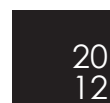




Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas:

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.





Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas:

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



306.7
M321m

Costa Rica. Ministerio de Salud...et al.

Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta de salud sexual y reproductiva, Costa Rica 2010.--San José, Costa Rica: El Ministerio, 2012.

166 p.;27x21 cm.

ISBN 978-9977-62-130-2

1. Salud sexual. 2. Salud reproductiva. 3. Derechos sexuales y reproductivos. 4. Encuestas. 5. Costa Rica. I. Título

Créditos.

Comité editorial

Ana Morice	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
Arodys Robles	Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica (UCR).
Hilda Picado	Asociación Demográfica Costarricense (ADC).

Equipo técnico

Ana Morice	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
Arodys Robles	Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica (UCR).
Alejandra González	Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica (UCR).
Alejandra Acuña	Dirección de Planificación y Evaluación de Acciones en Salud, Ministerio de Salud.
Edda Quirós	Dirección de Planificación y Evaluación de Acciones en Salud, Ministerio de Salud.
Cristian Gómez	Asociación Demográfica Costarricense (ADC).
Hilda Picado	Asociación Demográfica Costarricense (ADC).
Ileana Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
Oscar Valverde	Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
Laura Sánchez	Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
Ivonne Zelaya	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA (ONUSIDA).
Mariela Garrón	Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH, USAID PASCA.

- Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas

Reconocimiento.

Los autores deseamos reconocer la colaboración de todas las instituciones que hicieron posible la realización de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2010. Un especial agradecimiento a todos los profesionales que, con su experiencia y su conocimiento sobre los diversos ejes temáticos, brindaron importantes aportes y recomendaciones durante el proceso de análisis y discusión de cada uno de los capítulos incorporados en este documento.

La edición y la reproducción de este documento fue posible gracias al apoyo financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas y el Programa de USAID para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH, USAID | PASCA.

- Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas

Tabla de contenidos.

Capítulo	Contenido	Página
	Presentación.	01
1	Contexto, abordaje metodológico y lecciones aprendidas. Ana Morice.	03
2	La fecundidad en Costa Rica: 1992–2010. Arodys Robles, Alejandra González.	15
3	Planificación familiar. Arodys Robles, Alejandra González.	31
4	Una aproximación a la sexualidad de los hombres y las mujeres desde la adolescencia hasta la adultez mayor. Ana Morice, María Carranza, Arodys Robles.	49
5	Salud sexual y salud reproductiva de las personas adolescentes: aportes para la toma de decisiones. Laura Sánchez Calvo, Oscar Valverde Cerros.	73
6	Visualizando la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres. Cristian Gómez Ramírez.	95
7	Conocimientos, opiniones y conductas de riesgo sobre el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual. Mariela Garrón, Alejandra Acuña, Ivonne Zelaya Moreno.	113
8	Algunas consideraciones sobre los derechos sexuales y reproductivos. Ileana Quirós Rojas.	135
9	Referencias.	147

- Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas

Presentación.

En el campo de la salud sexual y la salud reproductiva, es necesario reconocer que los conceptos, las percepciones y las prácticas de la sexualidad, la anticoncepción y la fecundidad deben visualizarse como procesos dinámicos, condicionados por determinantes sociales, los cuales se construyen históricamente. Por ello, la disponibilidad de información sobre esta temática requiere de la generación periódica de datos por medio de encuestas, así como de la adecuación de instrumentos y metodologías que permitan conocer la realidad del país, en función de la evolución de los conceptos y los cambios que enfrenta la sociedad.

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

Los resultados de la encuesta se presentaron en el documento titulado Informe de Resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010. Sin embargo, se consideró necesario profundizar en el análisis de algunas variables y ejes temáticos que permitieran comprender mejor las prácticas, los conocimientos y los roles de sexualidad, desde la adolescencia hasta la adultez, así como actualizar las tendencias de la planificación familiar y la fecundidad mediante el análisis de las encuestas realizadas desde los años setenta en Costa Rica.

El presente documento desarrolla, a lo largo de los diversos capítulos, un análisis de temas desde diferentes perspectivas. Se inicia con la ubicación de la encuesta en el contexto global y nacional, desarrollando algunos elementos conceptuales desde el enfoque de los derechos humanos, para describir aspectos metodológicos, operativos y logísticos de su implementación e identificar las principales lecciones aprendidas de esta experiencia.

Para el análisis de la fecundidad y las tendencias de la planificación familiar, se utilizaron, también, bases de datos de encuestas realizadas previamente en Costa Rica, así como información demográfica generada de las estadísticas vitales. Adicionalmente a los aspectos relativos a la salud reproductiva, se incorpora un capítulo que describe las prácticas y los roles de la sexualidad, el placer, las disfunciones y el orgasmo. Asimismo, la caracterización de la salud sexual y la salud reproductiva en grupos poblacionales específicos se concreta mediante un análisis orientado a las personas adolescentes, así como el relativo a la sexualidad de los hombres.

Se incorpora, además, un capítulo que describe los conocimientos sobre el VIH-sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la población de Costa Rica, procurando identificar prácticas de protección mediante el uso del condón y la autopercepción del riesgo. Finalmente, este documento incluye consideraciones con relación a la información generada de esta encuesta y el abordaje de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la población del territorio nacional.

Capítulo 1. **Contexto,** **abordaje metodológico** **y lecciones aprendidas.**

Visualizando **la salud reproductiva y la sexualidad** **desde diversas perspectivas:**

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 1.

Contexto, abordaje metodológico y lecciones aprendidas.

Ana Morice¹

Resumen

Este capítulo ubica, en el contexto global y nacional, algunas consideraciones conceptuales relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. Se presentan los principales aspectos de la metodología utilizada en la ENSSR-10. Para ello, se describen elementos relativos al diseño de la muestra y la representatividad de las poblaciones entrevistadas, las líneas temáticas y las variables incorporadas en el cuestionario, la organización de los equipos de trabajo, la comunicación social que se implementó para informar a la población previo al inicio, durante y al concluir la encuesta, la logística, la operatividad del trabajo de campo y las estrategias de análisis, divulgación y uso de los resultados en la formulación de políticas e intervenciones sobre esta temática. A partir de la experiencia de la realización de esta encuesta, se identifican lecciones aprendidas y se plantean recomendaciones dirigidas a apoyar la generación sistemática y periódica de información y conocimiento en aspectos relativos a la sexualidad y la salud reproductiva de la población en Costa Rica.

¹ Médica pediatra, M.Sc. Salud Pública, M.Sc. Epidemiología. Directora Técnica, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

Introducción

Aunque Costa Rica ha alcanzado importantes logros, los cuales se reflejan en los indicadores de salud reproductiva, para lograr una mejor comprensión de la realidad del país y evaluar el estado de cumplimiento de los derechos en esta materia, la disponibilidad de información periódica, generada mediante de encuestas, constituye un insumo indispensable.

Una condición esencial para sustentar la implementación de políticas públicas es que, a partir de la identificación de vacíos de conocimiento, la información generada responda a los cambios en el contexto y en la situación de salud y sus determinantes, de manera que apoye la formulación de estrategias e intervenciones acordes con la realidad nacional.

En ese sentido, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, realizada en el año 2010 (ENSSR-10), cumplió con esa premisa, al comprender que debía trascender el enfoque tradicional de la sexualidad, visualizada solamente desde la reproducción, para incorporar variables adicionales a las utilizadas en encuestas de fecundidad realizadas previamente en el país.

Otro elemento clave de esta encuesta fue reconocer que la salud sexual y la salud reproductiva están presentes en todos los ciclos de la vida. Por ello, se analizó un rango más amplio de edades, al seleccionar una muestra estadísticamente representativa de hombres y mujeres de 15 a 79 años de edad, residentes de las diversas regiones del país y de las zonas urbanas y rurales.

El presente capítulo parte de un análisis del contexto global y nacional, enmarcado en un conjunto de resoluciones y compromisos relativos al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Plantea, también, algunos elementos conceptuales, los cuales fundamentaron el abordaje metodológico de la ENSSR-10, para describir su abordaje metodológico y concluir con la identificación de lecciones aprendidas de esta experiencia.

El contexto global

A nivel global, los Estados han reconocido (mediante diversos instrumentos internacionales), la relevancia de avanzar hacia un ejercicio efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Entre ellos, es posible mencionar: la Declaración Universal de Derechos Humanos (cf. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Cedaw) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador (1988). Todos los instrumentos recién citados han sido ratificados por el Estado costarricense.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, también reconoció expresamente los derechos reproductivos y la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y sus procesos. De esa manera, al conceptualizar y replantear la forma de analizar la salud y la reproducción, sienta las bases para el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Uno de los aportes significativos de la CIPD fue el llamado a los hombres a asumir una conducta sexual responsable.

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

Sin embargo, el cumplimiento de estos derechos enfrenta barreras, entre de ellas, las condiciones estructurales de pobreza de las naciones y la escasez de recursos. Por lo tanto, los diversos comités de Naciones Unidas han señalado también las responsabilidades de los Estados. En ese sentido, la Cedaw establece, en su recomendación 24 sobre la mujer y la salud, que los Estados: ejecuten una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida, salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 1979).

Durante la Cumbre Mundial de 2005, se analizó el avance en el cumplimiento de los ODM y los Estados reafirmaron su compromiso al señalar que es necesario:

Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza (Asamblea General de la NNUU, 2005).

La situación nacional

A nivel nacional, Costa Rica dispone de un conjunto de leyes, políticas y regulaciones dirigidas a proteger los derechos en los diversos ámbitos de la salud sexual y reproductiva de la población en general y orientadas hacia grupos específicos de mayor riesgo y vulnerabilidad.

La Ley General de Salud (promulgada en 1973) establece, en su artículo 12, el derecho de mujeres embarazadas a la atención de todo el proceso de embarazo, parto y posparto, así como el acceso a La Ley contra la Violencia Doméstica define la violencia sexual:

[...] como toda acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule, limite la voluntad personal [...] (Ley 7586, 1996).

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

Con respecto a las ITS, los artículos 3 y 4 de la Ley General de Sida se refieren a la prevención y atención del VIH y el sida, garantizando el respeto a los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República, prohibiendo toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador en perjuicio de este sector de la población (cf. Ley 1935, 1999).

El país, también, cuenta con un conjunto de lineamientos político-estratégicos sobre esta temática, dentro de ellos la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (INAMU, 2007), la Política Nacional de VIH/sida (Ministerio de Salud-CONASIDA, 2007), la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (PANI, 2009) y la Política Pública de la Persona Joven (CPJ, 2010). Con el fin de integrar y complementar los diversos elementos contenidos en esos instrumentos, Costa Rica promulgó la Política Nacional de la Sexualidad 2011-2021, en la cual el Estado se compromete a garantizar y respetar el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan el país, como parte integral del derecho humano a la salud (Ministerio de Salud, 2011).

A pesar de que aún falta mucho trecho por recorrer para garantizar el respeto de los derechos en esta materia, hay logros tangibles. Decisiones de índole jurídica y normativa, implementadas en Costa Rica, evidencian la importancia de contar con este tipo de instrumentos, pues permiten lograr efectos no sólo a largo plazo, sino con resultados a corto plazo. Un ejemplo de ello es cómo la promulgación de la Ley 8101 de Paternidad Responsable, en abril del 2001, provocó una reducción en el porcentaje de padres “no declarados”. Esa cifra, la cual desde la década de los setenta se había mantenido en un rango de 20% a 31%, disminuyó de 29,3% en el año 2001 a 8,3% en el 2002, manteniéndose entre 6,7 y 8,1% desde entonces.

Elementos conceptuales

La salud está determinada por diversidad de condicionantes sociales y biológicos que se modifican a lo largo de la vida de cada uno de los individuos y evolucionan con las transformaciones de la sociedad. Desde esa perspectiva, los conceptos, las percepciones y las prácticas de sexualidad y fecundidad deben visualizarse como procesos dinámicos que se construyen a lo largo del tiempo. Por eso, la política pública debe reconocer y comprender esos cambios, con el fin de adecuar las estrategias e intervenciones a las necesidades de las poblaciones, de manera que estén basadas en el conocimiento de la realidad.

Es necesario señalar que el concepto de salud sexual y reproductiva lleva implícito el derecho de hombres y mujeres a información y acceso a métodos de elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia; así como el derecho de la mujer a tener acceso a servicios de salud que propicien embarazos y partos sin riesgo.

Debido a lo expuesto anteriormente, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como parte constitutiva de los derechos humanos, representó un importante avance e insumo para su conceptualización. Desde esa óptica, no se constituyen únicamente en derechos individuales, pues requieren de la participación de la sociedad.

Por lo tanto, para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, es necesario superar la dicotomía entre lo público y lo privado, entre el Estado y la familia o el individuo. Este enfoque coincide con la conceptualización de la salud como un bien de interés público: si la sexualidad es una condición inherente al bienestar del individuo, por ende, la garantía de su ejercicio efectivo es también una responsabilidad del Estado.

Sin embargo, es necesario reconocer que, históricamente, el Estado ha abordado la salud sexual y reproductiva desde un paradigma esencialmente de carácter biológico. Por ello, se debe superar esa visión orientada hacia la genitalidad y la provisión de servicios de salud enfocados –fundamentalmente– hacia el manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual, el acceso a métodos de planificación familiar y la atención del embarazo y el parto. Se debe trascender esa perspectiva y avanzar hacia un enfoque más integral, dirigido al logro de relaciones de igualdad y respeto.

El derecho a la salud sexual y reproductiva implica, necesariamente, el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Por tanto, además de contemplar los aspectos relativos a la salud reproductiva (como por ejemplo: la libertad para decidir cuándo procrear y con qué frecuencia), se debe velar porque tanto el hombre como la mujer dispongan de información y acceso a servicios y métodos de anticoncepción seguros, eficaces, asequibles y aceptables, de servicios de atención de la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos y ofrezcan a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos y del disfrute pleno de su sexualidad (cf. Naciones Unidas, 1994, p. 41).

En ese sentido, el Estado tiene una función muy relevante y debe intervenir en el ámbito privado cuando la persona enfrenta violaciones a sus derechos, como ocurre ante situaciones de violencia doméstica y abuso en el uso de las relaciones de poder, tanto de hombres como de mujeres. Es necesario comprender que, en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, está implícito el ejercicio ciudadano (cf. Gysling, 1994).

Es así como el ejercicio de estos derechos requiere de estrecha articulación entre los derechos individuales y las condiciones sociales que los hacen posibles. Un aspecto esencial en el ámbito de la sexualidad y la reproducción es la aplicación del principio de igualdad, pues las diferencias en razón de edad, etnia, situación socioeconómica, cultura, región, religión, diversidad sexual, entre otras, inciden en las posibilidades de ejercer estos derechos (cf. Lamas, 1994).

Junto al derecho a la igualdad está el principio de equidad, entendido como la exigencia de justicia y reconocimiento de la diferencia, es decir, que se trate a cada quien de acuerdo a sus particulares circunstancias y necesidades. Por lo cual:

[...] el trato justo requiere de una combinación de acercamientos a la igualdad y a la diferencia. La igualdad formal es necesaria, pero no suficiente. Se requiere también soluciones que fomenten la igualdad real, la equidad y la valoración positiva de la diferencia[...] (Facio, 1997, p. 26).

Abordaje metodológico

La generación de conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva de diferentes grupos sociales es necesaria para conocer la situación global, evaluar el efecto de las acciones que el país ha realizado en este ámbito e identificar necesidades de investigación e intervención. De ahí que el propósito principal de la ENSSR-10 fue generar información integral sobre el tema para, con base en ello, readecuar la respuesta e implementar políticas públicas efectivas.

Una condición indispensable de la ENSSR-10 fue partir de los elementos conceptuales y jurídico-normativos mencionados previamente y de la realidad nacional. Por consiguiente, a diferencia de encuestas

de fecundidad previas (las cuales estaban exclusivamente orientadas a la salud reproductiva de las mujeres), para la formulación de esta encuesta se estableció, como una condición indispensable, la necesidad de incorporar al hombre y a las personas adultas mayores en su diseño muestral.

Otro elemento metodológico, que diferencia la ENSSR-10 de otras encuestas realizadas, fue la inclusión de variables adicionales, las cuales permitieron trascender la perspectiva de la salud reproductiva. Por esta razón, el cuestionario incluyó más de 500 preguntas agrupadas en 14 temas, a saber, características generales de las personas entrevistadas; acceso a información sobre sexualidad; historia de embarazos (hombres); historia de embarazos (mujeres); planificación familiar; preferencias en fecundidad; opiniones sobre derechos reproductivos; primera relación sexual y prácticas sexuales; Infecciones de Transmisión Sexual; conocimientos, actitudes y prácticas hacia el VIH y el sida; disfunciones sexuales; actitudes hacia la diversidad sexual; violencia sexual y roles sexuales.

Para seleccionar la muestra, se utilizó el Marco Muestral de Viviendas del 2000 (MMV-2000), elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) con base en los datos del Censo Nacional de Población y Viviendas del 2000. Previo a esa selección, se estratificó la muestra por región de planificación y, dentro de la región Central, de acuerdo al estrato socioeconómico. Para garantizar la representatividad de los resultados en las personas adolescentes y adultas mayores, se estableció una sobre-muestra en estos grupos de edad.

El diseño de la muestra de la ENSSR-10 fue bietápico. En una primera etapa, se seleccionaron segmentos con probabilidad proporcional al tamaño y, en la segunda etapa, se identificaron viviendas con probabilidades iguales dentro de cada segmento seleccionado en la primera etapa.

En la gran mayoría de los casos, la información fue capturada directamente en computadoras de bolsillo (PDA) para su posterior almacenamiento y traslado a una base de datos. Esto fue posible gracias a un software especialmente diseñado por especialistas del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica, quienes acompañaron y supervisaron su uso durante toda la investigación.

Las características de la muestra permiten un análisis por grupos quinquenales de edad para la mayoría de las variables, logrando la comparabilidad con encuestas anteriores. La máxima desagregación geográfica del análisis es en cuatro zonas: central urbana, central rural, resto del país urbano y resto del país rural.

Se entrevistó a 3197 personas de ambos sexos con edades entre los 15 y los 80 años, de los cuales el 50,5% (N = 1601) eran hombres y 49,5% (N = 1596) fueron mujeres. En el grupo de 15 a 19 años, se entrevistó 645 personas (341 hombres y 304 mujeres) y, en la población de 60 años y más, se incluyeron 433 personas (217 hombres y 216 mujeres). Para el análisis de los datos, se aplicó un factor de ponderación para ajustar los resultados y reducir los sesgos.

Para la recolección de la información, se visitaron 70 de los 81 cantones, en las siete provincias del país. Las personas entrevistadas fueron –prácticamente– la misma cantidad de hombres que de mujeres y esta proporción se mantiene para los diferentes grupos de edad y por zona.

El Cuadro 1 presenta las características de la muestra de la población entrevistada en la ENSSR-10.

Cuadro 1. Distribución absoluta y relativa de la población entrevistada, por sexo y variables demográficas.

Variable	N° absoluto			Porcentaje ^{1/}		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Total	1 601	1 596	3 197	50,5	49,5	100,0
Edad						
15 a 19	341	304	645	15,4	12,7	14,0
20 a 24	207	243	450	10,9	12,6	11,7
25 a 29	182	185	367	12,8	13,0	12,9
30 a 34	120	117	237	9,1	9,1	9,1
35 a 39	119	135	254	9,2	10,4	9,8
40 a 44	131	126	257	10,0	9,5	9,8
45 a 49	107	96	203	8,0	7,1	7,6
50 a 54	88	87	175	6,7	6,5	6,6
55 a 59	89	86	175	6,8	6,5	6,7
60 a 64	74	82	156	4,1	5,1	4,6
65 a 69	56	68	124	2,7	3,8	3,3
70 a 74	52	43	95	2,6	2,4	2,5
75 a 80	35	24	59	1,7	1,4	1,5
Zona						
Urbana	934	944	1 878	60,1	60,7	60,4
Rural	667	652	1 319	39,9	39,3	39,6
Región						
Central urbana	738	742	1 480	47,8	48,4	48,1
Central rural	293	286	579	14,9	14,4	14,7
Resto país urbano	196	202	398	12,3	12,3	12,3
Resto país rural	374	366	740	25,0	24,9	24,9
Nivel socioeconómico^{2/}						
Bajo	414	412	826	56,1	55,2	55,6
Medio	241	256	497	32,5	34,7	33,6
Alto	83	74	157	11,4	10,1	10,8
Total	738	742	1 480	100,0	100,0	100,0
Nivel educativo						
Ninguno	75	83	158	4,5	5,3	4,9
Primaria	540	526	1 066	35,0	35,0	35,0
Secundaria	667	674	1 341	38,9	39,1	39,0
Para/universitaria	319	312	631	21,6	20,6	21,1
NR	0	1	1	0,0	0,1	0,0

1/ Porcentaje calculado aplicando factores de ponderación.

2/ Información disponible únicamente para la Región Central.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

Planificación y ejecución de la encuesta

La formulación del protocolo de la ENSSR-10 fue el resultado de un proceso de trabajo y coordinación interinstitucional, de manera que las diversas instancias que requerían información para la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva, participaran activamente en la realización del estudio.

A fin de lograr dicha participación, se conformó un comité técnico coordinador con participación de gobierno, academia, diversas ONG y Organismos Internacionales. Se establecieron funciones y responsabilidades, aprovechando las capacidades y los roles de cada una de las instituciones. Se definió, también, una estrategia conjunta de movilización de recursos financieros, humanos y logísticos, integrando diversas fuentes nacionales e internacionales.

El Ministerio de Salud asumió el rol de coordinación de la Encuesta. El Centro Centroamericano de Población (CCP) realizó la programación de los dispositivos móviles para la captura de datos, apoyando el proceso

de crítica y análisis de datos. La Asociación Demográfica Costarricense (ADC) coordinó el trabajo de campo y otros aspectos técnicos, logísticos y administrativos. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) colaboró en la logística del transporte y aportó elementos para la definición de variables y análisis de datos. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) estuvo a cargo del diseño de la muestra. Asimismo, ONUSIDA, el Fondo de Población de Naciones Unidas y USAID/PASCA brindaron cooperación técnica y financiera.

Para la operacionalización de las variables que se incorporaron en el formulario, se retomaron preguntas utilizadas en encuestas de fecundidad previas, de manera que fuera posible comparar datos y analizar tendencias. Para la definición de nuevas variables, se revisaron experiencias específicas de investigación relacionadas con prácticas sexuales, diversidad sexual, abuso y violencia sexual, indicadores para el monitoreo de VIH/sida acordados durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas –UNGASS, por sus siglas en inglés- (UNAIDS, 2010), entre otros instrumentos, los cuales fueron validados mediante un estudio piloto realizado en el área metropolitana.

Para coordinar la encuesta, se contrató a un coordinador con amplia experiencia, tanto temática como metodológica, en este tipo de estudios. Su labor fue integrar los aportes de las instituciones participantes en el protocolo y los instrumentos utilizados, conducir el trabajo de campo y el proceso de análisis de datos. Los encuestadores fueron capacitados no sólo en aspectos temáticos y metodológicos, sino también en cómo responder a situaciones específicas que pudieran presentarse durante las entrevistas. Cada equipo contó con la supervisión de profesionales contratados para apoyar la logística y garantizar la calidad de los datos recolectados.

Un aspecto de gran importancia fue la estrategia de comunicación social que se implementó antes de iniciar la encuesta y durante ella. Se realizó un taller con comunicadores, en el cual se explicó la metodología de la encuesta, se entregaron boletines al respecto y se compartieron los aspectos operativos. Se realizó una amplia convocatoria a la población, mediante el uso de cuñas radiales y vídeos preparados para tal efecto, los cuales fueron transmitidos en medios de comunicación televisivos, radiales y de prensa de cobertura nacional y local.

Considerando que muchas de las preguntas que se plantearían a las personas entrevistadas eran de carácter íntimo, se definió también una estrategia de atención y resolución de contingencias mediante la designación de voceros del comité coordinador y la definición de roles, para dar una respuesta institucional articulada en caso de que surgiera algún incidente.

La información fue recolectada durante los meses de junio y octubre del 2010, con la labor de 20 entrevistadores (10 hombres y 10 mujeres) previamente capacitados, organizados en cinco equipos de trabajo, bajo la dirección permanente de un/a supervisor/a. Las entrevistas se realizaron en las viviendas seleccionadas y solamente se aceptaron aquellas en las cuales se pudo garantizar la privacidad de la persona informante a la hora de responder. Se entregó información de respaldo a los entrevistados en caso de requerir soporte o consultas adicionales.

Para la captura de datos, se utilizó un programa diseñado por el Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica, empleando computadoras de bolsillo (PDA), de manera que los datos se digitaran directamente al momento de la entrevista. Solamente en áreas identificadas de alto riesgo de hurto y violencia, los encuestadores utilizaron el formulario en papel.

Análisis y usos de la información

El informe general de la ENSSR-10 fue elaborado junto con los representantes de las instituciones que integraron el comité coordinador. La captura de datos empleando dispositivos móviles redujo los tiempos de captura de datos; por lo cual, en diciembre de 2010, se dispuso de la base de datos revisada y ponderada. El Centro Centroamericano de Población desempeñó un rol fundamental en la crítica, la validación y la verificación de la calidad de la base de datos, así como el cálculo de los factores de ponderación.

