



DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS, REFERENCIAS SERVICIOS TÉCNICOS

AL-DEST- IIN -065-2019

INFORME DE: PROYECTO DE LEY

**REFORMA DEL ARTÍCULO 12 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
NÚMERO 5395 DEL 30 DE OCTUBRE DE 1973 Y SUS REFORMAS,
PARA PROTEGER A LA MUJER EMBARAZADA,
ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL PARTO**

EXPEDIENTE Nº 21062

**INFORME INTEGRADO
(JURÍDICO – SOCIO AMBIENTAL)**

ELABORACIÓN:

**KATTYA DELGADO MADRIGAL
ANNETTE ZELEDON FALLAS
ASESORAS PARLAMENTARIAS**

SUPERVISIÓN:

**BERNAL ARIAS RAMIREZ
GASTON VARGAS ROJAS
JEFES DE ÁREA**

REVISIÓN FINAL Y AUTORIZACIÓN:

**FERNANDO CAMPOS MARTÍNEZ
DIRECTOR A.I.**

19 DE JULIO DE 2019

TABLA DE CONTENIDO

I.- RESUMEN DEL PROYECTO	3
II.- DERECHOS SEXUALES Y SALUD REPRODUCTIVA.....	4
III.- PERIODO PRENATAL, PARTO Y POSPARTO	12
3.1. Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto en Costa Rica.....	12
3.2. Atención prenatal	14
3.3. Atención del parto normal.....	16
3.4. Atención del posparto	19
IV. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES EN GESTACIÓN	20
V.- ANÁLISIS DEL ARTÍCULO PROPUESTO	26
Artículo 1 (es único) que modifica el artículo 12 de la Ley N° 5395	27
VI.- ASPECTO DE TÉCNICA LEGISLATIVA	31
VII.- ASPECTO DE TRÁMITE Y PROCEDIMIENTO	31
Votación.....	32
Delegación	32
Consultas	32
Obligatorias:.....	32
Facultativas:.....	32
VIII.- ANTECEDENTES.....	32



**AL-DEST- IIN -065-2019
INFORME INTEGRADO¹**

**REFORMA DEL ARTÍCULO 12 DE LA LEY GENERAL DE SALUD NÚMERO
5395 DEL 30 DE OCTUBRE DE 1973 Y SUS REFORMAS,
PARA PROTEGER A LA MUJER EMBARAZADA, ANTES, DURANTE Y
DESPUÉS DEL PARTO**

EXPEDIENTE Nº 21.062

I.- RESUMEN DEL PROYECTO

Señala la exposición de motivos que el objeto de la iniciativa legislativa es reformar el artículo 12 de la Ley General de Salud, para

El presente proyecto de ley, tiene como objetivo la reforma del artículo 12 de la Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973, con el fin de proteger los derechos de las mujeres en estado de gestación durante el embarazo, durante y después del parto, al igual que al recién nacido, e incorporar el tema de la violencia gineco-obstétrica de manera general, para que sea, mediante reglamento, que se establezcan los protocolos y demás disposiciones normativas necesarias para la afectiva protección de las mujeres embarazadas en nuestro país.

Para estos efectos, la iniciativa de ley cuenta con un artículo único en el que se incorpora efectivamente regulación en respuesta a las necesidades de las mujeres en su proceso de gestación.

La iniciativa, asimismo, plantea que la atención a la población en estas circunstancias deberá ser equitativa y respetuosa de las condiciones de cada una de las partes, honstando sus derechos y procurándoles la mejor atención posible, y la mayor comprensión durante dicho proceso de maternidad.

De tal forma que esta iniciativa, su proponente, ha considerado no crear una nueva ley general para atender esta situación, la cual sería muy amplia, y por lo tanto de trámite más complicado y complejo, y más bien, ha optado por la reforma de un solo artículo de la Ley General de Salud (artículo 12), en donde se incorpore el tema de la violencia gineco – obstétrica, garantizando tanto los derechos de las mujeres embarazadas como de los niños recién nacidos.

¹ Elaborado en la parte socio-ambiental por **Licda. Katty Delgado Madrigal**, y en la parte jurídica por la **Licda. Annette Zeledón Fallas**, asesoras parlamentarias. Supervisado por **Msc. Gastón Vargas Rojas** y **Dr. Bernal Arias Ramírez**, Jefes de Área. Revisión y aprobación final a cargo del **Lic. Fernando Campos Martínez**, Director a.i., del Departamento de Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa de Costa Rica.

A partir de esta nueva normativa establecer o depurar protocolos y demás disposiciones subalternas necesarias para la efectiva protección de esta población.

II.- DERECHOS SEXUALES Y SALUD REPRODUCTIVA²

La salud sexual y reproductiva son temas vinculados a los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a la autodeterminación de todas las personas en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, a la integridad corporal³, al empoderamiento y a la ciudadanía⁴.

Las diferentes discusiones internacionales señalan al referirse al derecho a la salud sexual y reproductiva que los Estados deben:

“adoptar las medidas necesarias para que las mujeres puedan tomar decisiones por su cuenta en relación con su salud sexual y reproductiva, sin coacción, violencia o discriminación alguna (...) deben asegurarse de que los adolescentes están en condiciones de recibir información, entre otras cosas acerca de la planificación familiar y los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz y la prevención de infecciones venéreas, como el VIH/Sida, y servicios adecuados para la salud sexual y reproductiva. (...) deben garantizar la disponibilidad de servicios sexuales y otros servicios sanitarios para hombres que tengan relaciones sexuales con otros hombres, lesbianas y personas transexuales y bisexuales (...) garantizar la existencia de servicios de asesoramiento voluntario, ensayos y tratamiento de infecciones sexualmente transmitidas para los trabajadores de la industria del sexo”⁵.

En este sentido, el abordaje de los derechos reproductivos de las personas no está limitado únicamente a la procreación per se:

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre

² Este informe está retomando lo expuesto en el informe de Servicios Técnicos AL-DEST-IIN220-2015, elaborado por esta asesora.

³ Integralidad Corporal: Los artículos 45 y 46 del Código Civil consagran dos principios: 1. La inviolabilidad del cuerpo humano: Es decir, el derecho del individuo a la integridad de su propio cuerpo y su protección contra los atentados a su integridad física provenientes, *sin su consentimiento*, de terceras personas; 2. *Poder de disposición del individuo* sobre su propio cuerpo con sujeción a limitaciones. DERECHO PRIVADO Los derechos de la personalidad (la persona física) en la legislación civil costarricense. URL: <http://myslide.es/documents/tesis-iii-derecho-privado-los-derechos-de-la-personalidad-la-persona-fisica-en-la-legislacion-civil-costarricense.html>

⁴ Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Marco conceptual y normativo de la política de sexualidad. Ministerio de Salud. 2011.

⁵ Organización de Estados Americanos. Acceso a la Información en materia Reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos. OEA. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Noviembre del 2011. URL: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>.

derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva esta fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada”⁶.

Como se apuntó, los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas; como los que a continuación se detallan:

Imagen 1

⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción. Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Aprobados en la Conferencia de El Cairo, celebrada del 5 al 13 de septiembre de 1994. URL: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/PoA_sp.pdf

Instrumentos Jurídicos internacionales que reconocen el derecho humano a la salud y que han sido ratificados por Costa Rica

Instrumento jurídico internacional	No.	Fecha
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Artículo XI	1948
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Artículo 25	1948
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Artículos 5 y 11	1979
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Artículo 12	1966
Protocolo de San Salvador	Artículo 10	1988
Convención sobre los Derechos del Niño	Artículo 24	1989
Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes	Artículo 25	2005

Fuente: Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2010-2021. Diciembre 2010.

El capítulo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos del Programa de Acción del Fondo de Población de las Naciones Unidas, desde una perspectiva de integralidad, define la salud reproductiva como⁷:

“... un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”

Este mismo capítulo, en su acápite 7.6 establece que la atención de la salud reproductiva:

“debe contemplar, por lo menos, el asesoramiento, información, educación y comunicación y servicios de planificación familiar; atención al embarazo, el

⁷ Ibidem.

parto y postparto, la prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad, interrupción del embarazo según la legislación de cada país, la prevención del aborto inseguro y atención al posaborto; prevención y tratamiento las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable”⁸

A continuación, las principales referencias a los derechos humanos vinculados a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva contenidas en instrumentos jurídicos internacionales:

Imagen 2

Instrumento jurídico internacional	Fecha
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	1981
Conferencia de Viena	1993
Programa de Acción de Cairo	1994
Plataforma de Acción de Beijing	1995
Convención sobre los Derechos del Niño	1990
Convención Iberoamericana de los Jóvenes	2005
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	

Fuente: Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2010-2021. Diciembre 2010.

