ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

PROYECTO DE LEY

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN CALIFICADA, DIGNA Y RESPETUOSA DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

FRANGGI NICOLÁS SOLANO
DIPUTADA

EXPEDIENTE N.º 21.057

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS
UNIDAD DE PROYECTOS, EXPEDIENTES Y LEYES

PROYECTO DE LEY

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN CALIFICADA, DIGNA Y RESPETUOSA DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Expediente N.° 21.057

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

En el contexto de protección de los derechos de las mujeres, hay una materia que reviste una sensibilidad mayúscula y que representa un olvido legislativo que debemos cubrir a la brevedad, plasmando de manera legal un catálogo de derechos correspondientes a la mujer embarazada, para así otorgar una protección más acabada, sistemática y oficial, que resguarde la integridad física y psíquica de la mujer en estado gestante.

Hoy en día los derechos de la mujer embarazada se encuentran dispersos en distintos cuerpos normativos, pero carecemos de un sentido orgánico legislativo que otorgue un cuerpo físico y sistemático al resguardo de sus derechos. El presente proyecto de ley entonces, busca proporcionar oficialmente un catálogo de derechos de la mujer embarazada en todas sus etapas hasta el posparto, así como del recién nacido como persona sujeta de derechos. A lo anterior debemos sumarle denuncias y testimonios de mujeres que alegan que la experiencia maravillosa de traer un hijo al mundo se transforma en una situación traumática y lamentable.

Es por estas razones que vemos la necesidad de impulsar ese proyecto que busca asegurar el respeto del rol protagónico y de derechos de la mujer, el recién nacido y la familia gestante; el derecho a una atención integral, de calidad y sin discriminaciones donde se provea de un ambiente de privacidad física y emocional para la madre, el recién nacido y su familia, y donde se facilite el derecho de la mujer a elegir el tipo de atención y la forma en que desea vivenciar su experiencia de parto natural.

Todas las mujeres y futuras madres son sujetos de derecho y merecen un trato digno por parte del Estado, de los funcionarios de salud y de toda la sociedad. El parto es uno de los eventos más importantes de una mujer; por ello es que debemos asegurar las condiciones mínimas de comodidad, salubridad, calidad, calidez y respeto de sus derechos ofreciendo las debidas garantías.

La prestación de servicios de salud con calidad a usuarias durante el período de embarazo, parto y puerperio y a niños(as) menores de un año, es de especial importancia por tratarse de poblaciones vulnerables, y considerarse clave para el

logro y mantenimiento de indicadores de salud de gran valor e impacto a nivel político, económico y social.

Las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil han sido utilizadas históricamente como indicadores de salud de una nación, y como trazadores de la eficiencia de los sistemas de salud y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de las muertes materno infantiles podrían ser prevenibles si se implementaran acciones tendientes a ofrecer servicios más seguros y efectivos, así como la derivación oportuna a centros especializados en el momento que se identifiquen factores de riesgo.

El presente proyecto de ley tiene por objeto avanzar en este sentido, lo que esperamos sea complementado con las debidas políticas públicas por parte del Estado, con el fin de obtener una real garantía en los derechos de la mujer embarazada y su hijo al momento de nacer.

Esta iniciativa es pertinente en la medida que nuestro país está comprometido con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el número 3, el cual se cita textualmente: "*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*"; por lo tanto es necesario trabajar para reducir las cifras de mortalidad materna. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna en nuestro país.

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública, su prevalencia evidencia debilidades en los sistemas de salud, principalmente en la detección y tratamiento oportuno de complicaciones de salud que pueden afectar a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio y por tanto limitan el ejercicio de su derecho a una maternidad segura. Es uno de los indicadores que refleja, con mayor claridad, inequidades existentes en la atención de salud de las mujeres y constituye una prioridad del país y de la región.

Costa Rica en los últimos 17 años ha implementado mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la mortalidad materna los cuales se apoyan en la declaración obligatoria de afecciones de la salud, que son sujetas de control epidemiológico por parte del Ministerio de Salud. La declaración obligatoria de muertes maternas ha generado un sistema que permite realizar control cruzado con las estadísticas oficiales, de modo que se emitan recomendaciones dirigidas al mejoramiento de la atención en salud y por lo tanto la formulación de políticas públicas para mejorar la cobertura y la calidad en la atención[1].

La razón de mortalidad materna (número de muertes de mujeres cuya causa está asociada al estado de embarazo, parto o puerperio, ocurridas durante un período

[1]INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2016.

determinado, entre el total de nacimientos ocurridos durante este mismo período) en Costa Rica según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el año 2016 es de 2.86 por diez mil nacidos vivos. [2]

El comportamiento de la mortalidad materna sobre todo en los últimos 10 años ha sido considerablemente irregular. Ha mostrado un comportamiento fluctuante, la mayor disminución se experimentó en al año 2013 con reducción a 1,98/10 mil nacimientos.

La composición de las muertes maternas en la última década, ha mostrado un predominio de causas obstétricas directas, a excepción de los años 2007, 2008, 2013 y 2016; alcanzando un peso relativo para el año 2016 de 62.1%. Dentro de estas defunciones destacan las causadas por preeclamsia severa[3].

En nuestro país al igual que en el resto de países en desarrollo las condiciones de vida de las mujeres y sus características demográficas, sociales, económicas y culturales desempeñan un papel determinante en la incidencia de la mortalidad materna; ya que estas condiciones ubican a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad ante la muerte.