A partir de las principales necesidades de información definidas por cada una de las instituciones, se establecieron las tablas de salida e indicadores más relevantes. Así, el manejo de la base de datos para generar la información requerida y la edición del Informe General de la Encuesta estuvo a cargo del coordinador de la encuesta, con el apoyo de profesionales del CCP y ADC.

En marzo de 2011, se realizó un panel para presentar los resultados generales de la encuesta con la participación de profesionales, instituciones y organizaciones vinculadas con el tema. Asimismo, se organizó una conferencia de prensa para que, mediante los diversos medios de comunicación masiva, se informara a la población sobre los principales resultados. El informe también fue presentado por la Ministra de Salud en una sesión del Concejo del Gobierno de la República.

Para profundizar en el análisis de algunos datos, el equipo de trabajo interinstitucional definió algunos ejes temáticos transversales sobre aspectos más específicos de la encuesta, tales como: derechos sexuales y reproductivos, fecundidad, planificación familiar y anticoncepción, sexualidad en la población adolescente, los hombres y las personas adultas mayores.

Para algunos módulos específicos, como el relativo a diversidad sexual, se realizaron sesiones grupales para socializar directamente los resultados con representantes de organizaciones de poblaciones lésbicas y homosexuales, recibiendo también aportes y recomendaciones de profesionales con experiencia en esta temática.

Es importante señalar que los resultados de la ENSSR-10 son un insumo de información esencial para apoyar diversos procesos, como la formulación de la Política Nacional de Sexualidad, el Plan de Salud Integral de la Persona Adolescente y el Informe del Estado de la Persona Adulta Mayor.

Además, una condición esencial para promover el uso de los datos (para ser usados con diversos propósitos y aplicaciones concretas) es facilitar el acceso a la base de datos de la ENSSR-10 a las personas que la requieran. Para ello, el archivo electrónico estará disponible en el sitio web del Centro Centroamericano de Población, de la Universidad de Costa Rica.

Lecciones aprendidas

Desde el año 1964, se han realizado diversas encuestas de salud sexual y reproductiva en Costa Rica. Todas ellas se han orientado a la generación de información sobre la fecundidad y el acceso a servicios de planificación familiar y atención del parto en la población de mujeres en edad fértil. También, se dispone de información de encuestas sobre temas específicos como la Primera Encuesta Nacional de VIH y sida (1990) o la Primera Encuesta Nacional de Juventud (2008), las cuales incorporaron variables sobre otras perspectivas de la sexualidad e incluyeron a la población de mujeres y hombres.

Sin embargo, ninguna de ellas ha enfocado el tema de la sexualidad y la salud reproductiva desde la perspectiva de la ENSSR-10. Esta encuesta, además de dar seguimiento y generar indicadores que permiten analizar tendencias al mantener la comparabilidad con las anteriores encuestas de fecundidad y salud reproductiva, significó también un primer esfuerzo investigativo en el país para abordar la sexualidad desde las particularidades y las necesidades de diversos focos de población.

Una experiencia positiva fue el trabajo interinstitucional y la conformación de grupos de trabajo, tanto durante el proceso de formulación metodológica de la encuesta y sus instrumentos, como en el financiamiento y la implementación de la misma. El esfuerzo que representa el articular y alinear las necesidades de información de diversas instancias se potenció al aprovechar los recursos y las capacidades de las instituciones, facilitando la sostenibilidad y la replicabilidad de futuras encuestas.

El diseño muestral utilizado manifestó que el tamaño de muestra fue apropiado para disponer de información representativa de los diversos grupos de población. Además, la movilización de recursos y el trabajo interinstitucional permitió la disponibilidad de los recursos necesarios para obtener información en un plazo corto, como se señaló previamente. Por lo tanto, es importante mantener ese criterio de representatividad de la muestra de la población encuestada en la ENSSR-10.

De igual forma, la utilización de dispositivos móviles para la captura de datos mostró ser una buena práctica por varias razones: agilizó el tiempo para la captura de datos, incorporó mecanismos de validación de datos durante el trabajo de campo (pues ya estaban definidos en la programación del software), facilitó el proceso de crítica de datos y permitió contar con resultados en forma más oportuna. En ese sentido, es importante continuar promoviendo el uso de este tipo de dispositivos y plataformas tecnológicas aplicadas a encuestas en salud.

La participación de los medios de información fue esencial para sensibilizar y mantener informada a la población sobre la encuesta. Se generó una diversidad de informaciones sobre las características, el desarrollo y los resultados de la encuesta. De esta manera, además de facilitar el acceso de las personas encuestadoras a los hogares, la información divulgada constituyó una oportunidad para posicionar el tema de la sexualidad en la agenda pública.

En general, las personas encuestadoras manifestaron que, al llegar a las casas, las personas estaban informadas al respecto y accedieron a participar. El porcentaje de renuencia estimado fue cercano al 10% y no hubo ninguna persona que suspendiera la entrevista una vez iniciada. Esa apertura y elevada respuesta de la población frente a la encuesta y ante temas que se consideran sensibles demostró que la población no solamente está preparada, sino también manifiesta la necesidad de hablar al respecto.

La incorporación de personas adultas mayores representa un avance en el reconocimiento de su derecho a disfrutar de su sexualidad y de visibilizarlas mediante la generación de información sobre esta temática. Asimismo, la inclusión de los hombres permitió analizar la salud sexual y la salud reproductiva desde un enfoque de equidad de género, en consonancia con el marco conceptual, jurídico y normativo del país, aportando información necesaria para comprender mejor la realidad nacional en esta temática.

Capítulo 2. **La fecundidad en Costa Rica:** 1992–2010.

Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas:

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 2.

La fecundidad en Costa Rica: 1992–2010.

Arodys Robles ¹

Alejandra González ²

Resumen

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, llevada a cabo el año 2010, confirma los cambios en la fecundidad de las mujeres. No obstante que el cambio en la tasa global de fecundidad es conocido por medio de la información del registro de nacimientos, la encuesta permitió describir, por primera vez, estos cambios según distintas características de las mujeres, tales como la educación y el lugar de residencia. Para ello, se calcularon las tasas de fecundidad con la información de las últimas tres encuestas realizadas en el país, las cuales abarcan un período de casi 20 años.

Los resultados documentan la baja en las tasas de fecundidad y la disminución de las diferencias, según distintos niveles de educación y área de residencia. De manera general, todas las tasas estimadas disminuyen en el período estudiado, incluso las de las mujeres de 15 a 19 años. Existe una convergencia hacia tasas por debajo del nivel de reemplazo, en todos los grupos examinados. Esta tendencia se confirma, además, con el cambio en el número deseado de hijos que declararon las mujeres. En todos los grupos de mujeres considerados en el análisis, disminuyó el número deseado de hijos y, en especial, en las mujeres más jóvenes, aquellas que en su gran mayoría no han completado su fecundidad.

¹ Doctor en Demografía, Director del Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica.

² Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica.

Introducción

En el año 2002, Costa Rica alcanzó una tasa global de fecundidad de 2,1. Esta medida indica el número de hijos que, en promedio, pueden esperar tener las mujeres, si durante su vida reproductiva estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad del momento. Asimismo, esta tasa ha seguido descendiendo, desde el 2005, hasta llegar a ser menor a 2 hijos por mujer y, en los dos últimos años, ha estado por debajo de 1,9 hijos. Estos valores son inferiores a lo que se denomina como 'tasa de reemplazo', o sea, el número de hijos por mujer que se requieren para sustituir a la población que les da origen³.

La fecundidad ha estado disminuyendo, en el país, desde hace décadas. Este descenso ha tenido distinta intensidad en diferentes periodos que se describen más adelante. El último de ellos, en el cual se alcanzó el nivel de reemplazo, es de particular importancia, dado que implica cambios que tienen consecuencias en el futuro del país. Dependiendo de cómo evolucione la fecundidad, después de estar por debajo del nivel de reemplazo, habrá cambios en la futura estructura por edad del país y ésta, a su vez, se relaciona con una serie de aspectos económicos y sociales. La experiencia de los países que han llegado a niveles de reemplazo es sumamente heterogénea. En algunos países, ésta ha seguido disminuyendo hasta niveles muy bajos (por ejemplo, en Cuba, pasó de 3,7 hijos por mujer, en 1970, a 1,4, en el año 2006); en otros, ha vuelto al nivel de reemplazo, tal como ocurrió en Estados Unidos.

Las últimas tres encuestas de fecundidad realizadas en el país (ENSR, 1993; ENSR 1999 y ENSSR, 2010) abarcan el período de análisis de este capítulo; de tal manera, permiten examinar con detalle la forma en la cual ha descendido la fecundidad en distintos grupos sociales y en distintas áreas del país.

A pesar de que se conoce bien el curso de la fecundidad por edad, a través de los registros de hechos vitales; para identificar las características socioeconómicas asociadas al descenso de la fecundidad, es necesario contar con información simultánea sobre las características de las mujeres en edad reproductiva, sus condiciones socioeconómicas, su comportamiento reproductivo, sus preferencias sobre tamaño de la familia y la historia reciente de nacimientos. Esta información es la que se utiliza para las estimaciones del presente trabajo.

El descenso de la fecundidad en Costa Rica

El descenso de la fecundidad, en el país, es un proceso de cambio social que tiene su origen en los años sesentas, cuando la tasa global de fecundidad empezó a disminuir aceleradamente, después de alcanzar los niveles más altos registrados en el país (cf. Rosero-Bixby y Oberle, 1989 y Rosero-Bixby y Casterline, 1995). El curso de la fecundidad por edad se conoce bien y es posible seguirlo, anualmente, dado que el país posee –desde hace años– un buen sistema de estadísticas vitales.

Desde 1950, se pueden distinguir cuatro periodos en los cuales el descenso de la fecundidad tuvo distinta intensidad. Un primer periodo, en el cual la tasa global de fecundidad aumentó de 6 a 7 hijos por mujer, en

³ Generalmente, se toma 2,1 como la tasa global de fecundidad correspondiente al nivel de reemplazo. Esta medida depende de la proporción de nacimientos femeninos, la probabilidad de que las mujeres sobrevivan al inicio de la edad reproductiva y la proporción de mujeres que no puede o no quiere tener hijos.

1961. De acuerdo con Rosero-Bixby y Oberle (cf. 1989, p. 423), en este periodo, la fecundidad marital alcanzó aproximadamente los 8 hijos por mujer.

Además, un segundo período, de 1962 a 1976, en el cual hay un acelerado descenso de la fecundidad, hasta alcanzar 3,63 hijos por mujer. En este periodo, la prevalencia del uso de anticonceptivos aumentó desde 16% hasta 64% (cf. Rosero-Bixby y Oberle, 1989 y Rosero-Bixby et. al., 1984), después del inicio de la importación de anticonceptivos (en 1962) y del programa de planificación familiar (en 1968). Este aumento tan rápido en el uso de anticonceptivos implica que ya existía entre las mujeres el deseo de limitar el número de hijos, tal como lo señalan Rosero-Bixby y Casterline (1995).

Por otra parte, en el periodo que va de 1977 hasta 1989, el descenso fue casi nulo; ya que, en un lapso de tiempo similar al periodo anterior, la tasa global de fecundidad descendió desde 3,7 (en el año 1977) a 3,3 (en el año 1989). De acuerdo con Rosero-Bixby y Casterline (1995), el tamaño deseado de la familia había permanecido relativamente estable, desde la mitad de los años 50, en 3,1 hijos en el área urbana y 4,1 hijos en el área rural, lo cual se alcanzó a mediados de los setentas.

Finalmente, en el cuarto periodo, el cual empieza en 1990, la tasa descendió de 3,19 hasta 2,1 (en el año 2002) y hasta 1,83 (en el año 2010). Parte de la baja de la tasa global de fecundidad, en este periodo, se debe a los efectos de la Ley de Paternidad Responsable (cf. Ramos-Chaves, 2010); no obstante, también, en este periodo, el tamaño deseado de la familia disminuye. En el año 1993, el promedio de hijos deseados era de aproximadamente 3,4 hijos entre todas las mujeres, pero, era menor a 3 en las mujeres menores de 25 años (cf. García et. al., 1994), lo cual indica que, entre las mujeres más jóvenes, ya estaba descendiendo el número deseado de hijos.

En lo que se refiere a la fecundidad por edad, el patrón de las mujeres de 20 a 29 años sigue casi exactamente igual el patrón general, ya que el peso de la fecundidad se concentra en esas edades (alrededor de 50%). Con respecto a los niveles de 1960, las tasas de las mujeres de 35 años y más bajan con mayor intensidad. El único grupo de edad que se aparta del patrón de descenso es el de 15 a 19 años, el descenso de la fecundidad de este grupo de edad se detiene en el año 1969 y no continúa sino hasta la década de los noventas.

Aún así, esta tasa es la mitad de lo que era en el año 1961 y, en los últimos años, ha estado descendiendo a un ritmo similar al de los demás grupos de edad. Actualmente, todas las tasas se encuentran en su nivel más bajo tal como lo muestra el siguiente gráfico (ver Gráfico 1).

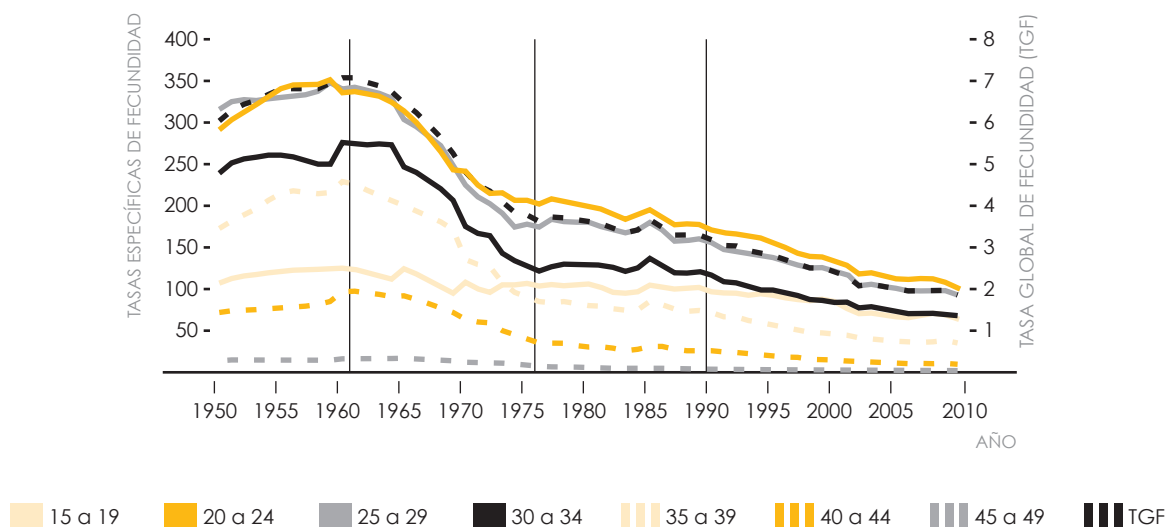
Estimación de las tasas de fecundidad

La información para estimar las tasas de fecundidad proviene de preguntas retrospectivas a las mujeres en edad reproductiva sobre la historia de nacimientos en los últimos cinco años. A cada una de las mujeres que declara alguna vez haber tenido un hijo nacido vivo, se le pregunta por la fecha de nacimiento, la edad, si se encuentra vivo y, en caso contrario, la fecha de muerte de cada uno de los hijos, tenidos en los últimos cinco años o en el periodo de referencia.

En la ENSSR-10 y en la ENSR-1992, se preguntó por los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años. En los últimos cinco años. En la ENSR-1999, se preguntó por todos los nacimientos. En el presente trabajo, se utiliza como periodo de referencia los 5 años anteriores a la encuesta. A partir de esta información, es posible estimar

los periodos de exposición y los nacimientos ocurridos, lo cual permite la estimación directa de tasas de fecundidad, según las distintas características de las mujeres. Las estimaciones se refieren a un periodo de 60 meses antes de la encuesta.

► **Gráfico 1. Tasas de fecundidad (por mil) por edad.** Costa Rica, 1950 a 2010.
-Mujeres de 15 a 49 años-



Fuente: INEC y CCP. Registro de Nacimientos de Costa Rica, 1950-2010.

De esta manera, para comparar con la encuesta del 2010, se estimaron las tasas de las encuestas de los años 1993 y 1999, para cada una de las categorías establecidas para la encuesta del 2010. Tal como se muestra en el Gráfico 2, las estimaciones reproducen bien las tasas de fecundidad calculadas, a partir del registro de nacimientos, tanto en lo que se refiere al nivel como a la estructura de las tasas. En el caso de la encuesta de 1999, se seleccionaron sólo las mujeres de 18 a 44 años, en cada hogar⁴. Por lo tanto, las estimaciones de fecundidad se refieren a la fecundidad de las mujeres de 18 a 44 años y no a las de 15 a 49 años, como en las demás encuestas.

⁴ Los resultados muestran que existe una clara preferencia de dígitos en 8 que se invierte cuando se toman las mujeres de 20 y más años. Por otro lado, la proporción con hijos y casadas o unidas, entre las mujeres de 18 a 19 años, es mayor que lo que cabría esperar, de acuerdo con los resultados del Censo del año 2000 –el cual no estaba disponible al momento de hacer la encuesta-. Por lo cual, es probable que al momento de selección, además de redondear la edad de las mujeres más jóvenes a 18 años, las seleccionadas fueron las casadas o unidas o mujeres con hijos tenidos. Lo anterior afecta, también, la comparación según niveles de educación, ya que esto parece haber ocurrido sobretodo en las mujeres con secundaria incompleta y menos. Por ejemplo, casi la mitad de las mujeres de 18 años con secundaria incompleta y menos reportaron haber tenido un hijo; mientras que, en el censo del 2000, sólo un 30% declaró haber tenido un hijo. En el caso de las mujeres de 40 a 44 años, las tasas muestran una sobreestimación de hijos tenidos entre las mujeres, particularmente en el área rural.

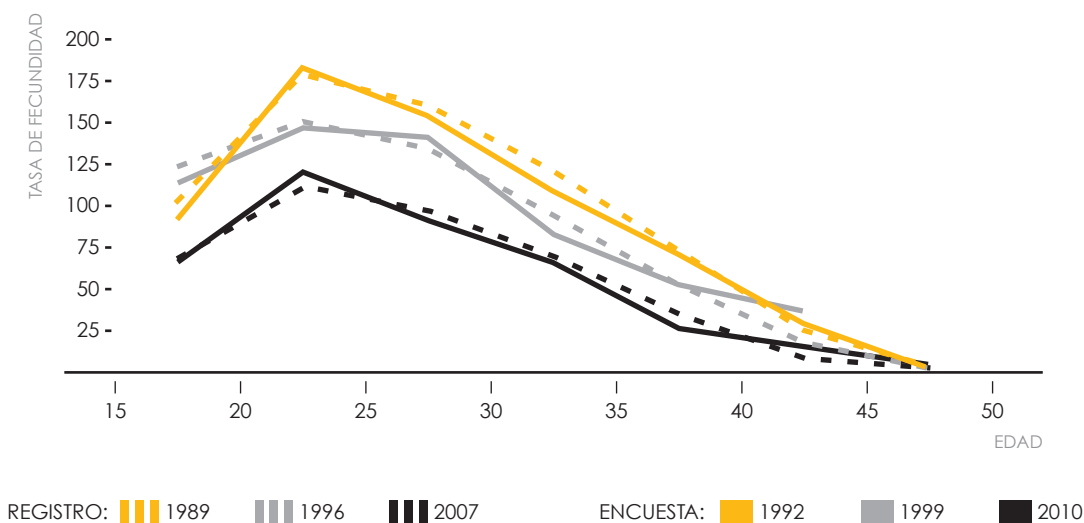
Asimismo, las tasas estimadas se analizan según edad, educación, zona de residencia y región de residencia. Se considera que estas variables permiten una buena comparación del curso del descenso de la fecundidad, en años recientes. Dado el tamaño limitado de la muestra en la encuesta del 2010, no es posible desagregar estas variables según muchas categorías, por lo que la comparación con las otras encuestas se hace tomando estas categorías menos desagregadas del 2010.

En el caso de educación, se probaron distintas categorías de educación. La distinción más clara, en términos de fecundidad, resultó ser la diferencia entre secundaria incompleta o menos y secundaria completa o más. En el caso de zona de residencia, se utiliza la separación entre zona urbana y rural y, en región, tres regiones: Gran Área Metropolitana, resto urbano y rural. La región resto urbano comprende, predominantemente, áreas urbanas de Limón, Puntarenas, y otros cantones, tales como: San Ramón, Turrialba, Buenos Aires, y Liberia.

Tendencias de la fecundidad por edad

El Gráfico 2 muestra los resultados de las estimaciones de las tasas de fecundidad por edad. La disminución de la fecundidad ocurre en todas las edades. En el periodo 1993-1999, la mayor disminución de las tasas ocurre entre las mujeres de 30 a 39 años; mientras que, en el periodo 1999-2010, hay una disminución considerable entre las mujeres mayores de 25 años.

► Gráfico 2. **Tasas de fecundidad (por mil) por grupos de edad.** Costa Rica, 1992 a 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-



Fuente: INEC y CCP. Registro de Nacimientos de Costa Rica. ESR-92, ESR-99 y ENSSR-2010.

Desde el año 1993 al 2010, las tasas de fecundidad de las mujeres menores de 20 años se redujeron en un 30% y las de las mujeres de 40 a 44 años en un 50%. No obstante la disminución, la estructura de la fecundidad permanece relativamente igual, las tasas más elevadas son las de las mujeres de 20 a 24 años y las edades en las cuales la mayoría de las mujeres tienen sus hijos siguen siendo entre los 20 y los 29 años.

Fecundidad completa

Una forma alternativa de medir los cambios en el número de hijos, tenidos por las mujeres al final de su vida reproductiva, es mirar el número de hijos tenidos por las mujeres de 40 a 49 años. Dado que, en estas edades, las tasas de fecundidad son cercanas a cero y, por lo tanto, se puede esperar que haya pocos cambios en el promedio de hijos tenidos, lo cual es una aproximación al total de hijos que tuvieron las mujeres durante su vida reproductiva.

Esta información se presenta en el Cuadro 1, para las mujeres de 40 a 44 años, ya que en la encuesta de 1999 no se incluyó a las mujeres de 45 a 49 años. Desde el año 1983, el peso de las tasas de las mujeres de 45 a 49 años en la tasa global de fecundidad es inferior al .5%. Además, el Cuadro muestra la baja generalizada de la fecundidad en el país y coincide con la disminución en las tasas por edad ya señalada. El número promedio de hijos tenidos, declarados, por las mujeres de 40 a 44 años disminuye de 3,5 (en 1999) a 2,8.

La anterior disminución es considerablemente mayor entre las mujeres del área rural entre quienes el promedio disminuye en más de un hijo. Tanto en el área rural como en el área urbana, la principal disminución es la que ocurre entre las mujeres de menor educación. Como consecuencia de ello, las diferencias según educación disminuyen: mientras en 1999 eran de 1,3 hijos, en el 2010, disminuyen a la mitad.

Cuadro 1. **Número promedio de hijos tenidos, por educación y zona de residencia.** Costa Rica, 1999 y 2010. -Mujeres de 40 a 44 años-

Educación	Urbana		Rural		Total	
	ESR-99	ENSSR-10	ESR-99	ENSSR-10	ESR-99	ENSSR-10
Total	3,1	2,7	4,1	3,0	3,5	2,8
Secundaria incompleta y menos	3,5	3,0	4,2	3,2	3,9	3,1
Secundaria completa y más	2,5	2,5	3,3 ^{1/}	2,1 ^{1/}	2,6	2,4

1/ Datos estimados con menos de 30 casos.
Fuente: ESR-99 y ENSSR-2010.

Las mujeres que, en el año 1999, tenían entre 40 a 44 años tuvieron sus hijos –predominantemente- entre los años 1975 a 1984, cuando el descenso de la fecundidad se había estancado. En contraste, las mujeres que, en el año 2010, tenían entre 40 y 44 años tuvieron sus hijos sobre todo entre los años 1986 a 1999, cuando se reinicia el descenso.

La comparación muestra que, entre las mujeres de las áreas urbanas y más educadas, la fecundidad ya había bajado con mayor velocidad previo al estancamiento (cf. Rosero-Bixby, et. al., 1984). Cuando el descenso se reanuda, en los noventa, es entre las mujeres del área rural y con menor educación en quienes las tasas disminuyen con mayor rapidez, tal como lo muestra el número de hijos tenidos.

Mujeres sin hijos

A medida que disminuye la fecundidad y, particularmente, cuando lo hace a niveles bajo reemplazo (como es el caso de Costa Rica), uno de los cambios importantes es el número de mujeres sin hijos. Ello ocurre tanto porque hay un número mayor de mujeres que no quiere tener hijos, como porque un grupo de mujeres decide postergar los hijos para edades mayores.

Por otra parte, Rosero et. al. (2009) documentaron, basados en los censos del 2000, un aumento de la proporción de mujeres menores de 30 años que no han tenido hijos, en varios países de América Latina. Lo cual –como lo señalan los autores- constituye un cambio en el descenso de la fecundidad en América Latina.

En el análisis de Rosero et. al., de 2009, en Costa Rica, los cambios en los niveles de educación de las mujeres explican sólo la mitad de la reducción del porcentaje de mujeres que no han tenido hijos.

Los resultados de la encuesta muestran que el cambio de mayor magnitud, en la proporción de mujeres sin hijos, se da entre las mujeres de 18 a 19 años y, en particular, en aquellas con secundaria incompleta o menos educación (ver Cuadro 2).

