



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

EL PAÍS QUE TENEMOS:

Documento base para el análisis de población
y el proceso de programación del UNFPA
2008 - 2012



Costa Rica



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

EL PAÍS QUE TENEMOS:

Documento base para el análisis
de población y el proceso de
programación del UNFPA 2008 - 2012



Costa Rica

© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2007
El UNFPA promueve el uso justo de este documento.
Se solicita que sea citado apropiadamente cuando corresponda.
Esta publicación también está disponible en formato electrónico (PDF) en el sitio web institucional: <http://www.unfpa.or.cr>

Producción general: Oficina UNFPA Costa Rica

Agradecemos a todas las personas, organizaciones e instituciones, que participaron en la elaboración de este documento.

Coordinación: José Manuel Valverde Rojas.

Asistentes: Ana María Soto Blanco y Gabriela Segura Mena.

Corrección de estilo: Olga Jiménez Cerros.

Diagramado y diseño de portada: Ana Catalina Lizano Quesada.

Fotografías: Live Images / UNFPA Costa Rica.

Impresión: Sede Central del IICA.

304.6 Valverde Rojas, José Manuel
V135p El país que tenemos: documento base para el análisis de población y el proceso de programación del UNFPA 2008-2012 / José Manuel Valverde Rojas.
-- 1a ed. -- San José, Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.
210 p. ; 21 x 28 cm.

ISBN: 978-9968-9662-2-1

1. POBLACIÓN - ESTUDIOS. 2. UNFPA.
I. Título.

Presentación

Durante el 2006 y el 2007, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) participó, en la elaboración de una programación conjunta con el resto de las agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU). Para esto se elaboró una Evaluación Común del País¹ y un Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo². En congruencia con lo anterior, la Oficina del UNFPA, en consulta con distintas instituciones y organizaciones de la sociedad civil, elaboró la propuesta de Programa de País³ y su correspondiente Plan de Acción⁴.

Para este proceso, era fundamental que el UNFPA en Costa Rica se encontrara preparado para demostrar, con base en información, datos y análisis, la relevancia que tienen los factores de población para el desarrollo nacional, así como las relaciones entre población, salud reproductiva y equidad de género y sus implicaciones para el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en el marco de la Declaración del Milenio. Por todo lo anterior, la Oficina del UNFPA en

Costa Rica ha preparado el presente documento, en el cual se establecen los vínculos existentes entre los grandes problemas del desarrollo nacional y los fenómenos que afectan a la salud reproductiva de la población, las relaciones de género, el empoderamiento de la mujer y las dinámicas poblacionales.

Este documento corresponde una caracterización de la situación nacional en materia de población, profundizando en el análisis de los principales problemas priorizados, siguiendo la metodología de análisis de causalidad (árbol de problemas), ámbitos de obligación (derechos y deberes), y brechas de capacidad.

Este documento ha sido un insumo importante para la elaboración del “Análisis de Población del País”; y ambos documentos, han orientado la programación de la cooperación del UNFPA con el país y su participación en el proceso de programación conjunta que se ha propuesto llevar a cabo el SNU en Costa Rica.

¹ Conocido como *Common Country Assessment* o CCA por sus siglas en inglés. Se trata de un diagnóstico del país que se hace de manera interagencial.

² *United Nations Development Framework (UNDAF)*.

³ *Country Programme Document (CPD)*

⁴ *Country Programme Action Plan (CPAP)*.

Índice

PRESENTACION	3
1. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS	9
1.1. BRECHAS DE MORTALIDAD MATERNA EN COSTA RICA	9
1.1.1. Análisis de causalidades	10
1.1.2. Árbol de problemas	21
1.1.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	23
1.1.3.1. Titulares de deberes	23
1.1.3.2. Titulares de derechos	25
1.1.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	26
1.1.5. Bibliografía	27
1.2. EMBARAZO NO PLANEADO	29
1.2.1. Análisis de causalidades	30
1.2.2. Árbol de problemas	39
1.2.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	41
1.2.3.1. Titulares de deberes	41
1.2.3.2. Titulares de derechos	45
1.2.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	45
1.2.5. Bibliografía	46

1.3. JUVENTUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	49
1.3.1. Análisis de causalidades	50
1.3.2. Árbol de problemas	59
1.3.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	61
1.3.3.1. Titulares de deberes	61
1.3.3.2. Titulares de derechos	68
1.3.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	69
1.3.5. Bibliografía	70
1.4. INCIDENCIA DEL VIH	73
1.4.1. Análisis de causalidades	74
1.4.2. Árbol de problemas	83
1.4.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	85
1.4.3.1. Titulares de deberes	85
1.4.3.2. Titulares de derechos	90
1.4.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	91
1.4.5. Bibliografía	92
1.5. CÁNCER EN LOS ORGANOS SEXUALES REPRODUCTIVOS	95
1.5.1. Análisis de causalidades	96
1.5.2. Árbol de problemas	109
1.5.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	111
1.5.3.1. Titulares de deberes	111
1.5.3.2. Titulares de derechos	113

1.5.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	114
1.5.5. Bibliografía	115
1.6. MIGRANTES Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	117
1.6.1. Análisis de causalidades	118
1.6.2. Árbol de problemas	131
1.6.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	133
1.6.3.1. Titulares de deberes	133
1.6.3.2. Titulares de derechos	135
1.6.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	135
1.6.5. Bibliografía	137
1.7. CONSTRUCCIÓN DE LAS MASCULINIDADES Y EL EJERCICIO DEL PODER SOBRE LOS OTROS	139
1.7.1. Análisis de causalidades	140
1.7.2. Árbol de problemas	155
1.7.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	157
1.7.3.1. Titulares de deberes	157
1.7.3.2. Titulares de derechos	160
1.7.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	160
1.7.5. Bibliografía	161
1.8. VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES	163
1.8.1. Análisis de causalidades	164
1.8.2. Árbol de problemas	179

1.8.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	181
1.8.3.1. Titulares de deberes	181
1.8.3.2. Titulares de derechos	186
1.8.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	187
1.8.5. Bibliografía	187
1.9. ADULTOS MAYORES EN CONDICIÓN DE POBREZA	191
1.9.1. Análisis de causalidades	192
1.9.2. Árbol de problemas	203
1.9.3. Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación)	205
1.9.3.1. Titulares de deberes	205
1.9.3.2. Titulares de derechos	207
1.9.4. Recomendaciones de posibles líneas de acción	208
1.9.5. Bibliografía	209



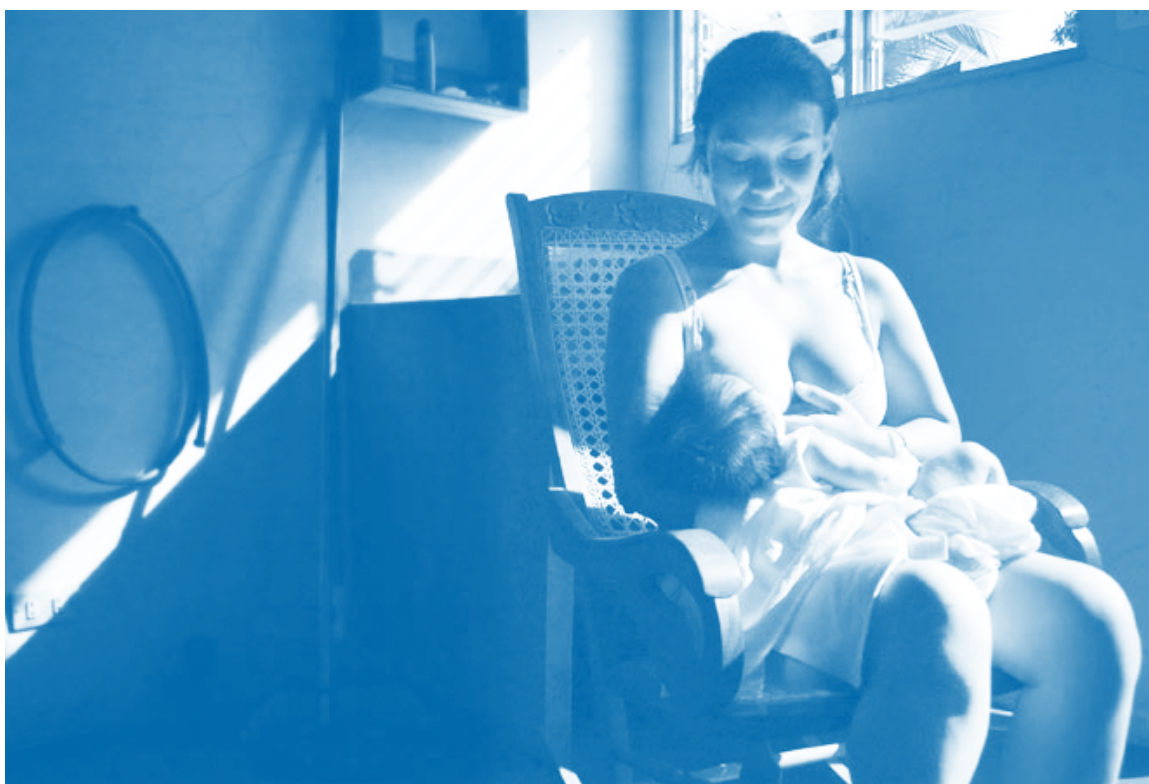
1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.1. Brechas de mortalidad materna en Costa Rica

PROBLEMA:

Mujeres con mayor riesgo de mortalidad materna, según zona del país y grupo poblacional.





1.1.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

La mortalidad materna se entiende como “la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, agravada por el embarazo mismo y su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (Organización Mundial de la Salud), por lo tanto, las muertes de mujeres embarazadas, sin relación con el embarazo, no forman parte de la cadena causal que culminó en muerte materna.

La muerte materna es un problema de salud pública en el nivel mundial, que tiene diferentes comportamientos, según se trate de países desarrollados o subdesarrollados. El 99% de las 585.000 mujeres que fallecen al año, bajo esta condición, lo hacen en los países subdesarrollados (Vargas, 2000: 2). En razón del proceso de gestación, el parto y el puerperio; “... muere cada minuto más de una mujer debido a estas (sic) causas y menos del uno por ciento de estas (sic) muertes ocurren en los países desarrollados; esto demuestra que sería evitable con disponibilidad de recursos y servicios disponibles” (Vargas, 2000: 1).

El riesgo de morir por causas relacionadas con la gestación y el nacimiento, es de 1:57 en los países subdesarrollados, comparado con el de 1:1825 en los países desarrollados (Vargas, 2000: 14); y esta inequidad generalizada entre las regiones y los países, se reproduce también en el interior de las naciones, lo que acrecienta los indicadores de inequidad para zonas alejadas, tal es el caso de Costa Rica, en donde las muertes maternas no se distribuyen homogéneamente entre las diferentes regiones y localidades del país.

- Fundamentación del problema:

En el contexto de los países subdesarrollados, Costa Rica es uno de los que tienen los mejores indicadores de salud y cuenta con servicios adecuados para la atención prenatal y el parto, sin embargo, no se ha producido un progreso consistente en el tema de salud materna en los últimos años. Según datos de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna, el Ministerio de Salud (MINSALUD) y el INEC, en el 2005, la tasa nacional de mortalidad materna fue de 4,05 por 10.000 mujeres, lo que muestra un claro aumento de este indicador, ya que en el año 1995 esta fue de 2,02/10.000, de 2,34/10.000 en 1998, de 3,58/10.000 en el 2000 (MINSALUD y CCSS, 2005: 9), de 3,8/10.000 en el 2002 y de 3,6/10.000 en el 2004 (INEC, 2005). Los datos son más graves considerando que el 85% de las muertes de madres son prevenibles (MINSALUD-, 2005: 24).

Aunque no ha existido un progreso consistente, se considera que el nivel de captación de las mujeres durante el primer trimestre de gestación y el parto, con el porcentaje de embarazadas cuya atención prenatal fue completa, son datos que muestran una evolución positiva, aunque las cifras no reflejen la calidad del procedimiento de cómo fueron atendidos los partos, ni la atención recibida por las mujeres durante el embarazo (Consejo Social de Gobierno, 2005: 61).

En el caso del porcentaje de partos hospitalarios, este ha sido consistentemente alto y con una tendencia sostenida a lo largo del tiempo. En 1991, primer dato sostenible, 92,5% de los partos fueron atendidos en hospitales y en el 2003, 99,4% (Consejo Social de Gobierno, 2005: 59).

Igualmente observamos un aumento continuo en el nivel de captación de mujeres durante el embarazo. “La captación de mujeres durante el primer trimestre de gestación ha mejorado en forma constante a partir de 1992, que era de 28,5%, hasta el 2003, que presenta un valor de 52%. Además, según la norma nacional, deben darse al menos cinco controles prenatales y, aunque en 1992 este indicador era apenas 29,1%, ha aumentado en los últimos años hasta llegar a 52% en el 2002, esto representa un incremento del 23% o de 3,8 puntos como promedio anual (Consejo Social de Gobierno, 2005: 60).

El aumento en la captación de mujeres embarazadas y el cumplimiento de controles prenatales, así como de los partos hospitalarios, puede explicarse por la extensión de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y la universalización de la cobertura del seguro de enfermedad, no obstante, se considera que el no recibir una adecuada y oportuna atención médica es el principal factor causante de las muertes maternas (Carranza y Gei, 2002: 1), por lo que puede decirse que los servicios de salud del país están contribuyendo de manera sustancial a la ocurrencia de muertes maternas, debido a la mala atención en el embarazo, el parto, el puerperio y la falta de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

De esta manera, pueden entenderse las siguientes causas de muerte materna:

- El traslado no oportuno: el 60% de los fallecimientos se producen en los hospitales nacionales, referidos de los hospitales periféricos y regionales.
- La no aplicación de normas de atención en el periodo prenatal relacionada con la valoración del riesgo del embarazo.
- La captación tardía.

- La no asistencia al control prenatal.
- La no atención prioritaria de la embarazada en el servicio de emergencias de los hospitales.
- La no clasificación del riesgo y la atención oportuna de los casos en la atención del parto y postparto inmediato (Véase: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, 2002).

Asimismo, las causas de muerte se concentran en el tercer período del embarazo y el puerperio (61% de las muertes); destacan en tales períodos los problemas hemorrágicos e hipertensivos, los que podrían ser abordados con oportunidad y precisión en la consulta ambulatoria, con integración de la comunidad y haciendo práctica la filosofía de la reforma del sector salud, en cuanto a la prevención y la promoción de la salud (Vargas, 2000: 34).

La tasa de muertes maternas es distinta para las diferentes regiones del país y en algunas zonas la situación es más grave, como es el caso de la provincia de Limón que presentamos a continuación.

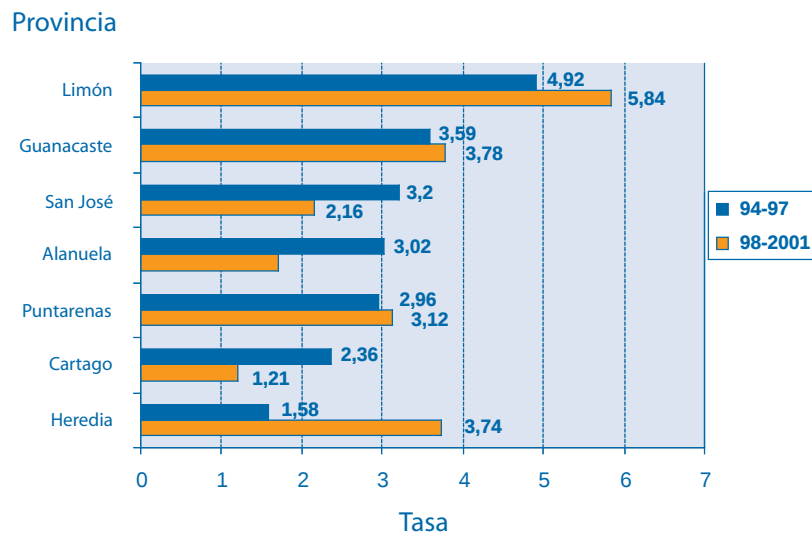
Situación de las muertes maternas por provincia y por cantones:

Cuando se realiza la agrupación de la mortalidad materna por cantón de residencia y por cuatrienios, la provincia de Limón, seguida de Guanacaste, presenta cifras superiores a la tasa nacional, también se nota que Heredia y Puntarenas tienen un aumento en el cuatrienio 98-01 (“Boletín”,; <http://www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/boletin/a2002/s37boletin.htm>).

En el cuatrienio 1994-1997, de los 84 casos de mujeres que aparecen registradas como fallecidas en los hospitales de la CCSS, solamente 9 de ellas cumplieron con la norma del número de consultas

GRÁFICO

Mortalidad materna según provincias
Costa Rica cuatrienio 94-97 y 98-2001
(Tasa por 10.000 nacimientos)



*Fuente: INEC-Unidad Estadística del MINSALUD, en:
<http://www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/boletin/a2002/s37boletin.htm>*

prenatales, según las semanas de gestación. De las que no fueron atendidas en un hospital, el 10,1% fallecieron en el hogar o en el momento del traslado al hospital (2000: xviii).

Los principales problemas de atención prenatal, parto y puerperio, se mantienen en las regiones Atlántica, Pacífico Central y Chorotega. En esa área de Costa Rica es donde se presentan las mayores inequidades; no es casual que, en las tres regiones mencionadas, la muerte materna también se concentre en personas con pocos recursos educacionales, económicos y de accesibilidad a servicios de salud (Vargas, 2000: 19).

En el caso de la Región Huetar Atlántica la situación es más grave. Si analizamos algunos datos poblacionales, en el 2004 la región representa el 9,34% de la población nacional. En ese mismo año la tasa de natalidad nacional es de 17,17; sin embargo, esta presenta una tasa de

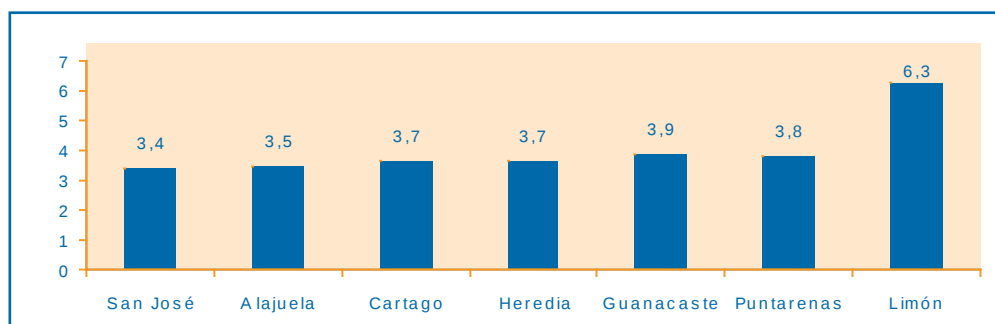
20,5 por mil habitantes, que representa la tasa de natalidad más alta después de la Región Huetar Norte (20,55) (CCSS, 2004, en: www.info.ccss.sa.cr), respecto del promedio nacional.

La población de la Región es cubierta por 103 EBAIS, esto es 11,53% de un total de 893 EBAIS en el nivel nacional. Por otro lado, los habitantes por EBAIS, en nivel nacional, son 4.705 en promedio, sin embargo, para el caso de la Región Huetar Atlántica, son 30.403 habitantes promedio por EBAIS (Véase: CCSS - SICA, 2004).

Ahora bien, si consideramos las muertes maternas, los datos muestran que en el trienio 2001-2003, la tasa de mortalidad materna más alta corresponde a la provincia de Limón: 6,3 por cada 10.000 nacidos vivos. Las demás provincias muestran tasas muy similares y la menor corresponde a San José: 3,4 (Consejo Social de Gobierno, 2005: 57).

GRÁFICO 2

Tasa de mortalidad materna según provincia de residencia
Trienio 2001-2003



Fuente: MINSALUD, Dirección de Servicios de Salud, en: Consejo Social de Gobierno, 2005, p.57.

Entre el 2001 y el 2003, el 41,6% del total de madres que dieron a luz, residían en San José, las muertes de madres residentes en ella representaron 37,2% del total. En cambio, en Limón residían

9,2% de las madres, pero las muertes de madres residentes representaron 15,4% del total (Consejo Social de Gobierno, 2005: 57).

Gráfico 3

Total de madres que dieron a luz
Trienio 2001-2003

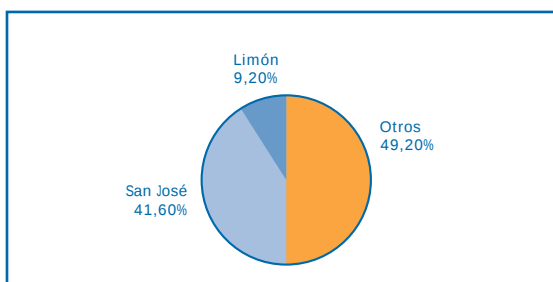
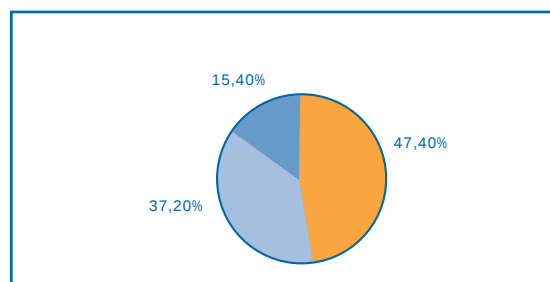


Gráfico 4

Total de muertes de madres



Fuente: Realización propia a partir de datos del Consejo Social de Gobierno, 2005, p. 57.

En las provincias que presentan mayores tasas de muerte materna, como en la provincia de Limón, se ubican los casos de residencias más alejados de los centros médicos, con poca accesibilidad a los centros de salud, porque allí están los cantones de mayor deterioro en el nivel socioeconómico.

Esto muestra la disparidad en el acceso geográfico a los servicios de salud, por ejemplo, en 1996 “el 65% de las mujeres fallecidas residían fuera de la GAM, y consultaron a los servicios de emergencias de hospitales periféricos o regionales para la atención del parto o de complicación obstétrica

que presentaban” (Carranza y Gei, 2002: 84). Sin embargo, el incremento en el riesgo de muerte para las mujeres residentes fuera de la GAM no pareciera derivar de dificultades en el acceso geográfico a los establecimientos de salud, sino más bien, de la calidad de la atención que le es ofrecida en las instituciones a las que acuden.

Por otro lado, los cantones que presentan mayor Índice de Rezago Social (Talamanca, Upala, Los Chiles, La Cruz, Sarapiquí, Guatuso, Golfito, Buenos Aires, etc.) son los que muestran las tasas mayores de mortalidad infantil (MINSALUD, 2002A: 44 y 50), cuyas causas se relacionan directamente con las de las muertes maternas. Los cantones con mayor desarrollo social se encuentran ubicados en la zona central del país, alrededor de San José (MINSALUD, 2002B: 10).

Esta situación puede explicarse por la concentración de factores de riesgo en poblaciones de mujeres de zonas desfavorecidas. Entre los factores de riesgo que ponen en peligro la vida de estas mujeres, en la etapa reproductiva y ante un embarazo, podemos mencionar la mala nutrición, analfabetismo o baja escolaridad, poca accesibilidad al agua potable, ausencia de programas de salud direccionados a las que más los necesitan, mujeres con enfermedades crónicas previas al embarazo, poco acceso a los métodos contraceptivos, edad menor de 17 años y mayor de 35 años, con 4 o más partos, con menos de 18 meses de intervalo intergenésico, con exceso de peso y bajos niveles de hemoglobina con histórica dificultad para la labor de parto (Vargas, 2000: 20). Estos factores y sus causas, se analizarán a continuación, lo importante es comprender que el grado de riesgo de toda mujer se ve enormemente afectado por sus circunstancias socioeconómicas, su estado general de salud y sus posibilidades de acceso a una atención de salud profesional de buena calidad.

● Relaciones causa-efecto:

En el Primer Informe de Costa Rica sobre el avance del país en el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, el Objetivo 6 plantea la reducción cuantitativa de la mortalidad materna (reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y el 2015, la tasa de mortalidad materna), sin embargo como en Costa Rica la tasa de mortalidad materna es relativamente baja, se decidió replantear las metas del país en este campo, de la siguiente manera:

- Que para el año 2015, el valor máximo de la tasa de mortalidad materna, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales, sea de dos por diez mil nacidos vivos.
- Que para el año 2015, el 97% de los partos sean hospitalarios; se logre captar a un 75% de las mujeres durante el primer trimestre de gestación y que el porcentaje de embarazadas con atención prenatal completa sea de 75% (Consejo Social de Gobierno, 2004: 56).

Para lograr estas metas deben analizarse las causas que provocan muertes maternas. El hecho de que las mujeres no acudan a centros de salud para control prenatal y posparto, la falta de conciencia y conocimiento de las usuarias sobre el control prenatal y posparto y su importancia, se explica por varias razones, que se plantearán a continuación.

Pobreza y deterioro de las condiciones de vida

La situación de salud de una población se articula con las condiciones de vida y con los procesos que las reproducen o transforman. Ciertamente, la esfera de las condiciones de vida es donde convergen todos los factores que pueden incidir en

forma positiva o negativa en el desenlace final de un embarazo (Marín y Sánchez, 2001: 11 y 18).

A partir de esto puede decirse que las condiciones de pobreza y precariedad sinergizan los problemas y en consecuencia los riesgos de muerte (Vargas, 2000: 85). Si se observa el promedio nacional de hogares con jefatura femenina, este sigue mostrando la mayor incidencia de pobreza. “En particular, la pobreza es mayor en los hogares jefeados por mujeres más jóvenes (menores de 35 años), en los cuales resulta más probable la presencia de niñas y niños que crecen en medio de carencias” (Estado de la Nación, 2005: 66).

La pobreza es un factor de que las mujeres residan en zonas deprimidas y alejadas, lo que imposibilita el control sobre el embarazo debido a las dificultades del traslado a los centros de salud. Por esta razón, la evitabilidad de la muerte materna, no sólo es responsabilidad de un centro, sino de la red de servicios, particularmente de aquellas personas que viven en lugares alejados. Esto sin considerar el caso de las mujeres no aseguradas, las cuales no tienen acceso a los servicios de salud, como es el caso de las mujeres migrantes nicaragüenses en condición de pobreza.

Según el estudio de Carranza y Gei, el análisis de la asistencia a control prenatal de acuerdo con quintiles de ingreso en 1996, permitió establecer que las mujeres que no asistieron a control prenatal pertenecían, casi en su totalidad (tres de cuatro), a los quintiles de ingreso más bajos de la población (Carranza y Gei, 2002: 68).

En ese año, con respecto de la calidad de la atención de la complicación causada por el fallecimiento, las deficiencias parecen encontrarse polarizadas entre aquellas mujeres de más bajos ingresos (I y II quintiles) donde se ubican el 64,3% de los casos, y las mujeres de mayores ingresos, donde se presentan el 35,7% de los

mismos. Las deficiencias que se presentan entre aquellas mujeres pertenecientes a los quintiles de ingreso más bajos de la población, se relacionan con la falta de diagnóstico oportuno de las complicaciones (Carranza y Gei, 2002: 69-70).

“En lo que al nivel de ingreso familiar promedio respecta, cabe decir, que en su mayoría, las muertes maternas ocurridas y registradas en el transcurso de 1996 se concentraron entre las mujeres más pobres. Es así como, el 45% de las muertes maternas ocurridas y registradas en el año en estudio ocurre al 20% de las familias que percibían los ingresos más bajos del país. Un menor porcentaje de acceso a educación posterior a la escuela primaria entre las mujeres fallecidas, así como también, una más baja disponibilidad de electricidad, cloaca, agua potable y teléfono en sus viviendas; comparadas con la generalidad de las mujeres en edad reproductiva del país, parecen confirmar su condición de pobreza” (Carranza y Gei, 2002: 84).

Además, las mujeres en condiciones de marginalidad, ubicadas en los cinturones de miseria, tienen problemas de acceso a los servicios de salud y a otros servicios públicos, como de agua, luz eléctrica, vivienda, exposición a la violencia y la promiscuidad. Todas estas condiciones son agravadas cuando se establece que el 40,8% de los hijos nacen fuera del matrimonio, de mujeres solteras, con baja educación y nivel de ingreso ínfimo (Vargas, 2000: 19).

Dificultades para acceder a servicios de salud:

Los requisitos de las mujeres para tener acceso a los servicios de salud son: a) cédula de identidad (o documento de similar rango en el caso de las mujeres migrantes) b) tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal. c) carné de asegurado.

Sin embargo, muchas mujeres no tienen acceso al Seguro Social, lo que limita su acceso a dichos servicios.

En caso de que la necesidad de atención médica sea urgente, esta se brindará de forma inmediata pero oportunamente deberá procederse a las verificaciones respectivas y al cobro cuando corresponda¹. El Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS, establece que esta situación se presenta también para las personas aseguradas que no presenten sus documentos: “Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes” (CCSS, 2006: 32). Además, establece que: “los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda” (CCSS, 2006: 32).

Los datos respecto del seguro de salud, muestran claras desventajas para las mujeres. La cobertura es mayor para las mujeres que para los hombres ya que pueden usar el aseguramiento indirecto. Un 23% de los hombres de 12 años o más no tiene seguro de salud, frente a un 16% de las mujeres. Pero cerca de la mitad de las mujeres (49%) de 12 años o más, aparece como asegurada familiar, mientras que para los hombres ese porcentaje es del 18%, lo que muestra que el aseguramiento familiar es la principal forma de acceso de las mujeres al seguro de salud. Esto tiene que ver con el hecho de que las mujeres se mantienen en condición de personas no remuneradas (70% de las mujeres de 12 años o más). Sin embargo, las mayores diferencias se observan

a partir del aseguramiento familiar, el cual se produce aún cuando la mujer desarrolla actividades remuneradas. Un 15% de las mujeres asalariadas y un 48% de las que trabajan por su cuenta, tienen este tipo de seguro (MINSALUD, 2005: 18).

La importancia del acceso a la seguridad social, tiene que ver con el aumento o la disminución de probabilidades de mortalidad materna. En una investigación realizada sobre el tema, Vargas concluye que “las mujeres no aseguradas o sin medios para pagar directamente su atención en el parto, tuvieron 2,01 veces más probabilidades de morir que aquellas que si eran aseguradas o que pudieron pagar el servicio de atención al parto...” (Vargas, 2000: 72).

A la inequidad respecto del acceso al seguro de salud, se suma la creciente brecha de ingresos entre hombres y mujeres. Así lo revela el resultado de un estudio que viene realizando el INEC entre el 2004 y el 2005, con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos de Gastos. Este estudio señala que entre 1988 y el 2004, la diferencia de ingresos entre hombres y mujeres pasó de 33% a 55%, lo que significa que la brecha es un 79% desfavorable para las mujeres. La brecha aumentó prácticamente para todas las categorías en las cuales se comparan el ingreso de hombres y mujeres con similares niveles de estudio y con una experiencia laboral parecida (La Nación, 18/05/2006: 18A). Esta situación repercute directamente en el acceso a seguridad social, o a servicios de atención de calidad.

Por otro lado, la baja cobertura del seguro de salud en los trabajadores por cuenta propia y subcontratados, es mayor entre las mujeres; esto se explica por el crecimiento del sector informal (un 30% entre 1997 y 2004), que es donde trabajan la mayoría de las mujeres (La Nación, 27/06/2006:

¹ La principal diferencia entre los asegurados y los no asegurados radica en la prestación económica que perciben los primeros (o sea, el pago de la incapacidad por parte de la institución aseguradora). En lo referente del pago por los servicios médicos recibidos de los no asegurados, es importante destacar que primero reciben el servicio y luego se determina la forma en que hará frente a la deuda (Véase OIM, 2001: 34).

20A). En el 2004, solo un 10% de las trabajadoras por cuenta propia contaba con seguro de salud, mientras que para los trabajadores la proporción era de un 29,6% (Estado de la Nación, 2005: 69). Además, entre el 2001 y el 2005, el desempleo entre las mujeres aumentó en un 8%, mientras que el desempleo masculino más bien se redujo en un 4% (La Nación, 27/06/2006: 20A).

Bajos niveles educativos:

En términos generales, la mortalidad materna afecta a las mujeres más pobres, con bajo nivel de instrucción formal y las residentes en zonas rurales, por esta razón los bajos niveles educativos son un factor que incide en las causas de muertes maternas.

La educación y el analfabetismo influyen en la mortalidad materna, ya que una mujer no educada tenderá a aceptar explicaciones irracionales e interferencias peligrosas que pueden provocar complicaciones en el embarazo y en el parto. Una mujer sin educación está menos dispuesta a solicitar atención de salud profesional que su congénere instruida, ya sea porque no es plenamente consciente de lo que puede ofrecerle o por temor y desconfianza (Royston y Armstrong, 1991: 60-61). Este temor y desconfianza de las mujeres se explican en parte por la organización de los servicios de salud, la cual parece caracterizarse por la falta de sensibilidad a las necesidades de atención según las particularidades de las usuarias.

“El comportamiento reproductivo, señala que a mayor educación de la mujer, la misma se une más tardíamente y planifican la reproducción de manera que tienen menos hijos y normalmente los mismos son [planeados]... Las mujeres que inician

la unión antes de los 15 años, tienen en promedio 3,86 hijos, de manera que la ironía es que, a mayor nivel, menor cantidad de hijos. Las mujeres de menor nivel económico al terminar su período reproductivo, tuvieron 5,19 hijos, 2 o más que las de nivel socio-económico más alto. Lo anterior eleva el riesgo de enfermedad y muerte en las mujeres de bajo nivel” (Vargas, 2000: 22).

En su investigación, Vargas señala que las mujeres que tenían 5 o más embarazos tuvieron 2,85 veces más probabilidades de fallecer que aquellas que tuvieron de 1 a 4 embarazos (Vargas, 2000: 72).

“La educación insuficiente deja a menudo a las mujeres con escasa o ninguna comprensión de los riesgos del parto y otras cuestiones de salud, inclusive cómo orientarse dentro del sistema de salud o cómo negociar con la familia una oportuna atención médica que puede salvar la vida. Puede tener importancia crítica que las mujeres estén informadas acerca de su derecho a recibir atención gratuita (allí donde esta existe)” (UNFPA, 2005).

Violencia intrafamiliar

Las principales causas de muertes maternas son las complicaciones del parto, las hemorragias posparto, los síndromes hipertensivos del embarazo, los abortos y las complicaciones del puerperio (Consejo Social de Gobierno, 2005: 57). Sin embargo, muchas de estas muertes están relacionadas a casos de violencia intrafamiliar, por esta razón es difícil reducir las muertes maternas sin abordar la violencia intrafamiliar contra las mujeres².

² Algunas encuestas de demografía y salud indican que una proporción significativa de mujeres señala haber sufrido violencia por parte de la pareja durante el embarazo. En el 2003 se estimó que entre un 4% y un 29% de las mujeres de países en vías de desarrollo viven violencia doméstica durante el embarazo (Véase OPS, 2005: 1).

La mortalidad materna por violencia intrafamiliar puede darse mediante diferentes mecanismos: traumas directos mortales, traumas abdominales que producen complicaciones obstétricas que a su vez pueden volverse letales, el estrés psicológico y acciones controladoras del hombre sobre la mujer.

En cuanto a los traumas directos mortales, las embarazadas o púerperas pueden morir debido a las complicaciones obstétricas generadas por el trauma abdominal; por ejemplo, hemorragias y *abruptio placentae* (desprendimiento de la placenta), cualquiera de las cuales puede a su vez puede causar la muerte al feto y a la mujer (OPS, 2005: 1).

Por otro lado, un ambiente de estrés y de temor también puede conducir a resultados obstétricos adversos mediante respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés mismo (por ejemplo, respuesta hormonal), mediante la adopción de ciertos comportamientos peligrosos por parte de las mujeres o por el control del comportamiento de la mujer por parte del autor de la violencia. Cuando la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y desplazarse está comprometida (por ejemplo, por estar sometidas a encierros bajo llaves, prohibiciones de salir, restricciones económicas), ellas no podrán buscar ayuda fácilmente para resolver complicaciones obstétricas que surjan (OPS, 2005: 2).

La violencia contra las mujeres representa una causa importante de morbilidad entre las mujeres de edad productiva, por lo que está íntimamente relacionada con el deterioro de la salud de estas. Las mujeres que han sufrido maltrato por parte de sus parejas tienen mayor número de partos no deseados y partos de niños muertos. Además, tienen mayores probabilidades

de tener infecciones de transmisión sexual, así como menos probabilidades de recibir atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Asimismo, hay mayor probabilidad de que los hijos de dichas mujeres mueran antes de cumplir los 5 años de edad (Lasasz, 2004). En general, los efectos en la salud física y mental³ y en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, son devastadores, sin mencionar los trastornos crónicos y los riesgos de muerte por homicidio, mortalidad materna, efectos relacionados con el SIDA y otras conductas suicidas que son efectos de esta situación de violencia.

La violencia física y sexual aumenta el riesgo de que las mujeres sufran muchos problemas de salud reproductiva, como dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, embarazos malogrados por abortos e hijos con bajo peso al nacer, lo que incide directamente en mayores probabilidades de mortalidad materna.

Aunado a esta situación, el temor, el aislamiento geográfico y la falta de recursos económicos pueden impedir que las mujeres busquen servicios de salud reproductiva —atención prenatal, servicios ginecológicos y anticonceptivos, detección y atención de ITS/VIH— y atención adecuada para sus hijos. El hecho de haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia, también se ha asociado con comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: la iniciación sexual temprana, el embarazo en las adolescentes, las parejas múltiples, el abuso de sustancias psicotrópicas, el comercio sexual y la falta del uso de condones u otros métodos anticonceptivos.

³ Además de las heridas, fracturas, abortos, etc., producto de las agresiones, las mujeres víctimas de violencia pueden padecer estrés crónico y, como consecuencia, enfermedades tales como hipertensión, diabetes y asma, dolores de cabeza en forma crónica, trastornos sexuales, depresiones, fobias y miedos.

En síntesis, puede decirse que existe una asociación positiva entre la violencia y los resultados adversos en el embarazo tales como abortos inducidos y espontáneos. Los factores causales se relacionan con niveles inferiores en el incremento de peso de las mujeres sobrevivientes de violencia, tasas mayores de infección por ITS y mayor retraso en acceso a atención prenatal (OPS, 2003: 2). Además, las mujeres de países en desarrollo pueden tener un mayor riesgo de muerte materna por violencia intrafamiliar:

“Las muertes maternas por violencia intrafamiliar ocurren tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. No obstante, debido a factores como: menos opciones para prevenir y lidiar con embarazos no deseados, menos protección legal y policial, y frecuentemente con un mayor grado de subordinación a los hombres, se puede sugerir que las mujeres de los países en vías de desarrollo probablemente tengan un riesgo mayor de muerte materna por violencia intrafamiliar que las mujeres de los países desarrollados” (OPS, 2005: 2).

Por último, la violencia de género está relacionada con la falta de control de las mujeres sobre su propio cuerpo y el abuso sexual, que muchas veces afecta a niñas y mujeres adolescentes.

En el país, el riesgo de embarazo de las adolescentes bajó en los últimos diez años, este descenso es mucho menor que en otros grupos de edad. La tasa de fecundidad para las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años apenas bajó de 93 nacimientos por 1000 mujeres en 1990 a 86 por 1000 en el año 2000 (UNFPA, 2002: 6). Además, el alto porcentaje de embarazo no deseado es un problema, especialmente en el caso de las mujeres adolescentes. El porcentaje de mujeres fértiles en unión que no deseaba su último embarazo fue de 52,4% en 1999. El porcentaje de nacimientos no

deseados en Costa Rica no muestra cambios si se comparan los datos de 1992 (42,3%) y 1999 (41,4%), esto es alrededor del 42% (UNFPA, 2002: 8). La maternidad a temprana edad y el mayor número de embarazos, aumentan las posibilidades de embarazos de alto riesgo, por lo que incrementan las probabilidades de muerte materna, aunado a las condiciones de pobreza, el limitado aseguramiento social y la falta de acceso a servicios de salud de calidad.

Incumplimiento de normas y protocolos de atención vigentes a mujeres embarazadas y en puerperio:

En muchos casos el personal de salud no está debidamente capacitado, por lo que infunde temor y brindan un mal trato a las personas en el momento de la atención. Esto explica, en parte, el incumplimiento de normas y protocolos de atención vigentes a mujeres embarazadas y en puerperio. Otro problema que afecta la calidad de la atención que se presta, en el nivel local, es la falta de equipo y recursos tecnológicos y humanos necesarios. Se considera que el no recibir una adecuada y oportuna atención médica es el principal factor causante de las muertes maternas. El no diagnóstico oportuno de las complicaciones, el no establecimiento del tratamiento apropiado, la falta de celeridad en la aplicación del tratamiento, la falta de equipo necesario, la no realización de traslados en el momento oportuno, el no dar crédito a las recomendaciones establecidas en el control prenatal, las deficiencias en la atención médica de las complicaciones obstétricas (Carranza y Gei, 2002: 86) y la falta de cumplimiento de normas de calidad en la atención del parto, son algunos de los factores que podemos mencionar.

En su estudio, Carranza y Gei señalan que las demoras en la institución del tratamiento

apropiado una vez que la mujer ha acudido a los servicios de salud, constituyen el determinante de las muertes maternas registradas en 1996; igualmente la no realización de traslados en el momento oportuno es un factor importante (2002: 3 y 64). Estos son factores que señalan que los servicios de salud del país están contribuyendo de manera sustancial a la ocurrencia de muertes maternas, por tanto, la mortalidad materna es generalmente fruto de una cadena de omisiones por parte de los servicios de salud. En este sentido, la muerte materna probablemente representa la punta del iceberg, de la mala atención en el embarazo, el parto y el puerperio (2002: 87).

La maternidad segura es una inversión vital, social y económica, es un asunto de derechos humanos y de justicia social para la madre, su familia y particularmente para sus hijos que requieren de su presencia para tener una calidad de vida idónea, aún en condiciones de pobreza. En su estudio, Vargas señala que:

“Los especialistas epidemiológicos, médicos y salubristas públicos, entre otros, afirman que la muerte materna es evitable y que los factores de riesgo relevantes están en una deficiente inversión en el ambiente, la organización de los servicios de salud, la accesibilidad de los mismos, los partos biológicos mal atendidos y los de estilo de vida y que todos ellos están en relación con la pobreza de los países, en donde en razón de la inequidad y las desigualdades, las personas con menos posibilidades son las que sufren mayormente la enfermedad o la muerte, en vista de que las tareas de la salud pública, tales como la promoción de la salud

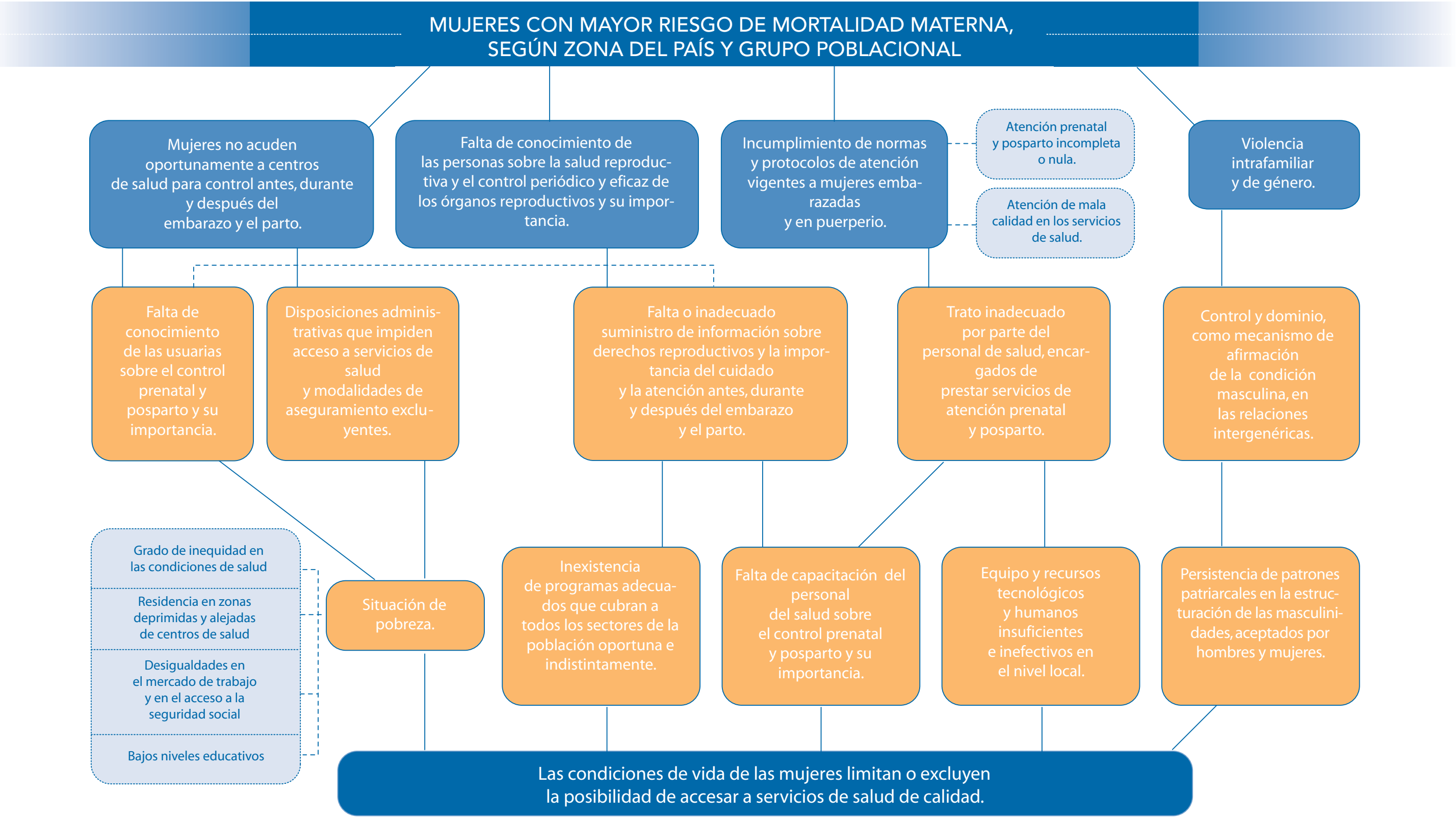
y la prevención de la enfermedad, el control del ambiente, los exámenes de detección masiva, la atención médica, entre otras, se postergan y en la mayoría de los países pobres no se convierten en prioridad de los gobiernos (Vargas, 2000: 13).

En el sector salud de Costa Rica, podemos decir que no existe una política en materia de salud materna y derechos sexuales y reproductivos, que garantice igualdad de condiciones en el acceso a servicios de salud de calidad; es decir, no existe una política que considere el deterioro de las condiciones de vida de grupos poblacionales de algunas zonas empobrecidas.

“La organización de los servicios de salud, como ente protector de las personas, se contrapone a los intereses de los individuos, cuando no son accesibles, cuando no poseen claridad en su organización preventiva, curativa y de recuperación, cuando no brindan calidad y cantidad necesaria de servicios para proteger a las personas con equidad e igualdad ante los riesgos de enfermar y mantener la salud” (Vargas, 2000: 9).

En Costa Rica, el Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres ha expresado “su preocupación ante la limitada divulgación de los derechos de atención de la salud integral de las mujeres y la inexistencia de un programa nacional de información, educación sexual y planificación familiar, que permita la concientización de las mujeres sobre sus derechos y responsabilidades en el proceso reproductivo” (Estado de la Nación, 2005: 69).

1.1.2 Árbol de problemas:





1.1.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.1.3.1. Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Hombres</i>	Apoyar material y emocionalmente a las mujeres antes, durante y después del embarazo y el parto; cumplir su deber de acompañamiento y su función solidaria y corresponsable durante todo este proceso.	Falta de conocimiento y sensibilidad sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los riesgos del embarazo, así como sobre su responsabilidad en la vida familiar y en su conducta sexual.
	Velar por los derechos de las mujeres a atención médica profesional y servicios de salud de calidad, antes, durante y después del embarazo y el parto; denunciar cualquier indicio que impida el cumplimiento satisfactorio de sus derechos.	Falta de conocimiento sobre la importancia, la necesidad y el derecho de las mujeres de acceder y recibir atención y servicios de salud de calidad.
<i>CCSS</i>	Garantizar el acceso a información completa y oportuna; acceso oportuno a los servicios de salud reproductiva a las mujeres durante todas las etapas de su vida, así como atención integral, segura y oportuna, con criterios de equidad, calidad y calidez, a todas las mujeres que lo requieran sin distinción, antes, durante y después del embarazo y el parto.	Falta de una revisión así como una toma racional de decisiones respecto de las disposiciones administrativas que dificultan el acceso a los servicios de salud y al aseguramiento social a todas las mujeres.
	Cumplir con las Normas Técnicas de Atención Materna y las normas nacionales respecto de efectuar un control prenatal eficiente, sin distinción, así como detectar y dar seguimiento a las complicaciones obstétricas y los embarazos de alto riesgo.	Falta de una asignación racional de recursos económicos, materiales, tecnológicos y humanos, suficientes y efectivos, en especial en el nivel local.
	Contribuir con el traslado oportuno y seguro de las mujeres embarazadas y en puerperio a los centros de salud en el caso de complicaciones o para que estas sean evitadas, por medio de redes en las comunidades.	Falta de la capacidad de coordinación que haga posible redes con los servicios de salud que involucren a las comunidades, para el desarrollo de una maternidad saludable y segura.

MINSALUD	Garantizar una red de servicios eficiente en todo el país y asegurar que los servicios necesarios existan y sean de calidad, oportunos, seguros y accesibles en costo, tiempo, cultura, sin diferencias de género, grupo social, edad o etnia.	Falta de una asignación más consistente de recursos económicos, materiales y humanos.
	Desarrollar la capacidad técnica para garantizar que todo el personal de salud, especialmente el ubicado en zonas de mayor riesgo por mortalidad materna, tenga los conocimientos, aptitudes y los equipos necesarios, para la atención integral de la salud reproductiva, incluyendo en ella la consejería y el mejoramiento de la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y en puerperio.	
	Garantizar el cumplimiento de las Normas Técnicas de Atención Materna y las normas nacionales, para efectuar un control prenatal eficiente y una intervención integral, segura y oportuna de la mujer sin distinción, antes, durante y después del embarazo y el parto.	Faltan mecanismos de supervisión del personal de la salud y de control y monitoreo que garanticen el cumplimiento de las Normas Técnicas de Atención Materna y las normas nacionales respecto de efectuar un control prenatal eficiente en los centros de salud y satisfactorio
	Promover que las mujeres, grupos organizados de la comunidad, instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud, sean actores en los procesos de aseguramiento del acceso y la calidad de la atención que reciben.	Falta capacidad de coordinación y de fortalecimiento de los vínculos para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, con el sistema de atención de salud.

1.1.3.2. Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Mujeres</i>	Acceso oportuno a los servicios de salud sexual y reproductiva y atención médica profesional, integral, segura y oportuna de su salud durante todas las etapas de su vida, así como atención con criterios de equidad, calidad y calidez; antes, durante y después del embarazo y el parto.	- Falta de conocimiento sobre lo que pueden ofrecer los servicios de salud y sobre sus derechos respecto del acceso a servicios de salud de calidad. - Falta de medios e instrumentos para acceder los servicios de salud y para exigir atención de calidad en procura de una maternidad saludable y segura, así como para denunciar cualquier indicio que impida el cumplimiento satisfactorio de sus derechos.
	Un parto limpio y seguro; cuidados obstétricos esenciales que requieren los embarazos de alto riesgo y complicaciones, disponibles para todas las que los necesiten.	
<i>Familia</i>	Contar con la presencia saludable de la madre para tener una calidad de vida idónea, aún en condiciones de pobreza.	- Falta de conocimiento de las personas sobre la importancia, la necesidad y el derecho de las mujeres de acceder y recibir atención y servicios de salud de calidad. - Falta de medios e instrumentos para exigir atención de calidad en procura de una maternidad saludable y segura, así como para denunciar cualquier indicio que impida el cumplimiento satisfactorio de los derechos de las mujeres embarazadas y en puerperio.



1.1.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional, en términos de mejorar la salud materna, se propone en los próximos cuatro años:

- Fomentar el interés de las mujeres en temas de salud, contribuyendo con la divulgación pública de información completa, precisa y oportuna acerca de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los cuidados antes, durante y después del embarazo y el parto.
- Contribuir con la divulgación de los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres, en especial antes, durante y después del embarazo y el parto, así como con la divulgación de los medios para exigirlos y denunciar su no cumplimiento.
- Apoyar y propiciar la creación de iniciativas que posibiliten la coordinación de redes con los servicios de salud, que involucren a las comunidades y a otros actores sociales, en especial en zonas de mayor riesgo por mortalidad materna, en procura de una maternidad saludable y segura.
- Promover la realización de procesos de comunicación y movilización comunitaria a partir de la red de servicios nacional, para asegurar un mayor acceso de mujeres de zonas alejadas a atención médica profesional y control prenatal y postparto, así como para transmitir mensajes sobre salud reproductiva a las personas en lugares remotos y fomentar el uso de los centros de salud para emergencias obstétricas.
- Apoyar acciones enfocadas en el fortalecimiento del primer nivel de atención, en cuanto a la salud preventiva y la diversidad de las pacientes (como por ejemplo migrantes e indígenas), procurando su captación en el primer trimestre de embarazo.
- Apoyar acciones enfocadas en la prevención del embarazo no planeado, especialmente en mujeres adolescentes, por medio de la educación sexual (formal e informal) y el acceso a métodos anticonceptivos, de acuerdo con la diversidad de las mujeres.
- Apoyar y propiciar iniciativas de revisión en relación con las disposiciones administrativas para acceder a los servicios de salud y al aseguramiento social de las personas y en especial de las mujeres.
- Apoyar y propiciar la creación de mecanismos de control, supervisión y monitoreo del personal de la salud, que garanticen el cumplimiento de las Normas Técnicas de Atención Materna y las normas nacionales respecto de un control prenatal eficiente y satisfactorio en los centros de salud, así como con la creación y la incorporación de indicadores de calidad de la atención, que hagan evidente el cumplimiento de la normativa vigente, que aseguren la calidad de las intervenciones a las mujeres embarazadas y en puerperio.
- Contribuir con acciones enfocadas a ampliar el análisis y la evaluación de las acciones del personal de la salud, bajo un marco de calidad, para incorporar medidas correctivas en su desempeño y procurar

una mejor calidad de la atención a las usuarias de los servicios de salud.

- Contribuir con estrategias y planes de formación y capacitación del personal de

la salud en cuanto al trato, la atención y el seguimiento especial que deben brindar a las mujeres embarazadas y en puerperio, especialmente en zonas alejadas y cantones socialmente rezagados.

1.1.5 Bibliografía

Bermúdez, Lega M (2002). Mortalidad fetal: percepción sobre la atención brindada al ingresar en la fase activa del parto, servicio de emergencias del Hospital de Guápiles, años de 1998-2000. Tesis para optar el grado de Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, Universidad de Costa Rica.

CCSS (2006). Reglamento del Seguro de Salud. En: <http://www.ccss.sa.cr/>

CCSS - Sistema de Información Cantonal y Áreas de Salud. “Indicadores socio-demográficos según área de salud. Costa Rica 2004”. Dirección Actuarial y de Planificación Económica Departamento de Estadística. Sistema de Indicadores Cantonales y por Áreas de Salud con base en Información suministrada por el INEC, CCP, CCSS, ICE, MEP y MS, en: <http://www.ccss.sa.cr/actuarial/estadist/cantonal/cantonal.html#6.%20Indicadores%20por%20Áreas%20de%20Salud>

Carranza, María y Alfredo Gei (2002). “Sólo Dios sabe por qué hace las cosas”. Mortalidad materna en Costa Rica. EUNED, San José, Costa Rica.

Consejo Social de Gobierno (2005). Primer Informe de Costa Rica sobre el avance del país en su cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Sistema de Naciones Unidas. Costa Rica.

La Nación. “Brecha de ingresos entre sexos creció en 16 años”. Noticias Economía. 18/05/2006. San José, Costa Rica.

_____. “Trabajadoras por cuenta propia ganan 50% menos”. Noticias Economía. 27/06/2006.

Lasasz, Robert (2004). “La violencia familiar en los países en desarrollo: Una crisis intergeneracional”. Population Referente Bureau. En: www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=11935-30k – (Consultado: noviembre 2006).

Marín, Cecilia y Sánchez, Álvaro R (2001). Estudio descriptivo sobre condiciones de vida relacionadas a la mortalidad fetal tardía. Año 1999 Región Central Este. MINSALUD. Tesis para optar el grado de Maestría en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

MINSALUD (2005). Memoria del lanzamiento de la Estrategia Nacional para una Maternidad Saludable y Segura. CCSS, UCR, OPS, Oficina Regional de la OMS. Costa Rica.

_____. “Análisis Sectorial de Salud. Sección I”, OPS/OMS, 2002A, en: <http://www.netsalud.sa.cr/seccion1.pdf> (Fecha de consulta: mayo 2006).

_____. “Indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?”, OPS/OMS, 2002B, en: http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/indicadores_salud.pdf (Fecha de consulta: mayo 2006).

MINSALUD, CCSS y OPS/OMS. “Plan estratégico para una maternidad e infancia saludables y seguras: 2005-2015”. Inédito. Costa Rica. Noviembre 2005.

OIM (2001). Estudio binacional: situación migratoria entre Costa Rica y Nicaragua. Análisis del impacto económico y social para ambos países. San José, Costa Rica.

OPS (2005). “Muertes maternas y violencia intrafamiliar contra las mujeres: repensando la salud materna en los Objetivos de Desarrollo del Milenio”. Hoja Informativa Geosalud, en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/MM-violencia-MDGs.pdf (Consultado: noviembre 2006).

Programa Estado de la Nación (2005). Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica.

