

3 de Septiembre 2014

Alexandra Barrantes
Especialista en Protección Social
Departamento de Desarrollo Económico y Social de la SEDI
Organización de los Estados Americanos (OEA)
17th Street & Constitution Ave., N.W. Washington, D.C. 20006
abarrantes@oas.org

Ref. Informe de avance en la implementación del Derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en Costa Rica, para el Grupo de Trabajo de análisis sobre la implantación del Protocolo de San Salvador

1. El Centro de Derechos Reproductivos (CDR) y la Colectiva por el Derecho a Decidir desean complementar el trabajo del Comité, brindando información sobre la situación de Costa Rica respecto a la implementación del derecho a la salud de acuerdo al Protocolo de San Salvador, en el marco del proceso de seguimiento y evaluación por indicadores de progreso de la implementación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), propuestos por el órgano específico de monitoreo del cumplimiento de los DESC, denominado grupo de trabajo (GT) (GT, 2011), de acuerdo con los lineamientos aprobados por la Asamblea General de la OEA en 2008 (OEA, 2008)¹. Las organizaciones presentamos este informe particularmente preocupadas por el grado de cumplimiento que Costa Rica ha dado a las obligaciones internacionales relacionadas con el goce de los derechos reproductivos, particularmente en acceso a anticoncepción de emergencia y el acceso al aborto legal.

2. Este reporte busca acercar, al proceso de evaluación, información relevante sobre el avance en la implementación del derecho a la salud, particularmente en relación con la salud sexual y reproductiva (SSyR), que es el que le ocupa revisar al grupo en este periodo. Para ello, se divide en 3 partes: (I) una introducción; (II) la exposición de información sobre los indicadores estructurales, de proceso y de resultado que se relacionan con la SSyR: se presentará de acuerdo a las categorías conceptuales propuestas para el seguimiento de la implementación de los DESC (recepción de derecho, capacidades estatales y contexto financiero y compromisos presupuestales²) y a los ejes transversales a todos los DESC (igualdad y no discriminación, acceso a la justicia y participación ciudadana y acceso a la información); (III) Conclusiones, recomendaciones y preguntas sobre el proceso de implementación local del referido derecho.

I. El Sistema de monitoreo de los DESC

3. Con el objetivo de apoyar el diagnóstico y mejoramiento de la situación del cumplimiento de los Derechos Humanos, los órganos encargados del seguimiento y control de la implementación de los derechos consagrados en los tratados han desarrollado diferentes sistemas de monitoreo de su cumplimiento. En el caso de los DESC, estos indicadores, desarrollados por el GT, revisan la interacción entre los principios de implementación³, los deberes del Estado⁴ y los estándares de cumplimiento de los derechos⁵. El cruce entre estos factores es analizado por medio de indicadores⁶ (cuantitativos) y señales de progreso (cualitativas)⁷. Este sistema permite constatar el grado de observancia de cada derecho de una manera contextual y progresiva. No se trata de un mecanismo para establecer responsabilidades por incumplimiento, sino de una forma de apoyar el avance en la implementación de los DESC.⁸

4. La evaluación realizada por el GT, incorpora el análisis de información cuantitativa y cualitativa. Por ello puede presentarse de diversas formas: “datos estadísticos contabilizados en un censo o en encuestas de

hogares, preguntas en un cuestionario o en una entrevista abierta, presupuestos, gasto público social... [así como] cualquier información relacionada con la observancia o el ejercicio de un determinado derecho”⁹ En este sentido, la exposición narrativa de los procesos de cambio en relación con el cumplimiento de los derechos, tanto en un corte temporal como sectorial, son de gran valor para el proceso de monitoreo de la progresividad de la implementación del derecho.

1.1. El sistema de monitoreo en el derecho a la salud

5. Los indicadores desarrollados para el derecho a la salud, en el marco del sistema de monitoreo de los DESC aprobados en 2011¹⁰, hacen parte del primer grupo de indicadores evaluados dentro del proceso de seguimiento de la implementación del Protocolo de San Salvador¹¹. Estos indicadores fueron diseñados en un esquema tripartito: (I) indicadores estructurales (organización institucional y legal para el cumplimiento del derecho a la salud), (II) indicadores de proceso (estrategias para la implementación del derecho a la salud) y, por último (III) indicadores de resultado (impacto de las estrategias adoptadas en el nivel local)¹².

6. Para el análisis de estos indicadores, se han dividido en tres categorías conceptuales: (I) recepción del derecho (estado de vigencia y descripción de las normas nacionales e internacionales que protegen el derecho a la salud), (II) contexto financiero y compromiso presupuestario (destinación específica para el avance en la implementación del derecho), y (III) capacidades institucionales (avances en la implementación de las normas de protección y promoción de la salud). Este esquema se atraviesa, a su vez, por tres ejes transversales a todos los DESC, que dan cuenta de la protección a grupos de interés especiales (pueblos originarios, mujeres, adolescentes, etc.) y son: (I) igualdad y no discriminación, (II) acceso a la justicia y (III) acceso a la información y participación política¹³.

1.2. Los indicadores de salud sexual y reproductiva

7. El derecho a la salud cuenta con la mayor cantidad de indicadores de progreso en el ámbito del sistema regional. En este sentido la mayoría de los países firmantes han realizado esfuerzos importantes para el relevamiento y procesamiento de información relacionada con el cumplimiento de este derecho, en los términos generales establecidos en el art. 10 del protocolo de San Salvador. Sin embargo, los esfuerzos particulares en materia de SSyR no han tenido la misma intensidad. Esto dificulta la obtención de información y su sistematización para aportar en la construcción de un panorama sobre el estado de situación de las obligaciones alrededor del derecho a la salud relacionadas con el ejercicio de los derechos reproductivos (DDRR)¹⁴. Los derechos reproductivos hacen parte esencial del ejercicio del derecho a la salud además de garantizar la libre decisión sobre la forma como se utiliza el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva¹⁵ y ser uno de los ejes que soportan la igualdad sustantiva para las mujeres.

8. Los derechos reproductivos son aquellos derechos que les permiten a las mujeres decidir libremente y sin discriminación, si desean tener hijos o no y el espacio entre ellos; por lo tanto incluyen el derecho la información sobre anticoncepción, educación sexual, acceso a los métodos más avanzados científicamente de anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia y el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, entre otros. El SIDH ha abordado en su jurisprudencia los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud, y en conexidad con los derechos a la integridad personal¹⁶, a la vida privada y familiar¹⁷¹⁸, a la libertad personal¹⁹ y al libre desarrollo de la personalidad²⁰. Afirmando que estos protegen los derechos a decidir sobre los aspectos reproductivos de las personas sin injerencias arbitrarias del Estado o de terceros, así mismo que, estos derechos “se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva o el ignorar las que ya existen en la figura del aborto no punible en el artículo 121 del Código Penal del país, puede

resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”²¹.

9. En el caso de *Artavia Murillo vs. Costa Rica* la Corte IDH²² también determinó que los derechos reproductivos, y en concreto “la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada” y “se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. El derecho a la autonomía reproductiva está reconocido también en el artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, según el cual las mujeres gozan del derecho ‘a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos’.”(Párr.146).

10. En este sentido, afirmó que de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos “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, cuándo 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”²³

11. En el sistema universal de derechos humanos se reconoce el derecho a la salud de manera exhaustiva en el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC (PIDESC), entendido como un derecho que entraña libertades y derechos más específicos como los derechos sexuales y reproductivos²⁴. Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) ha reconocido los derechos reproductivos (artículo 16) como una forma de garantizar la igualdad de mujeres y varones, especialmente en la familia. Para lo cual, en la observación general N°21²⁵, se exhorta a los países a que implementen políticas sanitarias que incluyan las prestaciones necesarias para regular de manera segura y voluntaria el número y el espaciamiento de su descendencia. Estas prestaciones deben incluir consejería, información y métodos para ejercer los derechos reproductivos consagrados por la CEDAW.

12. De la misma forma, el Comité DESC de las Naciones Unidas ha establecido que el cumplimiento de las obligaciones Estatales derivadas del derecho a la salud, implican la garantía de la obligación positiva de ofrecer un amplio rango de prestaciones sanitarias, accesibles y de calidad, incluyendo las prestaciones de salud sexual y reproductiva. Entendiendo el deber de garantizar el acceso seguro y sin discriminaciones a las prácticas sanitarias de salud sexual y reproductiva reconocidas por la ley, como una obligación de inmediato cumplimiento por oposición a las prestaciones que por su naturaleza requieren una implementación progresiva por parte de los Estados²⁶.

13. En la Recomendación General N° 24 el comité de la CEDAW²⁷ estableció además, que los Estados parte están obligados a reformar los marcos normativos restrictivos que obstruyan las acciones de las mujeres dirigidas a obtener o realizar prácticas seguras relacionadas con la conservación de su salud.

Indicando además que es deber del Estado evitar y sancionar las acciones de grupos u organizaciones privadas que obstruyan el acceso a este tipo de prácticas sanitarias.

14. El reconocimiento de los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud se traduce también en la determinación de adoptar indicadores relacionados con la SSyR, abonando el camino para un diagnóstico de la situación nacional, que incluya la evaluación de la producción de información específica en este campo. Si bien existen estos indicadores especiales, todos los indicadores de salud tienen un componente relacionado con la SSyR que puede ser examinado en sus particularidades, de manera que refleje la importancia relativa que se da a la implementación de este aspecto de la salud en el contexto local.

15. El esfuerzo de este documento se concentra en la presentación de datos, para contribuir en el proceso de medición del avance del derecho a la SSyR. En ese sentido, se proporcionan datos sobre los indicadores específicos y además se presentan datos que permiten contextualizar su importancia en el ámbito local.

II. Avances y desafíos en el cumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva en Costa Rica

16. De acuerdo con el censo realizado en el 2011, la población de Costa Rica asciende a 4.301.712 habitantes categorizados como 2.106.188 hombres y 2.195.524 mujeres²⁸. Según el “Análisis de Situación; Propósito, Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de Intervención de la Política de Sexualidad”²⁹ del Ministerio de Salud de Costa Rica, el país presenta importantes falencias con respecto a la garantía de los DSyR, entre ellas la falta de cobertura y la ilegalidad de algunas prestaciones esenciales, como el aborto no punible en caso de violación, y la ausencia de políticas que contemplen la diversidad sexual. En el mismo sentido, el Comité de la CEDAW en 2011³⁰ manifestó su preocupación por el inadecuado reconocimiento y protección de los DSyR en Costa Rica, específicamente por la falta de garantías en el acceso al aborto legal, falta de un producto de anticoncepción de emergencia registrado en el país, el uso del método yuzpe como método alternativo, su inclusión en el protocolo de atención en casos de violencia sexual y la prohibición de las técnicas de reproducción asistida, que si bien a la fecha y por una decisión de la Corte Interamericana dicha prohibición quedó determinada como contraria a la Convención Americana, aún no se ha implementado la sentencia.

17. No obstante existir desde 1973³¹ una regulación sobre salud que incluye aspectos relacionados con la salud reproductiva, y haberse generado desde entonces importantes avances en el reconocimiento del derecho a vivir una sexualidad segura, informada y corresponsable, todavía existen importantes desafíos para el cumplimiento de los derechos relacionados con la salud reproductiva. El informe de 2014 de la Asamblea General de las Naciones Unidas³², señala que de acuerdo con información remitida por el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)³³:

Los datos [acercados por el gobierno costarricense] evidencian la necesidad de redoblar esfuerzos en programas amplios e integrales en educación de la sexualidad, prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH, y de servicios amigables y de calidad en salud sexual y reproductiva para las poblaciones adolescentes y jóvenes, que aseguren además el acceso ágil a

métodos de protección, y que se ajusten a sus necesidades y características. De igual manera, desde un enfoque de diversidad, los servicios además deberían considerar las necesidades específicas de poblaciones sexualmente diversas.

18. Cabe resaltar que en 2012, la Corte IDH emitió un fallo en contra del Estado de Costa Rica, por la vulneración de los derechos reproductivos de las mujeres y las parejas costarricenses derivada de la prohibición de la fecundación in vitro. Este pronunciamiento marcó un hito no solo en la protección internacional de este tipo de derechos, sino también por el señalamiento de la necesidad de ahondar en las estrategias de protección y garantía del acceso al ejercicio de los derechos reproductivos como derechos humanos básicos, ya que “[l]a falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”³⁴. Por ello la Corte ordenó al Estado, entre otras medidas, eliminar con la “mayor celeridad” los obstáculos legales que impiden a las parejas acceder a los métodos de fecundación asistida, así como garantizar el acceso a los servicios, mediante por ejemplo la regulación procedimental necesaria para que puedan ser incorporados en las prestaciones cubiertas por los seguros de salud, la capacitación permanente de los funcionarios judiciales en derecho sexuales y reproductivos para que no se presenten nuevamente limitaciones jurisprudenciales de estos derechos. Hasta el momento de la realización de este informe ninguna de las medidas mencionadas ha sido cumplida.

