



**UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest
attainable standard of physical and mental health
Ms. Tlaleng Mofokeng**

Preliminary observations
San José, Costa Rica, 31 July 2023

Dear journalists and representatives of media outlets,

I would like to begin by thanking the Government of Costa Rica for inviting me to visit the country from 18 to 31 July 2023 to assess, in a spirit of cooperation, the realization of the right to health in the country, including challenges and good practices. I am an independent expert who reports to, and advises, the UN Human Rights Council and the UN General Assembly on the realization of the right to physical and mental health. I also take this opportunity to thank the UN Country Team for their support of my visit.

During my visit, I met with Government officials, including the Ministry of Foreign Affairs and Worship, Ministry of Health, The Costa Rican Social Security Fund (Caja Costarricense de Seguro Social), Interdisciplinary Mental Health teams, Mental Health and Psychosocial Support Technical Operating Committee, National Institute for Women (INAMU), National Commission for Indigenous Affairs (CONAI), National Council for Persons with Disabilities (CONAPDIS), National Children's Institute (PANI), Mixed Institute of Social Assistance (IMAS), Presidential Commissioner for Social Inclusion, Ministry of Labor and Social Security, Ministry of the Interior, Police and Public Security, Ministry of Justice and Peace, Ministry of Agriculture and Livestock, Ministry of Public Education, Ministry of Science, Innovation, Technology and Telecommunications, National Learning Institute, National Insurance Institute, Ministry of Foreign Trade, General Directorate of Migration and Aliens, National Coalition against the Smuggling of Migrants and Trafficking in Persons (CONATT) and members of the Judicial branch.

I also met with representatives of the National Human Rights Institution, as well as of international organizations, and a wide range of civil society actors, in San José and surrounding areas (La Carpio) and Limón.

I met with the Vice-Mayors of Coto Brus and Limón respective municipalities, as well as members of Bribri indigenous communities. I also visited a hospital specialized in mental health in San José and a secondary health care center in Limón.

After ten days of visiting the country, I have gathered a wealth of information and testimonies, which will help me assess the realization of the right to health in Costa Rica. Today, I will present some of my preliminary observations, which will be elaborated in more detail in a report that will be presented to the UN Human Rights Council in Geneva in June 2024.

I am grateful to all stakeholders and persons who took the time to meet with me, in particular women activists, women detainees, community leaders, including Indigenous Peoples, Afro-descendant persons, as well as LGBTIQ+ persons, persons with disabilities, migrants, asylum-seekers and refugees. Their deeply personal stories helped me to learn more about the challenges of daily life and good practices in Costa Rica related to the availability, accessibility, acceptability and quality of health care, as well as the underlying determinants of health.

I got an understanding of the historical vision, the current realities and challenges through their eyes, within and outside the health system, in institutional, as well as community leadership. I also got a sense of a collective vision for a future that takes into account the integral elements of the cosmos-vision.

Understanding the right to health: The freedoms under the right to health include the right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom. The entitlements include the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health. The right to health in all its forms and at all levels contains interrelated and essential elements namely Availability, Accessibility, Acceptability and Quality (AAAQ) and the precise application of which depends on conditions prevailing in Costa Rica and the political will to move as expeditiously and effectively as possible towards the full realization of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

Legal and Policy Framework:

Article 46 of the Constitution indicates that “the consumers and users have the right to the protection of their health”. Although there is no specific right protecting the right of everyone to the highest attainable standard of physical and mental health, the Constitutional Room of the Supreme Court derived that the right to health is guaranteed and constitutionally protected through Article 21 that protects human life. In addition, Article 50 of the Constitution guarantees the right to a healthy environment and Article 73, the right to social security to protect the workers in situations of illness, disability and maternity among others. In relation to non-discrimination, Article 33 of the Constitution states that every person is equal before the law and stipulates that discrimination is “contrary to human dignity”. The General Health Law, in particular Article 9 provides that all persons have the right to the promotion of physical and mental health.

Abortion is considered a crime, infringing Article 21 of the Constitution and regulated by the Criminal Code. It is not punished in cases when the life or health of the mother is in danger if the abortion could not be avoided by other means. Doctors who suspect that a woman undertook an abortion have the obligation to report it to the Organization of Judicial Investigation.

The Ministry of Health:

The Ministry of Health is the rectory of the National Health System tasked with monitoring the execution of essential health-care functions and ensuring sectoral governance. The Ministry of Health has various plans, policies and strategies in implementation, some in development, others in pilot stages while others are in review.

Costa Rican public healthcare system, particularly its innovative primary health care model that was launched in 1994 to improve access, quality, and equity to health care through a community-based organizational model is made up of health centers and multidisciplinary teams.

Social security:

Costa Rica offers almost complete, universal coverage through the *Caja Costarricense de Seguro Social*, commonly known as the *Caja* in the public sector and has coverage options through the private sector as well. The *Caja* was created in 1941 through Law n°17 which establishes social security in the country, providing a social security insurance system for wage-earning workers. Enrollment in the *Caja* provides access to various medical services, including preventive care, emergency services, specialized care, and hospitalization.