Royston, Erica y Sue Armstrong (Edit.) (1991). Prevención de la mortalidad materna. OMS. Ginebra.

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. “Boletín epidemiológico”, nro. 37. Costa Rica 2002, en: <http://www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/boletin/a2002/s37boletin.htm>

UNFPA (2002). Marco Conceptual de Cooperación UNFPA. Costa Rica 2002-2006. San José, Costa Rica.

Vargas, Rafael A. (2000). Factores de riesgo asociados a la muerte materna en Costa Rica. Tesis para optar el grado de Maestría en Salud Pública, Universidad de Costa Rica.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Capítulo 4: Salud reproductiva: una medida de equidad”, Estado de la población mundial 2005, en: <http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch4/index.htm>



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.2. Embarazo no planeado

PROBLEMA:

Existencia de un alto porcentaje de embarazos no planeados (con fuerte presencia en población adolescente).



1.2.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

Previo al análisis de la situación del embarazo no planeado en Costa Rica, debe aclararse que este término tiende a asimilarse al de “embarazo no deseado”, al cuál se entiende como aquel que “no se quiere llevar a término” (Dossier, 2001). No obstante, para efectos de este análisis, se utilizará únicamente el término de embarazo no planeado, el cual Achio, Rodríguez y Vargas siguiendo a Madrigal entienden como “aquel en el cual no media una meditación detenida y se produce por accidente, sorpresa, descuido o en un momento inesperado” (2005, xxv). Méndez se refiere al término de embarazo no planeado, definiendo el concepto de fecundidad a destiempo, aquella que “puede ser no deseada en el momento del embarazo (embarazos no planeados), ya que se deseaba un espaciamiento..., (o que) puede ser no deseada del todo” (2005: 2). Como se puede observar el término de embarazo no planeado se centra en el hecho de que en un primer momento no se esperaba el embarazo, ya sea que después se desee o no llevar a término.

En este sentido, cabe destacar la importancia que tiene la variable edad y estado civil en el análisis del embarazo no planeado, ya que se

estima que una gran parte de los embarazos en mujeres adolescentes o personas solteras (ya sean hombres o mujeres) tiende a ser no planeado, sin embargo, debe dejarse claro que esto no es determinante. Ahora bien, el embarazo entre adolescentes no necesariamente debe verse como un problema, no obstante, puede valorarse como un problema si incurre, de alguna forma, en riesgos que limiten las posibilidades de desarrollo humano de las y los adolescentes⁴. Por ejemplo, podría representar un problema de salud pública al incidir en el aumento de la tasa de mortalidad materno-infantil⁵; además puede contribuir al traslado generacional de la pobreza (por limitar las condiciones socioeconómicas y educativas de las madres: al aumentar la deserción escolar, favorecer la expulsión⁶ de las madres adolescentes del sistema educativo formal y representar dificultades para el acceso a empleo); y debilitar proyectos individuales de vida de las mujeres y hombres.

Cabe mencionar que pueden desarrollarse acciones que disminuyan las posibilidades de que se dé un embarazo, esto se llama anticoncepción y existen distintos métodos anticonceptivos (MA), los cuales se clasifican en MA naturales y MA modernos. Los MA naturales incluyen la

⁴ Riesgos que pueden presentarse no solo en adolescentes.

⁵ En Costa Rica entre 1990 y 1996, la tasa de muertes de madres adolescentes fue 20.67/100000 (Carranza, María y Gei Alfredo, 2002: 12). La vulnerabilidad de las adolescentes embarazadas se encuentra en el hecho de que se les puede dificultar más su acceso a los servicios de salud y al aseguramiento social, antes, durante y después del embarazo. La dificultad en el acceso puede ser ocasionada por la inadecuada promoción de información oportuna sobre los derechos humanos (DDHH) vinculados a su salud sexual y reproductiva (SS/SR) y la importancia del cuidado y la atención antes, durante y después del embarazo y el parto, así como por el miedo de que se le estigmatice, discrimine o viole su derecho a la confidencialidad, entre otras cosas.

⁶ Si bien es cierto, la normativa jurídica del país prohíbe cualquier tipo de discriminación en contra de las mujeres por su condición de embarazo, se han denunciado casos de discriminación directa, que favorecen su retiro del sistema educativo, es decir, favorecen indirectamente su expulsión.

abstinencia periódica como el método de Billings o el ritmo, entre otros. Los MA modernos incluyen los anticonceptivos orales y de barrera (el condón es de los más usados), el DIU, los inyectables y el Norplant (Rosero, 2001), así como la esterilización. Uno de los indicadores utilizados para conocer la situación respecto de la anticoncepción es la prevalencia anticonceptiva, que es el porcentaje de mujeres utilizando algún método anticonceptivo en un momento dado.

Finalmente, los indicadores demográficos y la mayoría de los análisis tradicionales ponen su énfasis principalmente en datos de mujeres, limitando el tema del análisis del involucramiento de los hombres, tanto en las decisiones sobre anticoncepción, como en la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y en la crianza de la descendencia (paternidad involucrada y responsable). En el siguiente documento, por lo tanto, se procurará desarrollar un breve análisis de las causas de los embarazos no planeados en Costa Rica, procurando partir de una visión con distintas dimensiones, que favorecen la existencia de embarazos no planeados.

- **Fundamentación del problema:**

El informe de la Población Mundial 2005 (UNFPA, 2005: 35) señala que en el mundo, “unos 76 millones de embarazos son no deseados”, además, se estima que “14 millones de

adolescentes entre 15 y 19 años de edad dan a luz” y que “en los países en desarrollo entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes ya son madres antes de cumplir 18 años” (UNFPA, 2005: 50). Esto representa un dato importante respecto del análisis de la situación sobre el embarazo no planeado, ya que muchos de ellos (si no es que la mayoría) se presentan en mujeres adolescentes: en la Región Latinoamericana (América Latina y el Caribe) entre el 35% y el 52% de los embarazos en madres adolescentes son no planificados (UNFPA, 2005: 50).

En Costa Rica parece que también existe una alta proporción de embarazos no planeados. La última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense, realizada entre el año 1999 y 2000, indicó que el porcentaje de nacimientos no planeados⁷ en el país fue de un 42%, (González y Chen, 2001: 70) y se indica que “cerca de un 22% de las mujeres embarazadas o con al menos un hijo nacido vivo, tiene uno o más hijos no deseados⁸” (Méndez, 2005: 5).

En el país, la tasa global de fecundidad muestra una tendencia a la disminución⁹, no obstante, debe resaltarse que hay grupos de población que tienen una presencia importante respecto de las tasas de fecundidad. Por ejemplo, las zonas rurales continúan presentando mayores tasas de fecundidad que las zonas urbanas, en el 2004, la tasa global de fecundidad en zonas urbanas fue de 1,7 y en la rural de 2,3 (0,3 puntos más que

.....
7 Incluye lo que en la encuesta se llama como embarazo no deseado.

8 Esto se estima a partir de la diferencia entre número de hijos vivos y número de hijos deseados

9 Se estima que en la última década (1995-2004) la tasa global de fecundidad se redujo en un 0,8% y la diferencia entre el 2002 y el 2004 fue de un 0,1% (2,1 y 2,0 respectivamente). En el 2004, la provincias presentaron las siguientes tasas de fecundidad (ordenadas según mayores tasas de fecundidad): Puntarenas (76,0), Limón (72,9) y Guanacaste (71,4), seguidas por Alajuela (63,1), Heredia (58,7), San José (58,3) y Cartago (56,0) (Omodeo y Gómez, 2006: 74).

la tasa global en el nivel nacional (Omodeo y Gómez, 2006: 79)). La población nicaragüense en Costa Rica, también tiene un fuerte peso en la tasa de fecundidad en el nivel nacional, ya que se estima que la tasa de fecundidad de mujeres nicaragüenses en el Gran Área Metropolitana (GAM) es 2,2 mayor a la de mujeres costarricenses, aproximadamente constante en todas las edades (Rosero y Brenes, 2001: 118-137).

El comportamiento de la tasa de natalidad y fecundidad respecto de la edad de las mujeres, en Costa Rica, muestra que entre los 15 y 34 años es donde más nacimientos se presentan. Según el undécimo informe del Estado de la Nación, en el 2004, la tasa de fecundidad en mujeres entre los 15 y 19 años (consideradas adolescentes) fue más de 30 veces la tasa global (2,0), alcanzando 67,1 nacimientos por 1000 mujeres, es decir, esta proporción de nacimientos en madres adolescentes es un aspecto que, dada la disminución de la fecundidad en otros grupos etarios, ha incrementado su importancia en los nacimientos totales (Estado de la Nación, 2005: 68).

Según el compendio estadístico del último informe del Estado de la Nación (2006), aunque parece que hay una leve disminución de los nacimientos totales entre madres adolescentes entre el 2003 y el 2004 (pasando en el 2003 de 14.835 nacimientos a 14.792 en el 2004), en este último año un 19,85% de los nacimientos totales se presentó en mujeres entre los 15 y 19 años y

de cada 1000 nacimientos, 6,17 se presentaron en mujeres menores de 15 años (datos calculados a partir de la existencia de 72.247 nacimientos totales en el nivel nacional del 2004).

Por otro lado, según datos de la Oficina de la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Educación Pública (MEP), en el 2005 hubo 1.384 colegialas de instituciones públicas embarazadas, un 12% más que en el 2004 y un 121% más que en el 2002 (Ávalos, Junio del 2006), es decir que entre el 2002 y 2005 se dio un incremento de más del 100% de mujeres embarazadas matriculadas en educación formal¹⁰ (Datos confirmados por la Lic. Rocío Solís¹¹, directora de la Oficina de la Niñez y la Adolescencia, 16 de Noviembre del 2006). Con respecto de la relación entre fecundidad y la no asistencia escolar, en un estudio sobre la fecundidad adolescente en el Gran Área Metropolitana (GAM) del país, se identificó que el año 2000, cinco de los conglomerados poblacionales de alta no asistencia escolar, tienen también una alta fecundidad (Collado, 2003: 35-36).

Este mismo estudio, reveló datos que consideraron las tasas de fecundidad y natalidad entre mujeres en condición de pobreza. Según los resultados, en el 2000 se encontró que “hay una asociación positiva entre el nivel de pobreza y la fecundidad adolescente. En un extremo el 49% de los segmentos categorizados como no pobres tienen baja fecundidad mientras que el 90% de los segmentos con carencias básicas de vivienda tienen alta fecundidad” (Collado, 2003: 27).

¹⁰ Debe aclararse que estos son datos que únicamente contemplan a mujeres matriculadas en el sistema de educación formal y es importante, por lo tanto, el desarrollo de investigaciones que reflejen la situación del embarazo no planeado entre mujeres que están fuera de la educación formal.

¹¹ Según cuenta la Lic. Rocío Solís, estos datos provienen del Departamento de estadística del MEP y fueron facilitados a la Oficina de la Niñez y la Adolescencia para un estudio de caso sobre madres adolescentes y adolescentes embarazadas en el sistema educativo, iniciado en el 2005 y que aún está en proceso de elaboración.

Los datos expuestos permiten señalar que en Costa Rica hay una significativa presencia de embarazos no planeados, frente a ello es necesario contemplar, en el análisis, la relación entre tasas de fecundidad y natalidad con variables tales como el grupo etario, asistencia y no asistencia a la educación formal y la condición de pobreza.

- Relaciones causa-efecto:

En el análisis causal que pretende explicar por qué se incurre en un embarazo no planeado, se identifican dos posibles causas inmediatas: por un lado, el uso inconsistente o no uso de MA y por otro lado, el uso de MA poco eficaces¹², causas que permiten el desarrollo de relaciones sexuales sin protección o protección defectuosa.

Con respecto de la primera causa, en la última Encuesta de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense se identifica que en el país, la prevalencia anticonceptiva es de un 80%, un 5% más que en 1992 (Rosero, 2001: 45), sin embargo, Rosero afirma, que “la prevalencia aumenta con la edad hasta un máximo de 35-39 años” es decir, que “la prevalencia es sensiblemente menor entre las jóvenes menores de 20 y entre las mayores de 45 años” (Rosero, 2001: 47).

Como se puede observar, a pesar de que en el país hay un relativamente alto porcentaje de prevalencia anticonceptiva, los datos muestran que hay sectores poblacionales más vulnerables

que otros, frente al desarrollo de relaciones sexuales sin protección, entre estos la población adolescente. Además, en la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, se percibe que el uso de MA no es consistente, ya que aunque un 92% de las personas han usado alguna vez en su vida anticonceptivos, estos no se utilizan siempre; los datos de la encuesta indicaron que en la primera relación sexual, solo un 29,8% usó algún MA (Vanegas, 2001: 90).

Con respecto de la segunda causa inmediata identificada en la encuesta, del 29,8% de mujeres que usaron MA en su primera relación sexual, solo la mitad utilizó métodos como el condón y el ritmo (Achío, Rodríguez y Vargas, 2005: 115); (Vanegas, 2001). Un estudio realizado con hombres y mujeres estudiantes de la Universidad de Costa Rica evidenció la preferencia hacia MA naturales y el preservativo, principalmente en las primeras relaciones sexuales, lo cual, entre otras cosas, resulta de miedos y mitos sobre el uso de MA modernos como las pastillas anticonceptivas (mitos sobre posibles efectos negativos para la salud) o bien, debido a que en algunos casos las personas jóvenes no tienen parejas fijas y por consiguiente no optan por MA de más largo plazo (Achío, Rodríguez y Vargas, 2005: 110-115). En este sentido, debe tenerse en cuenta que como el ritmo es uno de los métodos más aplicados al inicio de las relaciones sexuales, las personas son más propensas al embarazo no planeado, ya que los métodos naturales han resultado ser de los menos efectivos.

¹² Méndez señala que la existencia de fecundidad no planeada puede deberse al fallo de los MA utilizados, la cual en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense se entiende como “Fallo de los MA usados” al hecho de que a pesar de haberse utilizado un MA hubo un embarazo, no obstante, no se especifica si esto se debió al fallo del método, por ejemplo la ruptura del condón, o al uso inadecuado de los mismos. Se considera importante tomar en cuenta este dato en ambos sentidos, por un lado al fallo del MA demanda la garantía de que se suplan MA de calidad y por otro, el fallo por el uso inadecuado de los MA, supone demandar que los espacios de consejería y educación de la sexualidad se fortalezcan, procurando enseñar a la población sobre las alternativas de MA y su uso adecuado.

Las causas inmediatas mencionadas responden a otras como: 1). La insuficiente e inadecuada promoción de conocimientos sobre la sexualidad humana y el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva (SS/SR), que limitan el acceso informado a MA y favorecen una limitada percepción del riesgo que implican las relaciones sexuales sin protección; 2). La existencia de deficiencias en contradas en términos de un limitado acceso a alternativas MA; y 3). Las limitaciones de índole sociocultural, que contribuyen a que algunas personas posean un débil control sobre el propio cuerpo, principalmente mujeres y adolescentes.

Sobre esta última causa, Enamorado identificó en un estudio, que las mujeres tienen una capacidad de negociación sexual apenas del 60,7% (Enamorado, 2000: 23), esto las vulnerabiliza ante situaciones de violencia sexual, pero también en la cotidianeidad limita la toma de decisiones referentes del comportamiento sexual y reproductivo, aspectos que pueden favorecer la existencia de embarazos no planeados. Uno de los resultados de la encuesta nacional de salud reproductiva indicó que, aparte de la tendencia a una iniciación sexual cada vez más temprana, una gran parte de las mujeres iniciaron su vida sexual con parejas que llegan hasta a doblar su edad, lo cual puede favorecer el débil control que tienen estas mujeres sobre su comportamiento sexual y reproductivo (Vanegas, 2001).

Las causas anteriormente enumeradas parecen ser ocasionadas por otras subyacentes, como la existencia de deficiencias en la disponibilidad de alternativas de MA en los servicios públicos de salud; la inexistencia de espacios de consejería adecuada e inclusiva a distintos grupos de población y la existencia de fuertes y variadas barreras socioculturales, que limitan el ejercicio de una sexualidad, placentera, libre e informada, que promueva el cuidado de la SS/SR y el respeto

y ejercicio de los derechos humanos (DDHH) vinculados a la SS/SR.

Con respecto de las deficiencias en la disponibilidad de alternativas de MA, por un lado, en Costa Rica existe un vacío en cuanto a MA que no están disponibles para la población, como es el caso de condones femeninos (Grant, Sánchez y Ureña, 2005: 33) y la anticoncepción de emergencia, pues a pesar de que no hay legislación que la prohíba, o aún no ha sido admitida en el país (Grupo de Reflexión y Trabajo por el Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en Costa Rica, 2004). Por otro lado, debe subrayarse que aunque son los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) los principales proveedores de MA (56%) en el país, la distribución pública de MA tiene limitaciones, por ejemplo, los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) solo proveen a un 2% (a pesar de que son centros de más fácil acceso para la población), además, una cuarta parte de los MA se ofrecen en el sector privado (farmacias, comercios —condones—) con una tendencia al aumento: “parece que en el país está ocurriendo un silencioso y paulatino proceso de privatización de la planificación familiar” (Rosero, 2001: 49).

Cabe agregar que el acceso a MA se muestra diferenciadamente respecto del MA. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, el 95% de las esterilizaciones femeninas se practicaron en hospitales públicos, no obstante, se muestra “una fuerte caída en el abastecimiento público de pastillas y condones y un gran aumento en los inyectables” (Rosero, 2001: 49). Es importante tener en cuenta que a pesar de que los MA orales y los condones son los más utilizados, principalmente durante el inicio de las relaciones sexuales, parece existir una disminución en la distribución de los mismos, por parte del sector público, mientras que la proveeduría privada

va en aumento, ya que el sector privado es considerado como “un proveedor mucho más ágil y eficiente que el sector público” (Rosero, 2001: 50), además en el sector privado las personas podrían encontrarse menos expuestas a estigmas y juicios, principalmente por el enfoque comercial implícito que puede brindar, de cierta forma, un carácter más confidencial al acceso, aspecto que debe ser analizado por la CCSS.

Otra de las causas subyacentes mencionadas, es la inexistencia de espacios de consejería adecuada e inclusiva a distintos grupos de población, aspecto que es considerado el factor principal de las prácticas sexuales sin protección (Estado de la Nación, 2005: 68) (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001: 17), (Guzmán, Contreras y Falconier de Moyano, 2001:110). Según la investigación realizada por Achio, Rodríguez y Vargas las personas entrevistadas recurrían muy poco a profesionales en salud y los/as padres/madres de familia, por lo que algunos de sus principales recursos de información fueron los/as pares usuarios de alguno de los MA, charlas aisladas que se daban en el colegio o universidad, libros, folletos e inclusive cursos prematrimoniales (2005, 118). Como podemos ver las fuentes consultadas tienden a ser aisladas y de variado acceso, además debe señalarse que si bien es cierto las/os pares podrían llegar a ser fuentes muy importantes y estratégicas de información¹³, estos no necesariamente tienen la capacitación adecuada, porque son propensos a reproducir mitos y estigmas (Rodríguez, Díaz, Garita y Sequeira, 1999), (Achio, Rodríguez y Vargas, 2005: 117-118).

La falta de recurrencia a servicios de salud y la limitada comunicación intra-familiar, en especial padres-hijos/as (Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras, 2001: 17) (Sanabria, 2004: 70-72), pueden deberse al hecho de que existan fuertes resistencias para el tratamiento del tema de la sexualidad, además de que hay ausencia de enfoques de género, juventud y DDHH vinculados a la SS/SR. Esto contribuye no solo al desconocimiento de MA¹⁴, sino a la existencia de fuertes confusiones sobre el tema de la sexualidad y a la persistencia de posiciones machistas, que ponen en desventaja a las mujeres (Rodríguez, Díaz, Garita, y Sequeira, 1999).

Hay una recurrente mención a otra de las causas subyacentes identificadas en el análisis: la existencia de fuertes y variadas barreras socioculturales que impactan en distintos espacios como la familia, la comunidad, los servicios, instituciones y esferas de tomas de decisión, lo que contribuye a la no promoción de la SS/SR y limita el ejercicio de una sexualidad, placentera, libre e informada y el respeto y ejercicio de los DDHH vinculados a la SS/SR. A continuación se enfatizan algunas de estas barreras socioculturales:

- El desarrollo de roles de género, a partir de una sociedad de tradición patriarcalista y fuerte adultocentrismo, como la costarricense, contribuyen a la existencia de sesgos socio-culturales para la promoción de la SS/SR, y el ejercicio libre, autónomo y responsable de la sexualidad sin condicionamientos de género y edad, ya que prevalecen percepciones y

.....
¹³ El aprovechamiento adecuado de las/os pares como fuentes de información capacitada puede representar posibilidades para el desarrollo de acciones que promuevan la SS/SR, principalmente entre jóvenes y adolescentes.

¹⁴ En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, se encontró que un 20% de las personas adjudicaba al desconocimiento, la razón de no usar MA durante las relaciones sexuales (Vanegas, 2001: 90); (Achio, Rodríguez y Vargas, 2005: 115).

actitudes machistas en distintos espacios. Ejemplo de ello es la baja adjudicación de responsabilidad en el uso de MA por parte de los hombres¹⁵; la existencia de prácticas inequitativas y discriminatorias en la distribución de información y acceso a MA, la cual suele brindarse bajo el título de planificación familiar, aunque no hay legislación en el país que así lo disponga. En este último caso, el trato inequitativo y discriminatorio se da primordialmente hacia los hombres, así como mujeres y hombres adolescentes y jóvenes, ya que las mujeres -fundamentalmente las mayores de 19 años- son las principales demandantes y principal población a la que se dirigen los servicios (Entrevista con Oscar Valverde y Ana Elena Badilla).

- La existencia de mitos sobre la sexualidad y formas de prevención de embarazos no deseados (Rodríguez, Díaz, Garita, y Sequeira, 1999) son otro tipo de barreras socioculturales, que limitan el ejercicio de prácticas sexuales seguras. En el estudio sobre el embarazo no planeado en universitarias/os se descubre que a pesar de tratarse de personas con un alto grado de escolaridad, “los mitos desempeñaban un papel importante en la escogencia y uso de un método anticonceptivo” (Achío, Rodríguez y Vargas, 2005: 114), algunos ejemplos de estos mitos refieren a los efectos secundarios de MA como el DIU y las

pastillas anticonceptivas. En un estudio de la CCSS con adolescentes se identificaron otro tipo de mitos que evidenciaban un alto grado de desinformación o información poco clara, algunos de estos mitos: “Los condones se usan una hora antes de hacer el sexo”, “He oído que cuando una persona queda embarazada, no sé si antes o después se toma un poco de agua de pipa” (CCSS, 1999: 61), otros hacen referencia a la pérdida de la sensibilidad de los hombres durante la relación sexual si se usa preservativo (Garita, 2001: 37).

- Existen también diferenciadas percepciones y actitudes machistas y adulto céntricas que pueden favorecer la existencia de condiciones de desventaja por parte de las mujeres y mujeres adolescentes sobre el control sobre su cuerpo y sexualidad (Rodríguez, Díaz, Garita, y Sequeira, 1999), limitando la toma libre e informada de decisiones sobre el comportamiento sexual y reproductivo. En un diagnóstico realizado en el país sobre adolescentes embarazadas en riesgo social, se observa que “la procreación impuesta por medio de esta forma de violencia sexual (la violación), constituye la expresión más patente de la vulnerabilidad a que se expone a las mujeres dentro de una sociedad, que promueve y tolera relaciones de abuso-poder y autoritarismo de un género sobre otro” (Treguear, 1993: 32).

15 En este sentido es importante mencionar que hay una negativa, principalmente por parte de algunos hombres, a usar MA, según Garita, el uso de contraceptivos por parte de los hombres en Costa Rica fue de 32,5%, con el condón como el más usado, seguido de anticonceptivos orales y después el método del ritmo (Garita, 2001: 35), no obstante, a parte del condón, el resto de MA usados son principalmente responsabilidad de las mujeres, lo que se expresa en que los MA dirigidos principalmente a hombres como la vasectomía y el condón (0,5% y 11% respectivamente), se utilizan menos en comparación de MA orientados a mujeres como las pastillas y la esterilización femenina (Rosero, 2001: 56). En un estudio sobre representaciones de la masculinidad y la paternidad de los hombres en Costa Rica se encontró que son pocos los hombres que manifiestan usar MA (31%) no porque optan por la abstinencia, sino porque se da el “ejercicio de una sexualidad de alto riesgo” (Rivera y Ceciliano, 2004: 106).

- Otras barreras socioculturales que limitan la promoción de la SS/SR y la vivencia de una sexualidad libre, informada y placentera, se debe a la fuerte influencia de sectores conservadores como la jerarquía de la iglesia católica u otros grupos religiosos, tanto en el nivel de fieles como esferas de decisión política, ya que restringen el desarrollo de programas de educación de la sexualidad en el país, principalmente si se promueven acciones alternativas a la abstinencia, como el uso de MA modernos (por ejemplo, las guías sexuales de la primera dama, en 1999) (Guzmán, Contreras y Falconier de Moyano, 2001:125), además favorece a la invisibilización de los DDHH vinculados a la SS/SR de las personas, principalmente, mujeres, adolescentes, jóvenes y personas solteras. Según Achio, Rodríguez y Vargas, algunos de los factores, que condicionan la elección de MA por parte de las mujeres, fueron factores religiosos y creencias aparte de otros como la frecuencia de la actividad sexual y el tipo de relación de pareja (2005; 113).

Tal y como se ha expuesto, las causas del embarazo no planeado remiten a problemáticas que no solo hacen alusión de limitantes en la distribución, conocimiento, acceso y uso adecuado de MA efectivos, sino que remite a problemáticas propias de estilos de vida que atentan contra el ejercicio pleno de los DDHH de las personas, principalmente los relacionados a la SS/SR. A partir de esto, es necesario considerar que la vulnerabilidad de las personas frente al irrespeto de sus DDHH vinculados a la SS/SR plantea la existencia de insuficientes acciones en el nivel político y de las instituciones encargadas de velar por los DDHH de la población, tales como:

- 1). La existencia de limitados enfoques, como el de DDHH, que enfatiza los

problemas vinculados a la SS/SR, género y juventud, en distintos sectores sociales e institucionales, como los servicios públicos, las esferas de toma de decisiones, la familia, las comunidades, la población adulta en general, etc. lo cual limita la posibilidad de superar estigmas y acciones discriminatorias, que impiden la promoción integral de la salud y la vivencia de una sexualidad placentera.

- 2). La deficiencia e inexistencia de programas integrales y pertinentes sobre la sexualidad, que favorezcan al ejercicio libre e informado de la misma y que contemplen procesos de monitoreo y evaluación sobre la pertinencia de los programas, según las particularidades de los distintos grupos sociales.
- 3). La falta de articulación intersectorial para el desarrollo de acciones preventivas y pertinentes a las necesidades de los diferentes grupos de población, que permita evitar la contradicción de enfoques preventivos y la duplicidad de acciones.

Los puntos mencionados indican que en Costa Rica hace falta la implementación de una política integradora de promoción de la sexualidad y la SS/SR, que garantice el disfrute equitativo de condiciones favorables y el ejercicio de los DDHH vinculados a la SS/SR de los diferentes grupos poblacionales, incurriendo en la aplicación inherente de enfoques de género y juventud y en la promoción de acciones que permitan a las personas, sin distinción de género, grupo etario y condición socioeconómica, desarrollar una sexualidad placentera y libre, teniendo la libertad de tomar decisiones informadas sobre su comportamiento sexual y reproductivo.

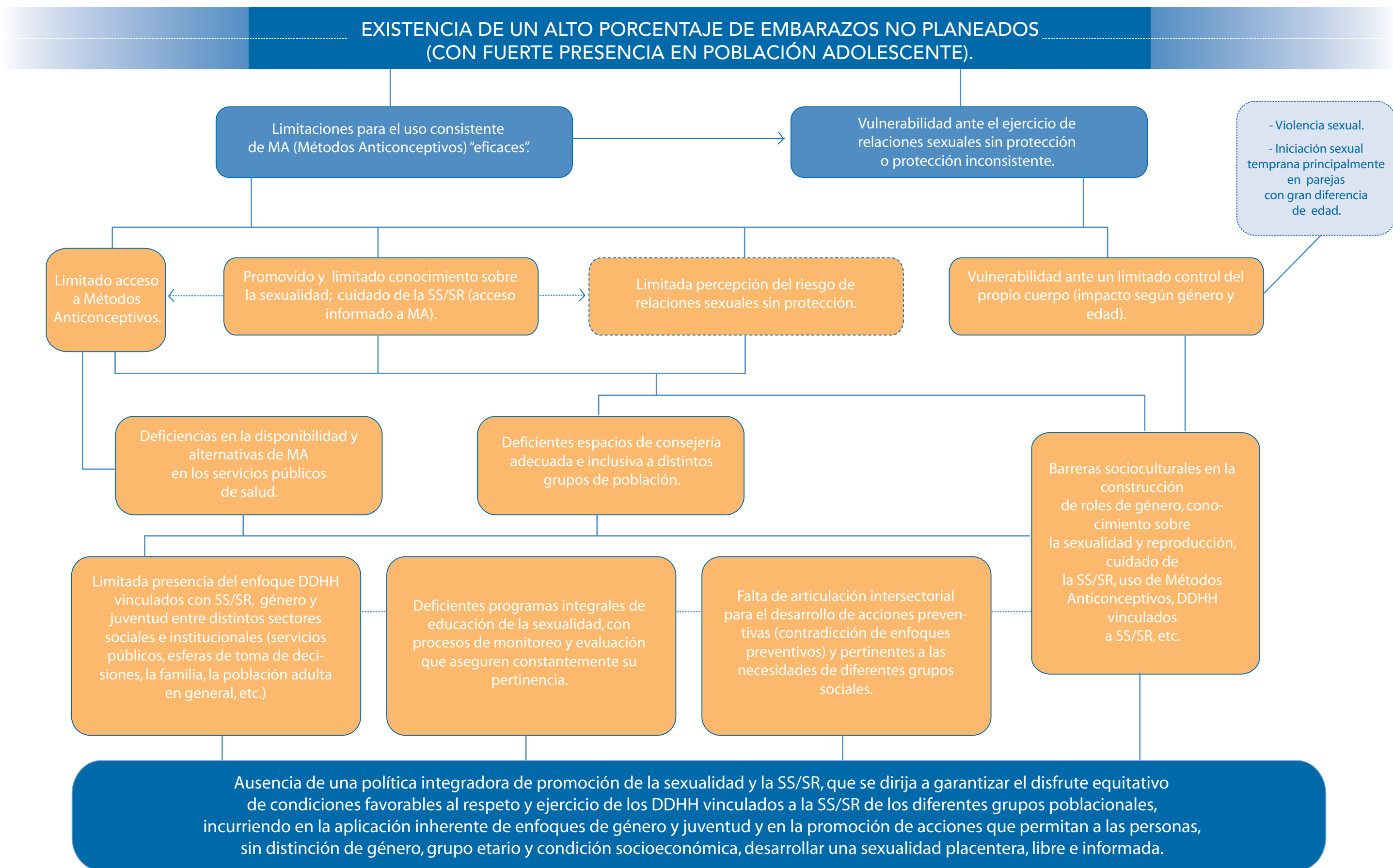
Ahora bien, cabe destacar que a pesar de las limitaciones existentes para superar las barreras

que impiden el ejercicio de una sexualidad placentera, libre e informada, en Costa Rica se han implementado programas intersectoriales e interinstitucionales como “Amor Joven” y “Construyendo Oportunidades”, impulsados desde la Oficina de la Primera Dama, en el período 1998-2002 y aunque estas iniciativas no llegaron a consolidarse, por la oposición de algunos sectores conservadores, han enfatizado en la importancia del tratamiento del tema de la sexualidad humana para revertir la problemática, aludiendo la responsabilidad que deben asumir distintos sectores sociales frente a la problemática que impide el ejercicio de una sexualidad placentera, libre e informada.

Se han desarrollado también otras iniciativas en el nivel institucional y político, por ejemplo, el MEP cuenta con una política y una Oficina de educación de la sexualidad, encargada de capacitar a las y los docentes, para que aborden el tema sobre la

sexualidad dentro del currículo. La CCSS también cuenta con un Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) donde se busca la promoción de la salud integral y dentro de ella la SS/SR de la población adolescente; se trabaja en esferas institucionales con grupos de adolescentes, padres y madres de familia. Estas iniciativas han contribuido a la visibilización de diversos actores sociales responsables de garantizar el cumplimiento de los DDHH vinculados a la SS/SR. Vale subrayar que estas iniciativas representan un paso para el alcance de una respuesta social ampliada a la violación de los DDHH vinculados a la SS/SR, que favorece la existencia de embarazos no planeados. Por lo tanto, el país tiene como desafío ineludible, la superación de estilos de vida cargados de relaciones de poder, que superponen a un género sobre otro, así como de ciertos grupos etarios sobre otros, además de reproducir estigmas y mitos que limitan el ejercicio de una sexualidad libre, placentera e informada.

1.2.2 Árbol de problemas:





1.2.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.2.3.1 Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Familia</i>	Respetar el derecho a la intimidad y otros DSR de los miembros/as de la familia.	- Falta de información y educación efectiva sobre DDHH vinculados a SS/SR.
	Brindar espacios de diálogo horizontal sobre sexualidad, MA, riesgo del sexo sin protección.	- Falta de sensibilización sobre la práctica sexual de jóvenes, adolescentes y mujeres como parte integral de su desarrollo humano. - Falta de información y sensibilización sobre un enfoque de género.
<i>Municipalidad</i>	Habilitar espacios equitativos de comunicación para brindar información apropiada sobre DDHH vinculados a SS/SR, prevención del embarazo no planeado y MA.	- Falta de reales y eficientes mecanismos de participación ciudadana. - Falta de responsabilidad sobre la necesidad de promover los DDHH vinculados a SS/SR.
<i>MINSALUD</i>	Fortalecer y promover acciones integrales y equitativas de prevención del embarazo no planeado, que respondan a las necesidades de los distintos grupos de población, principalmente jóvenes y adolescentes.	- Falta de responsabilidad y liderazgo en la promoción del tema de SS/SR en la agenda institucional. - Falta de consolidación de un enfoque de equidad y de DDHH vinculados a SS/SR. - Faltan mecanismos de control sobre el impacto real de las políticas sobre SS/SR existentes, que apunten a una actualización integral constante. - Falta capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial.
	Informar a todas las personas sobre los DDHH vinculados a SS/SR, de los que gozan.	- Falta priorizar el tema de la SS/SR en la agenda institucional.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
CCSS	Brindar atención médica integral y equitativa respetando los DDHH, dentro de ellos los vinculados a SS/SR, de las personas.	- Faltan recursos materiales y humanos. - Falta consolidación de enfoques de equidad y de DDHH vinculados con SS/SR
	Fortalecer acciones de prevención del embarazo no planificado, principalmente entre población joven y adolescente.	- Falta priorizar tema en agenda institucional. - Falta reconocimiento integral de causas del embarazo no planeado y de las funciones de la CCSS para la prevención. - Falta eliminar prejuicios respecto de la sexualidad humana entre funcionarios/as. - Falta reconocer los DDHH vinculados a SS/SR de las personas, sin importar su edad y género.
	Suministrar equitativamente la más amplia oferta de M.A. efectivos y variados.	- Falta reconocer y difundir entre funcionarios/as públicos conocimiento sobre los DDHH vinculados a SS/SR y la problemática que se origina del suministro inequitativo y estereotipado de MA.
MEP	Desarrollar planes integrales de educación de la sexualidad humana, con enfoque de equidad y de DDHH (incluidos los referentes de SS/SR), dirigidos a los diferentes niveles de educación, prestando atención a las necesidades de la población joven y adolescente, padres de familia y población en general.	- Falta reconocer los DDHH vinculados a SS/SR, de las personas sin importar su edad y género. - Falta autoridad para superar la oposición de sectores conservadores y promover un enfoque de equidad. - Falta capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial para el desarrollo y ejecución de planes de educación de la sexualidad humana desde la armonía de enfoques preventivos.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>MTSS</i>	Velar por el respeto de los derechos de las mujeres, ya sea que se encuentren embarazadas o no, en el sector público y privado.	- Falta de conocimiento sobre los DDHH en el contexto de SS/SR. - Faltan mecanismos efectivos/eficientes de control y evaluación que aseguren el respeto a los derechos de las mujeres.
<i>Defensoría de los Habitantes</i>	Garantizar que se informe a todas las personas sobre los DSR de que gozan.	- Falta reconocer la importancia de cumplir los DDHH vinculados a SS/SR, de las personas sin importar su edad y género. - Faltan reales y eficientes mecanismos de comunicación y participación ciudadana, que permitan reconocer las necesidades de los distintos grupos sociales.
	Ejercer un monitoreo sobre la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población, con especial referencia del campo de los DDHH vinculados a SS/SR.	- Faltan mecanismos de control y evaluación de los servicios públicos dirigidos a promover la SS/SR, de manera que garantice la pertinencia de los mismos, según las necesidades de los diferentes grupos sociales.
<i>Universidades</i>	Habilitar espacios de comunicación/diálogo para brindar información y consejería para la prevención del embarazo no deseado, existencia y uso MA (promoción del sexo seguro), según las necesidades de la población, principalmente joven.	- Faltan recursos económicos dirigidos a promocionar la SS/SR. - Falta un mayor aprovechamiento de los recursos humanos existentes. - Falta priorizar el tema de la SS/SR en los programas de todas las carreras universitarias.
	Proporcionar un ambiente no discriminatorio, promocionando el respeto de los DDHH vinculados a SS/SR.	- Falta articulación institucional/interfacultades para el desarrollo de acciones conjuntas.
	Brindar espacios de investigación, canales de información y educación.	

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Medios de comunicación</i>	Brindar información de calidad y oportuna sobre SS/SR, carente de estigmas y mitos socio-culturales.	- Falta compromiso que permita priorizar el tema de la SS/SR como un tópico trascendental en el nivel público.
		- Falta de capacidad para comunicar sobre los DDHH vinculados a SS/SR, MA, con un enfoque de equidad.
<i>ONG's</i>	Habilitar espacios de comunicación con información apropiada para la prevención del embarazo no planeado.	- Faltan recursos humanos y materiales suficientes.
		- Falta de conocimientos (o aplicación de conocimientos) sobre los DDHH vinculados a SS/SR, MA, con un enfoque de equidad.
	Respetar los DDHH y los vinculados a SS/SR, de sus empleados, principalmente de las mujeres.	- Falta conocimiento y reconocimiento de la importancia de los derechos fundamentales, DDHH y los vinculados a SS/SR, de todas las personas sin importar su género, etnia, nacionalidad y edad.
	Brindar canales de información y educación sexual y contribuir al suministro equitativo de MA efectivos y variados.	- Falta de compromiso respecto del bienestar de la sociedad en general. - Falta conocimiento de la importancia de los DDHH vinculados a SS/SR, de todas las personas sin importar su género, etnia, nacionalidad y edad.

1.2.3.2. Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Individuo (madre adolescente y población en general)</i>	Tener acceso oportuno a información y consejería sobre sus DDHH, principalmente los vinculados a SS/SR.	- Falta de conocimientos sobre sus derechos sexuales y reproductivos y los servicios de salud dirigidos a garantizar su bienestar en este campo.
	Tener acceso a atención de calidad y oportuna en los servicios de salud.	- Falta vencer el miedo de enfrentar las barreras socio-culturales existentes en los distintos ámbitos de la vida social: nivel de pareja, familiar, amistad, institucional, etc.
	Que se les respeten sus derechos fundamentales y humanos como: - El derecho de no ser discriminada/o, - El derecho de tener control sobre su propio cuerpo y - El derecho de negociar sobre su sexualidad, - El derecho de recibir atención clara y oportuna, etc.	

1.2.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción.

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional, en términos de desarrollar acciones para evitar el embarazo no planeado, se propone en los próximos cuatro años:

- Apoyar el diseño de una política y estrategia de servicios de Salud Reproductiva, con un enfoque de equidad de género, sobre DDHH vinculados a SS/SR consolidado, que incluya la provisión de los más variados MA. de calidad, la prevención de ITS, incluido el VIH, la prevención de los cánceres de órganos de la reproducción y los servicios de control prenatal, parto y post-parto, para toda la población, con las particularidades debidas para la atención de jóvenes y adolescentes.
- Apoyar por medio de estudios y procesos de capacitación sobre salud sexual y reproductiva, con un fuerte enfoque de DDHH (sexuales y reproductivos), equidad de género y edad y principio de universalización de servicios (con datos estadísticos demostrativos sobre la problemática, mundial, regional, nacional y sectorial), a equipos de funcionarios/as en las instituciones y organizaciones

identificadas como responsables de tutelar deberes, que garanticen los derechos de personas en términos de SS/SR y procurando enfatizar principalmente en las necesidades de las y los adolescentes y jóvenes de las distintas regiones del país, es decir procurando brindar “servicios amigables”.

- Apoyar en el desarrollo de mecanismos de recolección y actualización de datos cuantitativos y cualitativos sobre la situación del embarazo no planeado en el país, considerando diferencias sectoriales, de género, etarias, étnicas, de origen (nacionalidad-migración), e identificando detalladamente las posibles causas.
- Apoyar el desarrollo de mecanismos adecuados y eficientes de control y evaluación de los servicios prestados en las distintas instituciones del país encargadas de promover y velar por la SS/SR de las personas, así como de los programas y políticas existentes y por desarrollarse, enfatizando en el cumplimiento de los

DDHH vinculados a SS/SR y atención de las necesidades de grupos sociales particulares, específicamente las y los adolescentes y jóvenes.

- Apoyar brindando capacitaciones de sensibilización dirigidas principalmente a hombres sobre la importancia del cuidado de la salud propia y de la pareja, importancia del uso correcto de MA, procurando concienciar sobre las responsabilidades compartidas que se tienen respecto de la SS/SR.
- Apoyar procesos de sensibilización e información (como espacios de consejería y servicios amigables de centros de salud, educación, etc.) dirigidos a la población en general (familias, adolescentes, jóvenes, profesionales, etc.) sobre lo DDHH vinculados a la SS/SR (especialmente en las y los adolescentes como sujetos de derechos), alternativas de prevención del embarazo no planeado, importancia y uso adecuado de cada MA, aclaración científica de mitos socio-culturales, etc.



1.2.5 Bibliografía.

Achio, Rodríguez y Vargas (2000). Embarazo en estudiantes de la Universidad de Costa Rica: una propuesta de atención integral. Informe final. Instituto de Investigaciones Sociales, Editorial Universidad de Costa Rica, UNFPA. San José, Costa Rica.

_____. (2005). A mi no me va a pasar... vivencias del embarazo de un grupo de estudiantes de la Universidad de Costa Rica. 1era. Edición, San José, Costa Rica.

Ávalos (2006). “Colegialas siguen estudios con embarazo a cuestas”, en: Periódico La Nación, sección Nacionales, del domingo 11 de junio/2006. Confirmación de datos con la Oficina de la Niñez y la Adolescencia, del Ministerio de Educación Pública.

Carranza, María y Alfredo Gei (2002). “Sólo Dios sabe por qué hace las cosas”. Mortalidad materna en Costa Rica. EUNED, San José, Costa Rica.

Chaves, Edwin (2003). “Glosario”, en: “Curso Análisis Demográfico”. Capacitación a distancia. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. Página de acceso: http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia_03/glosario.html (Consulta mayo 2006).

Chen, Mario y González, María Isabel (2001). “IV. Preferencias de Fecundidad”, en: Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. I Parte. PCP/INSA, UCR.

Collado, Andrea (2003). “Fecundidad adolescente en el Gran Área Metropolitana de Costa Rica” en Revista electrónica Población y salud en Mesoamérica. Volumen 1, número 1, artículo 4, Centro Centroamericano de Población (CCP). Universidad de Costa Rica (Julio-Diciembre, 2003). Página de acceso: www.ccp.ucr.ac.cr/revista (consultada el 30 de noviembre del 2006).

Documentos. Base de trabajo. Propuestas para la construcción de una agenda del UNFPA-CR, con base a los ODM.

Dossier. “Aborto en el Uruguay”, de “Miradas sobre el Aborto”, GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), México, 2001. www.gire.org.mx http://www.chasque.apc.org/frontpage/comision/dossieraborto/cap2_5.htm (Fuente: Naciones Unidas, Consejo Económico y social, E/CN.9/1999/PC/2, 7 de enero de 1999, y PC/3, 17 de febrero de 1999).

Enamorado Ramón (2000). Factores Psicosociales Asociados al Riesgo de Contraer una ETS o el VIH/SIDA en Chacarita, Puntarenas. Proyecto de graduación. Programa Centro Centroamericano de Población. Maestría en Población y salud. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Estado de la Nación (2004). Décimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Proyecto Estado de la Nación. San José, Costa Rica.

_____ (2005). “Equidad e integración social”, en: Estado de la Nación, Capítulo 2. Informe No. 11, San José, Costa Rica.

_____ (2006). Compendio estadístico. Informe No. 12, San José, Costa Rica.

Falconier de Moyano, Guzmán y Contreras (2001). “La adolescencia y la salud sexual y reproductiva”, en: Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. UNFPA. México D.F., México.

Garita, Carlos (2001). “La construcción de las masculinidades: un reto para la salud de los adolescentes”. CCSS, PAIA, OPS, OMS, UNFPA, ASDI. Costa Rica.

Grant, Sánchez y Ureña (2005). “Evaluación de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva con énfasis en la Prevención y Atención del VIH/SIDA”. Supervisado por Valverde y Navarro. Defensoría de los Habitantes – Fondo OPEC-UNFPA.

Guzmán, Contreras y Falconier de Moyano (2001). “El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual”, en: Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. UNFPA. México D.F., México.

Méndez, Erica (2005). “Tamaño de familia deseado: basado en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración, Costa Rica, 1999”, en: Revista electrónica Población y salud en Mesoamérica, vol. 3, nro. 1, art. 3. Julio-Diciembre 2005, CCP. Pagina de acceso: www.ccp.ucr.ca.cr/revista

Omodeo, Paola y Gómez, Agustín (2006). Informe Final. Apoyo al Informe Nacional de Población. Gutiérrez Espeleta, Edgar E. (coordinador). Observatorio del desarrollo. UCR. Febrero/2006.

Rivera, R. y Ceciliano Y. (2004). Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en CR.

Rodríguez, J.; Díaz, M.V., Garita, C.E. y Sequeira, M.A. (1999). Sexualidad adolescente. Un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas. Santa Bárbara, Gofito y Guatuso. CCSS, UNFPA, PAIA.

Rosero, Luis y Brenes, Gilbert (2001). “VI. Número y características de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica”, en: Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. II Parte. PCP/INSA, UCR.

Rosero, Luis (2001) “III. Planificación Familiar”, en: Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. I Parte. PCP/INSA, UCR.

_____ (2001). “Introducción”, en: Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. II Parte. PCP/INSA, UCR.

Tregear, Tatiana (1993). Adolescentes embarazadas en riesgo social: estudio diagnóstico 1 era. Edición. San José, Costa Rica.

UNFPA (2003). Nuestra población. Retos y oportunidades. Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José, Costa Rica.

UNFPA (2005). Estado de la población mundial: La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Vanegas, Juan Carlos (2001). “V. Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad”, en: Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. I Parte. PCP/INSA, UCR.



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.3. Juventud y salud sexual y reproductiva

PROBLEMA:

Las/os jóvenes y adolescentes se encuentran vulnerabilizadas/os ante las posibilidades de prácticas riesgosas en materia de salud sexual y reproductiva, viéndose limitado su desarrollo humano y social.



1.3.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

Existen en el nivel nacional e internacional, distintos períodos de edad contemplados bajo la denominación de jóvenes, entre ellos las Naciones Unidas (NNUU) utilizan diferentes definiciones: por adolescentes consideran a las personas que van de los 10 a los 19 años (habla de adolescencia temprana: de 10 a 14 años y de adolescencia tardía que va de los 15 a los 19 años de edad), por juventud comprende de los 15 a los 24 años y por jóvenes identifica desde los 10 años a los 24 años de edad (UNFPA, 2005: 45).

En el nivel nacional existen dos instrumentos jurídicos que establecen las definiciones de adolescencia y juventud. Por un lado, el Código de la Niñez y la Adolescencia comprenden como adolescentes a aquellas personas que se encuentran entre los 12 y 17 años 11 meses. Por otro lado, la Ley General de la Persona Joven, promulgada en el 2002, define como persona joven a aquellas personas cuya edad se encuentra entre los 12 y 35 años, segmento de edad que incluye a las/os adolescentes (12 y menores de 18 años de edad), jóvenes y adultos jóvenes (Ley General de la Persona Joven, 2002). No obstante tales definiciones, para efectos de este análisis, se contemplará únicamente a las personas en la etapa de juventud, según lo definen las NNUU, es decir, aquellas personas que se encuentran entre los 15 y 24 años de edad, periodo que contempla tanto a parte de las/os adolescentes (que van de 12 a 19 años) y jóvenes de 20 a 24 años de edad.

Este informe analiza la situación de las personas jóvenes entre 15 y 24 años respecto de su salud sexual y salud reproductiva (SS/SR), la cual, según el Informe del Estado de la Población Mundial del año 2003, es entendida como un “estado de

completo bienestar físico, mental y social... en todas sus cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos... es un componente esencial de la capacidad de los jóvenes para transformarse en miembros bien equilibrados, responsables y productivos de la sociedad” (UNFPA, 2003: 2). Por lo tanto, entenderemos como una sexualidad sana, la capacidad de disfrutar actividades sexuales y reproductivas sin la presencia de factores psicológicos y de pensamientos que obstaculicen la vivencia plena (de la misma). Para la vivencia de una sexualidad plena se requiere contar con información clara, suficiente y oportuna para la toma libre e informada de decisiones, que permita vivirla placentera y libremente, sin conllevar a ningún tipo de daño físico y emocional y sin tener consecuencias negativas, que vayan a frenar los proyectos de vida de las/os jóvenes (Quesada, s.f.).

La promoción de la SS/SR es un desafío que tienen todas las naciones, ya que es un componente esencial en el desarrollo de las/os adolescentes y jóvenes y “es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países... los costos para los gobiernos y las personas son considerables cuando un joven no logra llegar a la adultez gozando de buena salud (y) de una educación adecuada... estos costos suelen ser más altos que los costos de los programas de promoción y prevención, que ayudan a los jóvenes a lograr esas metas” (OPS en Valverde y Fallas, 2001: 8).

Finalmente, cabe agregar que la identificación de información cualitativa y principalmente cuantitativa, acerca de la situación real de las/os jóvenes, contempla una serie de limitaciones, que impide conocer exhaustivamente la situación. Esto puede estar asociado a que dentro de la forma en que se agrega la información sobre ciertos indicadores socio-demográficos, económicos,

etc., la “variable edad” no es tomada en cuenta o su procesamiento es difícil (Collado, 2003: 16). Otra limitación radica en que los rangos de edad que se utilizan son diversos y muchas veces no diferencian el segmento de población considerado como juventud o bien las edades son mezcladas, aspecto que hace difícil la identificación de datos específicamente para lo que se denomina como juventud (Collado, 2003: 16-17).

- **Fundamentación del problema:**

En el mundo casi la mitad de la población tiene menos de 25 años, de los cuales el 85% vive en países en desarrollo, además hay 12.000 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad (UNFPA, 2005: 45); según el último informe sobre la población mundial “muchos de ellos (las/os jóvenes) están llegando a la adultez sumidos en la pobreza y enfrentando el peligro del VIH” (UNFPA, 2005: 45). Al respecto, se han desarrollado en el mundo varias convenciones dirigidas a velar por el cumplimiento de los derechos de las/os jóvenes, adolescentes y niños/as, dentro de los cuales los derechos vinculados a la SS/SR son de vital trascendencia, ya que de la promoción integral de la SS/SR entre jóvenes y adolescentes, depende el desarrollo pleno y libre de capacidades, que podría favorecer el disfrute de proyectos individuales y sociales.

Costa Rica está pasando por un proceso de transición demográfica, la cúspide de la pirámide poblacional va ensanchándose y las futuras proyecciones estiman que la tendencia continúe.

Actualmente, el grueso de la población, está en segmentos poblacionales con edades menores a 35 años de edad y se menciona que la tasa de dependencia demográfica en el 2005 es de un 51,6% (INEC, 2005). En el año 2004, un 19,87% de la población nacional se encontraba entre los 15 y 24 años de edad, entre los cuales un 10,96% tenía entre 15 y 19 años y un 8,92% tenía 20 y 24 años de edad. Las mujeres y los hombres jóvenes y adolescentes se mostraron en proporción similar y un 2,32% estaba en condición de migrantes (INEC, 2004). En el año 2000, los/as jóvenes¹⁶ representaron el 43,61% de la población negra-afrodescendiente y el 43,55% de la población total indígena (Collado, 2003: 119-120).

El que las personas jóvenes y adolescentes constituyan una gran parte de la población del país, puede eventualmente significar para Costa Rica una ventana de oportunidad, conceptualizada también como bono demográfico¹⁷, el cual, para ser aprovechado requiere, entre otras cosas, del desarrollo de estrategias y planes de acción para la promoción de la salud y educación entre jóvenes y adolescentes, con el fin de potenciar las capacidades de estos sectores poblacionales. No obstante, en el país, estos grupos poblacionales enfrentan una serie de limitaciones que amenazan, entre otras cosas, el desarrollo pleno e integral de su SS/SR.

Esto se debe a que, como se expondrá en el apartado de relaciones causa-efecto, las/os jóvenes y adolescentes se enfrentan a una serie de limitaciones que las/os hacen vulnerables ante

.....
¹⁶ Esta referencia incluye segmentos poblaciones entre los 15 y 35 años de edad.

¹⁷ Esto significa que se da una disminución en la tasa de dependencia, por un ascenso en la productividad de la población ya que aumenta la cantidad de población en etapa de productividad respecto de la dependiente, es decir aquellos que no integran la población económicamente activa del país.

el ejercicio de prácticas riesgosas (voluntarias e involuntarias), prescindiendo de métodos anticonceptivos (MA) y de métodos de protección (MP), lo cual ha ocasionado diferentes situaciones como el embarazo no planeado en edades tempranas y la adquisición de ITS, realidades que les restringen el acceso a oportunidades de desarrollo humano y social.

En Costa Rica, se estima que en el año 2005, la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes¹⁸ (entre los 15 y 19 años de edad) fue más de 30 veces la tasa global (2,0), alcanzando 67,1 nacimientos por 1000 mujeres (Estado de la Nación, 2005: 68). Además aunque entre el año 2003 y el 2004 se da en el nivel nacional una leve disminución de los nacimientos totales entre madres adolescentes (pasando en el 2003 de 14.835 nacimientos a 14.792 en el 2004), en este último año un 19,85% de los nacimientos totales se presentó en mujeres entre los 15 y 19 años y parece que de cada 1000 nacimientos, 6,17 se presentaron en mujeres menores de 15 años (datos calculados a partir de la existencia de 72.247 nacimientos totales en el nivel nacional en el 2004) (Estado de la Nación, 2006).

Según datos de la Oficina de la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Educación Pública (MEP), en el año 2005, hubo 1.384 colegialas de instituciones públicas embarazadas, un 12% más que en el 2004 y un 121% más

que en el 2002 (Ávalos, Junio del 2006). Es decir, entre los años 2002 y 2005, la cantidad de mujeres embarazadas matriculadas en educación formal¹⁹ se incrementó en más del 100% (datos confirmados por la Lic. Rocío Solís²⁰, directora de la Oficina de la Niñez y la Adolescencia, 16 de Noviembre del 2006), situación que refleja la significativa presencia en nuestro país, de mujeres adolescentes embarazadas.

El embarazo en mujeres adolescentes, puede tener distintos efectos tanto en el nivel individual (para la vida de las mujeres adolescentes), como en el nivel social, por ejemplo, según se indica en el documento “Razones para invertir en los jóvenes como parte de una estrategia nacional de reducción de la pobreza”, “no tener un embarazo en la adolescencia significa también una mayor probabilidad de seguir estudiando y obtener niveles de instrucción más altos. Si están casadas, la evitación del embarazo en la adolescencia equivale a un mayor control de su fecundidad. Evitar el embarazo en la adolescencia puede significar también menos posibilidades de aborto y de complicaciones perjudiciales para la salud, causadas por un aborto en condiciones de riesgo; disminuye también la posibilidad de exclusión social” (UNFPA, s.f.).

Por otro lado, la transmisión de ITS y principalmente del VIH entre estos grupos poblacionales representa otra de las amenazas que condiciona las posibilidades de desarrollo humano de las/os jóvenes y adolescentes.

.....
¹⁸ Cabe señalar que esta proporción de nacimientos en madres adolescentes es un aspecto que, dada la disminución de la fecundidad en otros grupos etarios, ha incrementado su importancia en los nacimientos totales (Estado de la Nación, 2005: 68).

¹⁹ Debe aclararse que estos son datos que únicamente contemplan a mujeres matriculadas en el sistema de educación formal y es importante, por lo tanto, el desarrollo de investigaciones que reflejen la situación del embarazo no planeado entre mujeres que están fuera de la educación formal.

²⁰ Según cuenta la Lic. Rocío Solís, estos datos provienen del Departamento de Estadística del MEP y fueron facilitados a la Oficina de la Niñez y la Adolescencia para un estudio de caso sobre madres adolescentes y adolescentes embarazadas en el sistema educativo, iniciado en el 2005 y que aún está en proceso de elaboración.

Díaz, Garita, Sequeira, Campos y Muñoz mencionan que muchas de las personas, mayores de 25, que se encuentran en la etapa avanzada de la infección por VIH, adquirieron el virus siendo adolescentes (2005: 35) ;(Alvarado, Garita y Solano, 2003). Además en el 2004, el MINISTERIO DE SALUD (MINSALUD) registró una tasa de 4,6/100.000 (39 personas) con sida entre los 15 y 24 años, lo que comparativamente, representó un 43,3% del total de 90 casos de personas en la etapa avanzada de la infección por VIH (cifras preliminares). (CONASIDA, 2005: 31). Esto representa limitaciones no solo en el estado de salud en el nivel fisiológico, sino que además hay condicionamientos socioculturales, como la discriminación y el estigma dirigidos a personas con VIH, que afectan la salud psico-emocional de las personas con VIH y sus familias.