► Cuadro 2. **Porcentaje de mujeres sin hijos, por edad y educación.** Costa Rica, 1999 y 2010. -Mujeres de 18 a 49 años-

Edad	Secundaria incompleta y menos		Secundaria completa y más		Total	
	ESR-99	ENSSR-10	ESR-99	ENSSR-10	ESR-99	ENSSR-10
18 a 19	55,7	62,5	86,4	91,2	63,0	79,8
20 a 24	33,1	26,5	73,3	66,2	47,4	50,9
25 a 29	12,3	11,3	44,6	38,0	21,6	25,3
30 a 34	10,0	7,2	16,9	12,5	12,2	10,4
35 a 39	4,5	4,0	8,6	11,1	5,8	7,5
40 a 44	5,8	8,4	4,5	4,7	5,5	8,0
45 a 49	-	0,0	-	12,5	-	3,4

Nota: La ESR-99 incluyó únicamente a las mujeres de 18 a 44 años .

Fuente: ESR-99 y ENSSR-2010.

Entre los 20 y los 34 años, no se observa ese aumento, más bien, cuando se examina según nivel de educación pareciera ocurrir lo contrario: una disminución del porcentaje de mujeres que no tienen hijos, el cual –sin embargo- no se observa en el total. Esta aparente divergencia se debe a un cambio en la distribución de las mujeres, según nivel de educación, en las menores de 35 años. En otras palabras, el cuadro muestra lo que son probablemente dos cambios relacionados, por un lado, las mujeres jóvenes permanecen más tiempo sin hijos (independientemente del nivel de educación que tengan) y, por otro, hay más mujeres, entre las de mayor educación, quienes en una alta proporción permanecen sin hijos hasta pasados los 25 años, o sea, cuando completaban su educación.

La fecundidad por educación y zona de residencia

En las tres encuestas (ver Cuadro 3), las tasas de fecundidad de las mujeres con mayor educación son, consistentemente, más bajas. La diferencia entre las mujeres según educación se reduce en los últimos 10 años.

En las encuestas de 1993 y 1999, las mujeres con secundaria incompleta o menos educación tenían más de un hijo de diferencia con respecto a las mujeres con secundaria completa o más, no así en la encuesta del 2010.

En el caso de las mujeres con mayor educación, las tasas de fecundidad ya estaban cercanas al nivel de reemplazo en 1993 y han seguido disminuyendo. Entre las mujeres con menos educación, el descenso se aceleró en la última década y, actualmente, tienen tasas cercanas al nivel de reemplazo.

► Cuadro 3. **Tasa global de fecundidad por educación, zona y región de residencia.** Costa Rica, 1992 a 2010. -Mujeres de 15 a 44 años-

Variable	ESR-92	ESR-99 ^{1/}	ENSSR-10
Total	3,2	2,9	1,9
Educación			
Secundaria incompleta y menos	3,5	3,3	2,2
Secundaria completa y más	2,3	2,0	1,6
Zona			
Urbano	2,7	2,6	1,8
Rural	3,5	3,2	2,1
Región			
Metropolitana	2,8	2,6	1,8
Resto urbano	2,9	2,7	2,1
Resto rural	3,7	3,5	2,1

1/ La ESR-99 incluyó únicamente a las mujeres de 18 a 44 años.

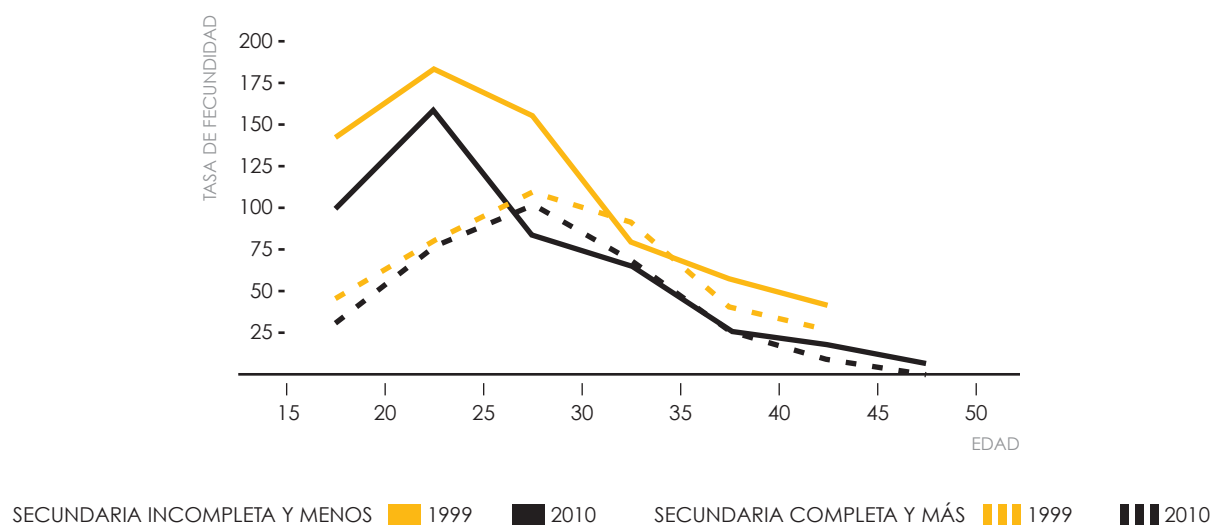
Además de la diferencia en los niveles de fecundidad según educación, existe una diferencia en la estructura de las tasas (ver Gráfico 3). Por tanto, para las mujeres con secundaria incompleta o menos, las tasas más altas se dan en las edades 20 a 24 años. Para las mujeres con mayor educación, las tasas más altas se dan entre los 25 a 29 años, lo cual es consistente con la mayor permanencia en la educación.

Igualmente, entre las menores de 20 años, las tasas de las mujeres con menos educación son más altas. Esta última comparación tiene el problema ya señalado de la comparabilidad de las encuestas en estas edades, pero, aún así se puede ver una reducción en las tasas. En el 2010, después de los 25 años, las diferencias según educación desaparecen. O sea, las diferencias según educación en el patrón de fecundidad de las mujeres se deben, sobre todo, al inicio del periodo reproductivo. Esto es de esperar, ya que muchas de las mujeres que quedan embarazadas en forma temprana interrumpen su educación.

Uno de los cambios ocurridos en el país, en el período de estudio, ha sido el aumento de la educación de las mujeres. Según el censo de 2000, un 28,9% de las mujeres de 15 a 49 años tenía secundaria completa o más; mientras que, en el censo de 2011, este porcentaje es de 39,9.

Dado que el descenso en las tasas de fecundidad de las mujeres con mayor educación siempre ha precedido el descenso de las tasas de las mujeres con menos educación, se utilizó un procedimiento de estandarización (cf. Kitagawa, 1955; Weinberger, 1997; Schkolnik y Chackiel, 1984) para medir cuánto se debe al cambio de las tasas, es decir, al cambio en la preferencia del número de hijos y cuánto se debe al cambio en la educación (más mujeres tienen mayor educación y, por lo tanto, adoptan el patrón de fecundidad de las mujeres más educadas).

► Gráfico 3. **Tasas de fecundidad (por mil) por nivel educativo.** Costa Rica, 1999 y 2010. - Mujeres de 15 a 49 años-



Fuente: ESR-99 y ENSSR-2010.

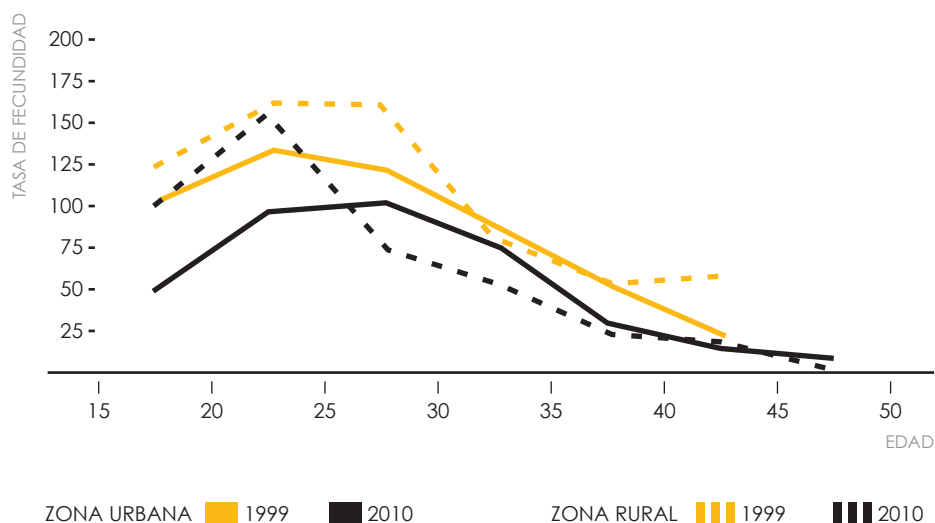
Los resultados de la estandarización muestran que la baja, en el periodo 1992-1999, se debe en un 88% al cambio en las tasas y un 10% al cambio en la educación. En el periodo 1999 a 2010, el cambio se debe –casi en su totalidad- a la disminución de las tasas, a pesar de que en este periodo aumentó, más que en el anterior, la proporción de mujeres con secundaria completa y más. En otras palabras, si bien hay un cambio en la educación de las mujeres, también, hay un cambio en el número deseado de hijos. Este resultado es consistente con las diferentes estructuras, las cuales indican que hay un inicio algo más temprano y, por ende, una fecundidad más alta en las mujeres menores de 25 años con menos educación y, en el resto de las edades, sus tasas son iguales o inferiores a las de las mujeres con mayor educación.

Esta aceleración del descenso, entre el año 1999 y el año 2010, se ve también en las tasas según zona de residencia (ver Gráfico 4). En el último periodo, entre las mujeres de ambas zonas, hay un descenso de aproximadamente un hijo en la tasa global de fecundidad.

De igual manera, en las dos zonas, las tasas llegan a nivel de reemplazo o menos. Al comparar las tasas por edad, el cambio más importante es la disminución de las tasas de las mujeres mayores de 25 años en el área rural, en particular, las tasas de las mujeres de 25 a 29 años. En el año 2010, las tasas de las mujeres del área urbana de edades entre los 25 y los 34 años son mayores que las de las mujeres de la misma edad en el área rural.

Antes bien, se trata de dos patrones distintos: en el área rural, la fecundidad tiene un inicio temprano, pero, disminuye muy rápidamente después de los 25 años. Mientras que, en el área urbana, la fecundidad en las edades más jóvenes es más baja y mantiene, aproximadamente, el mismo nivel entre los 20 y 29 años, disminuyendo más lentamente.

► Gráfico 4. **Tasas de fecundidad (por mil) por zona de residencia.** Costa Rica, 1999 y 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-



Fuente: ESR-99 y ENSSR-2010.

La fecundidad de las mujeres menores de 20 años

Tanto las tasas con información de registro, como las estimaciones a partir de las encuestas, muestran que la fecundidad de las mujeres menores de 20 años ha disminuido en aproximadamente un 30%, desde inicios de los noventa (ver Cuadro 4)⁵.

Cuando se analizan las tasas por educación, las diferencias entre los dos grupos de educación disminuyen, aunque todavía la fecundidad de las mujeres con secundaria completa es tres veces menos que la de aquellas que no han completado la secundaria. Contrario a lo que ocurre con la educación, las diferencias según área de residencia aumentan entre 1992 y 2010. Ambas tasas disminuyen durante el periodo 1992 a 2010; sin embargo, la disminución es mucho mayor entre las mujeres del área urbana. Esta diferencia entre área urbana y rural no se origina en las diferencias por educación de las mujeres, ya que la distribución por educación es la misma en ambas zonas. Es de notar, en todo caso, que las diferencias entre área urbana y rural son menores que las que existen según educación.

⁵ Tal como se explicó antes, las tasas de este grupo no incluyen a las mujeres de 15 a 17 años en la encuesta de 1999. Se incluyen, en el cuadro, como referencia; pero, la disminución debe analizarse con respecto a los resultados del año 1992.

► Cuadro 4. **Tasas de fecundidad (por mil) por fuente, educación y zona de residencia.** Costa Rica, 1992 a 2010. -Mujeres de 15 a 19 años-

Variable	ESR-92	ESR-99 ^{1/}	ENSSR-10
Fuente de información			
Encuestas	90,5	113,3	65,4
Registro	94,3	86,9	62,8
Educación			
Secundaria incompleta y menos	113,0	142,0	99,0
Secundaria completa y más	27,0	45,0	31,0
Zona			
Urbana	70,0	102,0	49,0
Rural	108,0	123,0	100,0

1/ incluyó únicamente a las mujeres de 18 y 19 años.

Fuente: ESR-92, ESR-99 y ENSSR-2010.

Los resultados muestran una diferencia clara en la experiencia de nupcialidad y fecundidad entre las mujeres de 15 a 19 años y las de 20 años o más. Entre las más jóvenes, muy pocas han estado alguna vez unidas, mientras que casi la mitad de las mujeres de 20 a 24 años han estado unidas. Sólo un 13% ha tenido un hijo; mientras que, entre las de 20 a 24, una de cada dos ha tenido un hijo. En todas las edades, las mujeres nunca unidas que han tenido un hijo son considerablemente menos que las alguna vez unidas que han tenido un hijo.

► Cuadro 5. **Porcentaje en unión o con hijos, según edad.** Costa Rica, 2010. -Mujeres de 15 a 34 años-

Indicador	Edad		
	15 a 19	20 a 24	25 a 34
Unidas al momento de la encuesta	8,8	39,0	64,4
Alguna vez unidas	13,6	47,3	82,4
No ha tenido hijos	86,9	50,9	19,2
Ha tenido uno o más hijos	13,1	49,1	80,8
Alguna vez unidas que han tenido hijos	69,8	77,5	89,2
Nunca unidas que han tenido hijos	4,2	15,4	30,0

Las preferencias de fecundidad

El Cuadro 6 muestra el promedio del número deseado de hijos declarado por las mujeres⁶. Esta medida proviene de preguntarle a cada mujer cuántos hijos le gustaría tener en toda su vida⁷.

⁶ Esta medida se denomina, algunas veces, número ideal de hijos; pero, en realidad, –como se ve en la siguiente nota- la pregunta no indaga sobre condiciones ideales, sino sobre preferencias.

⁷ A las mujeres que ya tienen hijos se les pregunta: “Si no tuviera hijos y pudiera escoger el número, ¿cuántos serían los hijos que le gustaría tener en toda su vida?”. Y a las mujeres que no han tenido hijos se les pregunta: “Si pudiera escoger el número de hijos, ¿cuántos le gustaría a usted tener en su vida?”.

En el cuadro, se presentan por separado las preferencias de las mujeres menores de 30 años, quienes en su mayoría aun están teniendo hijos, y las de 30 a 49 años, quienes mayormente ya tuvieron por lo menos un hijo. Los resultados muestran que el número deseado de hijos es siempre menor en las mujeres menores de 30 años.

Entre estas mujeres, el número deseado de hijos es siempre 2,1 o menos hijos, en cualquiera de las categorías. El único valor que se aleja de los niveles de reemplazo es el de las mujeres que ya tuvieron 3 hijos, sin embargo, este valor (en el 2010) es inferior a 3; mientras que, en las encuestas anteriores, era superior.

Lo anterior ocurre porque un número de mujeres que ya tuvo 3 hijos declaró algún número inferior a 3 como el número deseado de hijos. Esto es notable, ya que –en esta respuesta- siempre interviene la racionalización del número de hijos ya tenidos, pero, en este caso, si bien algunas mujeres pueden haber condicionado su respuesta al número de hijos tenidos, una proporción de ellas claramente sólo quería 2 hijos o menos.

► Cuadro 6. **Número promedio de hijos deseados por educación, región y número de hijos tenidos, según edad.** Costa Rica, 1992 a 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

Variable	Edad					
	Menos de 30			30 o más		
	ESR-92	ESR-99	ENSSR-10	ESR-92	ESR-99	ENSSR-10
Educación						
Secundaria incompleta y menos	2,8	2,3	2,1	3,8	3,2	2,6
Secundaria completa y más	2,7	2,2	2,0	3,0	2,6	2,2
Región						
Metropolitana	2,6	2,3	2,1	3,2	3,0	2,5
Resto urbano	2,6	2,2	1,7	3,4	2,8	2,4
Resto rural	2,9	2,4	2,1	3,9	3,1	2,5
Número de hijos tenidos						
Ninguno	2,6	2,1	2,0	2,7	2,0	1,7
1	2,5	2,1	1,9	2,3	2,1	1,9
2	2,8	2,5	2,2	2,9	2,5	2,2
3 y más	3,5	3,2	2,5	4,1	3,5	3,0

En el caso de las mujeres de 30 a 49 años, la disminución es mayor entre las mujeres con secundaria incompleta o menos educación y entre las mujeres residentes en el área rural. Entre las mujeres mayores de 30, las diferencias según lugar de residencia desaparecen, en el 2010, y disminuyen las diferencias según nivel educativo.

Otros dos resultados muestran que las preferencias, con respecto al número deseado de hijos, han cambiado sustancialmente. En la encuesta de 1999, el porcentaje de mujeres que declaró no querer hijos fue de aproximadamente 2% y, en el 2010, fue de 5,6 %. En 1999, un 55% declaró que quería 2 o menos hijos; mientras que, en la encuesta del 2010, fue un 70%.

Entre las mujeres que no tienen hijos o que sólo tienen uno, el promedio del número deseado de hijos es 2 o menos, independientemente del nivel de educación que tengan. Para quienes ya tienen 2 hijos, el promedio es algo mayor que 2 y, para las que tienen 3, es 3 o menos.

Adicionalmente, otra de las preguntas sobre preferencias indaga si las mujeres quieren tener otro hijo. Entre las mujeres que no tienen hijos y no son estériles y no están esterilizadas, un 90% declaró querer un hijo. Esta proporción disminuye a 54% para las mujeres que ya tienen un hijo, y a 20% para las que ya tienen 2 hijos. Este resultado es consistente con el aumento en el porcentaje de mujeres sin hijos (ver Cuadro 2) y con las preferencias sobre el número total de hijos, muy pocas mujeres quieren más de 2 hijos.

Conclusiones

Tal como se ha descrito, en diversos estudios, el curso del descenso de la fecundidad sigue un patrón de difusión que empieza en las mujeres de mayor educación en las áreas urbanas y se extiende a mujeres con menos educación en áreas rurales. Los resultados presentados muestran este patrón de descenso, en los últimos 20 años.

Tanto en las categorías de educación, como de área de residencia, las diferencias tienden a desaparecer. Las diferencias que existen parecen estar asociadas al inicio de la reproducción; las mujeres con menos educación y las que habitan en el área rural tienden a tener tasas más altas en las edades jóvenes, pero, después las diferencias desaparecen o incluso se invierten.

Las estimaciones de las encuestas coinciden con las tasas estimadas con el registro de estadísticas vitales y confirman el descenso de fecundidad que ha ocurrido, en el país, por debajo de tasas de reemplazo. Las mujeres con mayor educación, las que viven en el área urbana y las que viven en el área metropolitana tienen tasas de fecundidad que están por debajo de la tasa de registro para el total del país (1,83 hijos por mujer en el 2010).

Existe evidencia de que este descenso de la fecundidad, experimentado desde hace veinte años, se debe a un cambio en el número deseado de hijos y no a un cambio de distribución de las características de las mujeres. Al separar el efecto del cambio en la distribución por educación entre las mujeres, el peso de los cambios por la educación, en la disminución de las tasas, no superaba el 10%, resultado coincidente con otros estudios. En otras palabras, en general, independientemente de la educación y del lugar de residencia, las mujeres desean y están teniendo menos hijos.

De manera general, todas las tasas estimadas disminuyen en el período estudiado, incluso las de las mujeres de 15 a 19 años. Entre éstas, también, se reducen las diferencias por educación y por zona de residencia. Asimismo, un cambio importante entre estas mujeres (además de la disminución de las tasas) es la proporción que no tiene hijos, es decir, no obstante el temprano inicio de las relaciones sexuales, está aumentando el número que posterga la maternidad.

Por último, distintos resultados apuntan a que la tasa global de fecundidad del país puede seguir disminuyendo o, por lo menos, se mantendrá a niveles cercanos a los de reemplazo. Igualmente, hay un aumento en el número de mujeres que no tienen hijos, así como un aumento de la proporción de mujeres que no quieren tener hijos. El número deseado de hijos por las mujeres menores de 30 años (el grupo en el cual se concentran las mujeres que aún no han tenido todos sus hijos) es inferior a 2,1, en casi todos los grupos, y no muestra diferencias según nivel de educación y es inferior a 2 para las mujeres que aún no han tenido hijos.

Capítulo 3. Planificación familiar.

Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas:

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 3.

Planificación familiar.

Arodys Robles ¹
Alejandra González ²

Resumen

Este capítulo analiza el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar, en Costa Rica, a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, llevada a cabo el 2010.

Los resultados muestran que la totalidad de las mujeres en unión había oído hablar sobre, al menos, un método anticonceptivo y esa misma proporción indicó que sabía dónde obtener al menos un método. También, casi todas las mujeres en unión habían usado algún método anticonceptivo. Del mismo modo, una alta proporción de los hombres en unión había oído sobre los métodos y sabía dónde obtenerlos.

La prevalencia anticonceptiva sigue siendo alta entre las mujeres en unión (81%). La esterilización femenina es el método utilizado por una mayor proporción de las mujeres, casi un tercio, seguida de las píldoras anticonceptivas (21%). En general, se observó que los métodos anticonceptivos cuya prevalencia aumentó fueron, sobre todo, los permanentes, como: la esterilización femenina y la vasectomía. Por otra parte, los métodos cuya prevalencia disminuyó son los que requieren mayor contacto con los servicios, como los métodos vaginales y el DIU.

¹ Doctor en Demografía, Director del Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica.

² Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica.

Introducción

En este capítulo, se muestran los principales resultados sobre conocimientos y uso de métodos de planificación familiar de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010 (ENSSR-10).

En Costa Rica, el uso de métodos de planificación familiar se ha medido en diferentes encuestas, desde el año 1964. Estas primeras encuestas mostraron un rápido aumento en el uso de métodos anticonceptivos, tanto en mujeres del área urbana como del área rural. Ya en el año 1976 el uso de métodos anticonceptivos era alto en el país, comparado con otros países en los cuales se habían hecho mediciones (cf. Rosero, et. al., s.f). El estudio citado documenta una rápida adopción de métodos anticonceptivos, tan pronto estuvieron disponibles en el sector privado, y una extensión de su uso cuando dio inicio el programa de planificación familiar.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, entre mujeres en unión, ha seguido aumentando. La encuesta del 2010 documenta los niveles más altos alcanzados. Igualmente, a medida que aumenta la prevalencia, también han disminuido las diferencias por edad, área de residencia y educación.

En el análisis que sigue, se documentan los cambios ocurridos en el uso de métodos anticonceptivos. Para ello, se utiliza la información de las encuestas existentes desde el año 1976. Los resultados muestran que, junto al aumento generalizado de la prevalencia de uso de métodos, han existido variaciones en el tipo de método, tanto porque a lo largo del periodo han aparecido nuevos como porque las preferencias o posibilidades de uso de los diferentes métodos ha cambiado.

Metodología

La ENSSR-10, además de recopilar información sobre las mujeres en materia de planificación familiar como comúnmente se ha abordado en las encuestas de salud sexual, recogió también información para la población masculina. En este capítulo, se analiza la información de ambas poblaciones, aunque limitando el análisis a las personas en edad fértil. A menos que se indique lo contrario, se considera únicamente a las mujeres entre los 15 y 49 años y a los hombres entre los 15 y 59 años de edad.

Los resultados de la ENSSR-10 son comparados con los resultados de las Encuestas de Salud Reproductiva de 1999 (ESR-99) y 1992 (ESR-92), la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986 (EFS-86), además de la Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva de 1981 (EPA-81) y la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 (ENF-76). Todas estas encuestas están basadas en muestras probabilísticas, obtenidas mediante procedimientos de selección multi-etápica.

La información proveniente de estas fuentes se obtuvo de los informes correspondientes y, en algunos casos, generando la información directamente de las bases de datos existentes en el sitio web del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica (www.ccp.ucr.ac.cr).

En el presente capítulo, se analizan los resultados referentes al conocimiento, la adquisición y el uso de los métodos anticonceptivos. Para recabar información sobre el conocimiento, se preguntó a cada persona: ¿De cuáles métodos de planificación familiar ha oído hablar?, a lo que la persona entrevistada debía citar los métodos anticonceptivos que recordaba. Las respuestas se registraron como: Sí, espontáneo.

Para cada método no mencionado espontáneamente, el entrevistador debía formular puntualmente la pregunta: ¿Ha oído hablar alguna vez del (método)? Y, en caso afirmativo, registrar la respuesta como: Sí, reconocido. En el análisis sobre el conocimiento ambas respuestas (espontáneas y reconocidas), se consideraron conjuntamente.

Para referirse a la adquisición de métodos anticonceptivos, se preguntó a cada persona: ¿Sabe dónde obtener (método)? Para los métodos de Billings, Ritmo y el Retiro, esta pregunta se refiere a si el entrevistado sabe dónde obtener consejo sobre ellos.

