



Asamblea General

Distr. general
29 de abril de 2024
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

56º período de sesiones

18 de junio a 12 de julio de 2024

Tema 3 de la agenda

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Visita a Costa Rica

Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng*

Resumen

La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental visitó Costa Rica del 18 al 31 de julio de 2023.

La Relatora Especial consideró alentador el hecho de que el país ofreciese una cobertura casi completa y universal a través de la Caja Costarricense de Seguro Social. Tomó nota de las buenas prácticas, entre ellas la aprobación de legislación, políticas y acuerdos específicos al respecto. A la titular del mandato le siguen preocupando los problemas relacionados con la salud mental que se han visto exacerbados por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), que afectan en particular a la juventud, así como los tipos específicos de discriminación de que son objeto los grupos marginados de la población, como las personas con discapacidad, lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales, *queer*, asexuales y otras personas sexualmente diversas o de género diverso, migrantes, solicitantes de asilo, refugiados, Pueblos Indígenas, afrodescendientes, personas privadas de libertad y personas que consumen drogas. La Relatora Especial recomienda a Costa Rica que recopile datos desglosados desde una perspectiva interseccional para orientar las políticas y la asignación de recursos.

La Relatora Especial observó los esfuerzos realizados en el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva y recomienda a Costa Rica que imponga una moratoria a la aplicación de leyes penales relativas al aborto.

* El resumen del presente informe se distribuye en todos los idiomas oficiales. El informe propiamente dicho, que figura en el anexo, se distribuye únicamente en el idioma en que se presentó y en español.



Anexo

Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, acerca de su visita a Costa Rica

I. Introducción

1. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, visitó Costa Rica del 18 al 31 de julio de 2023, por invitación del Gobierno.

2. Durante los diez días de visita, la Relatora Especial se reunió con representantes de: el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto; el Ministerio de Salud; la Caja Costarricense de Seguro Social; equipos interdisciplinarios de salud mental; la Mesa Técnica Operativa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial; el Instituto Nacional de las Mujeres; la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas; el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad; el Patronato Nacional de la Infancia; el Instituto Mixto de Ayuda Social; el Comisionado Presidencial de Inclusión Social; el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; el Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública; el Ministerio de Justicia y Paz; el Ministerio de Agricultura y Ganadería; el Ministerio de Educación Pública; el Ministerio de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones; el Instituto Nacional de Aprendizaje; el Instituto Nacional de Seguros; el Ministerio de Comercio Exterior; la Dirección General de Migración y Extranjería; la Coalición Nacional contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y la Trata de Personas; y el Poder Judicial. Además, se reunió con las vicealcaldes de Coto Brus y Limón, así como con las comunidades indígenas bribri de la provincia de Limón.

3. La Relatora Especial se reunió también con representantes de la institución nacional de derechos humanos, de organizaciones internacionales, múltiples actores de la sociedad civil en San José y sus alrededores (La Carpio) y Limón, y miembros de las comunidades indígenas bribri.

4. Asimismo, visitó un hospital especializado en salud mental en San José, un centro de especialidades médicas en Limón y un centro de detención para mujeres en San José.

5. La Relatora Especial expresa su gratitud al Gobierno de Costa Rica por invitarla a evaluar, en un espíritu de cooperación, la efectividad del derecho a la salud en el país, incluidos los retos y las buenas prácticas. Asimismo, expresa su agradecimiento al equipo de las Naciones Unidas en el país y a la Oficina del Coordinador Residente por el apoyo prestado durante su visita. También expresa su agradecimiento a todas las partes interesadas y personas que se tomaron el tiempo para reunirse con ella, en particular las que compartieron con ella historias profundamente personales, que le ayudaron a conocer mejor los retos y las buenas prácticas de Costa Rica en relación con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud, y los relacionados con los factores determinantes básicos de la salud.

6. Subraya que, como Relatora Especial, solo puede cumplir su mandato de forma efectiva cuando las personas y los grupos que colaboran con ella pueden hacerlo sin temor a intimidaciones o represalias.

7. Durante su análisis, la Relatora Especial tuvo en cuenta los principios de los derechos humanos, a saber, la no discriminación, la igualdad, la participación significativa, el empoderamiento, la transparencia y la rendición de cuentas. Los retos que la titular del mandato evaluó y los que se señalaron a su atención durante la visita al país estaban relacionados con todos esos principios. Los obstáculos están interrelacionados y actúan a distintos niveles: en los sistemas de salud y en el plano de los factores determinantes básicos de la salud.

II. Marco jurídico e institucional

8. El derecho a la salud es un derecho inclusivo, que abarca tanto una atención de la salud oportuna y adecuada como los factores determinantes básicos de la salud. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

9. Costa Rica ratificó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el 29 de noviembre de 1968 y su Protocolo Facultativo el 23 de septiembre de 2014. También ratificó la Convención Americana sobre Derechos Humanos el 2 de marzo de 1970 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el 29 de septiembre de 1999.

10. El derecho a la salud no está consagrado como tal en la Constitución, si bien su artículo 46 establece que “los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud”. No obstante, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia confirmó que el derecho a la salud estaba garantizado y protegido constitucionalmente mediante la protección de la vida humana (art. 21 de la Constitución). Además, el artículo 50 de la Constitución garantiza el derecho a un ambiente sano; el artículo 73 consagra el derecho a la seguridad social para proteger a los trabajadores en situaciones de enfermedad, invalidez y maternidad, entre otras; y el artículo 177 se refiere a la universalización de los seguros sociales.

11. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la Constitución, los instrumentos internacionales aprobados por la Asamblea Legislativa tendrán autoridad superior a las leyes. Además, la Sala Constitucional estableció que, cuando los instrumentos internacionales son de mayor beneficio para las personas u otorgan mayor protección a sus derechos humanos, prevalecen sobre la Constitución¹. Según el artículo 14 de la Ley de la Jurisdicción Constitucional, la Sala Constitucional puede aplicar instrumentos internacionales en los que Costa Rica sea parte, además de la legislación nacional.

12. El artículo 1 de la Ley General de Salud de 1973 establece que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. El Ministerio de Salud supervisa el sistema nacional de salud y se encarga de vigilar la ejecución de las funciones esenciales de atención médica y de garantizar la gobernanza sectorial. El artículo 9 de la Ley General de Salud establece el derecho de toda persona a la promoción de la salud física y mental, así como a la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención, así como a la disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad; contempla también que la atención médica se prestará principalmente en el ámbito comunitario y que se considerarán de modo especial los problemas de las personas menores de edad, las personas con discapacidad, los adultos mayores y las personas con depresión, tendencias suicidas, esquizofrenia, adicciones a las drogas y el alcohol, el matonismo escolar, el acoso laboral y el apoyo necesario al grupo familiar. Se recurrirá al internamiento solo en casos de absoluta necesidad. El artículo 10 establece que toda persona tiene derecho a recibir información sobre las prácticas conducentes a la promoción y la conservación de la salud física y mental, y en particular sobre las medidas orientadas a preservar la salud mental, además de sobre educación sexual, enfermedades transmisibles y planificación familiar. La Ley Orgánica núm. 5412 del Ministerio de Salud complementa la normativa relacionada con el derecho a la salud (art. 1).

13. La Defensoría de los Habitantes es la institución nacional encargada de proteger los derechos humanos en el territorio nacional. Está adscrita al poder legislativo y goza de plena independencia en lo relativo a sus funciones, su administración y la toma de decisiones; y controla la legalidad, la moralidad y la justicia de las actuaciones de las actividades administrativas del sector público. Puede actuar de oficio o a solicitud de parte.

¹ Resoluciones núms. 3435-92, 5759-93 y 2323-95 de la Sala Constitucional.

14. La Caja Costarricense de Seguro Social, creada en 1941 mediante la Ley núm. 17, ofrece un sistema de seguro social a las personas que ejercen una actividad remunerada en el sector formal².

15. En el momento de la visita, el Ministerio de Salud estaba aplicando, desarrollando, probando y revisando diversos planes, políticas y estrategias. La Relatora Especial subraya la importancia de tener en cuenta el empoderamiento de las poblaciones marginadas en el desarrollo de leyes y políticas públicas que las incluyan como verdaderas beneficiarias.

III. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del sistema de salud

A. Comprender el derecho a la salud

16. El enfoque del derecho a la salud basado en el ciclo vital es un método para identificar los elementos críticos en la reducción de muertes evitables y la mejora de los indicadores de salud, bienestar y calidad de vida. Los Estados deben integrar en sus herramientas de supervisión datos desglosados que sean de calidad y puedan utilizarse analíticamente para orientar las políticas y la asignación de recursos.

17. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles contiene elementos interrelacionados y esenciales, a saber, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención de la salud. Su aplicación concreta depende de las condiciones imperantes en Costa Rica y de la voluntad política de avanzar lo más rápida y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El derecho a la salud incluye el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

B. Sistema de salud: cobertura universal

18. En 2023, el gasto en salud de Costa Rica ascendió a 1.658 dólares per cápita, lo que equivale al 7,2 % del producto interno bruto; la esperanza de vida en el país era de 80,8 años³. El sistema nacional público de salud, en particular su innovador modelo de atención primaria, se puso en marcha en 1994 para mejorar el acceso, la calidad y la equidad de la atención de la salud mediante un modelo organizativo basado en la comunidad. Se compone de equipos básicos de atención integral en salud y de equipos multidisciplinarios. El país ofrece una cobertura casi completa y universal a través de la Caja de Seguro Social y dispone de opciones de cobertura a través del sector privado y del Instituto Nacional de Seguros.

1. Caja de Seguro Social

19. La afiliación a la Caja de Seguro Social da acceso a diversos servicios médicos, como la atención preventiva, los servicios de urgencias, la atención especializada y la hospitalización. La afiliación es obligatoria para los costarricenses y los residentes permanentes y puede hacerse como asalariado, como trabajador independiente o como asegurado voluntario. Los programas de asistencia social requieren cotizaciones a través de la nómina, una prestación que ofrece la economía formal.

20. La Relatora Especial señala que esa práctica deja atrás a muchas personas que viven en la pobreza, a los migrantes sin documentos autenticados y a quienes trabajan en la economía informal, que no pueden cotizar y, por tanto, no pueden acceder a la cobertura universal de salud. Asimismo, señala que las costosas cotizaciones hacen que el seguro sea inalcanzable para muchos, incluso para ciertas personas con empleo formal debido a situaciones de precariedad.

² Véase también el art. 73 de la Constitución.

³ Véase www.oecd.org/costarica/health-at-a-glance-Costa-Rica-EN.pdf.

21. De conformidad con la legislación nacional y regional, la Caja de Seguro Social también garantiza el tratamiento de menores, embarazadas y personas que requieren atención médica vital urgente. A la Relatora Especial le complació conocer los esfuerzos que el Gobierno había realizado desde 2016 para avanzar hacia la cobertura universal y la inclusión de un número importante de personas pertenecientes a grupos marginados en la cobertura de salud proporcionada por la Caja de Seguro Social, entre ellas, los trabajadores domésticos, con las cotizaciones a cargo de los patronos; los recolectores de granos de café y sus familiares, en su mayoría migrantes temporales de Pueblos Indígenas, durante la temporada de recolección del café; y un número específico de refugiados y solicitantes de asilo.

22. El país tiene una cobertura de seguridad social sólida, prácticamente universal. En 2023, el 91 % de la población estaba cubierta para un conjunto básico de servicios⁴.

23. La Relatora Especial tuvo conocimiento de los acuerdos que se habían formalizado, desde 2019, entre la Caja de Seguro Social y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados para el aseguramiento voluntario temporal de refugiados y solicitantes de asilo. En 2023, el acuerdo cubría a 6.000 personas, que habían sido identificadas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, por un total de 1,9 millones de dólares. Además, a través del Protocolo para la Atención Integral a las Víctimas del Delito de Trata de Personas en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Caja garantiza la prestación de atención médica a las víctimas de la trata y a los migrantes víctimas del tráfico ilícito.

24. Si bien elogió estos avances, la Relatora Especial fue informada verbalmente de que, en lo relativo a las prestaciones, incluso cuando existían protocolos, acuerdos y memorandos de entendimiento para facilitar el acceso de grupos específicos, las personas responsables de administrar esas prestaciones y los médicos no siempre los aplicaban, por lo que el acceso no estaba garantizado; a veces se denegaban servicios a grupos marginados.

25. La rápida evolución demográfica, la preocupación por los recursos de que dispone la Caja de Seguro Social, la falta de adaptación a lo largo de los años del sistema de casos y la supuesta escasez de participación de los titulares de derechos en los procesos de toma de decisiones han traído consigo una sensación generalizada de ansiedad en relación con la sostenibilidad y la calidad de la asistencia.

2. Niveles primario, secundario y terciario de la atención de la salud

26. La Caja de Seguro Social está constituida por un conjunto de establecimientos de salud orientados a la salud preventiva y a la prestación de servicios de salud a la población, organizados en tres niveles, con diferentes grados de complejidad e interrelación. El Gobierno indicó que, en el momento de la visita, la Caja de Seguro Social supervisaba la coordinación de la prestación de asistencia a través de 527 equipos básicos de atención integral en salud, 105 áreas de salud y 29 hospitales (incluidos hospitales nacionales, regionales, periféricos y especializados). En 2023, había 1,2 camas de hospital por cada 1.000 personas⁵.

27. Los equipos básicos de atención integral en salud constituyen el nivel de atención primaria y son equipos multidisciplinarios (compuestos por un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico en atención primaria, entre otros profesionales) que se asignan a una población específica a nivel regional y nacional. El personal médico de los equipos básicos de atención integral en salud, a través de los puestos de visita periódica, atiende a pacientes en lugares inaccesibles. El Gobierno indicó que, en julio de 2023, había 636 puestos de visita de este tipo, situados en zonas de difícil acceso geográfico o funcional.

28. La Relatora Especial observó que faltaban centros de atención primaria y atención especializada cerca de los lugares de residencia de la población, que el número de médicos especialistas y profesionales sanitarios afines era insuficiente y que faltaban equipos médicos para hacer pruebas de laboratorio y diagnóstico por la imagen, así como algunas limitaciones en las opciones de productos farmacéuticos para la salud mental.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

29. La Relatora Especial elogia el liderazgo de muchos funcionarios públicos, pues fue testigo de iniciativas relativas a proyectos de renovación y remodelación de instalaciones y medidas para mejorar la calidad de la atención. En el momento de la visita, algunos programas estaban en fase experimental.

30. El uso de sistemas de citas predominantemente electrónicos es un obstáculo para muchas personas que carecen de conectividad y equipos informáticos y para quienes no tienen los conocimientos necesarios para navegar por Internet. También se señaló a la atención de la Relatora Especial que cuando las personas que necesitan desesperadamente recibir atención médica se presentan a los equipos básicos de atención integral en salud sin cita previa, teniendo algunas que levantarse al amanecer para realizar un viaje de dos o tres horas hasta la clínica más cercana, ni siquiera se les garantiza que vayan a ser atendidas y muchas tienen que marcharse sin recibir atención a pesar del esfuerzo físico que supone llegar hasta allí. Además, múltiples partes interesadas manifestaron su honda preocupación por los largos tiempos de espera para las consultas, los exámenes y el tratamiento, que afectan a todos los aspectos y niveles del sistema e indican que este se encuentra bajo presión.

31. La falta de especialistas y las crecientes listas de espera para obtener un diagnóstico, someterse a una intervención quirúrgica o recibir atención especializada, desde el inicio de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), están afectando a la calidad y la puntualidad de la atención médica ofrecida a los pacientes.

C. Salud mental

32. La Ley General de Salud contiene artículos específicos relacionados con cuestiones de salud mental como, por ejemplo, medidas para preservar la salud mental (art. 10); el derecho de los niños a la salud mental (art. 13); y las personas con crisis emocionales severas y con adicciones que reciben tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento, ya sea de forma voluntaria o por orden judicial, y las personas con discapacidad psicológica (arts. 29 a 33).

33. En 2012, Costa Rica aprobó la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021⁶. En el momento de la visita, se estaba elaborando una nueva política nacional de salud mental y se estaba debatiendo un proyecto de ley de salud mental (núm. 22.430). En cuanto a este último, la titular del mandato expresó su preocupación al saber que, al parecer, la voz de los titulares de derechos, incluidas las personas con discapacidad, no se había tenido en cuenta en la elaboración del proyecto de ley. En concreto, el texto que se distribuyó en el momento de la visita permitiría a los profesionales de la salud mental tratar a pacientes hospitalizados con discapacidad psicosocial sin su consentimiento informado.

34. En 1990, Costa Rica firmó la Declaración de Caracas sobre atención psiquiátrica y, a partir de 1991, comenzó a cambiar su modelo, centrado en la prestación de tratamiento institucionalizado —para pacientes que, en algunos casos, pasaban una parte importante de su vida internados en instituciones—, por un modelo comunitario basado en la prestación de servicios de atención de la salud en el centro durante 30 días. En ese sentido, se aprobó el Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la Salud Mental y se publicó el Decreto Ejecutivo núm. 20665-S⁷ para impulsar su implementación. En el momento de la visita había dos grandes hospitales que prestaban servicios de atención a la salud mental, el Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres y el Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut.

35. Los equipos interdisciplinarios de salud mental se centran en la medicina general, la enfermería de salud mental, el trabajo social y el apoyo psicológico para las personas con trastornos por consumo de sustancias. La Mesa Técnica Operativa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial tiene como objetivo proporcionar a los organismos pertinentes recomendaciones técnicas que ayuden a proporcionar un alivio inmediato al malestar psíquico y a reducir los

⁶ Véase www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/704-politica-nacional-de-salud-mental/file.

⁷ *Ibid.*, pág. 98.

riesgos de agravamiento de las crisis. Ambos forman parte de la Caja de Seguro Social y hacen especial hincapié en la salud mental. Además, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia se encarga del estudio, la prevención y el tratamiento del alcoholismo y los trastornos por consumo de sustancias, así como de la rehabilitación de quienes los padecen.