El artículo 12 de la Ley General de Salud⁹, hace mención a los derechos que tienen las mujeres embarazadas para la atención a todo el proceso de embarazo, parto y posparto, especialmente a la información, al control, a la atención del parto, y el derecho a recibir alimentos para el periodo de lactancia. Así lo determina dicho numeral:

⁸ *Ibidem*.

⁹ Ley 5395 del 30 de octubre de 1973. URL: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC

ARTICULO 12.- Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia¹⁰.

Sin embargo, en el contenido de esa misma Ley no hay ninguna mención sobre la situación relacionada con los derechos sexuales y de salud reproductiva. Estos derechos son retomados y se reflejan para todas las personas en la Ley Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados¹¹, así se dispone:

Artículo 2.- Derechos

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos.*
- b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.*
- c) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.*
- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.*
- e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.*
- f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.*
- g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.*
- h) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.*
- i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación.*
- j) Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.*
- k) Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.*
- l) Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.*
- m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.*
- n) Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.*

¹⁰ *Ibídem.*

¹¹ Ley No. 8239 de 2 de abril del 2002.

- ñ) *Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.*
- o) *Hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes.*
- p) *Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.*

Tal y como se puede apreciar, en los anteriores derechos se contemplan y profundizan los incisos 1, 2 y 3 de la iniciativa legislativa. Con lo anterior se apunta, que no se requería de una nueva normativa para reafirmar los derechos de salud de las personas. En el punto 5 de este apartado, se incluyen los

En materia de política pública, el Plan Nacional de Salud 2010-2021 del Ministerio de Salud se fundamenta en una serie de enfoques y principios orientadores que transversa las acciones estratégicas necesarias para contribuir a la protección y al mejoramiento del estado de salud de la población, y a la reducción de brechas e inequidades sociales. Con los enfoques de Derechos Humanos, Género, Diversidad y Cohesión Social. Específicamente en materia de salud reproductiva plantea¹²:

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E INDICADORES

...OG.3. Garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas y la protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para la promoción, protección y mejoramiento del proceso de salud de la población...

...3.4.- Ampliar la oferta de servicios integrales en todos los niveles de atención en salud que promuevan prácticas saludables. En los temas como salud mental, autocuidado, sexualidad saludable, derechos sexuales y reproductivos, alimentación saludable, actividad física y recreación, calidad de vida laboral, prácticas alternativas y holísticas para la salud y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia intrafamiliar y sexual, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, factores de riesgo de discapacidad, entre otros (pie de página).

Asimismo, los derechos sexuales y reproductivos de las personas en nuestro país se han especificado en diversos planes y programas del Ministerio de Salud.

Según el documento “**Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta de salud sexual y reproductiva Costa Rica, 2010**”, los derechos sexuales y reproductivos están insertos en el contexto social y global de las poblaciones. Por lo tanto, se vinculan con otros como lo son: el derecho a la salud, a la

¹² Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2010-2021. Diciembre 2010.

educación, a la libertad, a la igualdad y a vivir libre de violencia. Los derechos son indivisibles e interdependientes. La noción de derechos humanos en general, y de los derechos sexuales y reproductivos en particular, tiene implicaciones concretas, ya que de éstos se desprenden garantías y condiciones que deben asegurarse por parte de los Estados con el fin de que las personas los puedan ejercer con efectividad y, así, reducir las brechas injustas entre individuos y grupos¹³.

Los derechos sexuales y reproductivos permiten que todos los individuos y sus parejas puedan desarrollarse plenamente, en el campo de la sexualidad y de la reproducción. En concreto, la salud sexual y reproductiva incluye los siguientes componentes:¹⁴

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información, prevención, diagnóstico y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH
- Servicios de aborto seguro y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Eliminación de conductas dañinas como la violencia sexual y el tráfico sexual
- Servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Por su parte, la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 de Costa Rica recoge los planteamientos conceptuales del capítulo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos del Programa de Acción del Fondo de Población de las Naciones Unidas que ya han sido abordados.

Esta misma Política señala en nuestro país, como debilidades en la garantía de acceso a servicios de atención a la salud reproductiva, entre otras¹⁵:

- Una atención a la SR que no contempla las especificidades de la población y que no cuenta con instrumentos diferenciados que den respuesta.
- Mujeres como objetos pasivos de la atención de la SR en general y de la atención del parto en particular.

¹³ Ministerio de Salud. Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta de salud sexual y reproductiva, Costa Rica 2010.

¹⁴ *Ibídem* *Apud* Mazarrasa Alvear, L., Gil Tarragato, S. (2005). Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva. En: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer. Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de género. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf.

¹⁵ Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Análisis de situación: enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de sexualidad. Ministerio de Salud. Pág. 26. 2011.

- Restringido acceso a información y tecnología de calidad para la anticoncepción de mujeres y hombres.
- Restringido acceso a información y tecnología de calidad para la fecundación asistida.
- Ausencia de promoción del derecho a un embarazo y maternidad libre, segura y voluntaria.
- Ausencia de corresponsabilidad en el proceso de gestación, parto paternidad y cuidado.
- Ausencia de un enfoque integral para la atención integral en salud reproductiva orientada a la atención prenatal, parto, postparto, postaborto, climaterio, menopausia y andropausia.
- A ausencia de un enfoque integral a la salud cérvico-uterino, de mama y próstata.
- Falta de claridad con relación a la oferta de servicios relacionados con la Salud Reproductiva y escasa información a las personas usuarias.
- Falta de correspondencia entre la oferta de prevención y la capacidad resolutive.
- Falta de normativa institucional y procedimientos y protocolos que garanticen el ejercicio de la maternidad y paternidad a las personas con discapacidad.
- Falta de normativa institucional, procedimientos y protocolos para la toma de decisión de las personas con discapacidad en el tema de anticoncepción (quirúrgica, hormonal y otras)
- Existencia de mitos, estereotipos y prejuicios en relación con la sexualidad de las personas con discapacidad que las invisibiliza como población objetivo de estos servicios.
- Barreras ligadas a los valores y la moral del personal de salud.
- Ausencia de espacios de Consejerías
- Muertes maternas prevenibles y que se dan en los hospitales

Ante la existencia de ésta y otras muchas más debilidades la Política en materia de sexualidad plantea el siguiente abordaje:

Imagen 3



Fuente: Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Análisis de situación: enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de sexualidad.

Específicamente en materia de servicios integrales en salud sexual y reproductiva se plantea:

Imagen 4

4. Área de intervención: **Servicios integrados, integrales con calidad y calidez para la atención a la salud sexual y a la salud reproductiva**

Lineamiento de política	Estrategias
<p>4.1 Garantía de acceso a servicios de salud sexual y a la salud reproductiva con equidad, calidad, seguridad, calidez y confidencialidad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social que responda a información actualizada, laica y científica</p>	<p>4.1.1 Reconocimiento institucional de la salud sexual y la salud reproductiva como un derecho humano en salud de gran impacto en el desarrollo humano y social del país, que exige el desarrollo de estrategias para que ésta sea incorporada en el Incorporación de la atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva como un eje central del modelo de atención en salud</p> <p>4.1.2 Fortalecimiento de la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud de atención a las personas, para una atención a la salud sexual y reproductiva oportuna con equidad, calidad, calidez, seguridad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social.</p> <p>4.1.3 Mejoramiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, para una atención a la salud sexual y reproductiva oportuna con equidad, calidad, calidez, seguridad, confidencialidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social</p> <p>4.1.4 Ampliación de la oferta de servicios integrales en todos los niveles de atención en salud que promuevan una sexualidad segura, informada y responsable, acorde con las necesidades y características propias de cada población usuaria</p> <p>4.1.5 Divulgación, de los mecanismos de denuncia de violaciones y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos a la población usuaria de los servicios de Salud</p> <p>4.1.6 Fortalecimiento de la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud sexual y reproductiva oportuna con equidad, calidad, calidez, seguridad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para todas aquellas personas institucionalizadas (privados de libertad, hospitales, hogares de personas adultos mayores, Albergues del PANI, residencias y hogares comunitarios de personas con discapacidad entre otros).</p> <p>4.1.7 Promoción de buenas prácticas en servicios de salud sexual y reproductiva y promoción de una sexualidad segura, informada y responsable</p>

Fuente: Ministerio de Salud. *Ibidem*.