La realidad expuesta no solo evidencia el desarrollo de prácticas riesgosas (voluntarias o involuntarias) en materia de SS/SR, que contribuyen el aumento de embarazos no planeados y la transmisión de ITS, sino que además conllevan al desarrollo de traumas a nivel psico-emocional, lo cual restringe el ejercicio pleno de las capacidades de las/os adolescentes y jóvenes, agravando en algunos casos problemáticas sociales, tales como el traslado generacional de la pobreza²¹ y el estancamiento de sus proyectos de vida, situaciones que limitan las oportunidades de desarrollo humano y social.

● Relaciones causa-efecto:

La problemática planteada responde principalmente a una serie de condicionamientos en

el nivel social, cultural, político y económico, los cuales manifiestan la predominancia de una cultura adultocentrista, que invisibiliza los derechos de las/os jóvenes y adolescentes y limita el diseño y ejecución de estrategias, que prioricen el desarrollo humano y social de estos grupos poblacionales. Esta situación se considera como la causa estructural de la problemática expuesta, debido a que contribuye a que las/os jóvenes y adolescentes se encuentren, entre otras cosas, vulnerabilizadas/os frente al desarrollo de prácticas riesgosas en materia de SS/SR. Tal vulnerabilización puede observarse por tres situaciones que apelan a las causas inmediatas de la problemática expuesta, las cuales a su vez están condicionadas por otras causas subyacentes.

Primero, en Costa Rica las/os jóvenes y adolescentes tienen un limitado acceso a servicios de consejería y a servicios de salud que les aseguren una orientación adecuada y un mejor acceso a MA y MP. Estas limitaciones se deben principalmente a la baja cobertura de los servicios de salud entre población adolescente, siendo esta apenas de un 40% (Díaz, Garita, Sequeiro, Campos y Muñoz, 2005: 7).

La atención relacionada a la SS/SR se encuentra más condicionada según el género, sexo y grupo etario de las personas, ya que en el país no hay espacios amigables de consejería en materia de SS/SR, a los diferentes grupos poblacionales, debido a que prevalecen factores de tipo socio-cultural que deslegitiman el cuidado de la salud, y principalmente la SS/SR por parte de los hombres, jóvenes y adolescentes (hombres o mujeres). Entre estos factores de tipo socio-cultural se encuentra la tendencia a concebir la sexualidad y la reproducción como “un par indisoluble” (Rivera y Ceciliano,

.....
²¹ En un estudio que hace Collado durante el 2000 se encontró que “hay una asociación positiva entre el nivel de pobreza y la fecundidad adolescente. En un extremo el 49% de los segmentos categorizados como no pobres tienen baja fecundidad mientras que el 90% de los segmentos con carencias básicas de vivienda tienen alta fecundidad” (Collado, 2003: 27).

2004: 92), lo cual ha conllevado a que la atención se dirija principalmente a las mujeres en etapa reproductiva, desligando la responsabilidad de los hombres en el cuidado de la SS/SR de ellos mismos y de su pareja.

Garita indica en un estudio, que hay diferencias por género, en el cuidado de la salud principalmente la SS/SR, ya que en la construcción de roles de género, se tiende a responsabilizar a la mujer de la esfera reproductiva (Garita, 2001: 32) favoreciendo el desarrollo de estigmas que limitan a los hombres a acceder servicios de atención en SS/SR. Según este autor, “se espera que los hombres tomen riesgos, lo que lleva a que sean menos receptivos a los mensajes relacionales con el sexo seguro” (Garita, 2001: 27). Las mujeres por su lado, son consideradas como las que tienen todo que perder, ya que por un lado, puede ser hasta cuestionado su valor como persona, como mujer²² y por otro, el riesgo de quedar embarazada le da el papel de ser la principal o única responsable de cuidarse de un embarazo²³ (Rivera y Ceciliano, 2004: 115, 123).

Esto se profundiza si se es joven o adolescente, debido a la deslegitimación de las prácticas sexuales de estos grupos y también por la concepción de que la población joven y adolescente es sana biológicamente (Díaz, Garita, Sequeira, Campos y Muñoz, 2005: 7). Además, en el país, los servicios de salud y otros espacios de consejería no poseen funcionarias/os capacitadas/os en adolescencia y por lo tanto tienden a reproducir comportamientos discriminadores, que impiden el acceso amigable de las/os jóvenes y adolescentes a los espacios de consejería.

Segundo y ligado a lo expuesto en el primer aspecto, las/os jóvenes y adolescentes poseen información confusa, llena de estigmas y mitos sobre la sexualidad humana y el cuidado de la SS/SR por parte de los hombres y las mujeres (Rivera y Ceciliano, 2004: 101); Díaz, Garita, Sequeira, Campos y Muñoz, 2005: 29). En primer lugar, como se mencionó anteriormente, la sexualidad y la reproducción vistas como un par indisoluble, favorece al no uso de MA y MP, sino que además a que se difundan barreras socio-culturales en torno a la vivencia de la sexualidad humana por parte de las/os jóvenes y adolescentes. Y en segundo lugar, el manejo del tema de la sexualidad humana como un tabú impide el acceso libre a información clara y precisa, contribuyendo a que no se conozca sobre los DDHH vinculados a la SS/SR y los factores que amenazan la SS/SR.

Por ejemplo, resulta grave la escasa información que tienen las/os adolescentes sobre las distintas ITS. En un estudio de la CCSS, se menciona que la ITS más reconocida es el VIH (un 85% de las/os adolescentes la reconoce), no obstante, solo un 38,9% ha oído hablar de la gonorrea, un 28,9% de la sífilis y un 11,6% del herpes (Días, Garita Sequeira, Campos y Muñoz, 2005: 35). Según Garita, muchos de los hombres que no usaron MA en su primera relación sexual fue porque no tenían conocimiento; porque tuvieron dificultades para obtenerlos (los MA); por ambivalencia y temor a discutir asuntos sexuales con los adultos, incluyendo profesionales, etc. (Garita, 2001: 37).

Estas evidentes dificultades en el acceso a información y consejería sobre SS/SR, responden,

.....
22 “El valor, que nuestra cultura atribuye a la virginidad femenina, establece prácticamente una prohibición dirigida a la mujer, en cuanto a las relaciones fuera del contexto matrimonial” (Rivera y Ceciliano, 2004).

23 Observarse que la discusión tiende a enfocarse principalmente en la prevención del embarazo a destiempo, dejando de lado la prevención de ITS, principalmente aquellas que no son el VIH.

como ya se expuso anteriormente, a limitantes en el nivel de los servicios brindados en el país, a la presencia de condicionantes socioculturales alrededor del tema de la sexualidad (entre estos el impacto de los roles de género tradicionales en la SS/SR) y a la inexistencia de programas de educación para la sexualidad humana, que promuevan de forma amplia la SS/SR, por medio de estrategias basadas en el concepto de sexualidad sana (antes definido). Estas carencias en el nivel socio-cultural e institucional, contribuyen a que exista una pobre percepción sobre el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, lo que demuestra la existencia de un débil o carente enfoque preventivo (Fournier, 2005); (Rivera y Ceciliano, 2004: 106).

Tercero, otra de las amenazas que vulnerabilizan a las/os jóvenes y adolescentes y principalmente a las mujeres, es el alto riesgo de sufrir diferentes tipos de violencia sexual (el acoso, la explotación sexual y la violación); entre los 16 y 24 años se encuentra el período de edad que estadísticamente representa el mayor riesgo (Claramunt, 2000). Debe resaltarse que la violencia sexual aparte de afectar significativamente el estado psico-emocional de las personas, incrementa las posibilidades de adquirir ITS, tales como el VIH (Claramunt, 2000).

Según la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense, en Costa Rica parece haber una tendencia cada vez más temprana a la iniciación sexual. Situación

a la que se debe prestar atención ya que podría contribuir a que las/os jóvenes y adolescentes se encuentren más expuestas/os a situaciones que conlleven al desarrollo de prácticas riesgosas, debido a que tienen más limitaciones en el acceso a MA, información y conocimiento sobre la sexualidad humana, así como de las consecuencias de las relaciones sin protección, entre otras cosas. La iniciación temprana se da principalmente en regiones “relacionadas con espacios turísticos y portuarios” (Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega, 2001), lo que podría evidenciar otra situación de mayor exposición al desarrollo de prácticas riesgosas, la violencia y explotación sexual²⁴, de la que son víctimas algunas y algunos adolescentes y jóvenes, principalmente las mujeres²⁵.

Además, en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense, se indicó también, que además de la tendencia a la temprana iniciación sexual, hay una tendencia al sexo intergeneracional²⁶, lo que podría favorecer a una menor capacidad de negociación por parte de las mujeres, no solo por su condición de género, sino también por ser considerablemente menores que su pareja.

Las tres causas inmediatas mencionadas y algunas de sus respectivas causas subyacentes ya expuestas, parecen indicar la existencia de otras situaciones en el nivel subyacente. Por un lado, muchos de las/os jóvenes y adolescentes del país viven en condiciones contraproducentes para el desarrollo

24 “El riesgo de la infección por VIH después de tener sexo vaginal no forzado con un hombre infectado se estima que es de 0,1 a 0,2 % en cada acto, pero el sexo forzado puede en cambio cuatriplicar ese riesgo” (Family Health Organisation, vol. 23, No. 4).

25 Rivera y Ceciliano exponen que el 85% de la población que ha estado sometida a explotación sexual es femenina (Rivera y Ceciliano, 2004: 133). Collado por su parte indicó que el grupo de edad que sufre en mayor porcentaje la violencia intrafamiliar es el de 15 a 24 años (22,5%), seguido del grupo de 25-34 (20,5%) (Collado, 2003: 55).

26 Es decir, parte de las mujeres tendían a iniciar su actividad sexual con hombres mucho mayores que ellas (Vanegas, 2000: 90).

pleno de una sexualidad sana, tales como la pobreza, el lugar de residencia lejano de los centros de servicios de salud, la movilización poblacional (migración interna e inmigración), la deserción²⁷ en primaria y principalmente en secundaria, el trabajo informal y el desempleo²⁸, son algunas de las problemáticas que afectan significativamente a la juventud del país, agravando las posibilidades de acceso a servicios de salud, consejerías e información sobre el cuidado de su SS/SR y los DDHH vinculados a la misma.

Por otro lado, la existencia de estigmas socioculturales, que denotan una idea de juventud relacionada a la irresponsabilidad e incapacidad para la toma responsable de decisiones²⁹, limita a las/os jóvenes y adolescentes como sujetos de derechos, capaces de tomar decisiones sobre su cuerpo y vidas y de participar en la toma de

decisiones en los distintos ámbitos públicos y privados como la familia. Esto contribuye a que se dé una débil o ausente existencia de espacios de participación e incidencia de las/os adolescentes y jóvenes en la toma de decisiones, así como en la planificación, ejecución y evaluación de estrategias y acciones institucionales sobre temas que les atañen.

En el documento sobre el balance de la institucionalidad de la juventud en Costa Rica, realizado por el Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven, se indica que aunque, desde la aprobación del Código de la Niñez y la Adolescencia en el país (1998) hay un mayor enfoque de derechos humanos, generacional y de género, esto no es aplicado en todas las instituciones y ministerios del país, en los cuales existe aún una carencia en la capacitación de las/os funcionarias/

27 Según la última encuesta de hogares aplicada en el país, solo 77,5% de adolescentes entre 12 y 18 años asiste a la educación, el porcentaje que no lo hace es amplio y de los jóvenes mayores entre 18 y 24 años solo 23,4% asiste a la universidad (INEC, 2004), asimismo, 13,3% de los jóvenes entre 12 y 24 años no estudia, ni trabaja (Estado de la Nación, 2005: 76). La deserción escolar es uno de los principales problemas en términos de la educación en Costa Rica, a partir del segundo ciclo de la educación primaria la desescolarización aumenta: la tasa neta es en el primer ciclo del 100,6%, pero en educación diversificada es de 38,4%, además esto se agrava con el rendimiento en educación secundaria, ya que se calculó, en el 2002, que un estudiante tarda en graduarse (2002) 9,4 años, situación que puede favorecer a la deserción escolar, la cual pasó del 2003 al 2004 de 10,4% a 11,6%, alcanzando (la deserción) en el primer año de secundaria un 18,3% (Estado de la Nación, 2005: 87).

28 Las/os adolescentes y jóvenes del país, son los que más condicionantes presentan en términos de empleo. Según datos del Observatorio del Desarrollo, el PEA de 12 a 17 años alcanza a ser de un 3,48% y aunque parece mostrar una tendencia a disminuir, por zonas hay una participación diferenciada, la zona rural alcanza a tener un PEA juvenil de 5,41% y la zona urbana de 2,32% (Observatorio del Desarrollo, 2004). El último informe del Estado de la Nación indicó que las/os jóvenes y adolescentes tienen la mayor tasa de desempleo, un 17,2%, que casi dobla la tasa de desempleo nacional (la tasa de desempleo abierto nacional es aproximadamente de 6,2%), además los jóvenes entre 16 y 25 años representan a la mitad de los desocupados (Estado de la Nación, 2005: 92). Esto se agrava dentro de un panorama nacional tendiente a la precarización del empleo y al aumento del costo de la vida. Además la pobreza impacta fuertemente a este sector poblacional: en el 2004, 42.903 adolescentes y 14.844 jóvenes entre 20 y 24 años de edad estaban en condición de pobreza extrema (INEC, 2004), en este sentido, es importante señalar, que 3,7% (40.575) de las/os jóvenes y adolescentes entre 16-24 años son jefes/as de hogar (INEC, 2004).

29 En el estudio de la UNICEF, las personas adultas emiten distintas opiniones sobre lo que conceptualizan como adolescentes y jóvenes, en este sentido, entre algunas de las respuestas se encontraron que por adolescentes (personas de 13 a 18 años de edad) entendían a “persona inmadura y problemática a la que hay que señalarle cual debe ser su futuro y procurar que lo cumpla; ser humano que se encuentra próximo a la madurez y requiere aún de una atención responsable y respetuosa; Un ser que todavía no sabe lo que siente o lo que piensa y, por tanto, debe hacer caso de lo que le ordenan los padres o los adultos hasta que sea mayor de edad” (UNICEF: 18-19).

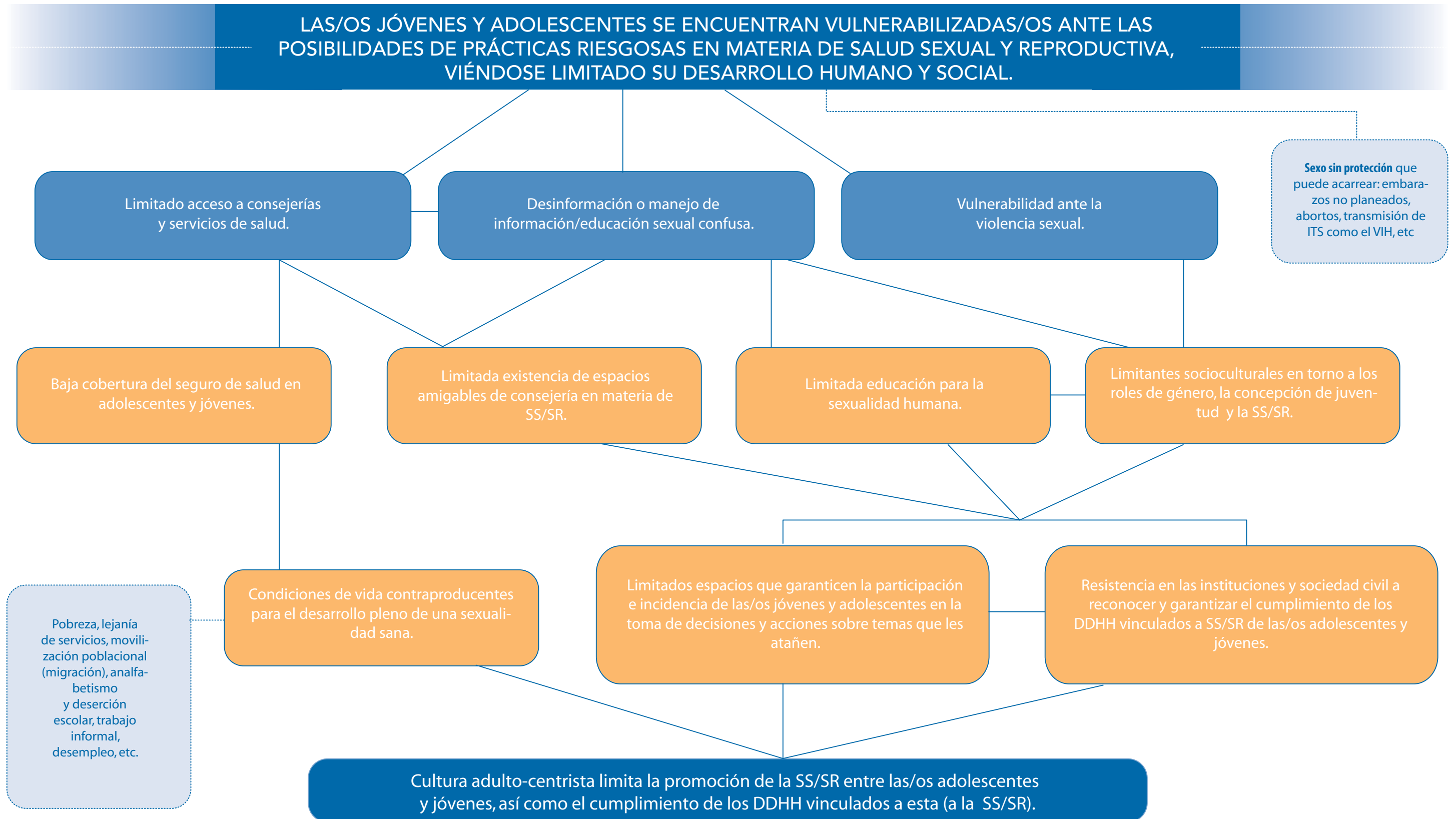
os sobre este respecto, quienes además atienden a poblaciones de todas las edades y son de cobertura nacional, viéndose limitados en la atención particular a jóvenes y adolescentes: “Todo esto dificulta la homogeneidad de enfoques y criterios, así como el cambio de paradigmas” (Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven, 2003: 46-48).

Finalmente, las situaciones planteadas mediante el documento manifiestan la resistencia institucional y de la sociedad civil a reconocer y garantizar el cumplimiento de los DDHH vinculados a SS/SR de los/as adolescentes y jóvenes. En este sentido, se identifica que no hay suficiente conocimiento por parte de titulares de deberes sobre la necesidad de promover el cuidado de la SS/SR y de los DDHH vinculados a esta. Además, hace falta un

enfoque de derechos y una divulgación adecuada de la legislación vigente en materia de juventud (Rodríguez, 2000) (Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven, 2003: 46-47) lo cual apela a que el tema no se ha priorizado en las agendas institucionales y otros sectores de la sociedad civil.

Por lo tanto, debe tenerse en cuenta, que la problemática planteada requiere de una respuesta social ampliada, ya que no solo impide a la población joven vivir una sexualidad sana y libre, sino que además, pone en peligro el acceso y aprovechamiento de las oportunidades y los proyectos de vida de las/os jóvenes y adolescentes del país, viéndose a la vez condicionado el aprovechamiento de la ventana de oportunidad que Costa Rica podría estar viviendo.

1.3.2 Árbol de problemas:





1.3.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.3.3.1 Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Familia</i>	Velar por la SS/SR de las/os adolescentes y jóvenes miembros de la familia, brindando información clara, oportuna a sus hijos sobre SS/SR y los DDHH vinculados a esta.	- Falta información sobre los DDHH vinculados a la SS/SR de las/os jóvenes y adolescentes. - Falta conocimiento sobre enfoque de adolescencia, juventud y género. - Falta eliminar prejuicios en torno a la sexualidad de las personas jóvenes.
	Respetar los DDHH vinculados a la SS/SR de las/os jóvenes y adolescentes	
<i>Municipalidad</i>	Habilitar espacios equitativos de comunicación para brindar información apropiada sobre derechos humanos y los vinculados a SS/SR.	- Faltan reales y eficientes mecanismos de participación ciudadana. - Falta de conocimientos sobre los derechos humanos y los vinculados a SS/SR, así como de apropiación de enfoque de equidad.
<i>Consejo de la persona Joven</i>	Coordinar con todas las instituciones públicas del Estado la ejecución de acciones que garanticen el cumplimiento de los derechos de las personas jóvenes, específicamente los relacionados a la SS/SR, procurando impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas jóvenes por parte de las entidades públicas y privadas y garantizar el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a esta población.	- Falta una eficiente y eficaz capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial para la aplicación de tales objetivos y políticas. - Falta priorizar el tema de la SS/SR de las/os adolescentes y jóvenes, así como de los DDHH en el contexto de esta temática.
	Apoyar e incentivar la participación de las personas jóvenes en la formulación y aplicación de líneas de acción relacionadas a la promoción de la SS/SR, por parte tanto de organismos internacionales como nacionales relacionadas con este sector.	

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Consejo de la persona Joven</i>	Promover la investigación sobre el tema y problemática de las personas jóvenes en relación a la sexualidad y la SS/SR.	- Falta priorizar en la agenda la distribución de los recursos de las instituciones vinculadas y colaboradoras de labor del Consejo de la juventud.
	Estimular la cooperación en materia de asistencia técnica y económica, nacional o extranjera, que permita la promoción de la SS/SR en la búsqueda del desarrollo integral de las personas jóvenes.	- Falta priorizar en agenda el tema de la SS/SR. - Falta capacidad de gestión para el logro de compromisos con organizaciones e instituciones en el nivel nacional e internacional.
<i>MINSALUD</i>	Velar porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, acceso a servicios amigables de prevención y tratamiento de la situación en salud de las/os jóvenes y adolescentes, en materia de SS/SR.	- Faltan mecanismos de control sobre los servicios de salud dirigidos a población joven. - Falta reconocimiento de necesidades propias de las/os jóvenes como grupos sociales heterogéneos.
	Garantizar la creación y el desarrollo de los programas de atención y educación integral sobre la salud sexual y reproductiva dirigidos a las personas jóvenes.	- Falta capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial eficiente y eficaz, para el diseño y ejecución de planes amigables a adolescentes y jóvenes en materia de SS/SR. - Falta la consolidación de un enfoque de equidad, de juventud y de DDHH vinculados a SS/SR, en todas las instancias del Ministerio e instituciones tuteladas por el mismo. - Falta priorizar el tema de la SS/SR en la agenda institucional.
	Adoptar las medidas que garanticen el desarrollo de las personas menores de edad en un ambiente sano.	- Falta capacidad para la eliminación de prejuicios sobre la sexualidad y la SS/SR, así como los DDHH vinculados a ella, de las/os jóvenes y adolescentes.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
CCSS	Promover y desarrollar en los y las adolescentes conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, mediante acciones de información, comunicación y educación para favorecer el ejercicio óptimo de su SS/SR.	- Falta que las personas funcionarias de las distintas instancias de la CCSS, conozcan sobre la SS/SR y los DDHH vinculados. - Falta sensibilizar a las personas funcionarias de las distintas instancias de la CCSS sobre un enfoque de juventud y equidad de género.
	Brindar a los y las adolescentes cuidados directos de su SS/SR por medio de las consultas de atención integral.	- Falta sensibilizar a las personas funcionarias de la CCSS encargadas de brindar atención a jóvenes y sus familias, sobre un enfoque de juventud, equidad de género y de DDHH vinculados a SS/SR.
	Capacitar a las personas funcionarias de los distintos niveles de la CCSS, en el procedimiento y enfoque óptimo para que brinden una atención de calidad y amigable a las/os jóvenes y adolescentes.	- Falta reconocer y superar los limitantes en la atención de jóvenes en materia de SS/SR. - Faltan recursos materiales, humanos y de tiempo, para otorgar procesos de capacitación y sensibilización sobre un enfoque de DDHH vinculados a la SS/SR, de juventud y de género.
	Promover la integración de la atención y el uso racional de los recursos, entre las distintas instancias gubernamentales que promocionan la SS/SR.	- Falta capacidad de gestión y coordinación (eficiente y eficaz) en el nivel interinstitucional e intersectorial, para el diseño y ejecución de planes amigables a adolescentes y jóvenes en materia de SS/SR, que sean sostenibles.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
MEP	Poner en ejecución los programas de educación sobre salud preventiva, sexual y reproductiva, que formule el ministerio del ramo.	- Falta autoridad para la implementación de programas de educación sobre la sexualidad y salud preventiva en materia de SS/SR, que contemplen alternativas en la toma de decisiones de las/os adolescentes y jóvenes. - Falta de priorizar fuertemente en los contenidos de los programas de estudios el tema de la SS/SR. - Falta capacitar a docentes en el enfoque de DDHH vinculados a SS/SR, procurando eliminar estigmas e información amenazante y confusa sobre el ejercicio de la sexualidad.
	Velar porque se respeten los DDHH de las/os adolescentes y jóvenes, sin importar su condición en SS/SR.	- Faltan mecanismos de supervisión y control del respeto de los DDHH de los jóvenes en los centros educativos e instancias afines.
	Denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas/os. Igual obligación tendrán autoridades y el personal de centros educativos o cualquier otro sitio en donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a estas personas.	- Faltan mecanismos de supervisión y control del respeto de los DDHH de los jóvenes en los centros educativos e instancias afines. - Falta fomentar conciencia sobre el abuso y violencia contra las/os adolescentes y jóvenes, que permita eliminar miedo y otros limitantes (como la falta de respaldo por parte de autoridades educativas), que obstaculizan la denuncia inminente de actos de este tipo.
	Desarrollar programas de educación sobre la sexualidad y la SS/SR integrales que involucren a padres de familia y comunidad en general.	- Falta priorizar en agenda las acciones institucionales y la distribución de recursos materiales.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Defensoría de los Habitantes</i>	Garantizar que se informe y eduque a todas las personas sobre los derechos sexuales y reproductivos de los que gozan.	- Falta reconocer la importancia de cumplir los derechos humanos y los vinculados a SS/SR, de las personas sin importar su edad y género. - Faltan reales y eficientes mecanismos de comunicación y participación ciudadana, que permitan reconocer las necesidades de los distintos grupos sociales.
	Monitorizar formal y constantemente que servicios de salud y educativos sean sensibles al enfoque de juventud y equidad y brinden atención óptima y oportuna.	- Faltan mecanismos de control de los servicios públicos dirigidos a promover la SS/SR.
	Garantizar el suministro MA de calidad.	
<i>PANI</i>	Reconocer, defender y garantizar los derechos humanos vinculados a la SS/SR de las/os adolescentes.	- Falta un reconocimiento de los DDHH vinculados a la SS/SR de las/os adolescentes.
<i>CONASIDA</i>	Gestionar sistemática y permanentemente las acciones que realizan las diferentes instancias nacionales e internacionales en el campo del VIH, como respuesta nacional ampliada a la epidemia.	- Falta reconocimiento de las particularidades y necesidades que tienen las/os jóvenes y adolescentes del país. - Falta conocimiento sobre la situación real del VIH y entre jóvenes y adolescentes. - Falta mayor liderazgo (y voluntad política) para la gestión de acciones coordinadas inter-institucionalmente, dirigidas a revertir la situación del VIH entre jóvenes y adolescentes.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Universidades</i>	Habilitar espacios de comunicación y diálogo para brindar información y consejería sobre la SS/SR, según las necesidades de la población, principalmente joven.	- Falta de conocimientos sobre los DDHH vinculados a SS/SR, así como de apropiación de un enfoque de equidad. - Faltan recursos económicos dirigidos a promocionar la SS/SR y aprovechamiento de los recursos humanos existentes.
	Brindar, promover e informar sobre los DDHH vinculados a SS/SR de los y las jóvenes, así como promover espacios de investigación al respecto.	- Falta articulación institucional e interfacultades para el desarrollo de acciones conjuntas.
	Promover que los currículos universitarios respondan a las necesidades en SS/SR de las diversas poblaciones del país.	- Falta priorizar el tema de la SS/SR en los programas de todas las carreras universitarias.
<i>Medios de comunicación</i>	Destinar el espacio necesario para incluir programas referentes de la enseñanza de tópicos y normas obligatorias de la SS/SR.	- Falta compromiso que permita priorizar el tema de la SS/SR como un tópico de trascendencia pública.
	Brindar información de calidad y oportuna sobre SS/SR, carente de estigmas y mitos socio-culturales.	- Falta de conocimientos sobre los derechos humanos y los vinculados a SS/SR, MA, con un enfoque de equidad.
<i>ONG's</i>	Promover la SS/SR de los y las jóvenes y apoyar la búsqueda del cumplimiento de los DDHH vinculados a la SS/SR por parte de la sociedad civil e instituciones gubernamentales.	- Faltan recursos humanos y materiales suficientes. - Falta de conocimientos (o aplicación de conocimientos) sobre los derechos humanos y los vinculados a SS/SR, MA, con un enfoque de equidad.
	Brindar apoyo por medio de capacitaciones, apoyo técnico, etc. a procesos de información y educación sobre la promoción de la SS/SR y los DDHH en este contexto.	

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Empresa privada</i>	Cumplir con la declaración respectiva real de la seguridad social de sus empleados/as, respetando los derechos humanos (laborales) de las/os jóvenes y adolescentes.	- Falta consciencia sobre la importancia del pago de la seguridad social. - Falta de honestidad a lo interno de las esferas administrativas y dueños de empresas, desligados de un enfoque de derechos humanos, solidaridad, etc. - Falta de compromiso respecto del bienestar de la sociedad en general.
	Respetar los derechos humanos y los vinculados a SS/SR de sus empleados, principalmente de las mujeres.	- Falta conocimiento y reconocimiento de la importancia de los derechos fundamentales, derechos humanos y los vinculados a SS/SR, de todas las personas sin importar su género, etnia, nacionalidad y edad.

1.3.3.2. Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Individuo (jóvenes y adolescentes)</i>	Ser considerados sujetos de derechos, especialmente los vinculados a la SS/SR, que deben ser tratados respetuosa y equitativamente.	- Falta que las/os jóvenes se reconozcan como sujetos de derechos, capaces de influir y participar directamente en la toma de decisiones vinculadas a temas que les atañen (particularmente por su SS/SR) y ejecución de estas.
	Que le garanticen el derecho a vivir libre de amenazas a su salud física y psico-emocional.	- Falta brindarles respaldo (en el nivel de seguridad, legal y judicial, otorgamiento de oportunidades, etc.) efectivo y tajante que procure eliminar factores que los hacen vulnerables al desarrollo involuntario de prácticas riesgosas.
	Tener acceso real a información y educación clara, no estigmatizante y oportuna sobre la sexualidad humana, los riesgos de las prácticas riesgosas y las vías de prevención.	- Falta conocimiento sobre sus DDHH vinculados a la SS/SR. - Falta de reconocimiento social de sus DDHH, específicamente los vinculados a la SS/SR, lo que genera limitaciones al reclamo libre de los derechos. - Falta vencer el miedo a enfrentar trabas socio-culturales en los distintos ámbitos de la vida social (nivel de pareja, familiar, amistad, institucional, etc.).
	Tener acceso a una atención amigable y responsable de su salud (SS/SR).	- Falta de conocimiento sobre los servicios dirigidos a promover la SS/SR. - Falta de reconocimiento social de sus DDHH, específicamente los vinculados a la SS/SR, lo que genera limitaciones al reclamo libre de los derechos.

1.3.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción.

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional, en términos de desarrollar acciones para promover la SS/SR y apoyar el cumplimiento de los DDHH vinculados a la SS/SR de las/os jóvenes y adolescentes, se propone en los próximos cuatro años:

- Promover el desarrollo de acciones coordinadas entre las distintas instituciones gubernamentales, ONG's, agencias de cooperación internacional y diversos sectores de la sociedad civil del país, orientadas a la generación de una respuesta social ampliada a la problemática de las/os jóvenes y adolescentes del país, respecto del desarrollo de prácticas riesgosas, de manera que se procure disminuir la vulnerabilidad que tienen con respecto de ellos.
- Apoyar por medio de estudios y procesos de capacitación sobre salud sexual y reproductiva, con un fuerte enfoque de derechos humanos (sexuales y reproductivos), equidad de género y edad y principio de universalización de servicios (con datos estadísticos demostrativos sobre la problemática, mundial, regional, nacional y sectorial), a equipos de funcionarios/as en las instituciones y organizaciones identificadas como responsables de tutelar deberes, que garanticen los derechos de las/os jóvenes y adolescentes en términos de SS/SR, procurando brindar un panorama que apele al cumplimiento de las necesidades de las/os adolescentes y jóvenes de las distintas regiones del país, es decir procurando brindar "servicios amigables".
- Apoyar en el desarrollo de mecanismos de recolección y actualización de datos cuantitativos y cualitativos sobre la situación de las/os adolescentes y jóvenes del país, considerando diferencias sectoriales, de género, etarias, étnicas, de origen (nacionalidad-migración) con el fin de proponer líneas de acción coherentes con las necesidades de las/os adolescentes y jóvenes como grupo social heterogéneo.
- Apoyar en la gestión de recursos con otros organismos internacionales y agencias de cooperación para la promoción de la SS/SR entre las/os jóvenes y adolescentes del país.
- Apoyar en el desarrollo de mecanismos adecuados y eficientes de control de los servicios prestados en las distintas instituciones del país, encargadas de promover y velar por la SS/SR de las personas, enfatizando en el cumplimiento de los DDHH vinculados a SS/SR y atención de las necesidades de grupos sociales particulares, específicamente las/os adolescentes y jóvenes.
- Apoyar brindando capacitaciones de sensibilización, dirigidas principalmente a hombres, sobre la importancia del cuidado de la salud propia y de la pareja, importancia del uso correcto de MA, procurando concienciar sobre las responsabilidades compartidas que se tienen respecto de la SS/SR.
- Apoyar procesos de sensibilización e información (como espacios de consejería y servicios amigables de centros de salud, educación, etc.) dirigidos a familias, padres de familia, comunidad sobre los DDHH vinculados a la SS/SR (especificando en las/os adolescentes como sujetos de derechos), aclaración científica de mitos socioculturales y promoción de un enfoque de prevención sobre el desarrollo de prácticas riesgosas (otorgando distintas alternativas de prevención).

1.3.5 Bibliografía

Ávalos (2006). “Colegialas siguen estudios con embarazo a cuestras”, en: Periódico La Nación, sección Nacionales, del domingo 11 de junio/2006. Confirmación de datos con la Oficina de la Niñez y la Adolescencia, del Ministerio de Educación Pública (MEP).

Badilla, Ana Elena. Igualdad y Equidad de Género, Prevención de la Violencia y VIH/SIDA en Fuerzas Policiales en América Latina y El Caribe. Estudio del caso de Costa Rica. UNFPA. San José: 2004.

Claramunt (2000) “Abuso Sexual en Mujeres Adolescentes” En Serie Género y Salud Pública. No. 9 Programa Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica.

Collado (2003). Diagnóstico General de la Población Joven. Documento preliminar (segundo informe preliminar).

Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven (2003). Balance de la Institucionalidad de la juventud en Costa Rica. Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven. UNFPA. 1a. ed. San José, Costa Rica.

Díaz, Garita, Sequeira, Campos y Muñoz (2005). Bases programáticas del PAIA. Costa Rica. PAIA-CCSS.

Family Health Organisation. Sexo no consensuado. Revista Network. USAID. Vol. 23, No. 4

Garita Arce, Carlos (2001). La construcción de las masculinidades: un reto para la salud de los adolescentes. CCSS, PAIA, OPS, OMS, UNFPA, ASDI. Costa Rica.

INEC (2004). Encuesta de hogares y propósitos múltiples.

INEC (2005). Encuesta de hogares y propósitos múltiples.

PNUD (2005). Informe Nacional del Desarrollo Humano en Costa Rica. Venciendo el temor: (In) seguridad ciudadana y desarrollo humano en Costa Rica. 1a. ed. San José, Costa Rica. PNUD, 2006.

Proyecto Estado de la Nación (2005). “Equidad e integración social”, en: Estado de la Nación, Cap. 2 Informe No. 11, San José, Costa Rica.

Quesada, Kenia. Adolescente: hablemos de salud sexual y reproductiva. Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA). Departamento de medicina preventiva. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Rivera, R. y Ceciliano Y. (2004). Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en CR.

Rodríguez, J. (2000). Programa Atención Integral de la Adolescencia. Caja Costarricense de Seguro Social: Una respuesta desde el Sector Salud a la Adolescencia Costarricense (ponencia).

UNFPA (s.f.). Razones para invertir en los jóvenes como parte de una estrategia nacional de reducción de la pobreza. Notas de consulta sobre población y reducción de la pobreza.

UNFPA (2003). Informe de la población mundial. Panorama general de la vida de los adolescentes.

UNFPA (2005). Estado de la población mundial: La promesa de igualdad. Página electrónica: www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch5/index.htm (Consultada en mayo del 2006).

UNICEF (1998). La percepción de los adultos costarricenses sobre los derechos de la niñez y la adolescencia. UNICEF Costa Rica y Segunda Vicepresidencia de la República. San José.

Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega (2001). Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica: múltiples Aristas, una tarea de todos y todas. 1a. ed. - San José, Costa Rica.

Valverde y Fallas (2001). Proyecto Prevención de Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica. British American Tobacco Central America (Batca). Programa Atención Integral de la Adolescencia (PAIA).

Vanegas, Juan Carlos (2001). “V. Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad”, en: Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. I Parte. PCP/INSA, UCR.



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.4. Incidencia del VIH

PROBLEMA:

Tendencia al aumento de la incidencia de la infección por VIH, principalmente en mujeres, adolescentes y jóvenes.



1.4.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

El análisis de la problemática del VIH requiere de algunas precisiones conceptuales importantes: en primer lugar, el VIH y el sida son conceptos que apelan a distintos significados, no obstante, en el discurso cotidiano y en algunos documentos que tratan sobre la temática, no se establecen las diferencias necesarias entre el significado de uno y otro término, lo cual provoca algunos sesgos de información y análisis.

El acrónimo VIH significa Virus de la Inmunodeficiencia Humana, causante de la enfermedad denominada sida. El término se utiliza para describir la fase en que se encuentran las personas infectadas por el VIH, que no han desarrollado aún síntomas ni signos de la enfermedad, es decir, pacientes asintomáticos. El acrónimo SIDA³⁰ significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se utiliza para referirse a la enfermedad, es decir, a la fase avanzada del VIH, esta es la última fase de la evolución de la infección³¹.

En Costa Rica la situación del VIH es estudiada principalmente a partir de la tasa de incidencia y la tasa de prevalencia del VIH y sida. La tasa de incidencia indica la proporción de personas que se infectan por el VIH durante un determinado período de tiempo, es decir los nuevos casos y la tasa de prevalencia muestran la proporción de personas con una enfermedad particular dentro

de una población dada en un momento dado (Chávez, 2003).

Debe agregarse que el conocimiento de la situación del VIH en el país es insuficiente, principalmente porque se refiere al registro (cantidad) de personas con VIH, aspecto que impide hacer un tratamiento exhaustivo del tema. El déficit de datos se presenta especialmente en la inclusión de información sobre adolescentes, adultos mayores, género, población móvil, migrantes temporales o permanentes.

Finalmente, el siguiente documento se enfocará en el problema de la transmisión sexual del VIH, debido a que esta forma de transmisión es la que comprende la mayoría de los casos de VIH existentes en el país (una mayoría con cifras significativamente altas: el 84,2% (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 8)). Por tal motivo, se le dará especial atención a la prevención del VIH, en el marco de la salud sexual y reproductiva (SS/SR).

- Fundamentación del problema:

En el último Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA, elaborado por ONUSIDA, se indica que desde 1980 hasta el 2005, habían fallecido en el mundo, 25 millones de personas (UNFPA, 2005: 3). En la actualidad la pandemia del VIH se extiende aproximadamente a casi 40,3 millones de

.....
³⁰ Por disposiciones de la OPS, expuestas en un documento sobre la "Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS", se utilizará de ahora en adelante la palabra SIDA en letras minúsculas (sida).

³¹ La definición de los acrónimos sida (en minúscula por disposiciones de la OPS), VIH ha sido tomada de la Ley General sobre el VIH.

personas; cada año se registra un aproximado de 4,9 millones de nuevas infecciones, de las cuales 700.000 son menores de 15 años (UNFPA, 2005: 3). En América Latina existen aproximadamente 1,8 millones de personas viviendo con VIH, con una diferencia entre el 2005 y el 2003 de 200.000 personas (UNFPA, 2005: 3) y las nuevas infecciones del VIH en el 2005 sumaron 200.000 casos, en promedio.

El desarrollo del VIH en el nivel mundial ha mostrado dos importantes tendencias: en primer lugar, aunque el virus comienza manifestándose predominantemente en hombres, se manifiesta una creciente feminización del VIH; las mujeres son más vulnerables a adquirir la infección³². Hoy casi la mitad de los 40 millones de personas con VIH son mujeres (UNFPA, 2005: 37); en segundo lugar, los/as jóvenes y adolescentes se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad³³ para la adquisición de la infección: casi una cuarta parte de las personas que viven con VIH tienen menos de 25 años de edad y, de los nuevos casos, los/as jóvenes y adolescentes alcanzan a ser la mitad (UNFPA, 2005: 51).

En Costa Rica los primeros casos de la etapa avanzada del VIH (sida) datan de la década de

los 80, se registran desde 1983 hasta el 2004 unos 3,196 casos (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 6). Entre 1983 y 1998 se muestra una tendencia ascendente en la incidencia tanto de personas con VIH como de personas en la etapa avanzada del virus, entre 1998 y el 2001 las tasas de incidencia del sida parecen disminuir (MINSALUD, CONASIDA, OPS y ONUSIDA, 2004: 8), quizá debido a la introducción del tratamiento antirretroviral (TARV), el cual colocó al país en el octavo puesto en el nivel latinoamericano de mejor distribución de tratamiento TARV (Consejo de Gobierno, 2004: 64), sin embargo, la incidencia del VIH parece continuar en ascenso.

En el 2003, ONUSIDA reveló que en el país había aproximadamente unas 12.000 personas viviendo con VIH; se estima una prevalencia del VIH de 0.6 en población de 15 a 49 años. En el 2004 se presentaron 266 nuevos casos de sida (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 6). En cuestión de una década la tasa de incidencia del sida aumentó en casi un 50%, en 1994 la tasa fue de 3,9 personas por 100.000 habitantes y en el 2004, alcanzó a ser de 6,3 por 100.000 habitantes (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 6).

.....
32 Según el último Informe sobre el Estado de la Población Mundial, las mujeres son más vulnerables a adquirir el VIH: “Fisiológicamente, las mujeres tienen probabilidades al menos dos veces mayores que los hombres de quedar infectadas con el VIH en las relaciones sexuales. Las mujeres y las niñas suelen estar mal informadas acerca de cuestiones sexuales y reproductivas y tienen mayores probabilidades que los varones de ser analfabetas. Suelen carecer de poder de negociación y de apoyo social para insistir en condiciones de mayor seguridad o para rechazar las propuestas sexuales. La violencia por motivos de género es un gran factor de riesgo para contraer el VIH. Además, la pobreza obliga a muchas mujeres a realizar trabajo sexual para su subsistencia o a entablar relaciones transaccionales que excluyen la utilización de condones. Con frecuencia, esas mujeres, por razones económicas, no pueden abandonar a su pareja, aun cuando sepan que el hombre está infectado o estuvo expuesto al contagio con el VIH. Algunas prácticas nocivas -la mutilación o corte genital femenino, el casamiento en la infancia y la práctica de “heredar a la viuda” (unión de la viuda con un pariente del esposo fallecido) agravan los riesgos que corren las mujeres- (UNFPA, 2005: 37).

33 Los y las jóvenes son más vulnerables a la infección por el VIH por una serie de razones como la desinformación, la alta prevalencia de mitos sobre las relaciones sexuales y el machismo. Además se reconoce que las mujeres jóvenes y niñas, son más vulnerables porque tienen menos capacidad de negociación sobre relaciones sexuales, son más propensas a la violencia y explotación sexual; las niñas pueden padecer de desgarres en las relaciones sexuales, aumentando el grado de transmisión (UNFPA, 2005: 51-52).

Las tendencias mundiales sobre el comportamiento del virus parecen repetirse en el país. En primer lugar, la llamada feminización del VIH comienza a manifestarse en Costa Rica desde 1994, cuando la brecha entre el porcentaje de hombres y mujeres con sida comienza a disminuir (MINSALUD, CONASIDA, OPS y ONUSIDA, 2004: 10); en 1992 la razón hombre-mujer con sida era de 12,9 hombres a 1 mujer, mientras que a finales de 1990 fue de 5,2 hombres a 1 mujer (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 8), es decir, aunque todavía el VIH se presenta predominantemente en los hombres³⁴, las personas de sexo femenino que viven con VIH han aumentado: para el 2004 el ONUSIDA indicó que de las 12.000 personas con VIH en el país, un 33% son mujeres entre los 15-49 años (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 6).

El incremento del VIH en mujeres es una problemática mundial, que en el nivel nacional requiere de atención, la existencia de mujeres que con VIH puede incurrir la transmisión perinatal, en la actualidad representa un 1,3% de los casos en el nivel nacional (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 8).

En segundo lugar, la etapa avanzada del VIH presenta la mayor tasa de incidencia entre los 25 y 39 años de edad, en el 2004 alcanza el 51,8% de los casos (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 12). Ahora bien, los/as adolescentes son en el país unos de los grupos poblacionales

donde el VIH ha tendido a incrementarse: en el 2004, un 19,8% del total de la población nacional tenía entre 15 y 24 años de edad, ese mismo año se registra una tasa de 4,6/100.000 (39 personas) en la etapa avanzada del VIH entre esas edades, comparativamente, esto representó un 43,3% del total de 90 casos de sida (cifras preliminares) registrados por el Ministerio de Salud (MINSALUD) en el 2004 (CONASIDA, 2005: 31). No existen datos sobre la prevalencia del VIH entre la población adolescente.

En el país, la distribución territorial de los casos de VIH parece mostrar una concentración principalmente en el Gran Área Metropolitana³⁵ (GAM), los cantones de Flores de Heredia, Tibás, Goicoechea y Montes de Oca de San José son los que presentan la mayor incidencia (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 7); así como las zonas fronterizas, especialmente en la Zona Norte, La Cruz, Peñas Blancas, San Carlos y Sarapiquí, así como Golfito y Corredores en la Zona Sur del país. Según el informe sobre la situación del VIH y sida en Costa Rica, esto puede deberse a que son zonas con una gran movilidad poblacional “no autorizada” e interfronteriza, en las cuales se desarrollan prácticas como el “trabajo sexual comercial, ...la explotación laboral, la discriminación e intolerancia local hacia estos grupos, los estigmas y creencias sobre el VIH/SIDA así como una fuerte desatención de la población móvil por parte del Estado” (MINSALUD, CONASIDA, OPS y ONUSIDA, 2004: 14-15).

34 “La población mayormente afectada es la de hombres que se declaran homosexuales, con un 44.72% de los casos en la etapa avanzada del VIH, seguido por un 15.71% de bisexuales” datos en el año 2001 (Red de ONG’s que trabajan en sida, 2002). Además según el PEN, 2006, de los casos de VIH transmitidos sexualmente en el país, un 44,3% fueron de HSH, un 24,8% de personas heterosexuales y un 15,5% de bisexuales (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 8).

35 Cabe aclarar que la identificación de una concentración de casos de sida en el GAM, puede responder al hecho de que la atención hospitalaria de PVVS está concentrada en Hospitales Nacionales, lo cual incide en el registro epidemiológico de los casos de VIH en etapa avanzada (sida).

- Relaciones causa-efecto:

Como se menciona al inicio del documento, en Costa Rica, la principal causa de transmisión del VIH, es la transmisión sexual, la cual representa el 84,2% de los casos, le sigue la transmisión perinatal con un 1,3% de los casos y finalmente la intravenosa (0,99%) (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 8). Por lo tanto, la significativa presencia de la transmisión sexual del virus, permite aseverar que en el país hay una fuerte tendencia a desarrollar prácticas sexuales riesgosas que limitan el cuidado de la SS/SR, lo cual entre otras cosas³⁶, demuestra que no hay un uso sistemático del condón durante las prácticas sexuales.

Esta situación responde a que las instituciones y diversos sectores sociales del país no han logrado otorgar una respuesta social ampliada y efectiva a la problemática del VIH en Costa Rica, vulnerabilizando a la población y principalmente a algunos grupos poblacionales más vulnerables. Esto se puede observar principalmente a partir de la existencia de tres causas inmediatas. Primero, en el país no se ha logrado superar la limitada percepción del riesgo de las relaciones sexuales sin protección. Según la última encuesta de salud reproductiva, el uso del condón disminuyó entre 1999 y 1993 en un 5%, aproximadamente solo un 11% de la población nacional es la que utiliza preservativos en sus relaciones sexuales (Chen, Rosero, Brenes, León, González y Vanegas, 2001: X). Además, en el informe del UNGASS del 2005, se indica que de la población homosexual

(que tiene sexo con otros hombres) casi un 40% no usa condones en sus relaciones sexuales (CONASIDA, 2005: 29).

Segundo, el acceso a la información, la educación sexual y métodos de prevención (MP) es desigual e insuficiente. Ocasionado, porque hay insuficientes campañas de información y educación de la sexualidad como respuesta frente a la epidemia del VIH, así como un débil sistema de información en centros de salud y educativos. En una encuesta realizada por el IDESPO se señaló que solo un 26,7% de la población recuerda alguna campaña sobre VIH realizada en el país³⁷, además señaló que aunque hay conocimiento del derecho a la información y educación sobre la sexualidad y el uso del condón para la prevención del VIH, entre otras cosas, la garantía de su cumplimiento es limitada (Vargas, 2005: 6-9).

Las restricciones en el cumplimiento del derecho a la información y la educación sobre la sexualidad humana (y con ella el tema del cuidado de la SS/SR, con especial énfasis en la prevención del VIH), responden principalmente al desigual acceso que existe en el país a los servicios de salud y consejería. En este sentido, debe destacarse que en Costa Rica la atención brindada en los servicios de salud carece de espacios de consejería en materia de SS/SR, prevaleciendo un modelo biólogo y clínico. Además el acceso a los servicios de salud es desigual, por un lado, en términos de la cobertura de la seguridad social, y por otro lado, porque hay entre las/os funcionarias/os barreras actitudinales, cargadas de estigmas y

.....
³⁶ Entre otras cosas porque la prevención del VIH no solo depende del uso del preservativo, sino que hay además, otras alternativas vías de prevención, tales como la abstinencia y la práctica de fidelidad mutua.

³⁷ Es hasta principios del 2006 que da inicio una campaña publicitaria informativa para la prevención del VIH; no obstante, ya hay algunos sectores, algunos ligados a la jerarquía de la Iglesia Católica, que aunque pro-mueven la abstinencia y la fidelidad, han expresado su rechazo a la promoción del uso del condón como alternativa de protección.

comportamientos discriminatorios, en el tema de lo relacionado a la SS/SR.

Sobre este último punto, debe destacarse la existencia de diferentes tipos de barreras socio-culturales en los servicios de salud. Por un lado, en relación a los roles de género, Garita expuso, a partir de un estudio realizado con hombres en Costa Rica, que en el cuidado de la SS/SR hay fuertes diferencias de género, porque en la construcción de los roles de género, se tiende a responsabilizar a la mujer de la esfera reproductiva (Garita, 2001: 32) favoreciendo al desarrollo de estigmas que limitan a los hombres a acceder a servicios de atención en SS/SR. Un ejemplo de ello, es que en el sector público se ha tendido a distribuir el condón en el contexto de la “planificación familiar”³⁸, restringiéndose el acceso principalmente a mujeres que van a consulta y por lo tanto, se tiende a excluir del acceso a hombres, así como a adolescentes y jóvenes³⁹ (Valverde, 2006).

En relación al grupo etario, las/os jóvenes y adolescentes, así como se observa en el ejemplo anterior, tienden a ser doblemente excluidos, no solo por su condición de género, sino que

además por su condición etaria. Esto se debe a que hay una serie de concepciones alrededor de la juventud, por ejemplo, se considera a la juventud como sana biológicamente, y por lo tanto no se fomenta el cuidado de su salud. Además suele considerarse a la juventud como irresponsable e incapaz de tomar decisiones responsables, con esto se violenta el derecho que tienen las/os jóvenes y adolescentes al ejercicio libre de su sexualidad⁴⁰, así como su acceso a formas alternativas en el cuidado de su SS/SR, etc.

Estos aspectos apelan a que las/os funcionarias/os de los servicios de salud del país no tienen suficiente capacitación sobre DDHH vinculados a la SS/SR y métodos de prevención, además cuentan con un débil o ausente enfoque de equidad de género y de juventud, lo que restringe las posibilidades de otorgar una atención no estereotipada, ni discriminadora, en especial frente a personas adolescentes, mujeres y homosexuales (UNFPA y OPEC, 2004).

Tercero, hay distintos grupos poblacionales que tienen una alta vulnerabilidad ante la violencia sexual (como el abuso, la explotación sexual), la cual eleva las posibilidades de transmisión del

.....
³⁸ Vale aclarar que la distribución del condón en el contexto de la planificación familiar, no responde a ningún condicionamiento propio de marco legal referido a la distribución de anticonceptivos, sino que es resultado de prácticas particulares de los/as funcionarios/as de los centros distribuidores, es decir, es más un problema de estigma sociocultural que legal.

³⁹ Se debe a que las consultas de planificación familiar son dirigidas principalmente a mujeres, esto tiende a excluir en la práctica a otros grupos poblacionales, como los hombres cuyas prácticas están socio-culturalmente condicionadas de acudir a servicios de salud (y por lo tanto los usan menos), además de que por tales condiciones socioculturales, los servicios no buscan integrarlos, y los y las adolescentes en quienes las prácticas sexuales no están legitimadas, viéndose socioculturalmente excluidos/as como sujetos de atención en servicios de consulta de planificación familiar. Vale agregar además la situación de las personas mi-grantes, entre las cuales se encuentran aquellas que por su condición de “ilegales” tienen más condicionan-tes en el acceso a servicios de salud.

⁴⁰ Entre otros estereotipos dirigidos a la juventud, cabe resaltar, que la deslegitimación de las relaciones sexuales prematrimoniales, contribuye a limitar el acceso de métodos de prevención y consejerías, que respondan a las necesidades, principalmente de estos grupos poblacionales. Tal tipo de actitudes son reforzadas desde el discurso de ciertas confesiones religiosas y posiciones conservadoras, opuestas al uso del condón como alternativa de prevención.

VIH⁴¹. Las mujeres⁴², adolescentes, niñas, niños y migrantes son algunos de estos grupos vulnerables, debido no solo a las barreras socioculturales que enfrentan, sino que además tienden a ser fuertemente impactados por problemáticas como la pobreza, la deserción escolar y el frecuente traslado residencial, entre otras, las cuales los exponen al desarrollo de prácticas riesgosas como el trabajo sexual, la violencia y explotación sexual.

Según Enamorado, las mujeres alcanzan a tener una capacidad de negociación sexual apenas del 60,7% (Enamorado, 2000: 23), y se ven más expuestas a sufrir violencia sexual. En este sentido, es importante considerar que los cambios en el comportamiento sexual de las personas, identificados en la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense, refuerzan esta vulnerabilidad. La tendencia a una cada vez más temprana iniciación sexual⁴³, podría contribuir a que las/os jóvenes y adolescentes se encuentren más expuestas/os a situaciones que conlleven al desarrollo de prácticas riesgosas, debido a que tienen más limitaciones en el acceso a MA, información y conocimiento sobre la sexualidad humana (Valverde, 2006), así como de las consecuencias de las relaciones sin protección, entre otras cosas. Otra de las tendencias identificadas fue que una gran parte de las mujeres, iniciaron su vida sexual con parejas que llegan hasta a doblar su edad, lo cual puede favorecer el débil control que tienen

estas mujeres sobre su comportamiento sexual y reproductivo (Vanegas, 2001).

Las causas inmediatas y algunas subyacentes mencionadas, apuntan a que hay en el país un fuerte desconocimiento y desatención de los DDHH vinculados a la SS/SR, esto puede estar ocasionado por otro tipo de causas subyacentes, colocadas en un nivel más estructural, tales como:

1. Hay un fuerte desconocimiento sobre la dimensión y variables de la situación del VIH en el país, debido a que no existe un registro exhaustivo de los casos existentes de VIH. En el informe del 2004 sobre la situación del VIH y sida en Costa Rica, se indica que según el diagnóstico situacional realizado en el 2002 por la CCSS, “se estima un gran subregistro en la cantidad de personas infectadas (superior a las 13.000) que no se están registrando” (MINSALUD, CONASIDA, OPS y ONUSIDA, 2004: 8). Esto apunta a debilidades propias del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE), el cual es caracterizado en el Plan Estratégico Nacional, como “de primera generación y pasivo”, debido a la lenta actualización de datos estadísticos y acceso real a la información (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 6).

41 “El riesgo de la infección por VIH después de tener sexo vaginal no forzado con un hombre infectado se estima que es de 0,1 a 0,2 % en cada acto, pero el sexo forzado puede en cambio cuatriplicar ese riesgo” (Family Health Organisation, vol. 23, nro. 4).

42 Rivera y Ceciliano exponen que el 85% de la población que ha estado sometida a explotación sexual es femenina (Rivera y Ceciliano, 2004: 133). Collado por su parte indicó que el grupo de edad que sufre en mayor porcentaje la violencia intrafamiliar es el de 15 a 24 años (22,5%), seguido del grupo de 25-34 (20,5%) (Collado, 2003: 55).

