

ANÁLISIS DE
**Indicadores
de Género
y Salud**

Costa Rica 2005



Contenidos



Introducción	3
Sociodemográficos	4
<i>Esperanza de vida</i>	4
<i>Fecundidad</i>	4
<i>Pobreza</i>	4
<i>Empleo</i>	5
<i>Tasa neta de participación</i>	6
Protección Social	6
<i>Seguro de Salud</i>	6
<i>Pensiones</i>	7
<i>Riesgos Laborales</i>	7
Violencia	7
<i>Homicidios</i>	8
<i>Violencia en el Transito</i>	8
<i>Suicidio</i>	8
<i>Violencia Intrafamiliar</i>	8
Salud Sexual y Reproductiva	9
<i>Mortalidad materna</i>	9
<i>Enfermedades de transmisión sexual</i>	10
<i>Cáncer de cérvix</i>	10
Morbimortalidad	10
<i>Mortalidad Infantil</i>	10
<i>Aparato circulatorio</i>	11
<i>Nutricionales</i>	11
<i>Diabetes Mellitus</i>	11
<i>Consumo de sustancias psicoactivas</i>	11
<i>Neoplasias</i>	12
Conclusiones y recomendaciones	12

Grupo de trabajo

Patricia Allen Flores, Ministerio de Salud
Anna Arroba Collins, Asociación de Mujeres en Salud
Xinia Bustamante Castillo, OPS/OMS Costa Rica
Marielos Rojas Espinoza, Ministerio de Salud

Introducción



El presente documento ofrece una panorámica general de las condiciones de salud de los hombres y las mujeres de Costa Rica para el año 2004.

La información incluida en este documento fue seleccionada y analizada en el marco de una perspectiva de equidad de género, con el objetivo de poner al descubierto o visualizar las desigualdades entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud y buscando aquellas diferencias explicadas por razones biológicas de otras relacionadas con la condición de género, por la posición diferencial de los hombres y las mujeres en el plano social.

Se busca hacer visible la existencia de asimetrías, injustas y evitables, en cuanto a el acceso y control sobre los recursos, así como su interacción con otros factores socioeconómicos, el perfil epidemiológico y los patrones de producción y consumo.

Es de vital importancia producir información sobre las inequidades de género existentes en la esfera de la salud. Si bien se ha logrado la aprobación de convenciones internacionales, sanción de leyes, políticas y programas nacionales para reducir las inequidades de género en materia de salud, actualmente no se desglosan y analizan los datos sanitarios por sexo, información esencial para identificar las inequidades, vigilar el efecto de la reforma del sector de la salud, la generación de políticas que permitan los cambios necesarios.

El objetivo del presente trabajo es evidenciar las relaciones de desigualdad entre los sexos y los efectos que esto tiene sobre la salud, las oportunidades y la vida de las personas, factores indispensables para la comprensión de los procesos de salud y el diseño de intervenciones equitativas y con enfoque

de derecho. Está dirigido a la búsqueda de una mayor participación y protagonismo de todos aquellos que están involucrados en el enfoque de género, tanto en la formulación de políticas públicas como en la defensa de sus derechos

Las diferencias entre los patrones de salud-enfermedad de las mujeres y los hombres se originan en¹:

1. Los factores biológicos particulares de cada sexo,
2. La diferente exposición a riesgos asociados con el desempeño de roles “masculinos” y “femeninos”,
3. La desigualdad en el acceso y el control sobre los recursos, asociada a la distribución social del trabajo y las relaciones de poder.
4. La asignación diferencial de recursos en el nivel macro para responder a las necesidades de las mujeres y los hombres.

En este documento se abarcarán, fundamentalmente, las últimas tres, utilizando para ello los siguientes temas: a) Sociodemográfico, b) Protección social, c) Violencia, d) Salud Sexual y Reproductiva y, e) Morbilidad y Mortalidad. Se finaliza con un apartado de recomendaciones y retos.

Se agradece a todas aquellas personas que colaboraron y facilitaron el trabajo realizado, entre ellas representantes del INAMU, INEC, CCSS, PANI, 911, IAFA, Poder Judicial, INS y Ministerio de Salud. Así como a la consultora responsable de la sistematización de datos y al equipo asesor nacional y regional de la Organización Panamericana de la Salud.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Género y Salud. Equidad de Género y Salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI. 2004.

Sociodemográficos

Esperanza de vida

En la mayoría de los países del mundo, pero especialmente los más desarrollados, las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer mayor que los hombres. Costa Rica, sin ser un país desarrollado, responde a esta tendencia, además del privilegio de tener una de las esperanzas de vida más altas de América (78,7 años, 2004). Al analizar los datos por género se observa que las mujeres tienen una expectativa de vida (81,0 años) mayor que los hombres (76,5 años), es decir, las mujeres viven 2,3 años más. Esta misma tendencia se observa en la esperanza de vida a los 65 años, en donde para las mujeres es de 20 años, mientras que para los hombres es de 17,7.

Al observar la evolución de la diferencias en la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres (**Gráfico No. 1**), se identifica un pico máximo de 5 años en 1980, que luego cae a 3,83 en el siguiente quinquenio. Posteriormente, hay una recuperación de la diferencia hasta llegar a 4,87 en el 2000, para luego caer de nuevo a 4,5 años en el 2004.

Estas variaciones requieren de mayor estudio y análisis para profundizar en las causas de la disminución de esta diferencia, alejándola del promedio mundial (5 años) que corresponde a razones biológicas.

Fecundidad

Uno de los cambios más profundos, durante el siglo XX, es el enorme descenso de la fecundidad, explicado por la irrupción a mercado de trabajo, mayor acceso a la educación formal y el acceso a mejores tecnologías de anticoncepción, que han permitido

un mayor control sobre su reproducción. Costa Rica ha mantenido dicha tendencia y presenta una reducción sostenida de la tasa global de fecundidad pasando de 2,4 en el 2000 a 2,0 en el 2004, pese al crecimiento de la población y a que hay un mayor número de mujeres en edad fértil. Sin embargo, tres provincias presentan tasas superiores a la nacional: Puntarenas (2,5), Limón (2,4) y Guanacaste (2,3).

Con respecto a la tasa específica de fecundidad de madres de 15 a 19 años, (64,9 por mil mujeres adolescentes), se observa nuevamente que Limón (97,6), Puntarenas (92,9), y Guanacaste (84,6) son las provincias que presentan tasas por encima del promedio nacional.

En lo referente a la edad media de las mujeres cuando nace su primer hijo, se observa que se mantiene el patrón de inicio temprano de la reproducción biológica, siendo de 21,7 años de edad en el 2004. Las provincias de Limón (19,9) y Puntarenas (20,4) las que presentan la edad media más baja.