Asimismo, se tiene relacionado con la política institucional de salud reproductiva, el Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 27913-S, promulgado en junio de 1999, donde se crea la Comisión Interinstitucional sobre salud y derechos reproductivos y sexuales, y en el cual se ordena la creación de consejerías en salud y derechos reproductivos y sexuales en todos los niveles de atención de las instituciones públicas y privadas que brindan servicios en salud reproductiva y sexual.

III.- PERIODO PRENATAL, PARTO Y POSPARTO

3.1. Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período prenatal, parto y posparto en Costa Rica¹⁶

En el año 2009, la Caja costarricense de Seguro Social emite una guía dirigida a todos el equipo de salud, responsable de la atención integral de las mujeres y niñas (os) durante el prenatal, el parto y el período posparto; con el propósito

¹⁶ La Gaceta 103 –viernes 29 de mayo 2009. DECRETO Nº 35262-S DEL 13/02/2009. Oficialización de la “Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico”.

es brindar los estándares y lineamientos básicos que permitirán al nivel operativo ofrecer a la población involucrada en estos procesos servicios de salud oportunos, eficaces y humanizados que buscan la “*unificación de criterios básicos que se aplican en la atención a las mujeres y los (as) niños (as) durante el periodo de embarazo, parto y post natal*”¹⁷

La guía se basa en los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificados desde 1985, sobre el cuidado perinatal, los cuales incluyen los siguientes aspectos¹⁸:

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

- Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
- Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
- Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
- Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
- Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no-solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Los principios esbozados reafirman la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo y fueron incorporados en los materiales técnicos, así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2001.

¹⁷ Caja Costarricense de Seguro Social. Guía de Atención Integral a las mujeres, niños, niñas en el período prenatal, parto y Posparto. Costa Rica. CCSS, 2009.

¹⁸ *Ibidem*.

3.2. Atención prenatal

La atención prenatal es una de las estrategias más importantes para favorecer la salud de las mujeres y los niños, ya que permiten evitar las discapacidades y la muerte. Es un conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud en los diferentes ámbitos de acción, que permiten asegurar condiciones adecuadas en relación al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas (os)¹⁹.

En tal sentido, la atención prenatal tiene como propósito identificar condiciones de riesgo tanto para las madres como a sus niñas(os). Persigue además, favorecer la participación de las mujeres, las familias y las comunidades a las cuales pertenecen. De esta manera se logra fortalecer las relaciones de estas instancias con la red de servicios de salud. Esto quiere decir que la atención prenatal se inicia en el espacio comunitario y concluye en este mismo espacio, que es donde se construye la salud.

En la atención prenatal se deben incluir entonces: la visita domiciliar, las acciones de diagnóstico, la sensibilización de las comunidades ante los problemas y necesidades de las mujeres en este período, la atención directa, la preparación para el parto, la educación prenatal y el seguimiento en el hogar.

Tabla 1

Requisitos de la atención prenatal	
Equitativa	Es fundamental conocer la situación de salud del área para identificar de manera general las condiciones de vida de las poblaciones y comunidades y en forma particular, las características de la población femenina, los embarazos esperados, los grupos de riesgo, las barreras de acceso a los servicios y cuidados durante el embarazo, parto y post-natal, así como también, la identificación de las redes de apoyo y otros recursos disponibles para abordar necesidades y problemas específicos que surjan durante el proceso, para establecer estrategias viables dentro de la programación y planificación local y sobre todo, en la asignación de los recursos. Es decir, que este es un requisito indispensable para poder lograr una atención prenatal, del parto y del post-parto a todo el grupo de embarazadas, aplicando con eficacia, el enfoque de riesgo individual y colectivo. Solo de esta manera se puede contribuir a una mejor salud materna perinatal.
Precoz	La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible. La captación debe hacerse en el ámbito domiciliar durante el primer trimestre de la gestación o en otros contactos con los servicios de salud para evitar oportunidades perdidas. Solo de esta manera se asegura que la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud sean oportunas y eficaces. Permite, además, la identificación precoz de mujeres con embarazos de alto riesgo, lo que posibilita planificar en forma oportuna los requerimientos de atención obstétrica que cada caso requiera y el lugar donde ésta deba recibirse.
Periódico	La atención directa debe hacerse en forma periódica, con una frecuencia que varía según el grado y tipo de riesgo del embarazo. Las mujeres con alto riesgo obstétrico o médico necesitan una atención diferenciada, en

¹⁹ Ibídem.

	<p>función de las características y el tipo de problema que presenten. En un embarazo de bajo riesgo, la frecuencia de controles prenatales debe guiarse por el siguiente esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante las primeras 32 semanas, se hará un control prenatal cada seis semanas. • De la semana 32 a la 38, los controles se harán cada tres semanas. • De la semana 39 a la 41, los controles se harán cada semana. • A las 41 semanas o más, deberá referirse a la mujer al siguiente nivel de atención (II o III) que tenga la capacidad resolutive para realizar Perfil Biofísico Fetal²⁰. <p>Debe considerarse que el mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo debe ser de cinco controles prenatales, de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente</p>
Completa	<p>Se debe garantizar el cumplimiento de los estándares básicos de la atención prenatal para el fomento y protección de la salud de las mujeres embarazadas y sus hijas (os) la cual incluye el derecho a la participación en la toma de decisiones de la mujer y/o su pareja u otra persona que ésta asigne, así como el derecho al acompañamiento, durante todo el proceso de embarazo, parto y pos parto. En tal sentido, se deben crear las condiciones que aseguren el ejercicio de estos derechos.</p>
Con enfoque de riesgo	<p>Es necesaria la fijación de un criterio discriminador entre el alto y el bajo riesgo, tanto a nivel individual como colectivo (poblacional), que permita planificar, asignar los recursos, establecer prioridades y operativizar acciones específicas en la atención individual y colectiva. El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas o colectivos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado. En algunas personas dicha probabilidad es mayor que en otras, ya sea por una predisposición genética, por las condiciones de vida en la que se interactúan elementos protectores/destructivos de la salud, por los valores, actitudes, hábitos, conductas, entre otros eventos. Las necesidades de salud del grupo de bajo riesgo se resuelven generalmente, con acciones de atención primaria en los diferentes niveles de atención. Las de alto riesgo requieren una atención especializada</p>

La guía establece los factores determinantes para establecer las condiciones de riesgo (alto, moderado o bajo) en el embarazo sean éstas físicas (relativas a la salud de la madre) o socioeconómicas, además el tipo de establecimiento y los recursos humanos y materiales con que se debe de contar para brindar la atención prenatal, acorde con la clasificación nacional de los niveles de salud; así como las actividades de atención prenatal de acuerdo en los diferentes niveles de atención.

Cabe agregar que todas y cada uno de los aspectos señalados en la iniciativa legislativa están ampliamente contemplados y desarrollados en objetivos, actividades y metas en el acápite denominado “Atención Prenatal” de la Guía

²⁰ Un perfil biofísico es una prueba sencilla y sin dolor que podrían hacer durante el embarazo para asegurarse de que el bebé está bien, sobre todo para confirmar que recibe suficiente oxígeno dentro del útero. Por lo general, el perfil biofísico se hace cuando ha pasado la fecha prevista del parto y el bebé no ha nacido todavía, o en algún momento durante el tercer trimestre, si el embarazo es de alto riesgo. URL: <http://espanol.babycenter.com/a15200004/el-perfil-biof%25C3%25ADsico-fetal#ixzz3dpK8y4ZR>

de Atención Integral a las mujeres, niños, niñas en el período prenatal, parto y posparto, en este sentido lo que plantea la iniciativa legislativa es reiterativo²¹.

3.3. Atención del parto normal

Las tendencias mundiales están dirigidas a recuperar la visión de “normalidad” del embarazo y el nacimiento, es decir, a la desmedicalización de esos procesos. Según la OMS *“se obtienen mejores resultados en relación con la salud de las madres y de sus niñas (os), utilizando menos intervenciones, drogas y tecnología”*. Por lo que *“en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”*²².

