

PROYECTO DE LEY

LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS A LA ATENCIÓN POR SALUD REPRODUCTIVA Y RESPONSABILIDAD ÉTICA Y PROFESIONAL DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD Y LEYES CONEXAS

Expediente N.º 20.356

ASAMBLEA LEGISLATIVA:

Una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Para mantener la salud sexual y reproductiva las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y empoderadas para autoprotgerse de las infecciones de transmisión sexual. Y cuando decidan tener hijos las mujeres deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano.

El derecho a la salud sexual y reproductiva implica, necesariamente, el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Por tanto, además de contemplar los aspectos relativos a la salud reproductiva (como por ejemplo: la libertad para decidir cuándo procrear y con qué frecuencia), se debe velar por que tanto el hombre como la mujer dispongan de información y acceso a servicios y métodos de anticoncepción seguros, eficaces, asequibles y aceptables, de servicios de atención de la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos y ofrezcan a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos y del disfrute pleno de su sexualidad.

En síntesis, podemos decir que la salud reproductiva es reconocida como un derecho, por parte de la OMS y se ha definido por esta entidad, como “la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo”.

A través de la salud reproductiva, se promueve que las personas puedan gozar de una vida sexual segura y que decidan cuándo quieren tener hijos. En este aspecto, supone el derecho de hombres y mujeres de estar informados acerca del funcionamiento de sus propios cuerpos y de los métodos anticonceptivos existentes.

Así las cosas, la salud reproductiva estaría conformada por diversos servicios, tales como la educación y los cuidados vinculados a las enfermedades de transmisión sexual. Además, incluye también la detección precoz de afecciones ginecológicas, con exámenes de control mamario y el PAP.

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procrear son dos derechos estrictamente vinculados con la dignidad de la persona y el desarrollo de sus capacidades, por eso es necesario que esos derechos sean defendidos en el ámbito estatal. Se debe garantizar la integridad física y psíquica de la persona, puesto que la decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos que una persona debe afrontar, y es fundamental que no exista coacción ni ningún tipo de presión que puedan afectar la decisión.

En el caso costarricense, la *“Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva”* (ENSSR-10), realizada en el año 2010, trascendió el enfoque tradicional de la sexualidad visualizada solamente desde la reproducción, al incorporar variables adicionales a las utilizadas en encuestas de fecundidad realizadas previamente en el país. Al reconocer que la sexualidad está presente en todos los ciclos de la vida, esta encuesta analizó un rango más amplio de edades, mediante el diseño de una muestra estadísticamente representativa de los hombres y las mujeres de 15 a 79 años de edad, residentes de las diversas regiones del país y de las zonas urbanas y rurales.

Por otra parte, en torno a la satisfacción de las personas adolescentes con respecto al origen de la información que reciben sobre la sexualidad, esto solo se consultó para padres y madres de familia y docentes, según lo especifica la *“Encuesta Nacional sobre Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica, 2001”* (ENCR 2001). En general, el grado de satisfacción absoluta reportado es bajo (31,9% para padres y madres y 21,9% para docentes), tomando en cuenta los significativos porcentajes que esperan que estas se constituyan en sus principales informantes. En relación con la educación de la sexualidad como parte del currículo formal y ante el inicio de una discusión nacional acerca del momento idóneo para que dicha educación inicie, vale la pena resaltar que la mayoría de las personas adolescentes consideran que esta debe iniciarse antes de los 13 años, o sea, en la educación primaria. Además, conviene señalar que 96,2% de la población adolescente señaló estar a favor de que en la educación sexual que se imparta en centros educativos se incluya el tema de los métodos anticonceptivos (Sánchez Calvo y Valverde Cerros, 2010:79)

Evolución del concepto de salud reproductiva

En los años sesenta, en el contexto original de las actividades de anticoncepción y planificación de la familia, se hacía hincapié en el aspecto de población y los servicios estaban dirigidos casi exclusivamente a las mujeres en edad fértil. El movimiento feminista aportó la idea de la libertad de elegir y en algunos países ello incluyó el derecho a servicios relacionados con el aborto. En los años ochenta, en diversos lugares la planificación de la familia se integró a los

servicios tradicionales de salud materno infantil que se concentraban principalmente en el embarazo, el parto y la atención perinatal.