Si bien la tasa global de fecundidad se redujo a un nivel de reemplazo, no ha sido igual en todos los grupos de edad, siendo mucho menor esta reducción en el grupo de 15 a 19 años

Pobreza

Costa Rica mostró, entre 1988 y 2004, un incremento del Producto Interno (PIB) de 4,7%, sin embargo, la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares², revela que para el 2004, los ingresos del quintil más rico aumentaron en 96% mientras que en el quintil más pobre sólo un 7%. La encues-

2 Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) Marzo 2004.

Gráfico No. 1
Años de Diferencia en la Esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres.
Costa Rica 1970-2004

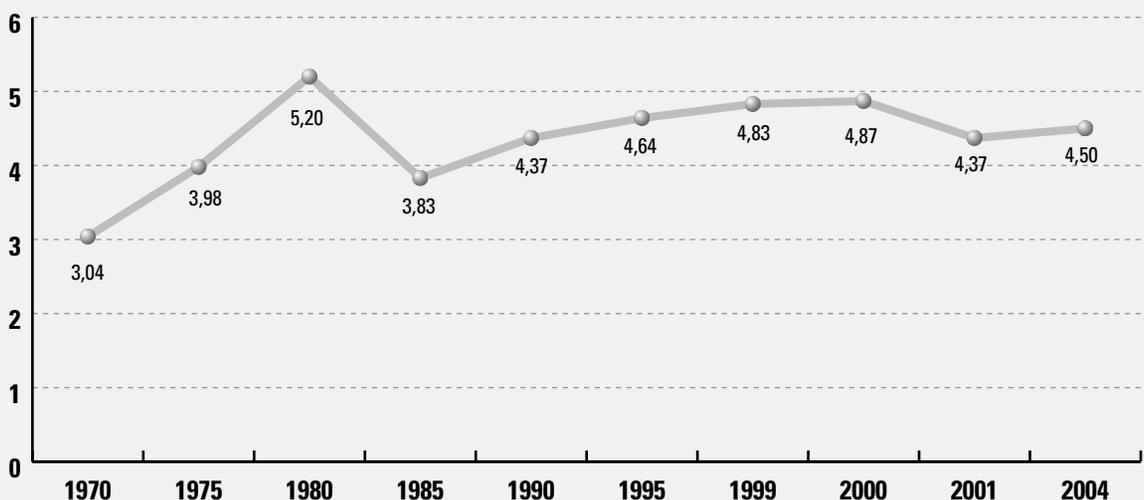
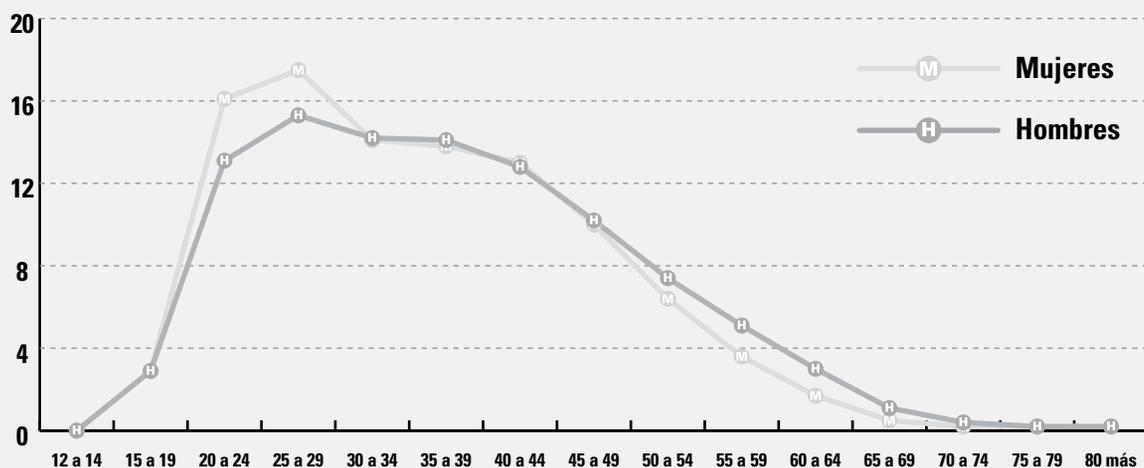


Gráfico No. 2
Cobertura Seguro de Salud según sexo y grupo de edad.
 CCSS 2004



ta también señala una distribución del ingreso más desigual, es decir, 16% de la población concentra el 52% del ingreso del país, mientras que el 84% se redistribuye el 48% restante.

En el Informe de País de los Objetivos de Desarrollo del Milenio³, se reconoce que, entre 1990 y 2003, la incidencia de pobreza en los hogares jefeados por mujeres superó al menos en 50% los valores correspondientes a hogares jefeados por hombres, e incluso, en varios años esta diferencia superó el 100%. Esto mismo reafirma el Estado de la Nación⁴, quien señala que el promedio nacional de hogares con jefatura femenina sigue mostrando la mayor incidencia de pobreza (24%) respecto a los hogares con jefatura masculina (17%). Añade que, al inicio de los noventa, el porcentaje de jefas pobres superaba a los jefes en 3,2 puntos porcentuales y en el 2004 esa diferencia es aún más marcada, 6,7 puntos.

En la misma línea, el INEC señala, en la mencionada encuesta, que al considerar el ingreso promedio del hogar según sexo de la jefatura, en todos los quintiles, los hogares con jefatura femenina tienen un ingreso promedio más bajo que los de jefatura masculina. Esta situación afecta a 26,1% de los hogares costarricenses, que tienen como jefe de hogar a mujeres.

Empleo

En los últimos 15 años, según el XI Informe del Estado de La Nación, la participación femenina en el empleo total ha crecido en 6%, no obstante, la

tasa de desempleo abierto de las mujeres en el 2004 sigue siendo mayor (8,5 x 100 hab.) respecto a la de los hombres (5,4 x 100 hab.).

En materia laboral, la distribución de oportunidades de trabajo sigue mostrando diferencias por sexo. De los 570.186 nuevos puestos de trabajo creados entre 1990 y 2003, 52,2% fueron ocupados por hombres. Las oportunidades para ellos estuvieron en los sectores de comercio (34,9%), servicios sociales (20,4%), actividades financieras (16,5%), transporte y comunicaciones (13,7%) y construcción (13,4%), mientras para las mujeres en servicios sociales (48%), comercio (34%) y actividades financieras (8,9%).

En cuanto al ingreso de los ocupados, las mujeres perciben 20% menos ingresos que los hombres, pese a que tienen en promedio un nivel de educación mayor. Las mayores diferencias se dan en el nivel universitario; mientras 4 de cada 10 mujeres asalariadas poseen algún año de universidad, 2 de cada 10 hombres se ubican en ese nivel de educación.