The efficiency during the COVID-19 pandemic was made possible by historical investment and political support for the health system. The Ministry of Health made early decisions, based on scientific evidence and advice of experts. The country developed an operational and technical structure and agility was illustrated in various ways; monitoring of inventory for pharmacological supplies, electronic epidemiological forms that aided in expediting isolation and tracking of cases, monitoring of bed occupation and allocation, facilitation and transfer of patients between the public and private facilities as well as coherent public messaging on the COVID-19 health information, education and communication. The success of the vaccination program is also testament to **public trust**.

My analysis took into account **key principles of human rights** namely. non-discrimination, equality, meaningful participation, empowerment, transparency and accountability. The challenges that I assessed and those brought to my attention during this country visit touched on all these principles. The **obstacles are interrelated and entrenched**, operating at different levels: in clinical care, at the level of health systems, and in the underlying determinants of health.

In many cases, the goal of realizing the highest attainable standard of physical and mental health is **becoming even harder to reach**. This is especially true for those in vulnerable situations including, among others: Indigenous Peoples, migrants, asylum-seekers and refugees, internally displaced persons, people who use drugs and those at the intersection of factors at play, such as poverty, disability, racism, xenophobia, health status such as being HIV positive or requiring an abortion and those facing discrimination based on age, sexual orientation, gender identity and expression, as well as being located in rural or peri-urban and urban communities. Structural discrimination leads to a differential access to services, goods and facilities and under the right to health framework, this differential access is unacceptable. In addition, the lack of disaggregated data impedes the ability to fully analyze the situation of specific groups and therefore adopt targeted policies from a perspective of equity.

The **life-cycle approach** to the right to health is a method of identifying the critical elements in the reduction of preventable deaths and the improvement of health indicators, well-being and quality of life. In this regard, the State must embed within its monitoring tools disaggregated data, that is of quality and be used analytically to inform policy and resourcing.

The rapid demographic evolution, concerns over resources available to the *Caja*, the lack of adaptation over the years of the care system and lack of participation of rights holders in decision-making processes have led to a generalized sense of anxiety regarding sustainability and quality of care for the present and the future.

At an **administrative level**, related to the *Caja*, the social assistance programs require contributions by payroll, which is a facility of the formal economy, and this leaves many people living in poverty, those migrants without notarized documents, those who work in the informal economy who are unable to contribute and therefore unable to unlock access to universal health coverage. The **costly contributions** make it unattainable for many even for some in formal employment due to situations of precarity. On a facility level, even when agreements and memoranda of

understanding exist to facilitate access for specific groups, facility administrators and clinicians do not implement them and therefore access is not guaranteed and sometimes services are denied.

I am particularly concerned that the *Caja* **does not employ translators or interpreters**. Pregnant people for example, have multiple ante-natal, labor and post-natal care needs are most impacted and for a deaf or blind patient, this service exclusion is a limitation of their rights to information and ultimately affects care. It is important that the *Caja* absorbs the use and hiring of **cultural advisors** across the health system.

I have heard that the use of **electronic appointment systems** is a hindrance for many without connectivity and hardware and those who do not have the know-how to navigate the internet. I received information that even when people present themselves without an appointment based on desperate need of care, some having to wake up at dawn for a 2-3-hour journey to their nearest clinic, they are not guaranteed to receive care, many are turned away despite the toll. Multiple stakeholders indicate serious concerns about the long waiting times for consultations, assessments, and accessing care affecting every aspect and level of the system and an indication of a system under strain.

Furthermore, I was informed that there is a **lack of adequate primary and secondary care facilities close to where people reside**, inadequate specialist doctors and allied health workers and a lack of medical equipment for laboratory and imaging investigations as well as some limits to options for pharmaceuticals for mental health. Infrastructure, especially in the coast, is also being threatened by **climate crises** and weather trends such as hurricanes, causing another pressure point leading to inadequate facilities.

Mental health: In the many interviews, discussions and presentations including a visit to a mental health facility, there is an overall agreement that **mental health is under strain both the population and the health system response**. Socio-economic and regional political conditions exacerbated by the COVID-19 pandemic have created a severe pressure point. I share the concern of many stakeholders on the matters of suicidality, addiction, child and adolescent mental health.

The testimonies shared details of increase in mental health crisis and acute conditions in young people and that there are severe constraints in accessing

community-based mental health practitioners, the waiting times for a specialist assessment and therefore access to multi-disciplinary mental health practitioners, therapy and follow up care is too long.

An urgent paradigm shift and a comprehensive mental health care approach is needed, considering the different realities of the population, and from a people centered and human rights perspective. Responses must lead with empathy and include such initiatives as art and artistic expression – poetry, painting as part of the modalities of therapy. For persons with disabilities, mental health conditions and adolescents, **deinstitutionalization is important and requires** investments in underlying determinants of health.