A. Indicadores de implementación del derecho a la salud relacionados específicamente con la SSyR.

19. A continuación se presentará una selección de los indicadores propuestos por el GT, relacionados con la SSyR. Se presentará información sobre Costa Rica de manera cuantitativa y/o narrativa, privilegiando aquella que permita conocer de manera contextual el progreso y las barreras para el avance en la implementación del derecho a la SSyR.

1. Recepción del derecho

20. En esta categoría se pretende dar cuenta del reconocimiento, jerarquía y operatividad³⁵ de las normas relacionadas con los DRR, y en particular con las prestaciones de SSyR. Esta información permitirá conocer qué tipo de políticas o servicios sociales ha definido el Estado, así como las medidas o vías de implementación y/o realización de los derechos contenidos en el Protocolo de San Salvador.

21. A continuación se hará una descripción detallada de las normas jurídicas sobre las prestaciones de SSyR vigentes en el país. Como se verá Costa Rica cuenta con un alto reconocimiento legal del derecho a la salud en general. Sin embargo, este reconocimiento en lo legal no se extiende a los servicios de SSyR. De la misma forma se dará cuenta de los problemas que presenta no solo la falta de incorporación del reconocimiento legal de prestaciones tan importantes como el aborto para mujeres víctimas de violación o la aprobación y registro de la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE), sino que también señala los problemas de interpretación que aparecen en la aplicación de normas relacionadas con la SSyR, por ejemplo, la interpretación restrictiva del concepto de salud, para excluir la salud psíquica, como habilitante para acceder al aborto terapéutico, que es la única indicación legal en el país hasta el momento.

Recepción del Derecho	
E S T R U C T U R A L E S	<p>1. Ratificación del Estado de los tratados de derechos humanos que reconocen el derecho a la SSyR: PIDESC, CEDAW, CDN, CIEDR.</p> <p>Costa Rica ha ratificado algunos de los principales tratados de derechos humanos, entre ellos: CEDAW (04/04/1986), CERD (16/01/1967), CDESC (29/11/1968), Protocolo adicional para la protección de los derechos de los niños durante el conflicto armado (24/01/2003), protocolo adicional para la protección de los derechos de los niños frente a lo pornografía y prostitución infantil (09/04/2002), Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (01/10/2008), la Convención Interamericana de Belén do Pará (07/12/1995), el protocolo interamericano de San Salvador (11/16/99), la Convención interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (02/08/200)</p> <p>Por el contrario no ha ratificado: la Convención de los Derechos del Niño ni el protocolo para la aprobación del Código Panamericano de la Salud.</p> <p>Es de resaltar que Costa Rica fue uno de los países que se opuso a la inclusión de la definición de los derechos reproductivos como parte de diferentes consensos internacionales entre ellos, Río +20 y Cairo +20.</p>
	<p>2. Reconocimiento en la CN del derecho a la SSyR y su alcance (parte del derecho a la salud o derechos independientes e interdependientes)</p> <p>En Costa Rica, no hay ninguna referencia explícita en la Constitución al derecho a la salud o la protección de la SSyR, como si ocurre con la seguridad social. Este vacío constitucional ha sido parcialmente remediado por las reiteradas resoluciones dictadas por el Tribunal Constitucional³⁶, que basado en el artículo 21 sobre el derecho a la vida, ha garantizado el derecho a la protección de la salud dentro de la doctrina de los derechos humanos.</p> <p>La Sala Constitucional, en reiteradas sentencias³⁷, ha desarrollado el alcance del derecho protegido en el artículo 21 de la Constitución, reconociendo la vida como el bien más importante que puede y debe ser garantizado por el ordenamiento jurídico. Es decir, la Constitución Política en su artículo 21, reconoce que la vida humana es inviolable, y de allí, la Corte ha derivado el derecho a la salud como un derecho fundamental. Como resultado, no existe cuestionamiento alguno sobre la protección constitucional de este derecho fundamental, en cuanto que es inherente a la dignidad del ser humano³⁸. La SSyR se ha reconocido como parte del derecho a la salud por su inclusión en las regulaciones y normas inferiores a la Constitución Nacional.³⁹</p>
	<p>3. Normativas de organización del sistema de salud en relación a prestaciones de SSyR.</p> <p>En el plano normativo, la estructura del sistema está definida por el artículo 3 de la ley 5395 de 1973, Ley General de Salud, que establece que todos los residentes del país tienen derecho a prestaciones sanitarias, así como la obligación de contribuir con la preservación de su salud y mantener la salud de su familia y comunidad.</p> <p>Esta ley general de salud no cuenta con un capítulo específico para los servicios de SSyR. Desde el año 2007 se ha presentado un proyecto de adición para la ley 5395, en el que se contemplan específicamente prestaciones como anticoncepción, aborto legal, consejería sobre sexualidad y reproducción, etc. El proyecto no ha sido discutido desde su presentación hasta la fecha de elaboración de este informe.</p> <p>El Decreto Ejecutivo 27913/1999 sobre SSyR, establece la creación de la "Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales", encargada del desarrollo e implementación de las políticas sobre DRR. Establece, además, la obligatoriedad de la conformación de servicios de "Consejería en Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales", dentro de los que se entregará tanto información, como métodos anticonceptivos transitorios y permanentes.</p> <p>La ley general de SIDA N°7771 de 1998, establece la cobertura de algunas prestaciones sanitarias de protección contra las infecciones de transmisión sexual, contemplando únicamente la abstinencia, los métodos de barrera y la vacuna contra el HPV. Así como la cobertura universal del tratamiento antirretroviral del VIH con cargo a la Caja de Seguridad Social costarricense (CCSS).</p> <p>También está vigente la Ley 8239 de 2002, de Derechos y Obligaciones de los Usuarios de los Servicios de Salud Públicos y Privados, cuyo objetivo es garantizar los derechos de todas las personas con domicilio social en el territorio nacional⁴⁰. Tampoco contempla prescripciones específicas para usuarios de servicios SSyR.</p> <p>3.1 Señales de progreso:</p> <p>3.1.1 El sistema de salud responde a criterios de universalidad o de focalización en materia de DRR.</p> <p>El sistema de salud costarricense se fundamenta en el acceso universal a las prestaciones sanitarias sobre la base de los aportes ciudadanos y del Estado. En materia de salud reproductiva este criterio se puede observar en la ley de seguro de enfermedad y maternidad (Ley N° 5349 de 24/09/1973) según la cual la CCSS es responsable por la cobertura de las prestaciones sanitarias de quienes no se encuentren afiliados a un seguro de salud y sean incapaces de pagar los costos de la atención del embarazo y el parto⁴¹.</p>

Por su parte, la ley general de salud (n°5395/73) solo tiene previsiones relacionadas con el acceso universal a la información sobre reproducción y sexualidad.

En relación con los métodos de prevención de ITS, es la ley general de SIDA (N° 7771/98) la que establece el acceso universal.

Para el caso del aborto legal (causal salud o aborto terapéutico únicamente, ya que el aborto en caso de violación o violencia sexual es ilegal, como se verá más adelante) no existe regulación específica aunque se encuentra contemplado como prestación legal (artículo 121 del Código Penal). Lo que, entre otras razones, ha dificultado el acceso a estos servicios para las mujeres en Costa Rica, como lo muestran las denuncias presentadas ante el sistema interamericano de Derechos Humanos en los casos conocidos como "A.N"⁴² en 2008 y "Aurora"⁴³ presentado en 2013, por la falta de acceso a los abortos terapéuticos garantizados en la legislación nacional vigente. Especialmente debido a la interpretación restrictiva del concepto de salud para la habilitación de la causal.

Por su parte, la fecundación in vitro y la anticoncepción de emergencia no son prestaciones legales, por tanto su acceso es restringido.

El código de la Niñez y la adolescencia (N°7739/98), establece la obligación de ejecutar programas de protección de la SSyR para esta población (arts. 41 y 55), aunque hasta el momento no se ha cumplido esta obligación.

3.1.2 Existencia de acuerdos o instancias nacionales en relación con la organización y funcionamiento de los programas de SSyR.

El Decreto sobre SSyR, 27913/99, establece la creación de una "Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales", en la que participan tanto el Ministro de Salud de la Nación, como funcionarios de alto nivel de la CCSS, el colegio médico, trabajadores sociales, autoridades locales costarricenses, así como representantes de las instancias especializadas en estudios de género de las universidades públicas.

Esta comisión es la encargada de la articulación e implementación de las políticas de SSyR en el país.

P
R
O
C
E
S
O

R
E
S
U
L
T
A
D
O

5.1 Señales de progreso.

5.1.2. Existencia de estudios de satisfacción de usuarixs sobre la cantidad y calidad de los servicios de SSyR.

Principales resultados

- 1ra Encuesta Nacional de juventud, 2008⁴⁴: la encuesta cuenta con un componente sobre prácticas de cuidado de la salud que evalúa el uso de servicios, pero no incluye el componente de satisfacción.

O Los resultados muestran que las mujeres entre 15 y 35 años, han requerido en mayor medida servicios de SSyR que los hombres, especialmente en lo relacionado con consultas sobre el aparato genito-urinario.

En relación con las prácticas de prevención de la enfermedad, en la muestra de mujeres entre los 15 y 35 años, el 54% se habían realizado papanicolau, 38% autoexamen de mama y el 49,9% había visitado al/a ginecólogo/a durante el último año.

- Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2010⁴⁵: esta encuesta aborda cuestiones relacionadas con sexualidad como la protección contra ITS, tipo de prácticas sexuales; aspectos relacionados con la reproducción como la fecundidad, anticoncepción, embarazos no deseados, etc; así como la responsabilidad e interacción entre hombres y mujeres en el cuidado de la SSyR. En cuanto a los servicios de SSyR, la encuesta los asocia únicamente con la atención del embarazo, el parto y el puerperio, dejando de lado la indagación sobre los servicios de consejería sobre sexualidad (sexo seguro, orientaciones diversas, anticoncepción, etc.), tanto para hombres como para mujeres.

De la misma forma, la encuesta se centra en el acceso a los servicios pero no revela la percepción de satisfacción o de calidad de los mismos.

6. Cantidad de partos atendidos por profesionales

De acuerdo con el "Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica" realizado en el 2004, la atención prenatal y del parto, por personal capacitado, en el 2001 logró coberturas del 70% y 97,5% respectivamente⁴⁶. De acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de 2013 de la OMS, más del 90% de los partos se atienden por personal calificado en el país y más del 98% del total de partos se atienden en el sistema de salud⁴⁷.

7. Acciones específicas realizadas en cumplimiento de recomendaciones o decisiones de los organismos internacionales de Derechos Humanos en materia de SSyR.

Hasta la fecha de realización de este informe, el Estado no ha avanzado en la implementación de acciones derivadas de la condena recibida en el caso Artavia Murillo y Otros (Fecundación In Vitro) vs. Costa Rica, Sentencia del 28 de noviembre de 2012. Aún se encuentra sin ser aprobada una regulación que permita el acceso a las técnicas de reproducción asistida en el país. Sin embargo, el 20 de enero de 2013, se dio un primer paso con la publicación por el Ministerio de Salud, en el diario La Nación, de un documento de 16 páginas con el contenido del resumen de la Sentencia sobre el tema, según lo dispuesto por la CIDH, en el párrafo 329, inciso b) del fallo.