36. Durante las entrevistas, debates y presentaciones, incluida una visita a un establecimiento de salud mental, la Relatora Especial observó que había un consenso general en torno a la presión que soportaba la salud mental, tanto en lo que respecta a las experiencias de la población como a la respuesta del sistema de salud. La COVID-19 agravó la crisis de salud mental existente. En 2019, una de cada ocho personas sufría un trastorno mental, principalmente ansiedad y depresión, cuya incidencia aumentó durante la pandemia, en el año 2020, entre un 26 % y un 28 %⁸.

37. La Relatora Especial expresó preocupación por los testimonios que escuchó de personas que describían el agravamiento continuado de la crisis de salud mental, jóvenes que sufrían trastornos agudos y las graves limitaciones existentes para acceder a los servicios de salud mental comunitarios. Además, los tiempos de espera para una evaluación especializada y, por tanto, el acceso a profesionales multidisciplinares de salud mental, así como al tratamiento y el seguimiento eran demasiado largos.

38. Se señalaron a la atención de la Relatora Especial informes sobre malos tratos infligidos a algunos pacientes mientras estaban internados en instituciones, lo que demuestra el desconocimiento de los planteamientos de derechos humanos por parte del personal médico. A pesar de que existen mecanismos de denuncia, son muy limitados, ya que una persona que desee presentar una denuncia dispone de cinco días para hacerlo, un plazo que también se aplica en casos relacionados con hospitales psiquiátricos, lo que deja muy poco margen de actuación a los pacientes que están sufriendo un trauma.

39. La Relatora Especial fue informada de que, durante la pandemia, muchas personas que estaban atravesando crisis de salud mental no tuvieron acceso a consultas presenciales. Las líneas telefónicas de asistencia que se utilizaron para prestar apoyo fueron de gran ayuda para muchas personas; se comunicó a la Relatora Especial que varias partes interesadas pensaban que ese servicio debía restablecerse.

40. Durante su visita al hospital especializado en salud mental, se informó a la Relatora Especial de que el centro contaba con 450 camas, de las que 134 estaban destinadas a personas que habían sido internadas por mandato judicial y 14 a jóvenes con adicciones. Sin embargo, las limitaciones en la red de prestación de asistencia médica a nivel institucional e interinstitucional y la pérdida de personal médico en las unidades psiquiátricas debido a la marcha de parte de estos profesionales al sistema privado supusieron una carga adicional para el sistema.

D. Derechos en materia de salud sexual y reproductiva

41. Entre las libertades que abarca el derecho a la salud, figuran el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva.

42. La Relatora Especial acoge con satisfacción la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021⁹, elaborada por el Ministerio de Salud, que incluye referencias al placer sexual, la salud sexual y reproductiva, la anticoncepción, la orientación sexual y el VIH/sida, entre otras cuestiones. Le preocupa el uso de la objeción de conciencia entre los profesionales de la

⁸ Véase www.paho.org/es/noticias/7-10-2022-autoridades-salud-costa-rica-hacen-llamado-reducir-estigma-discriminacion-hacia#:~:text=%E2%80%9CDe%20acuerdo%20con%20datos%20de,la%20pandemia%20de%20COVID%2D19.

⁹ Véase www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/707-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file y www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/708-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-ii/file.

medicina, una práctica que no se ajusta a las normas internacionales, para negarse a prestar servicios de salud sexual y reproductiva, así como el hecho de que no se rindan cuentas por las carencias en la prestación de servicios.

43. La Relatora Especial recuerda que la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coacción, discriminación ni violencia. Subraya que los servicios, instalaciones y bienes para la salud sexual y reproductiva deben ser integrales.

44. Se informó a la titular del mandato de la larga lista de espera para las mamografías, que se había visto agravada por la pandemia de COVID-19 y podía llegar hasta entre 13 y 16 meses para obtener un resultado, lo que prolongaba el período de espera para tratar un cáncer. En 2023, solo el 36 % de las mujeres de 50 a 69 años se sometieron a pruebas de detección del cáncer de mama¹⁰.

45. La Ley General de 2019 sobre el VIH y el sida establece, en su artículo 1, que la atención integral de la salud en relación con el VIH es de interés público y que el Estado debe garantizar que todas las personas puedan ejercer sus derechos y deberes en relación con el VIH.

46. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, a finales de 2021 se estimaba que 17.000 adultos y menos de 200 niños vivían con el VIH en el país. La prevalencia del VIH era del 0,1 % entre las mujeres de 15 a 49 años y del 0,8 % entre los hombres del mismo grupo de edad. Se estimó que, en 2017, el 1,4 % de las poblaciones afectadas eran trabajadoras sexuales, el 15,4 % eran varones homosexuales y otros hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y el 24,6 % eran mujeres transgénero. La Relatora Especial lamenta que no existan datos sobre prevalencia en las personas que se inyectan drogas.

47. La Relatora Especial subraya la importancia de reconocer las vulnerabilidades en cuanto a la adquisición del virus y su tratamiento posterior a las que se enfrentan los grupos marginados de la población, que se entrecruzan con otras categorías de riesgo, como la situación migratoria, la orientación sexual y la identidad de género, y la estigmatización que esas poblaciones podrían sufrir. Asimismo, lamenta la falta de datos sobre la estigmatización y la discriminación que sufren las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave.

48. La Relatora Especial acoge con satisfacción el Plan Estratégico Nacional en VIH y Sida 2021-2026 y las consultas realizadas durante su elaboración, en las que participaron representantes de la sociedad civil y personas seropositivas para el VIH¹¹. Sin embargo, considera que son necesarios esfuerzos adicionales, en particular en materia de prevención. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, en 2021 la cifra anual de nuevas infecciones había aumentado un 32 % con respecto a la de 2010.

49. En 2021, las muertes relacionadas con el sida habían descendido un 10 % en Costa Rica, mientras que a escala mundial la reducción registrada en el mismo período había sido del 52 %.

50. Si bien el país no penaliza el trabajo sexual, la actividad sexual entre personas del mismo sexo ni la posesión de drogas para uso personal, se informó a la titular del mandato de que, entre 2021 y 2023, se había detenido a varias personas por consumir drogas.

51. En cuanto a grupos específicos de la población, a la Relatora Especial le preocupan los informes sobre personas que viven en la calle, a quienes al parecer se les niega el acceso a medicamentos antirretrovirales, alegando que para ello deberían tener un domicilio fijo, lo que contraviene el artículo 1 de la Ley General sobre el VIH y el Sida. Se señaló a su atención que a los migrantes en tránsito, que no están cubiertos por la Caja de Seguro Social, no se les aplica la Directiva 37-s4 sobre la atención integral de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, que se aplica a los migrantes que tienen la intención de permanecer en

¹⁰ Véase www.oecd.org/costarica/health-at-a-glance-Costa-Rica-EN.pdf.

¹¹ Véase www.conasida.go.cr/documentacion/conasida/resoluciones-politicas-y-planos/198-pen-vih-2021-2026/file.

el país y que han tomado las medidas para hacerlo, que pueden acceder a preservativos y lubricantes, así como a medicamentos antirretrovirales y pruebas.

1. Aborto

52. El aborto está tipificado en virtud del artículo 21 (derecho a la vida humana) de la Constitución y está regulado por el Código Penal. Se considera un delito y está sancionado, salvo en los casos en que la vida o la salud de la madre corran peligro si el aborto no puede evitarse por otros medios (Código Penal, art. 121). El Ministerio de Salud es la entidad encargada de regular las cuestiones relacionadas con la interrupción del embarazo, incluido el aborto terapéutico realizado por profesionales de la salud, dentro del marco jurídico vigente en el país.

53. A la Relatora Especial le preocupa que el aborto siga estando tipificado, en particular en casos de violación, incesto o malformación fetal grave. Le preocupa, además, la supuesta inaccesibilidad a atención médica de calidad posterior al aborto y, por tanto, la ausencia de datos desglosados. Según la legislación vigente, los médicos que sospechen que una persona se ha sometido a un aborto tienen la obligación de denunciarlo al Organismo de Investigación Judicial, lo que podría tener un efecto disuasorio en quienes sufran un aborto espontáneo o necesiten atención médica tras abortar, pues puede llegar a implicarse a los profesionales de la salud de tal modo que las pacientes confíen menos en ellos.

54. Si bien en 2019 se aprobó el Decreto Ejecutivo núm. 42113-S sobre procedimientos médicos para el aborto terapéutico, en él se reconoce que no existe una estandarización en los servicios de salud públicos y privados para atender los casos relacionados con el aborto terapéutico, lo que deja estas situaciones médicas en un estado de incertidumbre tanto para los profesionales de la salud involucrados como para la paciente¹². Además, el desconocimiento de la normativa da lugar, en algunas ocasiones, a la denegación de asistencia médica para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer.