Persons with disabilities: From the testimonies heard, there is little understanding or focus on human rights of people with disabilities and their **collective voice is not taken into account**. I encourage continued assessment and research on the quality of services and care received by persons with disabilities.

LGBTIQA+ persons: As a result of the **widespread violence, discrimination and rejection** that they face, including from within their families and communities, LGBTIQA+ persons, including youth, experience higher levels of mental health disorders, with suicide attempts more likely for LGBTIQA+ youth. These disparities in health outcomes are all tied to prejudice, abuse and violence owing to exclusion from health systems, social systems, education systems and formal economies under which most people enjoy professional and personal protection. I am also worried to learn that conversion therapy is not illegal in the country, **exposing LGBTIQA+ people to institutionalized violence that goes unpunished** and I underscore that this is a matter of urgency that must be addressed.

Adolescents: It is important for the State not to view adolescents as needing protectionist approaches but adolescents to successfully navigate the challenging path towards healthy emotional, psychosocial, physical and sexual development requires recognition of their rights to information, freedom of expression and association, protection from all forms of violence, safety, bodily integrity and diverse family life, and **respect for their dignity and autonomy**. The statistics on pregnancies among children of ages as low as 10 including teenagers reflect a serious matter that requires a deep analysis of sexual abuse and rape of children.

Sexual and reproductive health rights: Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. Services, facilities and goods for sexual and reproductive health must be comprehensive. Sexual and gender-based violence (SGBV) against women can vastly impact woman's health, leading to injuries, unintended pregnancies, induced abortion, gynaecological problems, obstetric complications, sexually transmitted infections including HIV, anxiety and depressive disorders, increased substance misuse, suicide and homicide, among other problems. I want to underscore that, in the prevailing context of SGBV, the right to health will not be realized.

Abortion: Criminal and legal restrictions on **abortion** are discriminatory in nature, restricting autonomy and interfere with the patient-doctor relationship, impacting access to health services, and information. This is a form of **gendered discrimination**. Public morality and religious belief cannot serve as a justification for enactment or enforcement of laws that result in human rights violations. The State should **impose a moratorium on the application of criminal laws concerning abortion**, including legal duties on medical professionals to report pregnant persons who seek abortions to law enforcement authorities.

Racism/xenophobia: Coloniality has had a profound impact on the hierarchical social and political systems in post-colonial States around the world leading to **systemic or institutional violence**, which refers to institutional practices, laws or procedures that adversely affect groups or individuals psychologically, mentally, culturally, economically, spiritually or physically. Deeply personal accounts of racism and xenophobia, as well as the lack of empathy of the system that I have received particularly from Indigenous Peoples and People of African descent living in Costa Rica, those perceived to be migrants, refugees and people seeking international protection based on how they are racialized and classed, not only limits the realization of the right to health, but that racialized discrimination **impacts social cohesion** and enables systemic violence originating within and outside of the State. **The cosmovision of Indigenous Peoples and People of African descent and their inseparable connection to their territories and lands, physical and mental health, spirituality and autonomy is a matter of human rights.**

People on the move: Some individuals seeking international protection have experienced torture, ill-treatment, or have conflict-related sexual violence and maybe at risk of human trafficking, in their country of origin or in transit. There must

be **international solidarity and continued cooperation** through the deployment of specialized expertise. The reports of political leaders who perpetuate xenophobia and racism in public forums is particularly disturbing and must stop.

Safety of Healthcare workers and public officials: I have received reports regarding safety in areas where organized crime operates, impacting directly medical personnel. There are also reports of municipal leaders living under the weight of **harassment and threats** for working on crime related issues. It is crucial that health-care workers' and more broadly, public officials' safety, physical and mental health remain supported, and a clear and strong message be sent by elected leaders and those in positions of power and influence that this abuse is intolerable by the State.

Good practices:

I now elevate some good practices observed and transmitted to me during this assessment.

The **Law on Equal Opportunities for Persons with Disabilities (Law N°7600) adopted in 1996** was a good step to include persons with physical disabilities, including by making public and private facilities more accessible to them. I could observe that the hospitals I visited in San José and Limón, as well as the NHRI have accessible buildings. The obligation to ensure physical accessibility must become a reality in all public and private spaces, including the provision of assistive aids. I was informed that the 2022-2026 **National Strategy for Healthy Aging** based on the Life Course was readjusted in May 2023. I was also informed about the **2022-2025 Action Plan for the Prevention, Attention, Sanction and Eradication of Discrimination based on Sexual Orientation, Identity and Gender Expression** prepared by the National Institute of Learning (INA) adopted in March 2022. I would like to **commend the leadership of many public officials**. I witnessed **initiatives** on refurbishment and remodeling projects for facilities and measures to improve quality care. Some programs are in the **pilot phase**. During the COVID-19 emergency period, there was an increased use of **cultural advisors** which had a good impact in community education. **Seasonal workers** have a facilitated process that ensures access to social security as well as safe housing for their families and child specific programs.