Los conceptos, definiciones e intervenciones de este enfoque son la población asistida (toda embarazada en labor de parto) y las condiciones que influyen en el proceso de labor y parto. Debe considerarse que existen condiciones generales de las mujeres así como condiciones obstétricas que pueden favorecer o desfavorecer el proceso de labor y parto: el estado general de la madre (las condiciones en que se ha desarrollado su embarazo, condiciones presentes: hidratación, nutrición, descanso, su estado emocional, el acompañamiento efectivo, la paridad, las condiciones favorables de cérvix, la madurez fetal, la condición feto placentaria (movimientos fetales, reactividad fetal), la presentación y posición del feto, el estado de integridad de las membranas y la actividad uterina.

Además, deben ser tomados en cuenta de forma importante las condiciones ambientales y humanas relacionadas con la atención en el establecimiento de salud, desde su admisión hasta la atención de su parto. Aspectos tales como la interrelación con el personal del hospital, la privacidad, los muebles, la luz, el ruido ambiental etc. ya que éstas influyen directamente en el estado emocional de la madre, liberando o inhibiendo sustancias (hormonas y neurotransmisores) que afectan directamente la contractilidad uterina.

El Parto normal se define como parto normal aquel que:

*“inicia espontáneamente, es de bajo riesgo al iniciar y permanece así durante toda la labor y el parto. El (la) niño (a) nace espontáneamente, de vértice, entre las 37 y 42 semanas de gestación. Después nacimiento la madre y el infante se encuentran en buenas condiciones”*²³

²¹ CCSS. Páginas 19-69.

²² Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS, Ginebra. 1996

²³ *Ibidem*.

De acuerdo con esta definición diversos estudios han mostrado que la tasa promedio de parto de alto riesgo es de aproximadamente el 20%, similar a la proporción de embarazos de alto riesgo. En general se considera que la proporción de mujeres de bajo riesgo al inicio de la labor está entre el 70% y 80%²⁴.

Por lo anterior, en un parto normal debe haber una razón válida para interferir con ese proceso natural. Es necesario hacer el diagnóstico de verdadero trabajo de parto para la admisión de la embarazada, ya que el trabajo del parto suele dividirse en falso y verdadero.

El parto normal es atendido por personal autorizado, Médico(a), enfermeras obstetras, internos universitarios y enfermeras de postgrado bajo supervisión, previa valoración del médico gineco-obstetra o de la enfermera obstetra.

- *Falso trabajo de parto:* El falso trabajo de parto, que es bastante común al final del embarazo, se caracteriza por contracciones irregulares, que se acompañan de dolor dorsal leve o severo pero sin progreso, no hay modificaciones cervicales y la presentación no desciende.
- *Verdadero trabajo de parto:* El verdadero trabajo de parto comienza con contracciones uterinas regulares, las cuales se vuelven más frecuentes, más intensas y de mayor duración a medida que transcurre el tiempo; hay cambios cervicales (dilatación y borramiento), generalmente ocurre expulsión del tapón, mucoso y descenso de la presentación.

La realización del Partograma²⁵ se aplica tanto en parto espontáneo como el inducido y permite alertar en aquellos casos que se insinúa un detenimiento o poco progreso del trabajo de parto. Evita el uso innecesario de maniobras y medicamentos, porque amerita la evaluación integrada y cuidadosa de la mujer.

En este instrumento se registra:

- Dilatación cervical
- Frecuencia de las contracciones
- Altura de la presentación
- Variedad de posición
- Frecuencia cardíaca fetal
- Estado de las membranas ovulares

La valoración del progreso de la labor de parto se hace a través de la observación de la mujer, su apariencia, comportamiento, lo que ella expresa, las contracciones y el descenso de la presentación; así como la dilatación

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ Representación gráfica de la evolución del trabajo de parto.

cervical. El trabajo de parto se muestra en la siguiente tabla de diagnóstico del periodo y la fase del trabajo de parto.

Imagen 5

Signos y síntomas	Período	Fase
• Cuello uterino no dilatado	Trabajo de parto falso/ No hay trabajo de parto	
• Cuello uterino dilatado menos de 4 cm.	Primer	Latente
• Cuello uterino dilatado de 4-9 cm. • Tasa de dilatación característica de 1 cm.por hora o más • Comienza el descenso fetal	Primer	Activa
• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.) • Continúa el descenso fetal • No hay deseos de pujar	Segundo	Temprana (no expulsiva)
• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.) • La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis • La mujer tiene deseos de pujar	Segundo	Avanzada (expulsiva)

Fuente: CCSS. 2009

La guía establece los recursos humanos con que se debe de contar para brindar la atención del parto, y las actividades de atención del parto normal con sus diferentes componentes:

- Componente: Proceso de Admisión.
- Componente: Preparto (Primer período del parto: fase latente).
- Componente: Primer Período del Parto: Fase Activa
- Componente: Segundo Período del Parto: Expulsivo
- Componente: Tercer Período del Parto: Alumbramiento

Así como las actividades la atención del post parto normal:

- Componente: Atención de la madre en el posparto inmediato
- Componente: Atención Mediata del Recién Nacido Sano
- Componente: Atención del Bebé y de la Madre en Sala de Alojamiento Conjunto.
- Componente: Valoración Integrada del Bebé y de la Madre para el Egreso

Cabe agregar que todas y cada uno de los aspectos señalados en los artículos 4 y 5 de la iniciativa legislativa están ampliamente contemplados y desarrollados en objetivos, actividades y metas en el acápite denominado

“Atención del Parto Normal” de la Guía de Atención Integral a las mujeres, niños, niñas en el período prenatal, parto y posparto²⁶.

3.4. Atención del posparto

El control posparto consiste en una serie de atenciones que se llevan a cabo con la mujer y su bebé con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido²⁷.

Para esto, el control debe contemplar cuatro requisitos básicos: extenso, precoz, completo e integral y educativo.

Tabla 2
Atención Posparto

Extenso	Sólo en la medida en que la población meta sea vigilada en su totalidad y sea usuaria de los servicios de control posparto y posaborto y de planificación familiar, los servicios de salud del país podrán cumplir sus objetivos de cobertura y calidad.
Precoz	El control debe ser precoz, a los 8 días y al mes del nacimiento para detectar oportunamente el estado de salud en el puerperio, orientar a la madre con el recién nacido, así como la orientación sobre lactancia materna y planificación familiar.
Complejo e Integral	Los contenidos mínimos de control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación y prevención de patologías de la puérpera y del recién nacido. Deberá representar, además, la aplicación práctica del conocimiento científico más actualizado.
Educación	Las puérperas deberán conocer los síntomas y signos de alarma en ellas y en el recién nacido para su consulta, además de su fisiología del puerperio. Esta educación debe darse previamente al parto, dentro de la consulta prenatal y en los cursos de preparación para el parto. Se establecerán factores de riesgo con el fin de discriminar a las pacientes y a los recién nacidos que deban ser seguidos de cerca en las consultas especializadas.

²⁶ CCSS. Páginas 70-115.

²⁷ CCSS. Op. Cit. Las referencias completas de las actividades a realizar en la Atención Posparto se desarrollan en las páginas 116-124 de la supra citada guía.

Cada una de las actividades que deben realizarse en su control, responden a objetivos específicos, cuya consecución redundará en el mejoramiento de la salud de la madre y el niño (a).

Del análisis se colige que en el Sistema de Salud Costarricense existen las herramientas metodológicas y prácticas que permitan darle a la madre y al bebe la atención integral requerida en todas las fases del embarazo (antes, durante y después), por lo tanto, lo que se requiere es la evaluación de esas herramientas institucionalizadas en el quehacer del equipo humano que conforman el personal de salud en cada uno de los niveles de atención, para corregir y mejorar las debilidades que se presentan en este proceso.

Asimismo, esta asesoría no aborda la conceptualización del tema “*violencia obstétrica*” toda vez que no se ha comprobado que el mismo cuente con el reconocimiento de patología por las autoridades internacionales encargadas mediante estudios y análisis científicos de validar y registrar las distintas formas de violencia, tal y como es el caso del tema en la iniciativa de ley en estudio.