Las desigualdades de ingresos por sexo se observan por ejemplo en la industria manufacturera entre los asalariados con algún año de educación universitaria y que trabajan 40 horas o más, para 1990 los hombres ganaban 7% más que las mujeres, pero en el 2003 creció a 38,3%. En otras actividades, las diferencias en este nivel educativo se han reducido, en comercio, los hombres percibían un 63,2% más que las mujeres en 1990, pero para el 2003 disminuyó al 59,8%. Y en servicios, los hombres pasaron de ganar un 48,1% más que las mujeres a un 24,1% en los mismos años. En los niveles más bajos de educación, las diferencias salariales son menores y muestran una tendencia a la baja en el mismo periodo.

3 Consejo Social del Gobierno de Costa Rica y Sistema de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Costa Rica 2004. Primera Edición. 2005

4 XI Informe del Estado de la Nación. 2005. En la sección especial sobre "Brechas de equidad entre los géneros: acumulación de retos"

La igualdad de oportunidades, acorde con un acceso a la educación, debe vincularse a la igualdad de reconocimiento económico por el trabajo realizado. Este aspecto evidencia las condiciones de iniquidad que existen en la sociedad, las mujeres se cuentan entre los grupos menos favorecidos.

Tasa neta de participación

La tasa neta de participación femenina aumentó de 30,3% en 1990 a 36,8% en 2004. La ENIGH⁵ 2004 refleja que la tasa de participación neta pasa de 30,4% en 1988 a 36,8 en el 2004.

Sin embargo, como lo señala el Estado de La Nación, poco se ha avanzado en el reconocimiento del aporte económico de las mujeres en la producción nacional, pues no se contabiliza el “empleo no remunerado” que está relacionado con actividades de autoconsumo y marginales. De contabilizarse este trabajo “invisible”, la tasa de participación femenina podría incrementarse según proyecciones del Estado de La Nación, entre 41,4% y 44,5%,

Protección Social

El sistema de seguridad social de Costa Rica fue creado durante la segunda “ola” de reformas que ocurrió en los años 40 en América Latina y se basa en los principios de obligatoriedad, universalidad y solidaridad. Desde inicios de los años 90 este sistema ha sido objeto de importantes reformas institucionales y programáticas, tanto en pensiones como en salud. Las reformas han sido graduales y enfocadas en los instrumentos de la seguridad social, en vez de radicales y dirigidas a cambiar sus principios.

5 Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares. INEC

Estudios recientes muestran que, en el 2001⁶, existían brechas importantes en la cobertura de la protección social. La cobertura en sistema de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) fue de un 53% y en el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) de un 71%. A su vez, esta brecha aumenta entre la cobertura de los asalariados (65%) y los independientes (24%).

Seguro de Salud

En Costa Rica, para el 2004, había una población de 4.248.481 de habitantes, de los cuales un 50,9% son hombres y un 49,1% son mujeres. De la población total, solamente un 38,9% (1.653.879) son económicamente activos, de los cuales un 66,1% son hombres y un 33,9% son mujeres.

De la población económicamente activa, solamente un 60,7% (684.015) está asegurado (SEM), de los cuales un 68,2% son hombres y un 31,8% son mujeres. En otras palabras, de la población masculina económicamente activa, un 62,5% está protegido por la seguridad de salud, mientras que en las mujeres, solamente un 57%.

Es importante señalar que también existe una diferencia amplia en lo que se refiere al aseguramiento por cuenta propia, en el caso de la hombres alcanza un 29,6% y en las mujeres un 10,0%.

En el **Gráfico No. 2** se aprecia la distribución por edad de las personas aseguradas en donde es claro que el único momento del ciclo de vida en que más mujeres están aseguradas es en la edad reproductiva, de los 15 a los 35 años, luego se equipara y a

6 Martínez F, J.; Mesa-Lago, C. LAS REFORMAS INCONCLUSAS: PENSIONES Y SALUD EN COSTA RICA. Avances, Problemas, Recomendaciones. Fundación Friedrich Ebert. San José, Costa Rica. Mayo, 2003

Gráfico No. 3
Pensiones otorgadas por invalidez según sexo y grupo etario
CCSS 2004

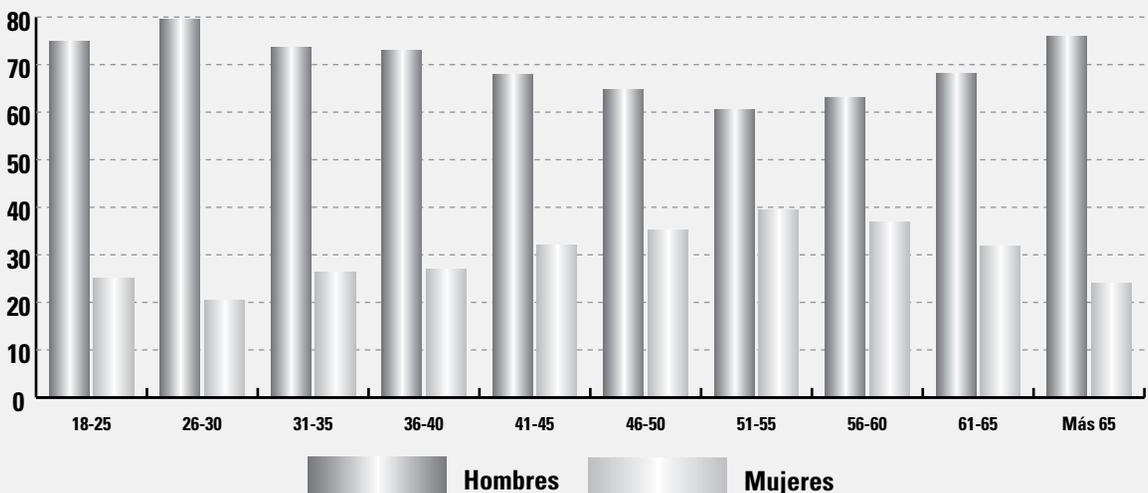
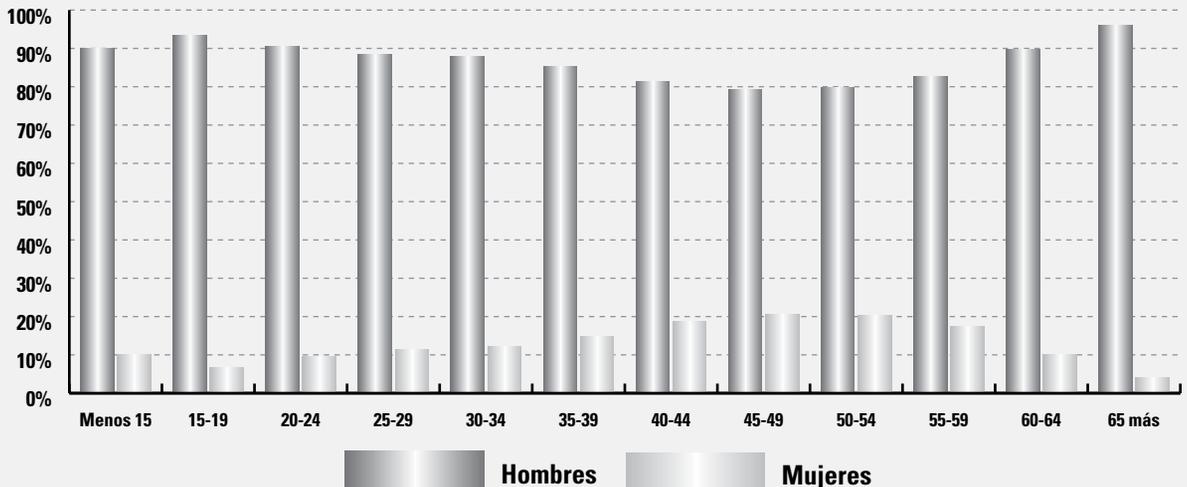