As stated earlier, my remarks today are of a preliminary nature, I will further analyze the information received and elaborate in my report to the UN Human Rights Council in June 2024.

The obligation to respect, protect, and fulfill the right to health requires States to abstain from enforcing discriminatory practices as a State policy; and imposing discriminatory practices relating to women's health status and needs. States are required to give sufficient recognition to the right to health in the **national political and legal systems**, with a detailed plan. This obligation entails the State to **take positive measures that enable and assist individuals and communities to enjoy the right to health.**

States have **minimum core obligations** of immediate effect which include the guarantees of non-discrimination and equal treatment, as well as to move as **expeditiously and effectively** as possible towards the full realization of the right to health. In this regard, primary care needs to be strengthened as the crucial cornerstone of public health. **Digital tools should not lead to a divestment in facilities nor must they limit access to care.**

Harm reduction approaches and decriminalization, coupled with appropriate **policy and evidence-based protocols** in the provision of accessible, acceptable, affordable and quality health are key.

Trustful partnerships between Government and civil society, is a cornerstone of effective health systems. There is no place for disciplining or punishing civil society organizations or individuals who advocate for human rights with withdrawal of resources, cooperation or funding.

Accountability, including its constituent components **monitoring, review and redress**, is essential if the right to health is to be more than an aspiration. Accountability reveals where progress has been made and where it has not been made, allows duty bearers to explain what they have done and make adjustments, and provides an opportunity for rights holders, to engage with duty bearers in the promotion and protection of their rights and to seek redress where violations have occurred.

As an independent expert to the UN, I can only fulfill my mandate effectively when individuals and groups engaging with me can do so **without fear of intimidation or reprisal**. As such, extend my gratitude to all stakeholders and the Government of Costa Rica for the cooperation received on this country visit.

The challenges faced by Costa Rica are not insurmountable. Through stewardship, political will and accountability, the State can and must **reach the goal of substantive equality**. It is essential to start with what it takes for the most vulnerable among us to thrive. The citizens and public officials alike, **carry a sense of pride and nostalgia** for a public health service that works, and now is an opportune time to ensure that universal health coverage is truly universal.

ENDS.



Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental
Sra. Tlaleng Mofokeng

Observaciones preliminares **(traducción no oficial)**
San José, Costa Rica, 31 de julio de 2023

Estimados periodistas y representantes de medios de comunicación,

Me gustaría comenzar agradeciendo al Gobierno de Costa Rica por invitarme a visitar el país del 18 al 31 de julio de 2023 para evaluar, en un espíritu de cooperación, la realización del derecho a la salud en el país, incluidos los desafíos y las buenas prácticas. Soy una experta independiente que informa y asesora al Consejo de Derechos Humanos de la ONU y a la Asamblea General de la ONU sobre la realización del derecho a la salud física y mental. También aprovecho esta oportunidad para agradecer al equipo de las Naciones Unidas en el país por su apoyo a mi visita.

Durante mi visita, me reuní con funcionarios gubernamentales, incluyendo el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental, Comité Técnico Operativo de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), Comisión Nacional de Asuntos Indígenas (CONAI), Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONAPDIS), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Comisionado Presidencial para la Inclusión Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Gobernación y Policía, Ministerio de Justicia y Paz, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Ciencia, Innovación, Tecnología y Telecomunicaciones, Instituto Nacional de Aprendizaje, Instituto Nacional de Seguros, Ministerio de Comercio Exterior, Dirección General de Migración y Extranjería, Coalición Nacional contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y la Trata de Personas (CONATT) y miembros del Poder Judicial. Lamento que no me fue posible reunirme con todas las entidades con las que tenía interés en reunirme.

También me reuní con representantes de la Defensoría de los Habitantes, así como de organizaciones internacionales, y una amplia gama de actores de la sociedad civil, en San José y sus alrededores (La Carpía) y Limón.

Me reuní con los vicealcaldes de los respectivos municipios de Coto Brus y Limón, así como con miembros de las comunidades indígenas Bribri. También visité un hospital especializado en salud mental en San José y un centro de atención secundaria en Limón.

Después de diez días de visitar el país, he reunido una gran cantidad de información y testimonios, que me ayudarán a evaluar la realización del derecho a la salud en Costa Rica. Hoy presentaré algunas de mis observaciones preliminares, que desarrollaré

con más detalle en un informe que se presentará al Consejo de Derechos Humanos de la ONU en Ginebra en junio de 2024.

Agradezco a todas las partes interesadas y personas que se tomaron el tiempo para reunirse conmigo, en particular a mujeres activistas, mujeres privadas de libertad, líderes comunitarios, incluidos Pueblos Indígenas, Personas Afrodescendientes, así como personas LGBTIQ+, personas con discapacidad, personas migrantes y solicitantes de asilo y refugiadas. Sus historias profundamente personales me ayudaron a aprender más sobre los desafíos de la vida cotidiana y las buenas prácticas en Costa Rica relacionadas con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención médica, así como los determinantes subyacentes de la salud.