55. Si bien reconoce la aprobación del Decreto Ejecutivo núm. 42113-S y, en 2020, la aprobación por parte del Ministerio de Salud del protocolo de atención clínica para el procedimiento médico vinculado con la interrupción terapéutica del embarazo, la Relatora Especial está preocupada por las barreras existentes para acceder al aborto y por la falta de claridad de las mencionadas normas, por ejemplo, en lo que respecta a la interpretación del concepto de patología que puede poner en peligro la vida o la salud de la madre, pues, tal como está formulado, podría interpretarse de forma restrictiva. Además, hay que consultar a tres médicos para decidir si se debe interrumpir un embarazo, lo que añade una barrera adicional en cuanto a los plazos y a la capacidad de las madres para tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo. La Relatora Especial lamenta esta situación, puesto que puede llevar a abortos en condiciones de riesgo que podrían evitarse.

56. La Relatora Especial tuvo conocimiento de los casos presentados ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en relación con la denegación del aborto terapéutico a dos mujeres cuyas vidas corrían peligro debido a una supuesta interpretación restrictiva de la normativa relativa a la interrupción terapéutica del embarazo, lo que al parecer tuvo repercusiones negativas en su salud, también en su salud mental.

57. La Relatora Especial recuerda que las restricciones penales y jurídicas al aborto tienen carácter discriminatorio, aumentan la estigmatización de las personas que interrumpen su embarazo, restringen su autonomía, interfieren en la relación médico-paciente y afectan al acceso a los servicios de salud. La Relatora subraya que la moral pública y las creencias religiosas no pueden servir de justificación para promulgar o aplicar leyes que den lugar a violaciones de los derechos humanos.

¹² Véase www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1%20=NRTC&nValor1=1&nValor2=90270&nValor3=0&strTipM=TC.

2. Anticoncepción

58. Si bien los anticonceptivos de urgencia están permitidos en Costa Rica, mediante el Decreto Ejecutivo núm. 41722 (2019)¹³, existe desinformación en relación con su uso en los sectores de salud público y privado. Aunque la Organización Mundial de la Salud considera que los anticonceptivos de urgencia son medicamentos esenciales, no figuran en la lista de medicamentos esenciales del sistema de salud costarricense. La Relatora Especial fue informada de que el acceso libre y oportuno de las adolescentes a la anticoncepción de urgencia no se había hecho plenamente efectivo, pues no se habían adoptado medidas para garantizar una información oportuna, fiable e imparcial para que las adolescentes pudieran tomar decisiones informadas. También fue informada de que esta situación afectaba todavía más a las mujeres y adolescentes de las zonas rurales y remotas.

59. Además, el Gobierno informó a la titular del mandato sobre los requisitos relativos al proceso de asesoramiento para las personas que desean someterse a una esterilización por parte de los servicios de salud para garantizar también que se respete su consentimiento informado.

3. Fertilidad asistida: fecundación *in vitro*

60. En 2015 se publicó el Decreto núm. 39210-MP-S, por el que se autorizaba el empleo de la técnica de reproducción asistida de fecundación *in vitro* (FIV) y transferencia embrionaria, luego de que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, mediante sentencia en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, solicitara al Gobierno que autorizase la FIV y la subvencionara a través de la Caja de Seguro Social. La FIV está regulada mediante la Ley núm. 39616-S (2016). La Relatora Especial lamenta que, a pesar de la decisión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la ley no se haya aplicado, pues se ha limitado el acceso a la información sobre la FIV y, por tanto, a esta última. Lamenta que las parejas homosexuales no puedan acceder a la FIV, lo que genera una discriminación adicional.

E. Salud materna

61. En 2018 se aprobó el Decreto Ejecutivo núm. 41120-S sobre el sistema nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil¹⁴.

62. La Relatora Especial fue informada de las elevadas tasas de embarazos en la adolescencia y le preocupa la falta de datos desglosados sobre este fenómeno, que puede afectar en mayor medida a las adolescentes de grupos marginados.

63. La Relatora Especial también fue informada de denuncias de violencia obstétrica contra mujeres en los servicios de atención al parto; una violencia que afectaba en particular a mujeres indígenas, que eran obligadas a seguir protocolos incompatibles con sus orígenes culturales. Se denunciaron casos de malos tratos verbales y físicos. La Relatora Especial acoge con satisfacción la aprobación, en octubre de 2021, de una ley de atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, el parto, el posparto y atención del recién nacido, si bien fue informada de que el personal hospitalario no siempre la aplica debidamente.

64. Durante su visita al Hospital Dr. Tony Facio Castro, en Limón, la Relatora Especial fue informada de la situación de hacinamiento y falta de personal para atender a los recién nacidos, así como de la falta de incubadoras y medicamentos.

65. La Relatora Especial celebra la puesta en marcha de una sala de neonatología en el Hospital México, si bien considera que es necesario adoptar más medidas a corto plazo para atender las necesidades de la población en este ámbito.

¹³ Véase www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/legislacion-sanitaria/leyes-decretos-y-directrices/informes-leyes-decretos/5964-decreto-ejecutivo-41722-s-dispensacion-de-los-anticonceptivos-orales-de-emergencia/file.

¹⁴ Véase www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86697&nValor3=112625&strTipM=TC#ddown.

F. Reducción de daños y despenalización

66. El Instituto Costarricense sobre Drogas, creado en 2001, es el órgano rector que se encarga de implementar acciones dirigidas a prevenir el cultivo, la producción, la posesión, el tráfico y el consumo de drogas en el país. En 2020, aprobó el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2020-2024¹⁵. A la Relatora Especial le complació la integración de una perspectiva basada en los derechos humanos en relación con los consumidores de drogas¹⁶.

67. La Relatora Especial fue informada de la prevalencia de la estigmatización y la criminalización de los consumidores de drogas, así como de denuncias de registros policiales violentos y elaboración de perfiles. También fue informada de la existencia de denuncias por denegación de atención médica, social y psicológica y de la falta de acceso integral a la atención facilitada por las instituciones de salud pública.

IV. Factores determinantes básicos de la salud

68. La Relatora Especial reitera que el derecho a la salud abarca los factores determinantes básicos de la salud, que también están interconectados con otros derechos, como el derecho al trabajo, a la educación, a la vivienda, a la información, a la libertad, a la seguridad de la persona, a un medio ambiente saludable, a la igualdad y la no discriminación y a la autonomía corporal, entre otros.

69. La Relatora Especial subraya que es preciso prestar suficiente atención a los factores determinantes básicos de la salud, y a cómo se entrecruzan en comunidades sostenibles y prósperas, a fin de fortalecer la atención primaria para la promoción de la salud, además de la vigilancia precoz y una sólida red extrahospitalaria y domiciliaria o comunitaria de trabajadores de atención primaria.

70. El objetivo de alcanzar el nivel más alto posible de salud física y mental es cada vez más difícil de conseguir. Esto es así para quienes se encuentran en situaciones vulnerables, como los Pueblos Indígenas, los migrantes, los solicitantes de asilo y los refugiados, los desplazados internos y las personas que se encuentran en la intersección de los factores que influyen en el proceso, como la pobreza, la discapacidad, el racismo, la xenofobia, el estado de salud, por ejemplo, las personas que necesitan abortar o que sufren discriminación por motivos de edad, orientación sexual, identidad y expresión de género, el hecho de residir en comunidades rurales o periurbanas y urbanas.

71. La discriminación estructural da lugar a un acceso diferenciado a servicios, bienes e instalaciones; la falta de datos desglosados impide analizar plenamente la situación de grupos específicos y, por tanto, adoptar políticas específicas desde una perspectiva de equidad.

A. Racismo, xenofobia y otras formas de discriminación

72. La Relatora Especial recuerda la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial y la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia, ratificadas por Costa Rica el 16 de enero de 1967 y el 12 de diciembre de 2016, respectivamente, que prohíben el racismo, la discriminación racial y la xenofobia, entre otros.

73. Está prohibida la discriminación racial o de otro tipo en el empleo, y existe el mandato de mantener y cultivar las lenguas indígenas (Constitución, arts. 68 y 76).

74. La Política Nacional por una Sociedad Libre de Racismo, Discriminación Racial y Xenofobia 2014-2025¹⁷, de cuya aplicación se encarga el Ministerio de Relaciones Exteriores

¹⁵ Véase www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/icd/marco_estrategico/Informes_Cumplimiento/ENDDA-PNSD/PNsD_2020-2024_arte.pdf.

¹⁶ *Ibid.*, págs. 38 y 43.

¹⁷ Véase https://accionesocial.ucr.ac.cr/sites/default/files/documentos/politica_nacional_para_una_sociedad_libre_de_racismo.pdf.

y Culto, toma como metas prioritarias a los grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad, entre los que destacan los afrodescendientes, los Pueblos Indígenas u originarios, y los migrantes y refugiados. La política nacional se elaboró consultando a Pueblos Indígenas, afrodescendientes, migrantes y refugiados. Los Pueblos Indígenas expresaron que no tenían fácil acceso a los servicios de atención de la salud, que estaban geográficamente alejados de los centros de población y que los servicios de salud no tenían debidamente en cuenta las realidades, la cosmovisión y las costumbres de los Pueblos Indígenas¹⁸. Según los afrodescendientes, no existían indicadores en el campo de la salud que permitieran estudiar las enfermedades o dolencias más frecuentes en la población afrodescendiente¹⁹. Los migrantes y refugiados percibían que en Costa Rica había xenofobia y se sentían discriminados; particularmente, al parecer, en el caso de los nicaragüenses y los refugiados²⁰.