43 Según Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega, la iniciación temprana se da principalmente en regiones “relacionadas con espacios turísticos y portuarios” (2001), lo que podría evidenciar, otra situación de mayor exposición al desarrollo de prácticas riesgosas, la violencia y explotación.

Debe tenerse en cuenta que es hasta el 2003 que la declaración del VIH se considera obligatoria⁴⁴ (Consejo Social de Gobierno, 2004: 64), (CONASIDA, 2005: 30), en el 2006 el “proceso de sistematización de información mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MINSALUD” (MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA, 2006: 6) (CONASIDA, 2005: 30). Además, no existen estudios dirigidos a relacionar la situación del VIH con distintas temáticas, como la violencia contra las mujeres y la pobreza, entre otras cosas; esto limita que se pueda brindar una visión más integral y estratégica a la situación del VIH.

2. En Costa Rica, las acciones desarrolladas como respuesta frente a la epidemia del VIH han sido predominantemente paliativas, ya que se posiciona en el nivel regional como uno de los mejores países en la distribución de antiretrovirales (Consejo de Gobierno, 2004: 64); no obstante, esto muestra una gran debilidad en el desarrollo de líneas de acción integrales, con un fuerte enfoque biogistamedicalizado, sin un análisis sociocultural.
3. Hace falta dar prioridad y asumir responsabilidades en el tema de la SS/SR y la prevención del VIH por parte de los diferentes sectores sociales e institucionales, pero principalmente políticos. ONUSIDA/

CONASIDA identificó que en el país no existe un plan nacional de movilización de recursos disponible (principalmente en materia de prevención educación.), debido entre otras cosas, a la insuficiente voluntad política, tanto en el nivel nacional como en el de los socios en desarrollo (ONUSIDA/ CONASIDA, 2005). Además hay un limitado ejercicio del enfoque de DDHH vinculados a la SS/SR, en especial en las instituciones de gobierno encargadas de velar por el desarrollo de procesos de educación, información y sensibilización para la prevención del VIH. A pesar de la existencia del CONASIDA, es hasta que se produce la declaración de los Objetivos del Milenio y el acuerdo de UNGASS de ONUSIDA (junio del 2001) que el tema del VIH adquiere mayor preponderancia en el país.

4. A pesar de las deficiencias mencionadas en la respuesta nacional a la situación del VIH, debe reconocerse que en el país se han desarrollado importantes iniciativas como la declaración de la Ley General del VIH, actualmente en proceso de reforma; la distribución del TARV, la creación y funcionamiento del CONASIDA; la ejecución de pactos en el nivel internacional, como el UNGASS. Además las organizaciones de la sociedad civil, han contribuido por medio del desarrollo de variadas iniciativas principalmente en términos preventivos⁴⁵. No obstante

.....
⁴⁴ En la Ley General sobre el VIH, promulgada en 1998, se plantea la declaración obligatoria del VIH en el país, no obstante esta declaración solo fue efectiva en casos de VIH en etapa avanzada y es hasta el Decreto No. 30945-S publicado en La Gaceta No. 18 del 27 de enero del 2003 que se establece la obligatoriedad de reportar casos de infección por el VIH.

⁴⁵ Como por ejemplo: la elaboración de manuales en SS/SR, talleres para privados de libertad sobre el tema, las acciones desarrolladas por el CIPAC en la apertura de espacios electrónicos (ON-LINE) y telefónicos (Línea gratuita 800) de consulta en relación al tema de sexualidad y VIH, así como la colocación de dispensadores de condones en centros de socialización, la distribución de la revista SER+ de ASOVIHSA, entre otras cosas (CONASIDA, 2005).

tales avances, las acciones desarrolladas se han caracterizado por ser atomizadas y desarticuladas⁴⁶, lo cual impide la realización de programas de acción conjuntos, debido a la fragmentación de las iniciativas, limitando el desarrollo de una visión integral de la problemática (Valverde, 2006). Además contribuye a que el tema del VIH no se muestre priorizado en la agenda de varias instituciones, lo que limita el acceso⁴⁷ a recursos financieros para el desarrollo de acciones preventivas tanto

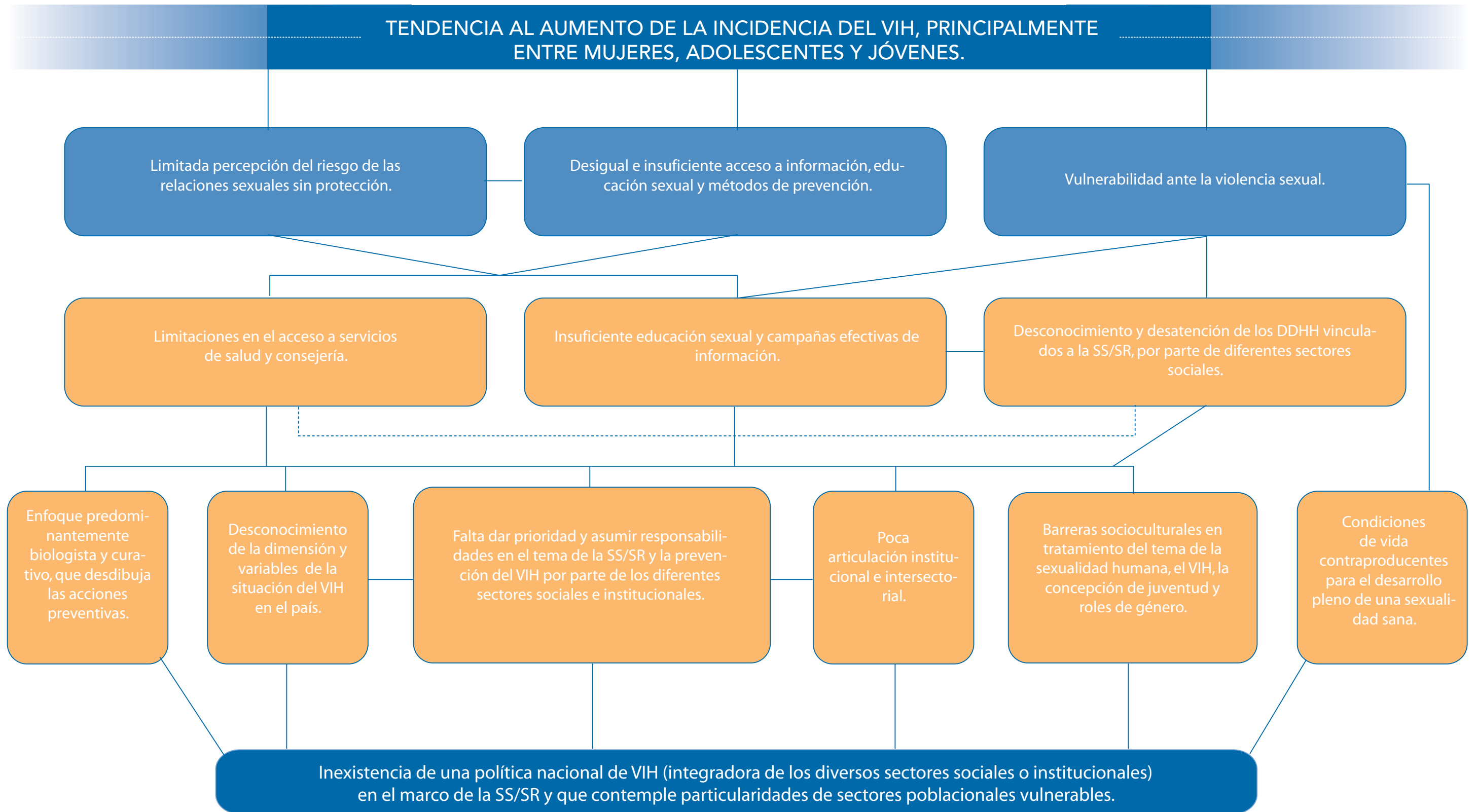
en el nivel de atención en salud como en educación e información.

La situación planteada apunta a que en Costa Rica no existe una política nacional de VIH (integradora de los diversos sectores sociales e institucionales) en el marco de la SS/SR y que contemple particularidades de sectores poblacionales vulnerables, la cual promueva una respuesta nacional ampliada a la situación del VIH, sostenible a largo plazo y que supere la atomización de estrategias de acción.

⁴⁶ La baja articulación se refiere a la falta de comunicación existente no solo en el nivel de instituciones gubernamentales y ONG's, sino también con los distintos sectores de la sociedad civil, como las familias, la iglesia católica, el sector empresarial, etc.

⁴⁷ El bajo acceso a recursos puede deberse también a la reciente atención (débil voluntad política) puesta en el país al tema del VIH.

1.4.2 Árbol de problemas:



1.4.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.4.3.1 Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
Familia	Promover espacios de diálogo horizontal sobre sexualidad humana, VIH y otras enfermedades transmisibles, MP y riesgo de no utilizar MP.	Falta de información y educación efectiva sobre sexualidad humana, DDHH en el contexto de SS/SR, VIH.
	Asegurar un ambiente no discriminatorio a los/as miembros/as de la familia que viven con VIH.	Falta de conocimiento de los derechos que le asisten a las personas que viven con VIH.
	Brindar apoyo material y emocional a familiares que viven con VIH.	Falta de recursos para brindar apoyo material y emocional a familiares que viven con VIH. O personas con VIH.
Municipalidad	Habilitar espacios equitativos de comunicación para brindar información apropiada para la prevención.	- Falta de conocimiento sobre los DDHH vinculados a SS/SR y la magnitud del problema del VIH. - Faltan reales y eficientes mecanismos de participación ciudadana.
MINSALUD	Garantizar la adopción de políticas de prevención y atención del VIH, integral y equitativa, prestando atención a las particularidades de las poblaciones vulnerables.	- Falta priorizar el tema de la SS/SR en la agenda institucional (particularmente sobre VIH). - Faltan recursos materiales, técnicos y humanos, para conocer profundamente la situación del VIH, así como para diseñar acciones preventivas integrales y equitativas.
	Informar oportunamente a la población sobre los DDHH vinculados SS/SR de los que gozan, la problemática del VIH, así como dictar normas técnicas de salud y declarar el estado de peligro de epidemia.	- Falta la consolidación de un enfoque de equidad y de DDHH vinculados a SS/SR, principalmente en las instancias administrativas del Ministerio. - Faltan mecanismos de control sobre el impacto real de las políticas sobre SS/SR existentes, apuntando a una actualización integral constante.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
MINSALUD	Promover acciones interinstitucionales que respondan a las necesidades y derechos ciudadanos.	- Falta capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial, que fomente la participación ciudadana, para la prevención y control del VIH.
CCSS	Brindar información para la promoción de la salud, dirigida principalmente a la prevención del VIH, desarrollando espacios de consejerías amigables en SS/SR para los/as adolescentes y jóvenes.	- Falta priorizar el tema en la agenda institucional. - Falta sensibilización en DDHH vinculados a la SS/SR, con enfoque de equidad de género. - Falta eliminar estigmas y prejuicios existentes entre los/as funcionarios/as de los centros de salud, respecto a la sexualidad humana, especialmente lo que se refiere a jóvenes y adolescentes.
	Brindar atención médica integral, equitativa, no discriminatoria, universal y efectiva, además de suministrar equitativamente MP efectivos y variados.	- Faltan recursos materiales y humanos capacitados para atender centros de salud. - Falta conciencia de la problemática que se origina por el suministro inequitativo y estereotipado de MP, por parte de instancias administrativas y demás funcionarios/as.
	Comunicar el registro de personas que viven con VIH en el país.	- Faltan adecuados y exhaustivos mecanismos de control de la declaración del VIH y estimaciones en el nivel nacional referidas a lo mismo.
	Suministrar equitativamente el Tratamiento y terapia Antiretroviral (TARV).	- Falta conocer profundamente la problemática de VIH en el país, principalmente en poblaciones de jóvenes y adolescentes.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>MEP</i>	Desarrollar y garantizar el cumplimiento (en los distintos niveles de educación, incluida la capacitación de funcionarios/as de centros de salud) de un plan estratégico preventivo de información y educación integral, de la sexualidad, DDHH, VIH y MP, procurando promover los conceptos de responsabilidad compartida y solidaridad.	- Falta priorizar el tema en la agenda institucional. - Faltan conocimientos (en el nivel de administración, docentes, etc.) sobre la problemática nacional respecto del VIH y sobre DDHH vinculados a SS/SR con enfoque de equidad. - Falta capacidad de coordinación interinstitucional e intersectorial y fomento de la participación ciudadana (docentes, estudiantes, familias, etc.).
	Garantizar espacios no discriminatorios.	- Faltan mecanismos de control sobre el otorgamiento de espacios no discriminatorios. - Falta realizar un trabajo efectivo de promoción de los DDHH vinculados a SS/SR.
<i>MTSS</i>	Velar por el respeto de los derechos de las PVVS, en el sector público y privado.	- Falta de conocimiento sobre los DDHH en el contexto de SS/SR y la magnitud del problema del VIH. - Faltan mecanismos efectivos de control, que aseguren el respeto a los derechos de las personas y el cumplimiento de la Ley 7771, tanto en el sector público como privado.
	Cumplimiento de la Ley 7771, que contempla el respeto de la voluntariedad de las pruebas de VIH.	
<i>Defensoría de los Habitantes</i>	Garantizar que se informe a todas las personas sobre los derechos sexuales y reproductivos de los que gozan.	Falta reconocer la importancia de cumplir los DDHH vinculados a SS/SR de las personas, sin importar su edad y género.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Defensoría de los habitantes</i>	Garantizar servicios y suministro de MP y TARV de calidad, en centros de salud y educación encargados de promover la SS/SR (según corresponda), que sean coherentes con las necesidades de los distintos grupos sociales.	- Faltan eficientes mecanismos de control de los servicios públicos y privados dirigidos a promover la SS/SR, así como para promover la comunicación y participación ciudadana.
<i>CONASIDA</i>	Gestión sistemática y permanente de las acciones que realizan las diferentes instancias nacionales e internacionales en el campo del VIH, para la reducción de la epidemia.	- Falta de un mayor liderazgo en el nivel interinstitucional para la gestión de acciones en el campo del VIH.
<i>Medios de comunicación</i>	Generar información y espacios de enseñanza de tópicos y normas obligatorias relativas a la SS/SR.	- Falta de compromiso para priorizar el tema de la SS/SR como un tópico de trascendencia pública, ciudadana.
	Brindar información de calidad y oportuna sobre SS/SR, carente de estigmas y mitos socioculturales (con un abordaje y cobertura ética, preventivo, no estigmatizante, ni discriminatorio sobre el VIH).	- Falta de conocimientos sobre los DDHH en el contexto de la SS/SR y MA, con un enfoque de equidad. - Faltan mecanismos reales y efectivos de control ético sobre la información brindada, de manera que se garantice que esta carezca de estigmas y mitos socioculturales.
<i>Universidades</i>	Habilitar espacios de comunicación y diálogo con información y consejería para la prevención del VIH, existencia, uso y aplicación del MP de preferencia, según las necesidades de la población, principalmente joven y adolescente.	- Falta de conocimientos sobre los DDHH vinculados a SS/SR, así como de apropiación de un enfoque de equidad.
	Proporcionar un ambiente no discriminatorio, promocionando el respeto de los DDHH, vinculados a SS/SR.	- Faltan recursos económicos dirigidos a promocionar la SS/SR.
	Brindar espacios de investigación, canales de información y educación.	- Falta aprovechamiento de los recursos humanos existentes. - Falta priorizar el tema de la SS/SR en los programas de todas las carreras universitarias. - Falta articulación institucional e interfacultades para el desarrollo de acciones conjuntas.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>ONG's</i>	Apoyar el desarrollo de acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH.	- Faltan recursos económicos. - Falta que se consolide el enfoque de derechos humanos, DDHH en el contexto de la SS/SR y de equidad.
	Habilitar espacios de comunicación con información apropiada para la prevención, tratamiento, etc.	- Falta articulación institucional para el desarrollo de acciones conjuntas.
<i>Agencias de cooperación internacional</i>	Impulsar y fomentar el respeto de los DDHH, la aplicación del marco jurídico internacional en el tema y apoyar técnica y financieramente las acciones del país en la materia.	- Faltan más recursos económicos y humanos dedicados a este campo. - Falta mayor comunicación y coordinación programática, inter-agencial, en este campo. - Falta capacidad para la comunicación del marco jurídico sobre el cual se sustenta la promoción y la atención del VIH.
<i>Empresa privada</i>	Cumplir con la declaración respectiva y real de la seguridad social de sus empleados/as y con la Ley 7771, dirigida al respeto de la voluntariedad de las pruebas de VIH.	- Falta responsabilidad en el pago de la seguridad social. - Falta de mayor respeto a la Ley 7771, especialmente durante la selección del personal.
	Respetar los derechos humanos y los relacionados con SS/SR de sus empleados, sin importar la edad, género, nacionalidad, etnia o estado de salud.	- Falta de honestidad en lo interno de las esferas administrativas y dueños de empresas, desligados de un enfoque de derechos humanos, solidaridad, etc.
	Capacitar e informar a todo su personal sobre los DDHH vinculados a la SS/SR, VIH, etc. promoviendo el respeto y no discriminación de las PVVS.	- Falta conocimiento y reconocimiento de la importancia de los derechos fundamentales, DDHH vinculados a la SS/SR de todas las personas sin importar su género, etnia, nacionalidad y edad.
	Contribuir al suministro equitativo de MA efectivos y variados.	

1.4.3.2 Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>PVVS</i>	Tener acceso oportuno a información y educación sobre el VIH y su tratamiento, sus DDHH vinculados a la SS/SR y MP.	- Falta información sobre sus derechos sexuales y reproductivos. - Falta de conocimiento sobre los servicios dirigidos a promover la SS/SR.
	Poder desarrollar prácticas sexuales seguras.	- Falta de reconocimiento social de sus DDHH vinculados a SS/SR lo que genera limitaciones al reclamo libre de los derechos.
	Tener acceso oportuno a atención de calidad en todos los centros de salud.	- Falta vencer el miedo a enfrentar trabas socioculturales en los distintos ámbitos de la vida social (nivel de pareja, familiar, amistad, institucional, etc.).
<i>Población en general</i>	Que se les respeten todos sus derechos fundamentales y DDHH vinculados a la SS/SR.	- Falta toma de conciencia sobre la importancia de vigilar el estado de salud de cada persona.
	Tener acceso oportuno a información y educación sobre la sexualidad humana, riesgos de transmisión de ITS como el VIH, DDHH vinculados a la SS/SR y MP.	- Falta información sobre sus derechos sexuales y reproductivos. - Falta toma de conciencia sobre riesgos de las relaciones sexuales sin protección y no aplicación de otros MP.
	Poder desarrollar prácticas sexuales seguras.	- Falta toma de conciencia sobre la importancia de vigilar el estado de salud de cada persona.
	Tener acceso oportuno a atención de calidad en todos los centros de salud (acceso a condones, pruebas, etc.).	- Falta de reconocimiento social de sus DDHH vinculados a la SS/SR, lo que genera limitaciones al reclamo libre de los derechos.
	Que se les respeten todos sus derechos fundamentales DDHH vinculados a la SS/SR	- Falta vencer el miedo a enfrentar trabas socio-culturales en los distintos ámbitos de la vida social (nivel de pareja, familiar, amistad, institucional, etc.) para dialogar, solicitar consejería y información sobre SS/SR, utilización MP, etc.

1.4.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción.

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional, en términos de dar respuesta a la epidemia del VIH, se propone en los próximos cuatro años:

- Apoyar el fortalecimiento del CONASIDA como una instancia intersectorial, con liderazgo para el desarrollo de la respuesta nacional frente al VIH.
- Apoyar, por medio de capacitaciones y estudios, a funcionarios/as del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el desarrollo de mecanismos de recolección de datos cuantitativos y cualitativos, sobre la situación del VIH en el país, considerando diferencias sectoriales, de género, etarias, étnicas, de origen (nacionalidad-migración), estado de salud, embarazo, etc.
- Apoyar investigaciones sobre la situación del VIH en jóvenes, mujeres, migrantes, (indígenas, adultos mayores, entre otros grupos poblacionales) en el país, haciendo hincapié en los condicionantes socioculturales y económicos de estas poblaciones.
- Apoyar el desarrollo de acciones orientadas a la generación de una respuesta social ampliada, que involucre distintos sectores incluyendo los religiosos y la empresa privada.
- Apoyar procesos de capacitación sobre salud sexual y reproductiva, con un fuerte enfoque de derechos humanos (especialmente los vinculados a SS/SR), equidad, juventud y principio de universalización de servicios (con datos estadísticos demostrativos sobre la problemática, mundial, regional, nacional y sectorial), procurando sensibilizar sobre el riesgo de las relaciones sexuales sin protección y de la atención inequitativa, a equipos de funcionarios/as en las instituciones y organizaciones identificadas como responsables de tutelar deberes, que garanticen los derechos de personas que viven y no viven con VIH en el país, con el objetivo de que ellos contribuyan a la difusión del mensaje entre niños/as personas jóvenes, adultos, adultos mayores (familias) tanto nacionales como migrantes.
- Apoyar el desarrollo de modelos de intervención (educativos, en salud, etc.) que tengan características innovadoras y de eficiencia y eficacia procurando el desarrollo de acciones de consejería amigables y distribución de métodos de prevención específicos para la lucha contra el VIH, con un fuerte enfoque de equidad de género y un fuerte peso del principio de universalización de servicios, en EBAIS o centros de salud (la idea es sensibilizar a instituciones como el MINSALUD, CCSS de brindar métodos de prevención sin apelar al título de planificación familiar), así como apoyar el desarrollo de espacios de sensibilización en DDHH vinculados a la SS/SR, MP, etc., de población usualmente excluida de espacios de consejería e información como los hombres, adolescentes, jóvenes, migrantes.
- Apoyar en la gestión de recursos con otros organismos internacionales y agencias de cooperación para la atención del VIH.



1.4.5 Bibliografía.

Aguilar Vera y Badilla Ana Elena. “Diagnóstico de actualización del marco jurídico costarricense sobre VIH/SIDA”. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Documento de manejo interno, UNFPA.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1998). “Ley General sobre el VIH-SIDA: 7771”. Departamento de Servicios Parlamentarios. Unidad de Actualización Normativa.

Badilla, Ana Elena. “Análisis comparativo del marco jurídico de los países centroamericanos sobre VIH/SIDA”. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH). Inédito. Noviembre 2005.

CONASIDA/ONUSIDA. “Plan Nacional Estratégico para el abordaje del VIH/SIDA”. Documento borrador. Agosto-2004.

CONASIDA (2005). “Informe de respuesta de país a los compromisos asumidos en UNGASS. Informe Final de Costa Rica”. Diciembre, 2005.

Consejo Social de Gobierno (2005). Primer Informe de Costa Rica sobre el avance del país en su cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Sistema de Naciones Unidas. Costa Rica.

Documentos. Base de trabajo. Propuestas para la construcción de una agenda del UNFPA-CR, con base en los ODM. Documentos de manejo interno, UNFPA. 2006.

Grant, Sánchez y Ureña (2005). “Evaluación de Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva con énfasis en la Prevención y Atención del VIH/SIDA”. Supervisado por Valverde y Navarro. Defensoría de los Habitantes – Fondo OPEC-UNFPA.

MINSALUD, CONASIDA, ONUSIDA (2006). Plan Estratégico Nacional para la prevención atención y asistencia al VIH/SIDA. San José, Costa Rica.

ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Cuarto informe mundial. Página electrónica: www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_00_sp.htm (Consultado mayo 2006).

ONUSIDA/CONASIDA (2005). “Consulta nacional preliminar”. (Esta consulta fue realizada en conjunto con las organizaciones que componen al CONASIDA, no obstante, está pendiente la consulta nacional ampliada). Inédito.

OPEC/UNFPA (2004). Proyecto: Facilitando condiciones y estilos de vida saludables: jóvenes en situación de exclusión social. Costa Rica”. Documento de contextualización por temas y poblaciones. Costa Rica.

Red de ONGs que trabajan en SIDA (2002). Informe de la situación de los DDHH y el VIH/Sida en Costa Rica. Documento de denuncia presentado ante la Defensoría de los Habitantes, Costa Rica. En línea: <http://www.laccaso.org/> (Consultada en septiembre del 2006).

Rivera, R. y Ceciliano Y. (2004). Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en CR. San José, Costa Rica.

Rodríguez, J. (2000). Programa Atención Integral de la Adolescencia. Caja Costarricense de Seguro Social: Una respuesta desde el Sector Salud a la Adolescencia Costarricense (ponencia).

UNFPA (2003). Nuestra población. Retos y oportunidades. Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José, Costa Rica.

UNFPA (2004). “Informe de la población mundial”.
En: www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch8/index.htm (Consultado mayo 2006).

UNFPA (2005). “Informe de la población mundial”.

USAID (2003). El VIH y el SIDA en Costa Rica y la intervención de USAID.

Valverde, Óscar (2006). “El VIH/SIDA: una amenaza”. Documento de apoyo al Proyecto Manos a la Obra. UNFPA-OPEC-UNFPA. San José, Costa Rica.

Vargas Ruiz, Rodrigo (2005). Conocimientos sobre VIH/SIDA de la población costarricense. Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) Con apoyo de UNA, CCSS y MEP. Costa Rica.



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.5. Cáncer en los órganos sexuales reproductivos

PROBLEMA:

Elevada incidencia del cáncer en órganos de reproducción (femeninos y masculinos).



1.5.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

El cáncer de cuello uterino (CaCu) es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento). Este tipo de cáncer suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentren células cancerosas, los tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como displasia) (Véase: <http://www.geosalud.com>). La presencia de CaCu se puede detectar, en etapas tempranas, por medio de la toma de una muestra de células descamadas del cuello del útero, conocida como examen de Papanicolaou (Pap). “El CaCu se comporta epidemiológicamente como una enfermedad de transmisión heterosexual y que posiblemente alguno o algunos agentes biológicos pueden ser necesarios para desencadenar el proceso de malignización de las células del cuello del útero” (Álvarez, 1998: 3).

El cáncer del seno, un cáncer común en las mujeres, es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos de la mama. Cada mama tiene entre 15 y 20 secciones llamadas lóbulos, los cuales a su vez se dividen en secciones más pequeñas llamadas lobulillos. Los lóbulos y lobulillos se conectan por tubos delgados llamados conductos. El cáncer intraductal, el tipo de cáncer más común del seno, se encuentra en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o lobulillos se llama cáncer lobular. El cáncer lobular es el tipo de cáncer que con más frecuencia afecta a los dos senos. El cáncer inflamatorio del seno es un tipo de cáncer poco común (Véase: <http://www.geosalud.com>).

El cáncer de la próstata, es una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en la próstata. La próstata, una de las glándulas sexuales masculinas, está ubicada exactamente debajo de la vejiga (el órgano que recoge y vacía la orina) y enfrente del recto (la parte inferior del intestino) y tiene aproximadamente el tamaño de una nuez. Rodea parte de la uretra, el tubo que transporta la orina de la vejiga al exterior del cuerpo. La próstata produce el líquido que se convierte en parte del semen, el líquido blanco que contiene espermatozoides. El cáncer de la próstata se da con mayor frecuencia en hombres mayores. A medida que pasan los años, la próstata puede aumentar de tamaño y bloquear la uretra o la vejiga, pudiendo así causar dificultad para orinar o interferir con las funciones sexuales. Este trastorno se llama hiperplasia prostática benigna (BPH) y, aunque no es un cáncer, puede corregirse con una cirugía. Los síntomas de la BPH o de otros problemas en la próstata pueden ser similares a los síntomas del cáncer de la próstata (Véase: <http://www.geosalud.com>).

- Fundamentación del problema:

Aunque a menudo el cáncer se considera un problema que afecta principalmente al mundo desarrollado, en realidad más de la mitad de todos los tumores malignos se producen en los países en desarrollo. En los países desarrollados, el cáncer es la segunda causa más frecuente de muerte y los datos epidemiológicos indican la aparición de una tendencia similar en los países en desarrollo (OMS, 2004: xii).

“En los hombres, el cáncer de pulmón y el de estómago son las neoplasias malignas más comunes en todo el mundo, mientras que el cáncer de la próstata se

presenta principalmente en los países más desarrollados... En las mujeres, los tumores malignos más frecuentes en todo el mundo son el cáncer de mama y el cérvico uterino, si bien este último se presenta principalmente en los países menos desarrollados. El cáncer de pulmón, el colorrectal y el de estómago se encuentran entre las cinco neoplasias malignas más comunes en los hombres y en las mujeres, tanto en los países más desarrollados como en los menos desarrollados” (OMS, 2004: 20).

El cáncer es actualmente la causa del 12% del total de defunciones en todo el mundo (OMS, 2004: xii). En el 2000, fallecieron 1.613 hombres (53,6%) y 1.399 mujeres (46,4%) para un promedio de 8,20 personas por día; 4,40 hombres y 3,80 mujeres, o sea, que cada 3 horas fallece una persona por esta causa (CCSS, 2001: 18). En la actualidad, hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de cáncer; y en el 2020, probablemente habrá más de 30 millones (OMS, 2004: xii).

El cáncer de cuello uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres en el nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria, a bajo costo⁴⁸, con un bajo riesgo y con excelentes resultados. Esta enfermedad tiene una incidencia mundial del 10% de todos los cánceres femeninos y es la tercera localización anatómica entre las mujeres, después del cáncer de mama y el colorrectal (Sanabria, 2005: 2). Del total de casos mundiales de cáncer de cuello uterino, el 70% ocurre en países en desarrollo (2005: 3), en donde las tasas de supervivencia al cáncer de cuello del útero son significativamente más bajas (OPS-OMS, 2004: 7).

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las tasas anuales de cáncer de cuello uterino se mantienen altas, generalmente arriba de 20 casos por cada 100.000 mujeres (OPS-OMS, 2004: 2).

Si se consideran las defunciones por todas las neoplasias malignas (excluidas las de piel) en mujeres en las Américas, la mortalidad proporcional por cáncer de cuello uterino varía desde menos de 2,5 por ciento en América del Norte hasta 49,2 por ciento en Haití (OPS-OMS, 2004: 5).

“En América Latina y el Caribe, la supervivencia de las mujeres con cáncer de cuello uterino es más corta porque a menudo solicitan atención cuando la enfermedad ya está avanzada. La baja supervivencia también se relaciona con una atención paliativa inadecuada y un tratamiento incompleto” (OPS-OMS, 2004: 6).

El enorme problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de mama se refleja en el hecho de que en América Latina y el Caribe, casi 300.000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de mama (Robles y Galanis, 2002: 141-142). De todos los casos registrados en el mundo en 1997, el 43% corresponden a los países subdesarrollados; el cáncer mamario representa 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo y el cáncer de cuello uterino le sigue de lejos y ocupa el segundo lugar en frecuencia, ya que representa 15% de todos los cánceres en la mujer (Robles y Galanis, 2002: 142).

⁴⁸ Mantener a cada mujer al día con sus exámenes preventivos por 5 años, cuesta 26 veces menos que tratar a una mujer a la que ya se le ha declarado el cáncer de cuello uterino (US\$ 100 contra US\$ 2.600) (Véase: Isla, 2002: 6).

Costa Rica presenta un perfil epidemiológico donde las enfermedades no transmisibles han ido ganando paulatinamente un lugar preponderante, siempre en coexistencia con las enfermedades transmisibles propias de países subdesarrollados, que eventualmente están presentando situaciones de emergencia o reemergencia (MINSALUD, 2002A: 76). En el año 2000, la tasa de mortalidad por tumores es de 81% por 100.000 habitantes, lo que muestra un aumento progresivo, ya que en 1970, la tasa era de 66,2% por 100.000 habitantes (MINSALUD, 2003: 11). Además, en el 2002, los tumores malignos ocupan el segundo lugar de los cinco grandes grupos de causas de mortalidad, con una tasa de 7,9% por 10.000 habitantes; las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar con una tasa de 11% por 10.000 habitantes (MINSALUD, 2003: 11-12).

El riesgo de que un hombre desarrolle alguna forma de cáncer es del 33% y en el caso de las

mujeres de 23%. La tasa acumulada es del 40% para los varones y de 27% para mujeres. Como resultado de esto, se sabe que una de cada cuatro personas morirá de cáncer (Revista Costarricense de Salud Pública, 2000).

Debe considerarse que las tendencias en el comportamiento del cáncer sufren variaciones lentas en el tiempo, estos cambios en el perfil epidemiológico ocurren como respuesta a cambios biológicos, económicos y socio-demográficos de la población. Por ello, los análisis corresponden a la tendencia del cáncer en el período de 1980 a 1998 para la incidencia y de 1980 al 2001 para la mortalidad. De acuerdo con la incidencia anual acumulada y la mortalidad, los principales tumores que afectan a la población costarricense de ambos sexos son: cáncer gástrico, de pulmón, leucemias y colon; en las mujeres el cáncer de cuello uterino y el de mama, y en varones el cáncer de próstata (MINSALUD, 2002A: 76-77).

CUADRO 1

Tumores malignos más frecuentes
Mujeres y hombres en el 2004
(Tasas por 10.000 habitantes)

Tumores malignos más frecuentes	Mujeres	Hombres
Estómago	10,3	17,8
Próstata	-	13,7
Pulmón	-	7,1
Cuello del útero*	10,0	-
Mama*	5,5	-

**Datos en el 2003*

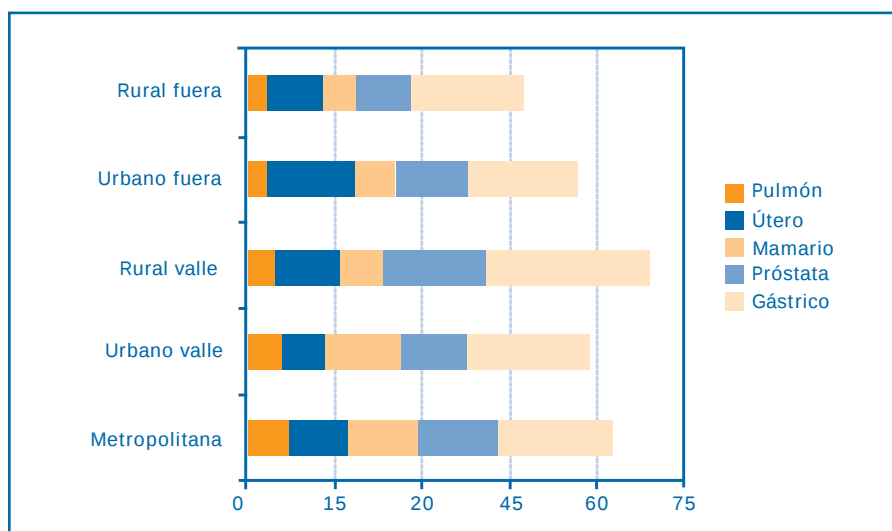
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de "Compendio Estadístico", en: Estado de la Nación, 2005: 388.

Se observan diferencias importantes en la mortalidad por tumores en las diversas áreas geográficas, por ejemplo, el riesgo de morir por cáncer uterino es superior en el área urbana fuera del Valle Central, igualmente, el cáncer de mama es superior en el área urbana del Valle Central y en el Área Metropolitana. En el caso del cáncer de próstata, este es más frecuente en el área rural del valle central.

“... El comportamiento de los conglomerados de cáncer de cerviz invasor, es inverso al de los conglomerados de cáncer de mama. Es decir, la zona central del país presenta un elevado riesgo de cáncer de mama, pero bajo riesgo de cáncer de cuello uterino; mientras que en las zonas hacia el sur y el Atlántico del país el riesgo es significativamente alto para cáncer de cuello uterino, pero bajo para cáncer de mama” (Santamaría, 2003: pp.5-6).

GRÁFICO I

Mortalidad por tumores seleccionados según área
Costa Rica, 1998
(Tasas por 100.000 Habitantes)



Fuente: MINSALUD, 2003: 11-12, en:

<http://www.cor.opsoms.org/TextoCompleto/documentos/Desigualdades%20de%20salud.pdf>

Con respecto de la incidencia del cáncer en Costa Rica las variaciones de la tendencia general de todos los tumores son similares a las presentadas por países con una categoría socioeconómica similar, donde la disminución del cáncer gástrico y del cuello uterino,

así como el aumento del cáncer de mama y de colon podrían estar condicionados por los cambios sufridos por la población costarricense en su estilo de vida, en su condición socioeconómica, en su reproductividad y en otros (MINSALUD, 2002A: 77).

- Elevada incidencia del cáncer en órganos de reproducción •

CUADRO 2

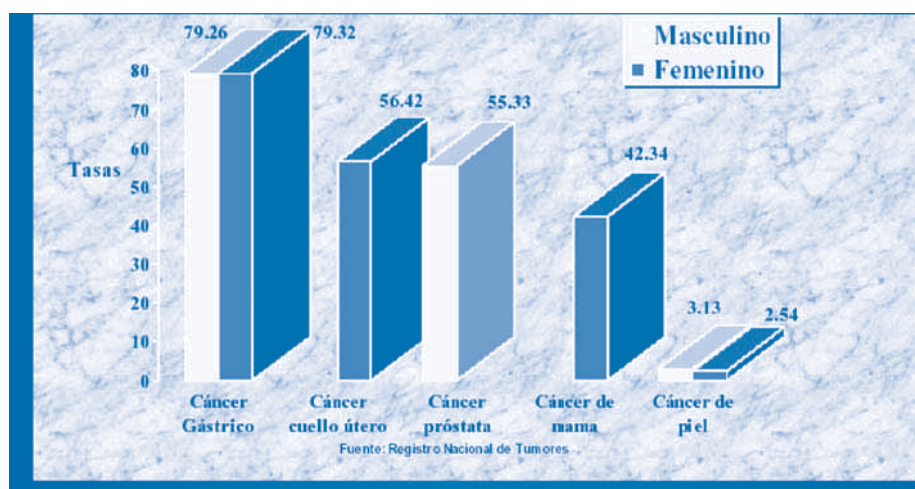
Incidencia de los cinco principales cánceres
En mujeres y hombres
Período 1982-1996
(Tasas por 100.000 Habitantes)

Tipo de cáncer	Mujeres	Hombres
Piel	26,72	26,23
Mama	21,47	-
Cuello del útero	17	-
Estómago	-	25,33
Próstata	-	17,14

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CCSS (2001).
"Informe institucional el cáncer en Costa Rica", Dirección Nacional del Cáncer, p.32.*

GRÁFICO 2

Mortalidad de los cinco principales cánceres
En mujeres y hombres
Periodo 1996
(Tasas por 100.000)



Fuente: CCSS. "Análisis de la situación actual del cáncer de cuello de útero en Costa Rica". Dirección Nacional contra el Cáncer, p.5.

El cáncer de cuello uterino es un importante indicador del grado de equidad en las condiciones de salud de la población. En 1980, la tasa del quinto grupo de cantones fue mucho menor a la de los restantes grupos, en cambio en los años 1990 y 2000, la situación fue a la inversa. Una probable explicación es que pudieron haber existido problemas en los registros de esta causa de muerte en los cantones del grupo de cantones de menor desarrollo en años anteriores (MINSALUD, 2002B: 19).

Aún así las diferencias en las tasas de mortalidad por CaCu en el 2000 son algo importante de destacar: un índice relativo de desigualdad de 3.73% indica que entre los cantones menos desarrollados el riesgo de morir por esta causa era, en el 2000, de 3.73% comparada con los cantones en el primer grupo (MINSALUD, 2002B: 19).

“La tendencia observada en el comportamiento del cáncer de cuello uterino desde 1996, es la esperada cuando funciona un programa de tamizaje por esta enfermedad, aumentando la incidencia de cáncer in situ, y disminuyendo la de cáncer invasor... Por el comportamiento biológico de este tipo de cáncer, habrá que esperar 5 años más para obtener un cambio significativo en la mortalidad en tanto persista la tendencia actual” (MINSALUD, 2002A: 81).

La incidencia por grupo etario empieza a manifestarse a partir de los 20 años y alcanza un pico importante en los 40 a 64 años (CCSS, 9), la población de mayor riesgo está entre las mujeres mayores de 40 años, que nunca se han realizado el examen de Papanicolau (CCSS, 37). Sin embargo la tasa más elevada se alcanza después de los 75 años, producida por el abandono de las mujeres al entrar a la edad no reproductiva (CCSS, 9).

En el 2003 el cáncer de mama ocupó el primer lugar en muertes y casos nuevos de tumores

malignos en la población femenina (Véase: <http://www.iccc.sa.cr>). En el 2000, la tasa bruta de incidencia por 100.000 mujeres de tumor maligno de mama femenina fue de 31,99 y la tasa bruta de mortalidad de tumor maligno de mama femenina fue de 10,15% en el 2003 (MINSALUD, 2005A: 27).

Este tipo de cáncer constituye la principal neoplasia emergente con respecto de la incidencia ajustada, la cual pasó de 26,5 por cien mil habitantes en 1981 a 34,5 en 1998, sin embargo, la mortalidad no presenta un aumento paralelo, lo cual podría deberse a una disminución del estadio tumoral al iniciar la terapia oncológica, a un diagnóstico en un estadio más temprano y a la mejoría de la tecnología terapéutica (MINSALUD, 2002A: 80). Aún así casi un 40% de las mujeres diagnosticadas con este mal, mueren por causa de este cáncer (Véase: <http://www.iccc.sa.cr>).

“Entre el 2000 y el 2004 se registró un descenso de la mortalidad femenina por cáncer de cuello uterino y un aumento en la mortalidad por cáncer de mama. Este último pasó a ocupar el primer lugar en el 2000, con un incremento de más del 45,9% en sus tasas de incidencia en diez años, mientras el cáncer de cuello uterino se ubicó en el cuarto puesto (Estado de la Nación, 2005: 68).

Con respecto del cáncer de mama, la distribución por grupo de edad muestra que un 25% de los casos ocurre en mujeres menores de 45 años, edades en las que el comportamiento biológico es más agresivo (MINSALUD, 2002A: 80).

El comportamiento de la incidencia y la mortalidad por cáncer de próstata, experimentó un aumento progresivo desde 1993, fenómeno que estuvo directamente relacionado con la cuantificación del antígeno prostático específico (APE), como método diagnóstico (MINSALUD, 2002A: 80).

En comparación con la tasa de mortalidad de 1980 que fue de 6,4, la de 1999 resultó el doble, ya que se registra una tasa de 13,5 por 100.000 varones (MINSALUD, 2000). En el año 2000 ocupó el primer lugar en nuevos casos diagnosticados y en el 2003 fue el segundo cáncer más letal en hombres (Véase: <http://www.iccc.sa.cr>).

Los grupos de edad más afectados por este tipo de cáncer son los de 55 años y más, para la incidencia, y los de 65 años y más, para la mortalidad (MINSALUD, 2002A: 80). El aumento en la incidencia del cáncer de tiroides y de próstata no se acompaña del correspondiente aumento en la mortalidad, lo cual ha sido atribuido a la mejor capacidad diagnóstica de la medicina actual (MINSALUD, 2002A: 77).

- **Relaciones causa-efecto:**

Ahora cabe preguntarse acerca de las causas de la elevada incidencia del cáncer en los órganos reproductivos. Este fenómeno está estrechamente relacionado con las condiciones y los estilos de vida de los distintos sectores de la población, así como con el acceso a los servicios de salud.

Cuando existe un limitado acceso a los servicios de salud, puede explicarse en parte, por la falta de conocimiento de las personas sobre el control periódico y su importancia para prevenir y controlar el cáncer (relacionado con los bajos niveles educativos circunscritos a algunas zonas pobres del país) y, en parte por la inadecuada promoción de información oportuna sobre la prevención y el control del cáncer. Las disposiciones administrativas también pueden obstaculizar el acceso a los servicios de salud y al aseguramiento social, en especial a las personas en situación de pobreza.

Así por ejemplo, la mortalidad por CaCu es considerada como un importante indicador de la

equidad en las condiciones de salud (MINSALUD, 2002B: 19), ya que “la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino se relacionan con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de educación” (OPS-OMS, 2004: 8)”.

Las variaciones en la incidencia y la mortalidad de este tipo de cáncer pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica, la situación socioeconómica y la educación, así como aspectos culturales y psicosociales. Algunos de estos factores se explicarán a continuación.

Condición de pobreza:

La situación de salud de una población se articula con las condiciones de vida y con los procesos que las reproducen o transforman, por lo que las condiciones de pobreza y precariedad sinergizan los problemas y en consecuencia los riesgos de muerte.

Si se observa el promedio nacional de hogares con jefatura femenina, este sigue mostrando la mayor incidencia de pobreza. “En particular, la pobreza es mayor en los hogares jefados por mujeres más jóvenes (menores de 35 años), en los cuales resulta más probable la presencia de niñas y niños que crecen en medio de carencias” (Estado de la Nación, 2005: 66).

La pobreza es uno de los factores que explican que las mujeres residan en zonas deprimidas y alejadas, lo que imposibilita el control de la salud sexual y reproductiva, debido a las dificultades del traslado a los centros de salud. Por esta razón, la evitabilidad del cáncer en los órganos reproductivos, no sólo es responsabilidad de un centro, sino de la red de servicios, particularmente de aquellas personas

que viven en lugares alejados. Esto sin considerar el caso de las mujeres no aseguradas, las cuales no tienen acceso a los servicios de salud, como es el caso de las mujeres migrantes nicaragüenses en condición de pobreza.

Además, las mujeres en condiciones de marginalidad, ubicadas en los cinturones de miseria, tienen problemas de acceso a los servicios de salud y a otros servicios públicos, como de agua, luz eléctrica, vivienda, además de estar expuestas a la violencia y la promiscuidad. Todas estas condiciones son agravadas cuando se establece que el 40,8% de los hijos nacen fuera del matrimonio, de mujeres solteras, con baja educación y nivel de ingreso ínfimo (Vargas, 2000: 19).

La OMS señala lo siguiente:

“El cáncer está estrechamente asociado a la posición socioeconómica. Los factores de riesgo de cáncer tienen mayor incidencia en los grupos con mínima educación. Además, los pacientes de las clases sociales más bajas sistemáticamente presentan las menores tasas de supervivencia, en comparación con los de las clases sociales más altas” (OMS, 2004: 18).

En el caso del cáncer de cuello uterino se observa que existen cantones con una incidencia baja, pero una alta mortalidad, lo cual podría estar condicionado por una inoportuna detección de casos, tal es la situación de los cantones de la llanura de San Carlos y del cantón de Parrita (MINSALUD, 2002A: 81), que puede explicarse por la existencia de pobreza y de inequidad en las condiciones de salud.

Dificultades para acceder a servicios de salud:

Para tener acceso a los servicios de salud, las personas necesitan: a) cédula de identidad (o documento de similar rango en el caso de las personas migrantes) b) tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal y c) carné de asegurado. Sin embargo, muchas personas no tienen acceso al Seguro Social, lo que limita su ingreso a los servicios de salud, en especial las mujeres.

En caso de que la necesidad de atención médica sea urgente, esta se brindará de forma inmediata pero oportunamente deberá procederse a las verificaciones respectivas y al cobro cuando corresponda⁴⁹. El Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS, establece que esta situación se presenta también para las personas aseguradas que no presenten sus documentos: “Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes” (CCSS, 2006: 32). Además, establece que: “los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda” (CCSS, 2006: 32).

Los datos respecto del seguro de salud, muestran claras desventajas para las mujeres. En cuanto a la cobertura del seguro de salud, esta es mayor para las mujeres que para los hombres, porque se produce mediante el aseguramiento indirecto. Un 23% de

.....
⁴⁹ La principal diferencia entre los asegurados y los no asegurados radica en la prestación económica que perciben los primeros (o sea, el pago de la incapacidad por parte de la institución aseguradora). En lo referente al pago por los servicios médicos recibidos por parte de los no asegurados, es importante destacar que primero reciben el servicio y luego se determina la forma como hará frente a la deuda (Véase OIM, 2001: 34).

los hombres de 12 años o más no tiene seguro de salud, frente a un 16% de las mujeres. Pero cerca de la mitad de las mujeres (49%) de 12 años o más, aparece como asegurada familiar, mientras que para los hombres ese porcentaje es del 18%, lo que muestra que el aseguramiento familiar es la principal forma de acceso de las mujeres al seguro de salud. Esto tiene que ver con el hecho de que las mujeres se mantienen en condición de personas no remuneradas (70% de las mujeres de 12 años o más). Sin embargo, las mayores diferencias se observan a partir del aseguramiento familiar, el cual se produce aún cuando la mujer desarrolla actividades remuneradas. Un 15% de las mujeres asalariadas y un 48% de las que trabajan por su cuenta tienen este tipo de seguro (MINSALUD, 2005B: 18).

La importancia del acceso a seguridad social, tiene que ver con el aumento o la disminución de la incidencia del cáncer en los órganos reproductivos y de la mortalidad por esta causa.

A la inequidad respecto del acceso al seguro de salud, se suma la creciente brecha de ingresos entre hombres y mujeres. Así lo revela el resultado de un estudio que viene realizando el INEC entre el 2004 y el 2005, con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos de Gastos. Este estudio señala que entre 1988 y el 2004, la diferencia de ingresos entre hombres y mujeres pasó de 33% a 55%, lo que significa que la brecha es un 79% desfavorable para las mujeres. La brecha aumentó prácticamente para todas las categorías en las cuales se comparan el ingreso de hombres y mujeres con similares niveles de estudio y con una experiencia laboral parecida (La Nación, 18/05/2006: 18A). Esta situación repercute directamente en el acceso a seguridad social, o a servicios de atención de calidad.

La baja cobertura del seguro de salud en los trabajadores por cuenta propia y subcontratada

es mayor entre las mujeres, esto se explica por el crecimiento del sector informal (un 30% entre 1997 y 2004), que es donde trabajan la mayoría de las mujeres (La Nación, 27/06/2006: 20A). En el 2004, solo un 10% de las trabajadoras por cuenta propia contaba con seguro de salud, mientras que para los trabajadores la proporción era de un 29,6% (Estado de la Nación, 2005: 69). Además, del 2001 al 2005, el desempleo entre las mujeres aumentó en un 8%, mientras que el desempleo masculino más bien se redujo en un 4% (La Nación, 27/06/2006: 20A).

Factores socioculturales:

Los estilos de vida y las prácticas y factores socioculturales sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, son factores relacionados con la incidencia del cáncer. Las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, las perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres pueden influir profundamente en la efectividad de los programas para prevenir y controlar el cáncer en los órganos reproductivos. Entre los obstáculos de la participación de las mujeres destacan factores predisponentes tales como conciencia y conocimientos sobre el problema, creencias, valores, actitudes y temores respecto de la salud; factores facilitadores, como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales (OPS, 2004: 14).

Estos factores se relacionan con la situación socioeconómica: mundialmente, las más afectadas por esta patología son las mujeres pobres, que tienen menos acceso a la detección precoz (Álvarez, 1998). Además, respecto de los aspectos socioculturales y el CaCu:

“... la mayor exposición al riesgo de contraer CaCu se asocia a un sistema de relaciones de

género muy desigual, entre las mujeres pobres de la región o de cultura hispana. Las mujeres ven entrabada su libertad para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva, por el conjunto de valores y normas relacionadas con sus roles de género. Postulamos que la visión que las mujeres tienen de su identidad y de su sexualidad, además de incidir en el riesgo de CaCu, afecta su propensión a realizarse el examen ginecológico por medio del cual se puede detectar precozmente la enfermedad” (Álvarez, 1998).

En cuanto a la escasa asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva de los hombres, podemos mencionar varios factores. En general, las conductas asociadas a la masculinidad muestran que de manera general los hombres pueden estar más expuestos a riesgos de salud, ya sea por accidentes y violencia relacionada con comportamientos estereotipados de la identidad masculina, tales como agresividad, osadía, abuso del alcohol o drogas; o bien por estilos de vida y formas de asumir la sexualidad, cargados de violencia y falta de autocuidado. Además, estos esquemas se reproducen en los servicios de salud y en la falta de captación de esta población hacia los servicios de salud sexual y reproductiva⁵⁰. En la práctica, los hombres (heterosexuales u homosexuales), se enfrentan constantemente al imperativo de demostrar esa masculinidad hegemónica, lo cual puede llevarlos a asumir conductas riesgosas.

En general, los varones son menos cuidadosos con su cuerpo, más arriesgados en la vida sexual,

pueden establecer múltiples contactos sexuales y estar más expuestos a contraer enfermedades de transmisión sexual o el VIH y SIDA. Además, los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos, tanto por instituciones públicas o privadas, se dirigen casi exclusivamente a las mujeres. Los servicios no atraen a los hombres, es más, los excluyen. La inhibición de los hombres frente a los servicios de salud reproductiva empieza por el tipo de establecimientos y unidades de salud, orientadas preferentemente a la salud materna e infantil. El tipo de servicios que allí se ofrece, el que la mayoría del personal que atiende es, en su mayoría, femenino, los horarios, incluso la decoración de los establecimientos, resaltan los mensajes a mujeres y niños/as (Herrera y Rodríguez, 2001: 173).

De esta manera, falta que los hombres se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo, que no solo incluye la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva, sino también la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo; etc. En suma, debe insistirse en la necesidad de prestar mayor atención a la responsabilidad de los hombres en el cuidado de la salud reproductiva de sí mismos y de sus compañeras.

“Las actitudes y prácticas que fomentan situaciones de riesgo tienen consecuencias no solo en la propia salud de los varones, sino

⁵⁰ Respecto de los servicios, existe una debilidad en cuanto a la captación de mujeres y hombres, en especial de mujeres mayores de 40 años y hombres en general, ya que los servicios de salud sexual y reproductiva están dirigidos principalmente a mujeres en edad reproductiva y heterosexuales. Además, el personal de salud está poco capacitado en el tema de la masculinidad o el tratamiento hacia mujeres y hombres homo-sexuales, lo que contribuye a que esta población no se acerque a los servicios. Por ejemplo, en el caso de los hombres, la alta incidencia del cáncer de próstata, es un indicador de la ineficacia de los servicios de salud para captar a esta población y así evitar enfermedades de salud sexual y reproductiva que son prevenibles.

también en la de las mujeres. El modelo de masculinidad hegemónica está en la base de la violencia de género, asaltos sexuales, embarazos no deseados, abortos y contagio de enfermedades de transmisión sexual. De hecho, las creencias acerca de que los hombres son invulnerables y no están sujetos al contagio, y que los “hombres verdaderos no se enferman” actúan como obstáculos para acceso a información y servicios que necesitan” (Herrera y Rodríguez, 2001: 172).

El tema de la persistencia de patrones patriarcales en la estructuración de las masculinidades de los hombres, está asociado con la desigualdad de género y a la violencia contra las mujeres, niños, adultos mayores y minorías sexuales, por lo que cualquier política pública estatal, orientada a la prevención y la erradicación de la desigualdad y la violencia de género, debe contemplar necesariamente la inexistencia de políticas nacionales alrededor de un cambio cultural en los patrones de la masculinidad hegemónica, que afectan la salud, el bienestar personal, la seguridad y la integridad, tanto de mujeres como de hombres. Además, falta la comprensión del género como un importante generador de condiciones, que afectan la salud de hombres y mujeres de manera diferente y que influye en la atención y los servicios de salud.

Incumplimiento de normas y protocolos de atención vigentes para el control eficaz del cáncer:

Las causas de la inoportuna detección de casos de cáncer en los órganos reproductivos no solamente recae en las personas que no asisten a los servicios de salud para control y revisión del cáncer, o que no saben reconocer los signos tempranos de la enfermedad; sino que los servicios de salud mantienen un papel clave en la educación acerca

del control de la enfermedad y su prevención, así como en la detección del cáncer en los órganos reproductivos. Por ejemplo, la falta de información sobre los posibles tratamientos, genera temor aún mayor entre las mujeres, y esto se acentúa todavía más por la forma impersonal en que los trabajadores de salud se comunican con las mujeres afectadas (OPS, 2004: 14). Ciertamente

“Las diferencias socioeconómicas y algunos enfoques mal especificados de los servicios médicos han dado pie para que muchas mujeres perciban los exámenes de diagnóstico más bien como una fase de prevención. De hecho, en algunos lugares, el estudio o examen es conocido como “examen de prevención”. Por lo tanto, muchas mujeres piensan que basta con hacerse el Papanicolau... [Algunas] de ellas ni siquiera vuelven a buscar los resultados, y aquellas que lo hacen, tienen grandes dificultades para comprender las explicaciones (Robles, 2000). Se les dice que necesitan otra consulta, que es necesario realizar más exámenes, porque es posible que tengan un cáncer. Esto provoca una suerte de desesperación entre las mujeres, especialmente entre las de menores recursos, porque les resulta difícil acudir a otras consultas por el tiempo y el costo que esto tiene.” (Isla, 2002: 2).

El incumplimiento de normas y protocolos de atención vigentes para el control eficaz del cáncer es un problema que puede repercutir en la incidencia del cáncer en los órganos reproductivos, aunado a la falta de equipo y recursos tecnológicos y humanos, y la falta de capacitación del personal de salud, que muchas veces puede infundir temor y brindar un mal trato a las personas en el momento de la atención, lo que provoca que estas no vuelvan a acercarse a los servicios de salud.

Entre los factores relacionados con la calidad de la atención de los servicios de salud, podemos

mencionar el no recibir una adecuada y oportuna atención médica ni un diagnóstico oportuno del cáncer, el no establecimiento del tratamiento apropiado, la falta de celeridad en la aplicación del tratamiento, la falta de equipo necesario y la falta de cumplimiento de normas. Estos son factores que podrían señalar que los servicios de salud del país están contribuyendo de alguna manera a la no detección del cáncer en los órganos reproductivos.