El uso actual de métodos anticonceptivos se indagó por medio de dos preguntas. En primera instancia, se preguntó a cada persona: ¿Ha usado usted o la persona con la que tiene relaciones sexuales alguna vez (método)? Y, en segunda, se preguntó al entrevistado: ¿Qué método anticonceptivo están usando actualmente?. Esta última pregunta permite analizar lo que se denomina como 'prevalencia anticonceptiva'.

A las personas, se les preguntó por cada uno de los métodos. Sin embargo, en cuanto al uso actual de métodos, en las encuestas realizadas antes de la ENSSR-10, tal pregunta se formuló de manera que las entrevistadas indicaran un único método. A pesar de que tales preguntas no son plenamente comparables desde el punto de vista metodológico, el reducido número de mujeres (tan sólo 6) que citó más de un método permitió lograr esta comparación³.

Por su parte, la ESR-99 consideró a la anticoncepción de emergencia y a la pastilla del día siguiente como métodos equivalentes, abordados en una sola categoría. En la ENSSR-10, se indagó únicamente por la anticoncepción de emergencia. Además, antes de 1999, no se consideró ni a la anticoncepción de emergencia ni a la píldora del día siguiente.

En la ENSSR-10, se entrevistó a 1206 mujeres entre los 15 y 49 años de edad. De ellas, 544 se encontraban en unión legal o consensual al momento de la entrevista. Se entrevistó, también, a 1384 hombres entre los 15 y 59 años de edad, de quienes 597 se encontraban en unión. La distribución absoluta y relativa por estado conyugal y las principales variables, analizadas en este capítulo, se muestran en el Anexo 1.

Conocimiento y adquisición de métodos

La totalidad de las mujeres entrevistadas, quienes se encontraban en unión, habían oído hablar sobre al menos un método anticonceptivo (ver Cuadro 1). Las pastillas o anticonceptivos orales son el método más ampliamente conocido por esta población. También, un alto porcentaje de la población conoce sobre el condón o preservativo masculino (99%), los métodos inyectables (98%), el DIU o T de cobre (93%) y la esterilización femenina (92%). El método de Billings y el Norplant (o implantes en el brazo) son los métodos menos conocidos, pues 18% y 39%, respectivamente, ha oído hablar de ellos.

³ Los resultados correspondientes a la ENSSR-10 que muestran el uso actual de métodos anticonceptivos se generaron considerando todos los métodos mencionados. De esas 6 mujeres, 5 citaron estar usando dos métodos y 1 citó estar usando tres.

Las cifras del Cuadro 1 muestran que la población posee amplio conocimiento sobre la existencia de métodos de planificación familiar. La proporción que ha oído hablar sobre, al menos, un método es del 100%, desde 1976. En el mismo periodo, hubo un aumento en el conocimiento de los métodos inyectables y la esterilización femenina y, de la misma manera, una disminución en el conocimiento de los métodos vaginales.

► **Cuadro 1. Porcentaje que conoce cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas.** Costa Rica, 1976 a 2010. -Mujeres de 15 a 49 años en unión-

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-93	ESR-99	ENSSR-10
Número de casos	2684	2593	2097	2191	696	544
Algún método	100	100	100	100	100	100
Modernos						
Orales	98	99	99	100	100	100
DIU	93	93	95	97	96	93
Anticonceptivos de emergencia	-	-	-	-	3	63
Inyectables	89	88	89	91	97	98
Norplant	-	-	-	8	13	18
Esterilización femenina	94	97	95	84	86	92
Vasectomía	68	62	65	64	70	89
Condón masculino	92	93	97	99	99	99
Condón femenino	-	-	-	-	-	77
Vaginales	72	74	77	68	51	54
Tradicionales						
Billings	-	-	6	30	23	39
Ritmo	82	87	90	89	89	86
Retiro	68	68	61	57	43	66
Otros	7	11	5	3	2	2

La proporción de mujeres que conoce sobre la anticoncepción de emergencia y la vasectomía ha variado de manera importante en los últimos años. En la ESR-99, tan sólo el 3% indicó conocer sobre la anticoncepción de emergencia; mientras que, en la ENSSR-10, tal cifra fue del 63%.

En el caso de la vasectomía, el porcentaje que conoce el método rondó el 65%, desde los años 70, y se incremento a 70% en 1999. En la encuesta del 2010, el porcentaje aumentó a un 89%.

En la ENSSR-10, además, se consultó por primera vez sobre el conocimiento del condón o preservativo femenino. A pesar de que este método no se distribuye actualmente en el país, el porcentaje de mujeres que ha oído hablar sobre él es relativamente alto (77%).

El uso de un método de planificación familiar depende del conocimiento de la existencia del método y del conocimiento de dónde es posible obtenerlo. Por esa razón, el Cuadro 2 muestra el porcentaje de personas entrevistadas que sabe dónde obtener cada uno de los métodos anticonceptivos. La totalidad de las mujeres indicó saber dónde conseguir, al menos, un método anticonceptivo.

La mayor parte de las entrevistadas sabía dónde obtener anticonceptivos orales (97%), el preservativo masculino (97%), las inyecciones (92%) y, de manera similar, la esterilización femenina (84%). No así, en el caso del Norplant (9%), pues es el método que una menor proporción de mujeres sabía dónde obtener.

► **Cuadro 2. Porcentaje que sabe donde obtener cada método, según diferentes encuestas.** Costa Rica, 1981 a 2010. -Mujeres de 15 a 49 años en unión-

Método	EPA-81	EFS-86	ESR-93	ESR-99	ENSSR-10
Número de casos	2593	2097	2191	696	544
Algún método	98	99	99	100	100
Modernos					
Orales	95	95	97	98	97
DIU	81	84	87	89	72
Anticonceptivos de emergencia	-	-	-	2	27
Inyectables	77	78	76	91	92
Norplant	-	-	4	11	9
Esterilización femenina	91	87	78	81	84
Vasectomía	54	56	58	65	79
Condón masculino	87	93	96	97	97
Condón femenino	-	-	-	-	52
Vaginales	67	70	59	45	44
Tradicionales					
Billings ^{1/}	-	-	19	15	29
Ritmo ^{1/}	-	-	-	-	58
Retiro ^{1/}	-	-	-	-	42
Otros	-	-	-	-	2

1/ Se refiere a dónde puede obtener consejo sobre el método.

En el caso del condón femenino, llama la atención que un alto porcentaje dijo conocerlo y más de la mitad dijo que sabe dónde obtenerlo. Dado que este método no tiene la misma disponibilidad de los otros métodos que tuvieron altos porcentajes de conocimiento y lugar donde obtenerlo, es probable que las respuestas sobre este método en particular no sean muy confiables.

Al igual que en el caso de conocimiento de métodos, se observa que, desde años atrás, el porcentaje de mujeres que reportó saber dónde obtener al menos un método rondó el 100%. Existe, además, un alto conocimiento de dónde obtener los anticonceptivos orales, el condón masculino y los métodos inyectables.

El porcentaje que sabía dónde adquirir anticonceptivos inyectables, la vasectomía y la anticoncepción de emergencia aumentó considerablemente, si se compara con el de encuestas previas. Este último método mostró un fuerte aumento con respecto a la ESR-99 (27%).

El porcentaje que sabe dónde obtener el DIU y los métodos vaginales disminuyó. En el caso del DIU, la disminución es reciente; pero, en el caso de los métodos vaginales, la disminución se presenta desde mediados de los años ochenta.

Uso de métodos de planificación familiar

Casi todas las mujeres en unión afirmaron haber utilizado alguna vez un método anticonceptivo (99%) (ver Cuadro 3). Esta proporción se mantiene, si se considera el uso de algún anticonceptivo moderno.

► **Cuadro 3. Porcentaje que ha usado cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas.** Costa Rica, 1976 a 2010. -Mujeres de 15 a 49 años en unión-

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-93	ESR-99	ENSSR-10
Número de casos	2684	2593	2097	2191	696	544
Algún método	83	88	91	95	96	99
Alguno moderno	74	82	85	91	93	98
Modernos						
Orales	52	58	61	69	72	80
DIU	12	15	19	23	24	19
Anticonceptivos de emergencia	-	-	-	-	0	1
Inyectables	9	11	9	10	21	48
Norplant	-	-	-	0	0	0
Esterilización femenina	15	17	17	20	21	32
Vasectomía	1	1	1	1	1	8
Condón masculino	37	43	45	58	61	75
Condón femenino	-	-	-	-	-	2
Vaginales	12	11	7	6	5	13
Tradicionales						
Billings	-	-	-	3	3	9
Ritmo	21	26	25	32	32	26
Retiro	26	25	18	17	10	38
Otros	2	2	1	1	0	1

Los anticonceptivos orales y el condón masculino han sido utilizados por una amplia mayoría (80% y 75%, respectivamente). A diferencia de éstos, los métodos anticonceptivos restantes muestran un menor uso entre las mujeres en edad reproductiva que se encuentran en unión. Los métodos inyectables han sido utilizados por el 48% y, entre los métodos tradicionales, un 38% de la población ha utilizado el retiro y un 26% el ritmo. Por otra parte, el Norplant (0%), la anticoncepción de emergencia (1%) y el condón femenino (2%) han sido utilizados por muy pocas mujeres.

Asimismo, el 32% de las mujeres en unión indicó haber utilizado la esterilización como método anticonceptivo. Al ser este un método permanente, más adelante se analizan con mayor detalle las características de las mujeres esterilizadas.

En el Cuadro 3, es posible observar que la proporción de mujeres que ha usado al menos un método aumentó en cada una de las encuestas, del mismo modo que lo ha hecho el porcentaje que ha utilizado algún método moderno. Desde el año 1986, más del 90% de las mujeres en unión ha usado un método anticonceptivo y, desde el año 1993, más del 90% ha usado un método moderno.

Las cifras, desde el año 1976, muestran una clara tendencia al aumento de los métodos anticonceptivos orales, los inyectables, la esterilización femenina y el condón masculino. Por el contrario, desde hace años, una proporción similar utiliza el DIU. Esta última encuesta muestra un aumento de los métodos vaginales, situación que revierte la tendencia decreciente.

A lo largo del periodo 1976-1999, la vasectomía era un método poco utilizado, aproximadamente un 1% de la población indicó haberlo utilizado. Sin embargo, en la ENSSR-10, tal cifra aumentó a 8%. Este método parece haber aumentado en los últimos años, lo cual es consistente con el aumento en la proporción que ha oído sobre él y que sabe cómo obtenerlo.

En 1999, poco menos de la mitad de las mujeres que había utilizado un método anticonceptivo, lo hizo por primera vez antes de tener un hijo (ver Cuadro 4). Esta cifra aumentó de manera importante en el año 2010, ya que tal proporción fue del 70,8%. El aumento en esta proporción se concentra, fundamentalmente, en las mujeres menores de 20 años.

► Cuadro 4. **Porcentaje según edad y número de hijos al uso del primer método.** Costa Rica, 1999 y 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

Edad	Hijos		Total
	Ninguno	Uno o más	
ESR-99	49,8	50,2	100,0
Menos de 20	26,0	21,8	47,8
20 a 24	17,8	19,1	36,9
25 y más	5,9	9,4	15,3
ENSSR-10	70,8	29,3	100,0
Menos de 20	48,6	12,4	61,0
20 a 24	17,3	10,8	28,2
25 y más	4,9	6,0	10,9

Prevalencia anticonceptiva

La prevalencia anticonceptiva se refiere a la proporción de mujeres (o su pareja) que se encuentra utilizando un método anticonceptivo. Este cálculo suele restringirse a mujeres en unión, como se analiza en este apartado. La prevalencia anticonceptiva, según la ENSSR-10, fue de 81% (ver Cuadro 5), que se mantiene igual a la proporción observada en la ESR-99. Esta cifra es elevada, ya que está cercana al máximo observado en países que tienen encuestas recientes. Del total de mujeres en unión, siempre hay una proporción que no está usando un método, ya sea porque están embarazadas, porque quieren tener un hijo o porque son estériles.

La esterilización femenina (29,6%) es el método más utilizado, según la ENSSR-10, seguido por los anticonceptivos orales (21%). Al comparar las cifras de esta encuesta y las de la ESR-99, se observa que la relación entre estos métodos se invirtió. Si bien es cierto, son los métodos más utilizados y superan en un amplio margen a los restantes, la esterilización femenina desplazó a las pastillas como el método de mayor prevalencia.

► Cuadro 5. **Porcentaje que actualmente usa cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas.** Costa Rica, 1976 a 2010. -Mujeres de 15 a 49 años en unión-

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-93	ESR-99	ENSSR-10
Número de casos	2684	2593	2097	2191	696	544
Algún método	67,0	65,0	69,0	75,0	79,9	81,0
Modernos						
Orales	23,0	20,6	19,2	18,0	25,1	21,0
DIU	5,0	5,7	7,4	8,7	7,2	3,3
Anticonceptivos de emergencia	-	-	-	-	-	0,0
Inyectables	1,9	2,2	1,2	1,0	6,2	9,3
Norplant	-	-	-	0,0	0,0	0,3
Esterilización femenina	14,7	17,3	16,7	19,7	21,3	29,6
Vasectomía	1,0	0,5	0,5	1,3	0,4	5,8
Condón masculino	8,6	8,4	12,9	15,7	10,8	8,9
Condón femenino	-	-	-	-	-	0,5
Vaginales	2,0	1,2	0,6	0,2	0,3	0,0
Tradicionales						
Billings	-	-	-	0,1	0,4	0,4
Ritmo	5,0	6,2	7,6	6,9	6,2	0,9
Retiro	4,5	2,8	3,1	3,3	1,9	1,8
Otros	0,9	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1

También, se observaron otras variaciones, como el aumento en la prevalencia de los métodos inyectables, la vasectomía y, en menor grado, del Norplant. Disminuyó la proporción que utiliza el condón masculino, el DIU y, de manera importante, el ritmo y los métodos vaginales; éstos últimos prácticamente no son utilizados.

En general, los mayores aumentos de la prevalencia se notan en los métodos permanentes (quirúrgicos o esterilización). En este grupo, se destacan la esterilización femenina y la vasectomía. Por otra parte, los métodos cuya prevalencia disminuyó son los considerados métodos modernos, pero que requieren mayor contacto con los servicios médicos –tal como el DIU- o un abastecimiento regular, tal como las pastillas o el condón. Los métodos cuya prevalencia se mantiene son, básicamente, los métodos tradicionales (Billings y retiro).

El Cuadro 6 muestra el porcentaje de mujeres que utiliza algún método anticonceptivo, en función de ciertas características demográficas. Como es de esperar, la prevalencia aumenta con respecto a la edad de la mujer, alcanzando un valor máximo en el grupo de mujeres entre los 35 y 39 años. La prevalencia es menor entre las mujeres menores de 25 años y entre las de 45 años o más.

La prevalencia en el uso de anticonceptivos es sustancialmente menor entre las mujeres sin hijos, aunque aumenta conforme lo hace también el número de hijos tenidos. Si se comparan estas cifras a lo largo del periodo, es posible notar que la prevalencia ha aumentado de forma global entre estos grupos. Sin embargo, es entre el grupo de mujeres sin hijos donde aumentó de manera importante.

En la ENSSR-10, las categorías de zona de residencia no son plenamente comparables, con respecto a la utilizada anteriormente. En esta última encuesta, algunas zonas geográficas de las categorías "Urbano-Valle Central" y "Rural-Valle Central" se distribuyeron en las categorías "Resto Urbano" y "Resto Rural". A pesar de esta

nueva clasificación, es posible notar que existe una mayor prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en el Gran Área Metropolitana y en la zona rural del resto del país (82% en ambos casos).

► Cuadro 6. **Porcentaje que usa anticonceptivos por edad, hijos nacidos vivos, residencia y educación.** Costa Rica, 1976 a 2010. -Mujeres de 15 a 49 años en unión-

Variable	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-93	ESR-99 ^{1/}	ENSSR-10 ^{2/}
Total	67	65	69	75	80	81
Edad						
15 a 19	-	47	51	53	72	75
20 a 24	64	58	60	66	79	75
25 a 29	70	65	65	76	76	81
30 a 34	73	72	74	79	82	82
35 a 39	75	76	84	82	83	87
40 a 44	70	70	78	80	81	81
45 a 49	51	57	68	65	-	77
Número de hijos nacidos vivos						
Ninguno	24	29	27	33	51	48
1	65	57	63	66	74	80
2	74	67	73	80	82	82
3	77	77	79	84	88	89
4	74	76	78	87	90	88
5	75	72	79	81	87	78 ^{3/}
6 o más	67	67	65	76	73	86 ^{3/}
Residencia						
Area metropolitana	-	70	74	77	83	82
Urbano Valle Central	-	70	72	78	84	-
Rural Valle Central	-	66	67	75	79	-
Resto Urbano	-	65	74	74	77	73
Resto Rural	-	57	62	70	76	82
Años de educación						
Menos 3 primaria	-	58	62	68	68	81
3 a 5 primaria	-	62	66	64	74	80
Primaria completa	-	65	70	75	83	83
Secundaria incompleta	-	71	72	81	79	81
Secundaria completa y más	-	70	73	78	82	81

1/ La ESR-99 incluyó únicamente a mujeres de 18 a 44 años de edad.

2/ Las categorías de residencia en el año 2010 no son plenamente comparables con las observadas en los años anteriores.

3/ Datos estimados con menos de 30 casos.

La encuesta del 2010 mostró, por primera vez, la desaparición de la gradiente según educación en el uso de métodos anticonceptivos. No hay diferencias importantes en la prevalencia entre mujeres de distinto nivel educativo, ni siquiera entre las de menor educación, como todavía ocurría en el año 1999. De manera general, las únicas diferencias en el uso de métodos son las que cabría esperar, tal como según la edad y el número de hijos.

Sin considerar a las mujeres de 15 a 49 años que utilizan los métodos tradicionales, esterilización femenina o la vasectomía, la principal fuente para obtener un método de planificación familiar son las farmacias (45,5%) o la CCSS (44,5%). Una pequeña proporción (9,9%) dijo adquirir los métodos en otros establecimientos como Supermercados o Clínicas privadas.

Esterilización femenina

Cerca del 23% de las mujeres entre los 15 y 49 años indicaron estar esterilizadas (ver Cuadro 7). De esta forma, el porcentaje de mujeres esterilizadas aumenta con respecto a la edad y al número de hijos. Además, tal proporción es mayor entre las mujeres en unión y entre aquellas con menor grado académico.

El porcentaje de mujeres esterilizadas, entre las menores de 20 años, es de 1,3%, de acuerdo con datos de la ENSSR-10. Esta cifra aumenta a poco menos del 6%, entre las mujeres de 20 a 24 años. También, el aumento más marcado se dio entre las mujeres de 25 a 29 y entre las de 30 a 34 años, pues, entre estos grupos, existen cerca de 17 puntos porcentuales de diferencia. El grupo etario en el cual tal proporción es mayor es el de 45 y 49 años, ya que casi el 50% de las mujeres indicó haberse esterilizado.

Por cada hijo nacido vivo, el porcentaje de mujeres esterilizadas aumenta de manera importante. En la ENSSR-10, el 2,3% de las mujeres sin hijos se había esterilizado, mientras que el 6,9% de las mujeres con un hijo lo estaba. Esta cifra aumenta, considerablemente, con un segundo hijo; pues, aproximadamente, una tercera parte de las mujeres con dos hijos indicó haberse esterilizado y cerca de la mitad lo estaba, entre las mujeres con 3 o más hijos.

Como ya se ha mencionado, la esterilización femenina es más común entre las mujeres en unión. El 31,8% de las mujeres de ese grupo lo estaban, en contraste con el 13,6% de las mujeres no unidas esterilizadas.

► Cuadro 7. **Porcentaje de mujeres esterilizadas según edad, número de hijos, escolaridad, estado conyugal y zona de residencia.** Costa Rica, 1999 y 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

Variable	ESR-99	ENSSR-10
Total	16,7	22,8
Edad		
15 a 19	0,0	1,3
20 a 24	1,8	5,9
25 a 29	7,7	17,5
30 a 34	17,5	35,0
35 a 39	31,1	34,1
40 a 44	41,5	37,2
45 a 49	-	49,4
Número de hijos		
Ninguno	0,4	2,3
1	1,1	6,9
2	8,6	33,7
3 o más	43,9	50,5
Escolaridad		
Secundaria incompleta o menos	17,4	25,4
Secundaria completa y más	15,3	18,6
Estado conyugal		
En unión	21,4	31,8
No en unión	6,6	13,6
Zona de residencia		
Urbano	17,6	22,3
Rural	15,9	23,7

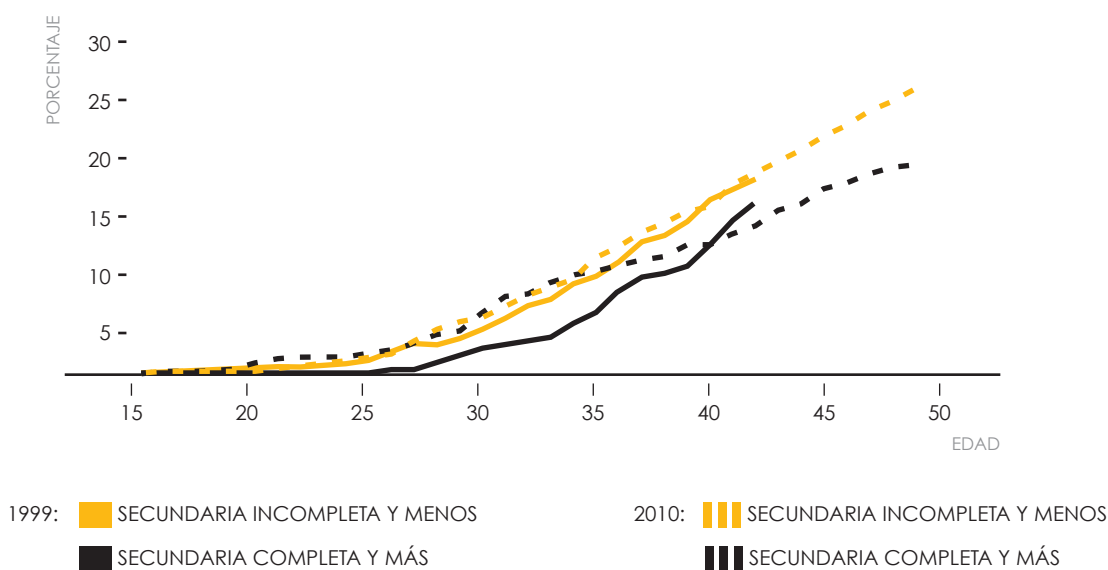
La proporción de mujeres esterilizadas es mayor en mujeres de menor nivel educativo. El 25,4% de las mujeres con secundaria incompleta o menos indicó haberse esterilizado; mientras que, entre las mujeres con secundaria completa, dicha proporción fue de 13,6%.

Al comparar las cifras entre ambas encuestas, es posible notar que el porcentaje de mujeres esterilizadas aumentó de manera global. Sin embargo, se presentaron algunos grupos en los cuales la proporción de mujeres esterilizadas aumentó de manera importante.

El incremento más importante se dio entre las mujeres con dos hijos. En 1999, el 8,6% de las mujeres con dos hijos se había esterilizado, esta proporción aumentó a 33,7% en la encuesta del 2010.

De acuerdo con la ENSSR-10, en Costa Rica, la esterilización femenina empieza en edades tempranas (alrededor de los 20 años) y aumenta progresivamente conforme avanza la edad (ver Gráfico 1), este comportamiento ya se presentaba desde 1999. En ese año, se notaba, tal como muestra el Gráfico 1, una diferencia en la edad de esterilización según nivel de educación de las mujeres, más temprana para las de menor educación. Esa diferencia desaparece para las mujeres menores de 35 años, en la encuesta del año 2010.

► Gráfico 1. **Porcentaje acumulado por edad de mujeres esterilizadas, por nivel educativo.** Costa Rica, 1999 y 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-



Fuente: ESR-99 y ENSSR-2010.

Planificación familiar en mujeres no unidas

Los datos mostrados, hasta ahora, a lo largo del capítulo se han enfocado únicamente en analizar la planificación familiar en mujeres en unión. Esto se debe, fundamentalmente, a que, entre las mujeres que no

están unidas, existe un grupo que no están expuestas a quedar embarazadas y, por ende, a recurrir al uso de métodos anticonceptivos, por lo tanto, tienden a tener una prevalencia más baja.

► Cuadro 8. **Porcentaje que actualmente usa cada método anticonceptivo, por estado conyugal y edad.** Costa Rica, 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

Método	Total	Unidas	No unidas		
	15 a 49	15 a 49	15 a 49	15 a 29	30 a 49
Número de casos	1206	544	662	496	166
Total	64,4	81,0	47,6	39,7	62,5
Modernos					
Orales	18,9	21,0	16,8	18,5	13,5
DIU	2,6	3,3	1,8	0,7	3,8
Anticonceptivos de emergencia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inyectables	7,3	9,3	5,2	5,1	5,3
Norplant	0,2	0,3	0,1	0,2	0,0
Esterilización femenina	20,9	29,6	12,1	3,2	29,0
Vasectomía	3,4	5,8	1,0	0,0	2,8
Condón masculino	10,2	8,9	11,4	13,2	8,0
Condón femenino	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0
Vaginales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tradicionales					
Billings	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0
Ritmo	1,0	0,9	1,1	1,0	1,2
Retiro	1,4	1,8	1,0	0,2	2,5
Otros	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0

Los datos del Cuadro 8 muestran la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres unidas y no unidas. La prevalencia anticonceptiva de todas las mujeres, en edad fértil, es del 64,4%. Para este último grupo, los datos se muestran también de acuerdo con la edad.