Gráfico No. 4
Accidentes laborales según edad y grupo etario
 INS 2004



partir de los 45 años, el porcentaje de mujeres aseguradas, es inferior al de los hombres.

Pensiones

Actualmente son asegurados obligatorios al régimen de Invalidez Vejez y Muerte (IVM) las personas asalariadas, el resto son asegurados voluntarios. Entre los/as asegurados voluntarios encontramos a los trabajadores independientes o por cuenta propia, así como a los trabajadores no remunerados (familiares, amas de casa, estudiantes, etc.).

Para el régimen de IVM están adscritos, para el 2004, un total de 848.496 asegurados, lo que representa un 51,3 de la PEA y del cual el 69,4% son hombres y el 30,6% son mujeres.

Para 2004 hay 133.114 pensionados, siendo un 54,4% hombres y un 45,6% mujeres, se pensionan a una edad promedio de 65 años los hombres y 64 las mujeres.

En cuanto a las pensiones por invalidez, existe un total de 42.369 pensionados, de los cuales un 71,3% son hombres y un 28,7% son mujeres, con una edad promedio de 59 y 55 años respectivamente.

Las pensiones de las mujeres son usualmente más bajas que las de los hombres por cuatro razones: (i) el salario de las mujeres es usualmente inferior al del los hombres en la misma ocupación; (ii) la edad de retiro de las mujeres es inferior a la de los hombres; (iii) las mujeres acumulan menos cotizaciones que los hombres debido a razones relacionadas con la división sexual que las obliga a salir repetidamente del mercado laboral (parto, lactancia y crianza de

los hijos, y (iv) la esperanza de vida promedio de las mujeres es mayor que la de los hombres.⁷

Riesgos Laborales

Las estadísticas brindadas por Instituto Nacional de Seguros señalan que en el caso de los accidentes laborales, también existen brechas entre hombres y mujeres. En todos los grupos de edad existe una relación promedio de 6 accidentes laborales en hombres por 1 en mujeres, excepto en los grupos etarios de 15 a 19 años en que la relación es de 14 a 1 y de 65 y más años, que es de 23 a 1, siempre predominando en los hombres.

No se consiguió información desagregada por área geográfica y grupos de edad. Poco se ha incurrido en este campo y es necesario profundizar más para identificar las razones de dichas brechas.

Violencia

En Costa Rica, las mayores diferencias cuantitativas en la mortalidad por sexo están dadas por las "causas externas", que incluye homicidios, accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar y acciones bélicas, entre otras. En el 2004, fue 3.5 veces más alta en hombres que en mujeres, cifra similar a los países de las Américas e inferior a América Latina y el Caribe, la cual asciende a 4,4.

7 Martínez F, J.; Mesa-Lago, C. LAS REFORMAS INCONCLUSAS: PENSIONES Y SALUD EN COSTA RICA. Avances, Problemas, Recomendaciones. Fundación Friedrich Ebert. San José, Costa Rica. Mayo, 2003

Homicidios

En Costa Rica la tasa de personas víctimas de homicidio, ha permanecido relativamente estable para el quinquenio 2000-2004, la provincia que mayor cantidad de homicidios registra es San José, mientras que Heredia ocupa el último lugar⁸.

En el 2004 se registraron un total de 248 homicidios los cuales, 215 fueron hombres (87,4%) y 33 mujeres (11,3%), con una razón de 6 hombres por cada mujer. El mayor número absoluto, en los hombres, se presenta en el grupo de edad de 50 a 64 años y en las mujeres en el grupo etéreo de 35 a 49. El principal móvil es el arma de fuego en un 52% de las defunciones por homicidio.

Violencia en el Tránsito

Las estadísticas nos dicen que existe una sobrerrepresentación masculina en todos los roles involucrados en accidentes. Del total de fallecidos por violencia en el tránsito, un 97% fueron hombres y un 13% mujeres, casi cinco hombres por cada mujer, lo que hace necesario analizar las adscripciones de género que puedan estar incidiendo en esa notoria diferencia.

Desde 1970 hasta la fecha, las defunciones debidas a violencia en el tránsito han representado cerca del 4% del total de defunciones y casi la mitad de las muertes debidas a causas violentas o externas⁹

En términos absolutos, el mayor número de muertes debidas a la violencia en el tránsito se presenta en los hombres de 35 a 64 años. Por otra parte, el 78% de las defunciones por accidentes de tránsito en los hombres, ocurre entre los 10 y 64 años edad, mientras que en las mujeres solamente ocurre el 60%. Este grupo etario es sumamente importante ya que es la población económicamente activa lo cual genera grandes pérdidas para el país.

En el patrón de mortalidad por edad, en los hombres se observa una baja proporción en las edades iniciales, una alta proporción en las edades medianas y baja en las edades adultas mayores. En contraposición, en las mujeres, la mayor proporción de accidentes se encuentra en el grupo etéreo de más de 75 años. El riesgo de morir en un accidente de tránsito para la población menor de 19 años es la más baja con respecto a las demás edades, y a partir de los 19 años este se incrementa en casi cuatro veces.