2. Capacidades Estatales

22. Esta categoría refiere la información que permite dar cuenta de los esfuerzos del Estado en cuanto a la efectiva implementación y progresividad del derecho a la salud. Incluye información que describe los aspectos técnico-instrumentales y de distribución de recursos de poder al interior del aparato estatal.⁴⁸ Es por ello que se solicita información relacionada con el grado de cumplimiento (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) de las prestaciones sanitarias en SSyR reconocidas en el ordenamiento positivo nacional. En este apartado se mostrarán datos relacionados con las condiciones materiales y jurídicas necesarias para el acceso efectivo a las prestaciones de SSyR. Resulta (por ejemplo) especialmente preocupante la falta de acceso a medicamentos necesarios para conservar y recuperar la salud en materia reproductiva. Por un lado, debido a la falta de aprobación de usos obstétricos de medicamentos considerados esenciales por la OMS como el Misoprostol y otras prostaglandinas, la falta de registro de la PAE, la distribución de anticonceptivos importados cuya disponibilidad depende de donaciones o compras internacionales. De otro lado, la falta de garantía de acceso afectivo a las prestaciones, aun cuando las normas establecen la cobertura universal de la población y los seguros de salud públicos muestran proporciones importantes de avance en este sentido, en materia de SSyR las prácticas se realizan de manera inadecuada y riesgosa especialmente para las mujeres, ya sea por la falta de oferta de servicios, por las interpretaciones restrictivas de las normas o por la ilegalidad de algunas prestaciones como el aborto en caso de violación y la reproducción asistida

Capacidades estatales	
E S T R U C T U R A L	<p>1. Existencia de documentos oficiales que reconozcan el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal en materia de SSyR.</p> <p>Durante la década de 1990⁴⁹, la reforma del sector de la salud le dio prioridad a la atención primaria de salud en todo el país y a la desconcentración de la responsabilidad administrativa. El Ministerio de Salud de Costa Rica delegó a la CCSS las actividades de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mientras que el propio Ministerio llevó a cabo las funciones de administración, definición de la política nacional en materia de salud, la planificación, la promoción y la coordinación de todo el sistema público y el privado de salud. Esta reforma ha facilitado la expansión de la cobertura geográfica del nivel primario de asistencia sanitaria.</p> <p>El país se divide en 7 regiones y 105 Áreas de Salud de aproximadamente 30,000 a 60,000 residentes. A su vez, cada área se subdivide en sectores, que atienden una población aproximada de entre 3,500 y 4,000 residentes, que son atendidos en las unidades de atención primaria llamadas Equipos básicos Básicas de Provisión Integrada de Salud (EBAIS). Su número llega a 947 en todo el país, y junto con algunas clínicas periféricas y desconcentradas, conforman el primer nivel de atención. Primer nivel de las clínicas de atención ofrecen atención de control de la natalidad y se ubican algunos de los servicios de "Consejerías en salud y Derechos SSyRR". Especialmente para la atención de adolescentes en el marco de estos servicios la CCSS desarrolló un "Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios(as) en atención de Adolescentes con énfasis en prevención del VIH/SIDA" que opera desde 2005 en todos los niveles de atención.</p>
	<p>2. Existencia de una política estatal sobre medicamentos genéricos, incluyendo acceso a los medicamentos necesarios para mantener y/o recuperar la SSyR (anticoncepción, fertilidad, aborto seguro, tratamiento de embarazos y emergencias obstétricas, tratamientos hormonales, etc.)</p> <p>El documento de antecedentes del "Grupo de Trabajo sobre las principales enfermedades y acceso a la medicina" señaló en 2003⁵⁰ que: "El sistema nacional de salud de Costa Rica es ampliamente admirado, por sus logros en la gestión de la oferta de drogas y la financiación de los medicamentos... la CCSS dedica el 10% de su presupuesto de salud a los productos farmacéuticos".</p> <p>En la década del 80, Costa Rica implementó la política de medicamentos esenciales para el sector público a través del Decreto Ejecutivo N° 13878-SPPS, por medio del cual estableció el Formulario Terapéutico Nacional, que contiene la relación oficial de los medicamentos que podrán ser utilizados por el sistema público de salud.</p> <p>El mecanismo de regulación del acceso a los medicamentos esenciales es la "Lista Oficial de Medicamentos o LOM", este documento explica en detalle los medicamentos disponibles que la CCSS puede ofrecer, con los que se</p>

cubre al 95% de la población⁵¹. Este listado ya ha existido por varias décadas y en la actualidad incluye 535 medicamentos, que son revisados anualmente. Los medicamentos incluidos son prescritos y dispensados por su nombre genérico, y se proporcionan gratuitamente a los pacientes, sin necesidad de copagos. La Disponibilidad de drogas en las farmacias de la CCSS, en hospitales y consultorios de atención primaria es mayor al 90%⁵². Desde la década de 1970, la CCSS creó un laboratorio para realizar pruebas de garantía de calidad farmacéutica. Según los informes consultados⁵³, el sistema ha sido bien administrado y eficaz. Sin embargo, **los insumos anticonceptivos, para la fertilidad y el aborto seguro no son de producción nacional y su distribución no se da a través de insumos genéricos en la mayoría de los casos.**

Sin embargo para incluir un medicamento dentro de al LOM, el Ministerio de Salud pide a las farmacéuticas, especialmente en casos de medicamentos relacionados a SSyR, con el cumplimiento de pruebas de impacto poblacional, las cuales tiene un costo elevado y las hace desistir de introducir el producto al país, pues el retorno sobre la inversión es limitado. Este es interpretado como un mecanismo obstruccionista por parte del Ministerio de Salud.

En cuanto a otros medicamentos relacionados con la SSyR: por ejemplo, el Misoprostol no se encuentra aprobado en el país para uso obstétrico por lo cual no hace parte de la LOM. Por otra parte, el producto Prostaglandina E2 (PGE2) cuyo nombre de marca comercial es Prostin E2® Gel vaginal si hace parte de la LOM con aprobación para su uso en la inducción de parto. Sin embargo, no se trata de un medicamento genérico, aunque está cubierto por el Estado por pertenecer a la LOM, su venta es restringida y requiere receta archivada y reporte especial de la venta por las farmacias de acuerdo a formularios disponibles en la página web del Ministerio de Salud Nacional.

Los medicamentos incluidos en el LOM se pueden consultar *on line*⁵⁴. El listado incluye 10 anticonceptivos hormonales, 4 oxitóxicos o tocolíticos, 3 andrógenos o anabólicos, entre otros. Cabe anotar que ningún anticonceptivo post coital, como la PAE, está incluido en el LOM vigente.

3. Cobertura de los sistemas de salud en SSyR: cobertura universal o subsidio a la demanda. Describir los servicios de salud sexual y reproductiva cubiertos por los sistemas de salud y aclarar si existen prestaciones ilegales (ej. Aborto) o excluidas de la cobertura (ej. Vasectomía).

La SSyR como parte de la cobertura del derecho a la salud, responde al criterio de universalidad. No aparece una distinción entre el tratamiento de este aspecto de la salud.

En este sentido, cabe resaltar que la CCSS, como entidad autónoma, establece una serie de normas para su funcionamiento del sistema de salud. Respecto a la cobertura, ha descrito los siguientes tipos de beneficiarios: 1) directa (mantiene una relación convencional entre empleador y empleado) , 2) autoasegurado (voluntario asegurado que trabaja por su propia cuenta en alguna actividad) , 3) pensionista , 4) asegurado (parientes indirectamente asegurados de los beneficiarios directos de la familia: los asalariados , pensionistas , o beneficiarios de autoasegurados , y 5) asegurados por el Estado, en cuyo caso la financiación es responsabilidad exclusiva del Estado. Estas formas de aseguramiento corresponden a los regímenes de seguridad social administrados por la CCSS.

Es por ello que, quienes no tienen un número de identificación de seguridad social, a pesar de pertenecer a la categoría de "asegurados por el Estado", encuentran importantes dificultades para acceder a los servicios, ya que no existe una forma expedita de probar su calidad frente al sistema de salud. Por otra parte, la cobertura de los servicios de atención primaria distribuidos en los EBAS del país demuestra brechas geográficas importantes. Estos centros de atención están en capacidad de atender a una población de 3,8 millones y no de 4,5 millones que es la demanda real en la actualidad⁵⁵.

Prestaciones ilegales:

Fertilización in vitro

En Costa Rica, a pesar del fallo de la CIDH en contra del Estado por la vulneración del derecho a la libertad reproductiva de las mujeres y de las parejas costarricenses con la prohibición de la realización de tratamientos de fertilización asistida, todavía no se ha emitido una regulación que permita el acceso efectivo a este tipo de

P

R

O

Aborto

C

Se estima que los abortos ilegales llegan a 27.000 por año, de acuerdo con la investigación de la asociación demográfica costarricense⁵⁶. Esta estimación representa una tasa de 22,3 por cada mil mujeres en edad

E

reproductiva en el país. Aun dentro del restringido marco legal local que solo permite los abortos terapéuticos, la

S

O

realización en estos es deficiente. Prueba de ello es la demanda iniciada en 2011 en contra del Estado de Costa Rica⁵⁷ por la vulneración del derecho al acceso al aborto legal de una mujer de 26 años cuya salud física y mental se encontraban en serio peligro, por la continuación de un embarazo con un feto gravemente malformado. El Estado

no garantizó los derechos de la mujer a la salud, autonomía, integridad, libertad reproductiva, entre otros, obligándola a parir un feto muerto con todas las consecuencias negativas que ello implica. Este caso, es por supuesto, solo una muestra de la grave situación del país a este respecto, ya que la mayoría de los abortos se realizan en el marco de la ilegalidad y generalmente en condiciones inseguras.

4.1 Señales de progreso.

4.1.1 ¿Se garantiza a toda la población el acceso adecuado a la atención en SSyR en adecuadas condiciones de oportunidad, calidad y dignidad independientemente de su capacidad de pago? Incluir distinciones en la cobertura (edad, sexo, etc.), grupos excluidos (origen étnico o nacional, etc.) y prestaciones de SSyR cubiertas, (anticoncepción, fertilidad, tratamientos hormonales, aborto, consejería, etc.)

“Los grupos beneficiarios del régimen no contributivo son los pobres, las poblaciones indígenas, las personas de edad avanzada y otros grupos que necesitan asistencia económica (por ejemplo, las personas con discapacidad). No existen disposiciones especiales, sin embargo, hay algunas pautas generales y principios encaminados a reducir las barreras de acceso para los pueblos indígenas y otros grupos vulnerables”⁵⁸.

En relación con las prestaciones del SSyR cubiertas:

Anticoncepción:

El gobierno de Costa Rica, a través de la CCSS, recibe anticonceptivos de donantes internacionales desde hace más de 12 años y, según la encuesta de hogares 1999, mantiene una alta tasa de uso de anticonceptivos cercana al 80%. Cifra que se confirma en la encuesta de SSyR de 2010, según la cual la prevalencia de uso es de 82,4%⁵⁹. La CCSS adquiere suministros anticonceptivos hormonales orales de fabricación local que tienen uno de los precios más competitivos en la región. El resto de los métodos anticonceptivos, que son de fabricación internacional, se adquieren a través de un importador/distribuidor local. El hecho de que la CCSS adquiera la mayoría de sus medicamentos centralmente, le permite tener más poder de negociación, así como un mayor control sobre la calidad de los productos.

Los anticonceptivos se consideran parte de la LOM en Costa Rica, aunque se ofrecen opciones relativamente limitadas de métodos. La LOM incluye sólo dos tipos de anticonceptivos orales, medroxiprogesterona (inyectable de aplicación trimestral por 150 mg), condones normales y extra- fuerte, y el DIU (T de cobre). Como afirma Arango en el Informe del Centro de Derechos Reproductivos en 2011: “[E]l espectro de los anticonceptivos que se ofrecen dentro de la CCSS no incluye muchas de las tecnologías más seguras y modernas (...) Muchos de estos métodos, como la esterilización quirúrgica, no son apropiados para las mujeres que buscan la anticoncepción temporal. Otros métodos seguros -como el anillo vaginal, el DIU hormonal (como Mirena) y las formulaciones más recientes de la píldora, incluyendo los tipos de progestina solamente, no están disponibles a través de la CCSS. **Lo más alarmante, es que el Estado no ha podido incluir la anticoncepción de emergencia**”⁶⁰.

4.1.3 Existencia de estudios de percepción acerca de la accesibilidad al sistema de salud en relación con la SSyR (tener en cuenta información, sobre accesibilidad física, económica, simbólica y aceptabilidad).

Si bien no existen estudios que den información suficiente sobre la accesibilidad al sistema, de acuerdo con el informe de Saenz en 2011: “[un] síntoma de la insatisfacción con las soluciones ofrecidas por el sistema de salud se refleja en el hecho de que, durante el año 2009, todas las semanas se presentaron por lo menos 60 casos de *habeas corpus* y recursos de inconstitucionalidad en contra de la CCSS, ante la Sala IV (Sala IV; Corte Constitucional). Los casos se relacionaron, especialmente con la prescripción de medicamentos del LOM o la aprobación de un tratamiento que no fue oportunamente ofrecido por el sistema de salud”⁶¹.