Así pues, la prevalencia anticonceptiva es sustancialmente menor entre las mujeres no unidas (47,6%) y es aún más baja entre las menores de 30 años (39,7%). Asimismo, la prevalencia anticonceptiva es mayor entre las mujeres mayores de 30 años no unidas (62,5%); sin embargo, esta alta cifra se debe en gran medida a la prevalencia de la esterilización femenina (29%).

Por otra parte, el uso de los métodos orales y el condón masculino es usual entre las mujeres, independientemente de su estado conyugal. No obstante, entre las mujeres no unidas, la prevalencia en el uso de estos métodos es mayor para las menores de 30 años. En este grupo, las pastillas son el método más utilizado (18,5%) y, en segunda instancia, el condón masculino (13,2%).

Entre las mujeres mayores de 30 años no unidas, la esterilización femenina es el método de mayor prevalencia (29%). En segundo lugar, se encontraron las pastillas (13,5%) y, en tercero, el condón masculino (8%).

Demanda insatisfecha en planificación familiar

La demanda insatisfecha en materia de planificación familiar representa la proporción de mujeres en unión y en edad reproductiva (15-49 años) que no está utilizando algún método anticonceptivo. Estas mujeres reportaron, además, que no desean tener (más) hijos o que desean posponer un próximo embarazo por, al menos, dos años. Esta proporción se calcula en relación al total de mujeres en unión y en edad reproductiva (MDHS, 2012).

En el 2010, se presentó una mayor demanda insatisfecha entre las mujeres más jóvenes (ver Cuadro 9). Del total de mujeres en unión menores de 30 años, poco más del 14% indicó no estar utilizando algún método anticonceptivo y no desear otro hijo o un embarazo próximo. Entre las mujeres de 30 años o más, dicha cifra fue del 10,1%.

► Cuadro 9. **Demanda insatisfecha en planificación familiar por educación y número de hijos nacidos vivos, según edad.** Costa Rica, 1999 y 2010.

Variable	ESR-99			ENSSR-10		
	18 a 29	30 a 44	Total	18 a 29	30 a 44	Total
Total	9,0	6,9	7,8	14,3	10,1	11,7
Educación						
Secundaria incompleta o menos	9,4	7,4	8,3	12,6	9,6	10,7
Secundaria completa o más	7,3	5,8	6,3	17,7	11,2	13,8
Número de hijos						
Ninguno	5,3	0,0 ^{1/}	4,3	13,8	0,0 ^{1/}	10,7
1	7,7	2,7	6,4	15,4	4,7	11,3
2	11,2	8,2	9,7	13,1	14,4	14,0
3 o más	10,3	7,3	7,7	13,4	9,0	9,8

1/ Datos estimados con menos de 30 casos.

En general, la demanda insatisfecha aumenta entre las dos encuestas, en todas las categorías y grupos de edad considerados. Esto es de esperar en función de la baja de la fecundidad experimentada en el país. Por esa razón, a medida que cambian las preferencias reproductivas de las mujeres, aumenta el deseo de limitar o espaciar los nacimientos. No obstante la existencia de un conocimiento casi universal de los métodos y dónde obtenerlos, por distintas razones que pueden tener que ver con la salud de las mujeres (u otras razones personales tales como desacuerdo con la pareja, o relativas al acceso a los métodos), un porcentaje de mujeres en unión no usa anticonceptivos, aún estando expuestas al riesgo de embarazo.

Planificación familiar en hombres

Prácticamente, todos los hombres en unión conocen sobre algún método de planificación familiar (ver Cuadro 10). De modo que un alto porcentaje ha oído hablar sobre el condón masculino (99,6%), los métodos orales (99%) e inyectables (90,1%) y la esterilización femenina (89,9%).

Por su parte, la vasectomía y el DIU son conocidos, también, por una amplia proporción de los hombres (89,1% y 85,3%, según corresponda). El método de Billings y el Norplant son los menos conocidos por esta población: 22,8% y 11,5%, respectivamente.

Casi la totalidad de los hombres sabía dónde obtener algún método anticonceptivo y una alta proporción sabía dónde obtener el condón masculino (97,9%) y los métodos orales (92,3%). Poco más de tres cuartas partes de los entrevistados sabían dónde obtener la esterilización femenina (76,2%), la vasectomía (75,6%) y los métodos inyectables (73,5%).

Adicionalmente, menos de una tercera parte de la población sabía dónde obtener la anticoncepción de emergencia (22,3%), el método de Billings (16,5%; refiriéndose a si el entrevistado sabe dónde obtener consejo sobre este método) y el Norplant (6,6%).

El 97,7% de los hombres indicó haber utilizado algún método anticonceptivo. El método que había sido utilizado por una mayor proporción es el condón masculino (81%), seguido por los métodos orales (68,1%).

► Cuadro 10. **Porcentaje que conoce, sabe donde obtener y ha usado alguna vez cada método anticonceptivo.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años en unión-

Método	Conoce	Sabe donde obtener	Ha usado	
			En unión	Total ^{1/}
Algún método	99,8	99,3	97,7	88,4
Modernos				
Orales	99,0	92,3	68,1	54,9
DIU	85,3	56,7	19,1	15,3
Anticonceptivos de emergencia	51,4	22,3	2,0	2,0
Inyectables	90,1	73,5	29,1	23,9
Norplant	11,5	6,6	0,2	0,5
Esterilización femenina	89,9	76,2	30,9	19,9
Vasectomía	89,1	75,6	5,8	3,8
Condón masculino	99,6	97,9	81,0	77,3
Condón femenino	77,7	54,7	2,4	3,7
Vaginales	49,0	39,5	8,6	7,7
Tradicionales				
Billings	22,8	16,5	4,5	3,3
Ritmo	80,0	48,1	34,7	28,4
Retiro	63,4	37,5	36,1	33,9
Otros	1,7	1,0	0,5	0,9

1/ Incluye al total de hombres de 15 y 59 años, en unión y no en unión.

Esterilización masculina

El 3,8% de los hombres entrevistados, entre 15 y 59 años, afirmó haberse realizado la vasectomía (resultados no mostrados). Entre estos hombres, la edad promedio, de acuerdo con datos del ENSSR-10, era de 42 años (ver Cuadro 11); la edad promedio de la población restante es menor (33,5 años).

► Cuadro 11. **Principales características sociodemográficas según uso de la vasectomía.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-

Variable	Esterilizados	No esterilizados	Total
Número de casos	46	1332	1378
Edad promedio	42,3	33,5	33,8
Años promedio de educación	11,3	9,3	9,4
Promedio de hijos tenidos	2,2	1,4	1,4
Promedio de hijos deseados	2,8	2,6	2,6
Porcentaje en unión	74,9	48,1	49,1
Porcentaje residentes urbanos	57,6	60,1	60,0

El nivel educativo, el número de hijos tenidos y el estar en unión se identificaron como factores relacionados con la adopción de la vasectomía. En promedio, los hombres que han adoptado el método poseen más años de escolaridad. El número de hijos tenidos, también, se relaciona con la adopción del método. Los hombres que se habían practicado la vasectomía tenían, en promedio, un hijo más que quienes no lo habían hecho: 2,2 y 1,4, respectivamente.

Entre los varones esterilizados, el porcentaje que se encuentra en unión es sustancialmente mayor, si se le compara con el de los no esterilizados. Poco menos del 75% de los hombres que se habían practicado la vasectomía indicó estar viviendo en unión conyugal o consensual y cerca de un 48% lo estaba entre quienes no habían adoptado el método.

Conclusiones

Los resultados de la encuesta sobre el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar confirman las tendencias ya documentadas en encuestas anteriores. Se logra destacar un conocimiento generalizado sobre esta temática (tanto de los métodos, como de dónde obtenerlos) y una alta prevalencia del uso de anticonceptivos entre mujeres de edad reproductiva en unión.

De esta manera, esta encuesta permite documentar, por primera vez, que este conocimiento y uso generalizado ocurre tanto entre hombres como entre mujeres. En el caso de los hombres, además, los resultados muestran un aumento del uso de la vasectomía como método anticonceptivo, particularmente entre hombres unidos con niveles de educación por encima del promedio.

En lo que se refiere al uso de métodos la esterilización, se ha convertido en el método más utilizado por las mujeres en unión. Asimismo, la adopción de este método es cada vez más temprana, independientemente del nivel de educación que tengan las mujeres.

Uno de los resultados notables de la encuesta del 2010, con respecto a las anteriores, es que desaparecen las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos según distintas características de las mujeres: los resultados muestran que no existen diferencias según nivel de educación o según área de residencia. Por tanto, la única diferencia significativa es la que existe entre las mujeres menores de 25 años con respecto a las mayores

de esa edad y entre quienes no han tenido hijos en comparación con quienes tienen por lo menos un hijo. Esto es lo esperable, ya que se trata de mujeres en unión que no han cumplido sus metas con respecto al número de hijos.

Algunos resultados ameritan mayor investigación que escapa a lo captado en la encuesta. Como por ejemplo y de manera prioritaria, lo referente a la oferta de métodos. Los resultados de las encuestas documentan que, salvo la esterilización que ha aumentado consistentemente, todos los otros métodos muestran fluctuaciones.

Lo anterior es probable que se deba, en parte, a los cambios en la preferencia de ciertos métodos; sin embargo, también es posible que ello obedezca a la oferta existente. Sin tomar en cuenta a las mujeres esterilizadas, una alta proporción señaló a la CCSS como la fuente de los métodos utilizados y otra proporción, igualmente importante, las farmacias.

Con respecto a la escogencia de métodos, la encuesta muestra que hay una preferencia por aquellos permanentes (como la esterilización) y una disminución de aquellos que requieren abastecimiento, tal como las píldoras, o que requieran de acudir a los servicios médicos, como el DIU. Este resultado, igualmente, apunta a la necesidad de un mejor conocimiento sobre la oferta de anticonceptivos.

Otro de los temas se refiere a la demanda insatisfecha de planificación familiar. Es difícil captar, en una encuesta, las razones y las circunstancias por las cuales mujeres en unión que no quieren tener hijos no están usando un método anticonceptivo, dado el nivel de conocimiento casi universal de métodos y dónde obtenerlos.

► Anexo. **Número y porcentaje por estado conyugal, según edad, zona de residencia y nivel educativo.** Costa Rica, 2010. -Hombres y mujeres en edad fértil-

Variable	Número de casos				Porcentaje			
	No en unión		En unión		No en unión		En unión	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	787	662	597	544	100,0	100,0	100,0	100,0
Edad								
15 a 19	332	278	9	26	33,1	31,4	1,0	3,0
20 a 24	165	148	42	95	19,3	20,8	5,1	13,0
25 a 29	102	70	80	115	15,7	13,3	13,0	21,5
30 a 34	43	38	77	79	7,1	8,0	13,5	16,3
35 a 39	38	43	81	92	6,6	9,4	14,1	18,6
40 a 44	24	46	107	80	4,0	9,4	18,6	16,3
45 a 49	28	39	79	57	4,7	7,8	13,5	11,3
50 a 54	30	-	58	-	5,1	-	10,0	-
55 a 59	25	-	64	-	4,3	-	11,1	-
Zona								
Urbana	489	437	318	278	64,2	68,1	55,9	53,5
Rural	298	225	279	266	35,8	31,9	44,1	46,5
Nivel educativo								
Secundaria incompleta o menos	465	377	408	376	56,9	54,2	67,9	69,4
Secundaria completa o más	322	285	189	167	43,1	45,8	32,1	30,4
NS/NR	-	0	-	1	-	0,0	-	0,2

Capítulo 4. **Una aproximación a la sexualidad de los hombres y las mujeres desde la adolescencia hasta la adultez mayor.**

Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas:

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.

Capítulo 4.

Una aproximación a la sexualidad de los hombres y las mujeres desde la adolescencia hasta la adultez mayor.

Ana Morice¹
María Carranza²
Arodys Robles³

Resumen

Mediante el empleo de la base de datos de la ENSSR-10, se caracterizaron las prácticas de sexualidad de una muestra representativa de la población de hombres y mujeres, de 15 a 79 años de edad. A lo largo del ciclo de vida, partiendo de la etapa de adolescencia hasta abordar a las personas adultas mayores, se analizó el tipo de pareja con quien las personas tuvieron sus primeras relaciones sexuales, la frecuencia y el tipo de contacto sexual durante el último año de vida y los roles sexuales con respecto a quién toma las decisiones según sexo, edad y diversas variables sociales (como nivel educativo, zona rural-urbana y religión). Además, se estimó la prevalencia de disfunciones sexuales en hombres y mujeres según grupos etarios, así como la frecuencia con la cual las personas alcanzan el orgasmo y el nivel de satisfacción en el desarrollo de su vida sexual.

1 Médica pediatra, M.Sc. Salud Pública y M.Sc. Epidemiología. Directora Técnica del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

2 Médica, PhD en Antropología Social. Coordinadora de Investigación y Enseñanza del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). Investigadora CCP.

3 Doctor en Demografía. Director del Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica.

Introducción

La sexualidad está determinada por una diversidad de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que interactúan entre sí. Al ser ésta una condición inherente a cada uno de los individuos, se manifiesta a lo largo del ciclo de vida, viviéndose y expresándose en formas variadas a través de los comportamientos, las prácticas, las opiniones, las fantasías, y las relaciones entre los géneros y los grupos de población.

Asimismo, la sexualidad ejerce un efecto trascendental en la vida del ser humano, pues involucra aspectos esenciales como el placer, la satisfacción y los sentimientos. Por lo tanto, su abordaje debe trascender la genitalidad del acto sexual y el propósito único de la reproducción y la procreación. Para ello, es fundamental que el diseño de políticas públicas dirigidas a la salud se sustente en información sobre los comportamientos sexuales de la población.

Tradicionalmente, el análisis de la salud sexual ha incorporado únicamente variables del comportamiento sexual y, generalmente, sólo en la medida en que ellas sean necesarias para explicar la enfermedad. Es así como el enfoque prevalente no ha sido la promoción de la salud. Por el contrario, se ha orientado, casi exclusivamente, a realizar acciones dirigidas a evitar embarazos no deseados o de alto riesgo, a prevenir y dar tratamiento al VIH/sida, a las infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades como el cáncer o –más recientemente y aún en forma incipiente- al tratamiento de las disfunciones asociadas a las relaciones sexuales.

Con respecto a lo mencionado anteriormente, la ENSSR-10 constituyó un primer esfuerzo por aproximarse al tema de la sexualidad de la población de Costa Rica desde esa perspectiva más amplia. El lema de esta encuesta fue: Hablemos de sexualidad, apoyemos la encuesta, procurando abrir espacios para comprender la sexualidad desde la visión, la experiencia de cada persona y las distintas formas de ejercerla. En este sentido, representó una oportunidad para trascender esa perspectiva predominantemente de carácter biológico y conceptualizar la sexualidad como una condición esencial en las estrategias de promoción de la salud y la búsqueda de un mayor bienestar en la población.

Aprovechando la disponibilidad de esta información, este capítulo procura avanzar en el análisis de aspectos de la sexualidad vinculados con la satisfacción y el placer; reconociendo, además, que la sexualidad está presente a lo largo de las diversas etapas de la vida. Por esa razón, el análisis parte del período de la adolescencia, avanzando durante la fase de adulto joven y maduro, hasta llegar a la etapa de adultez mayor. El análisis que se presenta no pretende ser exhaustivo; sino, constituirse en un primer acercamiento a los temas explorados por la encuesta.

Abordaje metodológico

La ENSSR-10 aplicó un diseño muestral bietápico, estratificado por conglomerados con selección de segmentos censales con probabilidad proporcional al tamaño, el cual fue elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Así, la muestra es representativa de hombres y mujeres, de estrato urbano y rural, región programática y grupos de edad representativos de la población adolescente y de las personas adultas mayores de 65 años (cf. Ministerio de Salud, 2011).

Por la índole de las preguntas incorporadas en esta encuesta, previo a su inicio y durante su ejecución, se implementó una estrategia de comunicación con el apoyo de medios masivos, con la finalidad de informar y sensibilizar a la población sobre los temas que se abordarían. Debido a que se requería coleccionar datos sobre temas sensibles y muy íntimos (como las prácticas de sexualidad, disfunciones, roles sexuales, entre otros), la capacitación de los encuestadores incluyó, además de las herramientas metodológicas relativas a la recolección de datos, contenidos sobre aspectos específicos de la sexualidad y el manejo de situaciones que podrían surgir durante la entrevista. Al llegar a cada hogar, se solicitó el consentimiento de la persona a entrevistar y se identificó un sitio donde hacer las preguntas, para garantizar la confidencialidad y reducir la posibilidad de no respuesta.

Este capítulo caracteriza las prácticas y los roles sexuales, el nivel de satisfacción y la identificación de las principales disfunciones sexuales de los hombres y las mujeres, de 15 a 79 años de edad, entrevistados en la ENSSR-10. Los datos se estratificaron según sexo y grupos de edad de 15 a 19 años y, luego, se agruparon cada diez años con la finalidad de identificar diferencias a lo largo del ciclo de vida.

Se realizaron cruces de frecuencias, aplicando factores de ponderación a los datos absolutos, según grupos de edad y sexo para las siguientes variables: edad de inicio de relaciones sexuales y tipo de pareja con quien se tuvo su primera relación sexual, prácticas y frecuencia de las relaciones sexuales, roles y decisiones sexuales, disfunciones, orgasmo y nivel de satisfacción con respecto a la vida sexual. Además, se hicieron análisis bi-variados para identificar la relación de algunas variables con respecto al estado civil (unido y no unido), nivel de educación formal (secundaria y más o menos de secundaria), lugar de residencia (urbano/rural) y credo religioso. Para el análisis de datos, se utilizó el Programa SPSS Statistics versión 20.

Experiencia de vida de prácticas sexuales

La experiencia de vida de los entrevistados con respecto a masturbación, caricias genitales, coito vaginal, coito anal y sexo oral se muestra en el Gráfico 1. Con excepción del coito vaginal, el cual, a partir de los 20 años alcanza un 90% o más en todos los grupos de edad, tanto en hombres como mujeres, para el resto de las prácticas sexuales realizadas alguna vez en la vida, el porcentaje es siempre inferior en las mujeres cuando se compara con los hombres del mismo grupo de edad. El porcentaje de personas que refieren haber experimentado caricias genitales, sexo oral y coito anal, además de ser inferior al reportado para el coito vaginal, también se reduce al aumentar la edad de los entrevistados.

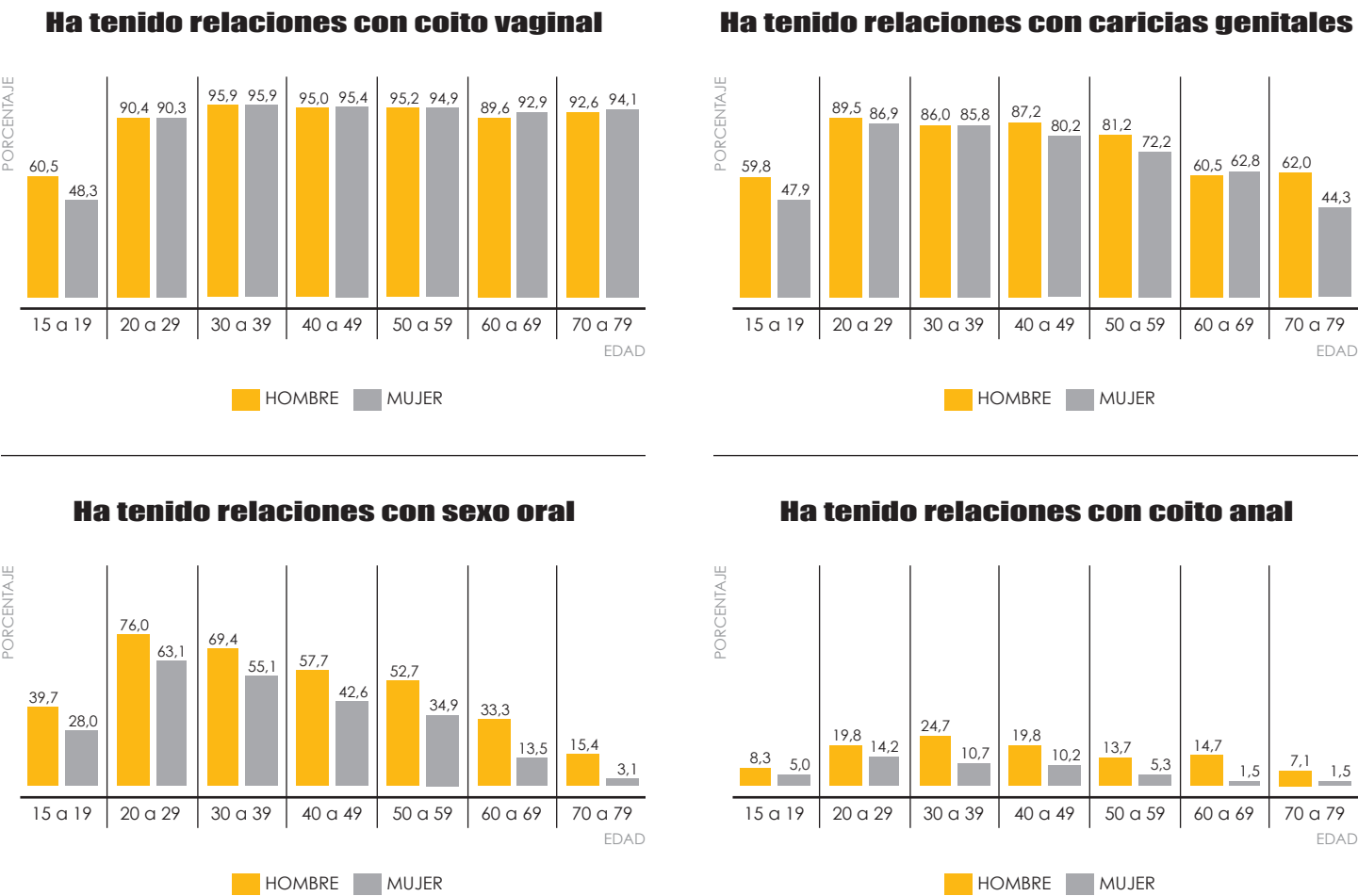
Es necesario señalar que los porcentajes de prácticas sexuales del grupo de 15 a 19 años de edad se deben interpretar con cautela, pues los adolescentes están iniciando su vida sexual. Teniendo en cuenta esa consideración, se observa que un 60,5% y 48,3% de los hombres y las mujeres de ese grupo de edad reportan que ya tuvieron coito vaginal. A diferencia de las personas adultas mayores, en quienes se identifica una brecha importante entre la frecuencia de coito vaginal y caricias genitales, en los adolescentes esas cifras son similares.

Por otra parte, la relación sexual con caricias genitales es, después del coito vaginal, una práctica frecuente en ambos sexos y para todos los grupos de edad. Por ejemplo, los porcentajes son cercanos al 90% en la población de 20 a 39 años de edad. No obstante, resulta evidente la tendencia decreciente en el reporte de

esta práctica al avanzar la edad de las personas. Los valores más bajos se observan en la población con 60 años y más.

La práctica del sexo oral es, también, menos frecuente en las personas de mayor edad. Los jóvenes de entre 20 y 29 años de edad muestran la frecuencia más alta (76,0% de los hombres y 63,1% en las mujeres). Sin embargo, solamente un 15,4% de los hombres y 3,1% de las mujeres de 70 años y más refieren haber tenido sexo oral alguna vez en su vida. Ese porcentaje es incluso inferior al reportado por los adolescentes (39,7% en hombres y 28,0% en mujeres).

▶ **Gráfico 1. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, que han tenido coito vaginal, coito anal, caricias genitales, sexo oral alguna vez en la vida.** Costa Rica, 2010. -Hombres (n = 1 601) / Mujeres (n = 1 596)-



El coito anal es, en general, una práctica poco reportada en todos los grupos etarios y en ambos sexos. Las personas de entre 30 y 39 años son quienes más reportan haber experimentado este tipo de contacto sexual (24,7% hombres y 10,7% mujeres), con los porcentajes inferiores en las personas de 70 años y más (7,1% en hombres y 1,5% en mujeres).

La práctica de masturbación (realizada alguna vez en la vida) muestra, asimismo, diferencias importantes entre hombres y mujeres (ver Cuadro 1). Para todos los grupos de edad analizados, son los hombres quienes muestran los porcentajes más elevados. En ambos sexos, el reporte de esta práctica tiende a mantenerse estable hasta los 49 años, edad a partir de la cual comienza a disminuir, para ambos sexos, hasta alcanzar sus valores más bajos entre los adultos mayores de 70 años y más (69,7% hombres y 5,9% mujeres).

A su vez, la masturbación se inicia más tempranamente en las poblaciones más jóvenes y en los hombres. En el grupo de 15 a 19 años, el 72,7% de los hombres y 39,2% de las mujeres reportaron haberse masturbado antes de los 15 años. Por lo tanto, además de que la masturbación es significativamente menor en las mujeres, para aquellas que refieren haberse masturbado, su inicio es más tardío que en los hombres, con diferencias más marcadas al aumentar la edad.

► Cuadro 1. **Porcentaje de hombres y mujeres por edad que se masturbaron alguna vez en la vida y edad de la primera vez.** Costa Rica, 2010.