A la fecha de la elaboración de este informe se remitió consulta al Ministerio de Salud, a la Organización Panamericana de la Salud y al Colegio de Psicólogos de Costa Rica para referirse a la “violencia obstétrica” sin que se haya recibido respuesta. Sin embargo, se incorpora como siguiente apartado el análisis realizado por la Defensoría de los Habitantes sobre denuncias presentadas y que tienen relación con violaciones a derechos humanos de las mujeres embarazadas.

IV. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES EN GESTACIÓN²⁸.

Este apartado presenta el informe que se incluyó en el Informe Anual de Labores 2014-2015 de la Defensoría de los Habitantes.

La Defensoría investigó denuncias relacionadas con violaciones a derechos humanos de las mujeres embarazadas que acuden a los Hospitales para el parto²⁹ y que se constituyen en violencia obstétrica.

Algunos de los casos son los siguientes:

- Traslados de mujeres embarazadas a término para el parto que realiza el Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón a hospitales ubicados en San José, donde se denuncia³⁰ que seis mujeres fueron introducidas en una ambulancia

²⁸ Informe Anual de Labores 2014-2015. URL: http://www.dhr.go.cr/la_defensoria/informes/labores/documentos/if2014_15.pdf. Información suministrada por Kattia Peñaranda, Unidad de Investigación y Análisis, Asamblea Legislativa.

²⁹ Expediente N° 135530-2013 SI y 62681-2010 SI.

pequeña con una sola camilla para ser trasladadas al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia lugar en que no fueron recibidas; fueron llevadas al Hospital Dr. Max Peralta de Cartago donde tampoco las reciben y finalmente, al Hospital Dr. William Alen de Turrialba donde posterior a 6 horas de viaje, por fin las reciben.

La investigación realizada obtuvo los siguientes resultados, (solamente relacionados con el Hospital Tonny Facio de Limón):

- Los traslados se realizan ya que el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Limón contaba únicamente con dos especialistas en ginecología, número insuficiente para atender la demanda, siendo el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia³¹ en San José es el hospital de referencia del Hospital Dr. Tony Facio Castro de Limón, pero por la alta saturación de servicios que presenta ese centro médico se determinó que los traslados de las mujeres embarazadas a término seguirían siendo atendidos en el Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Esna”.
- En el 2015 en el Hospital de Limón³² se constataron condiciones de hacinamiento, camas y equipos en los pasillos, mujeres no acompañadas en las Salas de Maternidad; necesidad de dotación de más especialistas para el Hospital de Limón, no solamente de ginecólogos (as), sino de anestesiólogos (as), cirujano (as), perinatólogos (as) y enfermeras (os) obstetras; problemas de coordinación entre el Hospital de Limón y el de las Mujeres, lo que afecta directamente a las mujeres trasladadas pues en ocasiones no se les quiere recibir por esa situación en San José.
- El Hospital de la Mujeres aceptó recibir los traslados de mujeres embarazadas a término del Hospital de Limón y Guápiles salvo excepciones como plétora en el Servicio de Obstetricia y/o la Unidad de Cuidados Neonatales.
- El Hospital de las Mujeres informó³³ de debilidades evidenciadas en los traslados procedentes de los Hospitales de Limón y Guápiles: en ocasiones no se realizan coordinaciones, se remiten mujeres sin referencia y sin ser valoradas por un especialista en ginecología. Se presenta ausencia de acompañamiento idóneo para el traslado. Es decir, se da discordancia entre el funcionario que acompaña a la paciente y el diagnóstico por el cual se traslada, además de traslados innecesarios dado que la paciente no se encuentra en inicio de labor de parto, y su edad gestacional no concuerda con lo anotado en la referencia de envío. Además, el Hospital de las Mujeres informó que en algunos casos los traslados desde Limón son injustificados.

³⁰ Expediente confidencial N° 135530-2013 SI.

³¹ Oficio N° G-45087-14 de 17 de setiembre de 2014, firmado por la Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla, Gerenta Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

³² Inspección realizada el día 20 de enero de 2015. Anexo N° 1 Expediente N° 135530-2013

³³ Oficio N°DG 450.02.15 de fecha 20 de febrero de 2015, firmado por el Dr. José Miguel Villalobos, Director del Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”.

- Las mujeres trasladadas una vez que han tenido su parto en el Hospital de las Mujeres, son dadas de alta sin que se tomen medidas para su retorno a Limón y éstas muchas veces no cuentan con recursos económicos para el regreso. Sobre el particular el Hospital de Limón tampoco toma las provisiones correspondientes para el retorno de estas mujeres a su hogar.
- En el Hospital de las Mujeres se conoció que se continúa restringiendo el derecho al acompañamiento. Dos monitores fetales son guardados bajo llave durante las noches y fines de semana y la llave es custodiada por la Supervisora de Enfermería a quien se le debe solicitar en caso de que se requiera usar ese equipo. Los servicios sanitarios para las mujeres que acuden a los servicios de alto riesgo y ultrasonido fueron designados para el personal administrativo.
- Se conoció denuncia un parto en el Servicio de Alto Riesgo del Hospital de las Mujeres, donde la paciente solicitó ayuda varias veces y tuvo a su bebe en el baño. Este hecho culminó con un apercibimiento de llamado de atención a la profesional a cargo del Servicio y a la asistente de pacientes, sin copia al expediente³⁴.

Para la Defensoría es de suma importancia la atención integral a las mujeres en relación con los padecimientos propios de su género; y las situaciones encontradas en los tres hospitales ponen de manifiesto que en nuestro sistema de salud se violentan los derechos de las mujeres en el proceso de parto, lo que recientemente ha sido conceptualizado como violencia obstétrica³⁵.

La violencia obstétrica “es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres incluyendo los derechos a la igualdad y no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva.

Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto puerperio y lactancia en los servicios de salud –públicos y privados- y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género³⁶.”

Esta forma de violencia en contra de las mujeres se traduce en acciones como la no atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; disponer de su cuerpo al aplicarles medicamentos y usar técnicas de aceleración del parto sin su consentimiento; la práctica de cesáreas existiendo condiciones para el parto vaginal; procedimientos que no deben ser rutinarios sino excepcionales.

³⁴ Oficio N° DG 540-02-15 de fecha 20 de febrero de 2015 y firmado por el Dr. José Miguel Villalobos, Director del Hospital de las Mujeres “Dr. Adolfo Carit Eva”.

³⁵ Informe Anual de Labores 2014-2015. Op. Cit.

³⁶ Propuesta para la Erradicación de la Violencia Obstétrica en Costa Rica en el marco del Encuentro Nacional de Mujeres: Avances, Desafíos y Propuestas. INAMU, 2014.

Asimismo, intervenciones médicas innecesarias tales como la episiotomía comúnmente llamado “piquete”, monitoreos fetales y edemas como prácticas de rutina.

La violencia obstétrica incorpora a su vez el trato deshumanizado, grosero, la discriminación y la humillación como regaños, burlas insultos, culpabilización en el proceso de parto en el que se le indica a la mujer que es su responsabilidad si el bebé presenta algún problema de salud; violación al respeto a la dignidad humana al utilizarse a las mujeres como recurso didáctico sin su consentimiento.

Asimismo, la Defensoría considera que constituye violencia obstétrica acciones y omisiones encontradas en la presente investigación tales como los traslados que se realizan de las mujeres de zonas alejadas a Hospitales urbanos sin las coordinaciones respectivas, el trasladar varias mujeres en ambulancias pequeñas, sin dispositivos de seguridad y durante horas, sin información de su historial clínico, etc., así como la violación del derecho que le asiste a las mujeres embarazadas a estar acompañadas, antes, durante y después del parto; la no disposición de equipamiento, violación al derecho a la intimidad o cualquier elemento que cause sufrimiento a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Sobre las situaciones encontradas, la Defensoría realizó las siguientes recomendaciones:

- Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social: dotar a la brevedad posible de especialistas en ginecología, enfermería obstétrica y otras especialidades indicadas en este informe, al Hospital Dr. Tony Facio de Limón, a fin de disminuir en la medida de lo posible, los traslados a San José de mujeres embarazadas para que se atienda su parto. Poner en funcionamiento, de inmediato, las salas de Maternidad y partos del CASI de Desamparados a fin de descongestionar el Hospital de las Mujeres y velar porque en los Hospitales Nacionales y Centros de Salud en donde se atienden mujeres embarazadas para la atención prenatal y el parto, se cumpla con el protocolo establecido (Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Post Parto así como la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados en donde se garantizan el derecho a la información, la confidencial, la privacidad, etc.
- Hospital Dr. Tony Facio Castro: establecer mecanismos idóneos de coordinación con el Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”, de manera que las mujeres sean el eje prioritario de atención; buscar alternativas de solución a los problemas estructurales a fin de que se garantice el acompañamiento a las mujeres limonenses y proceder a establecer canales de comunicación ágiles con el Hospital de las Mujeres para garantizar el retorno de las mujeres que son trasladadas a San José.
- Hospital de las Mujeres: realizar actividades de sensibilización y capacitación a su personal médico y obstétrico a fin de garantizar el trato

humanizado y el derecho a la maternidad sin riesgo de manera que no vuelva a presentarse un nacimiento en un servicio sanitario u otro lugar impropio. Si volviera a presentarse una situación tan grave como la acaecida, proceder de inmediato a solicitar la investigación al Centro para la Instrucción del Procedimiento Disciplinario de la Caja Costarricense de Seguro Social (CIPA), de manera que las faltas a los reglamentos internos de trabajo, al Código de Ética y la violación de los derechos de las usuarias de los servicios de ese Hospital, sean sancionados como corresponde. Asimismo, buscar las alternativas requeridas para garantizar el acompañamiento a las mujeres usuarias de los servicios de ese hospital, antes, durante y después del parto y la disposición de los equipos de monitoreo fetal sin que estos se encuentren bajo llave, así como velar porque las mujeres usuarias de los servicios reciban atención integral de los padecimientos propios de su género, se garantice la atención humanizada y de calidad para ellas durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia, con el recurso médico especializado, equipamiento acorde a los requerimientos así como la infraestructura adecuada y gestión administrativa que garantice el derecho a la salud y la vida de las mujeres y al “nasciturus”.

- Instituto Nacional de la Mujeres (INAMU): velar por el respeto de los derechos humanos de las usuarias del Hospital de las Mujeres, mediante la realización de actividades de sensibilización y capacitación dirigidas al personal de manera que se garantice el trato humanizado que incida en la calidad del servicio especializado que brinda ese nosocomio a las mujeres.

A dos años de haberse emitido este informe³⁷ con las anteriores recomendaciones específicas a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), donde se llamó la atención sobre la necesidad de trabajar arduamente para la eliminación de este tipo de violencia en la prestación de servicios que se brindan a las mujeres antes, durante y después del parto, la Defensoría considera muy positivas las acciones que ha venido implementando la CCSS que redundan en la garantía del respeto de los derechos humanos de las mujeres y el cese de la violencia obstétrica; entre éstas las más importantes son las siguientes³⁸:

- a) Se conformó una Comisión que elaboró un diagnóstico sobre la atención que se brinda en las 25 maternidades del país y emitió recomendaciones para el mejoramiento de los servicios de obstetricia, específicamente la mejora de infraestructura física, recursos humanos, equipamiento, gestión clínica y administrativa en todas las maternidades del país.
- b) Se está desarrollando un modelo de prestación de los servicios de obstetricia (Hospital de Puntarenas, San Rafael de Alajuela y Heredia), que reivindica y legitima los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

³⁷ Oficio N° 05142-2015 DHR del 02 de junio de 2015. Solicitud de Intervención N° 135530-2013 SI.

³⁸ Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2016-2017. URL: http://www.dhr.go.cr/transparencia/informes_institucionales/informes/labores/documentos/if2016_2017.pdf

- c) A partir del segundo semestre del 2016 se implementó en todas las maternidades del país un instrumento de gestión clínica (Lista de verificación de la atención segura de la labor del parto, el parto y el postparto inmediato), con el objetivo de asegurar una atención calificada del parto.
- d) Se conformó una comisión intergerencial para crear el diseño de las Unidades de Atención materno-infantil en los establecimientos de la CCSS, que responda a la atención calificada del parto humanizado y con pertinencia cultural.
- e) Durante el segundo semestre de 2016 se realizaron compras de equipamiento por un monto de ₡ 785 816 000.00 millones de colones para fortalecer las maternidades. Se adquirieron camas eléctricas de hospitalización, camas mecánicas, sillas para partos en varias posiciones, doppler fetales, monitores fetales, sillones de reposo para las salas de labor de parto y para las salas de lactancia materna y otros.
- f) Para el año 2017 se comprometieron ₡ 972 533 200.00 millones de colones para continuar con el proceso de fortalecimiento de las maternidades, incluyendo algunas readecuaciones físicas (Hospital de Turrialba, remodelación del área de urgencias obstétricas del Hospital Monseñor Sanabria y el Hospital Carlos Luis Valverde Vega).
- g) En conjunto con el INAMU y el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA) se inició un programa de capacitación y sensibilización sobre derechos humanos de las mujeres antes, durante y después del parto, dirigido al personal médico, de enfermería y administrativo en los hospitales nacionales, especializados, regionales y periféricos.
- h) Se determinó la necesidad de revisar, fortalecer y modificar la normativa de atención institucional. Es decir, la actualización de la Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el período perinatal, parto y postparto, la elaboración de Manual de educación perinatal para mujeres gestantes y sus familias con enfoque de género y atención humanizada y la actualización de la Historia Clínica Perinatal (H.C.P.).
- i) Se instruyó a las instancias técnicas competentes para categorizar, dotar y distribuir el recurso humano necesario que responda a las necesidades de la población. Se reforzó la capacidad del Hospital Dr. Tony Facio de Limón de los especialistas que requería, lo que ha contribuido a la disminución casi del 100% de los traslados para el parto a San José, así como a otras maternidades de varios hospitales.
- j) Se giró un lineamiento para favorecer el acompañamiento las 24 horas de toda mujer embarazada en los diferentes servicios: internamiento, sala de partos y servicios de apoyo, con el propósito de fortalecer las acciones tendientes al ejercicio de ese derecho.

Por su parte el informe de la Defensoría de los Habitantes para el año 2018 señala³⁹:

Se emitió un informe con recomendaciones específicas a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)⁴⁰ llamando la atención sobre la

³⁹ Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2017-2018. URL: http://www.dhr.go.cr/transparencia/informes_institucionales/informes/labores/documentos/if2017_2018.pdf

necesidad de trabajar arduamente para la eliminación de este tipo de violencia en la prestación de servicios que se brinda a las mujeres antes, durante y después del parto, resolver los problemas estructurales encontrados en las salas de maternidad, disponer del recurso humano requerido, trabajar fuertemente en capacitación y sensibilización de las funcionarias y funcionarios del sistema de salud así como investigar las denuncias recibidas y tomar las acciones disciplinarias correspondientes.

Una vez recibidos los informes de cumplimiento, se evidencia que se han producido avances importantes por parte de la CCSS en la atención a esta problemática pero en su mayoría éstas han sido estructurales: se han destinado millones de colones para la readecuación de las salas de maternidad, se han realizado acciones para mejorar la dotación del recurso humano necesario que responda a las necesidades de la población lo que ha incidido favorablemente para la disminución de traslados de mujeres para el parto hacia la ciudad; se está trabajando en la revisión de la normativa institucional, entre otras acciones.

La Defensoría estima que el país debe continuar implementando medidas para la erradicación de este tipo de violencia a través de capacitación constante y sostenida del personal de salud sobre buenas prácticas médicas libres de maltrato y discriminación, y además, debe generar las sanciones disciplinarias pertinentes a fin de dar por terminada la impunidad que ha permitido la naturalización de estas conductas en los centros de salud.

Los usuarios de los servicios públicos del país tienen derecho a recibir los mejores servicios, independientemente del área en el que sean brindados; específicamente, en el caso del sector salud, el acceso a los servicios médicos en general, así como el trato al paciente independientemente de su género, condición social, o cualquier otra distinción, ello debe darse mediante un trato de respeto, pero principiante que salvaguarde las salud de las personas. No cabe duda que la Defensoría, órgano auxiliar de la Asamblea Legislativa, lo ha señalado en su informe, refiriéndose además a la necesidad de capacitación del personal de salud sobre las buenas prácticas médicas, libres de maltrato y discriminación. Es un llamado al servidor público que en algunos casos ha olvidado su fin principal: servir; sin embargo, la sensibilidad humana y el deber del funcionario que atiende a una persona indefectiblemente no se imprime en una ley, sino, en mucho, los valores de cada individuo.