Obtuve una comprensión de la visión histórica, las realidades actuales y los desafíos a través de sus ojos, dentro y fuera del sistema de salud, en el liderazgo institucional y comunitario. También tuve un sentido de una visión colectiva para un futuro que tiene en cuenta los elementos integrales de la cosmovisión.

Comprender el derecho a la salud: Las libertades relacionadas con el derecho a la salud incluyen el derecho a controlar su cuerpo y la salud propia, incluyendo la libertad sexual y reproductiva. Los derechos incluyen el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles contiene elementos interrelacionados y esenciales, a saber, Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (AAAQ), cuya aplicación precisa depende de las condiciones imperantes en Costa Rica y de la voluntad política de avanzar de la manera más expedita y efectiva posible hacia la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Marco jurídico y político:

El artículo 46 de la Constitución Política indica que "los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud". Aunque no existe un derecho específico que proteja el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, la Sala Constitucional de la Corte Suprema dedujo que el derecho a la salud está garantizado y protegido constitucionalmente a través del artículo 21 que protege la vida humana. Además, el artículo 50 de la Constitución garantiza el derecho a un medio ambiente sano y el artículo 73, el derecho a la seguridad social para proteger a los trabajadores en situaciones de enfermedad, discapacidad y

maternidad, entre otros. En relación con la no discriminación, el artículo 33 de la Constitución Política establece que toda persona es igual ante la ley y estipula que la discriminación es "contraria a la dignidad humana". La Ley General de Salud, en particular su artículo 9, establece que todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y mental.

El aborto es considerado un delito, infringiendo el artículo 21 de la Constitución Política y regulado por el Código Penal. No se castiga en los casos en que la vida o la salud de la madre están en peligro si el aborto no pudiera evitarse por otros medios. Los médicos que sospechan que una mujer se sometió a un aborto tienen la obligación de informarlo a la Organización de Investigación Judicial.

El Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud es el rector del Sistema Nacional de Salud encargado de supervisar la ejecución de las funciones esenciales de atención de la salud y garantizar la gobernanza sectorial. El Ministerio de Salud tiene varios planes, políticas y estrategias en implementación, algunos en desarrollo, otros en etapas piloto mientras que otros están en revisión.

El sistema público de salud costarricense, en particular su innovador modelo de atención primaria de salud que fue lanzado en 1994 para mejorar el acceso, la calidad y la equidad en la atención de salud a través de un modelo organizativo basado en la comunidad, está compuesto por centros de salud y equipos multidisciplinarios.

Seguridad social:

Costa Rica ofrece cobertura universal casi completa a través de la Caja Costarricense de Seguro Social, comúnmente conocida como la Caja, esto en el sector público, y también tiene opciones de cobertura a través del sector privado. La Caja fue creada en 1941 a través de la Ley n°17 que establece la seguridad social en el país, proporcionando un sistema de seguro social para las personas trabajadoras asalariadas. La inscripción en la Caja brinda acceso a diversos servicios médicos, que incluyen atención preventiva, servicios de emergencia, atención especializada y hospitalización.

La eficiencia durante la pandemia de COVID-19 fue posible gracias a la inversión histórica y el apoyo político al sistema de salud. El Ministerio de Salud tomó decisiones tempranas, basadas en evidencia científica y asesoramiento de expertos.

El país desarrolló una estructura operativa y técnica y la agilidad se evidenció de varias maneras; monitoreo del inventario de suministros farmacológicos, formularios epidemiológicos electrónicos que ayudaron a acelerar el aislamiento y el seguimiento de los casos, monitoreo de la ocupación y asignación de camas, facilitación y transferencia de pacientes entre las instalaciones públicas y privadas, así como mensajes públicos coherentes sobre la información, educación y comunicación de salud COVID-19. El éxito del programa de vacunación también es testimonio de la **confianza pública**.

Mi análisis tuvo en cuenta **principios clave de derechos humanos**, a saber, la no discriminación, la igualdad, la participación significativa, el empoderamiento, la transparencia y la rendición de cuentas. Los desafíos que evalué y los que me fueron señalados durante esta visita al país tocaron todos estos principios. Los **obstáculos están interrelacionados y arraigados**, operando en distintos niveles: en la atención clínica, a nivel de los sistemas de salud y en los determinantes subyacentes de la salud.

En muchos casos, el objetivo de lograr el más alto nivel posible de salud física y mental es **cada vez más difícil de alcanzar**. Esto es especialmente cierto para aquellas personas en situaciones vulnerables, incluidos, entre otros: Pueblos Indígenas, personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, personas desplazadas internas, las personas que usan drogas y aquellas que se encuentran en la intersección de factores relacionados, como la pobreza, la discapacidad, el racismo, la xenofobia, el estado de salud, como ser VIH positivo o requerir un aborto y aquellas personas que enfrentan discriminación basada en la edad, orientación sexual, identidad y expresión de género, así como estar ubicada en comunidades rurales o periurbanas y urbanas. La discriminación estructural conduce a un acceso diferenciado a servicios, bienes e instalaciones y, en el marco del derecho a la salud, este acceso diferencial es inaceptable. Además, la falta de datos desglosados impide analizar completamente la situación de grupos específicos y, por lo tanto, adoptar políticas específicas desde una perspectiva de equidad.