Según los certificados de defunción de estas mujeres podemos realizar un primer acercamiento a la caracterización de estos determinantes sociales. Uno de los factores es la edad, especialmente la edad avanzada, que sumada a ciertas condiciones nutricionales y de estado físico, potencializan dicho riesgo. Los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y el bajo peso al nacer son eventos adversos que se asocian con la edad avanzada[4].

En Costa Rica, durante el año 2016, se evidenció que son los grupos de edades de 30 años y más quienes representan una mayor probabilidad de experimentar una muerte materna, a pesar de que este grupo tiene una menor cantidad de población expuesta al riesgo de experimentar el embarazo, parto y puerperio; dado su menor aporte en el total de nacimientos de acuerdo con la estructura de la fecundidad del país[5].

El contar con un trabajo remunerado generalmente facilita a las mujeres el ejercicio de su autonomía económica, la cual trasciende la independencia financiera, dado que conlleva de manera implícita el acceso libre a la seguridad social directa. En este sentido, al analizar las muertes maternas sobresale el hecho de que un 65% aproximadamente no contaba con trabajo remunerado.

[2] INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2016.
[3] INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2016.
[4] INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2016.
[5] INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2016.

Esta mayor representación de las mujeres que no participa en el trabajo remunerado parece sugerir que el hecho de no contar con trabajo podría ser un factor que influye en una mayor vulnerabilidad de estas mujeres[6].

Otra variable demográfica que se considera constituye un factor de riesgo asociado a la mortalidad materna es el estado conyugal, hecho descrito desde 1995; sin embargo en Costa Rica se observa que las mujeres no unidas tienen una probabilidad de muerte materna mayor que las unidas, no obstante esta brecha no es tan significativa para nuestro caso; otras variables como alfabetismo, desnutrición, sobrepeso entre otras, son factores coadyuvantes[7].

Probablemente la mejora en esta tasa de mortalidad materna se debe a un mejor control por parte de las autoridades competentes sobre los casos reportados, los cuales son sometidos a un escrutinio interinstitucional. El otro factor incluyente es la accesibilidad de los servicios y la atención por personal calificado para el parto, aunque la equidad sigue siendo un tema país al cual se le debe de adjudicar una mayor importancia en el análisis de mortalidad materna. La seguridad social tiene una amplia cobertura nacional, con altos porcentajes de partos con atención hospitalaria pública, a esto se suma lo que se atiende en el sector privado, sumando un 99.1% de parto institucional. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil al primer semestre del 2016 para el nivel nacional es de 8,02, donde predominan las afecciones relacionadas con el período perinatal.[8]

La mortalidad materna persiste siendo un reto, el país no ha logrado que la misma presente una tendencia decreciente sostenida y al interior del país el comportamiento no es homogéneo. Es importante considerar que Costa Rica, el año 2015, ocupaba el lugar 62 del ranking de 180 países para los que Naciones Unidas estima este indicador. Dentro de la región latinoamericana Costa Rica es superada únicamente por Uruguay y Chile.

La mortalidad neonatal ha descendido del 2007 con 11,05% a 2016 con 8,02%, con la mejora de los cuidados durante el embarazo y el parto; los estudios recientes en el campo de la neurociencia han demostrado que la morbilidad a corto y largo plazo del recién nacido pueden mejorarse con estrategias que facilitan la continuidad del contacto físico y emocional del recién nacido con su madre después del parto.

El contacto piel con piel se debe realizar inmediatamente después que el niño o niña nace, sin ninguna interferencia por el cumplimiento de rutinas de atención del cuidado inmediato en sala de partos. Esto permite una adecuada transición del recién nacido favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina con rápida mejoría de la oxigenación, regulación de su temperatura corporal y disminución del gasto energético; al mismo tiempo que promueve la posibilidad de

[6] INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2016.
[7] INEC - Costa Rica Mortalidad Materna y su Evolución Reciente, 2016.
[8] INEC - Costa Rica Mortalidad Infantil y Evolución Reciente, 2017.

éxito de la lactancia materna. De este modo se mejora el vínculo afectivo madre-hijo(a), facilitando el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo(a)[9].

Por las razones anteriormente expuestas es pertinente que en nuestro país contemos con una ley que garantice los derechos de las mujeres en su embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, así como los recién nacidos, pues la mayoría de las muertes que se presentan pueden ser evitables; mediante la elaboración de un catálogo de derechos que todas las entidades públicas y privadas del sistema general de salud deban seguir, de manera que se garantice y proteja la salud de las madres durante el embarazo, el trabajo de parto, parto, posparto y del recién nacido.

Durante las últimas décadas, nuestro país ha dado pasos importantes en materia de resguardo y respeto de los derechos de las mujeres. La legislación costarricense es variada y abarca aspectos como la Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres, que penaliza el femicidio; derechos ciudadanos que permiten la igualdad de participación política, la creación del Instituto Nacional de las Mujeres, el establecimiento del período posnatal, los derechos a una lactancia natural y normas contra la discriminación de la mujer.

El derecho a la salud reproductiva como parte del derecho a la salud, está garantizado por varios tratados internacionales, como la Declaración Universal, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador.

Según el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), los Estados deben crear condiciones que aseguren atención y servicios médicos para todos en caso de enfermedad. Destaca el deber de los Estados de ofrecer una amplia gama de servicios de salud de calidad y económicos, que incluyan servicios de salud sexual y reproductiva; y recomienda integrar una perspectiva de género al diseño de políticas y programas de salud. Otro derecho fundamental mencionado es vigilar iniciativas, como la de disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación, ratificado lo anterior en la Declaración de la ONU sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad.

Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer incluyó en el artículo 12, inciso 1, la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de

[9] CCSS - Costa Rica Manual de Procedimientos Atención del Recién Nacido con Enfoque de Cuidados Centrados en Desarrollo de la Familia, 2018.

la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluyendo los referidos a la planificación de la familia. El Comité creado por la Convención ha abordado la obligación de los gobiernos en la esfera de la salud reproductiva en su Recomendación 24 sobre la mujer y la salud, declarando, entre otros aspectos, que los Estados parte "*ejecuten una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá* [...] "*el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva"*. Asimismo, en la recomendación general 24 referente al artículo 12 de la Convención, el comité expone:

> "…*Los Estados Partes deberían asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud*…"

La Plataforma de Acción de Beijing insta a los gobiernos a:

> "*asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de la salud respeten los derechos humanos y sigan normas éticas, profesionales a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica, al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud*" (párr. 106 g)).

En el Sistema Interamericano, el Protocolo de San Salvador contiene un desarrollo importante del derecho a la salud. Además de reconocer el derecho de las personas a gozar del nivel más alto posible de salud física y mental, establece que los Estados parte reconocen la salud como un "***bien público"*** y describe un conjunto de medidas para el cumplimiento de ese derecho. Por su parte, dentro de las medidas prioritarias, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [10] destaca el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y a cumplir un papel central en todos los aspectos de dicha atención, que incluye su participación en la planificación, ejecución y evaluación integral del proceso. Los factores sociales, emocionales y

[10] Comisión Económica para América Latina. (Cepal) Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Montevideo, Uruguay, Naciones Unidas, 2013.

psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

Por ello, en abril de 1985, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en la ciudad de Fortaleza, Brasil. De allí, surgió la conocida como "Declaración de Fortaleza", con las recomendaciones sobre el nacimiento. Se pretende que los equipos prestadores de salud fomenten y garanticen una adecuada atención en el control prenatal continuo, parto y post parto; además los profesionales y centros de salud deben incorporar y transmitir los conocimientos científicos, los aspectos sociales, culturales y antropológicos en la atención a las mujeres, sus hijos e hijas.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida también como la Convención Belem do Pará, fue adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1994. Esta propone mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos de las mujeres como herramientas fundamentales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra las mujeres, afectaciones a la integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado.

A nivel latinoamericano, la preocupación por las condiciones en que se desarrolla la labor de parto y el entorno familiar a dicho proceso ha inspirado un grupo importante de iniciativas. Así, en Colombia tenemos el Proyecto de Ley N.° 063, de 2017 del Congreso de la Republica de Colombia denominado "*La ley de parto humanizado" o "Por medio de la cual se establecen los derechos de las mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones",* así como el Proyecto de Ley N.° 172, de 2009 de Senado de Colombia, denominado: "*Por los cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones";* en Chile, el proyecto de ley que "*establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y post parto, además de sancionar la violencia Gineco-obstétrica*", de 20 de diciembre de 2017; en Argentina la Ley Nacional N.º 25.929, "Parto respetado" de 17 de setiembre de 2004; y en Venezuela, la Asamblea Nacional Constituyente estableció el "*Decreto Constituyente para la promoción y protección del Parto y el nacimiento humanizado*" de 12 de abril de 2018.

En el ámbito nacional, los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas encuentran amparo en diversas leyes. En Costa Rica, la salud es un bien jurídico de interés público tutelado por el Estado. El Poder Ejecutivo ejerce por medio del Ministerio de Salud, la rectoría del sector salud, que define la política nacional, la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país (Ley N.° 5395, de 30 de octubre de 1973 y sus reformas).

Otras leyes que involucran diferentes aspectos de los derechos sexuales y reproductivos son:

1- Ley General de la Persona Joven, establece el derecho de la persona joven a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana. (art. 4, inc. d), además establece el deber del Estado de brindar atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, fármaco-dependencia, nutrición y psicología. (art. 5, inc. a).

2- La Ley de Protección Integral a la Madre Adolescente: en el capítulo II, relacionado con la creación del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente, se plantea como una de las atribuciones de este Consejo promover la atención integral de las adolescentes, en las clínicas, los centros médicos y las comunidades (art.4, inciso e).

3- Código de la Niñez y la Adolescencia: se exponen una serie de derechos de las personas menores de edad en relación con su salud sexual y reproductiva y, algunas obligaciones del Estado para hacer efectivos estos derechos. Específicamente indica el artículo 41, segundo párrafo: "*Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.*"

Por ello, se trata de un esfuerzo político que significa una revisión profunda de la estructura y cultura de nuestro sistema de salud, tanto en la forma de funcionamiento como en su proyección social. Constituye un replanteamiento de los valores, la visión, las actitudes, la forma de pensar y las maneras de actuar de los proveedores de salud tanto a nivel operativo como administrativo; lo que generará cambios profundos en el abordaje de los problemas y necesidades de salud reproductiva de las mujeres durante el curso de vida. Estos cambios no solo incidirán en la población usuaria de los servicios, sino en las familias, en las comunidades, en el personal de salud, y otros grupos involucrados.

Con la presente ley se busca:

1- Proteger a las madres en su embarazo, trabajo de parto, parto y posparto; garantizándoles sus derechos.
2- Garantizar y proteger los derechos de los recién nacidos.
3- Imponer sanción por el incumplimiento de la presente ley, toda vez que se busca reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil en nuestro país y permitirles a las mujeres gozar de ambientes seguros en donde puedan tomar decisiones y sean tratadas con respeto y dignidad.