La evaluación de la calidad de la atención que ofrecen los EBAIS, realizada por el MINSALUD en el 2004, encontró que existe un bajo cumplimiento de la norma que se relaciona con la captación de mujeres en postparto y postaborto en los primeros 10 días y seguimiento a los 30 días, con la identificación del riesgo biosicosocial postnatal y postaborto, con la toma de citologías y prevención del cáncer de mama en los diferentes tipos de consulta (porcentaje de cumplimiento bajo de 74%) y con la anotación de los resultados de la palpación mamaria, así como con la enseñanza del autoexamen de mama (porcentaje de cumplimiento bajo 59%) (Estado de la Nación, 2005: 68).

Todos estos factores pueden contribuir a la no detección del cáncer en los órganos reproductivos y por lo tanto a su alta incidencia, situación que a su vez se explica por la inexistencia de programas adecuados; que cubran a todos los sectores de la población oportuna e indistintamente, aunado a enfoques mal especificados de los servicios médicos en cuanto al tratamiento del cáncer.

Por otro lado, en su estudio, Vargas señala que en razón de la inequidad y las desigualdades, las personas con menos posibilidades son las que sufren mayormente la enfermedad o la muerte, en vista de que las tareas de la salud pública, tales

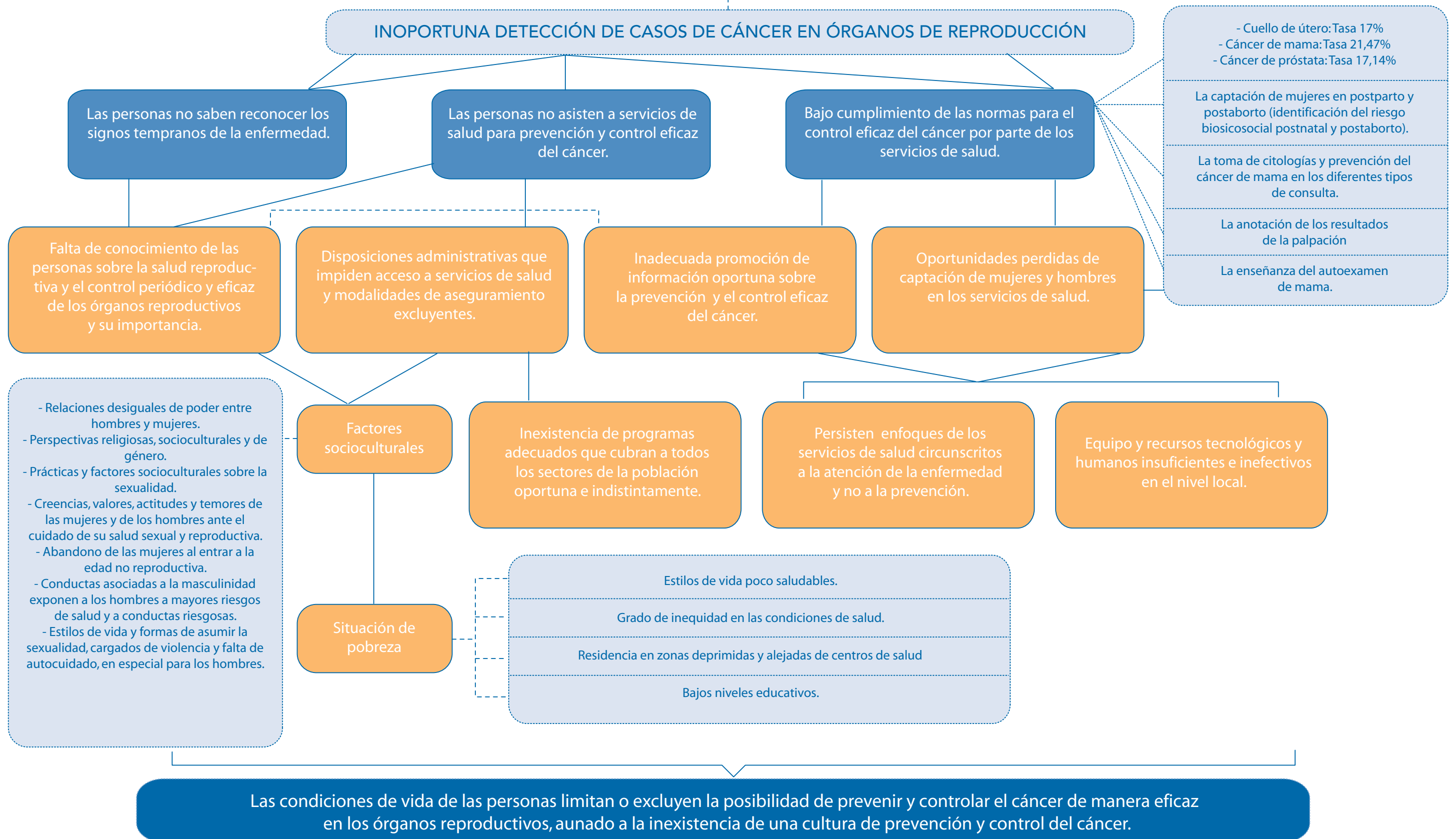
como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el control del ambiente, los exámenes de detección masiva, la atención médica, entre otras, se postergan y en la mayoría de los países pobres no se convierten en prioridad de los gobiernos (Vargas, 2000: 13). Esto puede explicar en parte la incidencia del cáncer.

En el caso de Costa Rica, podemos decir que no existe una política en materia de derechos sexuales y reproductivos en el sector salud del país, que garantice igualdad de condiciones en el acceso a servicios de salud de calidad y la prevención del cáncer en los órganos reproductivos.

“La organización de los servicios de salud, como ente protector de las personas, se convierte en contrarias a los intereses de los individuos, cuando los servicios no son accesibles, cuando no poseen claridad en su organización preventiva, curativa y de recuperación, cuando no brindan calidad y cantidad necesaria de servicios para proteger a las personas con equidad e igualdad ante los riesgos de enfermar y mantener la salud” (Vargas, 2000: 9).

Además, en el caso de Costa Rica, el Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres, ha expresado “su preocupación ante la limitada divulgación de los derechos de atención de la salud integral de las mujeres y la inexistencia de un programa nacional de información, educación sexual y planificación familiar, que permita la concientización de las mujeres sobre sus derechos y responsabilidades en el proceso reproductivo” (Estado de la Nación, 2005: 69). Esta situación ocasiona la incidencia del cáncer en los órganos reproductivos y en la mortalidad por esta causa, para el caso de las mujeres.

ELEVADA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN ÓRGANOS DE REPRODUCCIÓN (FEMENINOS Y MASCULINOS)





1.5.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.5.3.1. Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC)</i>	Contribuir con la difusión de información completa y oportuna acerca de la prevención y el control del cáncer en los órganos reproductivos, así como en la promoción de estilos de vida saludables.	- Falta priorizar acciones estratégicas educativas y de divulgación masivas que generen conciencia acerca del cáncer como una enfermedad prevenible.
	Promover un cambio en los hábitos de vida para las actuales y futuras generaciones, para detectar tempranamente y hasta prevenir manifestaciones del cáncer.	
<i>CCSS</i>	Garantizar la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana y oportuna, así como la disponibilidad de diagnósticos, tratamientos y atención subsiguientes, apropiadas, especializadas, oportunas, rápidas, fiables y asequibles.	- Falta una planificación y una asignación racional de recursos económicos, materiales, tecnológicos (equipamiento y mejora de los centros de salud) y humanos (adiestramiento y capacitación continua, personal especializado y de apoyo, etc.), suficientes y efectivos. - Falta coordinación entre los diferentes niveles de atención y entre la red de servicios de salud.
	Aplicar las normas de diagnóstico y lesiones; los procedimientos para la detección temprana del cáncer cérvico uterino y de mama y asegurar el seguimiento apropiado y oportuno de las personas afectadas, en especial de los casos con lesiones premalignas y malignas.	
	Aprovechar oportunidades de captación de mujeres y hombres en los servicios de salud, especialmente la población de mayor riesgo: mujeres mayores de 40 años que nunca se han realizado el examen de Papanicolau.	

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
MINSALUD	Garantizar la disponibilidad del tamizaje en los servicios de salud para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras, junto con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y el seguimiento.	- Faltan políticas públicas preventivas de los servicios de salud pública, de acuerdo con las posibilidades económicas, culturales y de comunicación que enfrentan las personas. - Falta de reconocimiento –por parte del personal de salud- del cáncer como un problema de salud prevenible, en especial en los órganos reproductivos como el cáncer cérvico uterino. - Falta de uniformidad diagnóstica en el tratamiento del cáncer, así como control de calidad.
	Garantizar el cumplimiento satisfactorio de las normas y procedimientos para la detección temprana y oportuna del cáncer de cerviz y de mama en los centros de salud, así como el cumplimiento, el seguimiento y la evaluación de las acciones en salud, ejecutadas en pacientes diagnosticados con cáncer. Garantizar infraestructura de apoyo, servicios de orientación y sistemas de información, para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas.	- Falta de coordinación de esfuerzos asociados entre los diversos componentes del sector salud y entre los tres niveles de atención. - Falta un sistema de información institucional único para dar un seguimiento y evaluación de las acciones en salud ejecutadas en pacientes diagnosticados con cáncer. - Faltan mecanismos de supervisión del personal de la salud y de control de calidad que garanticen el cumplimiento de las normas y procedimientos para la detección temprana del cáncer cérvico uterino y de mama, en los centros de salud de manera satisfactoria.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>MINSALUD</i>		- Falta de coordinación y organización de los laboratorios de citologías del país, de acuerdo con criterios técnicos y de control de calidad técnica y administrativa, así como homogeneidad con respecto de los materiales, suministros e infraestructura disponible en los diferentes laboratorios. - Falta la capacidad técnica para garantizar que todo el personal de salud, especialmente el ubicado en zonas de mayor incidencia del cáncer en órganos reproductivos, tenga los conocimientos, aptitudes y los equipos necesarios, para la atención integral de la salud reproductiva.

1.5.3.2 Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Mujeres y Hombres</i>	Tener acceso a información oportuna para prevenir y controlar el cáncer de una manera eficaz. Acceso a una intervención sistemática realizada en forma eficiente y oportuna por parte de los servicios de salud, para detectar temprana y oportunamente el cáncer. Tratamiento y seguimiento apropiado y oportuno en los casos de lesiones premalignas y malignas.	- Falta de conocimiento sobre lo que pueden ofrecer los servicios de salud y sobre sus derechos respecto de la detección temprana del cáncer en los órganos reproductivos. - Falta de medios e instrumentos para acceder a los servicios de salud y para exigir la detección temprana del cáncer en los órganos reproductivos, así como el tratamiento, el seguimiento y la atención en los casos de lesiones premalignas y malignas.

- Elevada incidencia del cáncer en órganos de reproducción •



1.5.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción:

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional, en términos de reducir la incidencia del cáncer en los órganos reproductivos: cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata, se propone en los próximos cuatro años:

- Contribuir con el reconocimiento del cáncer en los órganos reproductivos, como un problema de salud prevenible, con la ayuda de programas educativos y de divulgación pública, información oportuna dirigida a la comunidad en general, respecto de la salud sexual y reproductiva, la prevención y el control eficaz del cáncer en los órganos reproductivos y la detección temprana mediante el examen de Papanicolaou, el cual evita la progresión a cáncer invasor aproximadamente el 100% de los casos.
- Apoyar acciones enfocadas en la coordinación entre los distintos niveles de atención en salud, que procure una mayor capacidad resolutoria sobre la toma de citologías y la prevención del cáncer de mama y de próstata, con mayor seguimiento y acompañamiento a los pacientes, de acuerdo con sus diversidades culturales, de género, etarias, etc.
- Apoyar y propiciar iniciativas, que busquen adaptar los sistemas de salud al perfil demográfico actual, en cuanto a consejerías de SS/SR y atención integral, a la población joven del país. Asimismo, en vista del aumento en las expectativas de vida y el envejecimiento de la población, es importante la captación de los hombres y las mujeres adultas mayores a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Apoyar y propiciar la creación de un sistema de información único para dar seguimiento, manejo y evaluación de las acciones en salud ejecutadas en pacientes diagnosticados con cáncer, evaluar en forma sostenida la cobertura y determinar la efectividad de un programa por medio de una evaluación continua.
- Apoyar y propiciar la creación de mecanismos de control y supervisión del personal de la salud y de control de calidad, que garanticen el cumplimiento de manera satisfactoria de las normas y procedimientos para la detección temprana del cáncer cérvico uterino y de mama, en los centros de salud.
- Contribuir con acciones enfocadas a ampliar el análisis y la evaluación de las acciones del personal de la salud, bajo un marco de calidad; para incorporar medidas correctivas en su desempeño y procurar una mejor calidad de la atención a los y las usuarias de los servicios de salud.
- Contribuir con estrategias y planes de adiestramiento y capacitación del personal de la salud para mantener la competencia, mejorar la atención y cumplir con las normas y procedimientos para la detección temprana del cáncer en los órganos reproductivos.



1.5.5 Bibliografía:

Álvarez, Silvia. “Aspectos socioculturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino”, *Cadernos de Saúde Pública*, v.14 suple.1, Río de Janeiro, 1998, en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500012&lng=es&nrm=iso (Fecha de consulta: junio 2006).

CCSS (2006). Reglamento del Seguro de Salud. En: <http://www.ccss.sa.cr/>

CCSS (2001). “Informe institucional el cáncer en Costa Rica”. Dirección Nacional del Cáncer. San José, Costa Rica, en: <http://www.ccss.sa.cr/germed/dnc/document/info.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

Díaz, Wilburg y José Pablo Vargas. “Tamizaje del cáncer de mama en el primer nivel de atención”, *Medicina Vida y Salud*, Revista informativa oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Año IV, Volumen 5, Junio 2005, en: http://www.medicos.sa.cr/Revista/archivos/Med_37jn05.pdf (Fecha de consulta: junio 2006).

Herrera, Gioconda y Lily Rodríguez (2001). “Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva”, en: <http://www.flasco.ec/docs/samasculinidad.pdf> (Consultado: noviembre 2006).

Instituto Costarricense contra el Cáncer. “Cáncer de mama, lo que debemos saber”, en: <http://www.iccc.sa.cr/Docs/sc-meducativo-mama.ppt#17> (Fecha de consulta: junio 2006).

ICCC “Cáncer de próstata. Lo que debemos saber”, en: http://www.iccc.sa.cr/Docs/sc_meducativo_cprostata.ppt (Fecha de consulta: junio 2006).

Isla, Valeria. “Cáncer cérvico uterino. El cáncer que no debe matar”. *Agenda Salud*. Publicación Trimestral del Programa de Mujeres y Salud Isis Internacional, No. 25, Santiago, Chile, enero-marzo 2002, en: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda25.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

La Nación. “Brecha de ingresos entre sexos creció en 16 años”. *Noticias Economía*. 18/05/2006. San José, Costa Rica.

_____. “Trabajadoras por cuenta propia ganan 50% menos”. *Noticias Economía*. 27/06/2006.

MINSALUD. “Capítulo 2. Dependencias, Organismos y Comisiones adscritos al Despacho del Ministro de Salud”. *Memoria Anual 2000*, en: <http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/memoria/me2000/cancer.htm> (Fecha de consulta: junio 2006).

_____. “Análisis Sectorial de Salud. Sección I”, OPS/OMS, 2002A, en: <http://www.netsalud.sa.cr/seccion1.pdf> (Fecha de consulta: mayo 2006).

_____. “Indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?”, OPS/OMS, 2002B, en: http://www.cor.ops-oms.org/TextoCompleto/documentos/indicadores_salud.pdf (Fecha de consulta: mayo 2006).

- Elevada incidencia del cáncer en órganos de reproducción •

_____. “Las desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfica poblacional”, OPS/OMS, 2003, en:

<http://www.cor.opsoms.org/TextoCompleto/documentos/Desigualdades%20de%20salud.pdf>

(Fecha de consulta: mayo 2006).

_____. (2005A). Incidencia y mortalidad del cáncer en Costa Rica. Instituto Costarricense contra el Cáncer, en: <http://www.binasss.sa.cr/incidenciacancer.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

MINSALUD (2005B). Memoria del lanzamiento de la Estrategia Nacional para una Maternidad Saludable y Segura. CCSS, UCR, OPS, Oficina Regional de la OMS. Costa Rica.

Programa Estado de la Nación (2005). Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica.

Asociación Costarricense de Salud Pública. “Situación del cáncer en Costa Rica” en: Revista Costarricense de Salud Pública, No.16, vol.9, julio 2000, en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292000000100010&script=sci_arttext (Fecha de consulta: junio 2006).

OIM (2001). Estudio binacional: situación migratoria entre Costa Rica y Nicaragua. Análisis del impacto económico y social para ambos países. San José, Costa Rica.

OPS-OMS (2004). Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe, Washington, D.C. en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

Organización Mundial de la Salud (2004). Programas Nacionales de Control del Cáncer, OPS, en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-NCCP.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

Robles, Silvia y Eleni Galanis. “El cáncer de mama en América Latina y el Caribe”, Revista Panamericana Salud Pública, Pan Am J Public Health 12(2), 2002, en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11625.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

Sanabria, José Guillermo y otros. “Tendencias e incidencia actual del cáncer cérvico uterino. Pinar del Río. 1988-2004”, VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica, 2005, en: <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/496.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

Santamaría, Carolina. “El análisis espacial como herramienta para evaluar alarmas por cáncer”, en: Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica, No. 1, vol, 1, art. 1, julio-diciembre 2003, en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-1/1-1-1-1-1.pdf> (Fecha de consulta: junio 2006).

Vargas, Rafael A. (2000). Factores de riesgo asociados a la muerte materna en Costa Rica. Tesis para optar el grado de Maestría en Salud Pública, Universidad de Costa Rica.



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.6. Migrantes y salud sexual y reproductiva

PROBLEMA:

La población migrante se encuentra en una situación de vulnerabilidad y desventaja en relación con otros grupos poblacionales, en cuanto a su salud y el ejercicio de sus derechos de SS/SR.



1.6.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), establece la migración internacional como el movimiento de personas, que deja su país de origen en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto del suyo. Para ello estas personas han debido atravesar una frontera; si no es el caso, serían migrantes internos. Usualmente, su traslado obedece a las expectativas de mejorar sus condiciones sociales y materiales, sus perspectivas y las de sus familias, esto es migración económica. Cuando estas personas se trasladan para buscar oportunidades de trabajo, se le llama migración laboral (OIM, 2006: 40-42).

La migración es una opción y una respuesta frente a las imposibilidades de los sistemas nacionales que no pueden garantizar condiciones de vida cualitativas a sus pobladores⁵¹: se ha convertido en una opción importante con el fin obtener empleo y salir de la pobreza; mejorar los ingresos de los familiares del país de origen y ofrecer al país de destino una posibilidad de contar con trabajadores que desarrollen aquellas labores para las cuales no hay recurso humano local (MINSALUD, OPS-OMS, CCSS, 2002: 11).

Las personas pueden trasladarse mediante canales regulares y legales, (migración regular) o al margen de la ley (migración irregular). Desde el punto de vista de los países de destino, la migración irregular

es ilegal, ya que el ingreso, la estadía o el trabajo, del migrante no tienen la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ello (OIM, 2006: 40-41).

- Fundamentación del problema:

La globalización, la apertura comercial y la integración regional, traen consigo no solo la movilización de bienes y servicios sino también la de conocimiento y mano de obra. Sin embargo, los flujos migratorios internacionales obedecen a las desigualdades existentes en los procesos de desarrollo económico y social de los países; a los efectos de políticas para atender dichos procesos; a conflictos sociopolíticos y situaciones de emergencia, todo lo cual afecta la sobrevivencia de las poblaciones más vulnerables (Barquero y Vargas, 2004: 55), quiénes se desplazan motivadas por la falta de respuesta a sus carencias y necesidades más elementales. En el caso de Nicaragua, esta situación se explica por la exclusión social, generada por la aplicación de medidas drásticas de ajuste estructural en los años noventa.

Según estimaciones de la Comisión Centroamericana de Directores de Migración, si en el 2000 se relacionan las magnitudes de la población residente en el extranjero con la población total de cada país centroamericano, se observa que: El Salvador tiene cerca de un 28% de su población en el exterior, Nicaragua alrededor de un 17%,

51 Ciertamente el fenómeno migratorio tiene un carácter multifactorial, no sólo se trata de la búsqueda de mejores condiciones o ventajas económicas, sino también los factores como el idioma y la cultura semejante, la demanda de trabajadores y la facilidad de entrada, enlaces o conexiones entre los puntos de origen y destino, incluyendo flujos de información, redes sociales y una infraestructura, que emerge para facilitar y explotar el fenómeno migratorio (Rosero, 2004: 76).

mientras que los demás países cuentan con porcentajes inferiores al 10% (aproximadamente un 8% para Guatemala, un 7% para Honduras y un 2% para Costa Rica) (OIM, 2001: 7).

En el caso de Costa Rica, los migrantes extranjeros, que residen en el país, corresponden principalmente a personas nicaragüenses. Los datos censales muestran que en el 2000 había en Costa Rica 296.461 personas nacidas en el exterior, lo que representa el 7,8% de la población total. Un 75% de esta población (226.374) es de origen nicaragüense.

Durante el último período intercensal de 1984 al 2000, el fenómeno migratorio cobra particular interés, ya que el porcentaje de población nacida en Nicaragua y residente en Costa Rica pasó de un 3,7% en 1984 a un 7,8% en el 2000. Gran parte de este crecimiento se dio en la década de los noventa, aunque no se cuenta con cifras oficiales, que permitan cuantificar el número de personas ingresadas en ese período (SIEMMES/OIM, 2006).

El 15.3% del total de nacimientos ocurridos en el 2004 (72.247), corresponden a madres nicaragüenses (11.034) (Estado de la Nación, 2005: 82). El crecimiento de la población nicaragüense, en el último período intercensal, se ve reflejado en el comportamiento del número de nacimientos de madres nicaragüenses: mientras que en 1990 se registraron 3.052 nacimientos en el 2000 esta cifra alcanzó los 10.596 nacimientos. Es decir, durante esta época dichos nacimientos se triplicaron, pasando de un 3,7% del total de nacimientos registrados en el país en 1990 a un 13,6% en el año 2000 (SIEMMES/OIM, 2006).

La ubicación de la población migrante tiene una mayor presencia en el Área Metropolitana, la Región Chorotega, la Región Huetar Atlántica y la Región Huetar Norte. Según cifras del Censo 2000, del total de población residente en la Región Huetar Norte, un 14,7% corresponde a personas nacidas en Nicaragua, mientras que en el Área Metropolitana este porcentaje corresponde a un 8,3% y en las regiones Huetar Atlántica y Norte esta proporción ronda el 7%.

Otros grupos de inmigrantes están adquiriendo relevancia en la sociedad costarricense, como el caso de la migración de hombres y mujeres indígenas provenientes de Panamá, migración vinculada a las actividades agrícolas de exportación como el café y el banano. También ha surgido población colombiana; a partir del año 2000 el número de solicitantes de la condición de refugiado aumenta drásticamente por causa del conflicto en Colombia. El ACNUR estima toda la población con necesidad de protección internacional en 22.000 personas, de la cual 12.000 son refugiados reconocidos⁵².

Perfil sociodemográfico de los migrantes nicaragüenses: sexo, edad, nivel de educación y datos sobre salud sexual y reproductiva.

En el año 2000, del total de migrantes nicaragüenses que viven en Costa Rica, un 50,1% son mujeres. A pesar de que este porcentaje no tiene una variación significativa respecto del porcentaje mostrado en 1984, sí se presenta un cambio importante en el porcentaje de mujeres migrantes nicaragüenses, incorporadas en el mercado laboral. Mientras que en 1984 un 19,4% de las mujeres nicaragüenses estaban incorporadas en el mercado laboral costarricense,

51 Datos proporcionados por oficina de ACNUR en Costa Rica.

en el 2000 este porcentaje se duplicó, alcanzando el 38,9% (SIEMMES, 2006).

Un 49,1% de los migrantes nicaragüenses tienen entre los 20 y 39 años. De este grupo casi tres cuartas partes (73,3%) se encuentran incorporados a la fuerza laboral costarricense. Cabe mencionar que del grupo de personas con edades entre 15 y 19 años, un 45,1% está incorporado al mercado laboral (SIEMMES, 2006).

Un 20,3% de los migrantes nicaragüenses tienen entre 18 y 34 años, si a este grupo le sumamos el de menores de edad (24,3%), aproximadamente un 45% de la población nicaragüense, que reside en el país, tiene menos de 35 años. Tomando como base los grupos de edad, puede concluirse que en Costa Rica aproximadamente un 63% de la población nicaragüense, nacida en el país, es económicamente dependiente; mientras que en los nacidos en Nicaragua esta proporción desciende al 29,5% (SIEMMES, 2006).

Respecto del nivel de escolaridad de los nicaragüenses mayores de 25 años, un 34,7% tienen 3 años de estudio aprobados o menos; un 32,0% entre 4 y 6 años; un 28,5% entre 7 y 12 años y un 4,9% más de 13 años de estudio aprobados. Dentro de este último grupo se encuentran aquellas personas con algún grado de educación superior. Un 11,1% de la población nicaragüense de 10 años y más, declaran no saber leer ni escribir (SIEMMES, 2006).

La tasa de fecundidad de las mujeres nicaragüenses en Costa Rica, es un 40% mayor que la correspondiente a las costarricenses (Chen y Rosero, 2001). La Encuesta de Salud Reproductiva (ESR99)⁵³ muestra que las migrantes nicaragüenses en Costa Rica presentan una fecundidad intermedia entre sus países de origen y destino, sin embargo, las diferencias más importantes se dan en los grupos más jóvenes. Así por ejemplo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa es un 55% mayor que la de las costarricenses y un 25% mayor que la de las coterráneas en su país. La tasa específica de fecundidad de las inmigrantes de 20 a 24 años en el país es un 38% mayor que la de las costarricenses de la misma edad⁵⁴ (PCP-INISA, 2001: 118).

La salud sexual y reproductiva de la población migrante, según datos de la ESR99, indica que el 75% de mujeres se ha hecho un Papanicolau (PAP), en comparación con un 79% de las costarricenses. Esto significa que, aproximadamente, una cuarta parte de las migrantes nicaragüenses nunca se ha hecho un Papanicolau o examen ginecológico. Como es de esperar, los porcentajes más altos corresponden a las mujeres de mayor edad (PCP-INISA, 2001: 140). Esto es solo muestra del cuidado de la salud en general, ya que mientras que el 66% de mujeres migrantes consultó al médico en 1999, las costarricenses fueron a consulta médica en mayor proporción (83%) (PCP-INISA, 2001: 142).

.....
53 La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración de 1999-2000 (ESR-99) es la primera encuesta que recoge información acerca del comportamiento reproductivo de la población residente en Costa Rica, llevada a cabo desde la salida de la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), entidad que ha financiado mayormente este tipo de esfuerzos en el pasado. La última encuesta de salud reproductiva se realizó en 1992-93. También es la primera encuesta con representatividad nacional sobre los inmigrantes nicaragüenses.

54 "Se observa que una típica inmigrante de 25 años de edad tiene una fecundidad 40% mayor que una costarricense, pero si esta inmigrante reside en la capital y no está casada legalmente, su fecundidad es más del doble (121% mayor) que la de una costarricense con idénticas características (Véase PCP-INISA, 2001: 119).

La ESR99 revela que la prevalencia anticonceptiva entre las inmigrantes nicaragüenses es muy alta pues alcanza al 70%, pero no llega al nivel excepcionalmente alto de las nativas (80%) (PCP-INISA, 2001: 143). Además, al igual que las costarricenses, la mayoría de las inmigrantes nicaragüenses (64%) indicaron que la fuente principal para obtener el anticonceptivo moderno es el sector público y dentro de este los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (PCP-INISA, 2001: 144).

La atención prenatal, aspecto de suma importancia durante el embarazo, tanto para garantizar un buen desarrollo del niño como para detectar y prevenir a tiempo problemas o complicaciones del parto, presenta un alto porcentaje de mujeres que carece de control o que tienen un control inadecuado. Los resultados muestran que el problema es mucho mayor entre las migrantes nicaragüenses. Un 10% señalan no haber tenido control de su último embarazo y tan solo un 62% tuvieron el primer control en el primer trimestre. En comparación, los porcentajes para las costarricenses son 3% y 84% respectivamente. Por otra parte, las migrantes nicaragüenses también tienen menor número de controles que las costarricenses. Por ejemplo, un 9% tiene menos de tres controles, en comparación con el 1% de las costarricenses (PCP-INISA, 2001: 145).

“Definiendo como control adecuado todos aquellos casos, que tuvieron mínimo tres controles prenatales y al menos uno en el primer trimestre, se evidencia una brecha importante en los grupos analizados. Los porcentajes de inmigrantes nicaragüenses con control prenatal adecuado son muy bajos en comparación con las nativas. Tuvieron control prenatal adecuado de su último hijo nacido vivo, un 59% de las inmigrantes comparado con un 83% de las nativas (PCP-INISA, 2001: 145).

En cuanto a la atención profesional del parto, al igual que las costarricenses, las migrantes nicaragüenses son en su mayoría atendidas en los hospitales y clínicas públicas. Sin embargo, el porcentaje entre las nicaragüenses es menor. Tuvieron su último parto en hospitales de la CCSS, un 84% de las inmigrantes, comparado con un 96% de las costarricenses (PCP-INISA, 2001: 147). Alrededor de un 1% de los partos son atendidos en los hospitales o clínicas privadas y un porcentaje relativamente alto de las inmigrantes nicaragüenses tiene sus hijos en el hogar: un 15%, comparado con tan solo un 2% de las costarricenses (PCP-INISA, 2001: 147).

“Denominando con “atención profesional del parto”, todos aquellos partos atendidos por un médico o enfermera, el porcentaje de inmigrantes nicaragüenses que tuvieron, con su último hijo, atención profesional del parto, es alto pero menor al de las nativas: un 91% comparado con un 96% de las nativas” (PCP-INISA, 2001: 147).

● Relaciones causa-efecto:

Que las personas migrantes no accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva, se explica por varias razones, que se plantearán a continuación; sin embargo, partimos de que esta población se encuentra en una situación de vulnerabilidad y desventaja en el ejercicio de sus derechos, lo que está asociado a la dificultad de ejercer sus derechos en sus países de origen (situación política, acceso a educación, salud, etc.) junto con el desconocimiento de los derechos humanos en los países receptores.

En principio, los migrantes nicaragüenses en condición de indocumentación, especialmente las mujeres, son un grupo de riesgo en cuanto a

condiciones de salud sexual y salud reproductiva y la prevalencia de enfermedades asociadas.

“Estos problemas los enfrentan tanto aquellas que están en condición migratoria regular como irregular y se debe tanto a obstáculos referidos de la oferta de servicios como a la actitud nacional frente al fenómeno migratorio y a la ignorancia de las propias mujeres acerca de sus derechos humanos universales y cómo hacerlos efectivos” (García, 2000, 78-79. Citado por Acuña, 2005: 38).

Esta situación también puede explicarse por la falta de conocimiento de las personas sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos y mecanismos para acceder a los servicios de salud. El desconocimiento, aunado a niveles educativos bajos, que impide la comprensión, complican las condiciones de vida de la población migrante que convive en Costa Rica (Acuña, 2005: 29), en especial el derecho a servicios de salud confiables y eficaces. En este caso, el no ejercicio de los derechos surge de la dificultad de derechos y prácticas existentes en sus países de origen (acceso a educación, salud, etc.) junto con el desconocimiento de los derechos humanos en los países receptores (Acuña, 2005: 28).

Deben tomarse en cuenta las concepciones y percepciones propias de las poblaciones migrantes sobre el proceso de salud. En general una buena proporción de la población migrante pone énfasis en la atención de la enfermedad y no tanto en la prevención (Acuña, 2005: 28). Las prácticas culturales se manifiestan en que “... existe una escasa valoración en relación con el cuidado y la prevención de la salud, que es asociada en general a una deficiencia educativa, de medidas de prevención y control en dimensiones como higiene (personal, comunitaria), salud reproductiva, alimentación y nutrición” (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 36).

Las prácticas socio culturales específicas sobre la sexualidad y los imaginarios sobre el desarrollo sexual y la salud sexual y reproductiva, son determinantes para entender por qué la población migrante constituye una población en riesgo. En muchos casos, es posible que las realidades y particularidades de los entornos socioculturales, religiosos y míticos de donde proviene buena parte de la población migrante, limiten la confianza de una persona en un sistema ajeno, aunado a la situación de ser percibido como amenazante, por causa de las condiciones de indocumentación e irregularidad migratoria en las que permanece buena parte de esta población (Acuña, 2005: 28).

Las condiciones adversas y las difíciles condiciones de vida de las personas migrantes, conllevan a que la salud no sea una de sus prioridades: “... en la escala de necesidades y prioridades que establecen las personas migrantes, la salud es algo que debe ser atendido en el momento, en virtud de los otros apremios a los que se tienen que enfrentar en la sociedad receptora (trabajo, alimentación, remesas, relaciones de pareja, relaciones sociales, no exposición a autoridades, etc.) (Acuña, 2005: 28).

Las personas migrantes no se acercan a los servicios de salud, ya que requieren de documentos para que se les facilite el servicio y esto les provoca desconfianza y temor. (Acuña, 2005: 19).

Respecto de las condiciones de indocumentación, esta situación provoca un debilitamiento de los derechos humanos en los procesos de adaptación, sin olvidar que “...la fragilidad de los derechos humanos de este sector poblacional se da [principalmente] en el aspecto cultural (discriminación, rechazo cultural)” (Acuña, 2005: 28), lo que se refleja principalmente en el caso de mujeres migrantes, población más vulnerable.

“En cuanto a la salud sexual, el desarrollo normal de las mujeres migrantes nicaragüenses

se ve violentado por situaciones de explotación tanto por autoridades, patronos y sus mismos compañeros sentimentales. Otro aspecto que problematiza esta situación son las prácticas de violencia intrafamiliar y de abuso sexual no conocidas o silenciadas como parte de la reacción de las mismas personas a no exponerse y permanecer en el anonimato en virtud de sus condiciones de irregularidad migratoria” (Acuña, 2005: 24).

Situaciones de irregularidad en la documentación y en la condición migratoria:

El principal aspecto crítico para la atención en salud es la condición de irregularidad migratoria o indocumentación, que en muchas ocasiones propicia que “los migrantes rehuyan los programas de control sanitario e incluso, eludan los servicios de atención médica en casos de enfermedad y sólo acudan a ellos en situaciones de emergencia, para la atención del parto en las mujeres y la atención de accidentes laborales graves, en los hombres” (Varela y González, XX: 2003. Citado por Acuña, 2005: 31).

Además, esta situación provoca un debilitamiento de los derechos humanos en los procesos de adaptación, sin olvidar que la fragilidad de los derechos humanos de este sector poblacional se da principalmente en el aspecto cultural: discriminación, rechazo cultural, etc.; lo que afecta mayoritariamente a las mujeres migrantes, población más vulnerable. El trato discriminatorio y el rechazo pueden tener un impacto muy negativo, dado que los migrantes se encuentran en una situación frágil que la hace más vulnerable a situaciones de riesgo (abusos, intimidaciones, extorsión, etc.).

“Por otra parte la falta de documentos produce estados de ánimo y conductas que

inducen a los inmigrantes, hombres y mujeres, a sentirse como “ilegales”, lo que genera temores, inseguridades y otros traumas. Esta situación agrava una serie de riesgos a los cuales se exponen los grupos más vulnerables entre los inmigrantes, que son las mujeres, los niños, niñas y los y las adolescentes” (Varela y González, 2003. Citado por Acuña, 2005: 34).

Las situaciones de irregularidad en la documentación y en la condición migratoria de muchos de los migrantes, hacen difícil su aseguramiento en las modalidades existentes: directo (cotiza a la CCSS), indirecto (por relación familiar con un asegurado o asegurada directa) y voluntario (porque se requiere cédula de residencia o permiso de trabajo en el país) (Acuña, 2005: 37). Como se observa, las condiciones de irregularidad dificultan su atención rápida y oportuna.

Dificultades para acceder a servicios de salud:

Los migrantes nicaragüenses en condición migratoria irregular o de indocumentación, en especial las mujeres, son un grupo de riesgo en cuanto a condiciones de salud, y por ende la salud sexual y reproductiva y de la prevalencia de enfermedades asociadas. Estos problemas los enfrentan tanto aquellas que están en condición migratoria irregular como regular y se debe a los obstáculos referidos a la oferta de servicios, a la actitud nacional frente al fenómeno migratorio, así como a la ignorancia de las propias mujeres acerca de sus derechos humanos universales y cómo hacerlos efectivos.

Para los migrantes, el acceso a tales servicios depende de tres elementos: su condición migratoria, las condiciones laborales de contratación y el nivel de atención, ya que

necesitan a) documento de similar rango a la cédula de identidad de los nacionales, b) tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal y c) carné de asegurado.

Las situaciones de irregularidad en la documentación y en la condición migratoria de muchos de los migrantes nicaragüenses, impiden que perciban el beneficio del Seguro Social por el Estado⁵⁵, que gozan las personas costarricenses en condición de pobreza y hacen difícil su aseguramiento en las modalidades existentes: directo (cotizando a la CCSS), indirecto (por relación familiar con un asegurado o asegurada directa) y voluntario (porque se requiere cédula de residencia o permiso de trabajo en el país).

En caso de que la necesidad de atención médica sea urgente, esta se brindará de forma inmediata pero oportunamente deberá procederse a las verificaciones respectivas y al cobro cuando corresponda⁵⁶. El Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS, establece que esta situación se presenta también para las personas aseguradas que no presenten sus documentos: “Si el asegurado se presenta sin los documentos, que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes” (CCSS, 2006:

32). Además, establece que: “los servicios que se otorguen a personas extranjeras no aseguradas en condición de pobreza, a quienes no les puede ser otorgado el Seguro por el Estado, deberán facturarse para efectos del cobro a la instancia de Gobierno que corresponda” (CCSS, 2006: 32).

Esta situación se relaciona con los datos de la condición de aseguramiento social, según el país de origen y el sexo, ya que presentan importantes diferencias, tal como se muestra en el Gráfico 1. Es alta la proporción de población nicaragüense sin afiliación, en particular los hombres, quienes carecen en mayor proporción de Seguro Social: 42%, frente a un 38% en mujeres (Barquero y Vargas, 2004: 68).

La dificultad en el acceso a servicios de salud y al aseguramiento, es la principal razón de que los migrantes constituyan un grupo de riesgo en cuanto a condiciones de salud sexual y reproductiva, en especial las mujeres, que en muchos casos prefieren que se brinde atención a sus hijos antes que a ellas mismas, lo que produce importantes problemas en la salud de las mujeres migrantes⁵⁷.

La situación de la falta de cumplimiento del derecho al aseguramiento, se profundiza si se hace un análisis, que considere ciertos sectores de la población migrante. En el caso de la población

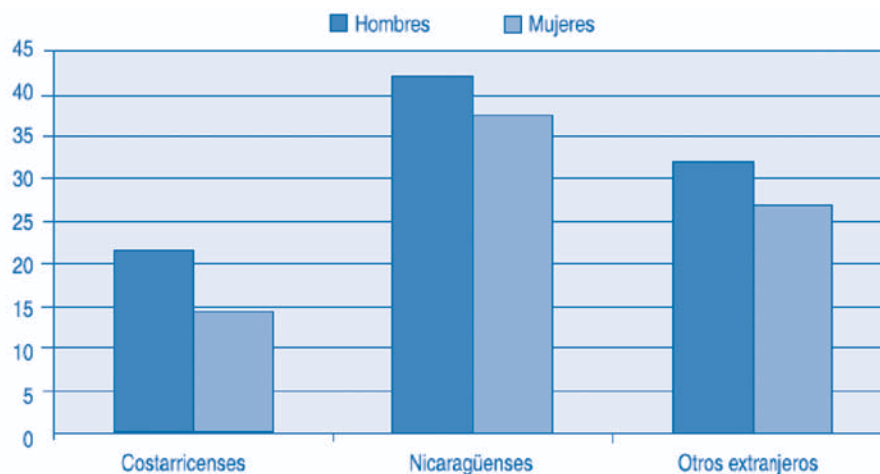
55 *El asegurado por cuenta del Estado es el asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la ley 5349 de 1973 y Decreto Ejecutivo 17898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares (CCSS, 2006: 4).*

56 *La principal diferencia entre los asegurados y los no asegurados, radica en la prestación económica que perciben los primeros (o sea, el pago de la incapacidad por parte de la institución aseguradora). En lo referente al pago por los servicios médicos recibidos por parte de los no asegurados, es importante destacar que primero reciben el servicio y luego se determina lo referente a la forma como hará frente a la deuda (OIM, 2001: 34).*

57 *Especialmente por problemas económicos, estabilidad laboral o disposición de tiempo para hacer fila en los hospitales y concertar citas o visitar al personal médico.*

GRÁFICO 1

Población de 15 años y más no asegurada
Según lugar de nacimiento y sexo, 2000
en porcentajes.



Fuente: Censos de Población de Costa Rica (2000). En: Barquero, Jorge A. y Juan C. Vargas. "La migración internacional en Costa Rica: estado actual y consecuencias", en: Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones. 2004. p.68.

migrante nicaragüense, las personas que no están cubiertas por la seguridad social, son generalmente las personas que forman parte de los grupos específicos más vulnerables. Se trata de una población en la que 8 de cada 10 no asegurados son niños menores de 12 años, además estos grupos vulnerables están constituidos por población económicamente inactiva, en su mayoría mujeres, los desocupados y los ocupados en los sectores más rezagados y de más bajos ingresos: el sector informal no agrícola, el sector tradicional agrícola y el servicio doméstico (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 27).

Las condiciones adversas y las difíciles condiciones de vida de las personas migrantes nicaragüenses, conllevan a que la salud no sea una de sus prioridades: "... en la escala de necesidades y prioridades que

establecen las personas migrantes, la salud es algo que debe ser atendido en el momento, en virtud de los otros apremios a los que se tienen que enfrentar en la sociedad receptora (trabajo, alimentación, remesas, relaciones de pareja, relaciones sociales, no exposición a autoridades, etc.)" (Acuña, 2005: 28).

En esta línea, podemos afirmar que existe una relación directa entre las condiciones de vida y la salud de la mujer migrante nicaragüense, en términos reproductivos. Respecto de algunas características para el conjunto de las mujeres migrantes nicaragüenses en Costa Rica, "... en materia reproductiva: se presenta una alta fecundidad, hay comportamientos de multipartos y la demanda a los servicios de ginecología y obstetricia se da más en atención del parto que a controles pre y postnatales, lo que demuestra una

escasa valoración sobre la salud reproductiva en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento” (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 35).

Estudiando la condición de empleo y seguridad social, se puede observar que alrededor del 60% de los nicaragüenses jóvenes en comparación con el total de nicaragüenses, no tienen Seguro Social. El hecho de que la cantidad de nicaragüenses sin Seguro Social aumente en los rangos de edad productiva, en particular entre los 18 y 24 años, muestra la condición de desempleo o empleo informal a la que se ve expuesta esta población (Collado, 2003: 42).

Esta situación se asocia con las condiciones laborales de esta población. Una buena parte de las familias migrantes se integran al mercado en actividades temporales, como las cosechas. Una vez terminada, se trasladan a otra actividad con lo cual vuelven dificultoso el seguimiento y acompañamiento en materia de salud (Acuña, 2005: 31); en especial de las mujeres embarazadas ya que hay un escaso control y seguimiento médico, debido principalmente a la ausencia de las propias mujeres a las citas y al desplazamiento que muchas de ellas realizan hacia partes del país como parte del proceso de inserción sociolaboral, que caracteriza a las unidades familiares migrantes (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 33).

El limitado acceso a los servicios de salud y al aseguramiento social, se da en un contexto de limitado acceso a los servicios básicos y un deterioro sostenido de las condiciones de vida para diversos grupos de la población nacional, esto constituye un deterioro de los derechos sociales y económicos de la población en general, aunado a las características y particularidades de la población migrante, como es el caso de las mujeres migrantes. Muchas de estas viven en condiciones de hacinamiento habitacional con el respectivo impacto a su salud sexual y reproductiva, ya que

estas condiciones propician una mayor exposición a enfermedades, descuidos en la parte higiénica, carencia de espacios propios, que posibiliten la privacidad, etc. (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 33). En términos de prestación de los servicios, la tendencia es la atención de la población sin considerar las especificidades culturales de género y de etnia. En definitiva, persiste una política de atención limitada para atender a grupos, que como los migrantes, presentan condiciones particulares en su inserción a la sociedad costarricense (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 26). La falta de acercamiento de las personas indocumentadas o en condición migratoria irregular a los servicios de salud, puede entenderse, en parte, si se considera la desconfianza y el temor, que generan los servicios que en muchos casos, requieren de documentos para ser facilitados.

Esta situación, puede entenderse en el marco de una tendencia a actitudes discriminatorias de rechazo y exclusión de parte de la población nacional hacia los migrantes, que se traduce en percepciones y visiones xenofóbicas, rechazantes e institucionales prevalecientes sobre los migrantes (Acuña, 2005: 41). Ciertamente, la pregunta que debe hacerse es a qué responden las ausencias. Si la realidad de la falta de recursos y planeamiento justifica las excusas de la nula formulación, ya que también es cierto que detrás del no poder hay un no querer que se afina en actitudes xenofóbicas y rechazantes, asumidas y validadas a nivel institucional (Acuña, 2005: 41).

Esta tendencia explica en parte la concepción que existe en los servicios de salud, en cuanto a la atención de las emergencias (accidentes de trabajo, atenciones de parto y enfermedades graves) y no de la salud, con una ausencia de la visión preventiva para el caso de la problemática de la población migrante (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 26-27).

Condición de pobreza:

El limitado acceso a los servicios de salud y al aseguramiento social, se da en un contexto de limitado acceso a los servicios básicos y un deterioro sostenido de las condiciones de vida para diversos grupos de la población nacional, en razón de la incidencia de la pobreza. La pobreza agudiza el deterioro de los derechos sociales y económicos de la población en general, aunado a las características y particularidades de los grupos específicos de población migrante nicaragüense, como es el caso de las mujeres.

En determinadas características, la población migrantenicaragüensepresenta mayores dificultades para acceder a una mejor calidad de vivienda y servicios sociales. Las condiciones de salud, que presentan estas personas, están en estrecha relación con sus condiciones de vida: el medio insalubre, caracterizado por contextos habitacionales en donde la precariedad, el hacinamiento y la inseguridad se vinculan con dotaciones de vivienda inadecuadas, además de una deficiente dotación de servicios básicos (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 32).

La incidencia de pobreza (definida como ausencia de ingresos) es bastante mayor para los hogares donde al menos el jefe o uno de los cónyuges es nicaragüense: 24,3% de los hogares y 31,1% de las personas; mientras que a nivel nacional estas cifras corresponden al 20,9% de hogares y 23,1% de las personas (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 19).

Esta brecha se mantiene en cuanto al acceso a los servicios básicos de saneamiento, que incluye tipo de abastecimiento de agua, fuente de donde proviene, tipo de servicio sanitario y tenencia de baño, [que] es menor en los hogares con jefe nicaragüense, pues un 13,4% de los hogares no disponen de servicios y un 29,6% tienen servicios deficientes; situaciones que afectan a un 2,9% y un 12,5% de los hogares con jefe costarricense” (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 22)⁵⁸. Estas condiciones tienen otras manifestaciones:

- Inserción precaria en la estructura laboral y condiciones de trabajo poco seguras:

De acuerdo con el Censo 2000, los migrantes nicaragüenses acceden a ocupaciones no aseguradas, de baja calificación, mal remuneradas y con un reconocimiento social bastante bajo. El 60% de la fuerza laboral femenina se concentra tan sólo en dos grupos de ocupaciones: empleadas domésticas y trabajadoras en servicios de comidas para el servicio de cocineras y meseras (Barquero y Vargas, 2004: 69). Por ejemplo, los datos muestran un contraste particular entre el perfil ocupacional de las mujeres costarricenses y las migrantes nicaragüenses: el 42% se dedican a las ventas ambulantes y oficios domésticos, comparado con el 18% de las costarricenses. Asimismo, un 14% se desempeñan como camareras, cocineras o niñeras, comparado con el 8% de las costarricenses (PCP-INISA, 2001: 139).

⁵⁸ Por otro lado, respecto de la vivienda, datos censales indican que un 7,2% de los hogares con jefe nicaragüense residen en un tugurio y un 7,9% en precario (1,2% y 1,5% respectivamente en el caso de los hogares con jefe costarricense). En la zona urbana los hogares nicaragüenses constituyen un 35,4% del total de hogares que viven en tugurios y un 30,1% de los hogares con posesión en precario (Véase MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 22). Las viviendas en las que el jefe es de origen nicaragüense no sólo muestran indicadores más deficientes, sino que los duplican, triplican o, como en el caso de viviendas tipo tugurio, son seis veces mayores que los de viviendas en los que el jefe es costarricense. Los extranjeros no nicaragüenses presentan condiciones similares a los costarricenses, y en algunos casos mejores (Véase Barquero y Vargas, 2004: 72).

La omisión de los derechos laborales es una violación de los derechos humanos, que se manifiesta ampliamente en el sector de las trabajadoras domésticas, en el cual se ubican muchas mujeres migrantes nicaragüenses y esta omisión se traduce en derechos laborales (prea-viso, aumento salarial, etc.) y de salud (Seguro Social, permisos para acudir al médico, etc.). El trabajo doméstico significa exceso y explotación de trabajo, que lleva consigo cansancio y desgaste psicológico y emocional. La situación es crítica para las mujeres migrantes nicaragüenses en cualquier ocupación, ya que deben trabajar en promedio diez horas más que las costarricenses en la misma actividad, pues su pago por hora es un 20% menor al que obtiene una costarricense (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 17).

Los trabajadores migrantes nicaragüenses, generalmente acceden a actividades laborales pesadas, en algunos casos riesgosos en términos de salud ocupacional, mal pagadas y con un nivel de reconocimiento social bastante bajo. Se trata de condiciones en las que se repiten problemáticas derivadas de la flexibilización de las relaciones laborales, tales como la inestabilidad laboral, las irregulares condiciones de contratación, los bajos niveles salariales y la violación constante a sus derechos laborales; como la cotización a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Las actividades que concentran el 50% de esta población son: peones agricultura, albañiles, peones en la construcción y vigilantes (Barquero y Vargas, 2004: 69).

Por ejemplo, en el caso de la Zona Norte, el régimen laboral establecido por muchos empresarios, permite la evasión del pago de las responsabilidades que la ley exige en materia de prestaciones de salud (Acuña, 2005: 31). Todo esto demuestra la conducta excluyente por parte de patronos y empresarios, que niegan constantemente el derecho de toda persona a acudir a los servicios de salud.

En general estos grupos de migrantes se enfrentan a prácticas como morosidad de sus patronos, deducciones de los salarios de las cuotas correspondientes y no reportadas al Estado, una alta rotación de personal para eximirse del pago de los derechos sociales, entre los cuales se incluye el acceso a salud (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS, 2003: 25).

- Baja escolaridad y baja calificación. Deficiencias en su desarrollo educativo:

Según el Ministerio de Educación Pública (MEP), en el 2001 se registraron 40.944 estudiantes extranjeros en la educación regular, la mayor parte ubicados en San José. Más del 82% correspondía a estudiantes nicaragüenses (MEP, 2001. Citado en ACNUR, 2004: 111).

A pesar de estas cifras y de acuerdo al Censo Nacional de Población, existe un bajo porcentaje de asistencia a la educación regular costarricense, en el grupo etáreo de los migrantes de 13 a los 17 años, en relación con la población nacional (MINSALUD, FLACSO, OPS-OMS; 2003: 20), situación que en parte puede explicarse por la incorporación temprana de niños y jóvenes al mercado laboral.

La situación del acceso al sistema educativo no sólo se muestra a partir de los niveles de asistencia, sino que también por las condiciones del acceso, tal es el caso de la persistencia de condiciones deficitarias en los centros educativos a los que acuden los migrantes nicaragüenses:

- Sobre población escolar en los lugares con una alta concentración de migrantes, lo cual agudiza las insuficiencias de infraestructura, equipos y material didáctico.

- Problemas de extraedad en los migrantes nicaragüenses y un nivel de conocimientos más bajo, lo cual dificulta el manejo docente de grupos fracturados desde un punto de vista técnico, psicológico y social.
- Dificultades técnicas para atender en un mismo grupo, estudiantes con necesidades pedagógicas diferentes.
- Actitudes de intolerancia y manejo de estereotipos entre los alumnos por su nacionalidad, lo cual genera baja autoestima entre niños migrantes nicaragüenses (OIM, 1999. Citado por OIM, 2001: 36).

La problemática de las estaciones de paso y la salud sexual y salud reproductiva:

La Zona Norte es quizá una de las regiones del país que más transformaciones económicas, geográficas y demográficas ha experimentado en los últimos años. Aunado a este aspecto, su consolidación como un espacio fronterizo, modela un conjunto de características que la posicionan como zona de alta presencia de población móvil de origen nicaragüense. “La instalación de transnacionales dedicadas a la producción, empaque y exportación de tubérculos y frutas, se ha visto acompañada por el ingreso masivo de la mano de obra nicaragüense” (Acuña y Olivares, 2000. Citado por Acuña, 2000: 30); de esta manera, los movimientos de población han desbordado la frontera como hecho político y como categoría jurídica, a partir de sus dinámicas sociales que conforman una regionalidad caracterizada por transacciones físicas y simbólicas a ambos lados del territorio fronterizo (Acuña, 2005: 29).

A raíz de esta situación, el sector salud de la zona se ha visto presionado, ya que existe un mayor número de población migrante nicaragüense en

condición migratoria irregular y con patrones culturales específicos, respecto del cuidado de la salud. . Algunos de los impactos sobre la situación de la salud en la zona, son el aumento de la demanda de consultas, el bajo nivel de salud y el mayor número de partos y nacimientos con menor cobertura de planificación familiar.

Una región como la Norte, que ofrece la posibilidad de establecer vínculos, a partir del constante movimiento migratorio de las poblaciones de ambos países, contiene en las diferentes estaciones de paso o puestos de control, un escenario propicio para la prevalencia de situaciones de riesgo, asociadas al comportamiento sexual y reproductivo de la población migrante (Acuña, 2005: 32).

“Sin haber sido documentado ampliamente, se han empezado a detectar prácticas riesgosas para la seguridad sexual, en comunidades fronterizas (zona norte) y la estación de paso (Peñas Blancas), por parte de grupos como los jóvenes. Dichas prácticas tienen que ver con la prevalencia de varios compañeros sexuales, la compañía a camioneros y transportistas o las mismas personas que atraviesan la zona fronteriza y el favorecimiento sexual a cambio del silencio de las autoridades, sobre su propia situación migratoria” (Acuña, 2005: 26).

Es posible detectar factores de riesgo y vulnerabilidad de las personas migrantes, en especial de las mujeres. En muchos casos las personas que las guían, las transportan y las introducen en el país, les exigen dinero, ropa y favores sexuales, como condición para no dejarlas perdidas y en manos de las autoridades costarricenses. Los agentes policiales también les exigen dinero o favores sexuales (Acuña, 2005: 32).

En las estaciones de paso centroamericanas prevalece una elevada densidad poblacional y

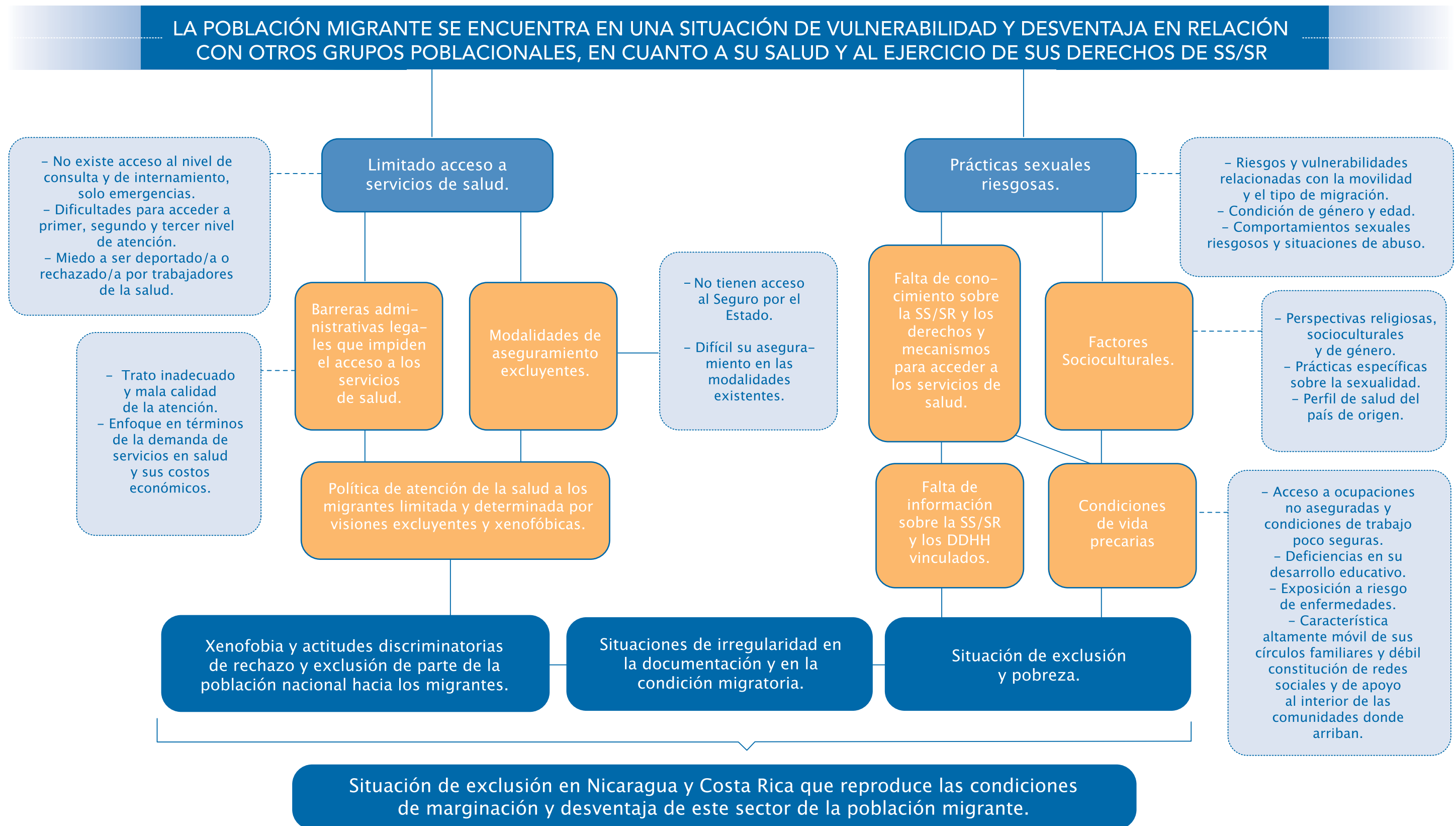
alta densidad de bares y prostíbulos. La actividad de la prostitución involucra un conjunto heterogéneo de actores, que usan la zona como tránsito. Otra variante de prostitución que debe ser considerada es la llamada prostitución de temporada, que se desarrolla en comunidades o lugares donde hay una importante cantidad de trabajadores migrantes, en estaciones de cosecha y plantaciones. Las mujeres migran hasta allí para ofrecer sus servicios (Acuña, 2005: 32).