R E S U M O	<p>5. Existencia de disparidades público-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud SSyR.</p> <p>De acuerdo con el informe sobre los indicadores de desarrollo de 2011 la CCSS es, en esencia, la única compañía de seguros en Costa Rica; el seguro privado de salud es prácticamente inexistente. Según las estadísticas del Banco Mundial: el gasto en salud es un 10,9% del PIB, que cubre el 70,1% del gasto total en salud, mientras que el 27,2% es inversión de usuarios/as, dejando sólo 0,9% a otros recursos.⁶² En este sentido la atención de salud privada es una elección de pocos/as usuarios/as, la diferencia más notable en la atención tiene que ver con la rapidez, pero el servicio tiene niveles de calidad similares en los demás aspectos.</p> <p>6. Porcentaje de servicios de SSyR contratados a compañías privadas o a ONGs.</p> <p>De acuerdo con el estudio de Unger en 2008: “el sistema de salud de Costa Rica promueve la atención privada limitada. Las instalaciones públicas pueden remitir a los pacientes al sector privado cuando están sobrecargadas o por elección de las/os usuarios. En este último caso deben pagar todos los gastos de consulta, pero la CCSS reembolsa los costos de medicamentos y de exámenes de laboratorio efectuados por derivación de la consulta privada”⁶³.</p>
----------------------------	--

7. Tasa de utilización de los servicios de SSyR.

Anticoncepción:

Según la encuesta de salud sexual y reproductiva de 2010, la prevalencia anticonceptiva se muestra similar a las encuestas de 1999 y 2009, con 82,2%. La distribución por método específico muestra diferencias importantes durante las últimas tres décadas. El uso de los anticonceptivos orales en el año 2010 muestra una disminución de 4,3% en relación con 1999, situándose actualmente en 21,3%. En orden de importancia, el método anticonceptivo actual más utilizado es la esterilización femenina (30%), mostrando un aumento del 8,6% respecto del reportado en 1999. Le siguen los anticonceptivos orales con un 21,3%, y los anticonceptivos inyectables cuya prevalencia ha aumentado en un 3,6% respecto de la encuesta del 99. El uso del DIU como método anticonceptivo muestra una reducción, al pasar de 6,9% en 1999 a 3,4% en 2010; y el método del ritmo desciende de 6,0% en 1999 a 1% en 2010.

En cuanto al condón masculino en mujeres en unión, registra una disminución sostenida de su uso desde 1992 (cuando presentaba una prevalencia de 15,7%), para alcanzar un 9% en el 2010.

Según la encuesta de conglomerados múltiples de UNICEF en 2011⁶⁴ existe una necesidad insatisfecha de cobertura de servicios de anticoncepción del 7,6%.

Atención del embarazo y el parto:

De acuerdo con la encuesta Nacional de SSyR de 2010, un 88,7% de las mujeres tuvo su primer control prenatal en el primer trimestre. En cuanto al número de controles prenatales, el 64,9% tuvo entre 7 y 9 controles, mientras que una de cada cinco mujeres tuvo entre 3 y 6 controles prenatales. El control prenatal adecuado, definido para todas aquellas mujeres que tuvieron como mínimo 3 controles y uno de ellos en el primer trimestre, es de 88,4%, lo que implica que el 11,6% de las mujeres no tuvo acceso a un control adecuado durante su embarazo. Esto, sin embargo, representa una mejora con respecto a 1999, cuando un 18,8% de las mujeres no tuvo acceso a un control adecuado.

De acuerdo con las estadísticas mundiales de salud de la OMS para 2013 en Costa Rica cerca de un 98% de los partos se realizaron en el sistema de salud, de ellos el 95,3 recibió atención profesional⁶⁵. Sin embargo, su comparación con estudios de calidad de la atención como el "análisis de los indicadores de género y salud" de la OPS, por ejemplo, en 2008 mostraba que existe una sobre medicalización de la atención. Se registran únicamente 30% del total de partos atendidos en el sistema de salud como partos normales, es decir, aquellos que no requirieron una intervención invasiva del equipo de salud y el 20,5% de los nacimientos se realizó por cesárea.

7.1 Señales de progreso

7.1.1 Tasa de uso de anticonceptivos

Aunque en Costa Rica la tasa de uso de anticonceptivos es positiva, según la Encuesta Nacional de SSyR, hay una necesidad insatisfecha de anticonceptivos del 11,6% entre las mujeres en edades fértiles⁶⁶.

B. Ejes transversales a todos los DESC

1. Igualdad y no discriminación

24. En este eje se revela la información acerca del esfuerzo del Estado en cuanto al logro de la igualdad material de su población. En este sentido, se aporta información relacionada con las medidas y políticas adoptadas, para impedir o corregir las diferencias de trato, basadas en categorías prohibidas que restrinjan o limiten el ejercicio de los derechos. De igual forma, se informará acerca del esfuerzo estatal en la atención de la SSyR de grupos de atención prioritaria, que deberían ser determinados en virtud de criterios objetivos y razonables que permitan adecuar, tanto las características de la atención como la cobertura y prestaciones incluidas, a las características propias del grupo de que se trate (adolescentes, mujeres, indígenas, personas con discapacidad, personas con recursos económicos insuficientes, etc.). Se debe atender al concepto de discriminaciones múltiples (*multiple discrimination*) que incluye no solo a grupos sociales sino también zonas geográficas desaventajadas, por factores como las condiciones ecológico-ambientales, de infraestructura sanitaria, de desarrollo económico, etc.⁶⁷

25. En este punto es de resaltar la conexión que existe entre la igualdad sustantiva y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La igualdad y la no discriminación hacia las mujeres, están directamente conectados con la falta de servicios de salud que solo necesitan las mujeres, tales como la anticoncepción de emergencia y el aborto. La negación de estos servicios de salud, es la perpetuación de la discriminación. De la misma forma, se presentarían datos sobre las políticas de atención de las SSyR de grupos especiales como: la población adolescente, para la cual si bien existe normativa específica, los avances reflejados en datos como la natalidad de madres adolescentes (20%) muestran su defectuosa aplicación; la población indígena, para la cual se han realizado modestos esfuerzos por parte de la CCSS en la implementación de un modelo de salud intercultural, cuyos resultados aún son muy incipientes para dar cuenta de un verdadero avance en este sentido; la diversidad sexual, para la cual no existe una política pública específica, ni servicios de salud destinados a la atención de las particulares necesidades de estos colectivos; la población migrante que, como lo muestran los datos presentados, si bien se encuentran cubiertas por los seguros de salud disponibles, sufren discriminación por parte de los equipos de salud, por ejemplo presiones para la limitación de su reproducción.

Igualdad y no discriminación	
E S T R U C T U R A L	<p>1. Regulación del aborto. Describir el modelo de regulación y las normas relacionadas.</p> <p>El artículo 121 del Código Penal, permite el aborto cuando se encuentra en riesgo la salud o la vida de la mujer. A pesar de esto, el acceso de las mujeres a este servicio es muy limitado, tanto por la falta de información como por la oposición del personal de salud a realizarlo.</p> <p>A pesar del marco legal tan restrictivo, datos de la Asociación Demográfica Costarricense estiman que en el país ocurren unos 27 000 abortos inducidos por año, con una tasa de aborto de 22,3 por cada mil mujeres entre los 15 y 49 años, una razón de 38 abortos por cada cien nacidos vivos⁶⁸.</p> <p>Hasta el momento de la confección de este informe no existe una regulación para el acceso al aborto no punible y según los informes de la sociedad civil⁶⁹ se puede observar una deficiente implementación del acceso al aborto terapéutico, especialmente cuando se trata de riesgo para la salud integral de la mujer, en los casos de peligro para la vida aumenta la probabilidad de conseguir la interrupción del embarazo en los servicios públicos de salud.</p> <p>2. Existencia de una política de salud SSyR para adolescentes.</p> <p>La Ley 7735, "Ley General de Protección a la Madre Adolescente" de 1999 en su artículo 9 dispone que las clínicas de la CCSS y los centros de salud, deberán implementar: i) La creación el Consejo de Atención a la Madre Adolescente; ii) programas de atención integral para las madres adolescentes, con la supervisión del Consejo Interinstitucional; iii) Brindar asistencia gratuita, prenatal y posnatal, a las madres adolescentes; iv) Desarrollar programas de formación y orientación tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad; v) Impartir cursos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, para evitar futuros embarazos no planeados; vi) Brindar a las madres adolescentes insumos que les permitan criar y educar adecuadamente a sus hijos.</p> <p>La Ley 7739, "Código de la Niñez y la Adolescencia" de 1998 en su capítulo IV establece el derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes. El artículo 41 de dicha ley, se refiere a su derecho a la atención médica, de forma directa y gratuita por parte del Estado. El artículo 44 establece la obligación de crear programas de atención y educación sobre salud sexual y reproductiva para esta población.</p> <p>Por su parte, la Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven, contempla el derecho a la salud y la educación de manera general pero no se refiere específicamente a la SSyR.</p> <p>2.1 Existencia de una política de SSyR para atención de la diversidad sexual (orientación sexual e identidad de género)</p> <p>De acuerdo con la información presentada por la ONG costarricense MULABI en 2012, no existen "programas específicos, puesto que se considera que las acciones institucionales van dirigidas a toda la población sin hacer diferencias por orientación sexual o identidad de género, además, el accionar de la CCSS responde a principios establecidos en la Constitución Política y de la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde las gestiones van dirigidas a llenar las distintas necesidades de salud de la población; sin embargo, con este discurso de una pretendida homogeneidad se ignoran las diferencias de la sociedad costarricense"⁷⁰.</p>

2.1.1 Existencia de una política especial para atender a las poblaciones indígenas.

De acuerdo con la información disponible en la página oficial del ministerio de salud de la nación⁷¹, la CCSS en 2013 lanzó el “Programa para la atención diferenciada e inclusiva en salud de los pueblos indígenas” mediante el cual se pretende mejorar las condiciones de salud de los ocho pueblos indígenas que existen en Costa Rica, puso en marcha la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

De acuerdo con datos institucionales, en Costa Rica habitan 104.143 indígenas (51 702 hombre y 52 434 mujeres), para quienes la CCSS dispone de 82 puestos de visita periódica, 48 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (ABAIS) y 19 áreas de salud para brindarle atención médica a ocho comunidades que habitan en Costa Rica, entre ellas: Bribi, Bruca o Boruca, Cabécar, Chorotega, Huetar, Maleku o Guatuso, Ngäbe o Guaymí y Térraba.

En este Programa se abordarán entre otras cuestiones de salud, las relacionadas con la reproducción (prevención y atención del parto), la violencia sexual y la trata de personas. La CCSS está proponiendo un modelo con un enfoque intercultural, de derechos humanos y género donde el respeto a las prácticas culturales indígenas sea uno de los ejes transversales de la atención que se les está brindando.

La Institución promoverá la participación de las comunidades indígenas en el proceso de atención, el desarrollo del recurso humano y la educación en salud de estos ocho pueblos indígenas.

En este nuevo modelo, las parteras juegan un papel muy importante ya que son ellas las que atienden los partos y cuidan de los recién nacidos, al ser capacitadas por los especialistas en pediatría y ginecoobstetricia en temas como los problemas que se puede suscitar a la hora del parto se han podido disminuir las tasas de mortalidad infantil en el territorio indígena.

Importante es notar que no existen políticas o procesos especiales para la atención de la población afro costarricense, inclusive habiendo un faltante de gineco-obstetra en la provincia de Limón (predominantemente afro). Las mujeres de esta provincia deben de viajar a la capital por sus mamografías y citologías, creando desventaja no solo por geografía sino también por su condición étnica y socio económico.

En las zonas urbanas un 17,3% de las mujeres afro descendientes, un 16,6% de la población negra y un 17,4% de la población mulata no cuentan con seguro social.

En las zonas rurales, un 16,1% de las mujeres afro descendientes, un 15,0% de las mujeres negras, y un 16,3% de las mujeres mulatas.

Esto es importante en comparación con la población total del país, donde las mujeres del área urbana tiene un porcentaje de acceso al seguro social de un 11,8% y las de la zona rural de un 14,9%

3. Reconocimiento de los DRR. Instrumentos normativos y su alcance.

Actualmente los instrumentos jurídicos que reconocen o protegen los DRR son:

- Plan Nacional de Salud 2010-2021 : El propósito de este plan es ofrecer una orientación a la población en general en relación con la igualdad de género y la salud sexual.
- Política Nacional de Equidad de Género (2007) : El propósito es eliminar los estereotipos de reproducción entre los sexos con el fin de promover la igualdad entre ellos.
- Política Nacional de VIH (2007) : Educar a la población sobre la enfermedad y la salud reproductiva y sexual.
- Plan Estratégico Nacional de VIH (2011): Promover la salud sexual y reproductiva y prevenir las enfermedades de transmisión sexual como el VIH.
- Política Nacional de Niños , Niñas y Adolescentes (2009): Promover la salud sexual y reproductiva con el fin de prevenir las enfermedades de transmisión sexual como el VIH.
- Política Nacional de la Sexualidad (2010): establece que la educación integral sobre sexualidad promueve la desaparición de los mitos relacionados con el uso de anticonceptivos y su uso , no sólo para prevenir enfermedades de transmisión sexual , sino también para prevenir los embarazos no deseados. La encuesta realizada por la política muestra que el 100% de la población femenina y masculina conoce la existencia de al menos un método anticonceptivo y el propósito es promover su uso mediante la educación sobre la igualdad de género.
- Plan Nacional Estratégico de Salud de los Adolescentes (2010): promueve el uso de anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados y permitir que los adolescentes tengan una vida sexual saludable.

3.1 Señales de progreso

3.1.1 Existencia de protocolos de actuación para SSyR (VIH/SIDA, aborto, anticoncepción de emergencia, violencia sexual, intersexualidad, readecuación corporal, etc.)