Este Informe incorpora parte de los instrumentos, ya sean políticas, programas o guías que abordan los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en general y los que le asisten ante-durante y post parto, incluyendo todos los procedimientos y normas que existen para atender de manera adecuada todo este importante proceso, a continuación se presenta el análisis concreto del artículo que se pretende reformar de la Ley N° 5395.

V.- ANÁLISIS DEL ARTÍCULO PROPUESTO

⁴⁰ Defensoría de los Habitantes de la República. Informe Final con Recomendaciones. Oficio N° 05142-2015 DHR del 02 de junio de 2015. Solicitud de Intervención N° 135530-2013 SI

Artículo 1 (es único) que modifica el artículo 12 de la Ley N° 5395

Tal como se ha señalado en el aparte I sobre Resumen del Proyecto de Ley, la norma que se propone reformar (artículo 12 de la Ley General de Salud, N° 5395), incorpora una serie de nuevas consideraciones que vienen a proteger los derechos de las mujeres durante el período de embarazo, parto y post parto, incluidas las necesidades de los recién nacidos.

Para observar las diferencias entre la ley vigente y lo que se quiere aprobar, a continuación incluiremos un cuadro comparativo con el objeto de facilitar la comprensión del instrumento, para ello se resalta con *letra negrita* lo que se pretende incluir:

<p align="center">TEXTO VIGENTE Ley N° 5395</p>	<p align="center">TEXTO PROPUESTO Exp. 21262</p>
<p>ARTICULO 12.- Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia.</p>	<p>ARTICULO 12.-Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el periodo de lactancia.</p> <p>Se reconoce y garantiza la protección de las mujeres en estado de embarazo, cuando sean sometidas a procedimientos ginecológicos, antes, durante y después del parto, mediante una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición.</p> <p>Para tales efectos, la atención de las mujeres en estado de embarazo debe ser equitativa, preventiva, precoz, periódica y con enfoque de riesgo, sin someterlas a ninguna forma de violencia gineco-obstétrica, según las definiciones y modalidades que se establezcan mediante reglamento.</p> <p>Toda mujer embarazada, antes, durante y después del parto, tiene derecho a:</p> <p>1-Ser tratada de manera cordial y respetuosa por parte de los funcionarios del centro médico.</p> <p>2-Recibir atención oportuna y personalizada.</p> <p>3-Recibir información clara sobre los distintos tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervenciones médicas posibles.</p> <p>4-Parir de manera natural, siempre y cuando no exista riesgo para la madre</p>

	<p>o para el niño o niña por nacer. 5-Que se respete el proceso o ciclo natural del parto de bajo riesgo. 6-Mantener el apego posparto con el niño o niña, salvo determinación médica justificada. 7-Recibir información clara y concisa sobre su condición y los beneficios de la lactancia materna 8-Estar acompañada durante el parto y post parto por una persona designada por ella. La lesión injustificada de alguno de los anteriores derechos y en general el sometimiento contra la mujer embarazada de cualquier forma de violencia gineco-obstétrica, se considerará falta en el desempeño del cargo, que será sancionada de conformidad con la legislación vigente.</p>
--	--

Como puede apreciarse, el contenido del artículo 12, en su párrafo primero mantiene la redacción en términos exactos que en la actualidad. Acto seguido, la propuesta de reforma propone la inclusión de cuatro párrafos nuevos, siendo que en el tercero hay adición de incisos (ocho) que corresponden a una serie de derechos con los que debe contar toda mujer embarazada, antes, durante y después del parto.

Por último, el artículo concluye en un párrafo final en donde se establece que la falta injustificada del cumplimiento y aplicación de los derechos señalados será considerada como una falta en el desempeño del cargo, la cual será sancionada de conformidad con la legislación vigente.

Antes de entrar al análisis de los párrafos, es importante señalar que, según lo establece nuestra Constitución Política, la administración de los seguros sociales, dentro de ellos la maternidad, es competencia de la Caja Costarricense del Seguro Social. Asimismo, el artículo 73 de nuestra Carta Magna indica que la administración y el gobierno de los seguros sociales están a cargo de la precitada Institución Autónoma.

Precisamente en el rango de ese parámetro de autonomía organizativa, ingresa todo lo relativo a protocolos, requisitos de atención, actos médicos, entre otros. En el caso que nos compete, hay que analizar si lo contenido en el artículo es competencia de la Junta Directiva de la Caja, o si el legislador puede aprobar normativa en relación con derechos que sirvan de contención a la violencia obstétrica.

Sobre autonomía administrativa y de gobierno – de segundo grado-, la Sala Constitucional⁴¹ ha dicho lo siguiente:

⁴¹ Sala Constitucional N° 15655-2011 de las 12:48 horas del 11 de noviembre de 2011

“Así entonces, el grado de autonomía que constitucionalmente le dio a la Caja Costarricense de Seguro Social, en su artículo 73, es el que se ha denominado como grado dos, que incluye autonomía administrativa y autonomía de gobierno. Siendo que, la reforma que sufrió el artículo 188 Constitucional en 1968, reforma que por cierto no modificó el mencionado artículo 73 supra mencionado, instituyó la dirección administrativa del resto de instituciones autónomas, pero no modificó el grado de autonomía de la Caja Costarricense de Seguro Social, que sigue siendo desde 1943 una autonomía administrativa y de gobierno. En virtud de ello, queda claro entonces que, la ley o el legislador, no puede interferir en materia de gobierno de la Caja Costarricense de Seguro Social en virtud de la autonomía de gobierno de que goza esta institución. Recuérdese las definiciones que esta Sala ha recogido en su jurisprudencia sobre el significado de cada uno de los grados de autonomía: a) administrativa, que es la posibilidad jurídica de que un ente realice su cometido legal por sí mismo sin sujeción a otro ente, conocida en doctrina como la capacidad de autoadministración; b) política o de gobierno, que es la capacidad de autodirigirse políticamente, de autogobernarse, de dictarse el ente a sí mismo sus propios objetivos en la forma en que lo estime conveniente para el cumplimiento de la finalidad para la cual fue creada; y, c y por ello ajena a los fines de esta consulta). Los dos primeros grados de autonomía se derivan de la Autonomía Política, cuyo contenido será propio de la norma (constitucional o legal) que crea al ente. En este caso, estamos frente a un ente descentralizado creado por Constitución, y cuyo grado de autonomía, definido también por la misma Carta Magna, es de grado dos, la cual debe entenderse que incluye las potestades de formular planes o fijar los fines y metas del ente, la de darse los mecanismos internos de planificación funcional y financiera a través de los presupuestos y, el ejercicio de la potestad reglamentaria autónoma...”

La anterior cita entraña que el legislador ordinario, en virtud de esa autonomía reforzada debe, por un lado, consultar preceptivamente a la CCSS, y, por otro, bastantear si lo que aquí se propone rebasa el límite a dicha autonomía por parte de las y los legisladores. Aquí, esta asesoría indica, que siendo el Ministerio de Salud el órgano rector del sector salud, y que la reforma está trazada en el marco de la Ley General de Salud; vale decir, que el efecto sería transversal al sistema de salud como un todo, público y privado, es tesis de principio que no habría ninguna objeción para que el legislador siga adelante con el propósito comprendido en la reforma planteada, pues se trata básicamente de trato y derechos en atención a la madre gestante, en su alumbramiento y post parto. Son aspectos que corresponden a las personas usuarios de los servicios de salud, y que comprende no solo la Ley N° 5395, sino también, al contenido que se encuentra reflejado y fortalecido en la Ley de Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, Ley N° 8239.⁴²

⁴² **Artículo 2.- Derechos**

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercerlos.*
- b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.*
- c) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.*
- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.*
- e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.*

Ciertamente, los derechos que se pretenden incluir en la presente reforma, ya se encuentran básicamente contemplados en la legislación costarricense, al igual que en el Plan Nacional de Salud 2010-2021, y en los diferentes planes y programas del Ministerio de Salud, Política Nacional de Sexualidad, entre otras guías y protocolos.

Este Informe en los apartes supra da cuenta de lo dicho. Pero para abundar, en el año 2009, la Caja costarricense de Seguro Social emitió una guía dirigida a todos los equipos de salud responsables de la atención integral de las mujeres y niñas/os (neonatos) durante la etapa prenatal, el parto y el período posparto, con el propósito de brindar los estándares y lineamientos básicos a nivel operativo.