Las condiciones de trabajo poco seguras promueven prácticas sexuales de riesgo. Las trabajadoras sexuales experimentan situaciones de violencia, alcoholismo y drogadicción, que dificulta la negociación del uso del condón. La demanda del trabajo sexual está asociada a los flujos migratorios, a ciclos agrícolas, a festividades locales y a las condiciones de la migración laboral. La mayor parte de las trabajadoras sexuales son mujeres jóvenes, con baja

escolaridad e indocumentadas. Además, su carácter de indocumentadas, la alta movilidad, el estigma y la falta de respuestas dificultan su seguimiento por parte de los servicios de salud y el acceso a información sobre VIH-SIDA (Acuña, 2005: 32).

“Dada la intensa movilidad de las trabajadoras sexuales no pueden establecer relaciones de confianza con personas de la comunidad ni pueden exigir condiciones de protección y seguridad para el ejercicio del trabajo sexual. Las trabajadoras sexuales de la región presentan una alta movilidad dentro y fuera de sus países, estableciendo circuitos como trabajadoras temporales. Esta movilidad facilita la inserción en nuevos lugares de trabajo, pero no permite consolidar redes sociales de apoyo, lo que las hace más vulnerables socialmente” (Acuña, 2005: 32)

1.6.2 Árbol de problemas:





1.6.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.6.3.1. Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Estado</i>	Garantizar la administración integral del fenómeno migratorio y atender de manera integral, la problemática de la población migrante, en especial en cuanto al acceso a los beneficios de la salud pública.	- No existe una coordinación interinstitucional, intrasectorial, intersectorial para la atención integral de la problemática de la población migrante, a partir de políticas específicas.
	Alentar el desarrollo social y económico y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.	- Falta voluntad política para proveer asistencia a migrantes irregulares.
	Reconocer el derecho a los demás bienes y servicios que el Estado costarricense ofrece a la población local y el acceso de las personas migrantes a programas y servicios, que partan del reconocimiento de las especificidades de esta población.	- Ausencia de un sistema de información (recolección, análisis, difusión y monitoreo) que permita la medición integral del impacto de la población migrante. - Falta de voluntad política y mecanismos de control, que garanticen el pago de las cuotas obrero-patronales de los trabajadores migrantes.
<i>Dirección General de Migración y Extranjería</i>	Garantizar la regulación ordenada y en condiciones humanas de los flujos migratorios de nacionales y extranjeros en un marco de eficiencia, seguridad, respeto a la Ley y los derechos humanos.	- Falta de adecuación del sistema a las especificidades de la población migrante irregular y su problemática, en relación con las condiciones particulares de su inserción en la sociedad costarricense.
	Contribuir con la facilitación de la solicitud y entrega de los servicios requeridos de trámites migratorios, que demanda la población nacional y extranjera, en un marco de eficiencia y facilitar mecanismos de protección para la población migrante.	- Falta voluntad política para proveer asistencia a migrantes irregulares.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
CCSS	Garantizar el acceso a información de las personas migrantes completa y oportuna a los servicios de salud reproductiva, en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento.	- Falta una revisión así como una toma racional de decisiones en relación con las disposiciones administrativas, que dificultan el acceso a los servicios de salud y al aseguramiento social de las personas migrantes irregulares.
	Garantizar la atención integral, segura y oportuna, en todos los niveles, con criterios de equidad, calidad y calidez, a todas las personas migrantes que lo requieran sin considerar las especificidades culturales, de género y de etnia	- Falta priorizar en el nivel institucional la salud reproductiva de las personas migrantes, así como la priorización sobre la atención preventiva e integral de la salud, orientada a atender las especificidades de la población migrante.
MINSALUD	Asegurar que los servicios necesarios existan y sean de calidad, oportunos, seguros y accesibles en costo, tiempo, cultura, sin diferencias de género, grupo social, edad o etnia.	- Falta de reconocimiento de las especificidades de la población migrante y su problemática, en relación con las condiciones particulares de su inserción en la sociedad costarricense y en cuanto a su salud sexual y reproductiva.
	Desarrollar la capacidad técnica para garantizar la salud preventiva y el control en áreas más críticas (control higiénico, salud reproductiva y sexual, alimentación y nutrición) que afectan a las personas migrantes, en especial mujeres, niñas, niños y jóvenes, principalmente en sitios estratégicos de tránsito y arribo de personas migrantes.	- Falta de reconocimiento de las actitudes discriminatorias de rechazo y exclusión hacia los migrantes que atraviesan el sector salud. - Falta voluntad política para proveer asistencia a migrantes irregulares.

1.6.3.2 Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Migrantes</i>	Acceso a información oportuna para prevenir enfermedades asociadas al comportamiento sexual y reproductivo.	- Falta de conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva; sobre lo que pueden ofrecer los servicios de salud y los mecanismos para accederlos, así como sobre sus derechos y deberes para acceder a los beneficios de la salud pública, de acuerdo con la legislación existente en materia de atención migratoria.
	Acceso oportuno a los servicios de salud sexual y reproductiva y atención médica profesional, integral, segura y oportuna de su salud con visión preventiva, con criterios de equidad, calidad y calidez.	
	Acceso a servicios de salud que sean asequibles en costo, tiempo, cultura, sin diferencias de género, grupo social, edad o etnia, y de acuerdo con sus necesidades específicas y con respeto de sus diferencias.	- Falta de medios e instrumentos para acceder los servicios de salud y para exigir atención de calidad, en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

1.6.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción:

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional, en términos de mejorar la situación de las personas migrantes en cuanto a su salud sexual y reproductiva, se propone en los próximos cuatro años:

- Fomentar el interés de las personas migrantes en temas de salud, contribuyendo con la divulgación pública de información completa, precisa y oportuna acerca de la salud sexual y reproductiva y los cuidados para prevenir enfermedades asociadas al comportamiento sexual y reproductivo.
- Contribuir con la divulgación de los beneficios, que ofrecen los servicios de salud y los mecanismos para accederlos, dirigida a las personas migrantes, así como sobre sus derechos y deberes para acceder a los beneficios de la salud pública, de acuerdo con la legislación existente en materia de atención migratoria.
- Fomentar la salud preventiva y el control en salud sexual y reproductiva de las personas migrantes, en especial de mujeres, niñas y jóvenes, por medio del apoyo a campañas de promoción y prevención de la salud en sitios estratégicos de tránsito y arribo de

migrantes, junto con el sector salud y otros actores.

- Apoyar y propiciar iniciativas de sensibilización y capacitación de funcionarios de los servicios de salud, para favorecer la captación de personas migrantes en situación de pobreza, y la prevención de problemas de salud a esta población.
- Apoyar y propiciar iniciativas de revisión de las disposiciones administrativas para acceder a los servicios de salud y al aseguramiento social de las personas y en especial de las personas migrantes; apoyar la generación de políticas claras de atención a esta población.
- Contribuir con el reconocimiento de las especificidades de las personas migrantes y su problemática respecto de sus condiciones particulares de salud, por medio de programas educativos y de divulgación pública con información oportuna dirigida a la comunidad en general, que invaliden las actitudes discriminatorias de rechazo y exclusión dirigidas a las personas migrantes.
- Apoyar y propiciar acciones institucionales para adecuar y perfeccionar los sistemas de información al marco general de las movilizaciones humanas, en la sociedad

costarricense, así como la creación de un sistema de información único (recolección, análisis, difusión y monitoreo), que contemple registros sobre nacionalidad y que permita obtener datos comparables y análisis de información, que apoye la vigilancia en salud y la formulación de políticas para este grupo de población.

- Apoyar labores de sensibilización y movilización de acciones políticas y sociales en materia de migración, a partir de un acercamiento en el conocimiento sobre las condiciones de las poblaciones migrantes nicaragüenses en Costa Rica, que permitan el manejo integral del fenómeno migratorio, para que no se contemple solamente el impacto del proceso migratorio en términos de la demanda de servicios en salud y sus costos económicos y para que se invaliden las actitudes discriminatorias de rechazo y exclusión, dirigidas a las personas migrantes a nivel institucional.
- Fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias por medio del apoyo a la producción de información y abordajes sobre dicha dimensión, especialmente con estudios en comunidades fronterizas en Costa Rica y la elaboración de diagnósticos, que apoyen el reconocimiento de sus prácticas originales y culturales en salud, para incorporarlas en el tratamiento de sus enfermedades.

1.6.4 Bibliografía

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2004). Diagnóstico sobre el grado de integración refugiada colombiana en Costa Rica. Proyecto TCU/UCR-ACNUR. Fortalecimiento de la Protección de los Refugiados y Migrantes Vulnerables en Costa Rica. Editorama, San José.

Acuña, Guillermo. “La inmigración en Costa Rica: dinámicas, desarrollo y desafíos”. Proyecto Fondo UPEC-UNFPA. Documento inédito. 2005.

Barquero, Jorge A. y Juan C. Vargas. “La migración internacional en Costa Rica: estado actual y consecuencias”, en: Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones. 2004.

Chen, M. y Rosero L, et. al. (2001). Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000. Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. UCR, PCP, INISA.

CCSS (2006). Reglamento del Seguro de Salud. En: <http://www.ccss.sa.cr/>

Collado, Andrea. “Diagnóstico general de la población joven”. Segundo Informe Preliminar. Documento inédito. 2003.

INEC. Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000: Resultados Generales. 2001.

MINSALUD, FLACSO, OMS-OPS (2003). Migración y salud en Costa Rica: elementos para su análisis. San José, Costa Rica.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en Mesoamérica – SIEMMES-2006.

_____ (2006). Glosario sobre Migración. Derecho Internacional sobre Migración, nro. 7, Ginebra.

OIM (2001). Estudio binacional: situación migratoria entre Costa Rica y Nicaragua. Análisis del impacto económico y social para ambos países. San José, Costa Rica.

PCP-INISA. “Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva”. Programa Centroamericano de Población (PCP) de la Escuela de Estadística e Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2001. Programa Estado de la Nación (2005). Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica.

Rosero, Luis. “Retos de la inmigración nicaragüense a Costa Rica”, en: Retos y desafíos de Costa Rica. Actualidad Económica, No. 307, año XVIII, del 5 al 28 de noviembre del 2004.



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.7. Construcción de las masculinidades y el ejercicio de poder sobre los otros

PROBLEMA:

La persistencia de patrones patriarcales en la estructuración de las masculinidades, aceptados por hombres y mujeres, determina relaciones inequitativas entre los géneros.



1.7.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

La discriminación de que son víctimas las mujeres, por la persistencia de patrones patriarcales en nuestra sociedad, es un problema que viene siendo estudiado desde hace varias décadas. No obstante, como estos patrones estructuran las masculinidades de los hombres y, de esta manera, cómo moldean y determinan su comportamiento, es un fenómeno muy poco estudiado y sobre el cual existe menos conciencia en el nivel de la sociedad. Conocerlo en sus distintas dimensiones, representaciones y resultados es esencial para poder remover y transformar esos patrones de control y dominación intra e intergenéricos.

La masculinidad patriarcal ha sido definida por Benno de Keijzer como: “...el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. (...) existe un modelo hegemónico de masculinidad visto como un esquema culturalmente construido, en donde se presenta al varón como esencialmente dominante, que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan a este modelo” (1995: 3).

La masculinidad así entendida no es entonces la conducta de personas aisladas, sino que es una estructura ideológica desde donde se decide, emite y modela esa conducta. La masculinidad crea y a la vez se sostiene, en una “armazón” constituida por dos ejes. En un eje se encuentra lo individual y lo cotidiano (todo aquello que la persona vive día a día) y en el otro eje se encuentra la sociedad, expresada en sus instituciones fundamentales, en su historia y en su proyecto expreso.

“Entendemos el paradigma dominante de masculinidad como un modelo, esto es, en el

doble sentido de representación simbólica de la realidad (así se concibe la masculinidad) y norma (así se orienta la conducta de un hombre). La masculinidad hegemónica constituye un saber ideológico, que orienta, motiva e interpela a los individuos concretos constituyéndolos en sujetos, a la espera de una respuesta “sujetada” a la norma (Althusser, citado en Abarca). Al mismo tiempo, la existencia de un modelo dominante supone la posibilidad de subjetividades masculinas que se relacionan en forma diversa con el paradigma, acatando, negando o pervirtiendo su mandato, de acuerdo con el contexto en que se encuentren” (Abarca, <http://www.inicia.es/de/cgarciam/abarca.html>). En síntesis, la masculinidad hegemónica puede definirse como la configuración de prácticas de género que legitimen el patriarcado y que garanticen una posición dominante de los varones y subordinada de las mujeres (Citado por Fridman).

Por lo general, las sociedades exigen a sus varones pasar por pruebas para probar su masculinidad, que aparece como una cualidad muy deseada y, a la vez, difícilmente alcanzable. Así, la condición masculina estaría constantemente en duda, por lo que necesita su prueba y afirmación social y personal. Si los hombres, tan universalmente, deben pasar por pruebas para probar su masculinidad, es precisamente porque esta no está determinada por la naturaleza. Por esta razón, las sociedades establecen pautas, rituales, pruebas, sistemas de premios y castigos que incentivan la conducta agresiva y activa, inhibiendo los comportamientos pasivos (Callirgos, 1996, citado en <http://www.inicia.es/de/cgarciam/abarca.html>). Socializarse como varón bajo el modelo tradicional es un proceso difícil que por lo mismo, requiere de un beneficio simbólico y material. Ese beneficio consiste en la posibilidad de ejercer algún poder

(Kaufman, citado en Abarca, <http://www.inicia.es/de/cgarciam/abarca.html>).

Como se señala en el estudio de la CCSS/PAIA (2001: 25), “...cada vez más el comportamiento de los hombres está guiado por muchas masculinidades en vez de la construcción tradicional de masculinidad...”. Este aspecto es importante reconocerlo, para no incurrir en generalizaciones, que pueden no corresponder con el comportamiento de determinados grupos de hombres, sea por su condición étnica, socioeconómica y pertenencia a un determinado grupo étnico, por ejemplo:

- **Fundamentación del problema y relaciones causa-efecto:**

Representaciones y prácticas de la masculinidad:

Las representaciones acerca de la masculinidad, o de lo que se considera que es ser hombre y ser mujer, varía de una cultura a otra, así como entre los diferentes grupos de edad. En Costa Rica existen varios estudios recientes, donde esta temática ha sido tratada. Seguidamente se hace mención a algunos resultados de investigaciones que la abordan.

El estudio anteriormente citado (PAIA/CCSS, 2001) menciona como dimensiones comunes de género y sexualidad masculina en América Latina, las siguientes:

- La sexualidad masculina es instintiva, incontrolable y agresiva.

- La violencia, al igual que la sexualidad masculina, es incontrolable.
- Tradicionalmente, el machismo⁵⁹ se organiza alrededor de una jerarquía de la pasividad de las mujeres y la actividad de los hombres.
- Se espera que el deseo sexual masculino esté separado del afecto y las emociones.
- Se espera que los hombres tengan experiencia sexual.
- Se espera que los hombres dominen a las mujeres y son ridiculizados si no lo hacen.
- Se espera que los hombres tomen riesgos.
- El machismo se enfatiza.

En Costa Rica, el PAIA llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo, con grupos focales de adolescentes de distintos sectores del país (zona rural, zona urbana popular y zona urbana marginal), acerca de las representaciones sobre la masculinidad y la feminidad. Algunas de las conclusiones a las que arribó este estudio fueron las siguientes⁶⁰:

- El hombre es básicamente entendido como ser no mujer, es decir, el hombre construye su masculinidad en oposición a las mujeres.
- El hombre tiene características sexuales y físicas específicas que son definitorias y de las cuales, las fundamentales, son los órganos genitales.

.....
⁵⁹ El término machismo suele referirse a la estructura profunda de la masculinidad, por lo general se iguala a jactancia, hazaña sexual, protección del honor y voluntad de enfrentar el peligro, entre otras características (Cf. CCSS/PAIA, 2001: 24).

⁶⁰ Con algunas pequeñas modificaciones de forma, el contenido de estas conclusiones se mantiene tal y como aparece en el texto citado.

- La fuerza física es esencial a la masculinidad y tiene que estar siendo continuamente mostrada y probada ante los demás, sometiéndose a conductas de riesgo.
- En la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, los hombres deben fundamentalmente relacionarse con otros hombres, porque lo contrario significa que es homosexual. Contrapuesto a los adolescentes y los hombres jóvenes, de 15 a 24 años que deben relacionarse con mujeres, porque si no lo hacen son catalogados como homosexuales y excluidos del grupo.
- La masculinidad posibilita a tener relaciones sexuales (promiscuas) con varias mujeres, lo cual impide la construcción de vínculos más estables. Esto nos comunica que la masculinidad atravesaría por una debilidad en iniciar y sostener vínculos con una persona significativa. Este es un aspecto que, sin embargo, no se puede generalizar a todos los adolescentes, dichosamente, ya que algunos piensan que lo importante es formar una pareja en el marco del matrimonio.
- Los hombres no deben permitirse expresiones de afecto ni sentirse vinculados a otra persona. Este aspecto nos refuerza lo dicho anteriormente, pero nos agrega como la masculinidad es un mutilador del hombre mismo, al cercenarle un aspecto fundamental como es la posibilidad de comunicar su esfera afectiva y creer en la otra persona como alguien que puede comprender y ayudar.
- Los hombres nacieron para ser responsables económicamente del hogar, de la esposa y de los hijos. Este aspecto nos refuerza lo expuesto anteriormente, donde el hombre se ubica, por lo menos en su “imaginario”, solo frente a las responsabilidades económicas de la familia y en disociación del resto de las y los miembros de la misma, especialmente de su pareja.
- Los adolescentes rurales consideran al ser masculino en estrecha relación con la reproducción y, en algunos casos, con la agresión física a la esposa.
- Los homosexuales no son hombres. Esta es una consigna básica en todos los grupos de adolescentes.
- El aprendizaje de la sexualidad se da principalmente con los amigos, en la calle y por los medios de comunicación colectiva. Los padres no desempeñan una función educativa y cuando lo hacen, ya llegan tarde con la información.
- En los adolescentes urbanos populares los papás brindan información por medio de material pornográfico, tales como películas o revistas. Con ello fortalecen el aprendizaje de relaciones sexuales desafectivizadas, en donde el hombre es un objeto para sí mismo al igual que la mujer; por esto es que ser hombre se entiende como aquel que es capaz de desvincularse.
- La masturbación aparece en todos los adolescentes como una práctica común, que es comentada por todos ellos y considerada como parte del proceso de autoconocimiento. Sólo un pequeño grupo considera que es pecado, sin embargo, ello no les impide la práctica, sino que en palabras de ellos, igual lo hacen pero con culpa.
- El intentar ver a la mujer desnuda y los tocamientos son otros de los aspectos que practican como parte del desarrollo de la sexualidad, porque sienten que las

relaciones sexuales coitales serán su destino a corto plazo. Además, existe el mito de que el hombre tiene que ser experimentado, tiene que buscar y aprender utilizando cualquier medio, pues no puede preguntar, ya que sería confesar su inexperiencia.

- El hombre debe siempre insistir en tener relaciones sexuales, aunque en primera instancia la mujer se niegue, ya que la mujer, consideran ellos, lo hace como estrategia, porque también quiere. Un mandato en el comportamiento del hombre es buscar que la mujer acepte tener relaciones sexuales y nunca desistir. Esto preocupa particularmente pues puede llevarlos a conductas abusivas, sin que ellos se percaten que lo están haciendo.
- No todos los hombres adolescentes piensan de esa forma. Hay quienes consideran que se debe insistir, pero si la mujer les quita la mano cuando intentan tocarla ya no se debe insistir más. Otros piensan que la relación sexual se debe dar sólo cuando los dos estén de acuerdo (CCSS/PAIA, 2001: 155-157).

Como puede observarse, si bien existen algunas diferencias en las prácticas y representaciones acerca de la sexualidad en los adolescentes, en lo esencial tienden a ser muy semejantes. Otra investigación, en este caso realizada por el INAMU⁶¹, encontró que la masculinidad hegemónica relacionada con la paternidad, se construye básicamente

en torno a dos grandes “mandatos”: la función de proveeduría y las limitaciones expresivas del afecto. “La proveeduría marca fuertemente la identidad de los hombres, gran parte de los cuales tienden a actuar en consecuencia con este mandato” (INAMU, 2002: 109).

A conclusiones similares arribó la investigación realizada por Rivera y Ceciliano (2004). Respecto del ejercicio de la masculinidad, generalmente se tiende a pensar que esta otorga a los hombres seguridad, dominio y control; sin embargo, en la práctica, “...los hombres se enfrentan constantemente con el imperativo de demostrar esa masculinidad, lo cual puede llevarlos a asumir conductas riesgosas”. En este estudio, si bien los resultados tienden a confirmar esa tendencia, se identificaron también “procesos incipientes de resignificación de lo masculino”, por ejemplo, disposición a aceptar que las responsabilidades y tareas vinculadas con la reproducción y con obligaciones familiares no deben recaer exclusivamente en la mujer, y a que las mujeres se inserten en el campo laboral (Cf. Rivera y Ceciliano, 2004: 175-176).

En síntesis, las prácticas y representaciones acerca de la masculinidad en los hombres, tienden a reproducir el modelo hegemónico patriarcal dominante. Esta reproducción considera como el contexto social estimula a los varones a elaborar los conflictos, enfatizando el uso del cuerpo de forma mecánica sin la posibilidad de mediatizar las emociones mediante la palabra, y por otro lado, consiste en cómo se fortalece

61 El estudio del INAMU incluyó una consulta a 71 hombres ubicados por medio del Registro Civil. Del total de consultados, un 63% llegaron a inscribir a su hijo/a por su propia cuenta, el 37% restante fueron citados por el Registro Civil, ya que habían sido declarados como padres por mujeres que se acogieron a la Ley de Paternidad Responsable. Debe consignarse que los resultados de este estudio no tienen una representatividad estadística, sin embargo, aporta información cualitativa sumamente importante sobre la forma en que los hombres conciben que debe ser el involucramiento paterno. Un mayor detalle sobre la metodología empleada en este estudio se encuentra en INAMU, 2002, págs. 28 s.s.

la escisión respecto de las representaciones de la masculinidad, de una imagen de varones supuestamente fuertes que corresponde a las representaciones de la masculinidad hegemónica, y de imágenes de varones supuestamente débiles, asociados a aspectos femeninos, y por lo tanto, desvalorizados. Estos supuestos subyacen en el imaginario social acerca de cómo deben ser los niños “varoniles” y que impiden dar cuenta de la amplia gama real de masculinidades, con que nos encontramos en la realidad (Fridman).

La masculinidad se define como fortaleza, en contraposición con la supuesta vulnerabilidad femenina asociada a las emociones. La tramitación de las emociones en los varones los enfrenta con el profundo temor a parecer femeninos, y por lo tanto “poco hombres”; por esto en muchos casos la aparición de la violencia surge como reaseguro de angustias más profundas de desidentificación. “Los niños aprenden a probarse a sí mismos de acuerdo con reglas extremas y se vuelve muy difícil desarrollar emociones si éstos aprenden que mostrarlas son signo de debilidad”. (Citado por Fridman).

La violencia⁶² puede ser utilizada como forma de validación de un modelo de masculinidad por sobre los otros. Por esta asociación de la masculinidad hegemónica y la violencia, hay una total coincidencia en equiparar las representaciones sociales de la masculinidad con las cuestiones alrededor del poder. Hay una sistemática asociación entre poder, empoderamiento y violencia y en ese sentido, la violencia que ejercería un varón, sería avalada por el contexto social como forma de reasegurar su identificación con el rol que la cultura le otorga y valora como perteneciente al

género masculino. Esta situación se manifiesta en la violencia contra las mujeres y en la violencia al interior del mismo género, con los miembros que no cumplan con los roles tradicionales. La tensión aparecería cuando el grupo tiene que soportar las diferencias al interior del mismo y sobre todo cuando estas diferencias resuenan en lo que históricamente se ha definido como femenino. Por tanto, esta tensión provoca el aseguramiento de la efectividad del poder, atribuido a los varones por medio de la violencia (Fridman), que en muchos casos, se trata de violencia intragenérica, es decir, violencia entre varones por no ajustarse al modelo hegemónico de masculinidad.

En la construcción de la subjetividad masculina se puede observar un fuerte conflicto entre una representación única de masculinidad, contrapuesta a representaciones más novedosas de diversos tipos de masculinidad.

A pesar de estos tipos de masculinidades, persiste la definición de los atributos de la masculinidad social desde la negativa a lo que se considera típicamente femenino. La masculinidad todavía es pensada como un concepto único y toda desviación del mismo va a ser catalogada de femenina; no permitiendo por la rigidez de este concepto, la posibilidad de pensar en diferentes tipos de masculinidades no es permitida. Esta rigidez traerá diversas problemáticas en el desarrollo de la subjetividad, la representación de una masculinidad hegemónica produciría al interior del mismo género conflictos, acerca de cómo resolver que el hecho de la existencia de una gran variabilidad de masculinidades reales, produzca una escisión entre los miembros que cumplirían con los aspectos que en el imaginario

62 La violencia puede ser una modalidad de demarcar fronteras y realizar la exclusión y también de hacer valer los derechos de un cierto sector de varones sobre un grupo en conflicto. No debemos olvidarnos que la masculinidad social está fuertemente condicionada por la fantasía de omnipotencia y que la violencia aumenta cuando se amenaza esta representación.

social se identifican como netamente masculinos y el resto a los que se equipara-ría con los grupos dominados.

“En un mundo de características patriarcales y paternalistas como el nuestro, en el cual los varones representan a los sujetos modélicos de la cultura, poder poner en palabras las emociones, diferenciar entre violencia y empoderamiento, y que para poder consolidar la subjetividad masculina no siempre es necesario poner al cuerpo en juego, todavía parece algo impensable” (Fridman).

La masculinidad hegemónica es una vara con la que son medidos los varones, son menos hombres los que no se acerquen al estándar que aquella estipula. Por ello, es imperativo hablar de masculinidades más que de masculinidad. Se entiende masculinidad como una categoría o condición general que da cuenta del ser del hombre y la situación particular o manifestación específica que aquella toma, en cada uno de los hombres. Son condiciones diferentes: la masculinidad apunta al hombre; las masculinidades a los hombres (Salas, 2005: 117 y 190).

Los hombres van a ejercer su masculinidad de acuerdo con su condición socioeconómica, su posición social y su contexto sociocultural, pero también esta va a depender del grupo etario y étnico al que pertenezca. Así por ejemplo, los niños y los adolescentes varones son un grupo vulnerable física y emocionalmente, lo que los afronta a problemas únicos en el camino a la virilidad o a ser “hombres”. Los hombres jóvenes se enfrentan con la presión social para ajustarse a las ideas dominantes, acerca de cómo ser un hombre y el no ajustarse puede conducir a la discriminación o la desventaja. De ahí las conductas riesgosas a las que muchas veces se ven sometidos, como por ejemplo, la actividad sexual como forma de probar su virilidad.

La vivencia de la masculinidad de los adultos mayores tiene características en función de una percepción social tradicional de estas personas y su rol en la sociedad, aunado a un sistema económico, que desvaloriza su aporte porque ya no son productivos económicamente en comparación a hombres jóvenes o de mediana edad. Además, la difusión de una percepción de inutilidad del adulto mayor, lo convierte en un elemento desechable, con el rechazo sociocultural y el daño físico, emocional y psicológico, que esto conlleva para estos hombres, cuyo mandato durante toda su vida fue la función de proveeduría.

La masculinidad hegemónica, aunque no se encuentra en crisis, entra en cuestionamiento, ya que definido por la masculinidad se ha debilitado, confundido y opacado, y hay otras y nuevas exigencias, algunas no típicas, para lo que tradicionalmente se ha concebido como ser hombre (Salas, 2005: 191).

En todo caso, las crisis de la identidad masculina se dará conforme se registren transformaciones culturales, que cuestionen o transgredan los principios aceptados que definen el perfil general del ser hombre, sin olvidar que las identidades masculinas basadas en la demostración de fuerza y de poder, también tienen altos costos para los varones.

Esto puede significar el surgimiento de nuevos modelos de masculinidad, donde se reconoce la responsabilidad de la conducta opresiva. De esta manera, se pueden vislumbrar modelos positivos, dinámicos, plurales e inspiradores de masculinidades alternativas, sanas y no opresivas, que hagan posible la eliminación de la violencia de género, así como las decisiones y responsabilidades compartidas entre hombres y mujeres, en aspectos en los que usualmente los varones no se sienten involucrados, tales como la planificación familiar, el sexo seguro y la educación sexual.

Violencia masculina intergeneracional:

El ejercicio de la violencia es uno de los campos, donde más claramente se pone de manifiesto la existencia de patrones patriarcales, en la estructuración de las masculinidades de los hombres. En Costa Rica, las cifras revelan que son los hombres mayoritariamente, los que están actuando de manera violenta, no solo contra otras personas, sino que también contra sí mismos (Salas, 2005: 31). Veamos algunos datos proporcionados por Salas (2005: 32):

- El total de suicidios en el país pasó de 263 en el 2000 a 329 casos en el 2003. La mayoría de estos suicidios se dio en hombres, en una proporción de más de cuatro a uno en relación con las mujeres.
- La tasa por 100.000 habitantes de homicidios culposos fue, en el caso de los hombres de 24,7, mientras que en el caso de las mujeres fue de apenas 5,4.
- En el año 2003, la tasa por 100.000 habitantes de muertes accidentales fue, en el caso de los hombres de 23,0 y de apenas 2,8 en el caso de las mujeres.

La sobremortalidad, o sea, la razón entre el riesgo de muerte por una causa específica en los varones, relacionado con las mujeres, entre el 2000 y el 2002, presenta mayor riesgo de muerte en los hombres. Los suicidios tienen una sobremortalidad masculina de 6,3, es decir, por una mujer que se suicida, se suicidan 6,3 hombres; seguido de los homicidios con 5,2; casi con el mismo valor, los accidentes de tránsito con una sobremortalidad

de 5. Por último donde la diferencia es menor es en los “otros accidentes”, donde el riesgo de morir de los hombres es solamente el doble, que el de las mujeres (MINSALUD, 2004: 12).

Las conductas asociadas a la masculinidad muestran, que de manera general, los hombres pueden estar más expuestos a riesgos de salud. Es conocida la alta mortalidad masculina causada por accidentes y violencia, relacionada con comportamientos estereotipados de la identidad masculina, tales como agresividad, osadía, abuso del alcohol o drogas (Herrera y Rodríguez, 2001: 171).

Adicionalmente, Salas menciona cifras muy contundentes sobre enfermedades, adicciones y causas de muerte en los hombres; muchas de las cuales se explican por estilos de vida y formas de asumir la masculinidad, cargados de violencia y falta de autocuidado.

Ahora bien, estas formas de violencia son distintas a la violencia de género, cuyas víctimas son principalmente las mujeres. Los delitos sexuales, tales como el acoso y el abuso sexual, muestran esta situación. De 1992 al 2003, hubo 12.011 denuncias por violaciones. En 1992 hubo 1,8 denuncias por día y en el 2003 hubo 4,2. Las tasas de denuncias por violación, por cada 100.000 habitantes fueron 20.6 en 1992 y 37.0 en el 2003⁶³ (Castro, 2005).

En un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica sobre acoso sexual, se determinó que alrededor del 80% de las víctimas de hostigamiento sexual son mujeres y el 20% restante son hombres, de los cuales el 10% son acosados por otros hombres. Esto significa que el

⁶³ De las 12.011 denuncias por violaciones, solo fueron dictadas 1.451 sentencias condenatorias, sea que el 87,9% de los violadores denunciados no fueron sancionados (Véase Castro 2005).

porcentaje de mujeres acosadoras es un 10% y el porcentaje de hombres es del 90% (www.inamu.go.cr).

La violencia intrafamiliar y la violencia ejercida contra las mujeres, se expresa como violencia física, sexual y psicológica. Sobre este respecto, es sumamente reveladora la información suministrada por el Informe Estado de la Nación (2005: 69): “Entre 1997 (un año después de que entrara en vigencia la Ley contra la Violencia Doméstica) y el 2000, el número de demandas por violencia doméstica se duplicó (32.643 en ese último año) y en el 2004 ascendió a 48.073 casos entrados. Por su condición de género, las mujeres son las víctimas más frecuentes”.

Una de las expresiones más serias de esta problemática, lo constituye el femicidio⁶⁴. En los últimos años la violencia intrafamiliar viene cobrando la vida de un promedio anual de 23 mujeres y la tendencia es hacia un crecimiento. Un estudio realizado por Carcedo y Sagot (2000), revela que algunas de las causas más frecuentes de homicidios de mujeres en Costa Rica son la violencia doméstica, la violencia sexual y los llamados “problemas pasionales”. Sólo en el año 2000, murieron 23 mujeres por estas razones. De acuerdo con el registro de femicidios, que lleva el Área de Violencia de Género del INAMU, en los últimos años la violencia viene cobrando la vida de un promedio anual de 23 mujeres y la tendencia es hacia un crecimiento.

CUADRO 1
Femicidios en Costa Rica y número de servicios de atención a mujeres.

Año	No. de femicidios	No. de servicios de atención
1999		5188
2000	25	4837
2001	11	54045354
2002	21	6021
2003	29	5799*
2004	20	
2005	39	
2006	17	

** Datos hasta el 17 de diciembre del 2004.*

Fuente: Información suministrada por el Área de Violencia de Género, INAMU, junio 2006.

.....
⁶⁴ Por femicidio o feminicidio se entiende “el asesinato de mujeres por razones asociadas a su género”, Russell y Radford, citadas, en: “El último peldaño de la agresión”, disponible en www.isis.cl/temas/vi/informe.htm

Utilizando como fuente los registros del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), Carcedo y Sagot constataron que los hombres son quienes están más involucrados en actos de violencia, particularmente en homicidios, tanto como ejecutores o como víctimas (86%). Respecto de la autoría de los homicidios, la participación de las mujeres no sólo ha sido menor, sino que, en términos relativos al total, ha disminuido ligeramente durante la década estudiada. Así, entre 1990 y 1994, las mujeres fueron autoras del 7,5% del total de homicidios, mientras que entre 1995 y 1999, lo fueron del 5,5%.

El dato más significativo dentro de este contexto es que en los últimos diez años, el porcentaje de las mujeres víctimas de asesinato fue de 14%, en tanto que el de las mujeres que cometieron homicidio alcanzó apenas el 6 % del total. Lo anterior significa que “los hombres no sólo se matan entre ellos, sino que son más frecuentemente ejecutores de estas muertes violentas que víctimas, al contrario de lo que ocurre con las mujeres”. En cuanto a los asesinatos de mujeres, una de las causas más frecuentes fue la violencia doméstica y sexual (45%), sólo una minoría de estos asesinatos se debió a robos, riñas y drogas (21%). En el año 1999, los llamados “móviles pasionales” y problemas familiares fueron los que cobraron más víctimas entre las mujeres.

El aspecto más relevante de esta investigación es haber detectado un total de 44 homicidios (14% del total), que no figuran en los registros del OIJ. Este rastreo significó revisar los registros de la Sección de Patología Forense, donde a 26 de las víctimas se les practicó la autopsia correspondiente, y se dedujo que se trató de homicidios. La ausencia de un registro formal de este tipo de muertes intencionales de mujeres es notoria cuando se trata de establecer los femicidios.

Los femicidios constituyen la mayoría de los homicidios de mujeres entre 1990 y 1999 (58%). Esto significa, según Carcedo y Sagot, que la violencia basada en la inequidad de género es causante de más de la mitad de los homicidios de mujeres; además, hay que tomar en cuenta que existe un considerable número de homicidios (17%) sobre los que no se pudo obtener suficiente información para determinar si podían ser considerados o no femicidios”.

Los asesinatos de mujeres, presentan como una de las causas más frecuentes, la violencia doméstica y sexual (45%), sólo una minoría de estos asesinatos se debió a robos, riñas y drogas (21%). En el año 1999, la violencia intrafamiliar (38,24%) y los llamados “problemas pasionales” (17,65%) fueron los que cobraron más víctimas entre las mujeres. Las riñas solo representan el 5,88% de las causas.

En el caso de los hombres, la violencia intrafamiliar solo representa el 6,94% de las causas de homicidios, frente a un 38,24% de las mujeres. Los “problemas pasionales” constituyen solamente el 1,39% de los casos, frente a 17,65% de las mujeres. En cambio, las riñas representan el 16,67% de las causas de homicidio, frente a 5,88% de las mujeres (Véase Carcedo y Sagot, 2000: 33).

Otro aspecto muy interesante de esta investigación es la constatación de que el femicidio no tiene paralelo en el caso de los hombres. Excepcionalmente, entre 1994 y 1999, se registraron 30 casos de asesinatos de hombres cometidos por esposas, convivientes, hijas o familiares femeninas. Esto representa el 2,7% del total de homicidios masculinos ocurridos en ese mismo período. Los móviles más frecuentes que llevan a una mujer al asesinato son la defensa propia (malos tratos, violación) o la defensa de sus hijas/os. Lo ideal, según Carcedo y Sagot, sería lograr

“erradicar los homicidios por violencia doméstica y sexual, tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres. A la larga, esto significaría la disminución de las muertes intencionales de mujeres en, al menos, un 58 por ciento, mientras que las de los hombres sólo disminuirían en un 9 por ciento” (2000: 33).

Un hallazgo preocupante fue constatar que en la primera y segunda mitad de la década de los noventa, ocurrió un número similar de homicidios contra mujeres (157 y 158 respectivamente), sin embargo, entre 1995 y 1999 se reporta un 12% más de femicidios que en los primeros cinco años anteriores. Esto significa que mientras el número total de las muertes intencionales de mujeres no aumentó, el de femicidios sí lo hizo. Las cifras son categóricas: 56% en la primera década y 61% en la segunda.

Este estudio destaca también que las relaciones de pareja resultan ser las más peligrosas: el 61% de mujeres asesinadas fueron novias, convivientes o esposas; con una edad promedio de 30 años y el lugar donde frecuentemente ocurren estos hechos es la casa o cerca de ella (57%).

La mayoría de los femicidios, ocurridos durante la década, fueron cometidos por parejas o ex parejas. Según las investigadoras, esto obliga a analizar las dinámicas de control existentes dentro de la relación de pareja. Del total de 184 femicidios ocurridos en el período estudiado, en 101 de ellos (55%) las muertes fueron consecuencia de este

hecho. Para ellas, “el femicidio se produce como la consecuencia última de un intento explícito del agresor por controlar a la mujer, su cuerpo y sus actuaciones” (Carcedo y Sagot, 2000).

El 33% de los casos, las muertes ocurrieron cuando las mujeres se separaron de sus parejas o hicieron el intento. Esto significó que 34 mujeres fueran asesinadas. Lo anterior evidencia lo contraproducente que resulta la actitud que toman las autoridades, incluso los familiares de las víctimas, cuando les recomiendan una reconciliación o que regresen con el agresor para evitar males mayores. Otros casos de femicidio fueron por causa de un ataque sexual (24%), por celos (21%) y por rechazo a propuestas sexuales de compañeros, pretendientes o conocidos (4%).

La violencia de género, producto de este sistema de relaciones patriarcales, provoca que las prácticas y representaciones acerca de la masculinidad en los hombres, tiendan a reproducir el modelo hegemónico patriarcal dominante, lo que coloca en una situación de vulnerabilidad no solo a las mujeres, sino a todas las personas en una situación de desventaja, ya sea por su género, su fuerza física, su condición económica, su orientación sexual, etc.

Una clara situación de esta situación es la violencia intrafamiliar⁶⁵. En el 2004, 5.691 denuncias por violencia intrafamiliar correspondieron a agresión contra la mujer, 650 correspondieron a niños, y 512 a adultos mayores, de los cuáles 343 eran mujeres y 169 hombres (MIDEPLAN, 2004).

65 *La masculinidad hegemónica, es la imagen de aquellos hombres que poseen poder, sin embargo, respecto de la violencia intrafamiliar y de género, esta debe ser entendida necesariamente en un contexto donde el poder se distribuye de manera desigual, para el caso específico de los hombres, no es igual para todos ellos. Así, la masculinidad hegemónica es una vara con la que son medidos los varones, y son menos hombres los que no se acerquen al estándar que aquella estipula. Lo que define ese ser masculino no corre por igual en todos los varones. Tal concepción puede aclararse con el simple ejercicio de ubicar la situación concreta de los hombres, ya que si bien es cierto, todos los hombres son socializados en el contexto de la masculinidad hegemónica, no todos la pueden esgrimir en los mismos términos. Así, la violencia intrafamiliar y de género es una manera de los hombres de autoafirmarse en posiciones que real o fantásticamente no se tienen (Véase Salas, 2005: 117-118).*

En el caso de los adultos mayores, el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado del Hospital Blanco Cervantes, atendió de 1997 al 2002, 857 casos, con un promedio de 143 casos anuales. Algunas características importantes de los mismos son: el 60% de los casos atendidos son mayores de 80 años; el 72% de las víctimas son mujeres; en el grupo de mujeres víctimas, el 80% de los casos el agresor es un hijo o una hija. En los varones, en el 65% de los casos es un familiar quien los agrede (MINSALUD, 2004: 31). Esta situación implica un deterioro directo sobre la integridad de estas personas, porque afecta su bienestar personal, su seguridad y su autoestima, esto sin mencionar los efectos sobre su salud física, mental, emocional y psicológica.

La violencia de género también cobra víctimas según la orientación sexual o identidad de género, debido a que estos transgreden la supremacía patriarcal: el poder de lo masculino sobre lo femenino⁶⁶. Así por ejemplo, en el país, la discriminación laboral es más social que legal, ya que en el Código de Trabajo no hay mención alguna que explícitamente castigue o censure a las y los trabajadores por su orientación o identidad sexual, pero no hay mecanismos procesales en los regímenes de empleo privado o en la administración pública, para evitar o eliminar la discriminación por orientación sexual (Madrigal y Suárez, 2003). Además, el Código de Trabajo es discriminatorio en tanto que los beneficios económicos y sociales del trabajo solo pueden ser reclamados y otorgados a la “familia” del trabajador (a), esta situación deja por fuera a las y

los homosexuales en relaciones de pareja estables (más de tres años) (www.cipacdh.org).

La realidad es que la población homosexual no manifiesta su orientación, en los lugares de trabajo, por miedo al rechazo, aislamiento, despidos, etc., por parte de sus patronos; miedo a enfrentar situaciones discriminatorias y miedo a que su orientación sexual sea de conocimiento público, lo que afectaría sus lazos familiares, laborales y futuros empleos. Incluso, para evitar un proceso legal, la población homosexual ha creado alternativas como la renuncia, el auto-boicot para ser despedidos por otras razones a la de su orientación sexual. La pasividad, que acepta discriminación y tratos denigrantes, la invisibilidad sobre aspectos personales, la aceptación para realizar tareas extra-curriculares, salarios o beneficios inferiores a su capacidad y desempeño, entre otras (www.cipacdh.org).

La cultura patriarcal y machista hace que la manifestación sexual aceptada sea la heterosexualidad, por lo que cualquier comportamiento gay-lésbico-bisexual o transgénero es objeto de discriminación o acoso constante, que incluso puede llevar a la muerte de esta población.

Según un estudio realizado por el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPACDH) de 1999, acerca de los intentos de suicidio en la población homosexual costarricense, de 100 homosexuales entrevistados el 22% intentó suicidarse al menos una vez y el 40% indicaron tener pensamiento

.....
 66 Para los hombres heterosexuales, es tan importante confirmar ante los demás y ante si mismos su hetero-sexualidad, que constantemente atacan física y psicológicamente a todo aquello que para ellos significa “fe-menino”, no solo considerando a las mujeres como objetos, sino a aquellos hombres que podrían hacerles cuestionar su “masculinidad”. Las mujeres heterosexuales por su parte, se convierten en las cómplices perfectas de este sistema de segregación, no solo reproduciéndolo, sino también al cuestionar la feminidad de las mujeres lesbianas y rol en la sociedad “ideal” (www.cipacdh.org).

suicidas. De los hombres que han intentado suicidarse, el 58% lo han intentado más de una vez, mismo porcentaje que manifestó no haber recibido atención o apoyo psicológico después del intento. Un 25% lo intentaría de nuevo, de repetirse la situación de vida que motivó el previo intento. Un 58% de los hombres encuestados manifestó ser menor de 20 años cuando intentó suicidarse por primera vez (Madrigal y Suárez, 2001).

Del total de las personas entrevistadas, un 42% manifestó conocer a alguien que ha intentado quitarse la vida y un 39% manifestaron conocer a alguien que lo logró. Entre las principales causas se encuentran el contagio del SIDA, infidelidad de la pareja y miedo al rechazo familiar y social. Ciertamente, las poblaciones socialmente marginadas, llamadas popularmente “minorías”, son propensas a depresiones severas que podrían conllevar a actos suicidas (Madrigal y Suárez, 2001).

El 45% de los hombres consideran que el mayor problema de ser homosexual tiene que ver con la doble vida y el temor de que las personas lo sepan, seguido por la falta de reconocimiento legal y la falta de espacios. Todo esto se refiere al temor de la discriminación, al rechazo y a la soledad (Madrigal y Suárez, 2001).

En el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, un 18% manifestó tener ideas suicidas, un 11% han intentado suicidarse y un 60% lo ha intentado en más de una ocasión. El 60% de las mujeres que intentaron quitarse la vida tenían menos de 26 años. Ninguna de ellas recibió apoyo psicológico después del intento de suicidio y ninguna de ellas lo intentaría nuevamente, en caso de repetirse las circunstancias (Madrigal y Suárez, 2001).

En términos generales, los hombres homosexuales, que es donde se concentran los mayores porcentajes

de suicidio e intento de suicidio, tienen entre 2 y 6 veces mayor probabilidad de cometer suicidio que los no homosexuales, lo que podría significar que el 30% de los suicidios registrados en hombres jóvenes es de homosexuales (Madrigal y Suárez, 2001).

La exclusión y violencia a la cual se ven sometidas las personas de diversas identidades y orientaciones sexuales, se fundamenta en los aspectos culturales y discursivos legales que dan sustento a la discriminación de lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros, pero se trata de una muestra clara de la violencia de género, ya que estas personas no se adaptan al modelo de masculinidad hegemónica.

Salud sexual y salud reproductiva: representaciones y realidades:

Como ha sido señalado por numerosos/as especialistas en el tema, uno de los ejes centrales de la construcción de la masculinidad, es el referente de la sexualidad masculina y femenina. Un estudio patrocinado por la CEPAL/UNFPA (2005) sobre masculinidad y factores socioculturales asociados a la paternidad, aborda con bastante profundidad el tema de las representaciones masculinas acerca de la sexualidad y la reproducción. Los resultados, en buena medida, vienen a confirmar los hallazgos de estudios similares sobre el tema.

El estudio señala, siguiendo a Lagarde, que uno de los ejes centrales de la configuración de las identidades de género es la sexualidad, de esta manera “...cada cultura determina con base en el sistema sexo-género vigente, la manera adecuada de ejercerla a partir de si se es hombre o se es mujer” (...) En la cultura patriarcal las mujeres son preparadas socialmente para vivir en la sexualidad procreadora, mientras que la sexualidad erótica se convierte en la parte negativa de su sexualidad. En

el caso de la condición masculina, la sexualidad erótica es un eje principal y positivo, mientras que la sexualidad procreadora aparece como una potencialidad del sujeto, que sólo lo define simbólicamente” (CEPAL/UNFPA, 2005: 73)

En este estudio se encontró que un porcentaje muy significativo de hombres, de una u otra manera, confirman las siguientes representaciones sobre su sexualidad: las relaciones sexuales son en el caso de los hombres, producto de una necesidad física que no se puede controlar (por ejemplo, en el caso de Costa Rica, el estudio realizado por GESO (2002) encontró que el 43,4% de los hombres y el 31,2% de las mujeres se mostraron de acuerdo con la proposición “el hombre siempre debe estar listo para el sexo”); las relaciones sexuales son más una necesidad del hombre que de la mujer; el hombre establece relaciones (de pareja) sin compromiso y; tiene derecho a la multiplicidad de parejas sexuales (citado en CEPAL/UNFPA, 2005: 74).

Además, la persistencia de patrones patriarcales incide en los estilos de vida y formas de asumir la sexualidad, que en muchos casos significan esquemas cargados de violencia y falta de autocuidado de la salud sexual y reproductiva, en el caso de los hombres; esquemas que se reproducen en los servicios de salud y en la falta de captación de esta población hacia los servicios de salud sexual y reproductiva⁶⁷. En la práctica, los hombres (heterosexuales u homosexuales)

se enfrentan constantemente al imperativo de demostrar esa masculinidad hegemónica, lo cual puede llevarlos a asumir conductas riesgosas.

Los varones son menos cuidadosos con su cuerpo y más arriesgados en la vida sexual; pueden establecer múltiples contactos sexuales y estar más expuestos a contraer enfermedades de transmisión sexual o el VIH y SIDA. Además, los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos tanto por instituciones públicas o privadas se dirigen casi exclusivamente a las mujeres. Los servicios no atraen a los hombres, es más, los excluyen. La inhibición de los hombres frente a los servicios de salud reproductiva empieza por el tipo de establecimientos y unidades de salud, orientadas preferentemente a la salud materna e infantil. El tipo de servicios que allí se ofrece, la mayoría del personal que atiende es, femenino, los horarios, incluso la decoración de los establecimientos, resaltan los mensajes a mujeres y niños/as (Herrera y Rodríguez, 2001: 173).

La sexualidad de los hombres está relacionada con el tema de cómo los hombres asumen la paternidad, que es posiblemente uno de los aspectos en que resultan más claras, las diferencias entre hombres y mujeres, ya que se relaciona con la construcción de su identidad. La proveeduría es una función fundamental dentro del involucramiento paterno de muchos hombres, en tanto deviene en elemento constitutivo de su masculinidad. La Encuesta Nacional de Masculinidad constató que el 31,2% de

67 Respecto de los servicios, existe una debilidad en cuanto a la captación de mujeres y hombres, en especial de mujeres mayores de 40 años y hombres en general, ya que los servicios de salud sexual y reproductiva están dirigidos principalmente a mujeres en edad reproductiva. Además, el personal de salud está poco capacitado en el tema de la masculinidad o el tratamiento hacia mujeres y hombres homosexuales, lo que contribuye a que esta población no se acerque a los servicios. Por ejemplo, en el caso de los hombres, el cáncer de próstata, ocupó el primer lugar en nuevos casos diagnosticados en el año 2000, y en el 2003 fue el segundo cáncer más letal en hombres (Véase: <http://www.iccc.sa.cr>). Esto es un indicador de la ineficacia de los servicios de salud para captar a esta población y así evitar enfermedades de salud sexual y reproductiva, que son prevenibles.

los hombres consideraba que llevar dinero al hogar era una situación que le hacía sentir plenamente hombre. En el caso de las mujeres esta situación la hacía sentir plenamente mujer en un 8,9% de la población, con lo cual el mandato de proveeduría se ve reforzado (INAMU, 2002: 47).

En el marco de una investigación realizada por el INAMU, casi un 60% de los entrevistados consideraron que la función más importante de un padre dentro de la familia es llevar el dinero al hogar (INAMU, 2002: 47). No obstante ello, esta opinión no implica necesariamente, y en cualquier circunstancia, que los hombres estén siempre dispuestos a cumplir con ese mandato. El incremento de las demandas por pensión alimentaria así lo demuestra. Según el estudio del INAMU antes citado: “en 1990, el número de demandas por pensión alimentaria en vigencia

ascendía a 23.085 y se adicionan otras 88.396 ese mismo año. En 1998 las demandas vigentes sumaban 41.890 y se presentaron 15.383 nuevas. En otras palabras, sólo en este último año había en curso 57.273 pensiones alimentarias” (Rodríguez y Lázaro, citado por INAMU, 2002: 49).

En el siguiente cuadro se observa que la proporción de nacimientos en madres no casadas aumentó de un 38,5% en 1990 a un 52,7% en el año 2000, y los nacimientos de “padres no declarados”, también aumentaron de un 21% a un 31%. Esto resulta llamativo en tanto se refleja la gran cantidad de madres adolescentes solas o de nacimientos mal llamados de “padres desconocidos” (Díaz y otros, 2005), situación que muestra la problemática existente en relación con cómo algunos de los padres adolescentes están asumiendo su paternidad (MINSALUD et. al.: 2006: 19).

CUADRO 2

Nacimientos totales, de madres adolescentes, no casadas
y de padre desconocido
Costa Rica 1990-2000

Año	Total	Menor de 20 años N°	%	Madre no casada %	Padre no declarado %
1990	81.939	13.028	15,9	38,5	21,1
1991	81.110	13.221	16,3	40,3	22,4
1992	80.164	13.307	16,6	40,6	22,8
1993	79.714	13.472	16,9	42,1	23,8
1994	80.391	14.390	17,9	44,7	24,9
1995	80.306	14.857	18,5	45,9	25,8
1996	79.203	15.049	19	47,1	27,2
1997	78.018	15.292	19,6	47,9	27,4
1998	76.982	15.473	20,1	49,3	27,9
1999	78.526	16.098	20,5	51,1	30,4
2000	78.178	16.652	21,3	52,7	31,2
Cambio					
90-00	-3.761	3.624	5,4	14,2	10,1

Fuente: Luis Rosero, Centro Centroamericano de Población, UCR (Tomado de Díaz y otros, 2005)

Un problema adicional que se genera a partir de este mandato, es que no da cabida o favorece que los padres no asuman o no se involucren en el cumplimiento de otras funciones paternas. Así, para muchos padres, el no poder cumplir la función de proveeduría determina que no tenga sentido hacerse cargo de sus hijos, con lo cual optan por evadir toda responsabilidad (INAMU, 2002: 50).

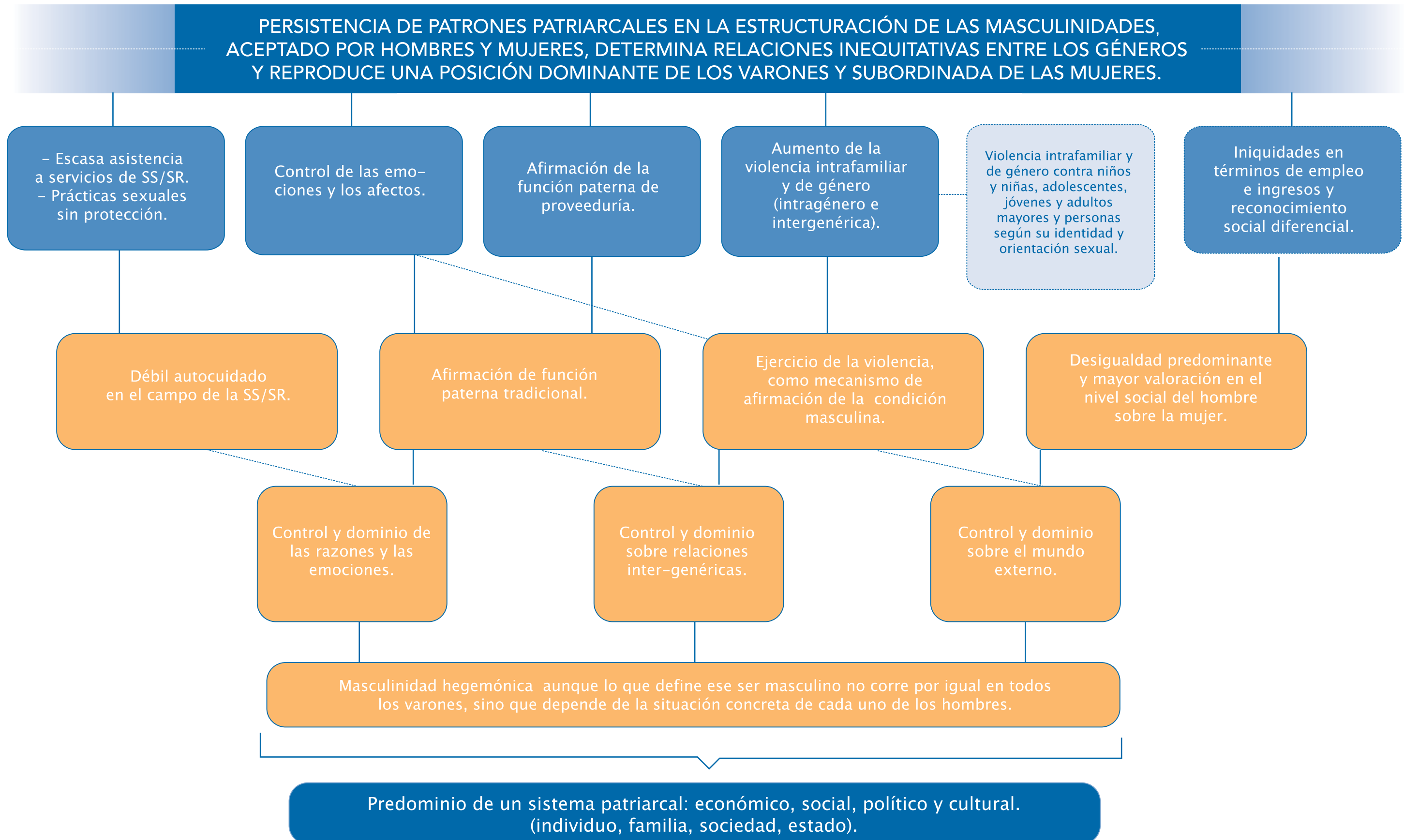
De esta manera, falta que los hombres se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y asuman su función social y familiar. De igual manera, falta alentar la responsabilidad del hombre y promover la participación en la paternidad responsable (contribución al ingreso familiar y a la educación de los hijos), el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo; etc. En suma, debe insistirse en la necesidad de prestar mayor atención a la responsabilidad de los hombres en el cuidado de la salud reproductiva de sí mismos y de sus compañeras.