La nueva ley que impulsamos pretende el fortalecimiento de la cobertura universal en salud de la población obstétrica mediante servicios de salud integral, equitativa, oportuna y de calidad; de manera que se aumente la satisfacción de las usuarias con los servicios de salud. Establecimientos de salud operando con un modelo de

gestión fortalecido y centrado en las personas, con estrategias de educación en deberes y derechos de la población usuaria de los servicios de salud, con modelo de gestión de calidad[11].

El movimiento de atención calificada del embarazo, el parto y el nacimiento con el componente de humanización, se inscribe en el marco de los derechos humanos (reproductivos) de las mujeres y en la reivindicación y legitimación de los mismos. Ningún procedimiento debería existir simplemente por intereses del desempeño del personal hospitalario, existen antecedentes de que algunas prácticas han demostrado que facilitan el trabajo, pero que no son las más fisiológicas o apropiadas para la atención del parto, por ejemplo, la tan utilizada posición de litotomía dorsal, entre otras. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de las usuarias, y las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer. Las mujeres deben ser las protagonistas en los procesos del parto y el nacimiento.

La atención calificada del parto se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, el parto, posparto y neonatal, con personal de salud que cuente con las destrezas y preparación necesarias y además, contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados y equipamiento e infraestructura; con un eficiente y efectivo sistema de comunicación y de referencia o transporte en caso necesario.[12]

La atención prenatal calificada con gestión humanizada se define como: un conjunto de conocimientos y buenas prácticas basadas en evidencia, orientadas hacia la promoción de una gestación saludable, parto normal y la prevención de la morbimortalidad materna, infantil y perinatal. El personal de salud debe demostrar actitudes que respeten la gestación como experiencia personal y familiar, preservando la privacidad y autonomía de la mujer.

La gestión humanizada debe entenderse como un proceso centrado en la persona, de esta forma los y las profesionales en enfermería obstétrica y medicina acompañan a la embarazada y familia gestante durante el embarazo y el nacimiento. Para una atención calificada y de gestión humanizada, los equipos de salud deben tener la competencia técnica, estar presentes, comprometidos, disponibles y ser capaces de comprender estos procesos a través del significado atribuido a la experiencia de las usuarias.

La gestión humanizada requiere el reconocimiento de que la existencia humana es relacional, su base está en el tipo y calidad de la relación que se establece entre la embarazada y familia gestante y las y los profesionales de la salud. La mujer

[11] Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Institucional 2015-2018.
[12] Family Care Internacional – USA La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas, 2003

embarazada debe ser considerada como un ser humano singular, que vive un momento único y el acompañante de su elección, debe ser valorizado e integrado en la asistencia.

Las usuarias de nuestros servicios califican la atención de acuerdo con la resolución de su problema de salud, referente a la comprensión y al trato que han recibido. Calidad de atención en salud es la que se inscribe en el concepto de salud integral, que resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana y la subjetividad de quien la demanda, potenciando la percepción y el ejercicio de su dignidad y derechos.[13]

Esto último supone tener en cuenta la concepción de salud integral desde una visión multidimensional que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales; las personas y familias atendidas en este marco se sentirán fortalecidas en el reconocimiento de su dignidad humana y se favorecerá su autodeterminación y su autonomía.

El enfoque de pertinencia cultural e intercultural y ratificado en el concepto de maternidades seguras y sin riesgos permite superar la funcionalidad biomédica de las maternidades e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad en salud. La interculturalidad construye una convivencia de respeto, comprensión, intercambio y diálogo. Busca articular las diferencias no eliminarlas y aspira a fomentar la unidad en la diversidad. Mediante el diálogo horizontal, la interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como la incorporación de las mismas dentro de los servicios de salud. Todo lo anterior con el propósito de eliminar las barreras, mejorar el acceso y oportunidad, evitar el rechazo y falta de adhesión en la atención médica mediante el respeto a la diversidad.[14]

¿Por qué hablar de humanización de los servicios de salud? Porque a diario observamos y escuchamos decir a las personas que existe deshumanización en la atención y que apenas los admitimos en nuestras instituciones los convertimos de personas en pacientes. Humanizar una realidad es otorgarle la dignidad que merece toda persona y reconocer que todo ser humano es un sujeto individual y racional, tiene valor y dignidad absoluta al que debemos respeto absoluto y un trato digno.

Los servicios de salud en nuestro país deben responder organizando dichos servicios en torno a las necesidades expresas o no expresas de los usuarios, sus cuidadores y los propios trabajadores de salud; combinando una atención segura

[13] Matamala, María Isabel et. al. Calidad de la Atención en Salud reproductiva desde un enfoque de género. Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del servicio de salud de occidente de la región metropolitana. En “Memorias Taller sobre la calidad el servicio en salud sexual con enfoque de género”. San Salvador, El Salvador, 1995.
[14] Caja Costarricense de Seguro Social. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016.

con una atención personalizada respetuosa de los valores, creencias, usos y costumbres de los usuarios.

El reto es favorecer la experiencia de vivir humanamente en salud o enfermedad. Promoviendo la reafirmación de la ética en la formación de los prestadores de servicios de salud y mejorando la calidad y calidez de atención.

Concluyo con un agradecimiento por la valiosa colaboración de un grupo de profesionales de vasta experiencia, cuyos aportes debo reconocer, para la confección de este proyecto. En particular agradezco a los doctores Carla Gríos Dávila, Luis Guillermo Ledezma Izard, María Griselda Ugalde Salazar, Gloria Rodríguez Bejarano y Lidieth Carballo Quesada; del Inamu a Rocío Guzmán Cervantes cuyos aportes permitieron dar cuerpo a esta propuesta de ley, sin que ello implique responsabilidad por el contenido final del documento.