Únicamente existe un protocolo para el abordaje de la violencia sexual, que incluye la anticoncepción de emergencia.

4. Estimaciones de abortos inducidos, por edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas de la mujer.

De acuerdo con la estimación más reciente sobre el aborto inducido, de 2007⁷², en Costa Rica ocurren unos 27000 mil abortos inducidos por año, lo que representa una tasa de 22,3 abortos por cada mil mujeres en edades entre los 15 y los 49 años; y una razón de aborto de 38 abortos por cada cien nacidos vivos, es decir, en Costa Rica ocurre en promedio un aborto cada tres nacidos vivos. Se ha dado un aumento sustancial en la tasa y la razón de abortos, que pasó de 10,06 en 1991 a 22,3 en el 2007; y de 10,9 en 1991 a 38 en el 2007, respectivamente;

La evidencia proporcionada mediante la combinación de la información recolectada en EPS y en ECS, indica que de los 11636 abortos que se atienden anualmente en los centros de salud del país, únicamente 3550 son producto de un aborto espontáneo, los restantes 8086 son producto de un aborto inducido.

Los hallazgos de la investigación indican que las mujeres con recursos económicos en Costa Rica, recurren frecuentemente a proveedores de salud capacitados, específicamente con gineco-obstetras, mientras que las mujeres pobres utilizan el misoprostol vaginal y oral para la inducción del aborto. En este sentido, los proveedores utilizados frecuentemente para la inducción del aborto, según el nivel económico y el área de residencia son, gineco-obstetras mediante AMEU y Misoprostol (76%) para mujeres urbanas no pobres; las mujeres pobres recurren a la auto inducción del aborto mediante el misoprostol (53,8%). En el caso de las áreas rurales las mujeres no pobres, al igual que en el área rural, recurren con mayor frecuencia a gineco-obstetras (55,7%) y las mujeres pobres de estas áreas utilizan la auto-inducción mediante misoprostol (41,3%).

Los riesgos de sufrir complicaciones producto del aborto provocado son bastante bajos en el país y están asociados principalmente al aborto auto inducido, siendo la principal complicación (70%) la pérdida excesiva de sangre. Según las personas entrevistadas en el estudio realizado por Gómez en 2007, sobre la incidencia del aborto en Costa Rica⁷³, el acceso de las mujeres al misoprostol ha generado un alivio a los sistemas de salud, reflejado en la ausencia de complicaciones referidas a perforaciones y daño a órganos conexos a la vagina y al útero; y por tanto de los altos costos de atención post-aborto y la reducción de la mortalidad materna por aborto.

5.1 Señales de progreso

5.1.1 Barreras específicas para la atención (adolescentes, personas rurales, indígenas, personas con discapacidad, etc.)

P "Las mujeres migrantes se enfrentan a varios retos que incluyen las percepciones por parte de los
R nacionales, especialmente en la interacción de los migrantes con los proveedores de atención de salud. Las
O mujeres migrantes enfrentan la contradicción de las presiones para limitar su fertilidad con poco o ningún apoyo
C institucional para el acceso a los anticonceptivos a excepción de la ligadura de trompas"⁷⁴.

S De otras poblaciones específicas no se encuentran datos diferenciados.

O

6. Tasa de mortalidad materna (TMM)

Según las estadísticas mundiales de 2013 de la OMS, la TMM de Costa Rica es de 40 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, siendo una de las más bajas de la región. Según las estadísticas vitales de 2011 del Ministerio de Salud de la Nación, en ese año se registraron un total de 17 muertes maternas para una tasa de 2,31 por diez mil nacimientos vivos, que fue un poco más alta que la registrada el año anterior (2,11). El comportamiento de este indicador muestra variabilidad con altibajos constantes. Las causas más frecuentes de este tipo de muertes son las septicemias, la toxemia y las complicaciones en el puerperio.

La provincia de Limón, en la evaluación quinquenal, registró la tasa más alta con 4,78 por 10.000 nacimientos, seguida por San José con 2,5. La provincia con menor tasa fue Heredia con 1,22. Las provincias sin muertes maternas en este año fueron Cartago, Heredia, Guanacaste y Puntarenas.

Las tasas más altas de mortalidad se dan a partir de los 30 años de edad. Llegando a una TMM de 8 a partir de los 40 años.

R Para el año 2012 se registró una TMM de 2,18 por 10.000 nacidos vivos, que representa a 16 mujeres que
E murieron durante ese año. Esta tasa muestra una ligera disminución con relación a las de 2011. El aborto
S representa la primera causa de muerte con una tasa 0,42% por 10.000 nacidos vivos, siendo la segunda causa de
U muerte reconocida. Nuevamente la provincia de Limón seguida de la Heredia representan las mayores cifras de mortalidad. Para este año aumentó la cantidad de muertes de mujeres desde los 20 años (81,25%).

8. Distribución de la mortalidad materna por edad

L Para 2012 se reportaron 16 muertes maternas. De ellas: 3 entre 15-19; 4 entre 20-24; 4 entre 25-29; 3 entre 30-34; 2
T entre 35-39.

9. Tasa de mortalidad perinatal

O La Tasa de mortalidad perinatal para el 2012 fue de 6,34 por cada 1000 nacidos vivos.

10. Cantidad de partos atendidos por personal calificado

El 98% de los partos son atendidos en servicios de salud y de ellos 95% son atendidos por profesionales.

11. Porcentaje de mujeres embarazadas con atención prenatal

Según la encuesta de SSyR de 2010⁷⁵, un 88,7% de las mujeres tuvo su primer control prenatal en el primer trimestre. En cuanto al número de controles prenatales, el 64,9% tuvo entre 7 y 9 controles, mientras que una de cada cinco mujeres tuvo entre 3 y 6 controles prenatales. El control prenatal adecuado, definido para todas aquellas mujeres que tuvieron como mínimo 3 controles y uno de ellos en el primer trimestre, es de 88,4%, lo que implica que el 11,6% de las mujeres no tuvo acceso a un control adecuado durante su embarazo. Esto, sin embargo, representa una mejora con respecto a 1999, cuando un 18,8% de las mujeres no tuvo acceso a un control adecuado.

11.1 Porcentaje de adolescentes embarazadas, porcentaje de atención prenatal en este grupo.

La tasa de fecundidad de adolescentes es de 54 por cada 1000 mujeres, de acuerdo con la encuesta de indicadores de conglomerados múltiples de UNICEF en 2011.

En el año 2008 en Costa Rica se presentaron un total de 74.284 nacimientos, de los cuales 14.856 fueron de mujeres menores de 19 años. Lo anterior significa que el 20% de los nacimientos que se dieron en el país, correspondieron a mujeres menores de 19 años, situación que se ha mantenido de manera constante desde el año 1998, hasta la actualidad. Es común que mujeres y hombres que se enfrentan a la situación de ser madres o padres a temprana edad, puedan afrontar serios problemas de tipo psicológico, afectivo, educativo, laboral, económico y social.

2. Acceso a la justicia

26. En este eje transversal se entiende la justicia en sentido amplio, por lo cual se incluyen todos los remedios, tanto a nivel judicial como administrativo, contemplados en el ordenamiento jurídico para la obtención de la satisfacción de las prestaciones relacionadas con la SSyR. De la misma manera se comprende la información relacionada con la eficacia y efectividad (accesibilidad, debido proceso, plazos de resolución, etc.) de estos mecanismos para la garantía de cumplimiento del derecho a la SSyR.

27. La información presentada, muestra la necesidad de reforzar las medidas para garantizar el acceso a la justicia en casos relacionados con SSyR. Muestra de ello, son los casos que han llegado a instancias internacionales derivadas de la falta de respuesta judicial y/o administrativa nacional por la violación de derechos humanos reproductivos. Especialmente en materia de aborto legal por indicación terapéutica, los casos A.N y “Aurora” en los que la interpretación restringida del marco legal expuso a riesgos para la salud en sus esferas física, psíquica y social a las mujeres víctimas de las vulneraciones, tanto en el sistema de salud como en el poder judicial. En el mismo sentido la restricción indebida del derecho a la reproducción, mediante la limitación del acceso a las técnicas de reproducción asistida en el país tuvo que llegar a la CIDH ya que en el nivel interno el reclamo no tuvo respuesta, incluso llegando a la máxima autoridad judicial del país, que mostró su desconocimiento del marco legal de protección de estos derechos.

Acceso a la justicia	
E S T R U C T U R A L	<p>1. Existencia de instalaciones prejudiciales para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud SSyR (oficinas de atención especializadas en mujeres, adolescentes, etc. que reciban asuntos relacionados SSyR). Jurisdicción, alcance y competencias.</p> <p>En virtud del artículo 5 de la Ley N° 8.239 (Gaceta N° 75, de fecha 10 de abril de 2002, Ley de Derechos y Deberes De Las Personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados (N° 8239), la Oficina de Auditoria General de los Servicios de Salud se creó con el fin de asegurar que se observen todas las disposiciones relativas a dicha ley y promover la mejora continua de la atención en los servicios de salud.</p> <p>Por otra parte, el artículo 10 de la Ley de 8239 creó la Oficina de Contralorías de Servicios de Salud que, entre otros, es responsable de informar al público en general sobre sus derechos, promover las denuncias e informes, y comenzar las investigaciones relacionadas con quejas o denuncias de usuarios. Esta oficina tiene autoridad, tanto en el sector de la salud pública como privada, con el fin de promover una mejor comunicación entre el paciente y el</p>

E S	<p>personal de atención de salud. La organización y funcionamiento de la Contralorías de Servicios de Salud se rige además por la Ley N. 173, aprobada por la Asamblea Legislativa en septiembre 10 de 2013. Cuyo artículo 14 establece las funciones de la Contraloría, que incluye la realización de investigaciones preliminares internas sobre las deficiencias en la prestación de servicios médicos, aunque no otorga competencia específica a para ordenar la cobertura de atención médica o reparaciones.</p>
	<p>2. Competencias de los ministerios sectoriales para recibir denuncias o quejas de los usuarios del sistema de salud en SSyR. Alcance y facultades.</p> <p>El artículo 10 de la Ley de 8239 (Gaceta N°75, 10 de abril de 2002), Ley de Derechos y Deberes De Las Personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, creó las Contralorías de Servicios de Salud que, entre otros, son responsables de promover las investigaciones relacionadas con las quejas o denuncias presentadas por los usuarios. La contraloría tiene autoridad, tanto en el sector de la salud pública como privada. Tiene además, la finalidad de promover una mejor comunicación entre las/os usuarias/os y el personal de atención de salud. La organización y funcionamiento de las Contralorías de Servicios de Salud se rigen más por la Ley N. 173 aprobada por la Asamblea Legislativa en septiembre 10 de 2013. En su artículo 14 la Ley N. 173 establece las funciones de la Contralorías, que incluyen la realización de investigaciones preliminares internas sobre las deficiencias en la prestación de servicios médicos, aunque no tiene competencia para decretar reparaciones u ordenar prestaciones específicas no contempladas en las normas vigentes. Es entonces un mecanismo de autocontrol del sistema de salud nacional.</p>
	<p>3. Número de decisiones judiciales que han hecho lugar a garantías en materia de SSyR. Diferenciar por asunto, instancia, alcance de la decisión, etc.</p> <p>Sin dato.</p>
	<p>4. Número de denuncias recibidas, investigadas y resueltas en relación a la SSyR por los organismos de derechos humanos competentes en el país. Incluir casos como esterilizaciones forzadas, negación de prácticas de abortos legales, trato cruel en la atención postaborto, violación del secreto profesional, etc</p> <p>Si bien no existe un dato consolidado del número de denuncias y casos resueltos en materia de SSyR, una muestra de la reticencia de las autoridades locales a dar respuesta y garantía a los DSyR, se puede ver en los casos de:</p> <p>A.N, una mujer de 26 años con un embarazo con feto anencefálico que solicitó un aborto terapéutico ante la CCSS. Le fue negado y en cambio fue obligada a soportar duros padecimientos de salud física y mental (depresión severa con ideaciones suicidas). Su reclamo fue llevado al poder judicial, en este caso la Corte Constitucional, que si bien reconoció que la situación de A.N. implicaba un riesgo para su vida y su salud, determinó que éste provenía de sí misma (ideas suicidas) y no del embarazo que estaba gestando en contra de su voluntad y de sus derechos, por lo que denegaron su solicitud. Por ello AN tuvo que llevar adelante el embarazo y parir un feto que murió tres días después. Ante la falta de garantía de los derechos de AN se presentó denuncia ante la CIDH en busca de responsabilizar al Estado por su falla sistemática en proveer un mecanismo para asegurar que las solicitudes de aborto cuando la vida o la salud de la mujer estén en peligro, se resuelvan a tiempo y en el mejor interés por la protección de los derechos humanos de la mujer.</p> <p>“Aurora” como se conoce el caso de una mujer de 32 años, que cursando las 12 semanas de gestación fue diagnosticada con un embarazo no viable por los médicos del Hospital Calderón Guardia, ya que el feto presentaba un síndrome conocido como “abdomen pared”. Tras conocer su situación la joven solicitó la interrupción terapéutica del embarazo, pero le fue negada incluso por la Sala Constitucional, en donde mediante un pedido de amparo reiteró su solicitud de aborto terapéutico. No obstante, la Sala reconoció la vulneración de los derechos de Aurora, se negó a ordenar a la CCSS que realizara la práctica. La mujer tuvo a su hijo en el Hospital Max Peralta de Cartago, a finales de diciembre del 2012, pero el niño vivió menos de una hora después de nacer. “Aurora decidió continuar en la búsqueda de justicia para que ninguna otra costarricense vea violentados sus derechos y sea sometida al trato inhumano, cruel y degradante que ella sufrió. Aún a sabiendas del largo camino por recorrer, ella optó por demandar al Estado costarricense ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).”⁷⁶</p> <p>En el caso resuelto con una condena al Estado de Costa Rica, llamado “Artavia Murillo y otras (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica”⁷⁷. En este se condena por la vulneración de los derechos reproductivos de todas las parejas costarricenses con la prohibición, instaurada por vía judicial en el año 2000, de la realización de tratamientos para la reproducción asistida en el país, por considerar que los embriones fecundados tenían derecho a la vida y por tanto los tratamientos que pueden dejar embriones remanentes podrían vulnerar su derecho. La CIDH consideró que la prohibición total de la técnica de FIV es incompatible con la Convención Americana de Derechos Humanos</p>
P R O C E S O	