En la guía se indica que se debe ofrecer a la población involucrada en estos servicios de salud, atención oportuna, eficaz y humanizada⁴³. Documento basado en los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificados desde 1985 sobre el cuidado perinatal.

En caso de considerar el legislador continuar con la tramitación del proyecto de ley, y con el ánimo de contribuir a formular de mejor manera en la ley la intención plasmada en la exposición de motivos, tenemos los siguientes comentarios puntuales al artículo de marras:

Párrafo primero.

Queda igual.

-
- f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.*
 - g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.*
 - h) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.*
 - i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación.*
 - j) Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.*
 - k) Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.*
 - l) Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.*
 - m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.*
 - n) Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.*
 - ñ) Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.*
 - o) Hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes.*
 - p) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.*

⁴³ Caja Costarricense de Seguro Social. Guía de Atención Integral a las mujeres, niños, niñas en el período prenatal, parto y Posparto. Costa Rica. CCSS, 2009.

Párrafo segundo.

Considere el legislador que no solo intervienen procedimientos ginecológicos, sino que hay otras especialidades médicas o servicios que también están presentes, tales como: Evidentemente interviene la ginecología/obstetricia, pero también, la anestesia, pediatría, enfermería, laboratorio, nutrición, entre otros, que están presentes antes, durante y después del parto, mediante una atención de servicios, y apoyo administrativo integral, oportuno y respetuoso de su condición.

Párrafo tercero.

La primera cuestión es que se reenvía a Reglamento la definición y modalidades de la violencia gineco-obstétrica, lo cual parece razonable puesto que es un desarrollo que podría emitir técnicamente el Poder Ejecutivo. Y decimos que es adecuado pues el concepto de violencia gineco-obstétrica es plurivalente.

En este mismo párrafo, inciso 5, que dice “*Que se respete el proceso o ciclo natural del parto de bajo riesgo.*”, tiene fondo, pues no todos los proceso de parto son de bajo riesgo líneas arriba ya habíamos indicado que diversos estudios han mostrado que la tasa promedio de parto de alto riesgo es de aproximadamente el 20%, similar a la proporción de embarazos de alto riesgo. Y en general se considera que la proporción de mujeres de bajo riesgo al inicio de la labor está entre el 70% y 80%. Si la ley quedara como lo determina la propuesta de inciso 5 se alejaría de la realidad, de las situaciones fácticas. Se recomienda revisar este inciso a la luz de dichos datos.

Párrafo cuarto y final.

Menciona lesión injustificada de alguno de los derechos listados en el tercer párrafo y en general el sometimiento contra la mujer embarazada de cualquier forma de violencia gineco-obstétrica. Y luego dice “*se considerará falta en el desempeño del cargo, que será sancionada de conformidad con la legislación vigente.*” Esta mención en abstracto, sin concordancia ni referencia a legislación vigente no es conteste con técnica de la ley, por lo que se recomienda también revisar esta redacción vinculándola con ley o leyes en concreto, referentes a procedimientos disciplinarios.

VI.- ASPECTO DE TÉCNICA LEGISLATIVA

Con el fin de darle una mejor Técnica Legislativa al proyecto de ley se hace la siguiente recomendación:

Artículo 1: Por contener la reforma propuesta únicamente un artículo, se recomienda señalarlo como: **Artículo Único.**

VII.- ASPECTO DE TRÁMITE Y PROCEDIMIENTO

Votación

El presente proyecto de ley requiere para su aprobación de mayoría absoluta de acuerdo con el artículo 119 de la Constitución Política.

Delegación

La iniciativa puede ser delegada en una Comisión con Potestad Legislativa Plena pues no está dentro de las excepciones del artículo 124 de la Constitución Política.

Consultas

Obligatorias:

- Caja Costarricense del Seguro Social
- Patronato Nacional de la Infancia
- Instituto Nacional de las Mujeres

Facultativas:

- Defensoría de los Habitantes
- Ministerio de Salud
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica

VIII.- ANTECEDENTES

Asamblea Legislativa

Constitución y leyes

- Constitución Política de la República de Costa Rica
- Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer, Ley N° 6968 de 13 de setiembre de 1984.
- Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, Ley N°3877 de 16 de mayo de 1967.
- Ley de Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, Ley N° 8239.
- Ley General de Salud, N° 5395 del 30 de octubre de 1973.

Servicios Técnicos

- AL-DEST-IIN220-2015.

Poder Ejecutivo

- DECRETO N° 35262-S DEL 13/02/2009. Oficialización de la “Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico”.

Poder Judicial

Sala Constitucional

- Voto N° 15655-2011 de las 12:48 horas del 11 de noviembre de 2011.

Obras:

- MUÑOZ QUESADA (Hugo Alfonso) y HABA (Pedro Enrique), Elementos de Técnica Legislativa, Prodel, 1996.
- SOBRADO, Luis Antonio. La financiación de los partidos políticos en Costa Rica, en Financiamiento de los Partidos Políticos en América Latina.
- SÁINZ M., Fernando y DA SILVA, Juan Carlos. Propuesta de Directrices para Mejorar la Calidad de las Leyes. Parlamento Vasco, 1989.

Referencias documentales:

Caja Costarricense de Seguro Social

- Caja Costarricense de Seguro Social. Guía de Atención Integral a las mujeres, niños, niñas en el período prenatal, parto y Posparto. Costa Rica. CCSS, 2009.
- Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud, 2010-2021, diferentes planes y programas del Ministerio de Salud, Política Nacional de Sexualidad.

Defensoría de los Habitantes

- Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2014-2015.
- Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2016-2017.
- Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2017-2018.

Fondo de Población de las Naciones Unidas

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción. Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Aprobados en la Conferencia de El Cairo, celebrada del 5 al 13 de septiembre de 1994.

Instituto Nacional de las Mujeres

- Propuesta para la Erradicación de la Violencia Obstétrica en Costa Rica en el marco del Encuentro Nacional de Mujeres: Avances, Desafíos y Propuestas. INAMU, 2014.

Organización Mundial de la Salud

- Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS, Ginebra. 1996

Ministerio de Salud

- Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2010-2021. Diciembre 2010.
- Ministerio de Salud. Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta de salud sexual y reproductiva, Costa Rica 2010.-San José, Costa Rica: 2012.
- Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Marco conceptual y normativo de la política de sexualidad. Ministerio de Salud. 2011.
- Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Análisis de situación: enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de sexualidad. Ministerio de Salud. 2011.

Portales Internet:

- URL: <http://myslide.es/documents/tesis-iii-derecho-privado-los-derechos-de-la-personalidad-la-persona-fisica-en-la-legislacion-civil-costarricense.html>
- Organización de Estados Americanos. Acceso a la Información en materia Reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos. OEA. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Noviembre del 2011. URL: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>.
- *Apud* Mazarrasa Alvear, L., Gil Tarragato, S. (2005). Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva. En: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer. Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de género. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf.
- URL: <http://espanol.babycenter.com/a15200004/el-perfil-biof%25C3%25ADsico-fetal#ixzz3dpK8y4ZR>
- Informe Anual de Labores 2014-2015. URL: http://www.dhr.go.cr/la_defensoria/informes/labores/documentos/if2014_15.pdf. Información suministrada por Kattia Peñaranda, Unidad de Investigación y Análisis, Asamblea Legislativa.
- Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2016-2017. URL: http://www.dhr.go.cr/transparencia/informes_institucionales/informes/labores/documentos/if2016_2017.pdf
- Defensoría de los Habitantes. Informe Anual de Labores 2017-2018. URL: http://www.dhr.go.cr/transparencia/informes_institucionales/informes/labores/documentos/if2017_2018.pdf
- Defensoría de los Habitantes de la República. Informe Final con Recomendaciones. Oficio N° 05142-2015 DHR del 02 de junio de 2015. Solicitud de Intervención N° 135530-2013 SI

Oficios:



- Oficio N° G-45087-14 de 17 de setiembre de 2014, firmado por la Dra. Ma. Eugenia Villalta Bonilla, Gerenta Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- Oficio N°DG 450.02.15 de fecha 20 de febrero de 2015, firmado por el Dr. José Miguel Villalobos, Director del Hospital de las Mujeres “Adolfo Carit Eva”.

Elaborado por: kd y az
/*lsch// 19-7-2019
c. Archivo