Sexo y edad	Edad						
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Hombres (n = 1 601)							
Se masturbó alguna vez	82,0	90,3	87,7	87,5	77,8	75,4	69,7
Edad en la cual se masturbó por primera vez							
Antes de 15	72,7	73,4	74,7	73,9	65,4	64,8	56,3
15 a 19	16,8	19,6	17,3	23,4	26,6	22,6	32,1
A partir de 20	NA	0,3	1,8	1,4	1,3	1,8	5,1
NS/NR	10,5	6,8	6,2	1,3	6,7	10,8	6,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujeres (n = 1 596)							
Se masturbó alguna vez	10,6	32,5	27,8	27,4	21,5	8,7	5,9
Edad en la cual se masturbó por primera vez							
Antes de 15	39,2	21,4	16,9	15,9	19,0	14,2	0,0
15 a 19 años	54,4	46,4	28,0	18,8	14,4	42,9	26,5
A partir de 20	NA	26,9	40,9	47,8	37,4	32,7	47,0
NS/NR	6,4	5,4	14,2	17,4	29,2	10,2	26,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Prácticas sexuales y determinantes sociales

- El Cuadro 2 muestra la frecuencia de prácticas sexuales en hombres y mujeres con respecto a variables sociales, tales como la residencia urbana o rural, el nivel educativo y el credo religioso. Así, los resultados son producto de un análisis descriptivo de frecuencias; por lo cual, es importante anotar que constituyen una aproximación inicial, los cuales deben controlarse mediante la aplicación de metodologías más complejas de análisis multivariado. A pesar de esta limitación, es posible identificar diferencias importantes entre algunos de esos determinantes y la frecuencia de las prácticas sexuales.

- También, se identificaron diferencias en la experiencia sexual de caricias genitales según nivel educativo: tanto los hombres (83,9%) como las mujeres (78,6%) que concluyeron la secundaria reportaron porcentajes superiores a los observados en el estrato de menor educación (73% y 69,9% respectivamente). De la misma forma, la asociación del nivel educativo es más acentuada al analizar la práctica del sexo oral, pues el 68% de los hombres y el 52,3% de las mujeres con mayor educación indicaron haberlo practicado, en comparación con 40,8% y 30,2% en el estrato de menor nivel educativo.
- La práctica del sexo oral también mostró diferencias según la zona de residencia, siendo mayor en aquellas personas que residen en el área urbana (63,7% en hombres y 49% en mujeres) en contraposición con quienes residen en el área rural (47,5% en hombres y 34,6% en mujeres). Asimismo, se identificó una tendencia mayor a haber experimentado sexo oral en las mujeres que indicaron no tener ninguna religión (58,0%), con cifras inferiores a las observadas en aquellas de religión católica (42,2%) o evangélica (44,4%). El mismo patrón se observó en los hombres que declararon ninguna religión (64%), al compararlos con los evangélicos (48,2%).

► Cuadro 2. **Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido relaciones sexuales según tipo de contacto por zona de residencia, nivel educativo y religión.** Costa Rica, 2010. -Hombres (n = 1 601) / Mujeres (n = 1 596)-

Variable	Se masturbó alguna vez		Ha tenido relaciones con caricias genitales		Ha tenido relaciones con coito vaginal		Ha tenido relaciones con sexo oral		Ha tenido relaciones con coito anal	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Total	84,5	23,4	79,6	75,0	88,3	87,9	57,3	43,4	17,2	8,9
Zona										
Urbano	86,4	26,3	82,5	77,0	88,6	87,7	63,7	49,0	19,5	9,8
Rural	81,5	19,0	75,3	72,0	88,0	88,2	47,5	34,6	13,8	7,5
Nivel educativo										
Menor a secundaria	75,3	14,1	73,0	69,9	90,6	92,1	40,8	30,2	11,0	8,0
Secundaria y más	90,5	29,7	83,9	78,6	86,8	85,1	68,0	52,3	21,3	9,5
Religión										
Católica	85,2	23,9	90,0	74,5	90,0	88,6	58,6	42,2	17,3	8,4
Evangélica	82,2	21,1	83,1	76,3	83,1	87,5	48,2	44,4	13,3	8,8
Ninguna	84,9	28,4	87,7	82,0	87,7	89,7	64,0	58,0	23,2	15,5

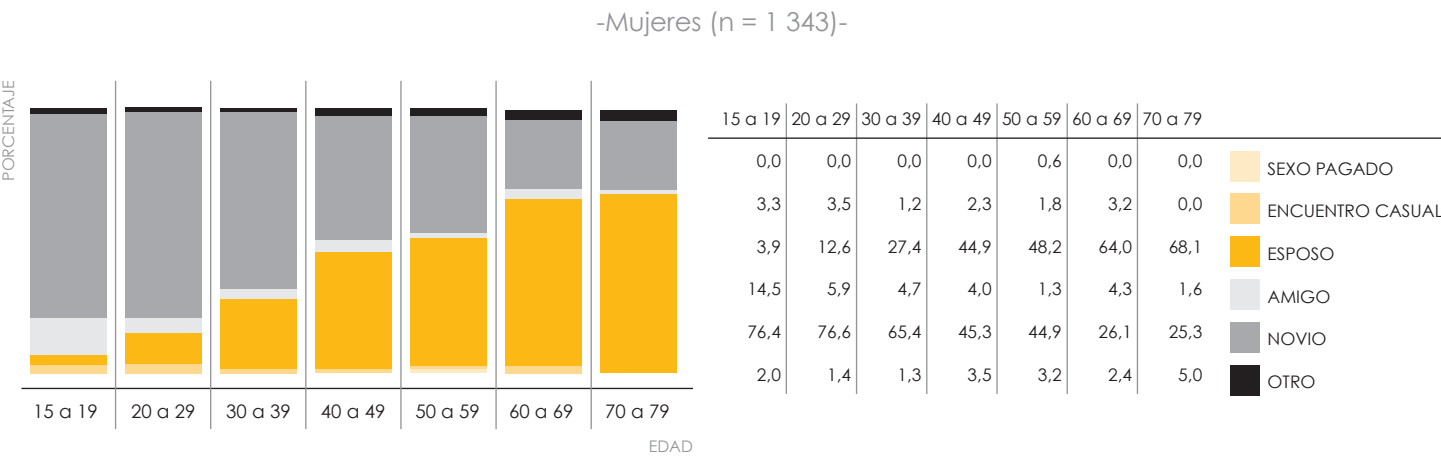
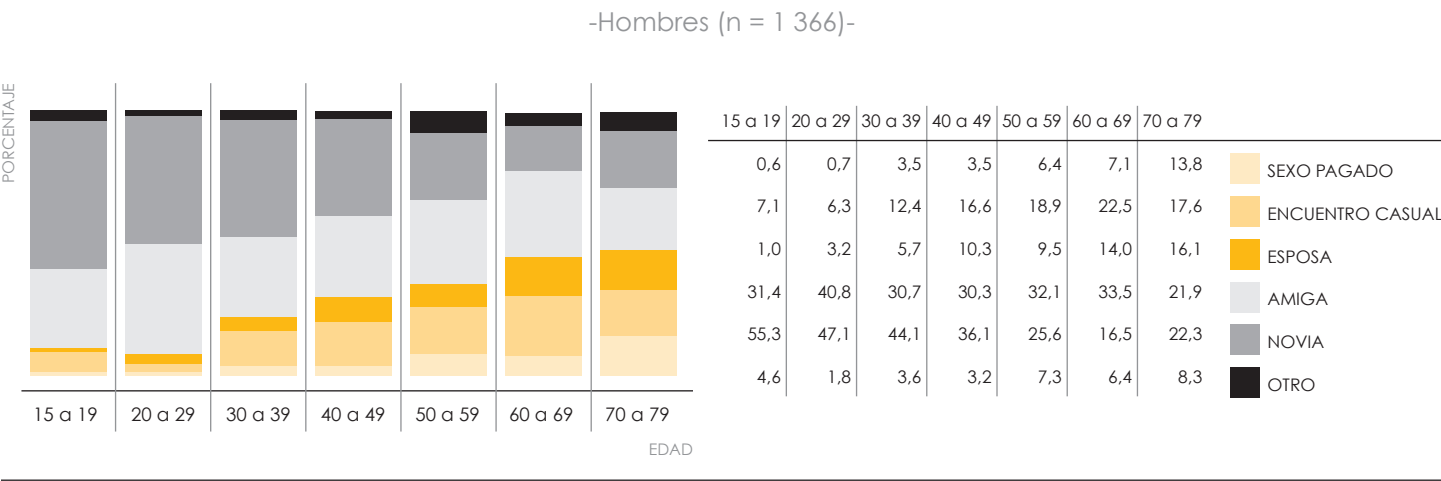
A pesar de que el coito anal fue, en general, una práctica sexual poco reportada, mostró diferencias importantes al compararla según el nivel educativo de los hombres (21,3% en aquellos con secundaria o más y 11,0% en quienes no concluyeron secundaria). En lo que respecta a la religión, fueron los hombres que declararon no profesar una religión quienes más respondieron que experimentaron el sexo anal (23,2%) y los de religión evangélica quienes reportaron la menor frecuencia (13,3%). Asimismo, el coito anal fue más frecuente en las mujeres que respondieron que no tenían ninguna religión (15,5%), siendo un 8,4% y 8,8% en las de religión católica y la evangélica, respectivamente.

Inicio de las relaciones sexuales

La persona con quien se reporta haber experimentado el primer coito vaginal muestra variaciones generacionales sustantivas y diferencias importantes según sexo (ver Gráfico 2).

► Gráfico 2. **Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según el tipo de pareja de la primera relación con coito vaginal.** Costa Rica, 2010.

¿Qué relación tenía usted con la pareja con la que tuvo su primera relación con penetración vaginal?



En las poblaciones más jóvenes de mujeres, el novio es la persona con quien más frecuentemente se inició el coito vaginal (76,4% en el grupo de 15-19 y 76,6% en el de 20-29 años). No obstante, la importancia de la figura del novio disminuye con la edad, hasta llegar a un 25,3% entre las mujeres de 70 años y más. Esto se explica, pues, conforme se incrementa la edad de la mujer, cobra importancia el esposo como la pareja de la primera relación coital vaginal, llegando a representar un 68,1% entre las mujeres de 70 años y más.

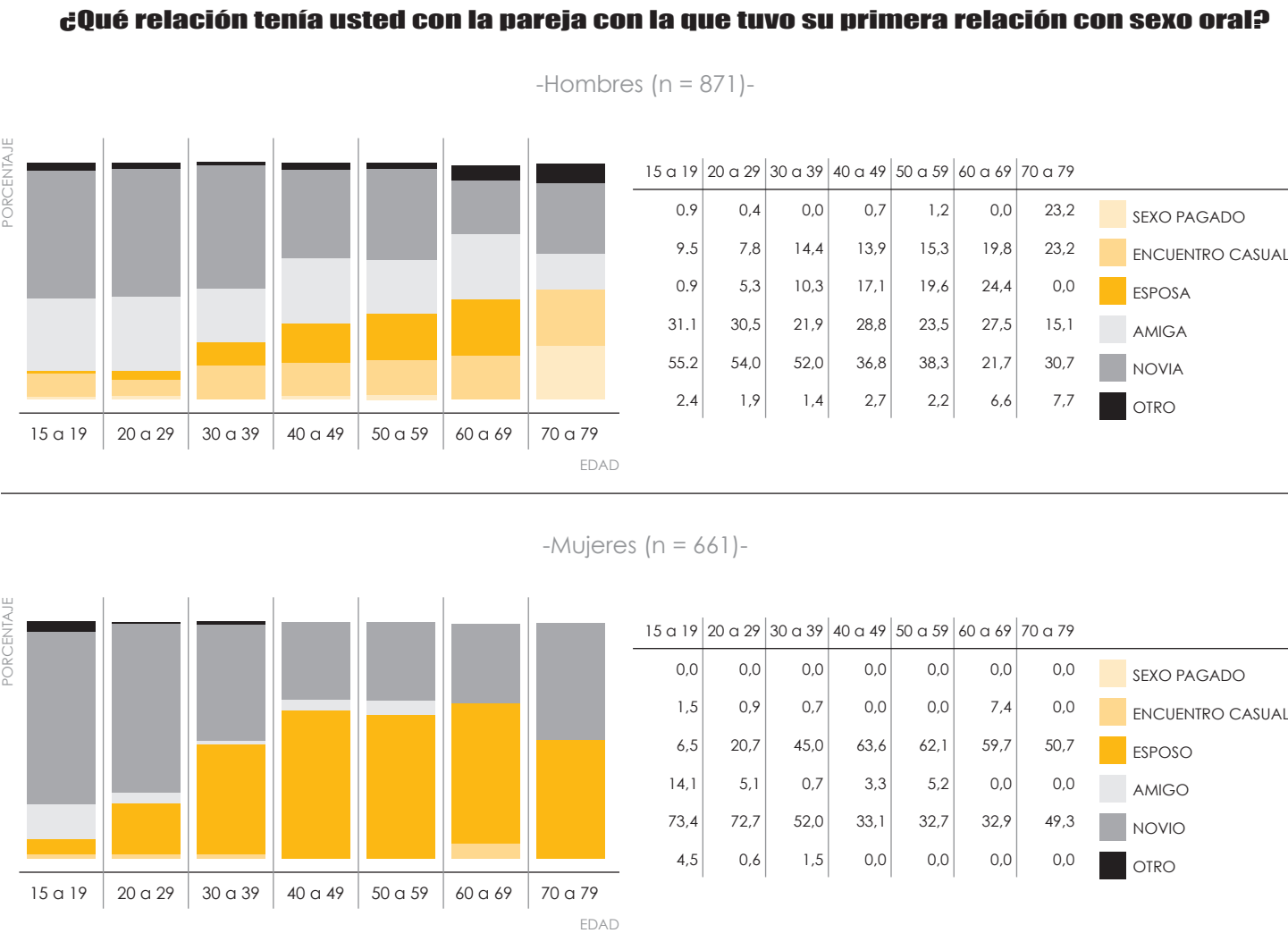
En el caso de los hombres adolescentes, la novia es la pareja con quien más frecuentemente tuvieron

su primer coito vaginal, seguido por la amiga. En contraposición, el encuentro casual y el sexo pagado son más frecuentes en las generaciones de mayor edad. Es así como el 22,5% y el 17,6% de los hombres de 60-69 años y 70-79 años, respectivamente, reportaron haber experimentado su primer coito vaginal durante un encuentro casual. Dicha cifra disminuye progresivamente hasta alcanzar un 6,3% entre los hombres de 20-29 años.

A su vez, 13,8% de los hombres de 70-79 años reportaron haber experimentado el coito vaginal mediante sexo pagado, porcentaje que disminuyó progresivamente entre las generaciones más jóvenes hasta alcanzar un 0,7% y 0,6% entre los adultos de 20-29 años y los adolescentes de 15-19 años, respectivamente.

Con respecto a la primera relación con sexo oral, también se identifican diferencias sustantivas según sexo y edad (ver Gráfico 3). En el caso de los hombres, la novia y la amiga se presentan, en casi todos los grupos de edad, como la pareja con quien mayoritariamente se experimentó el sexo oral. No obstante, esa figura tiende a disminuir conforme se incrementa la edad, al aumentar el peso relativo de la esposa, la relación casual y el sexo pagado.

▶ **Gráfico 3. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según el tipo de pareja de la primera relación con sexo oral.** Costa Rica, 2010.



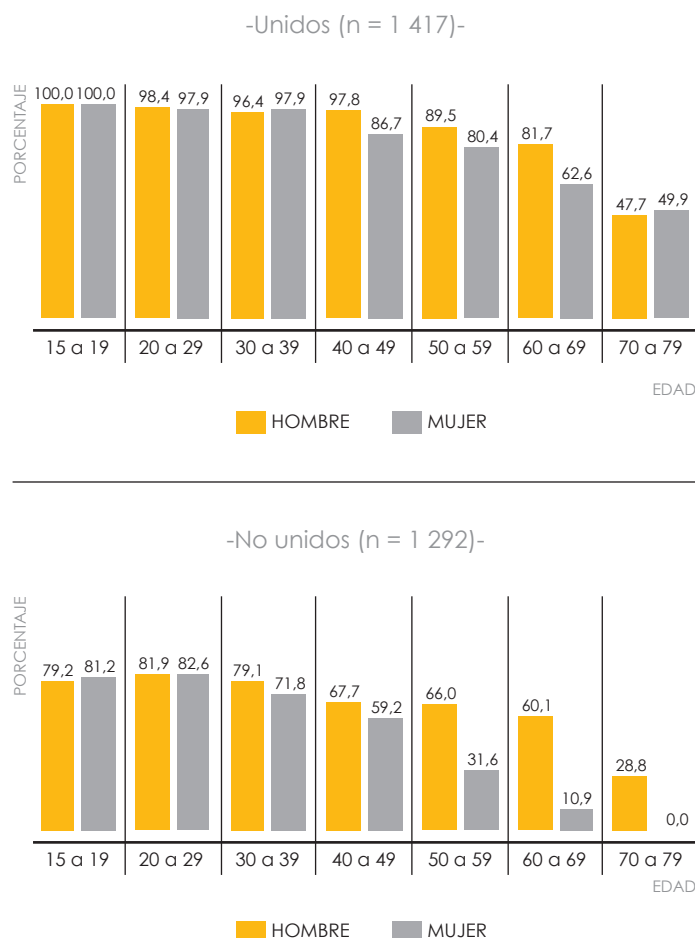
Cabe señalar que el encuentro casual supera, en importancia, a la amiga entre los hombres de 70 a 79 años de edad. Lo mismo sucede con el sexo pagado, el cual en el adulto mayor es reportado en cifras idénticas al encuentro casual (23,2%). En las mujeres, el novio y el esposo son las personas con quienes más se reporta la primera experiencia de sexo oral. No obstante, la importancia de dichas parejas se invierte con la edad, pues la figura del esposo comienza a ganar preponderancia al aumentar la edad de la mujer, superando inclusive a la del novio a partir de los 40-49 años.

Frecuencia de prácticas sexuales durante los últimos meses

La práctica sexual más frecuente en las personas entrevistadas (realizada durante los 12 meses previos a la encuesta) es el coito vaginal. El porcentaje de personas que reportan haber tenido coito vaginal durante el último año es superior entre las personas unidas para todos los grupos de edad analizados, tanto en hombres cuanto en mujeres (ver Gráfico 4).

► **Gráfico 4. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, que tuvieron coito vaginal durante los últimos 12 meses según estado de unión.**
Costa Rica, 2010.

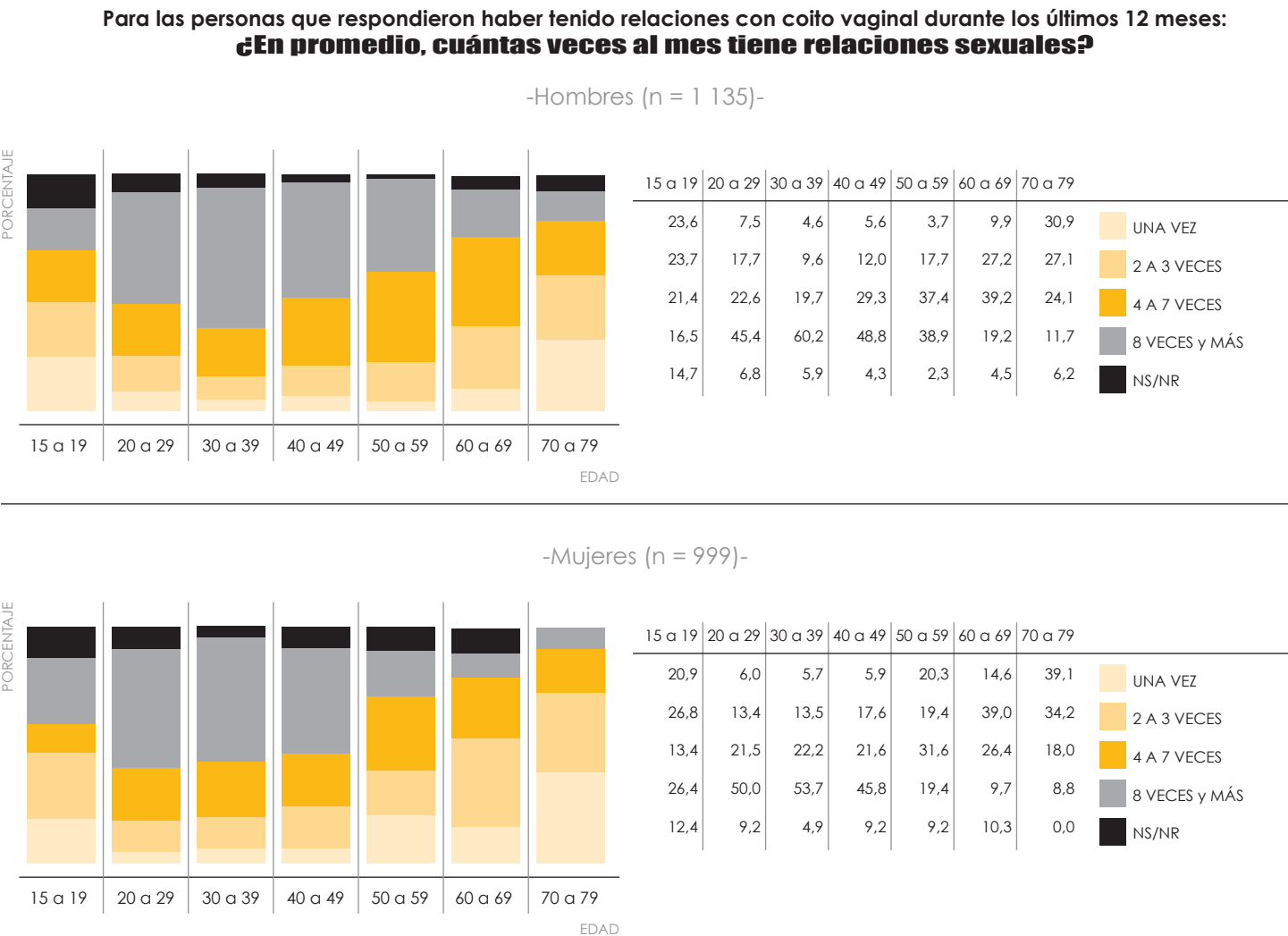
**Para aquellas personas que respondieron que alguna vez tuvieron sexo con penetración vaginal:
¿Ha tenido usted relaciones sexuales con penetración vaginal en los últimos 12 meses?**



A su vez, el porcentaje de personas (unidas y no unidas) que reportan haber tenido, por lo menos, una relación sexual coital durante los 12 meses previos a la encuesta tiende a disminuir conforme se incrementa la edad del entrevistado/a. A modo de ejemplo, el porcentaje de mujeres no unidas que reportan haber practicado el coito vaginal durante el año previo es de 10,9 % y de 0,0% entre las mujeres no unidas de 60-69 y de 70 a 79 años de edad respectivamente; mientras que dichas cifras son de 62,6% y 49,9%, respectivamente, en las mujeres adultas mayores unidas.

A los hombres y las mujeres que refirieron haber tenido coito vaginal durante el último año, se les preguntó el número de veces que tuvieron relaciones sexuales. Tanto en hombres cuanto en mujeres, se observa que la frecuencia más alta de contactos sexuales (ocho y más) alcanza las cifras mayores en la población de adultos de 20 a 49 años. A partir de los 50 años, esa cifra disminuye, alcanzando su valor mínimo entre los 70 y 79 años (ver Gráfico 5).

► **Gráfico 5. Número de relaciones sexuales al mes reportada por los hombres y las mujeres que tuvieron coito vaginal durante los últimos 12 meses.** Costa Rica, 2010.



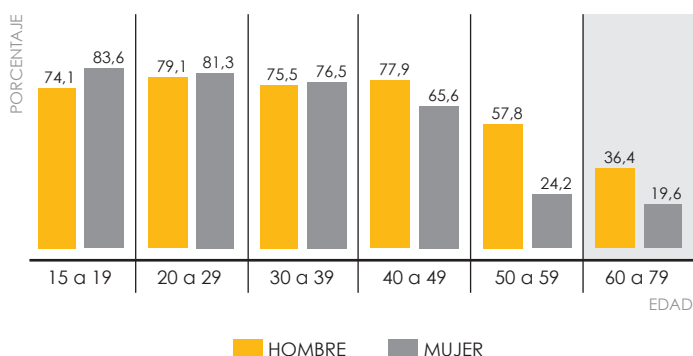
En los hombres, la disminución en la frecuencia de reporte (de ocho o más relaciones sexuales coitales a partir de los 40 años) se da a expensas de un incremento en el reporte de una frecuencia de 4 a 7 veces por mes, siendo que –a partir de los 50 años- resulta evidente, también, el incremento en el reporte de una frecuencia de 2 a 3 relaciones coitales al mes. Cabe señalar que, en las personas de 70 años, es más frecuente que la relación coital ocurra una vez al mes. Las mujeres, por su parte, tienden a reportar frecuencias de relaciones sexuales coitales inferiores a las reportadas por los hombres. Esa diferencia se acentúa a partir de los cincuenta años de edad, cuando se registra un incremento en el reporte de las categorías de 3 y menos relaciones coitales al mes.

Con relación a la frecuencia de otros tipos de contacto sexual, el Gráfico 6 muestra las frecuencias de sexo oral y coito anal durante el año previo a la encuesta y de masturbación en los últimos 3 meses. Cabe resaltar, que esta pregunta se le hizo sólo a las personas que respondieron que habían tenido esa experiencia sexual alguna vez en su vida.