(CADH), ya que es una limitación injustificada de los derechos a la autonomía, la identidad, la privacidad, la libre elección en la reproducción y el derecho a fundar una familia. Dejando clara la vinculación existente entre el acceso a los métodos más avanzados de asistencia en la reproducción y el derecho a la salud en los términos protegidos por el derecho interamericano de acuerdo con los estándares establecidos por la OMS. La Corte se expidió sobre la protección del derecho a la vida aclarando que existe un nexo imposible de eludir en la protección de la vida intrauterina, la relación inexpugnable entre el embrión y el cuerpo de la mujer que lo gesta. Por tanto solo cuando esta relación está consolidada (con la denominada "implantación") se puede hablar de un verdadero objeto de protección jurídica. Esta afirmación termina con las interpretaciones restrictivas que cuestionaban la legalidad de mecanismos de anticoncepción de emergencia como la PAE, además de aquellos para la reproducción asistida. Por otra parte, deja en claro que la protección legítima de la vida en gestación solo puede darse una vez se reconoce la relación intrínseca que existe con el cuerpo de la mujer gestante. Es por ello que también impacta en el debate sobre el aborto, reconociendo que la vida, la salud, la autonomía reproductiva y personal de las mujeres es central en el debate y que la protección de la vida en gestación siempre debe ser incremental.

Si bien el caso fue resuelto en 2012 hasta el momento, el único avance verificable en el cumplimiento del fallo, fue la publicación en un diario de amplia circulación de su contenido, para que pueda ser conocido por toda la ciudadanía. Más allá de esto el Estado aún adeuda la implementación de normativa que garantice el acceso a las técnicas de reproducción asistida, a pesar de las reiteraciones emitidas recientemente por la CIDH ante la falta de cumplimiento del Estado⁷⁸.

R	
E	
S	5. Composición por sexo de los casos notificados de VIH/SIDA
U	De acuerdo con las cifras disponibles en la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación para 2012 se
L	presentaron 684 casos nuevos, de los cuales 110 (tasa 4,6 por 100.000 habitantes) fueron mujeres y 574 (tasa 23,8)
T	fueron hombres. Estas cifras representan una razón hombre mujer de 5,2. Razón que supera la de los años
A	anteriores (4,3 en 2011, 4,5 en 2010, 3,7 en 2009, 3,8 en 2008 y 3,3 en 2007) ⁷⁹ . La cifra total de casos reportados
D	entre 2002 y 2012 es de 5911 que representa una tasa de 110 de las cuales 4693 fueron hombres (tasa de 205,2) y
O	1218 (tasa de 55,3) fueron mujeres.

3. Participación ciudadana y acceso a la información

28. Este eje transversal a todos del DESC busca proporcionar información sobre las estrategias públicas para la difusión de información en materia de SSyR, tanto a nivel del ejercicio del derecho como del diseño e implementación de las políticas sanitarias específicas. Este último componente se relaciona con la garantía de la obligación estatal de rendición de cuentas (*accountability*) que implica la disponibilidad de información (estadística, financiera, de gestión, etc.) de calidad, que respete los estándares acordados en el protocolo de San Salvador, sobre el relevamiento de la información, de tal forma que permita la realización de cruces y la identificación de necesidades sanitarias especiales (edad, sexo, raza, etnia, nivel económico, etc.) para que la sociedad civil y las autoridades puedan evaluar las actuaciones públicas. Los indicadores presentados evidencian el conocimiento de los Estados sobre las necesidades de sus ciudadanas y ciudadanos y cómo este conocimiento se refleja en el diseño de políticas públicas en materia de salud. Igualmente, permiten ver la participación de la ciudadanía en el diseño de las políticas de salud sexual y reproductiva. En cuanto al manejo de la información privada, en Costa Rica existe una obligación legal que establece la obligatoriedad de informar al ministerio de salud sobre algunas cuestiones relacionadas con la condición de sus usuarios, así como la obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté protegido por el secreto profesional. Si bien, existe la salvedad del secreto profesional, la obligación general de denunciar, puede generar desconfianza frente a las usuarias y usuarios del sistema de salud.

Participación y acceso- a la información	
E	1. Existencia de un sistema estadístico en materia de salud sexual y reproductiva. Cobertura territorial y
S	temática, jurisdiccional y poblacional.
T	Sin dato.

R 2 **Señales de progreso**

U 2.1 **Existencia de estudios que indaguen sobre las necesidades insatisfechas del cuidado de la SSyR en la**
C **población**

T La encuesta de indicadores múltiples por conglomerados sociales de UNFPA en 2011, incluye preguntas sobre las
U necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva. Los resultados muestran que aproximadamente un 8% de
R las mujeres no está usando anticonceptivos, quedando expuesta al riesgo de quedar embarazada, pero no quiere
A quedar embarazada. La necesidad no satisfecha es más alta en la provincia de San José y en Puntarenas.

L Entre las mujeres de 15 a 19 años se presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha, casi 20%. En este
E grupo de edad, la demanda es principalmente para espaciar los nacimientos más que para limitar. Entre las mujeres
S de 25 a 29 años sigue habiendo una demanda insatisfecha elevada, pero se trata principalmente de demanda para
limitar nacimientos. Este patrón por edad se debe probablemente a que por un lado la mayoría de las mujeres
tienen sus hijos entre los 20 a 29 años y que dado el bajo número de hijos deseados, una proporción de mujeres ya
ha completado la fecundidad deseada antes de los 29 años.

También entre los quintiles más pobres se da una mayor demanda insatisfecha. Se trata de una demanda para
limitar los nacimientos. A medida que aumenta el quintil de riqueza disminuye la demanda insatisfecha. Esta
disminución se debe sobretodo a la disminución de la necesidad para limitar.

En cuanto a la atención prenatal, la encuesta muestra que: Una muy alta proporción de las mujeres embarazadas
recibe atención prenatal en el país. En general, el 98% recibió atención prenatal por personal calificado. En
Puntarenas, un 94% recibió atención prenatal. Esto se debe a que por un lado casi un 4% no recibió atención
prenatal, en aproximadamente 3% se ignora quien dio la atención (o fue otro tipo de persona).

Por otro lado, la atención es siempre proporcionada por un médico o enfermera obstetra en más de 90% de los
casos. Cuando esta proporción es menor se debe sobre todo que la atención fue proporcionada por una enfermera
general.

Nueve de cada diez madres (90%) recibieron atención prenatal por lo menos cuatro veces. Menos de un 5% de las
mujeres tuvo menos de tres visitas de atención prenatal durante el embarazo. Las mujeres de la provincia de
Puntarenas y San José, y las más jóvenes de 20 a 34 años tienen la menor probabilidad de recibir 4 o más visitas.

Por su parte, la atención durante el parto, la cobertura de asistencia calificada es bastante alta y homogénea en
todos los grupos de mujeres. Los médicos asistieron en el 92% de las veces y las enfermeras (general u obstetra) en
el 6%. Un muy bajo porcentaje de mujeres, menos de un 1%, fueron atendidas por una comadrona auxiliar, partera
tradicional, pariente o amigo o no fueron atendidas durante el parto. En Alajuela, y en el área rural alrededor de un
4% de los partos fueron atendidos por una enfermera general. El 26% de los partos requirieron una intervención por
cesárea. Entre las mujeres de 35 o más esta proporción aumenta al 55%, mientras que para las madres más jóvenes
de 35 esta cifra decae a 23%.

En cuanto al lugar del parto, el 98% de los nacimientos en Costa Rica se produce en un centro de salud; el 95% de
los partos ocurre en centros del sector público y el 3% se produce en centros del sector privado. Solamente el 1% de
los partos se produce en el hogar.

3. **Protección legislativa de la confidencialidad de la información en SSyR. Incluir regulación del secreto profesional.**

La ley general de salud establece la obligatoriedad de informar al ministerio de salud sobre algunas cuestiones
relacionadas con la condición de sus usuarios, por ejemplo las adicciones (art.59), así como la presencia de
enfermedades transmisibles (arts 158, 184 y 185).

Por otra parte, existe la obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio (art. 281 inciso b) del CPP), los
médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, que conozcan
esos hechos al prestar los auxilios de su profesión, salvo que el conocimiento adquirido por ellos esté protegido por
el secreto profesional.

4. **Requiere la legislación el consentimiento informado para un tratamiento o práctica de SSyR**

De acuerdo con el manual de uso del consentimiento informado de la CCSS "consentimiento informado en la
práctica asistencial", todas las prácticas sanitarias requieren el consentimiento informado de las/os usuarios del
servicio, como reconocimiento del derecho de todas las personas a participar activamente en las decisiones
sanitarias que les competen. Es además un deber de los profesionales de la salud contemplado tanto en la ley
general de salud como en la ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y
privados.

El consentimiento se realiza mediante un formulario establecido por la CCSS y es igual para todas las prácticas
sanitarias, incluyendo las de SSyR.

5. Porcentaje de efectores que tiene protocolos de confidencialidad en materia de SSyR. Describir diferencias en el tratamiento por edad, sexo, capacidad, etc.

En el país solo existen provisiones sobre confidencialidad en:

- El artículo 8 de la Ley General Sobre el VIH-SIDA, que establece que toda la información contenida en la historia clínica de un paciente con VIH no puede ser compartida, ya sea pública o privada, sin el consentimiento previo del paciente.
- Es un derecho de los usuarios de la CCSS a ser tratado con consideración y respeto, sin distinciones y exigir que el carácter confidencial de su historia clínica (Art. 2 Ley 82.392.)

8. Asesoramiento a mujeres sobre transmisión madre-hijo de VIH/SIDA

De acuerdo con la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados de 2011, en Costa Rica, el 99% de las mujeres entrevistadas ha oído hablar del SIDA. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que conocen las dos principales maneras de prevenir la transmisión del VIH es de 76%. El 86% de las mujeres ha oído de tener una pareja sexual fiel no infectada y el 84% ha oído de usar un condón cada vez. Solamente un 36% de las mujeres con ninguna educación, conocen ambas medidas para prevenir la transmisión del VIH. En general, un 38% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, tienen conocimientos amplios sobre la transmisión del VIH.

En general, el 37% de las mujeres de 15 a 49 años tenían conocimiento amplio sobre la transmisión, alcanzando casi la mitad de las mujeres urbanas (43%) y reduciéndose en las zonas rurales a un 30%. En general, el 92% de las mujeres sabe que el VIH se puede transmitir de madre a hijo(a). El 98% de las mujeres que dio a luz en los 2 años anteriores a la encuesta, recibió atención prenatal de un profesional de la salud en el último embarazo, de éstas un 17% recibió asesoramiento sobre el VIH durante la atención prenatal. Al 73% se les ofreció una prueba de VIH y se les realizó durante la atención prenatal, de ellas un 65% recibió el resultado. El 15% de las mujeres de 15 a 49 años de edad que dieron a luz en los últimos dos años, recibieron asesoramiento sobre el VIH, se les ofreció una prueba, se la realizaron y recibieron los resultados

9. Existencia de servicios de traducción en los efectores de salud para la atención en materia de SSyR.

El Ministerio salud implementó el programa "rompiendo las barreras idiomáticas y culturales" por medio del cual los equipos de atención primaria de la salud reciben formación para potenciar sus capacidades profesionales interculturales. El primer curso que se implementó fue llamado "Rompiendo barreras idiomáticas", mediante el cual se aprende el manejo básico de la lengua ngöbe.