Suicidio

El suicidio ocupa el cuarto lugar entre las muertes por causas violentas, mostrando una tendencia constante al aumento. Su tasa pasó de 2,4 por 100.000 habitantes en 1970 a 6,9 en el 2002¹⁰, con excepción del 2004 que demuestra un leve descenso, con un total de 292 defunciones por suicidio, de las cuales, un 88% fueron hombres y un 12% mujeres. La probabilidad de morir por suicidio es mayor para los hombres, 7,8 por 100.000, mientras que el de las mujeres fue de 1,2.

En lo relativo al grupo etéreo, el mayor número de muertes se ubica entre los 35 y 64 en ambos sexos. Importante rescatar que no se registran defunciones por suicidio en niños(as) y adolescentes.

En el 2004, los móviles con que se concreta el suicidio¹¹ son el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, armas de fuego y plaguicidas. La distribución geográfica ubica a San José, Alajuela y Puntarenas como las provincias con mayor número de suicidios¹²

Violencia Intrafamiliar

En la violencia intrafamiliar existe un serio subregistro, no obstante, el Ministerio de Salud ha registrado, en el 2004, un total de 10,009 casos, de los cuales, un 16% son hombres y el restante 84% son mujeres. Las provincias que más casos registran son San José, Alajuela y Limón. El grupo etéreo más afectado es la población adulta mayor con un 64%, de los cuales, un 96% son mujeres

La información anterior es concordante con la Primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada por el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) de la UCR, estableciendo que un 58% de las costarricenses asegura haber sufrido algún tipo de violencia. Este estudio determinó, que 643.347 mujeres del país (49,6%) son afectadas por la violencia psicológica, 498.922(38,2%) por la violencia sexual, y 590.829 (45,4%) por la violencia física, la mayoría de ellas entre los 25 y los 49 años, durante la edad reproductiva.

Entre los tipos de violencia física, las entrevistadas manifestaron haber sido golpeadas con algún objeto, empujadas, tomadas por el brazo, abofeteadas, pateadas, mordidas o golpeadas con el puño, quemadas, bañadas con agua caliente o semi ahorcadas o ahogadas, y atacadas con cuchillo o arma de fuego. La violencia sexual se manifestó con relacio-

8 Departamento de Planificación, Sección de Estadística. Área Policial, Poder Judicial 2006

9 Ministerio de Salud Violencia Social Un problema de Salud Pública 2004

10 Ministerio de Salud, OPS/OMS (2004)

11 Departamento de Planificación, Sección de Estadística Área Policial, Poder Judicial 2006

12 Departamento de Planificación, Sección de Estadística Área Policial, Poder Judicial 2006

nes sexuales forzadas, caricias en su cuerpo contra su voluntad o con actividad sexual forzada con una tercera persona.

Los resultados confirman hallazgos de otros estudios nacionales e internacionales, donde el mayor riesgo de vivir violencia lo tienen las mujeres con hombres cercanos y, en particular, con sus parejas. Más del 80% de las violaciones contra mujeres mayores de 16 años son cometidas por hombres con quienes las mujeres tienen o tenían una relación familiar o de pareja. La violencia contra las mujeres tiende a ser crónica y prolongada, y tiene como objetivo, no la aniquilación, sino el control. Este tipo de violencia, que se asocia frecuentemente con abuso sexual, se reporta y se registra con mucha menor frecuencia y, muy a menudo, es tolerada por la ley y la costumbre¹³. Además, las consecuencias en la salud reproductiva, son: embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer y muerte fetal.

El alto número de asesinatos de mujeres por razones de violencia doméstica continúa siendo un problema de salud pública, y, a pesar de ello, sigue sin aprobarse la ley de penalización contra este tipo de delito y el país sigue sin cumplir con el mandato de la Convención “Belem Do Para” (1995), de sancionar formas específicas de violencia derivadas de relaciones desiguales de poder entre géneros¹⁴.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Femicidio ¹⁵	20	17	12	21	26	26	17	23	29	20	37 ¹⁶

Salud Sexual y Reproductiva

La actividad sexual determina la mayor diferencia cualitativa entre los sexos con respecto al tipo de riesgos para la salud, ya que sobre la mujer recaen, no solo las consecuencias biológicas del embarazo, parto y lactancia, sino, también, la responsabilidad culturalmente asignada del cuidado de los hijos. La mujer soporta, adicionalmente, la mayor parte de la carga de la anticoncepción, es más vulnerable a in-

13 Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud. Salud de las Mujeres en Costa Rica: Un Análisis desde la Perspectiva de Género, 2005.

14 Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud. Salud de las Mujeres en Costa Rica: Un Análisis desde la Perspectiva de Género, 2005.

15 Área de Violencia de Género del Instituto Nacional de las Mujeres, 2005.

16 Al 5 de diciembre del 2005.

fecciones del aparato reproductivo y a enfermedades de transmisión sexual. Desde el ángulo de los determinantes de género, hay que resaltar que las relaciones desiguales de poder entre los sexos, con frecuencia limitan el control de las mujeres sobre su sexualidad y su habilidad de protegerse a sí mismas de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión sexual¹⁷.

Mortalidad materna

Por su evitabilidad e injusticia, la mortalidad materna ha sido calificada como la evidencia más clara de la inequidad social así como la muestra más dramática de las desventajas que viven importantes sectores femeninos en una región o un país. La mortalidad materna, sobre todo por causas prevenibles, es un indicador de la baja prioridad social otorgada a un problema que afecta solamente a las mujeres, particularmente las pobres, ya que desde hace más de 50 años se cuenta con el conocimiento y la tecnología necesarias para impedir dichas defunciones.

La mortalidad materna es un indicador de desarrollo social más sensible que la mortalidad infantil, aún así, esta última, sigue siendo más utilizada. Por ejemplo, si se compara a Chile y a Haití, mientras que la tasa de mortalidad infantil haitiana es 9 veces mayor que la chilena, la tasa de mortalidad materna es 28 veces mayor. Estas brechas son las que se conocen como reducibles¹⁸.

La razón de mortalidad del país, para 2004, fue de 3.2 por cien mil nacidos vivos. Costa Rica, junto con Chile, Cuba y Argentina, son los países de América Latina y el Caribe que muestran los valores más bajos. De los insumos obtenidos por el Sistema de Análisis de la Mortalidad Materna¹⁹, sabemos que a pesar de que en Costa Rica, los casos son pocos, cerca de la mitad son considerados como muertes prevenibles.

Si analizamos la mortalidad materna por su distribución geográfica, se observa un patrón coincidente con la antes descrito, en donde la provincia de Guanacaste (5,8) y la de Puntarenas (4,0), junto con San José (4,2), presentan los valores más importantes, superiores al valor nacional.

17 Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Género y Salud. Equidad de Género y Salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI. 2004.

18 Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Género y Salud. Equidad de Género y Salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI. 2004.