► **Gráfico 6. Porcentaje^{1/} de hombres y mujeres por edad^{2/}, que tuvieron sexo oral, coito anal o se masturbaron al menos una vez durante los últimos meses.** Costa Rica, 2010.

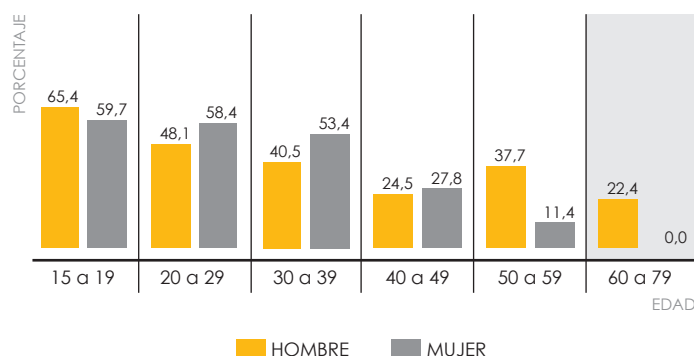
¿Ha tenido sexo oral al menos una vez durante el últimos 12 meses?

-Hombres (n = 871) / Mujeres (n = 661)-



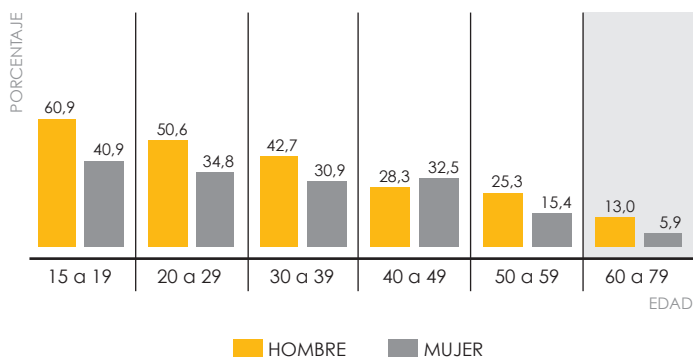
¿Ha tenido coito anal al menos una vez durante el últimos 12 meses?

-Hombres (n = 252) / Mujeres (n = 133)-



¿Se masturbó al menos una vez durante últimos 3 meses?

-Hombres (n = 1 341) / Mujeres (n = 352)-

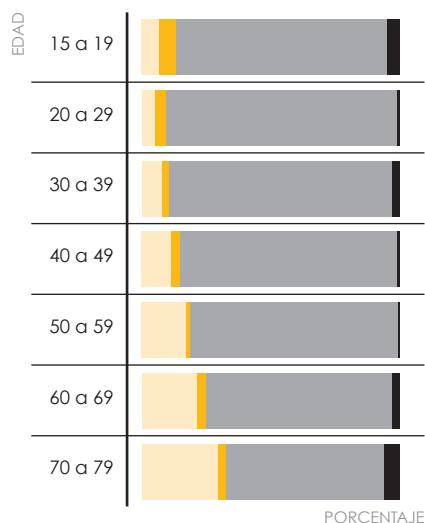


1/ La pregunta se realizó a las personas que respondieron que alguna vez tuvieron cada uno de los tipos de contacto sexual. Por lo tanto, el denominador corresponde a las personas que alguna vez en la vida realizaron esa práctica.

2/ Se agrupa una categoría de 60 a 79 años dado que, a partir de los 60 años, la cantidad de personas por grupos decenales es muy baja, sobre todo en las mujeres.

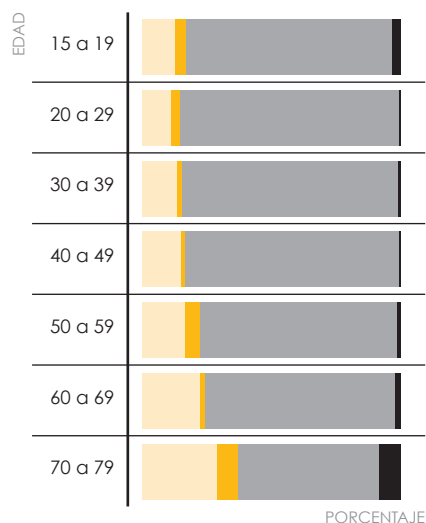
► Gráfico 7.1. **Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según respondieron quienes toman las decisiones sobre la frecuencia y tipo de relación sexual.** Costa Rica, 2010. -Hombres (n = 1 377)-

¿Cuándo tener relaciones sexuales?, lo decide:



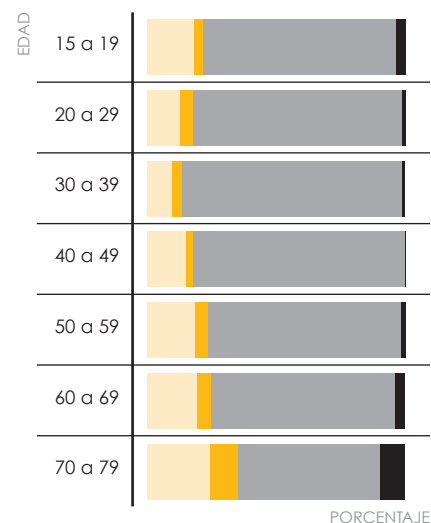
	YO	LA COMPAÑERA	AMBOS	NS/NR
15 a 19	6,8	6,4	82,5	4,3
20 a 29	4,9	4,5	89,4	1,1
30 a 39	7,6	2,4	87,7	2,2
40 a 49	11,0	4,3	84,4	0,4
50 a 59	17,0	1,7	80,1	1,2
60 a 68	20,9	3,9	72,2	3,0
70 a 79	28,9	3,8	61,0	6,3

¿El tipo de contacto sexual? lo decide:



	YO	LA COMPAÑERA	AMBOS	NS/NR
15 a 19	11,3	5,5	79,4	3,7
20 a 29	10,8	4,1	84,1	1,0
30 a 39	12,8	2,5	83,8	0,9
40 a 49	14,2	2,1	82,8	0,9
50 a 59	16,3	5,3	76,6	1,8
60 a 68	21,5	2,3	74,0	2,3
70 a 79	29,0	7,2	55,3	8,5

¿El tipo de posición? lo decide:



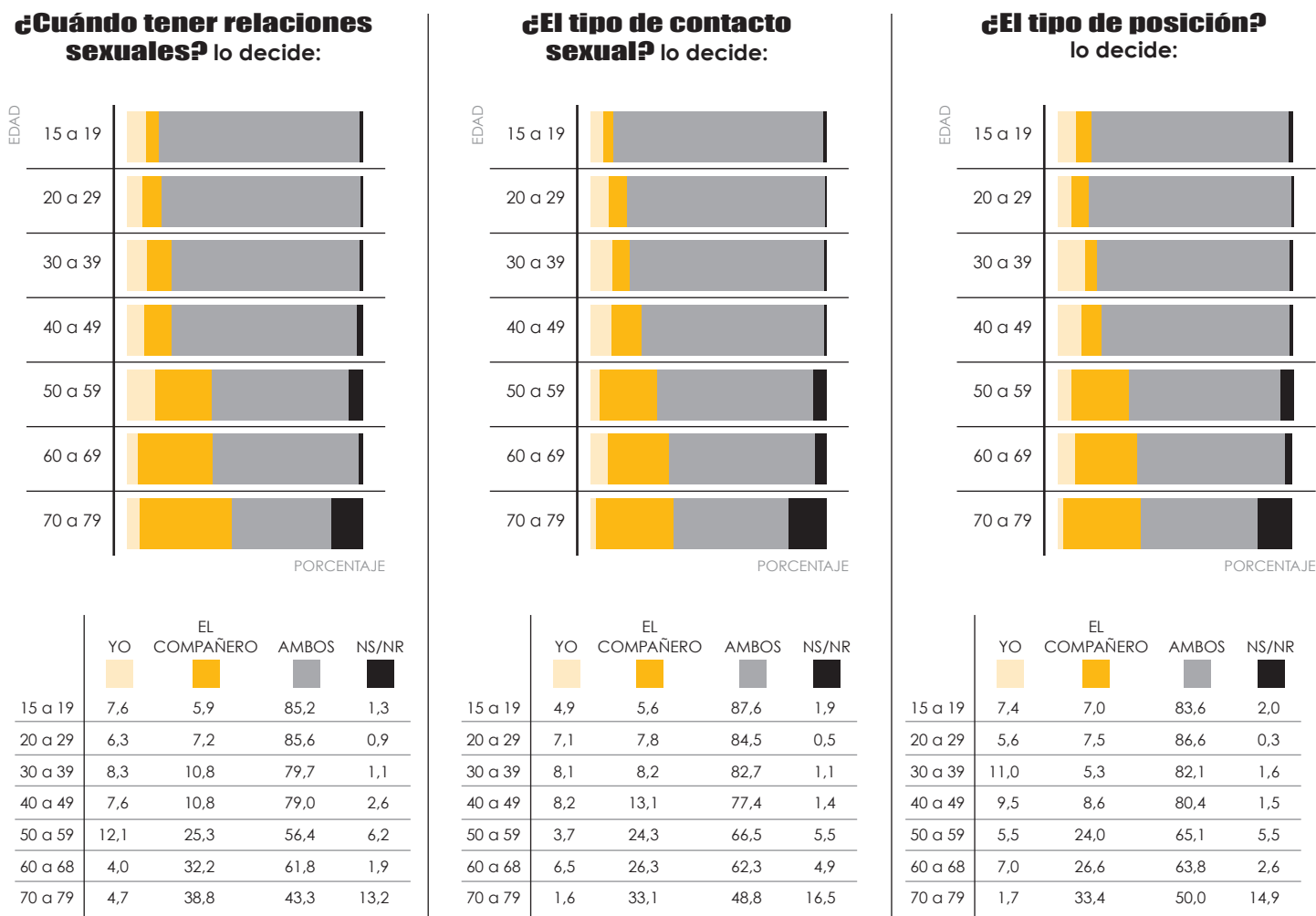
	YO	LA COMPAÑERA	AMBOS	NS/NR
15 a 19	17,3	4,2	75,5	3,0
20 a 29	12,6	4,8	81,6	1,0
30 a 39	9,6	3,4	86,1	0,9
40 a 49	14,7	2,2	82,7	0,4
50 a 59	17,8	5,3	75,1	1,8
60 a 68	19,2	5,6	71,3	3,8
70 a 79	23,9	11,1	55,2	9,8

El porcentaje de personas que refieren haber practicado el sexo oral durante los últimos 12 meses es más elevado en los hombres y las mujeres de 20 a 29 años (79,1% y 81,3%, respectivamente) y disminuye gradualmente con la edad, con una reducción más pronunciada en las mujeres, hasta llegar a 36,4% en los hombres y 19,6% en las mujeres de 60-79 años.

Con respecto al coito anal, a pesar de ser una práctica reportada con baja frecuencia, un 65,4% de los hombres y 59,7% de las mujeres de 15 a 19 años que realizaron coito anal alguna vez en su vida reportan que tuvieron ese tipo de contacto durante el último año. La frecuencia de reporte del coito anal se mantiene estable hasta los 39 años, para luego disminuir en los grupos de mayor edad.

Los adolescentes reportan el porcentaje máximo de masturbación en el transcurso de los tres meses previos a la realización de la encuesta (60,9% en hombres y 40,9% en mujeres). Ese porcentaje disminuye

► **Gráfico 7.2. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según respondieron quienes toman las decisiones sobre la frecuencia y tipo de relación sexual.** Costa Rica, 2010. -Mujeres (n = 1 343)-



progresivamente con la edad, alcanzando un 13,0% en los hombres y 5,9% en las mujeres de 60 a 79 años. El porcentaje de mujeres que reportaron haberse masturbado en los tres meses previos a la encuesta es, con excepción del grupo de 40 a 49 años de edad, inferior al de los hombres y disminuye con la edad.

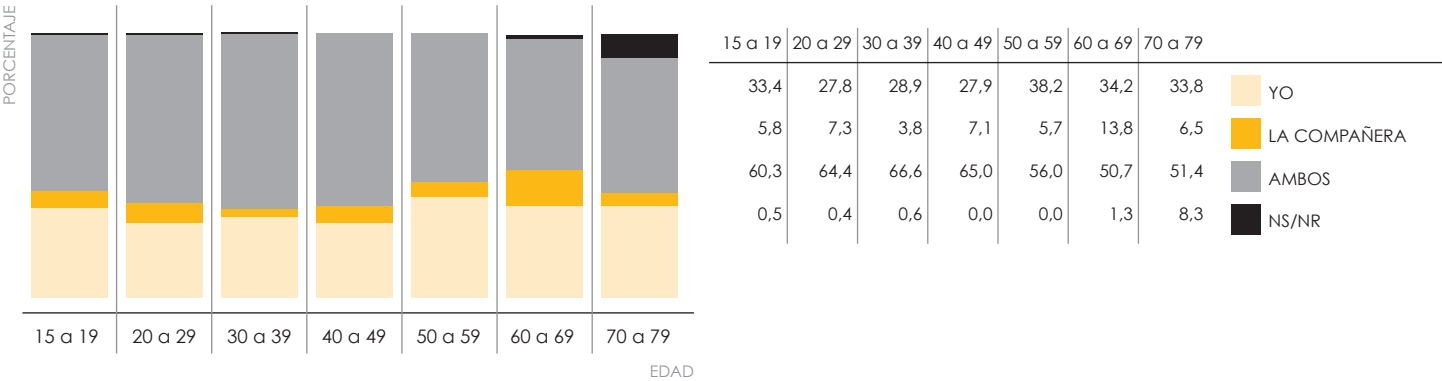
Roles y decisiones sexuales

La encuesta realizó una serie de preguntas tendientes a caracterizar la influencia de los roles de género en el ejercicio de la sexualidad, entre ellas, quién toma la decisión relativa a cuándo tener relaciones sexuales, el tipo de contacto sexual, la posición sexual, el uso de preservativo y la decisión de tener hijos. La mayoría de los hombres y las mujeres reportan que las decisiones relativas a la frecuencia, tipo de contacto y posición en las relaciones sexuales son tomadas por ambos en la pareja. No obstante, las cifras reportadas muestran variaciones de acuerdo al sexo y a la edad (ver Gráfico 7).

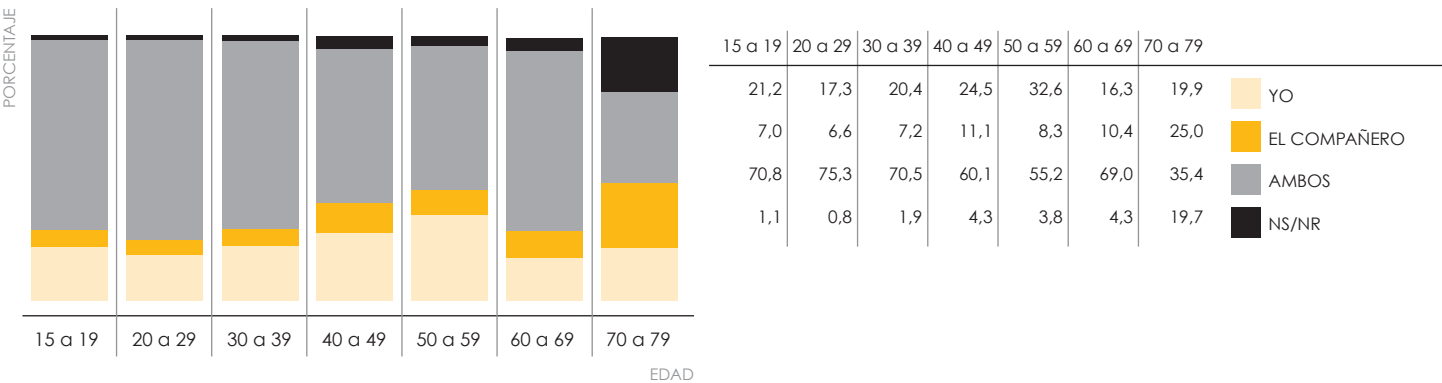
► **Gráfico 8.1. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según respondieron quienes toman las decisiones sobre el uso del condón y la decisión de tener hijos.** Costa Rica, 2010.

¿El uso de condón, quien lo decide?^{1/}

-Hombres (n = 972)-



-Mujeres (n = 826)-



1/ Excluye a las personas que responden que nunca usan el condón.

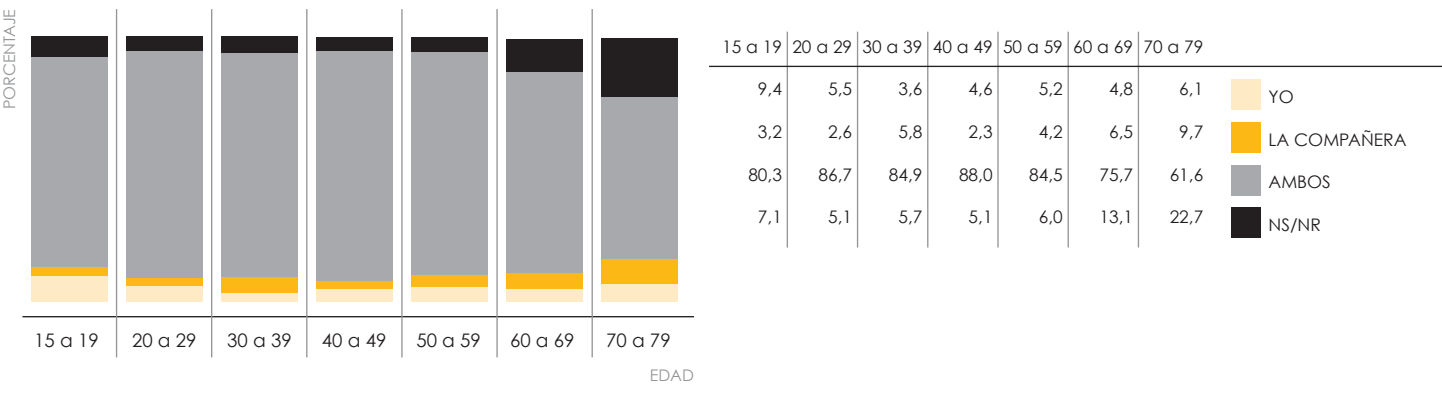
Tanto para hombres como mujeres, el porcentaje que reporta que las decisiones se toman en pareja disminuye progresivamente con la edad, si bien ésta siempre continúa siendo la categoría más reportada. Por el contrario, el porcentaje de hombres que reporta que son ellos quienes toman las decisiones se incrementa progresivamente con la edad, alcanzando su máximo en las personas adultas mayores. Interesa destacar que, en el caso de las mujeres, el porcentaje que refiere que las decisiones son tomadas por el compañero o la compañera es mucho más elevado que el reportado por los hombres y, además, se incrementa paulatinamente con la edad.

En lo que respecta al uso del condón, la mayoría de los hombres de todos los grupos de edad reportan que dicho uso constituye una decisión consensuada por la pareja. Sin embargo, ese porcentaje disminuye a partir de los 50-59 años, alcanzando su mínimo (50,7%) entre los 60 y 69 años de edad, a expensas, principalmente, de un incremento en la decisión tomada por el propio hombre (ver Gráfico 8).

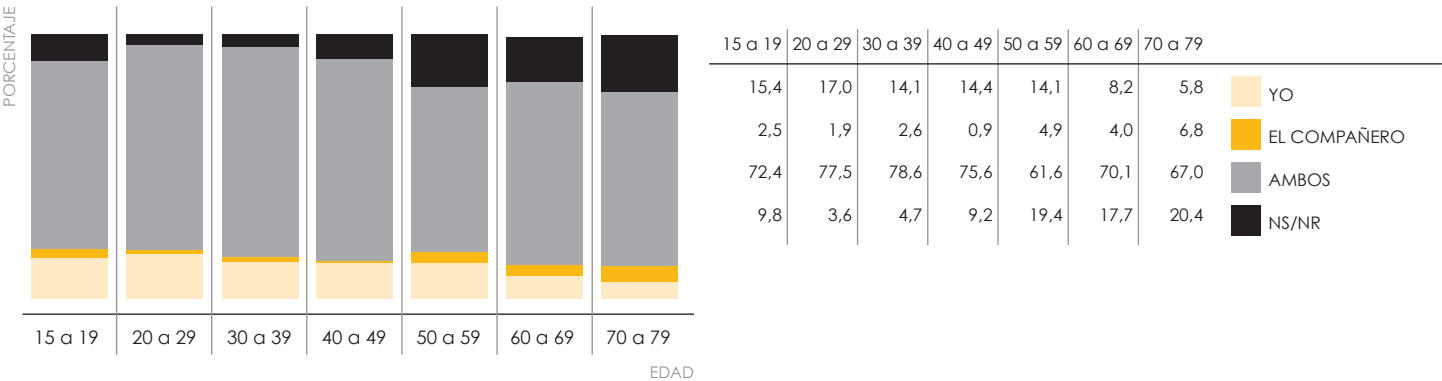
► **Gráfico 8.2. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según respondieron quienes toman las decisiones sobre el uso del condón y la decisión de tener hijos.** Costa Rica, 2010.

¿Tener un hijo, quien lo decide?

-Hombres (n = 1 377)-



-Mujeres (n = 1 343)-



En lo que respecta a la toma de la decisión relativa a tener hijos, se observa que, en general, es una decisión tomada por ambos. Sin embargo, dicho porcentaje tiende a disminuir, tanto en hombres cuanto en mujeres, a partir de los 60 años de edad. En ambos sexos, dicha disminución se da principalmente por un incremento en el porcentaje de la categoría “no sabe/no responde”, la cual fue relativamente alta entre las personas de ≥ 60 años, alcanzando porcentajes de un 22,7% en hombres y 20,4% de en mujeres.

Roles sexuales y determinantes sociales

El nivel educativo parece estar relacionado con quiénes toman las decisiones en cuanto al uso del condón, el tipo de contacto sexual, cuándo tenerlo y la posición, así como la decisión de tener hijos: los hombres y las mujeres de mayor nivel educativo muestran cifras más elevadas de la toma de decisión en pareja, si

se compara con aquellos que no concluyeron la educación secundaria. Por el contrario, con respecto a la zona de residencia y la religión, no se identifican diferencias o tendencias claramente definidas (ver Cuadro 3).

► **Cuadro 3. Porcentaje de hombres y mujeres por edad que respondieron que "ambos" deben tomar las decisiones sobre los tipos de roles sexuales según zona de residencia, nivel educativo y religión.** Costa Rica, 2010. -Hombres (n = 1 377) / Mujeres (n = 1 343)-

Variable	¿Cuándo tener relaciones sexuales? lo deciden ambos		El tipo de contacto sexual lo deciden ambos		El tipo de posición lo deciden ambos		El uso del condón, lo deciden ambos		Tener un hijo lo deciden ambos	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Total	83,6	75,1	80,2	77,0	79,2	77,7	62,5	67,5	83,7	73,7
Zona										
Urbano	84,1	78,3	81,4	79,4	79,5	80,2	63,1	67,2	82,5	73,3
Rural	82,8	70,2	78,5	73,4	78,8	73,9	61,5	68,1	85,7	74,2
Nivel educativo										
Menos a secundaria	75,9	68,0	70,6	69,0	72,8	70,5	54,1	59,6	80,3	69,7
Secundaria y más	88,7	80,2	86,7	82,8	83,6	82,9	66,7	72,0	86,0	76,5
Religión										
Católica	82,4	76,4	80,0	77,8	78,6	79,0	65,0	67,6	83,7	75,2
Evangélica	86,4	71,2	79,1	74,6	80,0	72,8	54,6	64,0	84,0	71,2
Ninguna	84,4	71,9	82,0	76,5	80,8	78,9	61,7	70,7	84,4	75,2

Disfunciones sexuales

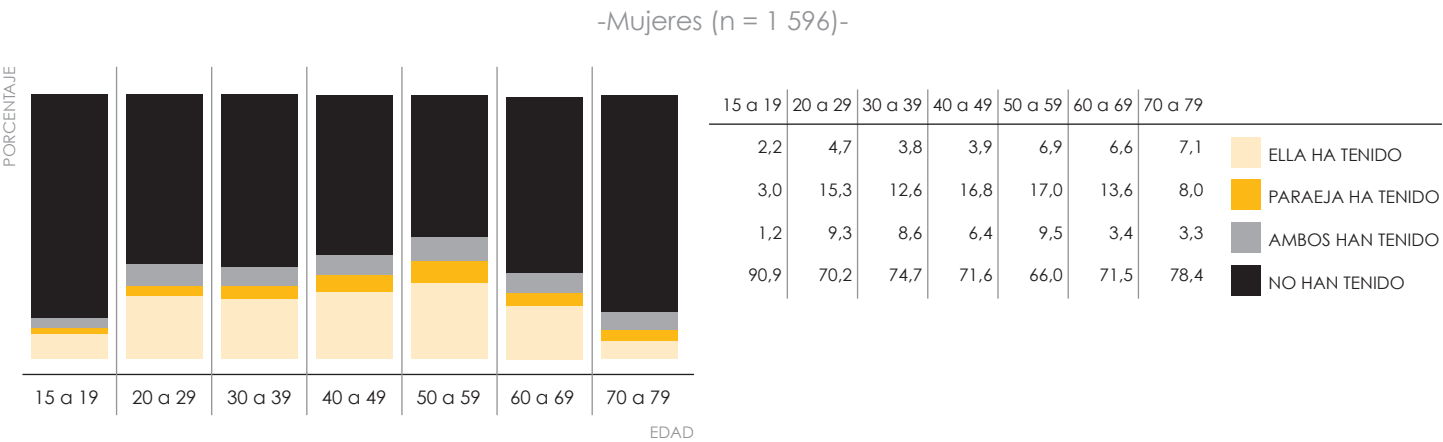
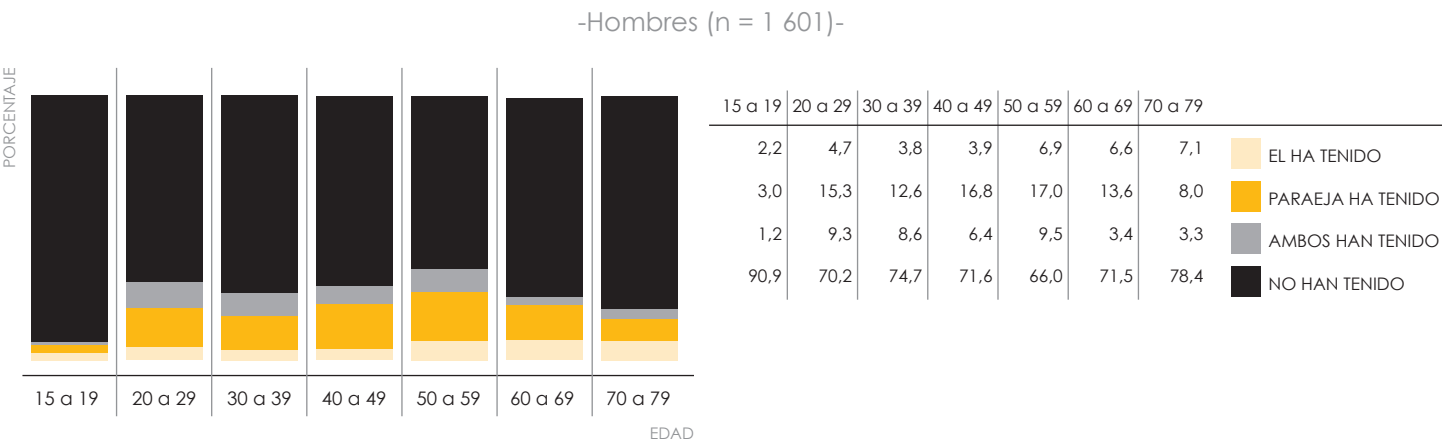
La encuesta investigó la experiencia de disfunciones sexuales entre los entrevistados, ya sea por ellos mismos, sus parejas o ambos. Para ello, se preguntó sobre la dificultad de erección, la ausencia de deseo sexual, la eyaculación precoz, el no poder eyacular, el dolor durante las relaciones, la resequeidad vaginal y la ausencia de orgasmo.