75. El Plan Nacional de Salud para Personas Afrodescendientes 2018-2021, aprobado en 2018 por el Ministerio de Salud, reconoce la prevalencia de enfermedades concretas, como la anemia drepanocítica, entre los grupos de población mencionados²¹.

76. A pesar de los avances logrados, la Relatora Especial escuchó relatos profundamente personales de racismo y xenofobia, así como de falta de empatía dentro del sistema, a miembros de Pueblos Indígenas, afrodescendientes y personas percibidas como migrantes, refugiados y solicitantes de protección internacional en función de cómo son racializados y clasificados. La discriminación racial, no solo limita la efectividad del derecho a la salud, sino que afecta a la cohesión social y posibilita la violencia sistémica originada dentro y fuera del Estado.

B. Violencia de género

77. Costa Rica ratificó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer el 4 de abril de 1986, su Protocolo Facultativo el 20 de septiembre de 2001 y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer el 5 de julio de 1995. Las medidas de protección para las víctimas de la violencia doméstica están reguladas mediante la Ley núm. 7586 de 1996 sobre Violencia Doméstica, en la que se define el delito de maltrato. La Ley núm. 8589 de 2007 de Penalización de la Violencia contra las Mujeres tiene como objetivo proteger los derechos de las mujeres víctimas de violencia y sancionar la violencia física, psicológica, sexual y patrimonial perpetrada contra ellas.

78. El Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres se creó en 2008, mediante la Ley núm. 8688, como una instancia de deliberación, concertación, coordinación y evaluación entre el Instituto Nacional de las Mujeres, los ministerios, las instituciones descentralizadas del Estado y las organizaciones dedicadas a promover políticas públicas que garanticen la atención integral de las mujeres afectadas por la violencia.

79. La Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de Todas las Edades 2017-2032²², que coordina el Instituto Nacional de las Mujeres, pretende brindar atención a mujeres de todas las edades, con especial énfasis en las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes, al tiempo que considera a los niños y hombres adolescentes como población estratégica para el cambio y su involucramiento activo en la prevención de la violencia contra las mujeres.

80. Se señaló a la atención de la Relatora Especial que, en Talamanca, las mujeres y las niñas sufrían diferentes tipos de violencia, incluidos el feminicidio y la violencia sexual. Para hacer frente a esa situación de violencia, las mujeres indígenas y afrodescendientes de

¹⁸ *Ibid.*, págs. 45 y 46.

¹⁹ *Ibid.*, pág. 47.

²⁰ *Ibid.*

²¹ Véase www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/5076-plan-nacional-de-salud-para-personas-afrodecendientes/file.

²² Véase www.mcj.go.cr/sites/default/files/2021-06/PLANOVI%202017-2032.pdf.

Talamanca presentaron, en abril de 2023, la Agenda Común de Mujeres Talamanqueñas²³, orientada a prevenir y combatir la violencia sexual desde una perspectiva integral y elaborada con la participación de más de 40 mujeres líderes de 18 organizaciones de Talamanca, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, entre otros.

81. La Relatora Especial subraya que la violencia sexual y de género contra las mujeres puede afectar enormemente a su salud, provocando lesiones, embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, complicaciones obstétricas, infecciones de transmisión sexual, trastornos del estado de ánimo, aumento del abuso de sustancias y suicidios, entre otros problemas. Subraya que, en el contexto imperante de violencia sexual y de género, no se hará efectivo el derecho a la salud.

82. La Ley núm. 10235 de 2022 para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en la Política es un paso importante para hacer frente a la violencia contra las mujeres en el ámbito de la política. No obstante, a pesar del artículo 6 de la Ley, que fomenta el desarrollo de políticas y protocolos dirigidos a promover la participación efectiva e igualitaria de mujeres y hombres, la Relatora Especial señala que durante su visita observó que en buena parte del país la mayoría de los alcaldes eran hombres y que, en cambio, las mujeres ocupaban la mayoría de las vicealcaldías, lo que suponía una oportunidad perdida para confiar realmente en el poder de liderazgo femenino.

C. Salud ambiental y crisis climática

83. El cambio climático provoca la pérdida de tierras y viviendas, la disminución de la producción de alimentos, tanto en cantidad como en calidad, así como inseguridad alimentaria y malnutrición, y desplazamientos forzados.

84. Los cambios relacionados con el clima, como el calor, la sequía, las inundaciones y los huracanes, se asocian a mayores tasas de trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y renales. Algunos factores ambientales determinantes de la salud, como el polen, el humo, el polvo y el agua estancada, pueden provocar dolencias crónicas.

85. La Relatora Especial valora positivamente la aprobación del Acuerdo Regional sobre el Acceso a la Información, la Participación Pública y el Acceso a la Justicia en Asuntos Ambientales en América Latina y el Caribe (Acuerdo de Escazú)²⁴.

86. Si bien reconoce el Decreto Ejecutivo núm. 38371-S-MTSS sobre Disposiciones para Personas Ocupacionalmente Expuestas a Plaguicidas, que tiene por objeto dictar disposiciones para la prevención y la protección de las personas que usan y manipulan plaguicidas, la Relatora Especial fue informada sobre las repercusiones negativas para el derecho a la salud del uso de plaguicidas en la agricultura. El promedio de uso de plaguicidas en la agricultura entre 2012 y 2020 fue de 34,45 kg por hectárea, lo que supone la mayor tasa de uso de plaguicidas del mundo²⁵. La Relatora Especial toma nota de que en el momento de su visita se estaba desarrollando legislación sobre la materia, con el apoyo del sistema de las Naciones Unidas.

87. Se informó a la Relatora Especial de que en las regiones costeras, como Limón, el impacto de la crisis climática —evidenciado por fenómenos destructivos como los huracanes— afecta a la capacidad de ofrecer atención de manera segura, ya que algunos establecimientos de salud resultan dañados, el suministro de electricidad se ve afectado y las comunidades no pueden viajar desde zonas remotas para llegar a ellos debido a que el terreno es aún más difícil de transitar.

²³ Véase <https://pnud-conocimiento.cr/wp-content/uploads/2023/04/Agenda-comun-de-mujeres-Talamanquenas-final.pdf>.

²⁴ Véase <https://treaties.un.org/doc/Treaties/2018/03/20180312%2003-04%20PM/CTC-XXVII-18.pdf>.

²⁵ Véase www.undp.org/es/costa-rica/comunicados-de-prensa/estudios-del-pnud-evidencian-coste-del-alto-consumo-de-plaguicidas-en-costa-rica.

V. Grupos de población específicos

88. En virtud de lo dispuesto en los artículos 2, párrafo 2, y 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la observación general núm. 14 (2000), aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, discapacidad, estado de salud, orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud²⁶. El 24 de abril de 2019, Costa Rica firmó la Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia. La Relatora Especial señala que, en el momento de la visita, aún estaba pendiente su ratificación.

89. El artículo 33 de la Constitución establece que todas las personas son iguales ante la ley y que la discriminación es “contraria a la dignidad humana”. Además, el artículo 9 de la Ley General de Salud establece que todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y mental.

90. La Relatora Especial acoge con satisfacción la modificación introducida al artículo 112, párrafo 11, del Código Penal en 2022, por la que se aumentaba la pena impuesta en los casos de homicidios relacionados con el odio a entre 20 y 35 años de prisión. El delito en cuestión se define como el homicidio de una persona por motivos de odio debidos a su pertenencia a un grupo etario, racial, étnico o religioso, o a su nacionalidad, opinión política, situación migratoria, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad o características genéticas.

91. La Relatora Especial acoge con satisfacción el nombramiento del Comisionado de la Presidencia de inclusión social para cuestiones relacionadas con la discapacidad y los derechos de las personas afrodescendientes, los Pueblos Indígenas y las lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales, *queer*, asexuales y otras personas sexualmente diversas o de género diverso (LGBTIQA+) en junio de 2022.

A. Personas con discapacidad

92. Costa Rica ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el 1 de octubre de 2008 y la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad el 8 de diciembre de 1999. La Ley núm. 7600 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de 1996 establece que es de interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en condiciones iguales a las del resto de los habitantes (art. 1); y que el Estado está obligado a incluir planes, políticas, programas y servicios en sus instituciones (art. 4).

93. La Ley núm. 7600 puede considerarse una medida loable para incluir a las personas con discapacidad física, entre otras cosas haciendo que las instalaciones públicas y privadas sean más accesibles para ellas. La Relatora Especial observó que los hospitales de San José y Limón, así como la institución nacional de derechos humanos, cuentan con edificios accesibles. La obligación de garantizar la accesibilidad física, incluido el suministro de ayudas técnicas, debe hacerse realidad en todos los espacios públicos y privados.