El **enfoque del ciclo vital del** derecho a la salud es un método para identificar los elementos críticos en la reducción de las muertes prevenibles y la mejora de los indicadores de salud, el bienestar y la calidad de vida. A este respecto, el Estado debe incorporar en sus instrumentos de monitoreo datos desglosados, que sean de calidad y que se utilicen analíticamente para fundamentar las políticas y los recursos.

La rápida evolución demográfica, la preocupación por los recursos disponibles para la Caja, la falta de adaptación a lo largo de los años del sistema de atención y la falta de participación de los titulares de derechos en los procesos de toma de decisiones han llevado a una sensación generalizada de ansiedad con respecto a la sostenibilidad y la calidad de la atención para el presente y el futuro.

A nivel **administrativo**, relacionado con la Caja, los programas de asistencia social requieren aportes por nómina, que es una facilidad de la economía formal, y esto deja a muchas personas viviendo en la pobreza, aquellas personas migrantes sin documentos protocolizados, aquellas que trabajan en la economía informal que no pueden contribuir y, por lo tanto, no pueden desbloquear el acceso a la cobertura universal de salud. Las **costosas contribuciones** lo hacen inalcanzable para muchas personas, incluso para algunas en el empleo formal debido a situaciones de precariedad. A nivel de las instalaciones, incluso cuando existen acuerdos y memorandos de entendimiento para facilitar el acceso de grupos específicos, los administradores y los médicos de las instalaciones no los implementan y, por lo tanto, el acceso no está garantizado y, a veces, se niegan los servicios.

Me preocupa especialmente que la Caja **no emplee traductores o intérpretes**. Las personas embarazadas, por ejemplo, tienen múltiples necesidades de atención prenatal, durante el parto y postnatal son las más afectadas y para una persona sorda o ciega, esta exclusión del servicio es una limitación de sus derechos a la información y, en última instancia, afecta la atención. Es importante que la Caja absorba el uso y la contratación de **asesores culturales** en todo el sistema de salud.

He oído que el uso de **sistemas de citas electrónicas** es un obstáculo para muchas personas que carecen de conectividad o de equipos, y para aquellas que no tienen los conocimientos para navegar por Internet. Recibí información de que incluso cuando las personas se presentan sin una cita basándose en una necesidad desesperada de atención, algunas tienen que despertarse al amanecer para viajar durante 2 a 3 horas hasta su clínica más cercana, no se les garantiza recibir atención, muchas son rechazadas a pesar del sufrimiento causado. Múltiples partes interesadas indican serias preocupaciones sobre los largos tiempos de espera para consultas, evaluaciones y acceso a la atención que afectan cada aspecto y nivel del sistema y una indicación de un sistema bajo presión.

Además, me informaron que hay una **falta de instalaciones adecuadas de atención primaria y secundaria cerca de donde residen las personas**, médicos especialistas inadecuados y trabajadores de salud aliados y la falta de equipo médico para pruebas

de laboratorio e imágenes, así como algunos límites a las opciones de productos farmacéuticos para la salud mental. La infraestructura, especialmente en la costa, también se ve amenazada por **las crisis climáticas** y las tendencias climáticas como los huracanes, lo que provoca otro punto de presión que conduce a instalaciones inadecuadas.

La Salud mental: En las muchas entrevistas, conversaciones y presentaciones, incluida una visita a un centro de salud mental, existe un acuerdo general de que la salud **mental está bajo presión tanto para la población como para la respuesta del sistema de salud**. Las condiciones socioeconómicas y políticas regionales exacerbadas por la pandemia de COVID-19 han creado un punto de presión severo. Comparto la preocupación de muchas partes interesadas sobre los asuntos de suicidio, adicción, salud mental infantil y adolescente.

Los testimonios compartieron detalles del aumento de la crisis de salud mental y las condiciones agudas en los jóvenes y que existen graves limitaciones para acceder a profesionales de la salud mental basados en la comunidad, los tiempos de espera para una evaluación especializada y, por lo tanto, el acceso a profesionales multidisciplinarios de salud mental, terapia y atención de seguimiento son demasiado largos.

Se necesita un cambio de paradigma urgente y un enfoque integral de atención a la salud mental, considerando las diferentes realidades de la población, y desde una perspectiva centrada en las personas y con perspectiva de derechos humanos. Las respuestas deben liderar con empatía e incluir iniciativas tales como el arte y la expresión artística – poesía, pintura como parte de las modalidades de terapia. Para personas con discapacidad, con condiciones de salud mental y adolescentes, **la desinstitucionalización es importante y requiere** inversiones en los determinantes subyacentes de la salud.