Con fundamento en todas las razones indicadas presento a sus señorías el presente proyecto de ley para su consideración y aprobación.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN CALIFICADA, DIGNA Y RESPETUOSA DEL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

CAPÍTULO I
Objeto, finalidades, ámbito de aplicación, principios y derechos

ARTÍCULO 1- Objeto de la ley

El presente proyecto de ley tiene por objeto proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres y de quienes integran las familias gestantes, para lograr un embarazo, parto, nacimiento y puerperio con atención calificada y de gestión humanizada; asegurando el ejercicio de estos derechos, así como los derechos del recién nacido; con el propósito de contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal; promoviendo la vivencia de una maternidad digna, saludable, segura y sin riesgos mediante la prestación oportuna, eficiente, con calidad y calidez, de los servicios de salud prenatal, del parto, posparto y del recién nacido, contribuyendo al desarrollo humano de la familia.

ARTÍCULO 2- De las finalidades

La promulgación de esta ley tiene las siguientes finalidades:

1- Asegurar la participación de las mujeres gestantes, mediante decisiones conscientes e informadas, sobre la forma y condiciones del trabajo de parto, parto, nacimiento y posparto, de la lactancia materna, el apego inmediato y el cuido responsable del recién nacido.

2- Mejorar las condiciones de salud en la atención de la madre y los recién nacidos durante el parto y el nacimiento, con criterios de calidad y buen trato, promoviendo la atención calificada con gestión humanizada en el embarazo, parto y posparto, basados en la dignidad, los derechos humanos y atención de las necesidades de las madres, los recién nacidos y la familia en los ámbitos físico, psíquico, cultural y emocional.

3- Buscar que prevalezca el respeto y las relaciones armoniosas entre las madres, los recién nacidos, sus familias y el equipo de salud, propiciando la transformación de las condiciones de atención del parto y el nacimiento.

4- Garantizar las condiciones para que se promueva el inicio del apego entre las madres y los recién nacidos, de forma inmediata, natural y saludable, y que los

recién nacidos permanezcan al lado de sus madres durante su estadía en el centro de salud evitando la separación injustificada que acarrea consecuencias físicas y emocionales para ambos.

5- Garantizar el respeto a la cosmovisión, conocimientos, prácticas, usos, costumbres y tradiciones de los pueblos y comunidades, en relación con la salud cultural, emocional, física y psíquica respecto de la atención de la gestación, el parto, el nacimiento y el posparto; siempre que respeten los derechos humanos de las madres, los recién nacidos y las familias.

6- Estimular y reconocer las buenas experiencias, prácticas y condiciones que favorezcan el desarrollo del parto y nacimiento natural.

7- Erradicar las prácticas, patrones sociales, normas de salud y protocolos de asistencia que atenten contra la gestión humanizada durante el embarazo, el parto, el nacimiento y el posparto.

ARTÍCULO 3- Ámbito de aplicación

La presente ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, en el ámbito público como en el privado, de la atención de salud en todo el territorio costarricense. Sus disposiciones cubren los hospitales y clínicas públicas o privadas e incluye los regímenes especiales, privados así como los afiliados al régimen contributivo o subsidiado.

ARTÍCULO 4- De los titulares de los derechos

Para los efectos de la presente ley, son titulares de derechos las mujeres embarazadas, los recién nacidos y las familias gestantes, nacionales o extranjeras, que tengan su embarazo o parto institucionalizado en Costa Rica, sin ninguna discriminación.

ARTÍCULO 5- Principios de la atención

En la atención de los titulares de derechos se parte de los siguientes principios:

1- La reproducción humana, como condición para el sostenimiento de la vida, es un derecho humano fundamental que debe ser protegido de manera integral por el Estado.

2- La atención calificada del embarazo y del parto debe basarse en el respeto y el reconocimiento de la dignidad humana, la atención con personal calificado y un entorno habilitante que facilite los procesos.

3- La gestante y su familia serán respetados y reconocidos según su valoración psicoafectiva y cultural de la forma como se vivencia el nacimiento conforme a sus especificidades, diferencias e identidades.

4- Información integral, pertinente y oportuna sobre el embarazo, sus posibles riesgos, complicaciones y consecuencias para la gestante y su familia.

5- La corresponsabilidad del Estado, la sociedad, la familia, las instituciones del sistema nacional de salud y seguridad social y las entidades privadas que cumplan esta función, los sectores económicos, las comunidades científicas y académicas, y la industria farmacéutica, para cumplir, proteger y promover los derechos de la mujer embarazada su familia.

ARTÍCULO 6- Derechos de la mujer durante la gestación, el trabajo de parto, parto y postparto

Son derechos de la mujer en relación con la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto.

1- Ser considerada como una persona sujeta de derechos, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto; y a recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias.

2- Ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar, cumpliendo las leyes actuales del país para tales efectos; y a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

3- Recibir información sobre las alternativas de atención del parto y su evolución, el riesgo materno y perinatal derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto; de cualquier tipo de procedimiento, pronóstico y atención del recién nacido, con el fin de que pueda optar por la mejor atención que corresponda a su situación de salud y que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

4- Ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, alcohol, drogas, entre otras, sobre el niño o niña y ella misma.

5- La elaboración de un plan de parto previo al nacimiento, discutido con el equipo de salud a cargo para facilitar la toma de decisiones conjuntas; informándosele acerca de las diferentes posiciones a adoptar para el trabajo de parto y el parto, que sean más convenientes y saludables, quedando constancia del mismo y su consentimiento informado en el expediente

6- El parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. Contará con la opción a elegir métodos farmacológicos o alternativos para el manejo del dolor.