19 Programa de la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de salud. Equipos multidisciplinares, utilizan un cuestionario como instrumento de medición y análisis de la calidad de la atención. Cada muerte materna es analizada, se identifican los puntos críticos como oportunidad de mejora y se determina si la muerte es o no prevenible.

Enfermedades de transmisión sexual

Para el 2004, la incidencia de sífilis es de 25,1 por 100,000 habitantes para hombres y 30,8 para mujeres. Los cantones de mayor incidencia son Puntarenas (36,4 hombres, 48,5 mujeres), San José (36,6 hombres, 39,3 mujeres) y Limón (28,6 hombres y 36,6 mujeres) y, el grupo etáreo más afectado es el de 20 a 24 años en el sexo femenino, mostrando una relación de 2,4 mujeres por cada hombre.

La débil respuesta del sistema de salud ante esta situación, y una detección y tratamiento inadecuado en el control prenatal, se traducen en una incidencia de sífilis congénita de 2,7 por 100,000 habitantes para los hombres y 3,2 para las mujeres. Limón (6,2 hombres, 6,9 mujeres), Puntarenas (5,1 hombres y 3,3 mujeres) y Guanacaste (2,7 hombres, 4,3 mujeres) son los cantones con mayor incidencia. Como dato ilustrativo, la cobertura de control prenatal, para el 2004, fue de 78,2%, pero si se analiza, desde el punto de vista de la calidad de la atención, esta fue solamente de un 54,5% y solamente el 24,2% tuvieron al menos cuatro controles.

La incidencia de gonorrea por 100,000 habitantes es de 56,5 para hombres y 11,5 para mujeres. El cantón de Limón (204,9 hombres, 61 mujeres) es el de mayor incidencia y la población más afectada es la que se ubica en el rango de de 20 a 29 años, siendo más frecuente en el sexo masculino con una relación de 4,5 hombres por cada mujer.

Estrechamente ligada a esta situación está el VIH/SIDA, en donde la tasa de incidencia de SIDA, en el 2004, para mujeres fue de 1,34 y para los hombres de 7,78, con una relación de 7 a 1.

Toda la información anterior es una confirmación de que las mujeres son más vulnerables a las enfer-

medades de transmisión sexual, tanto por razones de orden biológico como cultural. Esta vulnerabilidad estriba en las diferencias anatómicas entre los sexos que hace más fácil la transmisión de hombre a mujer, en la ausencia de síntomas en las mujeres que dificulta su diagnóstico y en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres que impiden que estas últimas negocien una relación sexual segura²⁰.

Cáncer de cérvix

El cáncer de cérvix es más común en los países pobres y en los estratos de menos recursos. Esta neoplasia es evitable, desde hace muchos años se cuenta con tecnología de bajo costo para su detección en fases que ofrecen una probabilidad de curación de casi el 100%.

Para el 2004, el número de defunciones por neoplasia de cérvix fue de 125 mujeres, concentrados entre los 35 y 64 años (69 casos). La cobertura de citología vaginal en mujeres de 14 a 34 es de 15,8% y en el grupo de mayor riesgo (35 y más años) es de solamente un 21,5%, hechos que demuestran el poco interés que o esfuerzo por dar una respuesta y disminuir el problema.

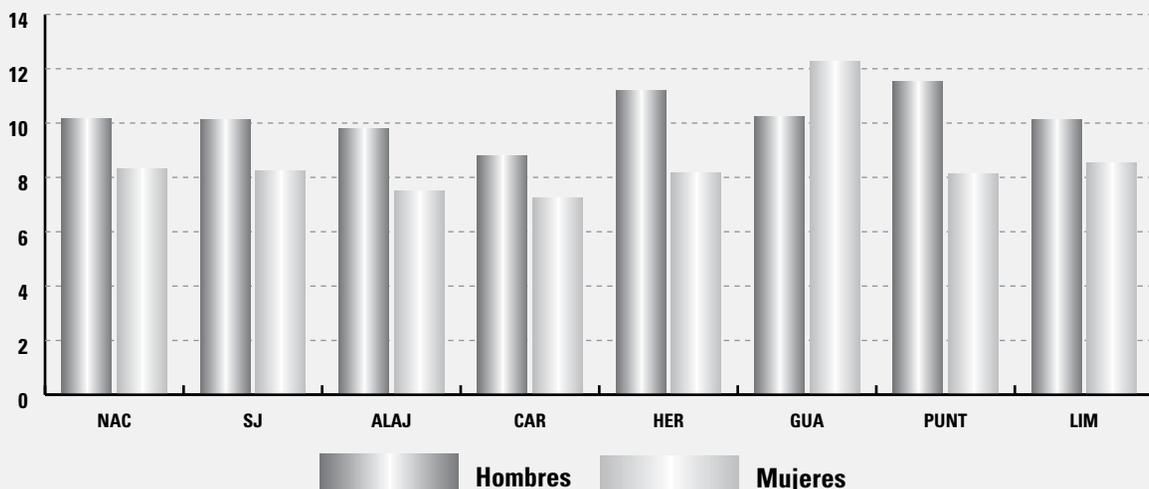
Morbimortalidad

Mortalidad Infantil

Tradicionalmente la mortalidad infantil se ha utilizado como un indicador de desarrollo social. Costa Rica, se ha caracterizado por tener excelentes in-

20 Organización Panamericana de la Salud, Equidad de Género y Salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI sección 3, 2004

Gráfico No. 5
Mortalidad Infantil según provincia y sexo • Tasa por 100.000 habitantes.
Costa Rica 2004



dicadores de salud y una tasa de mortalidad infantil baja, comparable y aún inferior a la de países ricos.

A pesar de eso, existen brechas entre las diferentes áreas geográficas, con tasas mayores en aquellas regiones más pobres. En el **Gráfico N.º 5** se observa que en la mayoría de las provincias, la tasa es mayor en los hombres que en las mujeres excepto en Guanacaste (12,2 mujeres), que además es la provincia que tienen la mayor tasa de mortalidad infantil del país.

Las provincias en la que la mortalidad infantil masculina es mayor a la nacional son Puntarenas (11,5) y Heredia con 11,2).

Aparato circulatorio

Para el 2004 la tasa de mortalidad general fue de 3,8, siendo superior para los hombres (4,2) respecto a las mujeres (3,3). Las enfermedades del aparato circulatorio aparecen como primer causa, siendo las enfermedades cardiovasculares las que tienen mayor peso tanto en hombres como en mujeres, situación que se observa desde 1970. Dentro de grupo, la enfermedad isquémica del corazón es la que más muertes produce, siendo mayor para los hombres, en 2004 del total de casos (2.242) 58,6% correspondió a hombres.