“Las actitudes y prácticas que fomentan situaciones de riesgo tienen consecuencias no solo en la propia salud de los varones, sino

también en la de las mujeres. El modelo de masculinidad hegemónica está en la base de la violencia de género, asaltos sexuales, embarazos no deseados, abortos y contagio de enfermedades de transmisión sexual. De hecho, las creencias acerca de que los hombres son invulnerables, no están sujetos al contagio y que los “hombres verdaderos no se enferman”, actúan como obstáculos para el acceso a la información y servicios que necesitan” (Herrera y Rodríguez, 2001: 172).

El tema de la persistencia de patrones patriarcales en la estructuración de las masculinidades de los hombres, está asociado con la desigualdad de género, y la violencia contra las mujeres, niños, adultos mayores y minorías sexuales; por lo que cualquier política pública estatal, orientada a la prevención y la erradicación de la desigualdad y la violencia de género, debe contemplar necesariamente la inexistencia de políticas nacionales alrededor de un cambio cultural en los patrones de la masculinidad hegemónica, que afectan la salud, el bienestar personal, la seguridad y la integridad, tanto de mujeres como de hombres. Además, falta la comprensión del género como un importante generador de condiciones, que afectan la salud de hombres y mujeres de manera diferente, y que influye en la atención y los servicios de salud.

1.7.2 Árbol de problemas:





1.7.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.7.3.1. Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Familia</i>	Contribuir a forjar relaciones basadas en el respeto y la equidad entre las personas, independientemente de su condición (hombre o mujer).	- Falta de sensibilización y educación sobre los derechos de las personas y la obligatoriedad de forjar relaciones basadas en principios como la equidad y la igualdad entre los géneros.
<i>Estado</i>	Promover la modificación de patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con el fin de contrarrestar todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad de cualquiera de los géneros, o en los estereotipos para el hombre y la mujer.	- Falta de mayor compromiso (voluntad política) por parte de las máximas autoridades nacionales, con respecto de la construcción (promoción) de relaciones basadas en la equidad e igualdad entre los géneros.
	Creación de sistemas de atención para hombres con conductas violentas y con problemas de control y poder respecto de sus parejas, con otros grupos poblacionales y con ellos mismos.	- Falta de voluntad política para brindar atención a los hombres con conductas violentas.
<i>INAMU</i>	Fortalecer el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia y a que se respeten y protejan sus derechos.	- Falta de liderazgo en la promoción de relaciones intergeneracionales, basadas en la equidad y la igualdad.
		- Falta de disponibilidad de recursos humanos y económicos, que le permitan ejercer su responsabilidad en el campo de la promoción de la equidad de género.
<i>CCSS</i>	Brindar servicios de salud de manera oportuna y de calidad, a hombres y mujeres, en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva.	- Falta sensibilizar y capacitar al personal de salud en la prestación de servicios de salud a mujeres y hombres, con un enfoque de derechos humanos vinculados con salud sexual y reproductiva.
		- Ausencia de reconocimiento de los hombres como usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>CCSS</i>	Brindar información oportuna y de calidad a hombres y mujeres, con enfoque de equidad de género, en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva.	- Falta reconocimiento de la obligación de brindar información oportuna y de calidad a hombres y mujeres, en derechos humanos vinculados con su salud sexual y reproductiva.
<i>MTSS</i>	Garantizar el cumplimiento de la legislación de igualdad y equidad de género en el campo laboral en temas como: selección de personal, remuneración, incentivos y beneficios laborales.	- Falta de autoridad (reconocimiento del deber) para hacer cumplir la legislación en materia de igualdad y equidad de género.
	Apoyar a las mujeres que conllevan paralelamente, una doble carga: obligaciones laborales y familiares.	- Falta de instrumentos adecuados. - Falta de compromiso y recursos.
<i>Servicio Civil</i>	Garantizar el cumplimiento de la legislación de igualdad y equidad de género en el campo laboral en temas como: selección de personal, remuneración, incentivos y beneficios laborales.	- Falta de autoridad (reconocimiento del deber) para hacer cumplir la legislación en materia de igualdad y equidad de género.
<i>MEP</i>	Garantizar una educación con enfoque de equidad de género y basada en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas.	- Falta incorporar el enfoque de equidad de género en todas las actividades educativas.
		- Falta reconocer los derechos de las personas (hombres y mujeres) vinculados con su salud sexual y reproductiva.
<i>Centros de Educación Superior (públicos y privados)</i>	Promover una educación con enfoque de equidad de género, que garantice igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en todos los campos del quehacer educativo.	- Falta motivación y compromiso con el enfoque que promueve la equidad de género en todos los campos del quehacer educativo.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Empresa privada</i>	Garantizar el cumplimiento de la legislación de igualdad y equidad de género en el campo laboral en temas como: selección de personal, remuneración, incentivos y beneficios laborales.	- Falta de responsabilidad (reconocimiento del deber) para garantizar relaciones basadas en la equidad entre los géneros, en el ámbito laboral.
<i>ONGs</i>	Fortalecer el conocimiento y la observancia de los derechos de las personas, con el fin de contrarrestar todo tipo de prácticas, que se basen en la premisa de la inferioridad de cualquiera de los géneros.	- Falta de recursos humanos y económicos. - Falta de reconocimiento de la responsabilidad que tienen en la promoción y respeto de los derechos de las personas, independientemente de su condición de género.
<i>Medios de comunicación (públicos y privados)</i>	Contribuir a promover relaciones de género fundadas en el respeto, la equidad y la igualdad de derechos, por parte de hombres y mujeres.	- Falta de compromiso y responsabilidad (reconocimiento del deber) para promover relaciones fundadas en la equidad entre los géneros.
<i>Cooperación Internacional</i>	Incidencia en la promoción y aplicación de la legislación internacional relacionada con la equidad y la igualdad de género.	- Falta mayor incidencia para la promulgación y aplicación de legislación nacional e internacional, tendiente a garantizar el ejercicio de los derechos por parte de hombres y mujeres, en un marco de respeto e igualdad.
	Promover y apoyar el ejercicio de los derechos de las personas, en particular los relacionados con la equidad de género.	- Falta mayor disponibilidad de recursos técnicos y económicos para apoyar iniciativas orientadas a promover los derechos de las personas y la equidad de género.

1.7.3.2 Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Hombres</i>	Acceder a una educación basada en el reconocimiento de relaciones de género equitativas y justas.	- Falta de conciencia sobre la importancia de construir relaciones que mejoren las propias vidas de los hombres, así como de las personas que los rodean.
	Obtener servicios de consejería para hombres con conductas violentas y con problemas de control y poder respecto de sus parejas y familiares.	- Falta de reconocimiento de la problemática que encierra la violencia, tanto para el hombre mismo como para su pareja y familiares.
	Construye relaciones de equidad, con libertad y respeto por las diferencias y los derechos humanos.	- Falta de conciencia en la sociedad en general y, muy especialmente, entre la población masculina, sobre la necesidad de erradicar todo tipo de prácticas, que se basen en la premisa de la inferioridad de cualquiera de los géneros, o en los estereotipos para el hombre y la mujer.

1.7.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción.

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional y el ejercicio pleno de sus derechos humanos, se propone para los próximos cuatro años:

Promover un cambio sociocultural en las relaciones genéricas, que colabore en la construcción de una sociedad diferente, equitativa, justa y democrática. Para ello, se requiere que el país trabaje en el desarrollo e implementación de una

política nacional, orientada a la modificación de los patrones sobre los cuales se construye la masculinidad y se sustentan las relaciones de dominación y control intergenéricas.

Acciones específicas:

- Incorporar la temática de la masculinidad en la agenda pública de los gobiernos.
- Impulsar y apoyar la promulgación de leyes tendientes al logro de la equidad de género

y de un sistema de vida más armonioso y justo, en el marco de una cultura de paz.

- Apoyar acciones de sensibilización y educación sobre los derechos de las personas y la obligatoriedad de forjar relaciones basadas en principios como la equidad y la igualdad entre los géneros y a una vida sin violencia.
- Apoyar estrategias de información oportuna y de calidad a hombres y mujeres, en derechos humanos vinculados con su salud sexual y reproductiva.
- Crear sistemas de atención para hombres con conducta violenta y con problemas de control y poder respecto de sus parejas.

1.7.5 Bibliografía

Abarca, Humberto, Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad (en: <http://www.hombresigualdad.com/discontinuidades.htm>).

Campos, Álvaro y Salas, José Manuel (Comp.) (2002). Masculinidades en Centroamérica, WEM, San José.

Castro, Juan Diego (2005). “Costa Rica: delitos sexuales”, en: Mujeres Hoy. Véase: <http://www.mujereshoy.com/secciones/3150.shtml> (Consultado: noviembre 2006).

CEPAL/UNFPA (2005). Masculinidad y factores socioculturales asociados a la paternidad, Estudio en cuatro países de Centroamérica, CEPAL, UNFPA, CASC-UCA, Managua.

GESO (2002). Paternidad responsable en Centroamérica, GESO/FIG-ACDI, San José.

Herrera, Gioconda y Lily Rodríguez (2001). “Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva”, en: Xavier Andrade y Gioconda Herrera (Editores). Masculinidades y equidad de género. Ecuador. Véase: <http://www.flacso.ec/docs/samasculinidades.pdf> (Consultado: noviembre 2006).

INAMU (2002). Actitudes masculinas hacia la paternidad: entre las contradicciones del mandato y el involucramiento, Colección Teórica No. 2, San José.

Instituto Costarricense contra el Cáncer. “Cáncer de próstata. Lo que debemos saber”, en: http://www.iccc.sa.cr/Docs/sc_meducativo_cprostata.ppt (Fecha de consulta: junio 2006).

Madrigal, Francisco y Daría Suárez (2000). “Suicidio en la población homosexual costarricense. Investigación exploratoria”. CIPAC/DDHH. En: <http://www.cipacdh.org/salud/sa3.htm> (Consultado: noviembre 2006).

_____ (2003). “Diagnóstico situacional de la población gay/lésbica en Costa Rica”. CIPAC/DDHH. En: <http://www.cipacdh.org/derechos/da15.htm> (Consultado: noviembre 2006).

MINSALUD (2004). La violencia social en Costa Rica. OPS/OMS. San José, Costa Rica. Rivera, Roy y Yajaira Ceciliano (2004). Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en Costa Rica. FLACSO. San José, Costa Rica.

Salas, José Manuel (2005). Hombres que rompen mandatos. La prevención de la violencia, INAMU/WEM/UNFPA, San José.



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.8. Violencia de género contra las mujeres

PROBLEMA:

Aumento de la violencia de género, en especial contra las mujeres.



1.8.1 Análisis de causalidades

- Precisiones teóricas:

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará, 1995), define como violencia contra las mujeres la violencia física, sexual y psicológica “que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”.

La violencia contra las mujeres es el resultado de la subordinación de género, es decir, del control masculino de los recursos, la toma de decisiones y la dominación y la violencia física no es más que uno de los tantos medios a que recurren los hombres para resolver los conflictos entre la pareja⁶⁸. La violencia contra las mujeres es una de las tantas manifestaciones de la sociedad patriarcal, en que se tejen las relaciones entre hombres y mujeres. Chow y Berheide señalan que la desigualdad de género se sustenta en la división sexual del trabajo y esta es perpetuada por una dominación estructural basada en la clase, la etnia, la nacionalidad, la edad, la preferencia sexual-afectiva y otras categorías, que determinan

las formas y relaciones de dominación en cada sociedad (citada por Carcedo y Sagot, OPS: 11).

Una de las consecuencias más graves de la violencia contra las mujeres, es aquella que desemboca en su muerte. Carcedo y Sagot, han incorporado el término femicidio para referirse precisamente a “la muerte de mujeres en manos de sus esposos, amantes, padres, novios, pretendientes, conocidos o desconocidos”. Las autoras enfatizan que este tipo de hechos “...no es el producto de casos inexplicables o de conducta desviada o patológica. Por el contrario, es el producto de un sistema estructural de opresión”. Estas muertes son femicidios (2000: 12). Se trata de una “...forma de pena capital que cumple la función de controlar a las mujeres como género; es decir, es una expresión directa de una política sexual, que pretende obligar a las mujeres a aceptar las reglas masculinas y por lo tanto, preservar el status quo genérico” (Carcedo y Sagot, 2000: 13).

Ellsberg señala que la violencia que se practica contra las mujeres en nuestras sociedades, debe comprenderse como parte de un “modelo ecológico”, que identifica factores personales, la relación de pareja, la familia y la comunidad, la cultura, las leyes y las políticas públicas (OPS, 2001: 6).

- Fundamentación del problema y relaciones causa-efecto:

Inequidades entre hombres y mujeres respecto del empleo e ingresos:

Un aspecto en el cual se ponen de manifiesto, las inequidades prevalecientes entre hombres y

⁶⁸ En general, los estudios realizados sobre el tema, reconocen como formas de violencia contra las mujeres: la física, la sexual, la psicológica, la patrimonial y el femicidio, esta última como la forma de violencia que desemboca en la muerte de la víctima.

mujeres, es el relativo a los ingresos. De acuerdo con un estudio realizado por el INEC, entre los años 2004 y 2005, la diferencia de ingresos entre hombres y mujeres pasó de representar un 33% en 1988 a un 55% en el 2004, lo que significa que la brecha es un 79% desfavorable para las mujeres. Adicionalmente, el estudio encontró que “...la brecha también aumenta para casi todas las categorías en las cuales se comparan el ingreso de hombres y mujeres con similares niveles de estudio y con una experiencia laboral parecida (medida por la edad)” (La Nación, 18/05/2006: 18 A).

De acuerdo con el Informe Estado de la Nación del 2005, la baja cobertura del seguro de salud en los trabajadores por cuenta propia y subcontratadas es mayor entre las mujeres. “En el 2004 solo un 10% de las trabajadoras por cuenta propia contaba con un seguro de salud, mientras que para los hombres la proporción era de un 29,6% (2005: 69).

Recientemente, un estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), titulado “Liderazgos Incompletos”, aportó información sobre importantes inequidades en la situación laboral de las mujeres, en relación con la de los hombres.

Por ejemplo:

- En promedio la diferencia salarial entre hombres y mujeres es del 79%, desfavorable para las mujeres. Esta brecha salarial era del 32% en 1988 y se elevó al 55% en el 2005.
- Las mujeres que trabajan por cuenta propia ganan la mitad que los hombres.

- Entre 1997 y el 2004, el sector informal creció un 30%. La mayor parte de las personas que trabajan en el sector informal son mujeres, ya que les permite realizar las dos labores (trabajo en la casa y fuera de la casa), aunque sus condiciones laborales tienden a ser peores. Un factor, que afecta negativamente la inserción de la mujer en el sector formal, es la organización del mundo del trabajo a partir del modelo de “trabajador ideal”, libre de todo tipo de responsabilidades familiares y con total disponibilidad horaria.

- Entre el 2001 y el 2005, el desempleo entre mujeres aumentó en un 8%, mientras que el desempleo masculino más bien se redujo en un 4%.

- En una lista de 144 países (según el Índice de Potenciación de Género)⁶⁹, Costa Rica ocupa el puesto 128 en la relación del ingreso masculino con el femenino. Esto quiere decir que por cada unidad de ingreso del hombre, la mujer recibe 0,37. Por ejemplo, si una mujer recibe un salario de 5.236 colones mensuales, un hombre gana 14.000 colones en el mismo período.

- La mejor posición de Costa Rica se da en la participación de las mujeres en el Congreso, medición en que el país se ubica en el puesto 8 y la participación de la mujer en puestos gerenciales en la posición 42.
- Respecto de la cantidad de mujeres trabajadoras profesionales y técnicas, la participación en el total es de un 40%, por

⁶⁹ En el año 2005, el PNUD creó el Índice de Potenciación de Género, el cual indica el grado de inserción de la mujer en la participación política, poder de decisión y sobre los recursos económicos.

lo que el país se ubica en el lugar 63 (La Nación, 27/06/2006: 20A).

Violencia intrafamiliar y violencia de género:

La peor manifestación de la desigualdad entre hombres y mujeres es la violencia contra las mujeres, la cual se manifiesta de diferentes maneras, como por ejemplo: los delitos sexuales, tales como el acoso y el abuso sexual. De 1992 al 2003⁷⁰, hubo 12.011 denuncias por violaciones. En 1992 hubo 1,8 denuncias por día y en el 2003 hubo 4,2. Las tasas de denuncias por violación, por cada 100.000 habitantes fueron 20,6 en 1992 y 37,0 en el 2003 (Castro, 2005).

En cuanto al acoso sexual, en un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica, se determinó que alrededor del 80% de las víctimas de hostigamiento sexual son mujeres y el 20% restante son hombres, de los cuales el 10% son acosados por otros hombres. Esto significa que el porcentaje de mujeres acosadoras es un 10% y el porcentaje de hombres es del 90% (www.inamu.go.cr).

La violencia intrafamiliar y la violencia ejercida contra las mujeres, se expresa como violencia física, sexual y psicológica. Si bien la violencia intrafamiliar incluye la violencia que se ejerce sobre uno o varios miembros de un hogar (ya sean mujeres, niños/as, personas adultas mayores, jóvenes), la información disponible revela que el sector más vulnerable de sufrir abuso en los hogares son las mujeres. Al respecto, en un taller realizado por la OPS (1999), se muestra como

la evidencia empírica revela que entre un 30% hasta 60% de mujeres han sido abusadas por su pareja. Algunos de estos estudios también indican que la gran mayoría (entre 70% y 90%) de las víctimas de la violencia intrafamiliar o doméstica es dirigida a mujeres en edad fértil (15 - 49 años), en su mayoría por su actual o expareja.

“Pero lo más importante —se afirma— es que la violencia contra las mujeres continua siendo uno de los abusos de derechos humanos más extendidos y menos reconocidos en todos nuestros países. Sigue siendo un “problema de mujeres”” (OEA, 2001: 3). A pesar de que este problema afecta el bienestar y la salud de un tercio hasta la mitad de la población femenina, y que erosiona el tejido social de la familia y de las comunidades; el mismo no se ha constituido en un tema prioritario en las agendas nacionales de la mayoría de los países de América Latina.

La violencia que se ejerce sobre las mujeres, por razones asociadas a su género, es un serio problema en Costa Rica. “Entre 1997 (un año después de que entrara en vigencia la Ley contra la Violencia Doméstica) y el 2000, el número de demandas por violencia doméstica se duplicó (32.643 en ese último año), y en el 2004 ascendió a 48.073 casos entrados. Por su condición de género, las mujeres son las víctimas más frecuentes (Estado de la Nación, 2005: 69)⁷¹.

Las solicitudes de medidas de protección en las oficinas judiciales aumentaron de 32.643 en el 2000 a 43.929 en el 2001, especialmente en San José. En este tiempo hubo un incremento

.....
⁷⁰ De las 12.011 denuncias por violaciones, solo fueron dictadas 1.451 sentencias condenatorias, sea que el 87,9% de los violadores denunciados no fueron sancionados (Véase Castro 2005).

⁷¹ Se estima que en América Latina únicamente son denunciados entre un 15% y un 25% de los casos de violencia intrafamiliar contra mujeres adultas (Shrader Cox, 1992; citado por Sagot y Guzmán, 2004: 1).

de 11.286 nuevas solicitudes. El 89,6% de las personas que solicitan las medidas de protección son mujeres. El 86,5% las solicitan en contra de sus compañeros o excompañeros. En el 2000, las llamadas por violencia doméstica y violencia sexual atendidas en la línea especializada “Rompamos el Silencio”, fueron 12.183, de las cuáles, el 94% solicitaron apoyo para mujeres víctimas de violencia. En el año 2000, el 98,1% de las llamadas a la línea 800-300-3000 en las que se habló de violencia sexual, se mencionó a una mujer como objeto de la agresión. En el 2002 se atendieron más de 70.000 llamadas por la línea 9-1-1. La Delegación de la Mujer y el Área de Violencia de Género, INAMU, atendió 5.188 mujeres en 1999 y 5.404 en el 2002, la mayoría de los casos vinculados con situaciones de violencia intrafamiliar. El INAMU administra tres

albergues, cuya demanda sobrepasa la capacidad existente. En 1995 se atendieron 80 mujeres y en el 2000, 749 (MINSALUD, 2004A: 25-26).

Una de las consecuencias más serias de esta problemática, la constituye el femicidio⁷². De acuerdo con el estudio realizado por Carcedo y Sagot (2000), las causas más frecuentes de los homicidios de mujeres en Costa Rica, según las estadísticas proporcionadas por el Organismo de Investigación Judicial (OIJ), son la violencia doméstica, la violencia sexual y los llamados “problemas pasionales”. De acuerdo con el registro de femicidios, que lleva el Área de Violencia de Género del INAMU, en los últimos años la violencia viene cobrando la vida de un promedio anual de 23 mujeres y la tendencia es hacia un crecimiento (Véase Cuadro 1).

CUADRO 1
Femicidios en Costa Rica y número de servicios de atención a mujeres.

Año	No. de femicidios	No. de servicios de atención
1999		5188
2000	25	4837
2001	11	54045354
2002	21	6021
2003	29	5799*
2004	20	
2005	39	
2006	17	

** Datos hasta el 17 de diciembre del 2004.*

Fuente: Información suministrada por el Área de Violencia de Género, INAMU, junio 2006.

Adicionalmente, las investigadoras Carcedo y Sagot constataron que los hombres son quienes están más involucrados en actos de violencia, particularmente en homicidios, tanto como ejecutores o como víctimas (86%). Respecto de la autoría de los homicidios, la participación de las mujeres no sólo ha sido menor, sino que, en términos relativos al total, ha disminuido ligeramente durante la década estudiada. Así, entre 1990 y 1994, las mujeres fueron autoras del 7,5% del total de homicidios, mientras que entre 1995 y 1999, lo fueron del 5,5% (Véase Cuadro 3 y 4).

El dato más significativo dentro de este contexto es que en los últimos diez años, el porcentaje de las mujeres víctimas de asesinato fue de 14%, en tanto que el porcentaje de mujeres que cometieron homicidio alcanzó el 6% del total. Lo anterior significa que “los hombres no sólo se matan entre ellos, sino que son más frecuentemente ejecutores de estas muertes violentas que víctimas, al contrario de lo que ocurre con las mujeres” (Carcedo y Sagot, 2000).

En cuanto a los asesinatos de mujeres, una de las causas más frecuentes fue la violencia doméstica y sexual (45%), sólo una minoría de estos asesinatos se debió a robos, riñas y drogas (21%). En el año 1999, la violencia intrafamiliar (38,24%), y los llamados “problemas pasionales” (17,65%), fueron los que cobraron más víctimas entre las mujeres. Las riñas solo representan el 5,88% de las causas⁷³.

Otro aspecto relevante de esta investigación fue haber detectado un total de 44 homicidios (14% del total), que no figuran en los registros del OIJ. Este rastreo significó revisar los registros de la

Sección de Patología Forense, donde a 26 de las víctimas se les practicó la autopsia correspondiente y se dedujo que se trató de homicidios. La ausencia de un registro formal de este tipo de muertes intencionales de mujeres, es notoria cuando se trata de establecer los femicidios.

Los femicidios constituyen la mayoría de los homicidios de mujeres entre 1990 y 1999 (58%). Esto significa, según Carcedo y Sagot, que la violencia basada en la inequidad de género es causante de más de la mitad de los homicidios de mujeres; además, hay que tomar en cuenta que existe un considerable número de homicidios (17%) sobre los que no se pudo obtener suficiente información para determinar si podían ser considerados o no femicidios”.

Otro aspecto muy interesante de esta investigación es la constatación de que el femicidio no tiene paralelo en el caso de los hombres. Excepcionalmente, entre 1994 y 1999, se registraron 30 casos de asesinatos de hombres cometidos por esposas, convivientes, hijas o familiares femeninas. Esto representa el 2,7% del total de homicidios masculinos ocurridos en ese mismo período. Los móviles más frecuentes que llevan a una mujer al asesinato son la defensa propia (malos tratos, violación) o la defensa de sus hijas/os. Lo ideal, según Carcedo y Sagot, sería lograr “erradicar los homicidios por violencia doméstica y sexual, tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres. A la larga, esto significaría la disminución de las muertes intencionales de mujeres en, al menos, un 58 por ciento, mientras que las de los hombres sólo disminuirían en un 9 por ciento” (2000: 33).

73 En el caso de los hombres, la violencia intrafamiliar solo representa el 6,94% de las causas de homicidios, frente a un 38,24% de las mujeres. Los “problemas pasionales” constituyen solamente el 1,39% de los casos, frente a 17,65% de las mujeres. En cambio, las riñas representan el 16,67% de las causas de homicidio, frente a 5,88% de las mujeres (Véase Carcedo y Sagot, 2000: 33).

Un hallazgo preocupante fue constatar que en la primera y segunda mitad de la década de los noventa, ocurrió un número similar de homicidios contra mujeres (157 y 158 respectivamente), sin embargo, entre 1995 y 1999 se reporta un 12% más de femicidios que en los primeros cinco años anteriores. Esto significa que mientras el número total de las muertes intencionales de mujeres no aumentó, el de femicidios sí lo hizo. Las cifras son categóricas: 56% en la primera parte de la década, y 61% en la segunda.

Este estudio también destaca que las relaciones de pareja resultan ser las más peligrosas: el 61% de mujeres asesinadas fueron novias, convivientes o esposas, con una edad promedio de 30 años, y el lugar donde frecuentemente ocurren estos hechos es la casa o cerca de ella (57%).

Otro dato importante es que la mayoría de los femicidios ocurridos durante la década fueron cometidos por parejas o exparejas. Según las investigadoras, esto obliga a analizar las dinámicas de control existentes dentro de la relación de pareja. Del total de 184 femicidios ocurridos en el período estudiado, en 101 de ellos (55%) las muertes fueron consecuencia de este hecho. Para ellas, “el femicidio se produce como la consecuencia última de un intento explícito del agresor por controlar a la mujer, su cuerpo y sus actuaciones” (Carcedo y Sagot, 2000).

En el 33% de los casos, las muertes ocurrieron cuando las mujeres se separaron de sus parejas o hicieron el intento. Esto significó que 34 mujeres fueran asesinadas. Lo anterior evidencia lo contraproducente que resulta la actitud que toman las autoridades, incluso los familiares de las víctimas, cuando les recomiendan una reconciliación o que

regresen con el agresor para evitar males mayores. Otros casos de femicidio fueron por causa de un ataque sexual (24%), por celos (21%) y por rechazo a propuestas sexuales de compañeros, pretendientes o conocidos (4%).

De acuerdo con el Código Penal Costarricense, las penas por homicidio pueden ir de 12 a 35 años, esto último cuando se trata de homicidios calificados. A juicio de Carcedo y Sagot, “muchos de los femicidios deberían ser considerados homicidios calificados, ya que entre la víctima y el asesino existen frecuentemente relaciones familiares y de pareja, sin embargo, la calificación que se suele dar a este tipo de homicidio es claramente discriminatoria, ya que para su aplicación requiere que la pareja haya procreado hijos en común y convivido un mínimo de dos años antes de ocurrir la muerte” (2000: 68). Por otra parte, existe el homicidio atenuado para delitos cometidos en “estado de emoción violenta”, que tiene una pena de cárcel no mayor de 10 años.

Esta figura penal es un argumento frecuentemente utilizado por los abogados defensores de un femicida. De manera que sólo con algunas excepciones se han impuesto penas de 35 años de cárcel; además, en la práctica, muchos de los condenados pueden reducir hasta un tercio su pena, acogiéndose a algunos beneficios, lo que a la larga equivale a la impunidad. Desde luego, esta impunidad se inicia con “la falta de penalización de la violencia cotidiana que permite a los agresores actuar con libertad; continúa con el trato privilegiado que se les da al no ser considerados delincuentes y encuentra respaldo, cuando las y los funcionarios, especialmente los judiciales y policiales, no cumplen su cometido o actúan privando a las mujeres de protección y de su

derecho a que se haga justicia”, concluyen las investigadoras (Carcedo y Sagot, 2000: 69)⁷⁴.

Otra investigación, realizada por Sagot y Guzmán, en el marco del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM), generó información sumamente importante y reveladora sobre la violencia que sufren las mujeres en el país⁷⁵. Se demostró, una vez más, que la violencia contra las mujeres es un serio problema social de grandes dimensiones. El 57,7% de las 908 mujeres entrevistadas declaró haber sufrido, al menos, un incidente de violencia física o sexual en algún momento de su vida desde los 16 años. Una cuarta parte de las entrevistadas (24,2%) reportó haber sufrido 4 o más incidentes de violencia física o sexual desde los 16 años (Sagot y Guzmán, 2004: 13).

Las casas, tanto la propia como la de los agresores, se reveló como el lugar más peligroso. En el caso de las mujeres mayores de 16 años, que han sufrido violencia física o sexual, esta situación se presenta de forma extraordinariamente clara: en un 79,6% de los casos, el último incidente de violencia ocurrió en su propia casa y en un 4,7% en la casa del agresor; es decir, en un 84,3% de los casos la violencia ocurre dentro de las cuatro paredes del hogar. Incluso en el caso de la violencia cometida por hombres con los

que las mujeres no tenían una relación de pareja, el 27% de estos incidentes ocurrió en la casa de la propia víctima o en la del agresor.

A pesar de la seriedad de los incidentes, de que muchas mujeres sienten su vida en peligro y de que ellas mismas catalogan lo que les ocurre como delitos, solo un pequeño porcentaje denuncia la violencia que ha recibido. Lo anterior indica que, aunque hay campañas públicas sobre los cambios en la legislación nacional, que presentan los nuevos recursos existentes para las mujeres maltratadas, muy pocas terminan trasladando a la esfera pública su situación; es decir, la violencia contra las mujeres continúa subregistrada. En el caso de las mujeres, que han sufrido violencia por parte de un hombre no pareja, solo un 10,4% declara haber reportado el incidente a las autoridades. De las mujeres que sufren violencia por parte de un compañero, solo un 16,6% lo reportó a las autoridades (Sagot y Guzmán, 2004: 24).

La encuesta también demostró que las mujeres han sufrido una gran variedad de formas de violencia y amenazas desde los 16 años. De hecho, un 45,4% han sido víctimas de la violencia física. Un 29% de las mujeres han sufrido amenazas, casi una cuarta parte (23%) han sido abofeteadas o golpeadas con el puño y un 12,6% han sido

74 Un ejemplo de esta grave violación a los derechos humanos de las mujeres y la desprotección de que son víctimas, es el que dio a conocer la prensa nacional, en días recientes. Este es parte del texto del reporte periodístico. El Juzgado Penal de Desamparados (San José) dejó en libertad a un sujeto que acumula 23 denuncias por violencia doméstica en perjuicio de su exnovia....” En su resolución el juez indicó que no se observa que “...el sindicado hubiese realizado actos de obstaculización del proceso, tampoco que demostrara interés en fugarse y menos que cayera en actos propios de la reiteración delictiva que pusiera en peligro la integridad de la víctima”. Sin embargo, la víctima ha denunciado ante la Fiscalía, en varias ocasiones, que su exnovio la ha golpeado en reiteradas ocasiones. En una de esas ocasiones, manifestó lo siguiente: “Me bajé del bus y salí corriendo cuando lo vi. Me prensó la mano derecha con el portón de mi casa y me tiró al suelo. Comenzó a pegarme patadas por la cara y el estómago” (La Nación, 29/06/2006: 13 A).

75 El estudio consistió en la aplicación de 908 entrevistas a mujeres, a partir de la muestra nacional de 90 segmentos, con un nivel de confianza del 95%. Para la elaboración de la muestra se contó con el apoyo del INEC. La información, que se presenta a continuación, ha sido tomada de dicho estudio (Sagot y Guzmán, 2004).

atacadas o amenazadas con armas blancas o de fuego (Sagot y Guzmán, 2004: 14).

Entre las principales implicaciones económicas y sociales de la violencia contra las mujeres, de acuerdo con este estudio, se encuentran las siguientes:

- Implica un deterioro sobre el bienestar personal, la seguridad y la autoestima de las mujeres, una restricción a su libertad, su dignidad, su libre movimiento y una violación directa a su integridad, lo que significa una violación de los derechos humanos de las mujeres afectadas.
- Representa una causa importante de morbilidad entre las mujeres de edad productiva. Además de las heridas, fracturas, abortos, etc., producto de las agresiones, las mujeres víctimas de violencia pueden padecer estrés crónico y, como consecuencia, enfermedades tales como hipertensión, diabetes y asma, dolores de cabeza en forma crónica, trastornos sexuales, depresiones, fobias y miedos⁷⁶.
- Entre los riesgos y consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de las

mujeres, se encuentran la exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH y sida, en especial porque es más probable que los hombres autores de maltrato físico tengan múltiples parejas sexuales y que las fuercen a mantener relaciones sexuales. Además, las mujeres víctimas de maltrato son menos capaces de negarse a mantener relaciones sexuales forzadas, usar anticonceptivos o negociar el empleo del condón, con lo cual aumenta su riesgo de embarazos no deseados y de contraer enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado, la violencia física y sexual aumenta el riesgo de que las mujeres sufran muchos problemas de salud reproductiva, como dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, además de embarazos malogrados por abortos e hijos con bajo peso al nacer⁷⁷.

- Los costos económicos y sociales de la violencia, individuales y estatales, son muy altos. Por ejemplo, los gastos incurridos en salud, procesos legales, transporte, incapacidades y ausencias al trabajo de las mujeres afectadas, pueden implicar sumas multimillonarias anuales para las

76 La violencia contra las mujeres está íntimamente relacionada con el deterioro de la salud de estas. Las mujeres que han sufrido maltrato por parte de sus parejas tienen mayor número de partos no deseados y partos de niños muertos. Además, tienen mayores probabilidades de tener infecciones de transmisión sexual, así como menos probabilidades de recibir atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Así mismo, hay mayor probabilidad de que los hijos de dichas mujeres mueran antes de cumplir los 5 años de edad (Lasasz, 2004). En general, los efectos en la salud física y mental y en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, son devastadores, sin mencionar los trastornos crónicos y los riesgos de muerte por homicidio, mortalidad materna, efectos relacionados con el sida y otras conductas suicidas, que son efectos de esta situación de violencia.

77 Aunado a esta situación, el temor, el aislamiento geográfico y la falta de recursos económicos pueden impedir que las mujeres busquen servicios de salud reproductiva —atención prenatal, servicios ginecológicos y anticonceptivos, detección y atención de ITS/VIH— y atención adecuada para sus hijos. Además, el hecho de haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia se ha asociado con comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: la iniciación sexual temprana, el embarazo en las adolescentes, las parejas múltiples, el abuso de sustancias psicotrópicas, el comercio sexual y no emplear condones u otros métodos anticonceptivos.

instituciones públicas y privadas, así como para las familias involucradas. Además, el impacto negativo sobre la calidad de vida de las mujeres se hace evidente por medio de las adicciones, los suicidios, los frecuentes internamientos en las unidades psiquiátricas, las enfermedades recurrentes, las dificultades en el desempeño académico y laboral, la falta de satisfacción personal, entre otros.

- Según un estudio realizado por el Banco Mundial, en promedio, las mujeres pierden 9 años y medio de vida saludable por causa de una violación y por violencia doméstica. Esto significa que mundialmente, estas formas de violencia (que no son las únicas) tienen efectos más negativos sobre la salud de las mujeres, que todas las formas de cáncer (9 años), los accidentes de tránsito (4,2 años), las guerras (2,7 años) y la malaria (2,3 años) (Heise, 1994).

Las raíces estructurales de esta problemática de violencia contra las mujeres, tal y como ha sido señalado en numerosos estudios, lo constituye la organización patriarcal de la familia y la sociedad. En otras palabras, la subordinación de género es una construcción histórica, económica, social y cultural, donde las determinaciones están dadas por lo que en ese momento y lugar se establece como lo prescrito e indicado para cada uno de los géneros (Salas, 2005: 57). Buena parte de esta inequidad, tiene su fundamento en una distribución desigual del acceso al poder y control sobre diversas situaciones sociales entre hombres y mujeres.

Por lo general, los hombres tienen una mayor cuota de poder y control en la toma de decisiones. A este respecto, agrega Salas, "...la desigual relación entre hombres y mujeres es un reflejo, tal vez de los más claros pero de los menos vistos, de las desigualdades de un sistema que se sostiene precisamente sobre ellas. La desigualdad por género es una manifestación de un sistema social desigual por definición" (Salas, 2005: 63).

Evidencias de la situación de subordinación de que son víctimas las mujeres, existen muchas, basta por ahora mencionar su escasa presencia en puestos públicos de alto nivel (trátese de nombramientos directos o por elección), la desigual retribución salarial que sufren por su sola condición de ser mujer⁷⁸, el control que sobre sus cuerpos con frecuencia ejerce el hombre y finalmente, el ejercicio de la violencia con todas sus secuelas físicas, psicológicas y familiares.

La situación de subordinación, vulnerabilidad y desventaja de las mujeres, también puede entenderse si consideramos la permanencia de relaciones sociales patriarcales, que a su vez son reforzadas por un modelo de masculinidad hegemónica, basado en la desigualdad entre los géneros. En este punto es importante mencionar la injerencia de la Iglesia Católica, que viene a reforzar la subordinación de las mujeres por medio de discursos religiosos, acerca del rol de la mujer en la familia, el miedo, la culpa, la sumisión, etc.

Una población doblemente excluida y desprotegida en materia de violencia, son las mujeres migrantes, que por su condición de indocumentadas, enfrentan obstáculos para

78 Así lo revela el resultado de un estudio que viene realizando el INEC entre el 2004 y el 2005, con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos de Gastos. Este estudio señala que entre 1988 y el 2004, la diferencia de ingresos entre hombres y mujeres pasó de 33% a 55%. La brecha aumentó prácticamente para todas las categorías en las cuales se comparan el ingreso de hombres y mujeres con similares niveles de estudio y con una experiencia laboral parecida (La Nación, 18/05/2006: 18A).

acceder a la justicia⁷⁹. Los albergues para mujeres maltratadas tienen una proporción alta de este grupo y las estadísticas de femicidios reflejan ya su desprotección: la proporción de migrantes entre las mujeres asesinadas, en razón de su género, es cada vez mayor (1 de cada 3) y sin duda superior a la que corresponde a su participación en la población que reside en el país (Estado de La Nación, 2005: 70).

Si bien, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, reconoce en su Informe correspondiente a la Sesión Vigésima Novena del 30 de junio al 18 de julio 2003, que Costa Rica ha tomado internamente varias medidas para tratar la violencia contra la mujer, no obstante, la violencia y otras formas de discriminación contra la mujer se mantienen. Por ejemplo, señala el informe:

- Persisten formas de violencia como la violación, el maltrato contra las mujeres con discapacidad, la revictimización institucional y la violencia contra mujeres de grupos étnicos.
- Existen problemas para garantizar el acceso a la esfera de lo judicial como la adecuada atención de las mujeres víctimas.
- Falta la aprobación, después de más de siete años de trámite legislativo, de la Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres.

En síntesis, por su magnitud e implicaciones sociales, la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública (Salas, 2005: 28), al cual el Estado costarricense y el gobierno deben prestar especial atención. En igual sentido, se expresan Sagot y Guzmán, cuando señalan que la violencia contra las mujeres “...constituye un serio problema de salud pública, un obstáculo oculto para el desarrollo socioeconómico y una violación flagrante de los derechos humanos de las personas afectadas (Sagot y Guzmán, 2004: 1).

La violencia de género y la persistencia de patrones patriarcales, están asociadas a un modelo de masculinidad hegemónica, visto como un esquema culturalmente construido, en donde se presenta al varón como esencialmente dominante, que sirve para discriminar y subordinar a la mujer, su cuerpo y sus actuaciones.

Pero no solamente las mujeres son víctimas de este modelo de masculinidad hegemónica: las niñas y los niños, los adolescentes, los jóvenes, los adultos mayores, u otros hombres que no se adaptan a este modelo, tales como los homosexuales, sufren las consecuencias de la agresión de género. De esta manera, las prácticas y representaciones acerca de la masculinidad en los hombres, tienden a reproducir el modelo hegemónico patriarcal dominante, lo que coloca en una situación de vulnerabilidad a todas las personas, ya sea por su fuerza física, su edad, su condición económica, su orientación sexual, etc.

.....
79 Las migrantes no denuncian ni comparecen antes juzgadas por temor a ser deportadas.

CUADRO 2
Violencia intrafamiliar: Denuncias de agresión
a mujeres, niños y adultos mayores.
2004
—Números absolutos—

Tipo de agresión	2004
Agresión a la mujer ¹	5.691
Menores atendidos en el Hospital Nacional de Niños ²	650
Adultos mayores víctimas de agresión según sexo ³	512
Mujeres	343
Hombres	169

¹ Las cifras consideran las agresiones definidas como Delitos Mayores (Intento de homicidio lesiones graves, lesiones leves, incesto, agresión con arma, violación, abusos deshonestos, contagios venéreos) y contravenciones (golpes, amenazas, divulgación de hechos mortificantes, palabras o actos obscenos, amenaza de muerte contra niños).

² Incluye agresión física, sexual, pasiva y no especificada.

³ Casos tratados en el nivel integral, abordados bajo la modalidad biopsicosocial y legal en coordinación con el Servicio de Trabajo Social del Hospital Raúl Blanco Cervantes.

*** Datos hasta el 17 de diciembre del 2004.**

Fuente: Información suministrada por el Área de Violencia de Género, INAMU, junio 2006.

En cuanto al maltrato físico en niñas y niños, este puede afectar a cualquier persona menor de edad, pero se da con mayor incidencia en niños menores de tres años y la mayor cantidad de muertes se produce en menores de un año (González, 2001).

En 1997, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) atendió 23.139 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 1299 resultaron ser casos de maltrato físico, 1575 de maltrato sexual y 64 de maltrato psicológico y verbal. Esta institución atendió 12,7% por abuso y maltrato. En el 2002, atendió un total de 23.914 niñas y niños, víctimas de diferentes manifestaciones de maltratos, desde los conflictos por la guarda crianza hasta el abuso sexual (MINSALUD, 2004A: 27).

El abuso sexual intrafamiliar se incrementó de 1998, 438 casos, al 2001, 762 casos. El PANI reporta, en el período 1998-2001, 2593 casos, las provincias con mayor cantidad de registros en este período son: Alajuela con 516 casos; Puntarenas con 225 casos y Guanacaste con 78 casos (MINSALUD, 2004A: 27).

El Hospital Nacional de Niños atendió durante 1997, 268 niñas y niños víctimas de agresión; en 1999 aumentó a 498 casos. En el 2000 hubo una leve disminución. La atención fue por agresión física, sexual o pasiva y no especificada. En el 2001, el Comité del Niño Agredido atendió un promedio de 22 casos mensuales, con cinco fallecimientos por violencia intrafamiliar (MINSALUD, 2004A: 27).

En el 2002, el Hospital Nacional de Niños atendió 331 niños y niñas, un 33% fue referido al PANI. La línea telefónica “Rompamos el Silencio” recibió un promedio de 43 llamadas diarias en 1998, de las cuales 1 de cada 10 fue hecha por un niño, niña o adolescente. Por violencia intrafamiliar murieron en el año 2002, siete menores⁸⁰(MINSALUD, 2004A: 27-28).

Las personas adultas mayores, en especial las mujeres, estas se encuentran en una situación de vulnerabilidad de ser víctimas de la violencia intrafamiliar. En el 2002, los casos de violencia intrafamiliar notificados en nivel nacional en este grupo de edad, representa el 0,07%, de los cuales, las mujeres son el grupo con mayor número de casos, ya que representa el 0,06%, frente a 0,01% de los casos de hombres. El maltrato sin especificar es el que representa un mayor número de casos con el 41,52% de los cuales, el 33,93% son mujeres y el 7,59% son hombres. Seguido por negligencia y abandono con el 22,77%, de estos el 13,84% son mujeres y el 8,93% son hombres. En tercer lugar está el abuso psicológico, que representa el 20,54% de los cuales, el 6,97% son mujeres y el 3,57% son hombres (MINSALUD, 2004B: 79).

En el año 2001, se recibieron por la línea 9-1-1, 311 llamadas solicitando ayuda por agresión a personas mayores y en el 2002, se recibieron 346 llamadas. El Ministerio de Salud (MINSALUD) tenía notificados en el año 2001, 66 casos de abuso y en el 2002, 120 casos. El Consejo de la Persona Adulta Mayor, recibió durante el 2002, 80 denuncias por abuso y hasta el mes de

octubre de 2003, se habían recibido 70 denuncias (MINSALUD, 2004A: 31).

El Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado del Hospital Blanco Cervantes, atendió de 1997 al 2002, 857 casos, con un promedio de 143 casos anuales. Algunas características importantes de los mismos son: el 60% de los casos atendidos son mayores de 80 años; el 72% de las víctimas son mujeres; en el grupo de mujeres víctimas, el 80% de los casos el agresor es un hijo o una hija. En los varones, el 65% de los casos es un familiar quien los agrede (MINSALUD, 2004A: 31).

En el 2004, 5.691 denuncias por violencia intrafamiliar correspondieron a agresión contra la mujer, 650 correspondieron a niños y 512 a adultos mayores; de los cuáles 343 eran mujeres y 169 hombres (MIDEPLAN, 2004). La violencia de género también cobra víctimas según la orientación sexual o identidad de género. Según un estudio realizado por el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos en 1999, acerca de los intentos de suicidio en la población homosexual costarricense, de 100 homosexuales entrevistados el 22% intentó suicidarse al menos una vez y el 40% indicaron tener pensamientos suicidas. De los hombres que han intentado suicidarse, el 58% lo han intentado más de una vez, mismo porcentaje que manifestó no haber recibido atención o apoyo psicológico después del intento. Un 25% lo intentaría de nuevo, de repetirse la situación de vida que motivó el previo intento. Un 58% de los hombres encuestados manifestó ser

.....
⁸⁰ Debe anotarse que el Sistema de Justicia Penal procesa relativamente pocos casos de abuso infantil, comparado con el número de reportes que recibe el Sistema Administrativo. A menudo esto se debe a decisiones tomadas en la Sede Administrativa, bien porque no es posible identificar al perpetrador, o porque los padres, madres u otros guardianes de la supuesta víctima se rehúsan a cooperar con la investigación y se considera que la víctima no tiene la edad mínima para dar testimonio efectivo (Véase MINSALUD, 2004: 27).

menor de 20 años cuando intentó suicidarse por primera vez (Madrigal y Suárez, 2001).

Del total de las personas entrevistadas, un 42% manifestó conocer a alguien que ha intentado quitarse la vida y un 39% manifestaron conocer a alguien que lo logró. Entre las principales causas se encuentran el contagio del sida, infidelidad de la pareja y miedo al rechazo familiar y social. Las poblaciones socialmente marginadas, llamadas popularmente “minorías”, son propensas a depresiones severas, que podrían conllevar a actos suicidas (Madrigal y Suárez, 2001).

El 45% de los hombres consideran que el mayor problema de ser homosexual tiene que ver con la doble vida y el temor de que las personas lo sepan, seguido por la falta de reconocimiento legal y la falta de espacios. Todo esto se refiere al temor de la discriminación, el rechazo y la soledad (Madrigal y Suárez, 2001).

En el caso de las mujeres lesbianas entrevistadas, un 18% manifestó tener ideas suicidas, un 11% han intentado suicidarse y un 60% lo ha intentado en más de una ocasión. El 60% de las mujeres que intentaron quitarse la vida tenían menos de 26 años. Ninguna de ellas recibió apoyo psicológico después del intento de suicidio y ninguna de ellas lo intentaría nuevamente, en caso de repetirse las circunstancias (Madrigal y Suárez, 2001).

En términos generales, los hombres homosexuales, que es donde se concentran los mayores porcentajes de suicidio e intento de suicidio, tienen entre 2 y 6 veces mayor probabilidad de cometer suicidio que los no homosexuales, lo que podría significar que el 30% de los

suicidios registrados en hombres jóvenes es de homosexuales (Madrigal y Suárez, 2001).

Ciertamente, la exclusión y violencia a la cual se ven sometidas las personas de diversas identidades y orientaciones sexuales, se fundamenta en los aspectos culturales y discursivos legales que dan sustento a la discriminación de lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros, pero se trata de una muestra clara de la violencia de género, ya que estas personas no se adaptan al modelo de masculinidad hegemónica.

Ellsberg señala que, en general, la violencia de género y la violencia intrafamiliar, especialmente contra las mujeres, quienes son las principales víctimas, requiere de una captación activa, es decir, de un proceso que sirve para identificar las personas que son afectadas por la violencia pero que no lo denuncian directamente (OPS, 2001: 12).

Cualquier intento de “visibilizar” a las mujeres, tiene que significar “visibilizar” los abusos que se cometen contra ellas, por lo tanto es esencial promover los registros, diagnósticos y estudios porque “la situación de la mujer sólo puede ser susceptible de identificación y mejora si se dispone de datos estadísticos desglosados y de otros tipos de información. Esa información dista mucho de ser una realidad en el caso de los grupos vulnerables, como las mujeres víctimas de violencia (Citado por Amnistía Internacional, 2003: 9-10). Una consecuencia de los vacíos de información cualitativa y cuantitativa, es la falta de un sistema estatal, que permita medir estadísticamente la violencia que sufren las mujeres en el país.

La captación activa requiere del registro riguroso de los casos, la vigilancia y la

prevención⁸¹, sin embargo, en el país este proceso es obstaculizado debido a la ausencia de una política pública estatal, orientada a la prevención y la erradicación de la violencia de género por medio de la coordinación interinstitucional y sectorial. Por lo tanto, una de las razones que impiden la prevención de la violencia contra las mujeres es la falta de voluntad política.

Si bien es cierto, en Costa Rica durante los últimos años ha existido un impulso a la creación de una institucionalidad pública, relacionada específicamente con la condición de las mujeres, tales como la Ley contra la Violencia Doméstica, no basta con la aprobación de leyes específicas, es urgente establecer una política nacional e integral de prevención de la violencia contra las mujeres, que contemple el Sistema Nacional para la Prevención y la Atención de la Violencia Intrafamiliar como política de Estado y la descentralización de las políticas de atención y prevención de la violencia intrafamiliar, mediante el modelo de redes locales de atención y prevención de la violencia con una amplia participación comunitaria y en general, de la sociedad civil. Además, esta política debería contemplar la inmediata aprobación de la Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres, para garantizar el castigo de la violencia hacia las mujeres.

La aplicación de la legislación existente en el país, no contempla la complejidad de la violencia doméstica e intrafamiliar, lo que da lugar a la invisibilización, la impunidad y desprotección de

la víctima y sus más allegados (generalmente hijos pequeños), generalmente después del momento en que la víctima pone la denuncia, que es cuando se agudiza la probabilidad de violencia por parte de los agresores. No existe una discusión ni acciones profundas para atender estas situaciones de crisis.

No se le da importancia a la relevancia de la confidencialidad de las víctimas, como un valor ético por se de las fuentes de información, se pierde de vista lo sustancial: asegurar el interés superior de las mujeres y de los niños y niñas, que también sufren las consecuencias de la violencia. Según el Informe del 3º Taller Centroamericano sobre el Registro, la Vigilancia y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual, es notable que Costa Rica pase por alto la existencia de medidas de protección para niños y niñas a partir del Código de la Niñez y Adolescencia, aprobado en 1998. El tema de la centralidad del sujeto y la salvaguarda o fortalecimiento de las estrategias de sobrevivencia de las víctimas, continúa estando pendiente en la agenda del desarrollo.

Existen resistencias a un reconocimiento pleno y concreto de los derechos de las víctimas. Además, prevalece un discurso jurídico, que se construye y que reproduce contenidos patriarcales y androcéntricos. Los impulsores de las recientes reformas al Código Penal, se niegan a reconocer el género como circunstancia relevante en la comisión de los delitos. La posición que ha prevalecido es que esta supone una supuesta

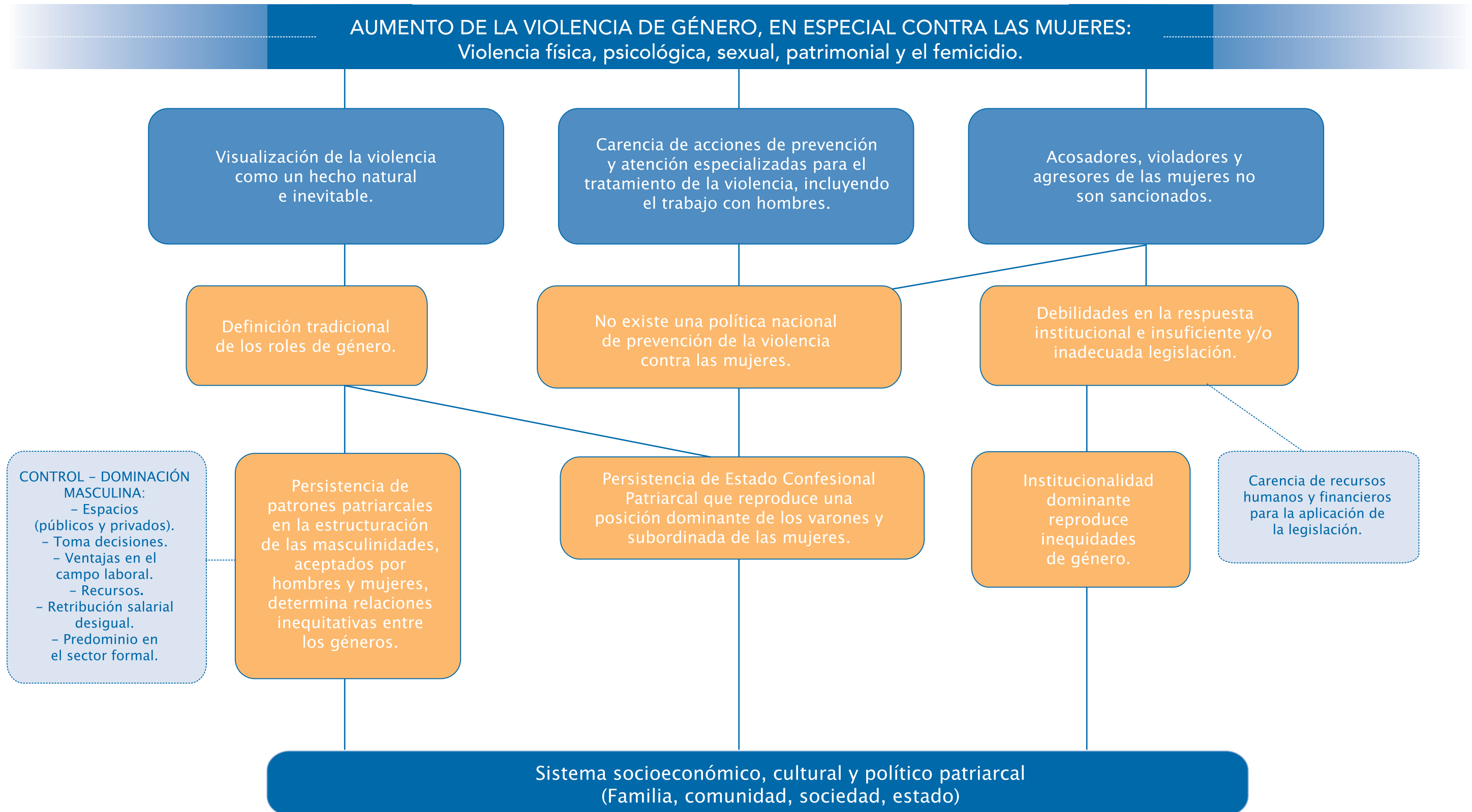
81 Es importante el elemento preventivo en los sistemas de vigilancia de la salud, es decir, de una calidad en la oferta o prestación de servicios de salud que atienda y de preferencia a las causas y no a los efectos de la violencia. Principalmente, lo que se refiere a la violencia doméstica, por cuanto es más complejo su registro que otras formas de violencia, ya que produce una variedad compleja de daños físicos y emocionales, es un proceso continuo y existen muchas barreras para su detección. Por lo tanto, es urgente implementar programas de atención y prevención de la violencia desde el sector salud ya que la gran mayoría de los casos de violencia no son captados por el sistema de salud y la mayoría de las mujeres no reciben la atención ni el apoyo que requieren, aun cuando sufren lesiones mayores (Véase, OPS, 2001: 13).

violación a la garantía de igualdad (Monge, 2006).

Por último, en la medida en que las políticas mantengan algunos modelos parcialmente estáticos sobre lo que les compete a las mujeres

en la vida doméstica y sean indiferentes frente a las dificultades que estas tienen en el ingreso a la vida pública, se continuarán perpetuando jerarquías dentro de las relaciones de género, que se establecen en las familias, en el mundo laboral y en la vida comunitaria.