7- Manifestar si quiere estar sola o desea hacerse acompañar por una persona de su elección antes, durante el trabajo de parto, parto y postparto; independientemente de la vía de parto. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho. No podrá reemplazarse la persona elegida por la mujer sin su consentimiento. En caso necesario debe permitirse adicionalmente, el acompañamiento por parte de un facilitador intercultural que mejore la experiencia de la usuaria y colabore con su orientación.

8- Recibir analgesia o anestesia obstétrica adecuadamente aplicada por un médico especialista anestesiólogo para buscar una maternidad segura, no traumática ni para la madre ni para el recién nacido, según el caso y de acuerdo con las posibilidades de existencia del recurso.

9- Tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento de salud, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

10- Mantenerse hidratada y alimentada durante el proceso de parto, siempre y cuando su condición de salud así lo permita. El ayuno no es permitido en un parto normal.

11- Ser tratada con respeto, de manera individual y personalizada, protegiendo su derecho a la intimidad, a la privacidad y la confidencialidad; tomando en cuenta siempre sus pautas culturales y su cosmovisión; y a tener un trato preferencial en la prestación de los servicios de atención de la salud materno-fetal, tanto públicas como privadas.

12- Tener desde el momento del nacimiento e independientemente de la vía de parto, el contacto piel a piel del recién nacido con su madre o acompañante que esta disponga con la acreditación de identidad como único requisito. Aquellas personas que por su condición médica tengan contraindicado amamantar deberán ser informadas oportunamente sobre dicha situación y facilitársele el tratamiento para la inhibición de la lactancia.

13- Recibir asistencia psicosocial cuando lo requiera.

14- Recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica.

15- No someterse a examen o intervención cuyo propósito sea la investigación biomédica, salvo su consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, (Conis) o por un Comité Ético Científico acreditado.

16- Recibir, previo al parto, un curso de preparación psicofísica al embarazo, parto y posparto sin temor.

17- Obtener copia de su expediente médico o historia clínica cuando la solicite.

18- Las madres adolescentes tienen derecho a recibir atención diferenciada y la información necesaria mediante programas de ayuda psicosocial tendientes a fortalecer sus vínculos familiares y afectivos, a disfrutar su estado de embarazo, parto y puerperio de manera saludable y satisfactoria; y recibir información sobre la prevención del embarazo no deseado y los métodos de planificación familiar. Esta atención debe tener abordaje interdisciplinario por el equipo de salud a cargo.

19- Las madres con diversidad funcional: física, psíquica o sensorial, deben de recibir una atención integral e inclusiva, acorde con su estado de salud.

20- El padre del que está por nacer tiene derecho a ser informado sobre la evolución y estado de su hijo. Podrá participar del parto, siempre que la madre lo autorice.

21- Teniendo en consideración la salud del que está por nacer y de la madre, que la decisión de la vía de parto sea tomada con criterio médico especializado, fundamentado y basado en la evidencia.

22- A vivir el proceso de duelo gestacional y perinatal, en caso que se presente, acompañada en familia o por la persona que ella escoja para vivir este proceso; en un espacio adecuado para la despedida, promoviendo siempre la privacidad y la intimidad, evitando el contacto hasta donde sea posible, con mujeres embarazadas o en alojamiento conjunto. Este proceso debe tener abordaje interdisciplinario.

ARTÍCULO 7- Derechos del recién nacido

Son derechos del recién nacido, entre otros, los siguientes:

1- Recibir un trato respetuoso y digno, oportuno, efectivo; y recibir, durante su permanencia institucional, los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a sus derechos fundamentales.

2- Ser inequívocamente identificado al nacer.

3- Su inscripción en el Registro Civil y su afiliación al sistema de seguridad social en salud.

4- Permanecer al lado de su madre durante su permanencia en la institución de salud, siempre que el recién nacido o la madre no requiera de cuidados especiales. El internamiento debe ser lo más breve posible de acuerdo con las normas de atención según lo permita su estado de salud y el de la madre.

5- Que a su egreso sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo así como su plan de vacunación, entre otros.

6- No ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación biomédica o docencia salvo consentimiento, manifestado por escrito, de sus representantes legales bajo protocolo aprobado por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, (Conis) o por un comité ético científico acreditado.

7- Que se corte su cordón umbilical, siempre y cuando no exista contraindicación médica, al menos un minuto después del parto.

8- Al fomento del apego materno y paterno mediante la implementación del contacto piel con piel, por lo menos una hora, hasta que el recién nacido logre amamantar de manera espontánea y natural, sin intervenciones innecesarias por parte del personal de salud; garantizando la temperatura e iluminación ambiental adecuadas a sus necesidades y respetando el derecho a la intimidad; el apego del recién nacido no podrá limitarse sin causa médica justificada, de manera que pueda ser reconocido, cargado y amamantado inmediatamente después de nacer.

9- Que en caso de malformación o discapacidad física, psíquica o sensorial, se generen acciones que permitan una atención integral al recién nacido y su inclusión en la sociedad como ciudadano de la nación.

ARTÍCULO 8- Derechos de los padres del recién nacido en situación de riesgo

Los progenitores de las personas recién nacidas en situación de riesgo tienen derecho a:

1- Recibir información comprensible, suficiente, reiterada y en privacidad sobre el proceso o evolución de la salud del recién nacido, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamientos.