Las enfermedades del aparato circulatorio son consideradas como "masculinas", pero se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en las mujeres, sobretodo, después de los 50 años de edad. En general, en los hombres siguen predominando las enfermedades isquémicas, pero no ocurre lo mismo con las enfermedades hipertensivas del corazón y los accidentes cerebrovasculares. Costa Rica, no escapa de esta tendencia, para el año 2004, la mortalidad por enfermedad hipertensiva, en valores absolutos, fue de 284 hombres y 301 mujeres. Hay diferencias en cuanto a los grupos etarios, pero a diferencia de la tendencia existente en otros países, las defunciones por enfermedad hipertensiva muestran números mayores para las mujeres hasta los 75 años de edad, correspondiendo del total, 39% para las mujeres y 26% para los hombres..

Nutricionales

En Costa Rica se ha venido incrementando la proporción de población con sobrepeso y obesidad. Las encuestas nacionales de nutrición muestran un aumento de estos dos problemas para los diferentes grupos poblacionales.

De acuerdo a la Encuesta de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo de 2004, se encontró un sobrepeso y obesidad de 55,9% en hombres y un 62% en mujeres, mayores de 20 años.

De acuerdo al grupo etáreo, se observa que conforme aumenta la edad, el sobrepeso y la obesidad se incrementan tanto en hombres como en mujeres, para ambos, las edades de mayor frecuencia son de 35 a 64 años, las cuales presentan porcentajes que oscilan entre 70 y 75%.

Es necesario prestarle atención al problema del sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad, pues comienza a manifestarse de manera importante en población joven. Es importante que el sector salud desarrolle acciones de promoción de salud que impulsen hábitos saludables de alimentación y actividad física.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una de las diez primeras causas de muerte en todos los países de la Región y tiende a afectar más frecuentemente a las mujeres, particularmente después de los 50 años.²¹ De acuerdo con la información del INEC, en el 2004, hubo 834 muertes por diabetes, correspondiendo un 57% a mujeres.

La diabetes mellitus ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte de las mujeres, aparece a partir del grupo de edad de 20 a 64 años. El grupo etario en el que se presentan más muertes por diabetes son los mayores de 75 años, representando un 41% del total de casos. El 57% corresponde al sexo femenino.

La mortalidad por diabetes mellitus en Costa Rica ha venido en aumento. Las tasas específicas se elevan conforme aumenta la edad y las manifestaciones de enfermedad renal son las principales causas de muerte del paciente diabético²².

Consumo de sustancias psicoactivas

La disponibilidad de información en esta área es muy limitada y la fecha más reciente corresponde a la información generada por el IAFSA hasta el 2001. Para efectos de este análisis se rescata alguna información generada por la Encuesta de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo de 2004. Según esa encuesta, la prevalencia de mes del consumo de tabaco en las mujeres es de 14% y la de hombres 29,9%. En lo relativo a consumo de alcohol la prevalencia de mes en hombres es de 48,6% y la de las mujeres de 29,5%.

21 Organización Panamericana de la Salud Equidad de Género y Salud en las Américas a comienzos del Siglo XXI, sección 3, 2004

22 Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica. Perfil de Salud de las Mujeres

Neoplasias

La Organización Mundial de la Salud estima que la incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el 2020. Datos del Ministerio de Salud indican que cada año se registran aproximadamente 7.500 nuevos casos de cáncer. El cáncer gástrico es el que produce más muertes en ambos sexos.

En el caso de las mujeres, en el 2004, las neoplasias malignas que más muertes produjeron fueron gástrica (231), mama (217) y colon y recto (146); en los hombres fue gástrica (401), próstata (302), pulmón (158) y colon (155) que presentaron cifras similares.

Al analizar la información por grupos de edad, se identifican como los grupos más afectados, el de 50 a 64 y los mayores de 75 años, con excepción del cáncer de mama, en el cual se suma el grupo de edad de 35 a 49 años. Los mayores de 75 años concentran el mayor porcentaje de casos con respecto al total de cada tipo: gástrico 44,6%; pulmón 43%, colon y recto 37,8%, con excepción del grupo de 50 a 64 años en mama 28,9%.

Conclusiones y recomendaciones

La información recabada, procesada, sistematizada e interpretada es una herramienta para reconocer las especificidades y la diversidad para poner en evidencia y caracterizar importantes brechas de equidad. Contar con esta información es una buena práctica y es un requisito fundamental para definir políticas y estrategias de desarrollo humano en búsqueda de la equidad entre hombres y mujeres desde una perspectiva de igualdad de derechos.

Mujeres y hombres no tienen las mismas necesidades, por tanto, ambos tienen derecho a que estas sean satisfechas. Esta es una consideración importante para quienes diseñan políticas y programas de atención.

Es urgente que las instituciones registren la información desagregada por sexo, este sería el primer paso y nos permite una visión para el planteamiento de políticas y formulación de acciones.

El Ministerio de Salud, como ente rector del sector debe garantizar, junto con las instituciones que participaron en la elaboración de estos documentos, la continuidad de procesos de construcción colectiva creando una instancia formal y permanente encargada de generar cambios en el registro de la información, análisis útil para la toma de decisiones así como promover la participación de la sociedad

civil en el apropiamiento de esta información para la acción.

Resolver el problema de la información no es suficiente. Como se observa en el análisis de los indicadores de género y salud es evidente que existe una gran inequidad en las oportunidades de acceso a empleo, a una remuneración justa y equitativa y en el acceso a la participación en la toma de decisiones. El acceso a la propiedad del capital productivo continúa siendo limitado para las mujeres.

Ante esto es necesario resolver los problemas estructurales existentes que son grandes desafíos para el país respecto a un conjunto de brechas de género con clara desventaja para las mujeres. Se requieren profundos cambios para ampliar y consolidar los avances logrados hasta ahora, como la feminización de la pobreza, el reconocimiento del trabajo femenino, la inserción laboral de las mujeres y la segmentación del mercado de trabajo.

Por ejemplo, en el ámbito de la **protección social**, las brechas existentes en la cobertura del seguro de salud y de pensiones pueden resolverse mediante el cumplimiento del Código de Trabajo y la creación de mecanismos que incentiven una "producción limpia" de tipo laboral, social y ambiental. Se puede lograr un mejoramiento de la cobertura contributiva, general y de los trabajadores independientes con mecanismos de aseguramiento colectivos para personas con capacidad contributiva parcial, especialmente en las mujeres, así como la ampliación de los derechos de las mujeres promoviendo su aseguramiento directo. Algunos países latinoamericanos han homologado la edad de retiro de los hombres y las mujeres haciendo que éstas acumulen más cotizaciones y un fondo mayor en sus cuentas individuales. En Costa Rica existe la licencia pre y postnatal y el Código de Trabajo, artículo. 95, ordena a los empleadores que continúen haciendo las cotizaciones al fondo de capitalización laboral y al fondo de pensión complementaria obligatorio 123, sin embargo, no hay provisiones para la crianza de los hijos.