La necesidad de los servicios de traducción, se evidencia en situaciones particular que afectan a la población indígena local, como lo es el aumento de la incidencia del embarazo adolescente, especialmente entre niñas de 11 a 14 años de edad. Aunque el embarazo adolescente es común entre las mujeres indígenas (40% del total de los casos) y responde a una variedad de condiciones, muchas de ellas culturalmente aceptadas y hasta incentivadas, el "adelanto de etapas del ciclo de vida aumenta, también, lo riesgos frente a complicaciones biológicas y secuelas psicológicas, más aún en lugares en donde el acceso a los servicios de salud es tan limitado y no hay percepción de la importancia del control prenatal"⁸⁰. Según los médicos tradicionales y parteras, este fenómeno es nuevo entre la población indígena pues la costumbre indicaba que se establecía pareja después de un rito de paso que se daba alrededor de los 17 años de edad. Es más, hay indicios de que se trata de un problema de violencia contra la mujer, pues lo común es que las parejas de estas niñas sean hombres de alrededor de 30 años de edad. No se debe descartar tampoco la influencia del factor económico. Para enfrentar este complejo problema, el Área está en conversaciones con personal de la UNA, la Defensoría de los Habitantes y el INAMU con la intención de capacitar a su personal en temas de salud reproductiva con énfasis en derechos, género y violencia.

Conclusiones informe Costa Rica

- **Disminución de la Mortalidad Materna (MM).** Si bien la MM en el país no es de las más altas de la región, es necesario aclarar que la mortalidad se presenta en su mayoría por causas evitables. Siendo la primera causa de MM el aborto inseguro, seguido por las septicemias, la toxemia y las complicaciones en el puerperio.

- **Recomendación:** fortalecer los servicios de salud y consejería en anticoncepción ampliando la cobertura y disponibilidad de métodos anticonceptivos pre y post coitales para todas las mujeres en edad fértil. Ampliar el acceso al aborto terapéutico, como mecanismo para prevenir las MM, especialmente las muertes relacionadas con causas indirectas. Implementar acciones para reducir los riesgos y daños asociados con el aborto inseguro y clandestino para evitar que sus consecuencias generen muerte o lesiones graves a las mujeres. Mejorar los mecanismos de captación y seguimiento de las mujeres durante los primeros meses de embarazo, garantizando el diagnóstico y atención adecuada para evitar las complicaciones asociados al embarazo, parto y puerperio.
- **Ampliación de la cobertura y accesibilidad a prestaciones de salud sexual y reproductiva.** En Costa Rica se encuentran serias deficiencias en el acceso a los servicios de atención de la SSyR, principalmente la falta de acceso al aborto terapéutico y la interpretación restringida en la práctica del concepto de salud que excluye la salud mental como causal de no punibilidad del aborto; la penalización del aborto de embarazo producto de una violación contrariando las recomendaciones de todos los organismos internacionales de Derechos Humanos; el acceso adecuado a los métodos modernos de anticoncepción, especialmente la PAE; y la regulación para garantizar el acceso a los métodos de reproducción asistida, y el cumplimiento de las ordenes de la CIDH en el caso Artavia Murillo que justamente condena al Estado por la restricción indebida de los derechos reproductivos.

El Estado, a pesar de las denuncias y condenas internacionales, en los mencionados casos Artavia Murillo, A.N, Aurora, entre otros, por el incumplimiento de las normas locales y los derechos internacionalmente reconocidos a la población en materia de reproducción, no ha modificado sus conductas obstructoras ni en lo formal (normativa nacional y local) ni en la práctica sanitaria.

- **Recomendación:** Se requiere la ampliación de la cobertura de insumos anticonceptivos para incluir los métodos más modernos y eficaces para el control de la reproducción por parte de las/los costarricenses, con especial énfasis en la anticoncepción de emergencia como único método de prevenir embarazos no deseados después de una relación insegura, así como prevenir abortos legales e ilegales; de la misma forma se recomienda implementar normativa que permita el acceso a las técnicas de reproducción asistida en el país de acuerdo con los compromisos internacionales de respeto de los DRR en el marco de la implementación del caso Artavia Murillo v Costa Rica; se requiere la ampliación del marco legal respecto del aborto no punible para incluir expresamente, como mínimo, los casos de malformaciones fetales y violación, como estándar mínimo de protección de la libertad sexual y reproductiva de las mujeres, bajo el marco de los derechos humanos en el nivel regional.
- **Acceso al aborto terapéutico.** En Costa Rica existe un marco legal altamente restrictivo, que no reconoce el derecho al aborto a las mujeres que han sido víctimas de violación, ya que solo se permite el aborto terapéutico y se puede constatar una interpretación restringida del concepto de salud por parte de las autoridades sanitarias y judiciales en el país. Más allá de esto, la situación de las mujeres es especialmente grave ya que se ha constatado la presencia de una fuerte resistencia por parte de los equipos de salud y de los funcionarios del poder judicial en todos sus niveles, para la autorización

y la prestación de este servicio de salud reproductiva. Así como una escasa o nula actuación de las autoridades sanitarias para revertir esta situación. A pesar de que desde 2008 en el caso A.N y en 2013 en el caso “Aurora” se denunció al Estado ante la CIDH por el incumplimiento del marco legal vigente en materia de aborto, hasta el momento de elaboración de este informe, el Estado no ha avanzado en la implementación de políticas de acceso al aborto no punible en el país, ni siquiera ha emitido un protocolo que garantice el acceso a las prácticas.

- **Recomendación:** se recomienda la elaboración y aprobación de un protocolo de acceso al aborto terapéutico para la garantía de los abortos no punibles en el sistema público de salud, que como mínimo incluya: pautas de actuación en los casos en que requiera un aborto terapéutico, con una interpretación ajustada a los estándares de derechos humanos sobre el concepto de salud que incluya sus aspectos físicos, psíquicos y sociales; capacitación de los equipos sanitarios tanto a nivel técnico como legal; desarrollo de mecanismos de reclamo y sanción específicos para el incumplimiento del deber de garantía de acceso al aborto terapéutico; provisión de recursos tanto materiales como humanos para llevar adelante las prácticas en todo el territorio nacional.
- **Acceso a la PAE.** En Costa Rica la PAE no es accesible. Los altos índices de embarazo en la adolescencia y de MM por abortos inseguros, muestran la importancia de la disponibilidad y accesibilidad de este método anticonceptivo para las mujeres en todo el país. Es un grave problema la falta de un producto de anticoncepción de emergencia registrado en el país.
 - **Recomendación:** Tener disponibilidad y accesibilidad de los métodos anticonceptivos en el país en todos los casos en que sea requerida por las mujeres, incluso se debe prever su entrega de manera previa a las mujeres para que puedan usar el método de manera inmediata aumentando de esta forma su efectividad. En el caso de la PAE se requiere la aprobación como método habilitado para su distribución y consumo tanto en los servicios de salud públicos como privados en el país, dado que en actualidad solo está aprobado el yuzpe como método alternativo.



Mónica Arango Olaya
Directora Regional de América Latina y el Caribe
Centro de Derechos Reproductivos



Pamela Cunningham
Colectiva por el Derecho a Decidir



Paula Avila Guillen
Asesora de Incidencia para América Latina y el Caribe
Centro de Derechos Reproductivos

¹ La elaboración de este informe contó con la participación de Sonia Ariza.

² COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH), *Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132, Doc. 14 rev. 1 (2008) (desarrollados bajo la dirección del comisionado Victor Abramovich).

³ Los principios de implementación han sido establecidos como marco de interpretación e implementación de los DESC. Se trata de fórmulas generales que debe inspirar las estrategias nacionales para el avance en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en relación con este tipo de derechos. Para los DESC se encuentran, por un lado, los principios de *inclusión, participación y responsabilidad*, que se refieren a los aspectos operativos de estos derechos; tienen que ver con la integración de la sociedad tanto en la formulación como en implementación de los DESC, así como con la garantía de actuación estatal frente a su incumplimiento y la rendición de cuentas sobre el avance en la implementación de las políticas acordadas, respectivamente. Por otro lado, encontramos los principios de *universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y no regresividad*, que se relacionan con un nivel estructural de los derechos. Ello por cuanto tienen que ver con el diseño de los derechos en el marco nacional, e implican una mirada sobre su alcance (cobertura, contenido mínimo, relación con otros derechos) y las obligaciones del Estado frente a los DESC. Ver Victor Abramovich, *Los Estándares Interamericanos de Derechos Humanos como Marco para la Formulación y el Control de las Políticas Sociales*, ANUARIO DE DERECHOS HUMANOS (2006).; Laura Pautassi, *Evaluando el Progreso, Midiendo el Cumplimiento de Derechos. Indicadores de Medición del Protocolo de San Salvador*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013).

⁴ Los principios descriptos se aplican en relación con los deberes específicos del Estado frente a estos derechos: protección, respeto y garantía. Estos implican respectivamente: el diseño de estrategias de implementación y cumplimiento de los DESC; la no interferencia en el ejercicio de estos derechos, ni su restricción injustificada, y el establecimiento de mecanismos para asegurar el cumplimiento. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS (CDR), *DERECHOS REPRODUCTIVOS: UNA HERRAMIENTA PARA MONITOREAR LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS* (2013), disponible en <http://goo.gl/EG44V8>.

⁵ La interrelación entre principios y deberes se cristaliza en estándares de cumplimiento de los derechos. Estos se entienden como las fórmulas que expresan los ideales de resultado en la implementación de los derechos humanos. Los estándares son parámetros de cumplimientos de los deberes estatales relacionados con la garantía de los derechos humanos y funcionan como guías para la implementación progresiva en el caso de los DESC. Los estándares de cumplimiento de los DESC, tienen que ver, por un lado, con criterios ideales para el diseño estructural de políticas públicas sobre DESC. Estos serían los estándares de *razonabilidad, igualdad y contenido mínimo de los derechos*. Por otro lado, se encuentran estándares los que tienen que ver con un nivel operativo: *adecuación, adaptabilidad, accesibilidad y aceptabilidad*; son criterios para el diseño de mecanismos de implementación de políticas públicas que contemplen el ejercicio progresivo de los DESC. Ahora bien, en materia de salud específicamente (Observación General N°14, Comité DESC), los estándares son además la *calidad y disponibilidad de los servicios*, que se relacionan específicamente con los parámetros técnicos/científicos y las características poblacionales, geográficas, así como las causas internas y externas de morbilidad en un Estado. Ver Laura Pautassi, *Enfoque de Derechos en las Políticas Públicas: Monitoreo y Rendición de Cuentas de los Estados ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, 3 REVISTA INTERFERENCIAS, DERECHOS Y SEGURIDAD HUMANA (Universidad Nacional de Córdoba, 2012); Abramovich, *Los Estándares Interamericanos, supra*, nota 2; Victor Abramovich y Cristián Courtis, *Hacia la Exigibilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estándares Internacionales y Criterios de Aplicación ante los Tribunales Locales*, LA APLICACIÓN DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS POR LOS TRIBUNALES LOCALES, (Editores del Puerto, Martín Abregú y Christian Courtis eds. 1997); Magdalena Sepúlveda, *De la Retórica a la Acción. Los Elementos Esenciales para Garantizar que las Políticas Públicas Tengan un Enfoque en Derechos*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013); Lilia Jara, *El Derecho a la Salud: Importancia de los Indicadores de Progreso*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013).

⁶ Los indicadores son instrumentos que permiten la verificación de la interacción entre los principios, estándares y deberes del Estado, marcando los avances en la implementación de los DESC. Estos son diseñados específicamente para cada derecho con el fin de facilitar el seguimiento de acciones concretas de los Estados, entendiendo que la implementación y cumplimiento de los DESC se realiza en un proceso dinámico y progresivo que requiere una evaluación contextualizada. Por ello se debe dar cuenta, tanto de la evolución que ha tenido la garantía de un derecho en un Estado particular, como del resultado alcanzado mediante las acciones desarrolladas para tal fin, es decir, la situación actual de implementación (Pautassi, 2010. Óp.Cit). En este sentido, el empleo de indicadores de derechos humanos constituye un instrumento indispensable de medición, tanto cuantitativo como cualitativo, que permite verificar empíricamente los esfuerzos realizados por un Estado para satisfacer derechos humanos. Pautassi, *Evaluando el Progreso, supra*, nota 2.

⁷ CIDH, *Lineamientos para la Elaboración, supra*, nota 1.

⁸ Pautassi, *Enfoque de Derechos, supra*, nota 4.

⁹ Ver OEA, *Indicadores de Progreso para Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo de San Salvador*, OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.2/11 rev.2 (2011).

¹⁰ Ver, *Ibidem*; Pautassi, *Evaluando el Progreso, supra*, nota 2.