Durante ese período se diseminó bastante el concepto de promoción de la salud. En la región latinoamericana, se empezó a reconocer que los adolescentes estaban en riesgo por su falta de conocimientos sobre la sexualidad humana y que los servicios de salud reproductiva deberían impartirles información sobre el comportamiento responsable. Sin embargo, esto solo se cumplió de forma limitada y no todos los sectores de la población se beneficiaron.

En los años noventa, la orientación ha sido decididamente hacia el individuo, con énfasis en los derechos humanos, la libre determinación y las responsabilidades correspondientes. En las políticas y servicios se ha considerado cada vez más la perspectiva de género. La promoción de la salud y de los entornos saludables se ha convertido en objeto de interés público. Al mismo tiempo, se ha documentado ampliamente la necesidad de integrar con la salud pública otros aspectos del desarrollo humano como la educación, la nutrición, el trabajo y la independencia cultural y económica. Se han subrayado también el crecimiento y envejecimiento de las poblaciones y sus consecuencias para la salud y los servicios.

En 1994, acaeció un suceso de importancia histórica que permitió a los países del mundo llegar a un acuerdo sobre la definición de salud reproductiva. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, Egipto, tomando como punto de partida la definición de salud establecida por la OMS, se redactó la siguiente definición:

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

El ejercicio efectivo de estos derechos es esencial pues promueve el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Es así como la Declaración del Milenio, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2000, indica que –para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)- es necesario mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva para reducir el nivel de pobreza, mejorar la salud materna, disminuir la mortalidad infantil, reducir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/sida, empoderar a las mujeres y avanzar hacia una mayor igualdad entre los géneros (cf. Cumbre del Milenio, 2000).

Precisamente, por la importancia que reviste para las mujeres como sector vulnerable queremos justificar la necesidad que reviste adoptar una serie de medidas y derechos anclados en la salud reproductiva de dicho sector.

La salud reproductiva en las mujeres

Todas las personas tienen derecho a elegir sus opciones preferidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. En el caso de las mujeres, un estudio de la Organización Mundial de la Salud, de estimación de las causas regionales de mortalidad de la mujer, se concluye que las defunciones maternas ocupan el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres en edad fecunda. Cada año mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto unas 287.000 mujeres, el 99% de ellas en países en desarrollo. Aunque el uso de anticonceptivos ha aumentado en los últimos 30 años, hay en todas las regiones muchas mujeres que siguen sin tener acceso a métodos modernos de anticoncepción. Por ejemplo, en el África subsahariana una de cada cuatro mujeres que desea espaciar los embarazos o dejar de tener hijos no utiliza ningún método de planificación familiar (OMS, 2012).

La ENSSR-10, con respecto a la sexualidad reproductiva de las mujeres, nos arroja datos sumamente interesantes, tales como que la proporción de mujeres esterilizadas es mayor en mujeres de menor nivel educativo. El 25,4% de las mujeres con secundaria incompleta o menos indicó haberse esterilizado, mientras que entre las mujeres con secundaria completa dicha proporción fue de 13,6%.

De acuerdo con la ENSSR-10, en Costa Rica la esterilización femenina empieza en edades tempranas (alrededor de los 20 años) y aumenta progresivamente conforme avanza la edad, este comportamiento ya se presentaba desde 1999. En ese año, se notaba una diferencia en la edad de esterilización según el nivel de educación de las mujeres, más temprana para las de menor educación. Esa diferencia desaparece para las mujeres menores de 35 años, en la encuesta del año 2010.