94. La Política Nacional en Discapacidad 2011-2021 incluye cuatro ejes fundamentales (derechos humanos, desarrollo inclusivo con base comunitaria, equidad de género y gerencia social por resultados) y responde a la necesidad de lograr una sociedad inclusiva que respete los derechos de toda la población.

²⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 18.

95. El Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, creado en 2015, es la entidad responsable de vigilar el cumplimiento de la legislación en relación con los derechos de las personas con discapacidad, gestionar la política nacional sobre discapacidad y promover políticas inclusivas, en coordinación con diferentes sectores. La Relatora Especial acogió con satisfacción la buena práctica empleada en el Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut, por la que las personas con discapacidad podían participar en talleres para expresarse a través del arte.

96. Se informó a la Relatora Especial de que el proyecto de ley núm. 21282 sobre las personas con discapacidad se había presentado a la Asamblea Legislativa. Según la información recibida, el proyecto carece de una perspectiva de derechos humanos y la voz de los titulares de derechos no se tuvo en cuenta en su elaboración.

97. Además, se señaló a la atención de la Relatora Especial que ni los equipos médicos ni los materiales que empleaban en la actualidad eran adecuados para atender las necesidades de los distintos tipos de discapacidad existentes.

98. Según los titulares de derechos, otro de los retos pendientes sigue siendo el hecho de que la discapacidad todavía sea percibida por algunas autoridades como una enfermedad y no como una condición. Las personas sordas se enfrentan a un obstáculo adicional, ya que los servicios de interpretación no están cubiertos por la Caja de Seguro Social y solo la realizan intérpretes voluntarios. Preocupa a la Relatora Especial que, en varios establecimientos de salud, la Caja de Seguro Social no emplee traductores o intérpretes (para traducir o interpretar a otro idioma o a lengua de señas costarricense). Señala que, por ejemplo, las embarazadas, que tienen múltiples necesidades de atención antes, durante y después del parto, son las más afectadas. Para los pacientes sordos o ciegos, esa exclusión del servicio supone una limitación de su derecho a la información y, en última instancia, afecta a la atención que reciben.

B. Lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, intersexuales, *queer*, asexuales y otras personas sexualmente diversas o de género diverso

99. La Relatora Especial lamenta que, en el momento de la visita, no existiera ninguna ley nacional que prohibiera explícitamente la discriminación por motivos de orientación sexual, identidad o expresión de género, o características sexuales, entre otros. Celebra que la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia haya establecido que la discriminación basada en la orientación sexual es contraria al concepto de dignidad consagrado en el artículo 33 de la Constitución²⁷.

100. Se informó a la Relatora Especial de que se había presentado a la Asamblea Legislativa un proyecto de ley para el reconocimiento de las identidades transgénero, no binarias, de género diverso e intersexuales, que establecía que todas las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud integral, sin discriminación por motivos de identidad o expresión de género (art. 25).

101. La Relatora Especial elogia a Costa Rica por convertirse en el primer país centroamericano en legalizar el matrimonio entre personas del mismo sexo en 2020, basándose en la opinión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos solicitada por el Estado en 2016 para interpretar el alcance del derecho a la intimidad, el derecho al nombre y el derecho a la igualdad de protección en virtud de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en la que la Corte decidió, en 2017, que todos los derechos aplicables a las relaciones familiares de las parejas heterosexuales también debían extenderse a las parejas homosexuales²⁸. También acoge con satisfacción el decreto presidencial aprobado en 2018 sobre la base de la decisión del Tribunal, que permite a las personas transgénero cambiar de nombre en los documentos de identidad de acuerdo con su identidad de género. No obstante, la Relatora Especial fue informada de que la ley no tiene en cuenta el hecho de que las personas no binarias que quieren poder cambiar su nombre en los documentos de identidad

²⁷ Resolución núm. 18.660-2007 (2007).

²⁸ Véase www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf.

tienen que identificarse como transexuales, con lo que se les niega el derecho a la identidad de género.

102. La Política del Poder Ejecutivo para erradicar de sus instituciones la discriminación hacia la población LGBTI (2015)²⁹ establece la responsabilidad de cada órgano del Poder Ejecutivo de crear una comisión institucional para la igualdad y la no discriminación contra la Población LGBTI. En 2022, el Instituto Nacional de Aprendizaje aprobó el Plan de Acción para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Discriminación por Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género en el Instituto Nacional de Aprendizaje 2022-2025, elaborado por el Instituto Nacional de Aprendizaje y la Comisión Institucional³⁰, que contiene tres líneas estratégicas: la deconstrucción de estereotipos; la incorporación de un enfoque basado en los derechos humanos en las políticas, planes, procedimientos y otras normativas institucionales; y la existencia, eficiencia y eficacia de mecanismos de denuncia ante situaciones de discriminación y violencia.

103. La Relatora Especial también fue informada de que los menores transexuales solo pueden acceder a los servicios de salud específicos a través de la sanidad privada y han de acudir a un tribunal para poder cambiar su identidad de género en los documentos oficiales, lo que repercute negativamente en su derecho a la salud y en los diferentes pasos que deben seguir las personas transexuales antes de acudir a un endocrinólogo, que en ocasiones conllevan retrasos de dos años.

104. La Relatora Especial expresó preocupación también por la falta de datos y protocolos o directrices para la atención clínica y la falta de una educación sexual integral que aborde las necesidades específicas de las personas LGBTIQ+. Los titulares de derechos consideraron que seguía existiendo la falsa percepción de que las personas LGBTIQ+ padecían un trastorno.

105. La Relatora Especial señala que, debido a la violencia, la discriminación y el rechazo generalizados a los que se enfrentan, las personas LGBTIQ+ sufren más trastornos de salud mental. Estas disparidades en los resultados de salud están vinculadas a los prejuicios, el maltrato y la violencia que se derivan de la exclusión de los sistemas sanitarios, sociales y educativos y de las economías formales en que la mayoría de las personas disfrutan de protección profesional y personal.

106. A la Relatora Especial le preocupaba también que la terapia de conversión no era ilegal y que, al parecer, se seguían practicando intervenciones quirúrgicas innecesarias a personas intersexuales, con lo que se las exponía a una violencia institucionalizada que quedaba impune. La Relatora subraya que esta es una cuestión urgente que debe abordarse.

107. Además, la Relatora Especial escuchó a varias partes interesadas expresar su preocupación por las reformas regresivas que estaba llevando a cabo el Gobierno en el momento de la visita. Le preocupan asimismo los informes sobre discursos de odio por parte del ejecutivo y recuerda que estos discursos están prohibidos por el derecho internacional de los derechos humanos.

C. Niños, niñas y adolescentes

108. Costa Rica ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño el 21 de agosto de 1990. El artículo 41 del Código de la Niñez y la Adolescencia establece la gratuidad de la atención médica, mientras que el artículo 50 señala que las niñas o adolescentes embarazadas deben contar con controles médicos durante el embarazo, entre otras cosas. También hace hincapié en su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud. El Patronato Nacional de la Infancia se encarga de salvaguardar los derechos de los niños y adolescentes, investigar los casos de maltrato infantil y separar a los niños víctimas de maltrato de sus familias, así como de administrar centros de acogida para niños. El Ministerio de Salud aprobó el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes

²⁹ Véase www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=79466.

³⁰ Véase www.ina.ac.cr/APIEG/LGBTIQ/Documentos/Plan_Accion_LGBTI-2022-2025.pdf.

2021-2030³¹, que incluye un apartado específico sobre salud sexual y reproductiva y sobre salud mental, entre otros.

109. La Relatora Especial expresó preocupación por los informes sobre el aumento de la prevalencia del VIH entre la población joven. Las estadísticas sobre embarazos de niñas de tan solo 10 años, así como de adolescentes, reflejan que se trata de un asunto grave que precisa que se analicen exhaustivamente los abusos sexuales y las violaciones de menores.

110. El proyecto Casas de la Alegría se creó en 2020 con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las familias migrantes, a través de cooperativas en las que los niños de hasta 12 años pueden permanecer hasta tres meses mientras sus padres trabajan durante la temporada de recolección del grano de café. En el momento de la visita, había 683 casas de la alegría.

111. Se informó a la Relatora Especial de que se había registrado una tendencia al alza en las enfermedades no transmisibles entre los niños. La Relatora subraya la importancia de contar con un sistema claro de etiquetado frontal para que los niños y sus cuidadores estén mejor informados a la hora de comprar alimentos. También fue informada del problema de la insuficiencia ponderal en niños, en su mayoría procedentes de poblaciones indígenas, y anima a poner en marcha programas de nutrición escolar, pues en algunos casos aportan la única comida que reciben los alumnos al día.

D. Migrantes, solicitantes de asilo y refugiados

112. Costa Rica no ha ratificado la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, en el momento de la visita había unos 250.000 solicitantes de asilo en Costa Rica, en su mayoría procedentes de Nicaragua, entre los que también se encontraban indígenas de la comunidad misquita.

113. Los largos retrasos en el reconocimiento de la condición de refugiado y la expedición de documentos de identidad, unidos a las barreras administrativas, han provocado la exclusión de, por ejemplo, las poblaciones migrantes LGBTIQ+ e indígenas, sobre las que han tenido unos efectos desproporcionados, puesto que obtenerlos es fundamental para acceder a la atención médica.

114. A la Relatora Especial le preocupó saber que, debido a la falta de conocimientos de algunos profesionales de la medicina en relación con los derechos de las personas refugiadas, también las embarazadas, algunas de ellas son rechazadas, junto con migrantes muy vulnerables que entran en el país a través de Panamá y necesitan alimentos y refugio. Le preocupa la falta de servicio de interpretación para las personas que no hablan español, lo que supone una barrera adicional para acceder a la atención de la salud. En una de sus interacciones con migrantes, le dijeron: “Como somos migrantes, no tenemos derecho a estar enfermos”.

115. La Relatora Especial subraya que algunas personas que solicitan protección internacional han sufrido tortura, malos tratos o violencia sexual relacionada con conflictos en terceros países y pueden correr el riesgo de ser víctimas de la trata de personas en su país de origen o estando en tránsito. En opinión de la Relatora Especial, se debe poner en práctica la solidaridad internacional y la cooperación continua, desplegando para ello conocimientos especializados.

116. La Relatora Especial elogia la labor realizada por la sociedad civil en la prestación de servicios de atención de la salud a algunos grupos de población, incluidos los solicitantes de asilo y los refugiados de Nicaragua.

³¹ Véase www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-estrategicos-institucionales/5386-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2021-2030/file.

E. Pueblos Indígenas

117. Costa Rica ratificó el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169), de la Organización Internacional del Trabajo, el 2 de abril de 1993. Se informó a la Relatora Especial de que varios equipos móviles básicos de atención integral en salud realizan entre una y cuatro visitas mensuales a los 24 territorios indígenas del país. También le relataron casos de violencia estructural contra los Pueblos Indígenas. Los equipos básicos de atención integral en salud se encuentran lejos de estas comunidades, lo que limita su derecho a un sistema de atención médica integral: algunas personas señalaron que debían salir de su casa a las 04.00 h para llegar al puesto de visita de uno de estos equipos, a veces sin la garantía de ser atendidas ese mismo día, debido a la falta de capacidad.

118. La Relatora Especial fue informada sobre la violencia estructural que afectaba a las comunidades indígenas. Le indicaron que la medicina occidental les resultaba cara y que los hospitales carecían de una zona específica donde los curanderos tradicionales pudieran interactuar con los enfermos de sus comunidades.

119. La Relatora Especial está preocupada por los hechos señalados a su atención en relación con el desposeimiento de las tierras de los Pueblos Indígenas y su invisibilidad ante las autoridades, así como por el aumento, desde 2018, de la depresión y la ansiedad entre los jóvenes indígenas que estudian fuera de sus comunidades, y el incremento de los intentos de suicidio y las muertes por suicidio en Talamanca.

120. Al reunirse con miembros de la comunidad bribri, la Relatora Especial fue informada de la falta de perspectivas de empleo, que conllevaba que la mayoría de ellos trabajasen en el sector informal, lo que les impedía afiliarse a la Caja de Seguro Social, así como de los continuos obstáculos administrativos conexos.

121. La Relatora Especial expresa preocupación por la supuesta falta de empatía de algunos miembros de las autoridades y de los empleados de los servicios públicos, donde estas personas fueron objeto de malos tratos que incluyeron, en algunas ocasiones, la falta de respeto por su identidad étnica y sus necesidades culturales.

122. El acceso y la asequibilidad del transporte son obstáculos para acceder a los equipos básicos de atención integral en salud. La Relatora Especial también fue informada acerca de los tiempos de espera para las consultas y de la falta de especialistas, en particular de pediatras y geriatras.

123. Se señaló a la atención de la Relatora Especial que los miembros de la comunidad indígena misquita de Nicaragua sufren el trauma de estar en el exilio, además de la falta de acceso a la flora ancestral utilizada para la medicina tradicional. Se le informó del acceso diferenciado a los factores determinantes básicos de la salud, incluida la falta de vivienda y agua.

124. Durante su visita a Talamanca, la Relatora Especial asistió a una reunión positiva y a un acuerdo alcanzado entre la Caja de Seguro Social y miembros de la comunidad bribri, en el que se comprometían a dar un papel claro a los líderes indígenas para documentar las barreras de acceso a la atención de la salud, incluidos los problemas de infraestructuras y los errores médicos, y a sancionar administrativamente a los responsables. La titular del mandato acogió con satisfacción la existencia de un acuerdo para construir un nuevo equipo básico de atención integral en salud con servicios complementarios en Talamanca, que incluiría también atención especializada.

F. Personas privadas de libertad

125. Se señalaron a la atención de la Relatora Especial cuestiones relacionadas con los obstáculos económicos para el acceso de las mujeres a la justicia y la falta de recursos humanos y de personal de salud en las prisiones. Le preocupaba la información relativa a los estereotipos que afectaban a las mujeres y el escaso conocimiento de los derechos de la mujer entre los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, incluida la policía.

126. A la Relatora Especial le preocupan los obstáculos que encuentran los Pueblos Indígenas, los afrodescendientes, los refugiados, los solicitantes de asilo y las personas con discapacidad para acceder a la justicia. Estos grupos se entrecruzan con otras categorías de población, como las mujeres y las personas LGBTIQ+. La titular del mandato lamenta la ausencia de información sobre los recursos de que disponen para denunciar las formas interseccionales de discriminación.

127. La Relatora Especial acoge con satisfacción el Decreto Ejecutivo núm. 38139-JP de 2013 sobre el Programa Nacional de Atención a Mujeres Sujetas a Sanción Penal³², que prevé la protección de las mujeres en el sistema penitenciario. Fue informada de que el Instituto Nacional de las Mujeres coordinaba la atención de la salud de las mujeres privadas de libertad con otras entidades, entre ellas el Patronato Nacional de la Infancia, el Ministerio de Justicia y Paz, la Cámara de Comercio y el Poder Judicial.

128. Se señaló a la atención de la Relatora Especial el gran número de quejas presentadas por personas privadas de libertad en relación con la atención médica recibida. Si bien las personas privadas de libertad eran atendidas en servicios de salud ubicados fuera de los centros de detención, a la Relatora Especial le preocupaban las informaciones sobre la falta de protocolos, que podría contribuir a que no se garantizaran las garantías procesales para obtener reparación.

129. La Relatora Especial fue informada de que un número significativo de mujeres privadas de libertad había sufrido violencia a lo largo de su vida y tenía necesidades relacionadas con la atención de la salud mental que se habían visto exacerbadas por la pandemia de COVID-19.

130. Se informó a la Relatora Especial de que la atención médica que se dispensaba en la prisión de mujeres que había visitado era muy básica. Las mujeres encarceladas tienen acceso a reconocimientos médicos preventivos que incluyen, por ejemplo, citologías vaginales, si bien se han denunciado retrasos en el suministro de medicamentos y atención integral, incluido el suministro oportuno de anticonceptivos.

G. Personas que consumen drogas

131. La Relatora Especial expresó preocupación por los casos de violencia en el sistema de salud contra personas que consumen drogas y por la denegación de atención médica a personas sin hogar. Asimismo, le preocupaba la información relativa a la falta de atención médica especializada para las personas de edad que consumen drogas.

132. La titular del mandato expresó preocupación además al saber que, según la información recibida, las personas que se inyectan drogas no están incluidas en el plan de prevención del VIH. También fue informada de que al parecer el Instituto Nacional de las Mujeres no prestaba servicios a las mujeres que consumían drogas.

133. Asimismo, expresó preocupación al ser conocedora de que varias mujeres transexuales que consumían drogas se veían obligadas, al parecer, a utilizar los nombres que se les asignaban según el género que se presumía que tenían y no los nombres que habían escogido.

VI. Cooperación internacional

134. Costa Rica ofrece cooperación técnica a través de iniciativas bilaterales y regionales que hacen hincapié en la cooperación triangular y la cooperación Sur-Sur³³. En 2021, el país se convirtió en el 38° miembro de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

³² Véase www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=%20NRTC&nValor1=1&nValor2=76464&nValor3=95471&strTipM=TC.

³³ Véase www.oecd-ilibrary.org/sites/3f89619f-en/index.html?itemId=/content/component/5e331623-en&_csp_=b14d4f60505d057b456dd1730d8fcea3&itemIGO=oecd&itemContentType=chapter&_ga=2.83562453.292713557.1623658115-495008994.1601629812.

Adoptó la Política de Cooperación Internacional 2020-2022³⁴, que hace especial hincapié en la cooperación Sur-Sur, triangular y transfronteriza. El país publicó en 2022 su Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Pública 2023-2026³⁵, que se centra en la pobreza, la desigualdad y el medio ambiente, y contiene un área estratégica centrada en la salud a escala nacional.

135. La Relatora Especial fue informada de la existencia de 16 acuerdos comerciales con más de 50 países y de que uno de los más importantes se refiere a los productos de interés sanitario.