Personas con discapacidades: Según los testimonios escuchados, hay poca comprensión o enfoque en los derechos humanos de las personas con discapacidad y su **voz colectiva no se tiene en cuenta**. Aliento la evaluación continua y la investigación sobre la calidad de los servicios y la atención que reciben las personas con discapacidad.

Personas LGBTIQ+: Como resultado **de la violencia, la discriminación y el rechazo generalizados** que enfrentan, incluso dentro de sus familias y comunidades, las

personas LGBTIQ+, incluidas las personas jóvenes, experimentan niveles más altos de trastornos de salud mental, con intentos de suicidio más probables para las personas LGBTIQ+ jóvenes. Estas disparidades en los resultados de salud están vinculadas a prejuicios, abusos y violencia debido a la exclusión de los sistemas de salud, los sistemas sociales, los sistemas educativos y las economías formales, en virtud de los cuales la mayoría de las personas disfrutan de protección profesional y personal. También me preocupa saber que la terapia de conversión no es ilegal en el país, **exponiendo a las personas LGBTQIA + a una violencia institucionalizada que queda impune** y subrayo que este es un asunto de urgencia que debe abordarse.

Personas adolescentes: Es importante que el Estado no considere que las personas adolescentes necesitan enfoques proteccionistas, sino que las personas adolescentes requieren el reconocimiento de sus derechos a la información, la libertad de expresión y asociación, la protección contra todas las formas de violencia, la seguridad, la integridad corporal y la vida familiar diversa, **y el respeto de su dignidad y autonomía** para navegar con éxito el desafiante camino hacia un desarrollo emocional, psicosocial, físico y sexual saludable. Las estadísticas sobre embarazos entre niñas y niños de edades tan bajas como 10 años, incluidas las personas adolescentes, reflejan un asunto grave que requiere un análisis profundo del abuso sexual y la violación de niñas y niños.

Derechos de salud sexual y reproductiva: 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, libres de coerción, discriminación y violencia. Los servicios, instalaciones y bienes para la salud sexual y reproductiva deben ser integrales. La violencia sexual y basada en género contra las mujeres (VSBG) puede tener un gran impacto en la salud de la mujer, lo que provoca lesiones, embarazos no deseados, abortos inducidos, problemas ginecológicos, complicaciones obstétricas, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, ansiedad y trastornos depresivos, aumento del uso indebido de sustancias, suicidio y homicidio, entre otros problemas. Quiero subrayar que, en el contexto prevaleciente de VSBG, el derecho a la salud no se realizará.

Aborto: Las restricciones penales y legales al **aborto** son de naturaleza discriminatoria, restringen la autonomía e interfieren con la relación médico-paciente, afectando el acceso a los servicios de salud y la información. Esta es una forma de **discriminación basada en el género**. La moralidad pública y las creencias religiosas no pueden servir de justificación para la promulgación o aplicación de leyes

que den lugar a violaciones de derechos humanos. El Estado debe **imponer una moratoria en la aplicación de las leyes penales relativas al aborto**, incluida la obligación legal de los profesionales médicos de denunciar a las personas embarazadas que buscan abortar a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley.

Racismo/xenofobia: La colonialidad ha tenido un profundo impacto en los sistemas sociales y políticos jerárquicos en los Estados poscoloniales de todo el mundo, lo que ha dado lugar **a la violencia sistémica o institucional**, que se refiere a prácticas, leyes o procedimientos institucionales que afectan negativamente a grupos o individuos psicológica, mental, cultural, económica, espiritual o físicamente. Los relatos profundamente personales del racismo y la xenofobia que he recibido, así como la falta de empatía del sistema particularmente de los Pueblos Indígenas y Personas Afrodescendientes que viven en Costa Rica, aquellas percibidas como migrantes, refugiadas y personas que buscan protección internacional en función de cómo están racializadas y clasificadas, no solo limita la realización del derecho a la salud, pero la discriminación racial **afecta la cohesión social** y permite la violencia sistémica que se origina dentro y fuera del Estado. **La cosmovisión de los Pueblos Indígenas y Personas Afrodescendientes y su conexión inseparable con sus territorios y tierras, la salud física y mental, la espiritualidad y la autonomía es una cuestión de derechos humanos.**

Personas en movimiento: Algunas personas que buscan protección internacional han sufrido tortura, malos tratos o violencia sexual relacionada con conflictos y pueden correr el riesgo de ser objeto de tráfico humano, en su país de origen o de tránsito. Debe haber **solidaridad internacional y cooperación continua** mediante el despliegue de expertos especializados. Los informes de los dirigentes políticos que perpetúan la xenofobia y el racismo en los foros públicos son particularmente inquietantes y deben cesar.