La salud reproductiva en la legislación costarricense

Asimismo, aunque no se refieran específicamente a la sexualidad en nuestro país se han promulgado leyes para proteger a grupos vulnerables, tales como la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades, la cual –en su artículo 31- señala que los servicios de salud deben ofrecerse en igualdad de condiciones a toda persona que los requiera (cf. Ley 7600, 1996); y la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, la cual (en el artículo 5, inciso h) establece el derecho de la persona adulta mayor residente o usuaria de un establecimiento privado a tener privacidad con su cónyuge o compañero/a (Ley 7771, 1998).

Los artículos 3 y 4 de la Ley General de Sida se refieren a la prevención y atención del VIH y el sida, garantizando el respeto a los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República, prohibiendo toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador en perjuicio de este sector de la población (cf. Ley 1935, 1999). El país también, cuenta con un conjunto de lineamientos político-estratégicos sobre esta temática, dentro de ellos la *“Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género”* (Inamu, 2007), la *“Política Nacional de VIH/sida”* (Ministerio de Salud-Conasida, 2007), la *“Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia”* (PANI, 2009) y la *“Política Pública de la Persona Joven”* (CPJ, 2010). Con el fin de integrar y complementar los diversos elementos contenidos en esos instrumentos, Costa Rica promulgó la *“Política Nacional de la Sexualidad 2011-2021”*, en la cual el Estado se compromete a garantizar y respetar el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan el país, como parte integral del derecho humano a la salud (Ministerio de Salud, 2011).

Nos inclinamos en esta iniciativa legal a reformar una serie de artículos de la Ley General de Salud (Ley N.º 5395 de 30/10/1973), por considerar que con las variables insertadas se regulan más específicamente los derechos reproductivos y sexuales de la pareja con énfasis en las mujeres, así como de los profesionales en salud que atienden estos casos.

La responsabilidad ética de los profesionales en salud

Finalmente, esta iniciativa pretende amalgamar la ineludible responsabilidad ética que deben asumir todos los profesionales en salud, al momento de tratar aspectos de salud reproductiva. Un autor como Marlasca ha dicho que la ética es la *“ciencia normativa de los actos humanos en orden al bien”* (1994:6), a la vez que en el campo de la investigación y salud con seres humanos se ha gestado una serie de principios bioéticos que regulan la relación entre médico –o profesional en salud en sentido amplio- y paciente.

Una de las maneras más comunes de instrumentalizar la bioética en la práctica consiste en acudir a una serie de principios interpretativos. Los pioneros en ofrecer un marco de principios que sirvieran de guía para ayudar a plantear adecuadamente los problemas bioéticos fueron un filósofo, Beauchamp, y un

teólogo, Childress, autores del libro “*Principios de Ética Biomédica*”, publicado en 1979, y posteriormente revisado en cinco sucesivas ediciones. El origen de su propuesta tiene como antecedente el *Informe Belmont*, de 1978, en el que están contenidas las conclusiones de la comisión creada por el Congreso de los Estados Unidos, encargada de proponer los principios éticos que deberían regir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y de la biomedicina.

Uno de estos principios bioéticos sería el <<Principio de Beneficencia>> que traduce la idea de buscar el bien del paciente como objetivo de la ciencia médica, según reza una de las sentencias del juramento hipocrático, en virtud de la cual el médico queda comprometido a buscar el bienestar del paciente, y añade: “según mi capacidad y mi recto entender” (González Arnaiz, 2012: 49).

Para todos los estudios y actos médicos que sean pertinentes, el o la profesional en salud ha de garantizar que los resultados que se alcancen redunden en algún beneficio para el paciente.

En ese espíritu, la presente iniciativa de reforma legal propugna que a través de la Ley General de Salud se puedan entronizar de una mejor manera las garantías de la atención y tratamiento de los derechos reproductivos de los pacientes, así como los deberes éticos de los profesionales en salud.

En virtud de los motivos y razones expuestas, se somete al conocimiento y aprobación de la Asamblea Legislativa de la República el presente proyecto de ley.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA
DECRETA:

**LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS A LA ATENCIÓN POR SALUD
REPRODUCTIVA Y RESPONSABILIDAD ÉTICA Y PROFESIONAL
DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. REFORMA A LA
LEY GENERAL DE SALUD Y LEYES CONEXAS**

ARTÍCULO 1.- Refórmense los artículos 11, 20 y 22 de la Ley N.º 5395, y sus reformas (Ley General de Salud), publicada en La Gaceta N.º 222, de 24 de noviembre de 1973, Alcance N.º 172, los cuales se leerán así:

“Artículo 11.- Toda persona y en particular quienes vayan a contraer matrimonio podrán solicitar de los servicios de salud competentes, y obtener prontamente, los certificados de salud en que se acredite, mediante los exámenes que sea menester, que no padece de enfermedad transmisible o crónica o condiciones especiales que puedan poner en peligro la salud de terceras personas o de la descendencia. Es una obligación de los sistemas de salud público, cumplir con este derecho de los usuarios, cuya omisión

causará responsabilidad penal en los términos del artículo 372 de la presente ley.”

“Artículo 20.- Las personas deben proveer al restablecimiento de su salud y la de los dependientes de su núcleo familiar y tienen derecho a recurrir a los servicios de salud estatales; para ello contribuirán económicamente en la forma fijada por las leyes y los reglamentos pertinentes. La salud pública atenderá a los usuarios en estricto apego y respeto por sus intereses manifiestos, estando prohibido desatenderlos sin justificación médica válida, salvo que se demuestre el riesgo potencial y directo del tratamiento en el paciente.”

“Artículo 22.- Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviere impedido para hacerlo. El paciente o su representante debe ser informado y respetado en todo el ámbito de sus decisiones. Se exceptúan de este requisito las intervenciones de urgencia.”

ARTÍCULO 2.- Adiciónese un segundo y tercer párrafo al artículo 12; un artículo 12 bis, así como un párrafo segundo al artículo 21 de la Ley N.º 5395, y sus reformas (Ley General de Salud), publicada en La Gaceta N.º 222, de 24 de noviembre de 1973, Alcance N.º 172, los cuales se leerán así:

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

Otros servicios de salud reproductiva a los que la madre tiene derecho incluyen el de planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención a las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género, la esterilización quirúrgica y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana.

El médico y profesional en la salud tratante debe informar sobre tales derechos y obtener el consentimiento informado del paciente cuando la situación lo amerite en virtud de la norma o ley. Debe respetar el parecer y voluntad del paciente, siempre y cuando el tratamiento solicitado no comprometa su salud o causa perjuicios graves.

Artículo 12 bis.- Todo ser humano, a partir de la mayoría de edad, tiene derecho a la esterilización voluntaria quirúrgica. Este derecho no podrá ser cuestionado por ningún médico.”

“Artículo 21.- Podrá también, conforme a disposiciones legales y reglamentarias, recibir medicamentos, alimentos de uso terapéutico, elementos de uso médico y otros medios que fueren indispensables para el tratamiento de su enfermedad y para su rehabilitación personal o para las personas de su dependencia.

El médico o profesional que sea el responsable del servicio en salud al paciente deberá respetar e informar en relación con los derechos inherentes al mismo. Estos derechos deben contemplar los de salud reproductiva descritos en el artículo onceavo y doceavo bis de esta ley.”

ARTÍCULO 3.- Créase el artículo 372 de la Ley N.º 5395, y sus reformas (Ley General de Salud), publicada en La Gaceta N.º 222, de 24 de noviembre de 1973, Alcance N.º 172, el cual se leerá así:

“Artículo 372.- Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el profesional en salud acreditado por esta ley, que incurra en violación de los artículos 11,12, 12 bis, 20, 21 y 22.

Se aplicará el criterio de reincidencia y agravamiento de la sanción, si el sentenciado incurre en la misma o mismas faltas dentro de los dos años siguientes a la resolución judicial dictada en firme de la sanción, y para tales efectos sancionatorios las penas previstas se duplicarán, teniéndose como extremo inferior un año y como extremo mayor seis años.”

Jorge Arturo Arguedas Mora
DIPUTADO

NOTA: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente Ordina de Gobierno y Administración.

1 vez.—O. C. N° 27022.—(IN2017144069).