahora bien, para los pueblos indígenas la salud está ligada a una percepción integral del mundo. En ese sentido, estar saludable implica gozar de bienestar biológico, psicológico, social y espiritual, tanto individual como colectivamente, y en condiciones de equidad.³ Aún más, al no separarse la dimensión individual de la colectiva, comprende lo ecológico, político, económico, cultural y social. Se entiende entonces que una persona no goza de salud plena si no tiene los medios para satisfacer sus necesidades de alimentación y vivienda, por ejemplo. Por otro lado, también significa que la noción de enfermedad puede extenderse a los recursos, tales como la tierra y el agua.

La medicina tradicional indígena se separa entonces de la medicina convencional o biológica en la medida que esta última no es integral, no reconoce en principio la influencia de los aspectos espirituales, mentales y sociales en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La medicina tradicional indígena es un sistema de salud en tanto cuenta con conocimientos, prácticas y tradiciones, estructurados mediante agentes que tienen métodos de diagnóstico y tratamiento propios, con recursos terapéuticos propios, además de contar con una población que confía en su práctica y usa sus servicios.⁴

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS): Los sistemas de salud tradicionales indígenas comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, ritos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado.

²Delgado Zúñiga, Rafael. Referencias de datos indígenas Región Brunca.

³Castañeda, Amílcar, Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. IIDH, San José, Costa Rica, 2006, pág. 17.

⁴Castañeda, Amílcar, Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos... pág. 19.

Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación.⁵

Como en todos los aspectos de la relación entre la sociedad occidental y los pueblos indígenas, el encuentro del sistema de salud nacional con los sistemas de salud tradicionales se ha caracterizado por la asimetría y la inequidad. La propuesta que han venido trabajando organismos como la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace ya algunos años y en coordinación con los pueblos indígenas, es la de fomentar y fortalecer una perspectiva intercultural de la salud. En ese sentido, en su relación con el sistema de salud costarricense los sistemas de salud tradicionales deben vincularse mediante dos elementos esenciales: la dignidad y soberanía de todas las culturas, y el mutuo aprendizaje dirigido por el diálogo permanente y la convivencia. Porque un sistema de salud intercultural es un sistema abierto a la voz de cada interlocutor y reconoce sus particulares aportes.⁶ Su objetivo final es lograr la armonización de ambos sistemas, en beneficio de la población indígena.

Por lo anterior, el modelo de atención hospitalaria del nuevo hospital de Buenos Aires, que proponemos está enfocado en la multiculturalidad de los servicios de salud con la incorporación de la medicina autóctona de nuestros indígenas, y respetando los genotipos de las diferentes etnias en el tratamiento de salud para esas personas. Es decir, será un modelo de salud intercultural que respetará y reconocerá la existencia de un cuerpo indígena de conocimientos, principios, fundamentos y técnicas relacionados con la salud; además de respetar y conocer

⁵ OPS, La salud de los pueblos indígenas de las América. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Ecuador, s/f, págs. 16-7.

⁶ Ver, entre otros: de Vallescar Palanca, Diana, "Coordenadas de la interculturalidad", en: Diálogo Filosófico 51, Revista cuatrimestral de filosofía. Encuentro Ediciones, Madrid, España, 2001, págs. 7 y 8; OPS, La salud de los pueblos indígenas de las América. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos... pág. 30 y ss; Castañeda, Amílcar, Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos... pág. 41 y ss, 176 y ss.

los principios y formas propias de interpretar los conceptos de enfermedad y salud de la población indígena; reconocer las expresiones culturales sobre salud y enfermedad, y reconocer las prácticas y terapias de medicina tradicional asociadas a las distintas enfermedades.

Además, será un hospital que propiciará espacios interculturales fortalecidos, donde se generará una relación respetuosa y complementaria del sistema de salud indígena y el oficial equitativa e inclusiva.

Debe tenerse en cuenta que la población indígena presenta indicadores de salud que muestran desigualdades en relación con el resto de la población, ya que, en términos geográficos, culturales, legales, funcionales, sociales y económicos, el acceso a los servicios de salud ha sido limitado para esta población.

Por esa razón, es una obligación del Estado, por medio de la CCSS, velar porque la prestación de los servicios de salud se brinde bajo criterios de calidad, solidaridad, equidad e interculturalidad, atendiendo las necesidades y prioridades de los pueblos indígenas, lo cual es conteste con lo que establece el artículo 25 del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, ratificado por Costa Rica el 2 de abril de 1993, y donde se exige que "los gobiernos deberán velar porque 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."

A esto se suma el hecho de que para los vecinos de la zona, especialmente las personas indígenas, se les dificulta desplazarse hasta el centro de salud más cercano, en este caso a Pérez Zeledón, cuando tienen alguna emergencia médica. Debe tenerse en cuenta que las poblaciones indígenas de esta zona, se dedican mayoritariamente a labores agrícolas, razón por la cual, están expuestos a posibles

accidentes relacionados con el uso de herramientas agrícolas, así como a mordeduras de serpientes u otros animales silvestres.

Pero además, se requiere un componente adicional, y es que las mujeres indígenas están propensas a muchas enfermedades, especialmente, el cáncer de cérvix, razón por la cual, estamos proponiendo en esta iniciativa de ley, la posibilidad de que la CCSS pueda construir un hospital que atienda, entre otras prioridades, esta problemática. Al respecto, es sumamente esclarecedor el estudio de la investigadora Norma Natalia Carrillo, denominado “Mujeres indígenas y antropología médica: El caso del cáncer en Boruca (Costa Rica)”, el cual señala en sus conclusiones lo siguiente:

“Todas las personas entrevistadas, que no eran miembros de la Asociación La Flor, al igual que el médico, mostraban preocupación por el cáncer, en general, pero pensaban que no era un problema principal en Boruca. El médico se mostró alarmado por los problemas respiratorios de los niños, asma y bronquitis, diarrea e influenza. Mencionó que había problemas que debían ser prioritariamente atendidos, como alcoholismo, depresión, abuso conyugal y sexual, embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual. Los lugareños, por otro lado, se mostraron alarmados por otro tipo de factores que afectan su salud: la basura y la contaminación del agua. Las mujeres entrevistadas consideraron que son los varones quienes están más expuestos a problemas de salud y, quizá, a enfermedades relacionadas con los químicos que se usan en la agricultura. Este comentario coincide con las estadísticas de intoxicaciones mencionadas con anterioridad. También hay que señalar que los hombres de la comunidad visitan menos la clínica de salud que la población femenina. Desde esta perspectiva, la percepción que tienen las mujeres de Boruca sobre la incidencia alta de cáncer en el lugar no responde a la epidemiología oficial de cáncer en el país (construida sobre la base del registro de casos que llegan a las diferentes instancias del sector salud) ni a la epidemiología popular (construida a partir de las experiencias repetidas y más frecuentes en una comunidad). Así, pues, la búsqueda de las respuestas a las preguntas de estas mujeres me lleva a considerar otra variable: la relación de los borunqueños con el sistema estatal de salud. La asistencia de salud en Boruca se realiza en la clínica por un médico que atiende cinco o seis días al mes. Los pacientes pasan de la clínica de Boruca al hospital en el cantón de Buenos Aires, luego al de San Isidro y/o al de San José, según el médico lo considere necesario. Los borunqueños tienen seguro de salud cubierto por la Caja del Seguro Social que autoriza el reparto de carnés de la Caja para los indígenas de Costa Rica. Durante la realización del trabajo de campo, hubo muchas quejas con respecto a la atención que se imparte en el cantón de Buenos Aires. Los borunqueños se sienten discriminados por ser indígenas y pobres; muchos de ellos también

manifestaron su descontento por la ineficacia de los medicamentos que sirven para tratar algunas enfermedades y también mencionaron la lentitud del servicio. En general, podemos decir que, aunque los borunqueños tienen acceso a los servicios de salud que la Caja del Seguro ofrece, este acceso es doblemente limitado, en cuanto a las oportunidades de ser atendidos por especialistas y por la forma en que está organizada la atención de la salud en estas áreas rurales alejadas. Las quejas con respecto al servicio de salud son comunes en el área de Buenos Aires, especialmente las referidas a las duraciones de las consultas. Estas se efectúan rápidamente debido al escaso personal con que se cuenta. Por otro lado, los pacientes desconfían de los medicamentos farmacéuticos recetados, pues "curan una enfermedad pero causan otra". También hay quejas sobre la relación médico-paciente; los bonaerenses sienten el prejuicio del personal médico hacia los pacientes del Área rural (Kramer 1994: 114-115). En cuanto a la salud de las mujeres, hubo varias expresiones de vergüenza al ser examinadas por médicos varones: ellas manifestaron que esa era la razón por la que no buscaban atención médica. El desagrado causado al ser atendidas por un médico hombre no es una queja extraña dentro de las mujeres aunque, en muchos casos, se atribuye que son mujeres de zonas rurales las que, en su mayoría, tienen estas inhibiciones. Un estudio reciente en Estados Unidos muestra diferentes grados y formas en las cuales las mujeres se sienten descontentas con los exámenes íntimos (Moore et al. 2001). Es interesante notar que para ciertos médicos "el miedo no se vale" en las mujeres. Es decir, para muchos es "mala costumbre" el temor a los exámenes íntimos y pruebas de Papanicolau (Rojas 2000). Es común escuchar este tipo de lenguaje que denota una actitud despreciativa y descalificadora para aquellas mujeres que se sienten avergonzadas o molestas por ser examinadas por médicos varones. Esto ocurre no solamente en Boruca, sino también en la zona de Golfito, cerca de la frontera con Panamá. El lenguaje que las mujeres utilizaron para expresar la enfermedad de cáncer fue objeto de atención. Todas ellas usaron la expresión "cáncer de la matriz" y una mencionó "cáncer del coño". Nunca se pudo establecer si se trataba de cáncer del útero, de cérvix o de algún otro tipo de cáncer del aparato reproductivo. Ocurrió también que, al referirse a otros tipos de cáncer, las personas nunca estaban seguras de cuál había sido el diagnóstico, ni pudieron expresar con exactitud a qué tipo de cáncer se referían.(...)".⁷

Por las razones anteriormente expuestas, sometemos a la consideración de las señoras Diputadas y los señores Diputados el siguiente proyecto de ley.

⁷ Carrillo, Norma Natalia. Mujeres indígenas y antropología médica: El caso del cáncer en Boruca (Costa Rica)", Disponible en la web: <file:///C:/Users/Alex/Downloads/Dialnet-MujeresIndigenasYAntropologiaMedicaElCasoDelCancer-5042245.pdf>

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

DECRETA:

**LEY PARA PROMOVER LA CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL ÉTNICO,
REGIONAL, GINECO, ONCOLÓGICO, CON UNA VISIÓN MULTICULTURAL EN
BUENOS AIRES, PUNTARENAS, PARA DAR COBERTURA MÉDICA AL
CANTÓN Y A LOS TERRITORIOS INDÍGENAS DE LA ZONA**

ARTÍCULO 1.- Se autoriza a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para que valore financiar por medio del Fideicomiso Inmobiliario Caja Costarricense de Seguro Social y el Banco de Costa Rica la construcción de un hospital étnico, regional, gineco, oncológico, con una visión multicultural en el cantón de Buenos Aires, Puntarenas.

ARTÍCULO 2.- Este hospital que se crea al amparo del artículo 1 de esta ley, podrá tener un modelo de atención de salud primaria mixta combinando la medicina quirúrgica con especialidades médicas y cirugías ambulatorias, de baja complejidad, atención ginecológica y oncológica, y la medicina autóctona de las personas indígenas que habitan la zona respetando los genotipos de las diferentes etnias en el tratamiento de salud de estas personas.

Para estos efectos, se deberán acondicionar las salas de espera y las salas de atención y cirugía acorde a las necesidades y prioridades de las personas indígenas, respetando su cultura, así como la atención y rotulación de los servicios en las lenguas autóctonas.

ARTÍCULO 3.- Corresponderá a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) asegurar la formación de profesionales y la adquisición de equipo en la cantidad y en las áreas que determine necesarias, al mismo tiempo que inicia la construcción de dicho centro médico, a fin de que para cuando comience a operar el hospital tenga el

personal necesario para brindar sus servicios, así como para reforzar los demás niveles de atención en la zona.

Asimismo, la CCSS promoverá el traslado voluntario hacia este nuevo hospital de todos aquellos descendientes de etnias indígenas y que sean profesionales en medicina y otras áreas profesionales, para coadyuvar con el modelo de atención hospitalaria enfocado en la multiculturalidad en los servicios de salud y que permitan una mejor atención de la salud de las personas indígenas.

Rige a partir de su publicación.

Sonia Rojas Méndez

Diputada

El expediente legislativo aún no tiene Comisión asignada