El tema de la **violencia** se ha convertido en un problema de salud pública. Las mayores diferencias cuantitativas en la mortalidad por sexo están dadas por causas externas que incluyen homicidios, suicidios y violencia en el tránsito, este fenómeno pone en evidencia la importancia de los determinantes sociales del comportamiento de riesgo entre ellos la división por género de roles y responsabilidades sociales. En efecto, esta mayor mortalidad está ligada a comportamientos de riesgo estereotipadamente masculinos y estimulados como varoniles a través de la socialización de género y el control social.

Analizar la violencia en el tránsito, se visualiza como una de las múltiples formas en que se expresan situaciones de violencia general o estructural que afectan la totalidad de la vida social, generando inseguridad. Se presenta una sobremortalidad masculina debida a la violencia en el tránsito, cuyo riesgo de morir es casi cinco veces mayor en los hombres comparando con el número de mujeres

El comportamiento del suicidio por sexo nos demuestra que esta problemática debe ser analizada desde la perspectiva de género, rompiendo con el esquema androcentrista de la fragilidad y la debilidad, que se le ha impuesto a la mujer y pone en relieve la construcción patriarcal de la masculinidad y el cumplimiento de mandatos sociales (proveedor, competente, protector), lo que provoca frustración, impotencia, detonantes para el suicidio.

En conclusión, mientras los hombres mueren por accidentes de tránsito, suicidios y homicidios, las mujeres mueren producto de la violencia de género.

En el ámbito de la **salud sexual y reproductiva**, la información disponible señala algunos problemas

urgentes, uno de ellos es la alta proporción de nacimientos en madres adolescentes, que dada la disminución de la fecundidad en otros grupos de edad ha incrementado su importancia en los nacimientos totales. El embarazo en la adolescente no debe ser analizado desde el punto de vista biológico, ya que compromete el desarrollo normal y las oportunidades de vida.

Otro tema, poco tratado y no visto como tema prioritario, es lo relativo a las enfermedades de transmisión sexual y que está asociado a la transmisión de enfermedades letales como el VIH-SIDA. Afectan tanto a hombres como a mujeres, predominando la gonorrea y el VIH/SIDA en hombres y la sífilis en mujeres. Este punto está vinculado estrechamente con el problema del cáncer de cérvix, cuya génesis está explicada por una infección de transmisión sexual.

Estos hallazgos podrían ser explicados por fallas en diagnóstico ya que en las mujeres muchas veces es asintomática. Igualmente denota deficiencias en los programas de educación y prevención en salud, así como ineficiencia en el uso de los recursos y una cultura curativa y patriarcal.



Indicadores de Género y Salud Costa Rica 2005

Página 1.

Indicador 8 - Léase: hombres 1 156 072 y mujeres 612 687

Indicador 10 - Léase: en vez de hab. "población de 12 años y más"

Página 2.

Indicadores 12 y 13 - Corresponden al 2005, para el 2004 es 32,1 y 37,9 respectivamente

Indicador 14 - Corresponde a tasa

Indicador 16 - Es por 10 000 nacimientos

Indicador 23 - Léase: hombres 1444 y mujeres 398

Indicador 24 - Léase: hombres 852 y mujeres 285

Indicador 25 - Léase: hombres 261

Indicador 27 - Léase: mujeres 36

Página 3.

Indicador 32 - Para el 2004 los datos son: hombres 486 y mujeres 99

Página 5.

Indicador 51 - Es por 100 000 habitantes

Página 11.

Indicadores por grupos de edad 23, 24, 25, 27 y 28 - Léase:

INDICADORES POR GRUPOS DE EDADES EN CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD 2004

Grupos de edades	Número de defunciones causas externas		Número de defunciones accidentes		Número de defunciones suicidios		Número de defunciones homicidios		Número de defunciones otras causas externas	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	1444	398	852	285	261	33	215	36	116	44
0 a 4	28	19	22	15			4	3	3	2
5 a 9	19	17	18	14			-	2	1	2
10 a 19	136	38	82	21	25	9	25	5	4	3
20 a 34	416	68	216	39	96	10	83	15	20	4
35 a 49	348	44	190	26	73	6	68	5	17	6
50 a 64	224	36	129	17	47	6	26	4	24	10
65 a 69	56	7	30	6	7	-	5	-	14	1
70 a 74	48	12	30	8	6	1	2	1	10	2
75 y más	162	155	131	138	5	1	1	1	23	14
Ignorada	7	2	4	1	2		1			

Páginas 15-19

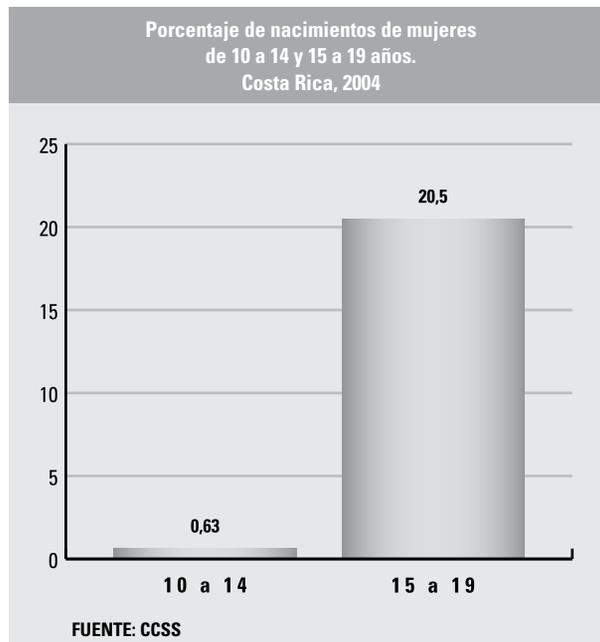
Indicador 73 - Tasa específica de Fecundidad de madres de 15 a 19 años, léase: Costa Rica, 64,9.

Página 19

Indicador 73 - Tasa específica de Fecundidad de madres de 15 a 19 años, léase: Provincia de Limón, 97,6.

Página 20

Gráfico Porcentaje de nacimientos de mujeres de 10 a 14 y 15 a 19 - La fuente es CCSS.
Léase correctamente bajo la primera columna 10 a 14 y en la segunda 15 a 19.



“Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político impostergable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables”

Mirta Roses, 2003
Actual Directora de la OPS



Poder Judicial Costa Rica



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud