ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

PROYECTO DE LEY

LEY PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA, ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSPARTO

ZAIRA MURILLO MARÍN
DIPUTADA

EXPEDIENTE N. º25.924

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS

UNIDAD DE PROYECTOS, EXPEDIENTES Y LEYES

PROYECTO DE LEY

LEY PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA, ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSPARTO

Expediente N.º25.924

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

El embarazo y el nacimiento implican transformaciones biológicas, sociales y familiares profundos. La atención prenatal y posparto se ha organizado tradicionalmente alrededor de la vigilancia obstétrica y de la salud del recién nacido. Sin restar importancia a esas prestaciones, la salud mental de la mujer debe atenderse como parte inseparable de la atención integral: los cuadros depresivos, los trastornos de ansiedad, las crisis de salud mental y otros padecimientos pueden comenzar durante el embarazo, persistir después del nacimiento o manifestarse por primera vez en el posparto.

La depresión durante la gestación, denominada depresión prenatal o antenatal, es un problema clínico distinto de la tristeza transitoria que puede acompañar algunos procesos de adaptación emocional. Por ello, la protección pública no puede comenzar únicamente después del parto. La identificación temprana, la evaluación diagnóstica, el acceso al tratamiento y la continuidad asistencial deben formar parte de un mismo proceso de atención, que no se agote en la emisión de una referencia cuyo resultado no pueda verificarse después.

Entre sus manifestaciones se encuentran la tristeza persistente, la pérdida de interés, la desesperanza, los cambios en el sueño, las dificultades de concentración, los sentimientos de culpa y el deterioro del funcionamiento cotidiano. Como algunos de estos síntomas coinciden con manifestaciones frecuentes de la gestación, su interpretación exige valoración clínica y no juicios preconcebidos. La presencia de factores de riesgo no equivale a un diagnóstico, y una puntuación elevada en una escala de tamizaje tampoco demuestra, por sí sola, un trastorno depresivo. Toda respuesta normativa debe preservar estas distinciones.

Evidencia científica sobre la salud mental perinatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló en 2022[1] que casi una de cada cinco mujeres experimenta alguna condición de salud mental durante el embarazo o en el año

[1] Organización Mundial de la Salud. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/63b2d474-202f-45d8-84fa-e80762ec86cc/content

posterior al nacimiento. Esta cifra agrupa diversos trastornos y no debe leerse como una estimación de la prevalencia de depresión en Costa Rica. La guía de la OMS para integrar la salud mental perinatal en los servicios de salud maternoinfantil recomienda incorporar a los servicios existentes la identificación de síntomas, la respuesta clínica, la capacitación y el seguimiento, en un entorno respetuoso y libre de estigma.

En el capítulo "Post-Partum Depression: An Overview on the Disease and Diagnostic Impact on the Women's Life and Infants' Development", Macedo, von Werne Baes y de Lima Osório (2021)[2] examinan los factores genéticos, endocrinos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden concurrir en la depresión perinatal, entre ellos los antecedentes psiquiátricos, la exposición a la violencia, las experiencias traumáticas, el estrés durante la gestación y la falta de redes de apoyo. Los autores describen, además, sus posibles repercusiones sobre la interacción entre la madre y el bebé y sobre el bienestar familiar. De ahí que estas condiciones no puedan atribuirse a un único mecanismo hormonal.

Un abordaje oportuno permite evitar sufrimiento, prevenir la progresión clínica y proteger los vínculos familiares. Según cada caso, la atención puede requerir educación, apoyo psicosocial, intervenciones psicoterapéuticas, tratamiento farmacológico cuando esté indicado y atención psiquiátrica especializada. La decisión terapéutica debe ser individualizada y tomarse con información suficiente, ponderando riesgos contra beneficios, respetando la autonomía de la mujer.

Barreras de acceso y poblaciones con necesidades específicas

Persisten expectativas sociales que asocian necesariamente la gestación y la maternidad con felicidad, plenitud o gratitud. Estas representaciones pueden disuadir a una mujer de expresar tristeza, angustia o temor, por miedo a ser juzgada, culpabilizada o considerada incapaz de ejercer la maternidad. A ello pueden sumarse barreras económicas y territoriales, dificultades de transporte, limitaciones de horario y de disponibilidad de citas, responsabilidades de cuido y situaciones de violencia. Las medidas públicas deben ofrecer información accesible y garantizar la confidencialidad, sin que una evaluación de salud mental se convierta en un mecanismo de estigmatización o de pérdida automática de derechos.

La atención debe considerar las necesidades particulares de las adolescentes embarazadas, las mujeres con discapacidad, las mujeres indígenas, las que habitan en territorios alejados, las víctimas de violencia, las que tienen antecedentes psiquiátricos y las que enfrentan una pérdida gestacional. Identificar condiciones de vulnerabilidad sirve para orientar apoyos diferenciados, pero no autoriza a presumir una enfermedad por razón de la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico o la decisión reproductiva.

---

[2] Macedo, B. B. D., von Werne Baes, C., & de Lima Osório, F. (2021). Post-partum depression: An overview on the disease and diagnostic impact on the women's life and infants' development. En F. de Lima Osório & R. Martin-Santos (Eds.), Postpartum depression: A clinical and research update. Nova Science Publishers.

Datos nacionales disponibles y sus limitaciones

En mayo de 2024 se publicaron datos suministrados por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) sobre incapacidades asociadas con depresión posparto: 499 en 2019, 330 en 2020, 303 en 2021, 530 en 2022 y 749 en 2023[3]. Estas cifras corresponden a registros administrativos: no permiten conocer cuántas mujeres distintas fueron diagnosticadas, ni la prevalencia nacional, ni la tendencia epidemiológica de la enfermedad. La propia institución advirtió que parte de las incapacidades podría registrarse bajo diagnósticos depresivos generales y que durante la licencia de maternidad puede no emitirse una incapacidad adicional.

Las incapacidades reflejan solo una parte de la información pertinente. Deben distinguirse, además, los egresos hospitalarios, las consultas ambulatorias, los resultados positivos de tamizaje, los diagnósticos clínicos y las referencias efectivamente atendidas. Por esa razón, dividir el número de incapacidades entre el de nacimientos no es un método válido para estimar la prevalencia.

En la información pública examinada para esta propuesta no se identificó una serie nacional consolidada y comparable que permita conocer, para cada año, qué proporción de las mujeres atendidas en la consulta prenatal recibe una evaluación del riesgo de depresión, cuántas son referidas, cuánto tiempo esperan, cuántas reciben tratamiento y qué seguimiento clínico tienen después del parto. Que no exista una serie pública verificada no significa que la CCSS carezca de esos datos. Por esta razón, la propuesta fortalece los indicadores de cobertura, oportunidad y continuidad, con base en los sistemas de información existentes y sin crear registros paralelos innecesarios.

Régimen jurídico costarricense: derechos ya reconocidos

El artículo 21 de la Constitución Política reconoce la inviolabilidad de la vida humana, y el artículo 73 establece los seguros sociales y atribuye su administración y gobierno a la Caja Costarricense de Seguro Social, institución autónoma. La Ley N.º 5395, Ley General de Salud, establece deberes generales de tutela de la salud; la Ley N.º 10081, Derechos de la Mujer durante la Atención Calificada, Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto, Posparto y Atención del Recién Nacido, protege la atención integral y humanizada. Su artículo 10 contempla obligaciones de capacitación, evaluación de los servicios, confidencialidad, información y control prenatal.

La Ley N.º 10412, Ley Nacional de Salud Mental, incluye entre sus objetivos la atención pronta y oportuna, el diagnóstico, el tratamiento, la referencia, la contrarreferencia y el seguimiento. Su reglamento, Decreto Ejecutivo N.º 44919-S-MEP-MTSS, desarrolla mecanismos de coordinación y de atención integral. Por su parte, la Política Nacional de Salud Mental 2024-2034, oficializada mediante el Decreto Ejecutivo N.º 44839-S, contempla

[3] Mena, M. (2024, 5 de mayo). Datos reflejan un aumento de casos de depresión postparto en Costa Rica. *El Observador*. https://observador.cr/datos-reflejan-un-aumento-de-casos-de-depresion-postparto-en-costa-rica/

expresamente a las mujeres entre sus poblaciones beneficiarias, con especial atención a la salud mental durante el embarazo y el posparto.

El Decreto Ejecutivo N.º 44093-S, Reglamento para la Defensa y Garantía de los Derechos de las Mujeres Embarazadas y de la Persona Recién Nacida en el Contexto de la Atención de su Salud, se aplica a las mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo hasta los seis meses posteriores al parto. Esta delimitación administrativa no impide que otros instrumentos clínicos contemplen un seguimiento más prolongado; sin embargo, pone de manifiesto que coexisten plazos distintos y justifica una regla específica de continuidad asistencial que evite interrupciones cuando el período administrativo y la necesidad clínica no coinciden.

Instrumentos técnicos de la CCSS y oportunidad de fortalecer su ejecución

El Protocolo Clínico de Atención Integral al Embarazo, Parto y Posparto en la Red de Servicios de Salud, código PAC.GM.DDSS.AAIP.260121, establece en su página 29 que debe determinarse el riesgo de depresión a lo largo de todo el embarazo y referirse a la usuaria a Psicología o Psiquiatría en caso de sospecha o riesgo. Para el egreso hospitalario, considera recomendable valorar síntomas de depresión posparto; asimismo, contempla controles posparto iniciales y reconoce el puerperio tardío hasta un año, con recomendaciones según la situación individual.[4]

La CCSS cuenta, además, con el Lineamiento de Atención Integral a la Mujer en su Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio, el Manual Teórico de Atención Integral al Embarazo, Parto y Posparto y el Manual de Gestión de Psicología en los Establecimientos de Salud de los Tres Niveles de Atención. Estos documentos demuestran que el país dispone de instrumentos técnicos. El desafío es asegurar que la detección se traduzca en una respuesta efectiva, con continuidad documentada y el seguimiento clínicamente indicado, respetando la organización de la red de servicios y sus competencias.

La eficacia de la atención no puede medirse solo por la emisión de una referencia; es necesario saber si la mujer recibió la primera valoración, si accedió al tratamiento indicado y si hubo coordinación al pasar de un nivel de atención a otro. Tampoco basta una sola evaluación antes del alta: algunos cuadros aparecen o se agravan semanas o meses después, lo que justifica mecanismos de seguimiento proporcionados al riesgo, sin imponer un calendario médico uniforme a todas las mujeres.

Esta iniciativa integra en una sola reforma los deberes de información, identificación temprana del malestar psicoemocional, acceso a profesionales competentes y capacitación del personal, junto con mecanismos específicos de continuidad asistencial, referencia efectiva, atención prioritaria ante riesgo grave y evaluación periódica de resultados. No pretende desconocer lo ya regulado, sino dar contenido verificable al derecho a recibir atención en salud mental como parte de la atención materna.

---

[4] Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Protocolo clínico de atención integral al embarazo, parto y posparto en la red de servicios de salud (Código PAC.GM.DDSS.AAIP.260121). https://repositorio.binasss.sa.cr/items/9ca5c822-a960-4886-9eea-8a5b8e08e98d

La propuesta retoma la preocupación que dio origen al expediente N.º 25.146, Ley de Fortalecimiento del Bienestar Psicológico de la Mujer Gestante, pero se aparta de el en aspectos sustanciales. No exige una consulta psicológica rutinaria para todas las embarazadas. Adopta un enfoque interdisciplinario de salud mental en lugar de uno centrado exclusivamente en la atención psicológica, e incorpora la continuidad asistencial y la medición de resultados como ejes de la reforma.

La regulación distingue entre tamizaje, diagnóstico y tratamiento: el personal capacitado puede identificar señales iniciales de riesgo en la consulta prenatal o posnatal; el diagnóstico corresponde a profesionales habilitados, y la indicación terapéutica se decide conforme a las guías científicas y a la autonomía técnica profesional. El objetivo es que toda mujer con sospecha fundada o con diagnóstico sea orientada, evaluada, referida y acompañada según su situación clínica, incluidas las situaciones de emergencia.

La continuidad prevista hasta los doce meses posteriores a la finalización del embarazo no implica someter a todas las mujeres a consultas psicológicas constantes. Significa que, cuando existe necesidad clínica, la atención y las referencias no deben interrumpirse por el solo hecho de que concluya un control obstétrico, se produzca el egreso hospitalario o venza un plazo administrativo de puerperio. Quienes requieran servicios después de ese plazo conservarán el derecho general a la atención en salud mental conforme a la legislación nacional.

La iniciativa establece obligaciones para los prestadores públicos y privados, dentro de sus competencias, y atribuye al Ministerio de Salud la definición de criterios generales de información y evaluación, así como la vigilancia sanitaria. A la CCSS le corresponde desarrollar y ejecutar sus procedimientos clínicos y administrativos, de acuerdo con la autonomía que le reconoce la Constitución Política.

Los datos relativos a la salud mental son datos sensibles. Por ello, la reforma dispone que su recolección y tratamiento se rijan por los principios de finalidad, minimización, confidencialidad y seguridad, y que la información pública no contenga datos personales identificables ni detalles clínicos. Esto supone utilizar exclusivamente los datos necesarios, con controles de acceso y trazabilidad. Para evitar la reidentificación, los informes públicos presentarán información agregada y, cuando sea necesario, categorías agrupadas o supresión de celdas pequeñas. El tratamiento de los datos deberá observar la Ley N.º 8968, Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales, y la normativa sanitaria aplicable.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

LEY PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA, ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSPARTO

ARTÍCULO 1- Adición de un inciso h) al artículo 10 de la Ley N.º 10081

Adiciónese un inciso h) al artículo 10 de la Ley N.º 10081, Derechos de la Mujer durante la Atención Calificada, Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto, Posparto y Atención del Recién Nacido, de 13 de enero de 2022. El texto será el siguiente:

> Artículo 10- Obligaciones del personal asistencial y de los sistemas prestadores de servicios de salud
>
> (…)
>
> h) Integrar la salud mental en la atención del embarazo, el parto y el posparto, reconociendo que los cambios emocionales propios de estos procesos no constituyen, por sí mismos, una condición patológica. Para ello, los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, conforme a su nivel de atención y en el marco de la normativa t écnica y los protocolos institucionales vigentes, deberán:
>
> I. Promover la salud mental, prevenir sus alteraciones e identificar tempranamente los factores de riesgo desde el primer nivel de atención y el ámbito comunitario.
>
> II. Valorar el bienestar psicoemocional en la atención prenatal y, cuando exista indicación clínica, en evaluaciones posteriores, con instrumentos validados. Esta valoración no sustituye el diagnóstico profesional en salud mental.
>
> III. Informar de forma comprensible y culturalmente pertinente sobre la depresión y la ansiedad durante el embarazo y después del parto, sus signos de alarma, los servicios disponibles, incluidos los de emergencia, y los derechos de las usuarias, sin estigmatizar, sin reproducir estereotipos sobre la maternidad y sin asociar la solicitud de ayuda con incapacidad para ejercer funciones parentales.
>
> IV. Asegurar la valoración por profesionales competentes y el acceso a los equipos interdisciplinarios de salud mental, incluidos los servicios de Psicología, Psiquiatría y Enfermería Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, según el riesgo, la complejidad del caso y la capacidad resolutiva de cada nivel de atención, dentro de los plazos que la normativa técnica defina conforme a la prioridad clínica.
>
> V. Definir, cuando esté clínicamente indicado, un plan individualizado de atención y seguimiento que asegure la continuidad después del egreso hospitalario y de los controles obstétricos.
>
> VI. Contar con protocolos de actuación inmediata ante ideación suicida, riesgo grave, síntomas psicóticos u otras emergencias de salud mental.
>
> VII. Capacitar progresivamente al personal de atención prenatal, obstétrica, posnatal y del primer nivel en la identificación de señales de riesgo, la escucha respetuosa, la

atención inicial, la referencia y la confidencialidad, en articulación con los procesos formativos institucionales existentes.

VIII. Facilitar, con el consentimiento de la usuaria y salvo los supuestos excepcionales previstos por ley, la participación de sus redes de apoyo.

ARTÍCULO 2- Adición de los artículos 10 bis y 10 ter a la Ley N.º 10081

Adiciónense los artículos 10 bis, 10 ter, a la Ley N.º 10081, de 13 de enero de 2022. Los textos serán los siguientes:

Artículo 10 bis- Continuidad de la atención en salud mental

Durante el embarazo y hasta doce meses después de su finalización, aunque haya terminado en una pérdida gestacional, la mujer tendrá derecho a una atención integral y continua de su salud mental, según la evaluación del riesgo, la indicación profesional y la capacidad resolutiva de cada nivel de atención. La atención considerará sus necesidades culturales, lingüísticas, etarias, territoriales y de accesibilidad, en particular si ha sufrido violencia o una pérdida gestacional y la falta de red de apoyo.

Cuando se identifiquen signos de depresión, ansiedad u otra condición que requiera evaluación clínica, el personal asistencial informará a la mujer de las alternativas de atención, registrará la actuación y activará la valoración o la referencia que corresponda.

La conclusión de la atención obstétrica, el egreso hospitalario o el vencimiento de un plazo administrativo de puerperio no justificarán, por sí solos, la interrupción de un tratamiento o seguimiento clínicamente indicado. Vencidos los doce meses, la atención continuará conforme a la normativa general.

Artículo 10 ter- Indicadores e informe anual

El Ministerio de Salud, en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, definirá indicadores sobre la detección, la atención y la continuidad de la salud mental durante el embarazo y el posparto, con base en la información que permitan obtener los sistemas de información existentes. Comprenderán, al menos: a) cobertura de la valoración de riesgo en el control prenatal; b) referencias emitidas y efectivamente atendidas; c) oportunidad de la primera valoración especializada; d) seguimiento posparto de los casos con indicación clínica; e) interrupciones de la atención y sus causas, y f) diferencias territoriales. La incorporación de los indicadores será gradual, según la viabilidad técnica de su captura, procesamiento y análisis.

El Ministerio de Salud publicará anualmente un informe con los resultados agregados, las limitaciones de medición, las necesidades de recursos humanos, la capacidad resolutiva, los tiempos de espera y las recomendaciones de mejora. El informe se remitirá a la Secretaría Técnica de Salud Mental para el seguimiento de la Política Nacional de Salud Mental. Esta información publicada no contendrá datos personales ni clínicos identificables.

TRANSITORIO ÚNICO- Adecuación institucional

La Caja Costarricense de Seguro Social contará con un plazo de doce meses, a partir de la vigencia de esta ley, para revisar y, en lo que corresponda, actualizar sus protocolos, lineamientos y sistemas de registro, con base en una valoración de las necesidades de recurso humano, de la capacidad instalada y de las implicaciones presupuestarias y operativas de su aplicación.

Rige a partir de su publicación en el diario oficial La Gaceta.

Zaira Murillo Marín
Diputada