2- Tener acceso continuado al recién nacido, si la situación clínica lo permite, y a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia. Los servicios de internamiento neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso para las madres, permitiendo el contacto físico, salvo que implique riesgo para la salud del menor. En este caso tendrán derecho a acompañar y hablar con el recién nacido.

3- Negar u otorgar su consentimiento escrito, para todos los exámenes o intervenciones a que se quiera someter al recién nacido con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, (Conis) o por un comité ético científico acreditado.

4- Que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

5- Al egreso del recién nacido, a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales que requiera.

CAPÍTULO II
De las obligaciones del Estado, de los proveedores de salud, del personal asistencial y de la sociedad civil organizada

ARTÍCULO 9- De las obligaciones del Estado

Son obligaciones del Estado:

1- Garantizar el derecho a la salud materna. Deberá proporcionar el acceso, la atención íntegra, oportuna, eficaz, con calidad y calidez en la prestación de los servicios en salud, en especial a las mujeres en estado de embarazo, de alto riesgo, adolescentes, en edad avanzada, con embarazo múltiple, con VIH o SIDA, mujeres indígenas, migrantes, discapacitadas, privadas de libertad, en situación de pobreza extrema y mujeres afectadas por cualquier forma de discriminación.

2- Incentivar la investigación científica para el mejoramiento en la calidad de atención a la mujer embarazada teniendo en cuenta su diversidad étnica, cultural y territorial; de manera que se incorporen en los protocolos de atención y guías técnicas de atención, prácticas culturales que faciliten mayor bienestar y seguridad a las mujeres durante el embarazo y el parto.

3- Facilitar a las mujeres embarazadas y sus familias la tramitación de quejas o denuncias por violaciones a las disposiciones de la presente ley. Debe garantizarse el acceso a la información sobre el estado y el seguimiento del proceso hasta su resolución final, la posibilidad de aportar pruebas o indicar su ubicación, incluso la posibilidad de apelar lo resuelto ante una instancia jerárquica superior.

4- Adoptar las medidas que conduzcan a la prevención y disminución de los índices de morbimortalidad materna y perinatal, como garantía para el ejercicio de una maternidad saludable, segura y sin riesgos, en cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible a la fecha.

5- Informar, sensibilizar y educar a los niños y niñas y adolescentes en el respeto y el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones, generando alternativas responsables que mejoren sus proyectos de vida y fortalezcan la toma de decisiones para desarrollar paternidades y maternidades responsables.

6- El conocimiento de la presente ley y sus alcances será incorporado en la formación académica y profesional del personal de salud involucrado en la atención obstétrica.

7- Promover la participación activa de las organizaciones de mujeres en el diseño, seguimiento, evaluación y monitoreo de las políticas públicas de prevención de la morbimortalidad materna y de promoción de la maternidad segura y sin riesgos.

ARTÍCULO 10- Obligaciones del personal asistencial y de los sistemas prestadores de servicios de salud

1- Brindar una atención fundamentada en la dignidad humana en los servicios de atención en el embarazo, parto, posparto inmediato, puerperio y periodo neonatal; las entidades prestadoras de servicios de salud deberán capacitar al personal asistencial y a los profesionales de la salud, a cargo de la atención calificada e integral a la mujer gestante y al recién nacido.

2- Promover la autocrítica, la autorregulación y evaluación en la prestación de servicios de atención de la salud materna, para el mejoramiento continuo de los mismos, teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas por las usuarias, la familia gestante y personal de salud experto en el campo.

3- Crear espacios en las instituciones tanto públicas como privadas que garanticen la confidencialidad, privacidad y bienestar en la prestación de los servicios de salud materno infantil, con dignidad y calidez, a fin de proteger a la madre y al recién nacido de conformidad con los estándares de habilitación nacionales que se determinen.

4- Suministrar información clara y acorde a la educación y cultura de los futuros padres, para tomar decisiones acerca de los procedimientos utilizados en la prestación de los servicios de atención de la salud materna, que puedan afectar a la gestante o al recién nacido.

5- Garantizar los controles del estado de embarazo por profesionales idóneos y para los embarazos de alto riesgo por profesionales especializados.

6- Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán instrumentar un modelo interdisciplinario de atención para el abordaje del consumo de sustancias, vinculado a los efectos adversos del tabaco, el alcohol o drogas, sobre el bebé y la madre.

7- Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con centros de lactancia materna conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información de apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al recién nacido.

ARTÍCULO 11- Participación de la sociedad civil organizada

En cumplimiento del principio de corresponsabilidad y solidaridad, la sociedad civil representada a través de organizaciones, asociaciones, empresas, gremios, personas naturales o jurídicas tendrán los siguientes derechos y ejercerán sus responsabilidades al:

1- Conocer los alcances de la presente ley.

2- Participar en la formulación de políticas públicas con enfoque de género para promover la maternidad y paternidad responsables, para lo cual el Estado ofrecerá los canales de participación en el diseño, ejecución y evaluación de dichas políticas.

3- Generar acciones que promuevan y protejan los derechos de la mujer embarazada o lactante y del recién nacido.

4- Informar, sensibilizar a la niñez y adolescencia en el reconocimiento de su integralidad y respeto por el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones, propiciando la mejora en sus proyectos de vida, para la toma de decisiones tendientes al desarrollo de paternidades y maternidades responsables.

5- Denunciar las acciones, hechos u omisiones que atenten contra los derechos de la mujer en estado de embarazo, del recién nacido y su familia.