1.8.2 Árbol de problemas:





1.8.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

En Costa Rica existe una cantidad importante de legislación orientada a prevenir y sancionar la violencia contra la mujer. Para la elaboración de este apartado, se tomó como referencia la siguiente:

- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
- La Ley Contra la Violencia Doméstica (No. 7586)
- La Ley Contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia (No. 7476)

1.8.3.1. Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Familia</i>	Garantizar y promover un ambiente de respeto y equidad entre todos los miembros del hogar.	Falta mayor conciencia entre los miembros del hogar, sobre el necesario respeto a los derechos de cada uno de sus miembros. - Falta un mayor compromiso de los miembros de la familia para denunciar actos de violencia, que se producen en su seno.
<i>Estado:</i> <i>Poder Ejecutivo</i> <i>Poder Judicial</i> <i>Asamblea Legislativa</i>	Garantizar y promover un ambiente de respeto y equidad entre todos los miembros del hogar. Aplicar, por medio de la autoridad competente, las medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las personas víctimas de la violencia doméstica. Entre otras: - Fijarle, a la persona agredida, un domicilio diferente del común, que la proteja de agresiones futuras, si así lo solicita. - Prohibir el acceso del presunto agresor al domicilio, permanente o temporal, de la persona agredida y a su lugar de trabajo o estudio.	- No se aplican, de manera consistente, las medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las mujeres víctimas de violencia, en especial: - Fijarle a la persona agredida un domicilio diferente del común, que la proteja de agresiones futuras, si así lo solicita. - Prohibir el acceso del presunto agresor al domicilio, permanente o temporal, de la persona agredida y a su lugar de trabajo o estudio.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
Estado: Poder Ejecutivo Poder Judicial Asamblea Legislativa	- Suspenderle provisionalmente al presunto agresor, la guarda crianza y educación de sus hijos e hijas menores de edad. - Emitir una orden de protección y auxilio policial, dirigida a la autoridad de Seguridad Pública de su vecindario.	
	Actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.	- Falta mayor compromiso por parte de las autoridades, para prevenir y sancionar la violencia contra la mujer.
		- Falta capacitación a los operadores de justicia para la aplicación correcta y justa de la legislación existente en esta materia.
		- Falta promulgar legislación interna, penal, civil y administrativa, que contribuya a sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. (Por ejemplo, aprobación de la “Ley de Penalización de la Violencia contra la Mujer”).
	Adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer, de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad.	- Falta de protección efectiva para las mujeres que han sido agredidas, evitando de esta manera que la vida de la mujer esté en peligro o que pueda ser dañada en cualquier otra forma.
	Tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer.	- Falta un mayor compromiso de los poderes judicial y legislativo para modificar algunas leyes o prácticas jurídicas, que respaldan o son muy permisivas de la violencia contra la mujer.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
Estado: Poder Ejecutivo Poder Judicial Asamblea Legislativa		Por ejemplo la tipificación del homicidio como calificado, cuando se trata de femicidio; las bajas penas impuestas a los homicidas; trato privilegiado a los agresores, que dan algunas autoridades judiciales.
	Establecer procedimientos legales, justos y eficaces para la mujer, que haya sido sometida a violencia, que incluyan: medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos.	- Falta voluntad política en los poderes legislativo y judicial, para adoptar medidas de protección efectivas, para las mujeres que hayan sido sometidas a violencia.
	Establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.	- Ausencia de mecanismos judiciales para asegurar que la mujer, objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento de manera justa y eficaz.
	Fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos.	- Falta de comunicación a la población sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.
	Promover el cambio en los patrones socio-culturales de conducta de hombres y mujeres, con el propósito de erradicar prejuicios y costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros, o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer, que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer.	- Ausencia de una política nacional orientada a modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres.
	Fomentar la educación y capacitación del personal en la administración de justicia policial y demás funcionarios encargados de la aplicación de la ley, así como del personal a cuyo cargo esté la aplicación de las políticas de prevención, sanción y eliminación de la violencia contra la mujer.	- Falta educación y capacitación del personal en administración de justicia y policial, sobre las políticas y medidas que deben adoptarse para prevenir y sancionar la violencia contra la mujer.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
Estado: Poder Ejecutivo Poder Judicial Asamblea Legislativa	Ofrecer a la mujer que ha sido víctima de violencia, acceso a programas eficaces de rehabilitación y capacitación que le permitan participar plenamente en la vida pública, privada y social.	- Insuficiencia de programas eficaces de rehabilitación y capacitación, que propicien la incorporación de las mujeres víctimas de violencia a la vida pública y privada.
Municipios	Brindar atención especializada sobre violencia de género, en las municipalidades en que así se haya definido, mediante el desarrollo de diversas estrategias: grupos de apoyo, grupos terapéuticos, entre otros.	- Falta de compromiso de las autoridades municipales para ampliar la oferta de atención especializada en violencia de género.
	Promover la sensibilización de diferentes actores locales sobre el tema de derechos y perspectiva de género, para promover una transformación de patrones socioculturales, que promueven relaciones de dominación y discriminación.	- Falta de un mayor compromiso y recursos orientados a la sensibilización de los diferentes actores locales, sobre los derechos de las mujeres, especialmente el derecho a una vida sin violencia.
Empresa privada	Promover acciones estratégicas para avanzar en el ejercicio de los derechos de las mujeres, la igualdad y equidad de género, en el ámbito laboral.	- Falta un mayor compromiso (voluntad) del sector privado para implementar acciones que garanticen el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres trabajadoras.
	Contribuir a la transformación de los patrones socioculturales que promueven relaciones de dominación y discriminación contra las mujeres en los espacios laborales.	- Falta un mayor compromiso (voluntad) para promover acciones equitativas entre hombres y mujeres en el ámbito laboral.
	Garantizar a las mujeres trabajadoras un ambiente laboral libre de toda forma de discriminación y violencia atribuible a su condición de género.	- Falta un mayor compromiso (voluntad) para garantizar un ambiente laboral libre de toda forma de discriminación y violencia contra las mujeres.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Empresa privada</i>	Comunicar, en forma escrita y oral, a los supervisores, los representantes, las empleadas, los empleados y los clientes la existencia de una política contra el hostigamiento sexual.	- Falta que más patronos comuniquen a sus trabajadores/as la existencia de una política contra el hostigamiento sexual.
	Establecer un procedimiento interno, adecuado y efectivo, para permitir las denuncias de hostigamiento sexual, garantizar la confidencialidad de las denuncias y sancionar a las personas hostigadoras cuando exista causa.	- Falta contar con procedimientos adecuados y efectivos para permitir las denuncias de hostigamiento sexual y garantizar la confidencialidad de las denuncias.
	Informar sobre las denuncias de hostigamiento sexual, que se reciban en su lugar de trabajo, así como el resultado del procedimiento que se realice a la Defensoría de los Habitantes, si se trata de instituciones públicas o a la Dirección Nacional e Inspección General de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), si se trata de patronos privados.	- Falta un mayor compromiso de parte de los patronos para informar sobre los casos de hostigamiento sexual, que ocurren en el lugar de trabajo.
<i>Centros de educación superior (públicos y privados)</i>	Garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer.	- Faltan recursos y priorización de esta temática dentro de las políticas institucionales de investigación.
<i>ONGs</i>	Colaborar con los diferentes medios a su alcance, en la erradicación de la violencia contra la mujer en cualquiera de sus manifestaciones.	- Falta de recursos económicos.
<i>Medios de Comunicación</i>	Elaborar directrices de difusión, que contribuyan a erradicar la violencia contra la mujer en todas sus formas y a realzar el respeto a la dignidad de la mujer.	- Falta concienciar, orientar y alentar a los medios de comunicación a adoptar acciones, que contribuyan a erradicar la violencia contra la mujer en todas sus formas.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Cooperación internacional</i>	Promover la cooperación internacional para el intercambio de ideas y experiencias y la ejecución de programas encaminados a proteger a la mujer, objeto de violencia.	- Falta mayor cooperación internacional (técnica y financiera).

1.8.3.2 Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Mujeres</i>	Reconocimiento del goce, ejercicio y protección de sus derechos humanos y libertades, consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.	- Las mujeres, en su mayoría, desconocen sus derechos humanos y la legislación internacional y nacional que consagra su disfrute, tampoco cuentan con los medios e instrumentos necesarios para exigir su cumplimiento.
	Ejercer mayor atención y control sobre los hombres que ejercen la violencia contra las mujeres.	- Las mujeres no cuentan con los medios e instrumentos legales a su alcance, para que se controle a los hombres que ejercen violencia.
	Aplicación estricta de la Ley contra la Violencia Doméstica.	- La mayoría de las mujeres no conocen la Ley, ni cuentan con los medios e instrumentos necesarios para exigir su cumplimiento.
	Aplicación estricta de la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia.	- Existe un temor entre las mujeres a ser estigmatizadas por plantear denuncias ante los tribunales, por ser víctimas de violencia.
		- Las mujeres no conocen ni cuentan con los medios e instrumentos para hacer cumplir las medidas que se plantean en la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia.



1.8.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos que permitan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población costarricense, se propone para los próximos cuatro años:

Apoyar acciones desde el Estado y la sociedad civil, orientadas a prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus formas (física, psicológica, patrimonial, sexual), así como la promoción de sus derechos y la equidad de género.

Con tal propósito, se plantea:

- Apoyar acciones de incidencia orientadas a hacer efectiva la Ley contra la Violencia Doméstica en todos sus extremos.
- Apoyar acciones de incidencia para la aprobación de la Ley de Penalización de la Violencia contra la Mujer, que se encuentra actualmente en la Asamblea Legislativa para su discusión.
- Apoyar con financiamiento y asistencia técnica la creación de modelos de intervención, para fomentar la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.
- Apoyar la realización de investigaciones y estudios sobre la violencia contra las mujeres y las formas de prevenirla, orientados a proveer herramientas para la toma de decisiones en las instituciones del Estado.
- Apoyar el desarrollo de experiencias piloto, que generen modelos de atención y prevención de la violencia contra las mujeres, dirigidas especialmente a la población joven masculina y que contribuyan a alimentar la política nacional de I y EG.
- Apoyar iniciativas orientadas a fomentar la incidencia de las organizaciones de mujeres en las políticas y programas para la prevención y eliminación de la violencia contra las mujeres.
- Apoyar la aplicación de acciones estratégicas para avanzar en el ejercicio de los derechos de las mujeres en los ámbitos local, regional y nacional.
- Apoyar el fortalecimiento de un marco normativo y político de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.



1.8.5 Bibliografía

Amnistía Internacional (2003). “Mujeres invisibles, abusos impunes”. Amnistía Internacional. Amnistía Internacional. Sección Española. En: www.es.amnesty.org/nomasviolencia/docs/informes_ai/02regiones/04europa/espana/mujeresinvisibles.pdf (Consultado: noviembre 2006).

Carcedo, Ana y Montserrat Sagot (2000). Femicidio en Costa Rica 1990-1999, en: OPS (Programa Mujer, Salud y Desarrollo), San José.

Castro, Juan Diego (2005). “Costa Rica: delitos sexuales”, en: Mujeres Hoy. Véase: <http://www.mujereshoy.com/secciones/3150.shtml> (Consultado: noviembre 2006).

González, Rosario (2001). “La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad”, en: Acta Pediátrica Costarricense,, vol.15,No.3 Consultado en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900902001000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1409-0090

Guzmán, Laura y Montserrat Sagot (2004). “Informe final de investigación”. “Encuesta nacional de violencia contra las mujeres”. Centro de Investigación y Estudios de la Mujer. Universidad de Costa Rica.

Lasasz, Robert (2004). “La violencia familiar en los países en desarrollo: Una crisis intergeneracional”. Population Referente Bureau. En: www.prb.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=11935-30k – (Consultado: noviembre 2006).

Heise, Lori (1994). Violencia en contra de la mujer: la cara oculta sobre la salud. OPS. Washington.

La Nación. “Brecha de ingresos entre sexos creció en 16 años”. Noticias Economía. 18/05/2006. San José, Costa Rica.

_____. “Trabajadoras por cuenta propia ganan 50% menos. Noticias Economía. 27/06/2006. San José, Costa Rica.

Madrigal, Francisco y Daría Suárez (2000). “Suicidio en la población homosexual costarricense. Investigación exploratoria”. CIPAC/DDHH. En: <http://www.cipacdh.org/salud/sa3.htm> (Consultado: noviembre 2006).

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (2004). “Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible” (SIDES). En: <http://www.mideplan.go.cr/sides/social/08-04.htm> (Consultado en noviembre 2006).

MINSALUD (2004A). La violencia social en Costa Rica. OPS/OMS. San José, Costa Rica.

CONAPAN (2004B). Estado de salud de la persona adulta mayor. San José, Costa Rica.

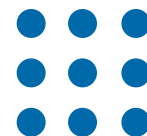
Monge, Ivannia (2006). “Violencia contra las mujeres...más que un proyecto de ley”. INAMU. Presentación realizada en la mesa redonda “Género y Agresión” organizada por ASPAS el pasado 27 de enero en el Colegio de Costa Rica. Organización Mundial Contra la Tortura (OMCT) (2003). Implementación en Costa Rica de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Sesión vigésima novena, 30 de junio al 18 de julio 2003.

OEA. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”, Washington, <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html> (consultado mayo 2005)

OPS (2001). Informe del 3o Taller Centroamericano sobre el Registro, la Vigilancia y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Informe de Taller, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, en: Serie Género y Salud Pública, No. 11. San José, Costa Rica.

Programa Estado de la Nación (2005). Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, “Salud: los Riesgos de la Violencia de Género”, Disponible en <http://www.undp.org/rblac/gender/genderbased.htm>.



1

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

1.9. Adultos mayores en condición de pobreza

PROBLEMA:

26,39% del total de las personas adultas mayores, se encuentra en condición de pobreza.



1.9.1 Análisis de causalidades

- Fundamentación del problema y relaciones causa-efecto:

El proceso de transición demográfica mundial se ha convertido en una verdadera revolución. La esperanza media de vida al nacer pasó de ser de 46 años en 1950 a 66 años en el año 2002 y se proyecta que para el 2050, esta habrá aumentado en 10 años más. Este rápido crecimiento en la esperanza de vida de la población mundial, explica que el número de personas mayores de 60 años en el año 2000, haya pasado a ser de alrededor de 600 millones y que en el año 2050, según proyecciones oficiales, llegará a ser de casi 2.000 millones. Es decir, la población adulta mayor en el mundo pasará de un 10% en 1998, a un 15% en el 2025 (ONU, 2002: 5 y 6).

En cuanto a los países en vías de desarrollo, la proyección es que la población adulta mayor se cuadruplicará en los próximos 50 años. Según el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, ONU), en Asia y América Latina la población adulta pasará de un 8% en 1998 a un 15% en el 2025. En África se proyecta un aumento del 5% al 6%, entre 1998 y 2025, duplicada para el año 2050.

Finalmente, se proyecta que el porcentaje de las personas de 60 y más años, en todo el mundo, se duplicará entre el año 2000 y el 2050, pasará del 10% al 21%. En cambio, se espera que el porcentaje correspondiente a los niños se reduzca en un tercio, pasando del 30% al 21%. En algunos países desarrollados y con economías en transición, el número de personas de edad supera ya al de los niños y las tasas de natalidad han

descendido por debajo del nivel de reemplazo (ONU, 2002: 5 y 6).

En el caso de Costa Rica, el Censo 2000 consignó que en ese momento había 213.332 personas mayores de 65 años (8,1% del total de los habitantes del país), de las cuales el 47,22% eran hombres (100.744) y el 52,78% (112.588) eran mujeres. La distribución por zona de residencia en ese año era la siguiente: 64,19% (136.934) personas adultas mayores vivían en el área urbana y el 35,81% (76.398) residían en el área rural.

Estimaciones realizadas por el INEC⁸² señalan que en el 2025, el porcentaje de adultos mayores será de un 14% del total de la población (el equivalente a 750 mil personas), es decir, una de cada siete personas tendrá más de 65 años. Este aumento es producto del incremento paulatino de la esperanza de vida en los costarricenses. Esta misma fuente señala que la esperanza de vida promedio en la población costarricense, alcanza los 78 años de edad. En los hombres, el índice de esperanza de vida al nacer es de 75,6 años, mientras que en las mujeres llega a 80,5 años.

La evolución de la población de Costa Rica durante los últimos años, demuestra que disminuyó drásticamente la fecundidad y se redujo la mortalidad, lo cual ha conducido a un aumento de las personas de mayor edad (de 4,5% a 5,6% entre 1984 y el 2000). Las consecuencias de esta evolución demográfica son claras. Según estimaciones del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica (UCR), los/as costarricenses nacidos/as durante la década de 1960, entrarán en su sexta

⁸² Estimaciones y proyecciones de población de CCP e INEC.

década en el 2020, lo cual tendrá un impacto muy significativo en los sistemas de salud y de jubilación. De acuerdo con una clasificación de los países, realizada por CEPAL, Costa Rica se encuentra en una etapa de envejecimiento moderado⁸³, aunque se prevé una importante aceleración en las próximas décadas.

El mayor envejecimiento de la población en el 2000, en el nivel cantonal, lo presentaban los cantones de San Mateo, Montes de Oca, Nicoya, Santa Cruz y San José; los cantones con menor porcentaje de personas mayores eran Sarapiquí, Garabito, Talamanca, Pococí y Matina. Los factores que explican este fenómeno son varios, por ejemplo: las migraciones internas están llevando a una reducción o aceleramiento progresivo del proceso de envejecimiento demográfico en algunos cantones y regiones del país.

El CCP argumenta que las poblaciones jóvenes son las que tienden a migrar más. Por ejemplo, se estima un mayor envejecimiento de la población en cantones rurales de expulsión, o salida, como Nandayure y Hojancha y un menor envejecimiento en cantones receptores de inmigrantes como Guácimo y Bagaces en lo que es zona rural y La Unión y Alajuelita, en

zonas urbanas. Cabe destacar que la provincia de San José es la que tiene la mayor cantidad de población adulta mayor, con 50.438 personas. A nivel de todo el país, el Cantón Central es el que alberga la mayor cantidad de personas entre los 65 y 74 años, en total son 14.040 personas (Censo 2000).

La composición por edad y sexo⁸⁴ de los indígenas en el año 2000, se caracteriza por ser muy diferente a la población costarricense. Las personas que pertenecen a esta etnia se caracterizan por ser una población joven, donde la mayoría de las personas son menores de 20 años (Mendoza, 2002: 21). Por ejemplo, la estructura de población por edades del cantón de Talamanca (el de mayor cantidad de población indígena), es notablemente diferente a la estructura de la población de la gran mayoría de los otros cantones. Este cantón presenta una reducida población mayor de 65 años y una enorme población de menores de 15 años⁸⁵.

El total de indígenas en el país es de 63.876, lo que equivale al 1,68% de la población nacional, donde el 0,86% (32.880) son hombres, el 0,81% (30.996), son mujeres. Del total de la población nacional, 406.386 son personas de 55 años y más, lo que representa el 10,67% del total. De

.....

83 Envejecimiento incipiente: países con porcentajes de personas de 60 años y más que oscilan entre el 5% y el 7% en el año 2000 y que alcanzarán valores de entre 15% y 18% en 2050. Envejecimiento moderado: países con porcentajes de personas de 60 años y más que oscilan entre el 6% y el 8% en el año 2000 y que alcanzarán valores en 2050; países con porcentajes de personas de 60 años y más que oscilan entre el 5% y el 7% en el año 2000 y que alcanzarán valores de entre 15% y 18%, en 2050 superiores al 20%. Envejecimiento moderado avanzado: países con porcentajes de personas de 60 años y más que oscilan entre el 8% y el 10% en el año 2000 y que alcanzarán valores de entre 25% y 30% en 2050. Envejecimiento avanzado: países pioneros en el envejecimiento en América Latina, con porcentajes actuales de personas mayores superiores al 10% (CEPAL, 2004)

84 Respecto de la composición por sexo, en la población indígena se presentan más cantidad de hombres que mujeres en cada grupo de edad quinquenal, mientras que en el nivel nacional ocurre lo contrario, es decir, hay más cantidad de mujeres que hombres, con excepción de las personas que tienen menos de 25 años de edad (Véase Mendoza, 2002: 21).

85 En importante decir que en la cosmovisión indígena, el envejecimiento tiene una representación y un significado que no puede asimilarse al de otras culturas.

estas el 5,13% (195.352) son hombres y 5,54% (211.034), son mujeres. Para el caso de los indígenas, este grupo es apenas de 4882, esto es 0,13% de la población total, de los cuáles 0,07 (2554) son hombres, y 0,08% (2264) son mujeres (MINSALUD, 2004B: 45-46).

La relación de dependencia demográfica muestra, que mientras para los indígenas dentro de sus territorios hay 108 dependientes por cada 100 personas de 15 a 64 años; para la población indígena y no indígena que habita en el resto del

país esta relación desciende a 60. En este punto es importante destacar que los indígenas que residen fuera de los territorios y la periferia tienden a parecerse más al patrón de los no indígenas del resto del país.

Respecto del porcentaje de envejecimiento, se observa que dentro de los territorios, los indígenas de 65 años y más representan el 3,4% y los no indígenas el 5,1%. Fuera de los territorios esta cifra alcanza el 5,6% para los no indígenas (Solano, 2004: 350).

CUADRO 1

Estructura de edades de la población indígena y tasa de dependencia.

Población	Menores de 15 años %	65 años y más (en %)	Tasa de dependencia
Indígenas en territorios indígenas		3,4	108,0
Indígenas en periferia de territorios			
Indígenas		4,8	78,2
Indígenas en el resto del país		4,2	59,9
No indígenas en el resto del país		5,6	59,8

Nota: El total de la población indígena del país es de 63.876 personas, equivalente a un 1,7% de la población nacional.

Fuente: Solano, 2004.

La esperanza de vida de los indígenas es menor respecto del promedio nacional, indicador que puede explicarse por las limitaciones para acceder a servicios de salud de calidad, el estado general de salud de estas personas y los estilos de vida condicionados por la pobreza y la precariedad.

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de julio de 2004, muestra el nivel de pobreza de la población de 65 años y más. De

acuerdo con los resultados de esta encuesta, 16.962 adultos mayores se encuentran en condición de extrema pobreza y 48.766 adultos mayores no satisfacen sus necesidades básicas; es decir, el porcentaje de los adultos mayores que se encuentran en extrema pobreza y los que no satisfacen sus necesidades básicas asciende a un 26,39%, frente a un promedio nacional de 21,5% de hogares en esa condición. Por esta razón, a partir de datos de la EHPM del 2005,

se ha determinado que el riesgo de que un hogar con adultos mayores sea pobre es 40% mayor que el del resto de hogares (26% de pobreza vs. 20% en el resto) (Barrios, 2005: 42). En cuanto a las diferencias entre géneros, están en condición de extrema pobreza 8.257 hombres (6,86%) y 8.705 mujeres (6,34%), y en cuanto a los que no satisfacen sus necesidades básicas, 23.496 son hombres (19,53%) y 25.270 son mujeres (18,41%). En conclusión, hay un total de 31.753 hombres (48,3%) y 33.975 mujeres (51,7%) adultas mayores en condición de pobreza y de estos dos grupos, las mujeres son la población más afectada por esta situación.

Los adultos mayores pobres son la mayoría: son los que carecen casi de todo. Sin familia, sin jubilaciones o con jubilaciones tan magras que nada significan. Sin viviendas. Sin alimentos. Los que deben vivir al amparo de un Estado que desampara. Los excluidos totales cuyo destino final es la cama de un hospital sin regreso (Gazzotti, 2002).

Esta es la situación de los adultos mayores en condición de indigencia. Por ejemplo, de los 52 pacientes indigentes ingresados al Hospital San Juan de Dios entre el 1° de enero y el 16 de mayo del 2005, el 31% tenía 65 años o más, lo que representa una tercera parte. El 64% tenían entre 20 y 64 años de edad, y solo el 5% tenían menos de 19 años (La Nación, 3/10/2005).

Las condiciones de seguridad económica de la población adulta mayor en el país son poco equitativas. En 2004, únicamente el 17,90% de la población mayor de 65 años gozaba de una pensión por vejez⁸⁶. La situación de hoy no

es muy diferente a la de hace 10 años, cuando solamente el 17,22% tenía una pensión (Estado de la Nación, 2005: 360).

La situación tiende a agravarse si se considera que, al contrario de lo esperado, la proporción de personas cotizantes al régimen de pensiones en relación con la población pensionada, está disminuyendo. En el 2004, la cobertura del seguro de pensiones fue de tan solo un 45,1% de la Población Económicamente Activa (PEA) total (56,8% asalariada y 21,7% no asalariada) (Estado de la Nación, 2005: 80). En 1994 había 13,89 pensionados por cada 100 cotizantes, mientras que en el 2004 esta relación era de 15,41 pensionados por cada 100 cotizantes. La expectativa, que se tuvo durante algún tiempo, era que en un contexto de crecimiento de la población en edad de trabajar y de la fuerza laboral, aumentaría más el número de cotizantes que de pensionados, sin embargo esto no ocurrió así.

La situación en relación con la cobertura de la salud no es muy diferente a la reseñada anteriormente. Según datos del Estado de la Nación, con base en información de la CCSS, en el 2004 el seguro de salud tenía una cobertura contributiva del 87,8% de la población. Según condición de aseguramiento, un 23,8% correspondía a asegurados directos, un 12,8% por cuenta del Estado, un 6,3% pensionado, un 44,8% tenía seguro familiar y un 12,2% no estaba asegurado. Visto desde la PEA, el seguro de salud cubría al 53,4% del total, al 61,8% de la PEA asalariada y tan solo un 39,1% de la no asalariada (Estado de la Nación, 2005: 80).

Un aspecto interesante de comentar es la situación de la población que no está asegurada y que tiene

⁸⁶ Ese porcentaje significa que en ese año, 79.578 personas de 65 años o más estaban pensionadas o jubiladas (46.876 son hombres y 32.702 son mujeres). Véase que el número de mujeres pensionadas es muy inferior al de hombres en esa condición.

capacidad contributiva. Un estudio reciente analizó este aspecto en población ocupada y no cotizante. El resultado fue el siguiente: 45% de las personas no cotizantes tienen capacidad contributiva plena y un 55% tienen capacidad contributiva parcial. “Es decir, hay una alta proporción de personas cuya desprotección se debe más a falta de disposición que a insuficiente capacidad económica para cotizar”⁸⁷. Por otra parte, este mismo estudio reveló una brecha entre la población de mujeres asalariadas con capacidad contributiva plena (77,6%) y las independientes con capacidad contributiva parcial (83,2%), lo cual evidencia el proceso de feminización del trabajo independiente informal (Martínez, 2004; citado por Estado de la Nación 2005: 81).

Respecto del seguro de salud y el seguro de pensiones, los datos muestran una clara desventaja para las mujeres. En cuanto a la cobertura del seguro de salud, esta es mayor para las mujeres que para los hombres, sin embargo, se produce por medio del aseguramiento indirecto. Un 23% de los hombres de 12 años o más no tiene seguro de salud, frente a un 16% de las mujeres. Pero cerca de la mitad de las mujeres (49%) de 12 años o más, aparece como asegurada familiar, mientras que para los hombres ese porcentaje es del 18%, lo que muestra que el aseguramiento familiar es la principal forma de acceso de las mujeres al seguro de salud. Esto tiene que ver con el hecho de que las mujeres se mantienen en condición de personas no remuneradas (70% de las mujeres de 12 años o más). Sin embargo, las mayores diferencias se

observan a partir del aseguramiento familiar, el cual se produce aún cuando la mujer desarrolla actividades remuneradas. Un 15% de las mujeres asalariadas y un 48% de las que trabajan por su cuenta, tienen este tipo de seguro (MINSALUD, 2005: 18).

En relación con el seguro de pensiones, globalmente se observa una situación desventajosa para las mujeres, ya que el 71% de las mujeres de 12 años o más, no cotizan ni disfrutan de sus beneficios. Mientras que para los hombres dicha condición baja al 53%. Esta situación se relaciona con la condición no remunerada en que se mantienen mayoritariamente las mujeres. Sin embargo, la cobertura del seguro de pensiones resulta también menor entre las mujeres con actividades remuneradas. Mientras que el 68% de los hombres con trabajo asalariado cotiza al seguro de pensiones, en el caso de las mujeres lo hace el 64%, y de las que desempeñan trabajo doméstico, solamente el 21%. En el caso de trabajo por cuenta propia, mientras que el 20% de los hombres con trabajo independiente contribuye al seguro, las mujeres lo hacen en un 8% (MINSALUD, 2005: 18). Además, las personas autoempleadas están en una situación de mayor vulnerabilidad ya que solo el 6% de las mujeres y el 19% de los hombres autoempleados están contribuyendo directamente al seguro de pensiones (INAMU, 2003: 28).

A esta inequidad se suma la creciente brecha de ingresos entre hombres y mujeres. Así lo revela el resultado de un estudio que viene realizando

⁸⁷ Hay que decir que otro factor que limita o impide que la población cotice a la seguridad social, es la existencia de algunas disposiciones administrativas. Por ejemplo, de acuerdo con lo que establece el Seguro Voluntario de Salud, en su Artículo No 9, “...las personas no sujetas a la afiliación obligatoria, tienen el derecho de acogerse al régimen de Seguro Voluntario establecido en el Reglamento especial dictado al efecto. Si estas personas hicieren uso de la facultad de acogerse a este seguro, se entiende que su aseguramiento adquiere el carácter de irrenunciable, convirtiéndose en obligatorio” (CCSS: 2). Es decir, una vez que la persona se ha asegurado en forma voluntaria, su carácter se vuelve irrenunciable, quedando en consecuencia obligada a seguir haciendo el aporte correspondiente, independientemente de que esté o no recibiendo ingresos.

el INEC entre el 2004 y el 2005, con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos de Gastos. Este estudio señala que entre 1988 y el 2004, la diferencia de ingresos entre hombres y mujeres pasó de 33% a 55%, lo que significa que la brecha es un 79% desfavorable para las mujeres. La brecha aumentó prácticamente para todas las categorías en las cuales se comparan el ingreso de hombres y mujeres con similares niveles de estudio y con una experiencia laboral parecida (La Nación, 18/05/2006: 18A).

Es de destacar que las pensiones del régimen no contributivo actualmente oscilan entre los ₡17.500 y los ₡22.750, la mayoría de estas pensiones son recibidas sobre todo por ancianos (La Nación, 06/06/2006). Este monto, evidentemente, no alcanza para que una persona adulta mayor pueda atender satisfactoriamente ni siquiera sus necesidades más elementales, como comer y vestir. Esta situación se aprecia más claramente en el siguiente cuadro:

CUADRO 2

Monto promedio de la pensión por mes,
según tipo de régimen.

Monto promedio de la pensión (colones por mes)								
Régimen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
R. Invalidez, Vejez y Muerte	26.911	30.498	33.114	38.173	42.396	47.229	53.945	60.673,4
Regímenes Especiales	95.353	109.661	128.100	130.919	157.456	181.908	215.629,9	270.427,5
Régimen No Contributivo	7.500	7.500	8.500	10.000	10.000	10.500	14.200	15.351

Los datos de RIVM se obtuvieron del Anuario Estadístico de la CCSS, los del RNC corresponden al monto de la pensión básica vigente al final del año, mientras que los de Regímenes Especiales se obtuvieron directamente del Ministerio de Hacienda, dividiendo el monto total de las pensiones entre el número de pensionados, y luego entre 13 para obtener dato mensual (12 meses más aguinaldo).

Fuente: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES). Consultado en mayo 2006: <http://www.mideplan.go.cr/sides/scial/0706.htm>.

A lo anterior, debe agregarse que con frecuencia, la persona adulta mayor continúa siendo —a pesar de su condición— el principal sostén económico del grupo familiar, lo cual significa que su pensión se redistribuye entre los demás miembros del grupo familiar. Este hecho explica que algunas personas adultas mayores, a pesar de recibir una

pensión y no necesariamente de las más bajas, se encuentren en condición de pobreza.

La baja cobertura del seguro de salud en los/as trabajadores por cuenta propia y subcontratados es mayor entre las mujeres, esto se explica por el crecimiento del sector informal (un 30% entre

1997 y 2004), que es donde trabajan la mayoría de las mujeres (La Nación, 27/06/2006: 20A). En el 2004, solo un 10% de las trabajadoras por cuenta propia contaba con seguro de salud, mientras que para los trabajadores la proporción era de un 29,6% (Estado de la Nación, 2005: 69). Además, entre el 2001 y el 2005, el desempleo entre las mujeres aumentó en un 8, mientras que el desempleo masculino más bien se redujo en un 4% (La Nación, 27/06/2006: 20A).

La baja cobertura del seguro de salud en los/as trabajadores por cuenta propia y subcontratados es aún mayor en las mujeres. “En el 2004 solo un 10% de las trabajadoras por cuenta propia contaba con seguro de salud, mientras que para los trabajadores la proporción era de un 29,6%” (Estado de la Nación, 2005: 69).

Como se puede apreciar, existe un conjunto de factores que explican los problemas de cobertura en algunos sectores de la población, de los regímenes de pensiones y/o de salud, además de los problemas que en general enfrenta la seguridad social en relación con su sostenibilidad y la calidad en la prestación de sus servicios.

Según datos de la Encuesta de Hogares (Julio de 2004) sobre el tipo de inactividad de la población mayor de 65 años, del total de hombres inactivos (cerca de un 86%), el 63% son pensionados o jubilados, el 2,7% son rentistas, el 1,4% realiza oficios domésticos, el 10,9% son personas con una discapacidad permanente y el 21,9% tiene una condición de inactividad no especificada. En el caso de las mujeres, apenas un 31% están pensionadas o jubiladas, el 0,5% son rentistas, el 0,1% son estudiantes, el 43% realiza oficios domésticos, el

6,3% tiene una discapacidad permanente y sobre el 19% no se especifica su tipo de inactividad.

Estos datos evidencian que, mientras el 63% de los hombres inactivos son pensionados o jubilados, apenas la mitad de las mujeres, el 31% de ellas, viven este tipo de “inactividad”. Por otro lado, en el caso de los hombres inactivos, el 1,4% realiza oficios domésticos, en contraste con el 43% de las mujeres mayores de 65 años, cuya inactividad consiste en hacer este tipo de trabajos. Estos datos constituyen un llamado de atención a la forma distinta cómo mujeres y hombres viven esta etapa del ciclo de vida. Para muchas mujeres, a diferencia de los hombres, llegar a la edad de pensionarse o jubilarse no significa un corte en la medida en que igualmente continúan con el trabajo doméstico de todos los días, año tras año y hasta muy avanzada edad.

Un estudio de OPS muestra claramente que la situación de la mujer adulta mayor es mucho más desfavorable en términos económicos que la que afrontan los hombres en una condición similar. Dos aspectos de una misma realidad demuestran esta situación. En primer lugar, para el 2000, del total de adultos mayores incorporados a alguna actividad económica (57 personas), el 34% eran hombres, frente a un 5% de mujeres. Por otro lado, según el tipo de inactividad⁸⁸ de la población adulta mayor de 65 años, del total de hombres inactivos (cerca de un 86%), el 63% son pensionados o jubilados, frente a 31% de las mujeres jubiladas; y del total de las personas jubiladas, solamente el 7% de personas adultas mayores pensionadas trabajaba, lo cual corresponde a un 83% de hombres y solamente a un 17% de mujeres (OPS, 2004: 4).

⁸⁸ Un dato que permite visualizar como la condición de género afecta a las mujeres aún en edad avanzada, es el del porcentaje de las personas adultas mayores inactivas que se dedican a oficios domésticos: 1,4% de los hombres frente a 43% de las mujeres.

A los problemas anteriormente señalados de cobertura de la seguridad social, cabe agregar los problemas de evasión, costos y financiamiento que enfrenta la seguridad social en Costa Rica. Un estudio reciente (Arias, 2004) pone muy claramente en cifras, la magnitud de la evasión del pago a la

seguridad social por parte de trabajadores/as, patronos y Estado. Este factor, entre muchos otros, limita las posibilidades financieras de la institución para poder elevar el monto de las pensiones de las personas de menores ingresos, especialmente personas adultas mayores en condición de pobreza.

CUADRO 3
Seguro de salud; resumen del monto, subsidios y evasión contributiva según rps
2003 – Millones de colones.

Régimen	Monto evasión	Porcentaje
No contributivo	70.413	30,4
No asegurados	62.274	24,3
Independientes	55.159	23,8
Asalariados	25.004	10,8
Pensionados	17.607	7,6
TOTAL	231.457	100,0

Fuente: Rodrigo Arias, Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS, 2004.

En síntesis, un importante porcentaje de personas adultas mayores en condición de pobreza, carecen de una pensión, el monto de esta es muy bajo o simplemente no cuenta con otra fuente de ingresos, lo cual les impide afrontar los múltiples gastos que conlleva su existencia. Para Emiliana Rivera, Directora del CONAPAM, el hecho de que la persona adulta mayor se jubile “representa en muchos casos un serio deterioro en su bienestar, en parte porque sus ingresos se ven disminuidos hasta en un 50% (entrevista 02/06/2006).

La situación de discriminación y maltrato a las personas adultas mayores, se relaciona con una percepción social tradicional del adulto mayor y su rol en la sociedad y con un sistema económico que desvaloriza el aporte de estas personas porque ya no son productivas económicamente en comparación a personas jóvenes o de mediana

edad. Además, la difusión de una percepción de inutilidad del adulto mayor lo convierte en un elemento desechable, con el rechazo sociocultural que esto conlleva. Hebe Gazzotti resume claramente esta situación:

“La mirada hacia el anciano es marginal. Es un obstáculo viviente. No tiene un espacio propio donde desarrollar lo específico de su etapa de vida, esto es, la transmisión de la experiencia, el descanso fecundo y creativo y el disfrute de lo ganado al tiempo. A diferencia de las antiguas civilizaciones donde el anciano era la personificación de la sabiduría, nuestros “viejos” son la personificación de la decadencia, del final, del ocaso. Con una sociedad que los excluye, que no les permite desarrollar sus potencialidades, que los ubica, —y permítaseme la metáfora—, en la

playa de estacionamiento del cementerio, la propia percepción se corresponde” (Gazzotti, 2002).

En estas sociedades se pone en juicio la validez de los derechos humanos como inherentes al individuo (la vida, la educación, el trabajo, la salud, la vivienda) y los deja abandonados a la “libre” competencia, por lo que al anciano solo le queda mendigar su supervivencia. Esta mendicidad es estructural, porque incluye todos los ámbitos y si bien reconoce algunas gradaciones de nivel, podría decirse que, generalizando, el anciano mendiga más allá de sus condiciones económicas objetivas. Por esta razón un buen nivel económico, no garantiza la inclusión del anciano en la vida familiar, social, cultural, etc. La estrecha relación entre pobreza y ancianidad como la propia condición de ancianidad, va más allá del nivel económico, sino que se trata de los

mitos, prejuicios y estereotipos, que expulsan al anciano de las decisiones comunes y propias y de la imposibilidad de la toma de decisiones personales, que vaya más allá de sobrevivir o abandonarse (Gazzotti, 2002).

La situación de pobreza y vulnerabilidad de esta población, hace que esté más propensa a ser víctima de maltrato, cuyas manifestaciones son el abandono, el aislamiento, la exclusión y la violación de sus derechos humanos. Además, son víctimas del maltrato estructural y social, la negligencia y el abandono, la falta de respeto y los prejuicios, el maltrato psicológico, el maltrato legal y financiero, y el maltrato físico.

Los ancianos, junto con los niños, los jóvenes y las mujeres, son más vulnerables a ser víctimas de la violencia intrafamiliar. Por ejemplo, en el 2002, los casos de violencia intrafamiliar notificados en el

CUADRO 4

Población de 60 años y más
Casos de violencia intrafamiliar notificados según tipo de causa y sexo
Costa Rica 2002.

Tipo de Causa	TOTAL		Masculino		Femenino	
	Nº	%				
Total	224	100,00	51	22,77	173	77,23
Negligencia y abandono	51	22,77	20	8,93	31	13,84
Abuso físico	14	6,25	4	1,79	10	4,46
Abuso sexual	5	2,23	-	-	5	2,23
Abuso psicológico	45	20,54	8	3,57	38	16,97
Maltratos mixtos	15	6,70	2	0,89	13	5,80
Maltratos sin especificar	93	41,52	17	7,59	76	33,93

Nota: Información proporcionada por la Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud (MINSALUD).

Fuente: Comisión de Investigación de la Persona Adulta Mayor, MINSALUD, 2003 (Véase, MINSALUD, 2004B: 60).

nivel nacional en este grupo de edad, representa el 0,07%, de los cuales, las mujeres son el grupo con mayor número de casos, ya que representa el 0,06%, frente a 0,01% de los casos de hombres. El maltrato sin especificar es el que representa un mayor número de casos con el 41,52% de los cuales, el 33,93% son mujeres y el 7,59% son hombres. Seguido por negligencia y abandono con el 22,77% de estos, el 13,84% son mujeres y el 8,93% son hombres. En tercer lugar está el abuso psicológico que representa el 20,54% de los cuales, el 6,97% son mujeres y el 3,57% son hombres (MINSALUD, 2004B: 79).

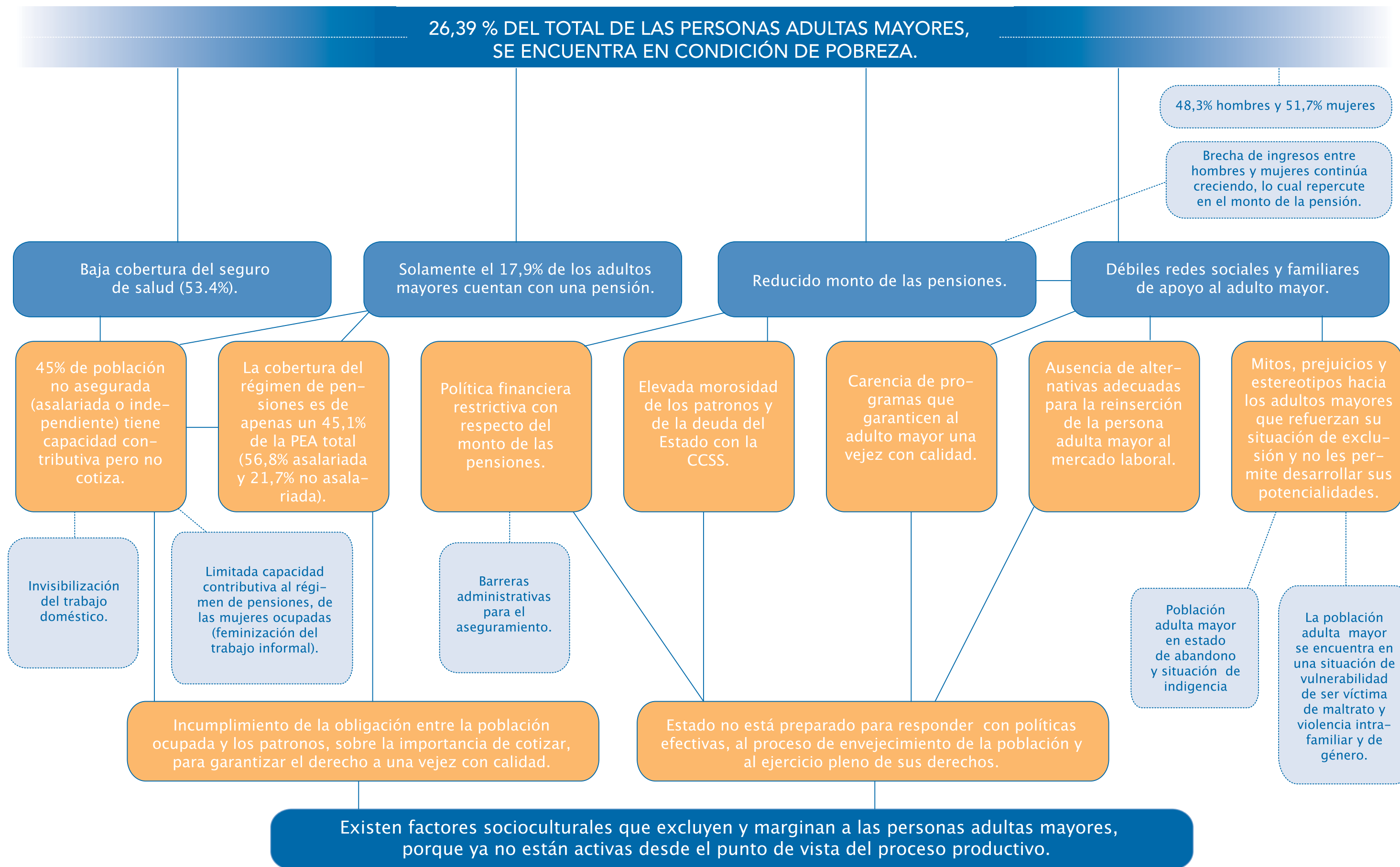
En el 2001, se recibieron por la línea 9-1-1, 311 llamadas solicitando ayuda por agresión a personas mayores, y en el 2002, se recibieron 346 llamadas. El Ministerio de Salud (MINSALUD) tenía notificados en el año 2001, 66 casos de abuso y en el 2002, 120 casos. El Consejo de la Persona Adulta Mayor, recibió durante el 2002, 80 denuncias por abuso y hasta el mes de octubre de 2003, se habían recibido 70 denuncias (MINSALUD, 2004A: 31).

El Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado del Hospital Blanco Cervantes, atendió de 1997 al 2002, 857 casos,

con un promedio de 143 casos anuales. Algunas características importantes de los mismos son: el 60% de los casos atendidos son mayores de 80 años; el 72% de las víctimas son mujeres; en el grupo de mujeres víctimas, el 80% de los casos el agresor es un hijo o una hija. En los varones, en el 65% de los casos es un familiar quien los agrede (MINSALUD, 2004A: 31).

En el 2004 hubo 5.691 denuncias por violencia intrafamiliar, de las cuales 650 correspondieron a niños y 512 a adultos mayores. De los adultos mayores víctimas de violencia intrafamiliar, 343 eran mujeres y 169 hombres (MIDEPLAN, 2004).

Como puede verse las mujeres adultas mayores, son vulnerables a sufrir violencia por razones asociadas a su género. La violencia contra las mujeres es el resultado de la persistencia de patrones patriarcales en la estructuración de las masculinidades de los hombres y la inequidad de género, esto significa el control masculino de los recursos, la toma de decisiones y la dominación; y constituye uno de los abusos de derechos humanos más extendidos y menos reconocidos en la mayoría de los países.





1.9.3 Análisis de la brecha de capacidad (identificación de los ámbitos de obligación).

1.1.3.1. Titulares de deberes

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Familia</i>	Proporcionar al adulto mayor las mejores condiciones de vida posibles, garantizando su dignidad, el ejercicio de sus derechos como personas adultas mayores y su seguridad.	Carencia de los ingresos económicos necesarios para poder brindar a las personas adultas mayores condiciones de vida dignas.
		Falta de sensibilidad y conocimiento de los miembros de la familia sobre los derechos de las personas adultas mayores y sus necesidades socioafectivas.
<i>Municipios y comunidades</i>	Habilitar espacios comunitarios para que las personas adultas mayores tengan la oportunidad de desarrollar plenamente sus potencialidades, capacidades y habilidades, de acuerdo con sus preferencias personales.	Falta de sensibilidad, conocimiento y compromiso de la comunidad y el municipio, para garantizarle a las personas adultas mayores su bienestar y el ejercicio de sus derechos.
		Falta de programas y proyectos que favorezcan la integración activa de los adultos mayores en la vida comunitaria.
<i>IMAS</i>	Garantizar a todas las personas adultas mayores el derecho a una vida digna (necesidades básicas satisfechas).	Ausencia de un programa dirigido a erradicar la pobreza entre la población adulta mayor.
	Desarrollar programas de apoyo al adulto mayor, que colaboren en la generación de ingresos adicionales para su sostenimiento.	Ausencia de programas que promuevan la reinserción productiva de las personas adultas mayores, que tomen en cuenta sus condiciones (capacidades y posibilidades).
<i>DESAF</i>	Apoyar con recursos financieros el desarrollo de programas de erradicación de la pobreza en la población adulta mayor.	Falta de voluntad política para priorizar la movilización de recursos financieros para atender las necesidades de las personas adultas mayores.
<i>CONAPAM</i>	Dictar políticas orientadas a asegurar el ejercicio pleno de los derechos y oportunidades de las personas adultas mayores, para una vejez con calidad.	Falta un mayor compromiso institucional entre las entidades que conforman el CONAPAM, para hacer efectivos los compromisos que garanticen la atención de las necesidades de las personas adultas mayores.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>MIVAH</i>	Diseñar y ejecutar programas de vivienda para personas adultas mayores, que se adecuen a su condición y necesidades.	Falta de un mayor compromiso institucional para priorizar la atención de las necesidades de vivienda de las personas adultas mayores en condición de pobreza.
<i>CCSS</i>	Asegurar el acceso de las personas adultas mayores (hombres y mujeres) a una pensión, de manera oportuna y acorde con sus necesidades.	Falta desarrollar campañas de información que motiven a la población ocupada y con capacidad contributiva, a afiliarse a la seguridad social.
		Falta eliminar las barreras administrativas que inhiben o impiden el aseguramiento de las personas.
		Falta de estudios técnicos y voluntad política para ofrecer una pensión acorde con las necesidades de la población en condición de pobreza.
		Falta de acciones orientadas a lograr un acceso mayor de las mujeres (asalariadas, independientes y amas de casa) a una pensión en condiciones de igualdad, sin ningún tipo de discriminación.
	Brindar a las personas adultas mayores servicios de salud, oportunos y de calidad.	Falta sensibilización y capacitación al personal de salud, para que brinde una atención de calidad y oportuna a las personas adultas mayores.
<i>INA</i>	Implementar programas de capacitación y actualización, para la reinserción laboral de las personas adultas mayores, que estén en condiciones de hacerlo.	Ausencia de programas de capacitación y actualización de las personas adultas mayores, para una reinserción laboral.
<i>MEP</i>	Educar a la población estudiantil acerca de los derechos y necesidades de las personas adultas mayores y el aporte que estas personas han hecho y continúan haciendo a la sociedad.	Falta de programas de sensibilización y concientización de la población estudiantil, acerca de los derechos, necesidades y aporte de las personas adultas mayores.

Titulares de deberes	Obligaciones de los titulares de deberes	Brechas de capacidad
<i>Centros de Educación Superior (públicos y privados)</i>	Desarrollar actividades de docencia, investigación y acción social, orientadas a conocer la problemática de la persona adulta mayor (situación social, necesidades), así como formular propuestas de superación de algunos de los problemas que enfrenta este sector de la población.	Falta de mayor conocimiento de la problemática de las personas adultas mayores, así como de acciones en el campo de la acción social y la docencia.
<i>Empresa privada</i>	No discriminación de las personas adultas mayores por razones de edad.	Se excluye la contratación de personas adultas mayores, por su edad.
	Contar con horarios laborales y planes vacacionales adecuados a las personas adultas mayores.	Ausencia de una normativa específica que regule (de manera efectiva) las condiciones de contratación de las personas adultas mayores.
<i>Medios de comunicación (públicos y privados)</i>	Informar, educar y concienciar a la población en general, con respeto de la realidad que viven las personas adultas mayores y sus derechos.	Las familias y comunidades no cuentan con información sobre la realidad de las personas adultas mayores, sus derechos y contribución a la sociedad.

1.9.3.2 Titulares de derechos

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Personas adultas mayores</i>	Exigir a la CCSS el otorgamiento de una pensión que garantice su bienestar y el derecho a gozar de una vida digna.	Las personas adultas mayores desconocen los derechos que les confiere la Ley de la Persona Adulta Mayor No. 7935.
		Las personas adultas no cuentan con el conocimiento y la organización necesaria para hacer valer su derecho a una pensión que garantice su bienestar.

Titulares de derechos	Reclamos de los titulares de derechos	Brechas de capacidad
<i>Personas adultas mayores</i>	Exigir al IMAS el diseño y ejecución de un programa de apoyo para las personas adultas mayores, que están en condición de pobreza.	Las personas adultas no cuentan con el conocimiento y la organización necesaria para reclamar su derecho a una vida digna.
	Exigir al CONAPAM la adopción de las políticas y acciones necesarias que garanticen el disfrute pleno de sus derechos, según lo establece la Ley No. 7935.	Las personas adultas mayores no conocen la Ley No. 7935, ni cuentan con los medios necesarios para hacer exigible su derecho a una vida digna.

1.9.4 Recomendaciones de posibles líneas de acción:

El UNFPA-CR, como agencia encargada de contribuir con el desarrollo de procesos, que permitan al país mejorar las condiciones de vida de la población nacional, especialmente de la población en condición de pobreza y exclusión social, se propone en los próximos cuatro años:

Apoyar acciones institucionales orientadas a garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de las personas adultas mayores, especialmente los derechos de las personas, que se encuentran en condición de pobreza y exclusión social. Concretamente, el UNFPA se propone:

Educación:

- Brindar asesoría técnica para el diseño y ejecución de campañas educativas hacia la población en general, en relación con los derechos de las personas adultas mayores.
- Apoyar el establecimiento de medidas para la protección del patrimonio de las personas adultas mayores.

- Apoyar acciones de educación y sensibilización, por medio del MEP, sobre los derechos de las personas adultas mayores y las responsabilidades que todas las personas, las familias y el Estado tienen para hacer efectivos esos derechos.

Participación económica y social:

- Brindar apoyo a programas y proyectos que ejecutan algunas ONGs, orientados a la integración de las personas adultas mayores a la vida comunitaria.
- Brindar asesoría técnica especializada a instituciones como el INA, UCR, entre otras, para explorar condiciones y posibilidades de inserción productiva de las personas adultas mayores.
- Brindar apoyo técnico al desarrollo de programas de capacitación y actualización de las personas adultas mayores.

- Brindar apoyo técnico al CONAPAM para el diseño y ejecución de un Sistema de Monitoreo y Evaluación permanente del “Plan Estratégico Nacional para la Atención de las Personas Adultas Mayores: 2006-2012”.
- Promover acciones en coordinación con la Defensoría de los Habitantes, en relación con el tema de la exigibilidad de derechos de las personas adultas mayores.

a futuro para el sistema de pensiones en el país. Los estudios no deben realizarse exclusivamente a partir de la fuerza laboral del “sector formal”, sino considerando otras formas de participación y trabajo en la sociedad, con especial énfasis en el trabajo impago de las mujeres y el sector de la población ocupado en actividades “informales”.

Investigación:

Pensiones:

- Apoyar el desarrollo de estudios actuariales sobre la situación del régimen de pensiones y las posibilidades de ampliar el acceso de las personas adultas mayores, hombres y mujeres, a una pensión digna.
- Apoyo a la realización de estudios sobre el crecimiento de la población en edad de pensionarse y las exigencias que esto supone

- Apoyo financiero para el desarrollo de investigaciones, estudios técnicos y actividades varias (talleres, conferencias, seminarios), orientadas a generar conocimiento científico sobre la realidad de las personas adultas mayores en Costa Rica.
- Promover el intercambio de experiencias sobre temáticas relevantes relacionadas con el bienestar de la población adulta mayor.



1.9.5 Bibliografía:

Barrios, Yolanda (2005). Determinantes de la pobreza en los hogares con adultos mayores. Costa Rica, 2005. Trabajo final de graduación para optar al título de Máster en Población y Salud. Universidad de Costa Rica.

CCSS (2006). Reglamento del Seguro de Salud. En: <http://www.ccss.sa.cr/>

CONAPAM. Plan Estratégico Nacional para la atención de la persona adulta mayor: 2006-2012, CONAPAM, Febrero 2006.

Gazzotti, Hebe (2002). La marginalidad de la vejez: un recorte de la marginalidad urbana contemporánea, en: Gaceta Laboral, vol.8, No.3. Maracaibo Véase: <http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131585972002012000004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1315-8597

INAMU (2003). Estudio exploratorio sobre el acceso de las mujeres a los beneficios de los seguros sociales en Costa Rica. Colección Documentos, No.19. San José, Costa Rica.

INEC (2004). Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples, San José. Costa Rica.

INEC (2005). Encuesta Nacional de Hogares y Propósitos Múltiples, San José. Costa Rica.

La Nación. “Brecha de ingresos entre sexos creció en 16 años”. Noticias Economía. 18/05/2006. San José, Costa Rica.

_____. “Trabajadoras por cuenta propia ganan 50% menos”. Noticias Economía. 27/06/2006.

CCSS. “Indigentes viven hasta un año en hospitales de CCSS”. Noticias Nacionales. 3/10/2005.

MINSALUD (2004A). La violencia social en Costa Rica. OPS/OMS. San José, Costa Rica.

CONAPAM, CCSS (2004B). Estado de salud de la persona adulta mayor. San José, Costa Rica.

OPS, OMS (2005). Salud de las mujeres, un análisis desde la perspectiva de género. OPS/OMS. San José, Costa Rica.

Mendoza, Leda (2002). Los afrocaribeños e indígenas en Costa Rica en el año 2000:¿existe inequidad en el acceso a salud, educación y empleo?. Trabajo final de graduación para optar al título de Máster en Población y Salud. Universidad de Costa Rica.

OPS (2004). La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica, San José, Costa Rica.

Programa Estado de la Nación (2005). Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica.

Solano, Elizabeth (2004). “La población indígena según el Censo 2000”, en: Rosero, Luis (Ed.) Costa Rica a la luz del Censo del 2000, Proyecto Estado de la Nación, CCP, INEC. Véase en: <http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/simposio/pdf/solano.pdf> (consultado mayo 2006)



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Teléfono: (506) 2296-1265

Fax: (506) 2296-2712

Apartado: 4540-1000 San José, Costa Rica

Sitio web: www.unfpa.or.cr