Seguridad de las personas trabajadoras en la salud y funcionarios públicos: He recibido informes sobre la seguridad en áreas donde opera el crimen organizado, impactando directamente al personal médico. También hay reportes de líderes municipales que viven bajo el peso del **acoso y de amenazas** por trabajar en temas relacionados con el crimen. Es crucial que la seguridad, la salud física y mental las personas trabajadoras en la salud y, en forma más amplia, los funcionarios públicos sigan recibiendo apoyo y que los líderes electos y quienes ocupan posiciones de

poder e influencia envíen un mensaje claro y contundente de que este abuso es intolerable para el Estado.

Buenas prácticas:

Ahora elevo algunas buenas prácticas observadas y que me fueron transmitidas durante esta evaluación.

La **Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley N°7600) aprobada en 1996** fue un buen paso para incluir a las personas con discapacidad física, incluso haciendo que las instalaciones públicas y privadas sean más accesibles para ellas. Pude observar que los hospitales que visité en San José y Limón, así como la Defensoría de los Habitantes tienen edificios accesibles. La obligación de garantizar la accesibilidad física debe hacerse realidad en todos los espacios públicos y privados, incluida la prestación de ayudas asistenciales. Me informaron sobre la **Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en el curso de la vida** fue reajustada en mayo de 2023. También fui informada sobre el **Plan de Acción 2022-2025 para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación** de la Discriminación por **Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género** elaborado por el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) adoptado en marzo de 2022. Quisiera **felicitar el liderazgo de muchos funcionarios públicos**. Fui testigo de **iniciativas** en proyectos de renovación y remodelación de instalaciones y medidas para mejorar la calidad de la atención. Algunos programas se encuentran en **fase piloto**. Durante el período de emergencia de COVID-19, hubo un incremento en el uso de **asesores culturales** que tuvieron un buen impacto en la educación comunitaria. **Las personas trabajadoras estacionales** tienen un proceso facilitado que garantiza el acceso a la seguridad social, así como a una vivienda segura para sus familias y programas específicos para niñas y niños.

Como lo mencioné anteriormente, mis observaciones de hoy son de naturaleza preliminar, analizaré más a fondo la información recibida y la desarrollaré en mi informe al Consejo de Derechos Humanos de la ONU en junio de 2024.

La obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud requiere que los Estados se abstengan de aplicar prácticas discriminatorias como política de Estado; y de imponer prácticas discriminatorias relacionadas con el estado de salud y las necesidades de las mujeres. Los Estados deben reconocer suficientemente el derecho a la salud en los **sistemas políticos y jurídicos nacionales**, con un plan

detallado. Esta obligación implica que el Estado **adopte medidas positivas que permitan y ayuden a las personas y comunidades a disfrutar del derecho a la salud.**

Los Estados tienen **obligaciones básicas mínimas** de efecto inmediato que incluyen las garantías de no discriminación e igualdad de trato, así como avanzar de la manera más **rápida y eficaz** posible hacia la plena realización del derecho a la salud. En este sentido, la atención primaria debe fortalecerse como piedra angular crucial de la salud pública. **Las herramientas digitales no deben conducir a una desinversión en las instalaciones ni deben limitar el acceso a la atención.**

Los enfoques de reducción de daños y la despenalización, junto con políticas apropiadas **y protocolos basados en evidencia** en la provisión de salud accesible, aceptable, asequible y de calidad son clave.

Las colaboraciones basadas en la confianza entre el Gobierno y la sociedad civil son la piedra angular de la eficacia de los sistemas de salud. No hay lugar para disciplinar o castigar a las organizaciones de la sociedad civil o a las personas que defienden los derechos humanos con el retiro de recursos, de cooperación o de financiación.

La rendición de cuentas, incluidos sus componentes constitutivos **de monitoreo, examen y reparación**, es esencial para que el derecho a la salud sea algo más que una aspiración. La rendición de cuentas revela dónde se ha progresado y dónde no, permite a los responsables explicar lo que han hecho y hacer ajustes, y brinda una oportunidad para que los titulares de derechos participen con los responsables en la promoción y protección de sus derechos y busquen reparación cuando se hayan producido violaciones.

Como experta independiente de la ONU, solo puedo cumplir mi mandato de manera efectiva cuando las personas y los grupos que se relacionan conmigo pueden hacerlo **sin temor a intimidación o represalias**. Como tal, extiendo mi gratitud a todas las partes interesadas y al Gobierno de Costa Rica por la cooperación recibida en esta visita al país.

Los desafíos que enfrenta Costa Rica no son insuperables. Mediante la administración, la voluntad política y la rendición de cuentas, el Estado puede y debe **alcanzar el objetivo de la igualdad sustantiva**. Es esencial comenzar con lo que se necesita para que las personas más vulnerables entre nosotros prosperen. Tanto los ciudadanos como los funcionarios públicos **tienen un sentido de orgullo y nostalgia**

por un servicio de salud pública que funciona, y ahora es un momento oportuno para garantizar que la cobertura universal de salud sea verdaderamente universal.

FIN.