CAPÍTULO III
Del Régimen Sancionatorio

ARTÍCULO 12- Sanciones en instituciones públicas

El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de profesionales de la salud, sus colaboradores o de las instituciones públicas en que estos presten sus servicios, será considerado como falta, cuya gravedad será determinada en el correspondiente procedimiento administrativo, con fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que le pudiera corresponder al infractor. En el caso de las instituciones, la responsabilidad será dirimida respecto a la conducta de los jerarcas por la no prestación del servicio o por deficiente prestación del mismo.

ARTÍCULO 13- De la fiscalización en instituciones privadas

En lo que atañe a la prestación de servicios contemplados en esta ley, por parte de prestadores privados, el cumplimiento de las disposiciones anteriores será fiscalizado por el Ministerio de Salud. Los directores de las entidades de prestación de servicios médicos particulares serán responsables de emitir las directrices y protocolos de actuación necesarios para la aplicación de las disposiciones de esta ley y velar por su cumplimiento.

ARTÍCULO 14- Reglamentación disciplinaria

El Ministerio de Salud reglamentará el régimen disciplinario aplicable, incluyendo el incumplimiento de las instituciones y la responsabilidad de los jerarcas por no prestación del servicio o por la deficiente prestación del mismo. En las instituciones particulares el régimen disciplinario incluirá el apercibimiento para la adecuación a la normativa mediante amonestación escrita.

Las faltas de las instituciones particulares se sancionarán, según la gravedad del hecho, con multa del siguiente modo:

a) Las faltas leves, entendiendo por tales todas las que no se encuentren expresamente previstas en los incisos b) y c) de este artículo. Dichas faltas se sancionarán con amonestación escrita.

b) Las faltas graves que comprenden aquellos comportamientos u omisiones de los que pueda derivarse algún riesgo para la salud integral, o el incumplimiento de los estándares de calidad reglamentados o fijados en los protocolos de funcionamiento. Las faltas graves se sancionarán con multa de una a nueve veces el menor salario mínimo mensual establecido en la Ley de Presupuesto Ordinario de la República.

c) Las faltas muy graves, que comprenden:

i) reincidir en las infracciones de tres faltas graves a lo largo de un año calendario;
ii) poner en riesgo serio la vida de algún paciente o;
iii) lesionar, directa o potencialmente, el bienestar de los usuarios de los servicios de salud. La lesión potencial será aquella que no causó lesión como resultado de la intervención del Ministerio fiscalizador.

Se sancionarán con multa de diez a veinte veces el menor salario mínimo mensual fijado en la Ley de Presupuesto Ordinario de la República, por las infracciones muy graves de la presente ley.

Debe aplicarse el máximo de la sanción administrativa indicada en el párrafo anterior cuando, de la infracción contra esta ley, se deriven daños para la salud y cuando se reitere la conducta infractora, en cada ocasión en que se pruebe la infracción reiterada.

Para imponer tales sanciones deben respetarse los principios del debido proceso, el informalismo, la búsqueda de la verdad real, el impulso de oficio, la imparcialidad y la publicidad, los cuales informan el procedimiento administrativo estipulado en el Libro Segundo de la Ley General de la Administración Pública.

Si el infractor se niega a pagar la suma establecida por el Ministerio de Salud para velar por la ejecución de esta ley, el ministro del ramo certificará el adeudo, que

constituye título ejecutivo, a fin de que, con base en él, se plantee el proceso de ejecución en vía judicial, en los términos del Código Procesal Civil, Ley N.° 9342, de 3 de febrero de 2016.

ARTÍCULO 15- Criterios de valoración

Para imponer las multas a que se refiere el artículo anterior, el Ministerio de Salud deberá tomar en cuenta como criterios de valoración: la gravedad de la infracción, la amenaza o el daño causado, los indicios de intencionalidad, la participación del infractor, la duración de la práctica contraria a los derechos de las madres y los recién nacidos, la reincidencia del infractor y su capacidad de pago.

ARTÍCULO 16- Caducidad de la acción

La acción para iniciar el procedimiento con el fin de perseguir las infracciones caduca en un plazo de dos años, que se debe contar desde que se produjo la falta o desde su conocimiento efectivo por parte de la persona agraviada, cuando haya permanecido oculta para esta. Sin embargo para los hechos continuados, comienza a correr a partir del acaecimiento del último hecho.

ARTÍCULO 17- Publicidad de la sanción

El Ministerio de Salud puede informar a la opinión pública u ordenar con cargo al infractor, la publicación en un medio de comunicación social de carácter nacional, de la sanción impuesta, el nombre o la razón social del infractor y la índole de la infracción, cuando se produzca cualquiera de las situaciones indicadas en los incisos b) y c) del artículo 14.

CAPÍTULO IV
TRANSITORIOS

TRANSITORIO I- La Caja Costarricense de Seguro Social elaborará un protocolo de actuación y un inventario de necesidades para la implementación, en cada centro de atención de partos, de los requerimientos fijados en esta ley. Para ello dispondrá de seis meses, a partir de su vigencia.

En el presupuesto del año siguiente a la confección de esos dos documentos, deberá contemplar las partidas para la atención de esas necesidades, contando con un plazo de cinco años para la atención integral de las mismas, distribuyendo los costos de manera similar en los cinco presupuestos siguientes.

TRANSITORIO II- El Ministerio de Salud promulgará, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de esta ley, el reglamento de fiscalización y sanción de las infracciones a la misma, incluyendo un capítulo para prestadores públicos y otro para prestadores privados.

Rige a partir de su publicación.

Franggi Nicolás Solano
Diputada

NOTAS: Este proyecto cumplió el trámite de revisión de errores formales, materiales e idiomáticos en el Departamento de Servicios Parlamentarios.

Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente Especial de la Mujer.