¹¹ Proceso iniciado tras la entrada en vigor del protocolo de San Salvador en 1999, y que fue activado en 2005 con la aprobación en la Asamblea General de la OEA de las *Normas para la Confesión de los Informes Periódicos Previstos en el Protocolo de San*

Salvador, AG/RES.2074 (XXXV-O/05) (2005), actualizadas según lo dispuesto por la *Aprobación de Indicadores de Progreso para Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo San Salvador*, AG/RES. 2713 (XLII-O/12) (2012). Ver Pautassi, *Evaluando el Progreso*, supra, nota 2; Jara, *El Derecho a la Salud*, supra, nota 4.

¹² Paul Hunt, *Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental*, Sr. Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, U.N. Doc. E/CN.4/2006/48 (2006).

¹³ Para una explicación ampliada de este esquema ver Pautassi, *Evaluando el Progreso*, supra, nota 2.

¹⁴ Si bien desde los años 70 (Bucarest en 1974, CEDAW en 1979) podemos empezar a rastrear la definición de los derechos sexuales y reproductivos, es solo hasta 1994 en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de el Cairo, en donde se da una definición acaba de los mismos como derechos humanos. La declaración del Cairo afirma que estos derechos se insertan dentro del marco de los derechos humanos, en igualdad de condiciones que los demás derechos. Establece una definición de los derechos reproductivos (Pár. 7.3), relacionados con los derechos de las personas a decidir de manera libre y sin coerción el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, así como la forma en que estos van a venir al mundo. Los derechos sexuales, por su parte, se entienden como aquellos relacionados con la expresión y el ejercicio libre y autónomo de la sexualidad, esta comprende, la actividad sexual libre, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la información, etc. Ver FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA, *Derecho Sexuales: Una Declaración de IPPF* Xavier González trad., 2010; Sonia Correa, *LOS DERECHOS SEXUALES EN LA ARENA POLÍTICA* (MYSU, 2003).

¹⁵ CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PROMSEX) Y CENTRO DE ESTUDIOS DEL ESTADO Y SOCIEDAD (CEDES), *SEGUIMIENTO DE LA CIPD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DESPUÉS DE 2014* (2014).

¹⁶ “el derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizar a sus ciudadanos esa integridad.”. Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 156.

¹⁷ Caso Artavia Murillo y otros. vs. Costa Rica. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 143.

¹⁸ el “derecho a la vida privada abarca todas las esferas de la intimidad y autonomía de un individuo, incluyendo su personalidad, su identidad, sus decisiones sobre su vida sexual, sus relaciones personales y familiares”. Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 156.

¹⁹La Corte “ha interpretado en forma amplia el artículo 7 de la Convención Americana al señalar que éste incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana. Cfr. Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez. vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C No. 170, párr. 52.

²⁰ Cfr. Caso Gelman vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 24 de febrero de 2011 Serie C No. 221, párr. 97.

²¹ Caso Artavia Murillo. Óp. Cit., párr. 148

²² Artavia Murillo y Otros. vs. Costa Rica, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 257, párr. 143 (28 de nov. de 2012).

²³ *Ibidem*.

²⁴ Observación general N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 8

²⁵ Observación General No. 21, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 10 - Trato humano de las personas privadas de libertad, 44º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 176 (1992).

²⁶ Observación general N°14, Óp. Cit.

²⁷ Recomendación General N° 24, Óp. Cit.

²⁸ X Censo Nacional de Población y VI Censo Nacional de Vivienda, [Instituto Nacional de Estadística y Censos \(INEC\)](#).

²⁹ Ministerio de Salud de Costa Rica 1 Ed. 2011

³⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 49º período de sesiones, 11 a 29 de julio de 2011. Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Costa Rica. CEDAW/C/CRI/CO/5-6. Párr. 32

³¹ Ley general de salud N°5395, en su artículo 10. Contempla del derecho a la educación sexual y a la planificación familiar.

³⁴ Artavia murillo Óp. Cit. Considerando 147.

³⁵ (GT, 2011)

³⁶ La Sala Constitucional (SC) comenzó a funcionar el 27 de setiembre de 1989 y la sentencia se emitió el 12 de enero de 1990 fallo “Vid. voto n.º 56-90 de la SC.

³⁷ Ver nota 36.

³⁸ En relación con este tema se puede consultar el fallo SC, Sentencia N. 2002-06166

³⁹ Ver indicador 3 del eje transversal de igualdad y no discriminación *infra*

⁴⁰ En términos generales, esta ley establece que los usuarios deben recibir información detallada y oportuna sobre sus derechos y obligaciones, así como sobre los grados y posiciones de los profesionales de la salud de quienes reciben atención profesional. Esto con el fin de, entre otros, de garantizar la adecuada realización de un consentimiento informado para cualquier tratamiento o procedimiento médico.

Además, es un derecho de los usuarios ser tratados con consideración y respeto, sin distinciones, además de ser asistidos inmediatamente, especialmente en situaciones de emergencia; de la misma forma garantiza el derecho a tener acceso a su historia clínica confidencial y recibir una copia de la misma, para presentar reclamaciones sobre los servicios de salud a las autoridades correspondientes. Por último, un paciente no asegurado, no está cubierto en su atención por el Estado pero debe recibir una cuenta detallada con la explicación de todos los gastos en que ha incurrido durante su tratamiento.

⁴¹ Sauma, Pablo (2013) Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica. Cepal, LC/MEX/L.1126, México D.F.

⁴² En este caso una mujer de 26 años con un embarazo con feto anencefálico, solicitó un aborto terapéutico. Le fue negado y en cambio fue obligada a soportar duros padecimientos de salud física y mental como consecuencia de la negativa de distintas autoridades estatales para realizarle un aborto terapéutico, obligándola a llevar a término dicho embarazo, lo que le ocasiona una depresión severa con ideaciones suicidas. En este caso la Corte Constitucional si bien reconoció que la situación de A.N. implicaba un riesgo para su vida y su salud, determinaron que éste provenía de sí misma y no del embarazo que estaba gestando en contra de su voluntad y de sus derechos, por lo que denegaron su solicitud. Detalles sobre el caso en: http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/AN_v_Costa_Rica_Spanish.pdf

⁴³ En este caso una mujer de 32 años, que desde las 12 semanas de gestación fue diagnosticada por los médicos del Hospital Calderón Guardia con un embarazo no viable, ya que el feto presentaba un síndrome conocido como "abdomen pared". Tras conocer el diagnóstico la joven luchó para que le aplicaran una interrupción terapéutica del embarazo (ITE), pero le fue negada. Incluso por la Sala Constitucional, en donde mediante un pedido de amparo reiteró su solicitud de aborto terapéutico. No obstante la Sala reconoció la vulneración de los derechos de Aurora, se negó a ordenar a la CCSS que realizara la práctica. La mujer tuvo a su bebé en el Hospital Max Peralta de Cartago, a finales de diciembre del 2012, pero el niño vivió menos de una hora después de nacer. Detalles de la denuncia disponibles en: <http://www.colectiva-cr.com/node/195>

⁴⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Primera Encuesta Nacional de Juventud: Costa Rica 2008: Informe integrado / Fondo de Población de las Naciones Unidas; Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven y Viceministerio de la Juventud. -- 1a ed. -- San José, Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009. 280 p.

⁴⁵ Ministerio de Salud de la Nación de Costa Rica, et al. (2012) 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.

⁴⁶ Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica* / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud . -- San José, C.R. : OPS, 2004. p. ; 28 cm. -- (Serie Análisis de Situación de Salud ; no.15)

⁴⁷ OMS (2013). Estadísticas sanitarias mundiales 2013. ISBN 978 92 4 356458 6 (Clasificación NML: WA 900.1)

⁴⁸ (GT, 2011).

⁴⁹ Ministerio de Salud (1992). Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica: Unidad Preparatoria del Proyecto. Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud CR-0120/BID; Agosto, 1992

⁵⁰ Realizado en el marco del "Proyecto del Milenio", encargado por el Secretario General de la ONU.

⁵¹ Ver. CCSS, 2009 y Supra nota 46.

⁵² Alec Irwin & Eva Ombaka, Background Paper of the Task Force on Major Diseases and Access to Medicine, Subgroup on Access to Essential Medicines, MillenniumProject, 10 (Apr. 18, 2003), available at <http://www.unmillenniumproject.org/documents/tf05atemapr18.pdf>

⁵³ PAHO2001), Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala. 104 pág.; . PAHO (2009), Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, Proyecto de Medicamentos Esenciales y Productos Biológicos (THR/EM). El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Washington, DC: OPS; OPS (2004). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, San José, C.R: OPS, 44 p

⁵⁴ <http://www.ccss.sa.cr/medicamentos>

⁵⁵ Sáenz, M et al., (2011) The health system of Costa Rica (Sistema de salud de Costa Rica), Public Health in Mexico (Salud Pública de México), (Vol. 53 2011) (Mex.), available at http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800011.

⁵⁶ Asociación Demográfica Costarricense (ADC)(2007) "Estimación del Aborto inducido en Costa Rica, 2007". San José de Costa Rica.

⁵⁷ A.N. V COSTA RICA: Acceso a servicios de aborto legal. Descripción disponible en: <http://reproductiverights.org/en/document/an-v-costa-rica-acceso-a-servicios-de-aborto-legal>

⁵⁸ Fernando Montenegro Torres, Costa Rica Case Study: Primary Health Care Achievements and Challenges within the Framework of the Social Health Insurance, The Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) of the World Bank, 9 (Jan. 2013), available at <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13279/74962.pdf?sequence=1>.

⁵⁹ Costa Rica. Ministerio de Salud (2011).Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010.-San José, Costa Rica; 2012 Human Rights Reports: Costa Rica, 2012 Country Reports on Human Rights Practices, 14 (Apr. 19, 2013), available at <http://www.state.gov/documents/organization/204651.pdf>.

⁶⁰ Mónica Arango Olaya et al., Supplementary Information on Costa Rica Schedule for review by the CEDAW Committee in its 49th Session, Letter to United Nations, Center for Reproductive Rights et al., 5-6 (May 25, 2011), available at http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/JointNGORepor_CostaRica49.pdf.

⁶¹ Saenz, R. Óp. Cit.

⁶² World Development Indicators, Óp.Cit.

- ⁶³ Jean-Pierre Unger et al., Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy, Am J Public Health, (Apr. 2008), available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376989/>.
- ⁶⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Costa Rica. Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2011 : situación de la niñez y mujeres / Costa Rica. Ministerio de salud. -- 1ª. ed. -- San José, C.R. : UNICEF, 2013. 212 p.
- ⁶⁵ Ministerio de salud de la Nación. Encuesta de SSyR 2010.
- ⁶⁶ Ministerio de Salud de la Nación. Informe de Resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Costa Rica, 2010
- ⁶⁷ GT, 2011.
- ⁶⁸ Estimación del aborto. Óp. Cit.
- ⁶⁹
- ⁷⁰ Díaz Pastén, Soledad (2012). Investigación exploratoria sobre la situación en derechos y salud sexual y reproductiva de personas lesbianas, bisexuales, trans e intersex en Costa Rica/ Díaz Pastén, Soledad. -- 1a. ed. San José, C.R.: S. Díaz Pastén, 2012.
- ⁷¹ Disponible en <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/32-ccss/1196-ccss-anuncia-nuevo-modelo-para-atender-a-poblaciones-indigenas>
- ⁷² Gómez Ramírez, C. (2007) Estimación del aborto inducido en Costa Rica, -1 edición- San José, Costa Rica Asociación Demográfica Costarricense, 65 pág.
- ⁷³ *Ibidem*.
- ⁷⁴ Carlos Sandoval-García, *Shattering Myths on Immigration and Emigration in Costa Rica*, 212 (2011).
- ⁷⁵ Costa Rica. Ministerio de Salud (2011).Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010.-San José, Costa Rica
- ⁷⁶ Colectiva por el Derecho a Decidir. Aurora demanda al Estado costarricense ante la CIDH. Disponible en: <http://www.colectiva-cr.com/node/195>
- ⁷⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos . Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica, Sentencia De 28 De Noviembre De 2012. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf
- ⁷⁸ Díaz, L. (22/04/2014). Corte IDH pide a Costa Rica dar 'efectivo y pronto acatamiento' a sentencia sobre FIV. Diario La Nación, sección Nacional, sussección salud pública del 22 de abril de 2014. Disponible en: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Corte-IDH-Costa-Rica-FIV_0_1410059139.html
- ⁷⁹ Información oficial del ministerio de salud de la nación. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/inicio-vigilancia-analisis-situacion-salud-ms/doc_details/1284-estadisticas-de-vih-y-sida-costa-rica-2002-2012?tmpl=component
- ⁸⁰ UNICEF, Niñez y adolescencia indígena en Costa Rica: su derecho a la salud y a la educación. UNICEF, San José, Costa Rica, noviembre de 2006.