VII. Buenas prácticas

136. La eficaz respuesta del país a la pandemia de COVID-19 fue posible gracias a una inversión histórica y al apoyo político al sistema de salud. El Ministerio de Salud tomó con prontitud decisiones basándose en pruebas científicas y en el asesoramiento de expertos. El país desarrolló una estructura operacional y técnica en relación con la respuesta a la pandemia de COVID-19, cuya agilidad se puso de manifiesto de diversas maneras.

137. La supervisión de los inventarios de suministros farmacológicos, los formularios epidemiológicos electrónicos utilizados para agilizar el aislamiento y el seguimiento de los casos, la supervisión de la ocupación y la asignación de camas, la facilitación y el traslado de pacientes entre centros públicos y privados, así como una estrategia coherente de divulgación pública de mensajes informativos, educativos y comunicativos sobre salud en relación con la COVID-19, fueron otras buenas prácticas. El éxito del programa de vacunación contra la COVID-19 es también muestra de la confianza pública. Se recurrió más a los asesores culturales, lo que repercutió positivamente en la educación comunitaria.

138. Costa Rica apoyó iniciativas internacionales, como el Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19, y prestó cooperación técnica mediante el intercambio de experiencias, suministros y procedimientos nacionales a la Argentina, el Ecuador, El Salvador y la República Dominicana³⁶. Costa Rica se benefició del apoyo financiero del Banco Centroamericano de Integración Económica durante la pandemia de COVID-19 a través de donaciones como, por ejemplo, ayuda de urgencia y donaciones de equipos médicos, y del acceso al Programa de Emergencia de Apoyo y Preparación para la COVID-19, a través del cual el país obtuvo un préstamo para cubrir la adquisición y la administración de vacunas contra la COVID-19³⁷.

139. La Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida 2022-2026 se revisó en mayo de 2023. La Relatora Especial fue informada de la existencia de un hospital especializado en geriatría y gerontología. La titular del mandato anima a Costa Rica a aplicar los planes de envejecimiento saludable a mayor escala en el ámbito comunitario.

VIII. Recomendaciones

140. **La Relatora Especial recomienda al Gobierno y a otras partes interesadas que:**

a) **Respeten, protejan y hagan efectivo el derecho a la salud, para lo que es necesario que los Estados se abstengan de emplear prácticas discriminatorias como política de Estado y de imponer prácticas discriminatorias relacionadas con las necesidades y el estado de salud de las mujeres;**

b) **Den suficiente reconocimiento al derecho a la salud en los sistemas políticos y jurídicos nacionales, con un plan detallado;**

³⁴ Véase https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/eAVw_dAZR32hT9pEmxtkfA.

³⁵ Véase <https://drive.google.com/file/d/1otcCNQGgjEKDl5hMEA8IG--RTmgzY6yK/view>.

³⁶ Véase www.oecd-ilibrary.org/sites/3f89619f-en/index.html?itemId=/content/component/5e331623-en&_csp_=b14d4f60505d057b456dd1730d8fcea3&itemIGO=oecd&itemContentType=chapter&_ga=2.83562453.292713557.1623658115-495008994.1601629812.

³⁷ Véase www.bcie.org/fileadmin/user_upload/Articulo_BCIE_en_Costa_Rica_ENG.pdf.

c) **Garanticen la no discriminación y la igualdad de trato, y avancen con la mayor rapidez y efectividad posibles hacia la plena realización del derecho a la salud. Es necesario reforzar la atención primaria como piedra angular de la salud pública. Las herramientas digitales no deben traer consigo una desinversión en los centros ni deben limitar el acceso a la atención de la salud;**

d) **Adopten urgentemente un cambio de paradigma y un enfoque integral para la atención de la salud mental, teniendo en cuenta las diferentes realidades de la población, desde una perspectiva centrada en las personas y en los derechos humanos. Las respuestas deben guiar con empatía e incluir iniciativas como el arte y la expresión artística, empleando, por ejemplo, la poesía y la pintura como parte de la terapia. Para las personas con discapacidad y las que tienen problemas de salud mental, incluidos los adolescentes, la desinstitucionalización es importante y requiere inversiones en los factores determinantes básicos de la salud;**

e) **Adopten enfoques de reducción de daños y despenalización del consumo de drogas, junto con una política adecuada y protocolos con base empírica para la prestación de unos servicios de salud accesibles, aceptables, asequibles y de calidad;**

f) **Recopilen datos desglosados desde una perspectiva interseccional, teniendo en cuenta a los grupos marginados de la población, lo que puede servir para adoptar políticas específicas que no dejen a nadie atrás;**

g) **Cierren la brecha creada por la falta de profesionales médicos permitiendo ejercer a profesionales procedentes de otros países, como Nicaragua, mediante el reconocimiento de sus estudios y la concesión de una licencia para ejercer su actividad;**

h) **Formen al personal médico en las directrices y protocolos médicos existentes, sin por ello dejar de estar preparados para aprobar, a escala nacional, políticas y protocolos sólidos con base empírica para orientar la presupuestación y la aplicación en mayor escala;**

i) **Impongan una moratoria en la aplicación de las leyes penales relativas al aborto, incluida la obligación legal de los profesionales de la medicina de denunciar ante las autoridades policiales a las embarazadas que soliciten interrumpir su embarazo. Según la legislación nacional vigente, debe garantizarse el aborto en condiciones de seguridad a las personas que lo soliciten sin que se impongan plazos de espera, de acuerdo con las normas internacionales;**

j) **Garanticen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la reproducción asistida, aumenten el cribado de los cánceres del sistema reproductor y lleguen a los grupos marginados de la población;**

k) **Pongan fin a las intervenciones médicas nocivas e innecesarias en niños y adultos intersexuales, garanticen la protección legislativa frente a tales prácticas y declaren ilegal la terapia de conversión;**

l) **Imploren a todos los líderes de todos los niveles de la sociedad para que pongan fin a la violencia, la discriminación y el rechazo generalizados a los que se enfrentan, entre otras, las personas con VIH/sida, los trabajadores del sexo, las personas privadas de libertad, los migrantes, los solicitantes de asilo y los desplazados internos. Para ello es necesaria una respuesta integral a la violencia sexual relacionada con los conflictos;**

m) **Sitúen en primer plano las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad al decidir las medidas de financiación, adaptación, prevención y resiliencia frente al cambio climático, y minimicen los efectos desproporcionados que este tiene sobre ellas en relación con la atención clínica, los sistemas de salud y los factores determinantes básicos de la salud;**

n) **Garanticen la rendición de cuentas, incluidos los elementos de supervisión, revisión y reparación que la componen. La rendición de cuentas pone de manifiesto dónde se ha avanzado y dónde no, permite a los garantes de derechos explicar el trabajo realizado y hacer ajustes, y ofrece a los titulares de derechos la**

oportunidad de colaborar con los garantes en la promoción y protección de sus derechos y de pedir reparación en situaciones en las que se hayan producido violaciones;

o) Consulten con todas las partes interesadas pertinentes, entre ellas la institución nacional de derechos humanos y la sociedad civil, para la aprobación de leyes, planes nacionales y políticas dirigidas a grupos específicos de la población;

p) Sigam reforzando urgentemente la capacidad mediante el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En todos los marcos deben integrarse mecanismos de supervisión independientes, junto con información sobre recursos jurídicos efectivos y procedimientos que permitan a los titulares reivindicar sus derechos;

q) Velen por la creación de alianzas entre el Gobierno y la sociedad civil que inspiren confianza. No ha de haber cabida para la disciplina o el castigo de las organizaciones de la sociedad civil o las personas que defienden los derechos humanos con la retirada de recursos, cooperación o financiación;

r) Apoyen la seguridad y la salud física y mental de los profesionales de la salud y, en términos más amplios, de los funcionarios públicos, y envíen un mensaje claro y contundente de que el Estado no tolerará los abusos;

s) Apoyen a los adolescentes mediante una educación sexual integral y una atención digna, para que logren transitar hacia un desarrollo emocional, psicosocial, físico y sexual saludable, para lo que es necesario reconocer sus derechos a la información, a la libertad de expresión y asociación, a la protección frente a todas las formas de violencia, a la seguridad, a la integridad corporal y a la diversidad de la vida familiar, así como el respeto de su dignidad y autonomía;

t) Inviertan en infraestructuras y recursos en la Caja de Seguro Social a fin de ampliar el alcance de los servicios de salud a zonas remotas y que las instalaciones satisfagan las necesidades de todas las mujeres, garanticen la presencia de especialistas formados y respetuosos desde una perspectiva culturalmente relevante y proporcionen servicios de traducción e interpretación, también en lengua de señas;

u) Permitan a la Caja de Seguro Social contratar asesores culturales en todo el sistema de salud y velen por la integración de estos en el sistema. La cosmovisión, la salud física y mental, la espiritualidad y la autonomía de los Pueblos Indígenas y de las personas afrodescendientes y su conexión inseparable con sus territorios y tierras son una cuestión de derechos humanos y deben abordarse como tal.