En el caso de los hombres, un 90,9% de los adolescentes respondieron que no han experimentado este tipo de problemas, para luego reducirse a 70,2% en el grupo de 20 a 29 años y mantenerse en un rango de 66,0% en los hombres de 50 a 59 años y 78,4% en el grupo de 70 a 79 años de edad. Los hombres que reportan haber experimentado este tipo de problemas refieren que han sido sus parejas quienes, en mayor proporción, han presentado los problemas (ver Gráfico 9).

En el caso de las mujeres, también, son las adolescentes quienes más reportan mayoritariamente que no han tenido ese tipo de problemas (84,3%), para luego disminuir a 63,6% en el grupo de 20 a 29 y, siguiendo el mismo patrón de los hombres, mostrar el porcentaje menor (53,4%) en aquellas con edades entre 50 y 59 años, siendo incluso inferior que la frecuencia reportada por las mujeres de 70 a 79 años. A diferencia de los hombres, la mayoría de las mujeres que reportan haber tenido problemas durante sus relaciones sexuales refieren haberlos experimentado ellas mismas.

► Gráfico 9. **Porcentaje de hombres y mujeres por edad que reportaron que alguna vez tuvieron problemas^{1/} durante las relaciones sexuales.**
Costa Rica, 2010.

¿Ha tenido usted o su pareja alguno de los problemas mencionados?*



1/ Se refiere a: Dificultad de eyección, ausencia de deseo sexual, eyaculación precoz, no puede eyacular, dolor durante las relaciones, resequedad vaginal o ausencia de orgasmo.

Los principales problemas que reportan las personas, tanto hombres como mujeres, son: la ausencia de deseo sexual, la resequedad vaginal y el dolor durante las relaciones sexuales (ver Cuadro 4).

El reporte de ausencia de deseo sexual, en los hombres, se incrementa crecientemente con la edad, hasta alcanzar un 56,5 % entre los 50 y 59 años de edad y disminuir, posteriormente, hasta un 17,7% en el grupo de 70 a 79 años de edad. Cabe señalar que el comportamiento del reporte de la dificultad de erección entre los hombres se incrementa progresivamente a partir de los 50 años, hasta alcanzar un 37,3% a los 70-79 años de edad, constituyéndose en el problema más reportado por dicho grupo de edad. Ese problema, asimismo, es reportado en un 27,7% por los hombres adolescentes.

Por otra parte, la ausencia de deseo sexual y la resequedad vaginal son los problemas más reportados

por las mujeres. El reporte de ausencia de deseo sexual disminuye levemente entre los 50 y 69 años de edad, para volverse a incrementar y alcanzar su punto máximo de reporte (50,0%) entre los 70 y 79 años de edad. A diferencia de ese patrón, la resequedad vaginal se incrementa en las mujeres a partir de los 50 años de edad y alcanza su punto máximo entre los 60-69 años, con 55,1%. El reporte de la dificultad de erección se incrementa progresivamente con la edad de la mujer entrevistada, llegando a alcanzar su cifra máxima (29,0%) a los 70-79 años.

Cuadro 4. **Porcentaje de hombres y mujeres por edad según tipos de problemas que reportaron durante las relaciones sexuales.** Costa Rica, 2010.

Tipo de problema	Edad						
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Hombres (n = 1 601)							
Porcentaje que refiere haber tenido algún problema	6,4	29,2	24,9	27,0	33,4	23,6	18,4
Tipos de problemas que ha tenido							
Dolor durante relaciones sexuales	30,3	26,4	31,2	22,9	23,1	25,6	17,7
Dificultad de erección	27,7	13,0	8,8	6,6	20,1	21,5	37,3
Resequedad vaginal	24,8	34,8	38,3	44,0	37,1	39,1	16,4
Ausencia de deseo sexual	27,1	32,0	40,1	32,2	56,5	21,9	17,7
Ausencia de orgasmo	26,3	17,8	13,3	18,3	16,5	6,3	24,3
Mujeres (n = 1 596)							
Porcentaje que refiere haber tenido algún problema	12,4	35,6	34,6	39,2	45,5	31,7	15,0
Tipos de problemas que ha tenido							
Dolor durante relaciones sexuales	46,1	32,9	27,5	21,1	24,0	23,1	21,0
Dificultad de erección	5,8	7,2	12,7	14,0	24,4	27,0	29,0
Resequedad vaginal	22,2	41,3	34,0	28,8	45,5	55,1	50,0
Ausencia de deseo sexual	28,9	44,0	48,9	44,4	39,3	34,4	50,0
Ausencia de orgasmo	18,0	24,0	24,2	34,7	18,3	28,5	47,6

Orgasmo y satisfacción plena

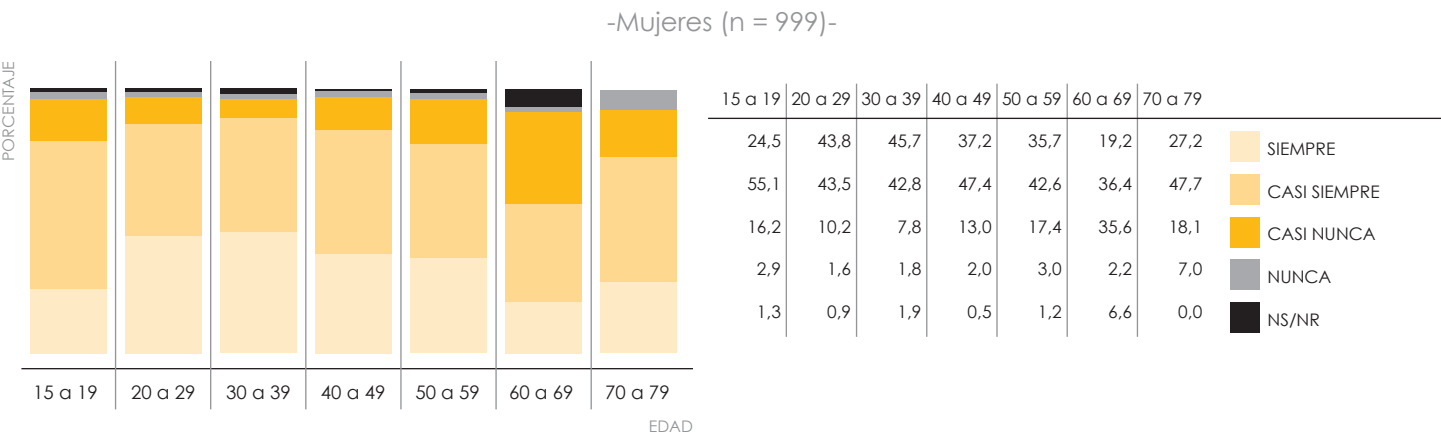
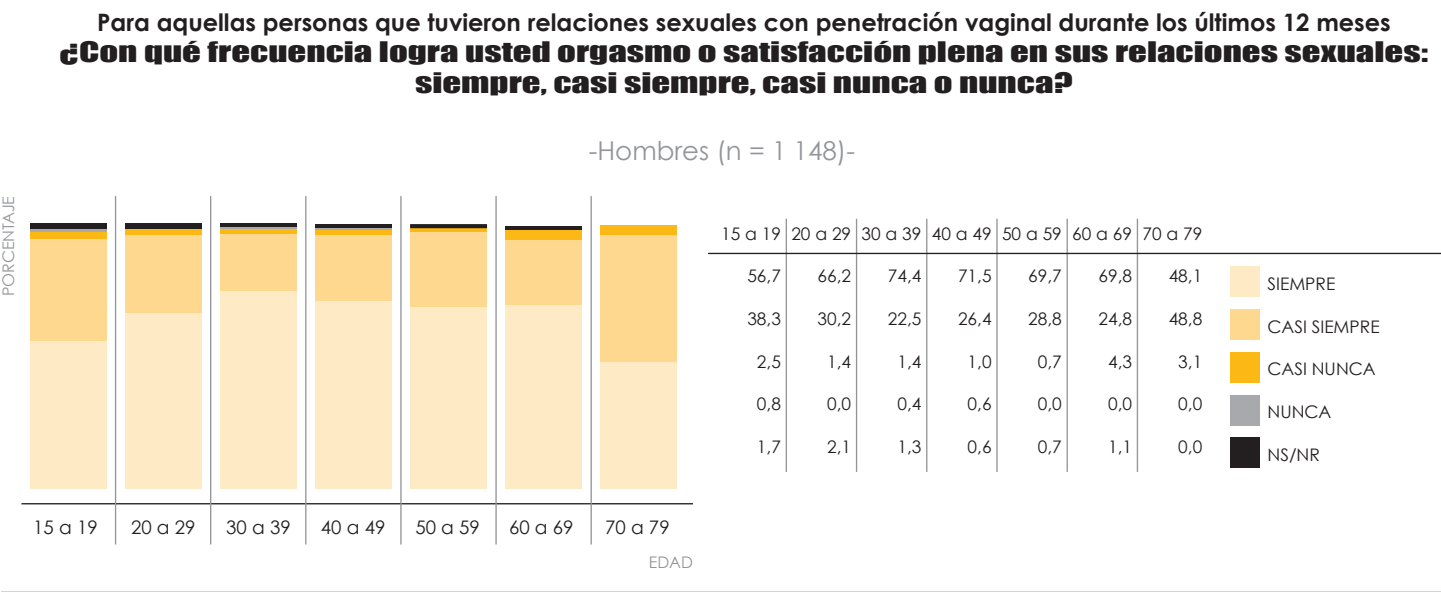
La encuesta preguntó a aquellas personas que reportaron haber tenido coito vaginal durante el último año, si habían alcanzado el orgasmo o la satisfacción plena en las relaciones sexuales (ver Gráfico 10).

La mayoría de los hombres (de todos los grupos de edad a quienes se les realizó esta pregunta) refirieron alcanzar “siempre o casi siempre” el orgasmo o la satisfacción plena. La categoría de “siempre” alcanza su máximo a la edad de 30 a 39 años (74,4%) y se mantiene relativamente estable hasta los 69 años para, luego, disminuir considerablemente en los hombres entre 70 y 79 años de edad (48,1%). Esa disminución se da, principalmente, a expensas de un incremento en el porcentaje de quienes reportan alcanzar la satisfacción plena “casi siempre”.

Las mujeres refieren, en su gran mayoría, alcanzar el orgasmo o satisfacción plena “casi siempre”; esta categoría de respuesta predomina en todos los grupos de edad. Sin embargo, a diferencia de lo observado en

los hombres, un porcentaje considerable de mujeres reporta que “casi nunca” y “nunca” alcanza el orgasmo o satisfacción plena. Dicho porcentaje tiende a incrementarse con la edad y es considerable en el grupo de mujeres de 60 a 69 años, entre quienes esas categorías suman un 37,8%. A su vez, el porcentaje de las mujeres que refieren que “nunca” alcanzan la satisfacción plena alcanza un porcentaje de 7% en las mujeres de 70 a 79 años de edad.

► **Gráfico 10. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según la frecuencia reportada con que alcanzan el orgasmo o satisfacción plena en sus relaciones sexuales.** Costa Rica, 2010.

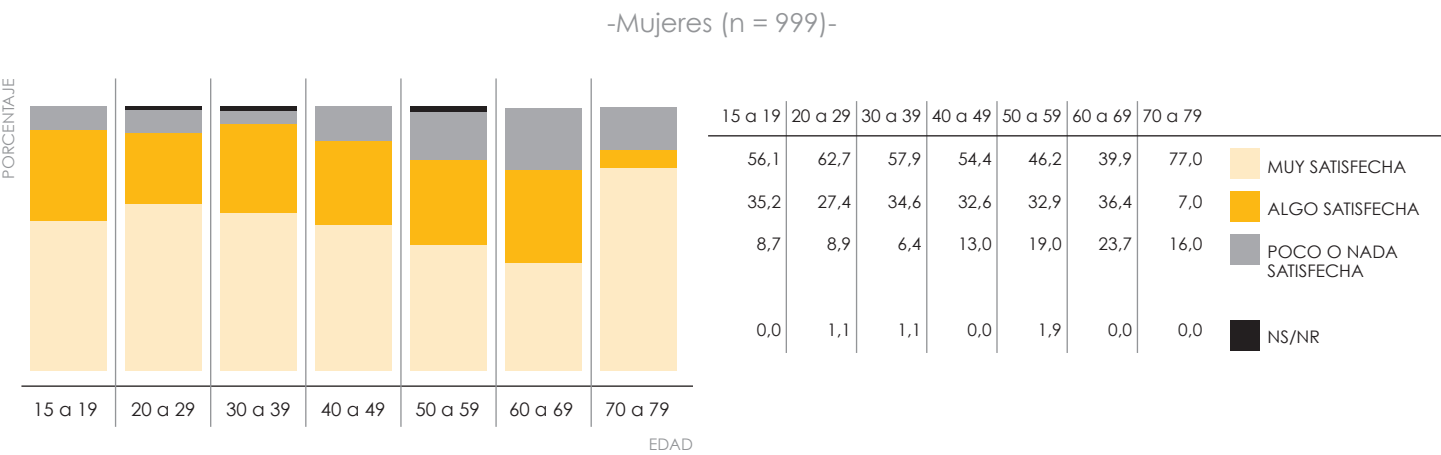
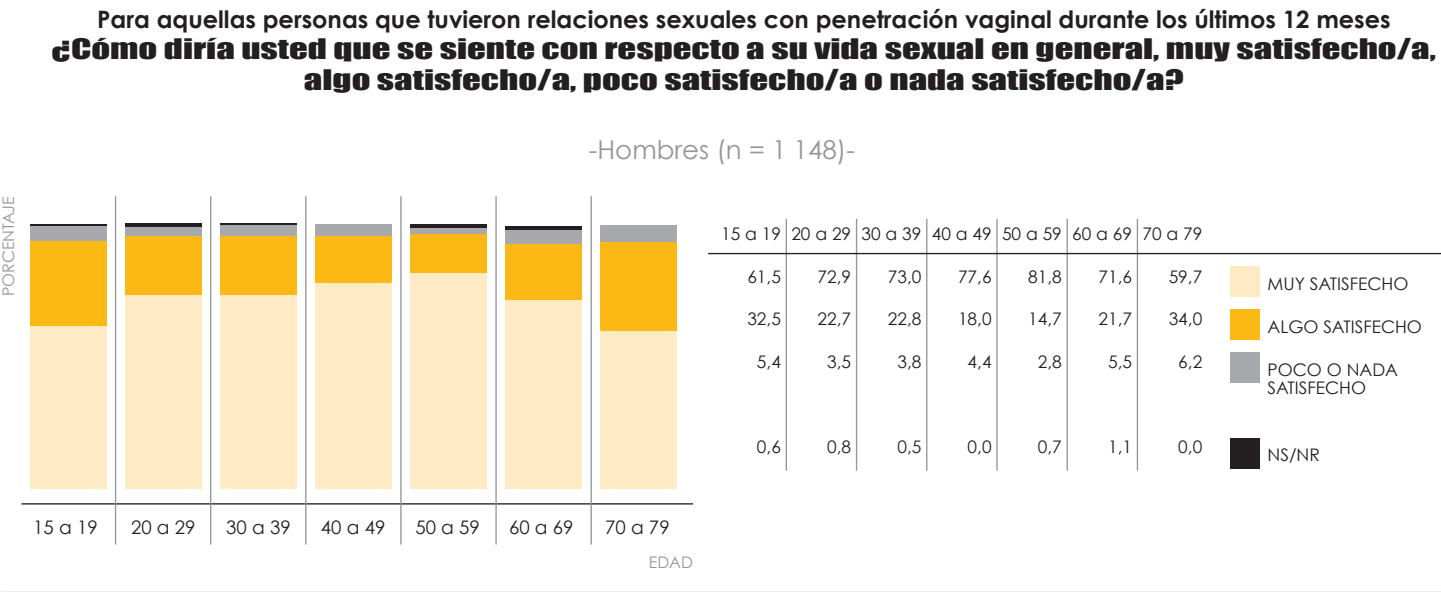


Satisfacción con relación a la vida sexual

El nivel reportado de satisfacción con respecto a la vida sexual en general muestra un rango entre 59,7% y 81,8% en los hombres que respondieron estar “muy satisfechos”. Esa cifra es menor en todos los grupos de mujeres, si se compara con los mismos rangos de edad de los hombres, con valores de 39,9% a 77,0%. Además, son

las mujeres quienes reportaron porcentajes más altos de vida sexual “poco o nada satisfactoria”, superando a los hombres en todos los grupos de edad. El porcentaje de las que reportan una vida sexual “poco o nada satisfactoria” tiende a incrementarse con la edad, alcanzando su máximo entre los 60 y 69 años de edad (27,3%) (ver Gráfico 11).

► **Gráfico 11. Porcentaje de hombres y mujeres por edad, según el nivel de satisfacción que reportaron con respecto a su vida sexual.** Costa Rica, 2010.



Conclusiones

Los resultados de la ENSSR-10 ofrecen información valiosa para aproximarse al conocimiento de la sexualidad de los y las habitantes del país. Esta información permite incursionar en un terreno todavía muy poco explorado. No obstante, es importante tener presente que, al igual que en cualquier otra encuesta (pero, con

mayor razón en ésta que aborda temas relacionados con la intimidad), los resultados obtenidos no necesariamente reflejan la realidad.

Los hallazgos que se describen en este capítulo constituyen una mezcla de la experiencia de vida de la persona entrevistada y de sus fantasías, filtradas ambas por los sesgos de la memoria, una cierta necesidad de complacer al entrevistador, la censura social y la condición de género, entre otras. Esta última categoría desempeña un papel importante. Es sabido que los hombres tienden a sobredimensionar sus experiencias y que, por el contrario, las mujeres tienden a minimizarlas e inclusive negarlas.

En este sentido, los datos presentados, más que un fiel reflejo de la realidad de la sexualidad de las mujeres y hombres del país, constituyen un punto de partida, un referente de lo que la gente hace, cree que hace, acepta que hace y dice que hace, además, de lo que considera como apropiado y propio de su sexualidad y de la sexualidad de otros.

Igualmente, hay otro aspecto que es importante tomar en consideración: los resultados obtenidos no nos hablan únicamente de las personas entrevistadas, sino también, de aquellos que diseñaron la encuesta, pues toda encuesta está situada en un contexto social e histórico específico y es, en mayor o menor grado, reflejo de sus autores. Para quienes diseñan este tipo de encuestas, resulta difícil dejar las convicciones y las visiones a un lado y explorar libremente el tema de la sexualidad.

La ENSSR-10 no constituye una excepción y fiel reflejo de ello es la pregunta relacionada con la satisfacción sexual, la cual se aplicó únicamente a aquellas personas que manifestaron haber tenido una relación sexual coital vaginal en el transcurso de los 12 meses previos a la encuesta, dejando por fuera a todas aquellas personas que, por uno u otro motivo, expresaron su sexualidad de otra manera. Esta situación constituye un buen ejemplo de las dificultades que conlleva explorar y comprender la sexualidad de una manera integral y diversa.

No obstante lo antes señalado, los resultados obtenidos por la ENSSR-10 muestran diferencias notorias y consistentes en el ejercicio de la sexualidad entre las personas entrevistadas. Es claro que existen disparidades de acuerdo a sexo, edad, estado civil y, también, nivel educativo. A manera de síntesis, es posible señalar que:

- El coito vaginal es la práctica sexual que, más frecuentemente, reportan los hombres y las mujeres del país. Otras prácticas sexuales (como la masturbación, el sexo oral y sobre todo el coito anal) son menos frecuentes, en ambos sexos, y tienden a disminuir conforme avanza la edad del entrevistado, mostrando frecuencias más elevadas en los hombres, si se comparan con lo reportado por las mujeres.
- La persona con quien se reportó haber experimentado el primer coito vaginal muestra variaciones generacionales sustantivas y diferencias de acuerdo al sexo. La figura del novio y la novia es más importante entre las generaciones jóvenes, mientras que el esposo cobra mayor importancia entre las mujeres de edad más avanzada. Entre los hombres de mayor edad, la figura del encuentro casual y el sexo pagado resultó ser importante.

- El número de hombres y mujeres que reportan haber tenido actividad sexual, en los 12 meses previos a la encuesta, tiende a disminuir conforme avanza la edad de la persona entrevistada. Esta disminución es más evidente en el caso de las mujeres. También, la frecuencia mensual de relaciones sexuales coitales vaginales disminuye, en hombres y en mujeres, conforme se incrementa la edad.
- Las personas unidas tienen más posibilidades de haber tenido una relación sexual coital vaginal durante el último año. El estado de unión es una condición particularmente determinante de la frecuencia de relaciones sexuales, sobre todo en el caso de las mujeres, y ese efecto se acentúa al avanzar la edad.
- La mayoría de los hombres y las mujeres de todas las edades reportaron no haber experimentado ni ellos, ni tampoco sus parejas, las disfunciones sexuales estudiadas. En lo que respecta a los hombres que reportan haber experimentado disfunciones sexuales, la mayoría indica que el problema lo presentó su pareja, a diferencia de lo observado en las mujeres.
- La ausencia de deseo sexual, la resequedad vaginal y el dolor durante las relaciones son los tres problemas más reportados por hombres y mujeres que reportaron haber experimentado, ya sea ellos o sus parejas, disfunciones sexuales.
- Los hombres y las mujeres que tuvieron sexo con penetración vaginal en el transcurso de los 12 meses previos a la encuesta, señalaron tener un alto grado de satisfacción con su vida sexual. No obstante, las mujeres reportaron porcentajes superiores de vida sexual “poco o nada satisfactoria”, superando a los hombres de todos los grupos de edad. A su vez, si se compara con los hombres, una proporción superior de mujeres refieren que “nunca” o “casi nunca” alcanzan el orgasmo o la satisfacción plena en sus relaciones sexuales.
- La mayoría de los hombres y las mujeres reportaron que las decisiones relativas a la frecuencia, el tipo de contacto y la posición en las relaciones sexuales, el uso del condón e, igualmente, la decisión de tener hijos son tomadas por ambos miembros de la pareja. No obstante, el porcentaje de aquellos que reportan que las decisiones se toman en pareja disminuye, progresivamente, al aumentar la edad de las personas y es inferior en la población de menor nivel educativo.

Capítulo 5. **Salud Sexual** **y Salud Reproductiva** **de las Personas Adolescentes.** Aportes para la toma de decisiones.

Visualizando **la salud reproductiva y la sexualidad** **desde diversas perspectivas:**

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 5.

Salud Sexual y Salud Reproductiva de las Personas Adolescentes.

Aportes para la toma de decisiones.

Laura Sánchez Calvo¹
Oscar Valverde Cerros²

Resumen

Al analizar la situación de la salud sexual y la salud reproductiva de las personas adolescentes (entre 15 y 17 años), a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2010; se evidencia que aún existen grandes vacíos y, por lo tanto, desafíos para fortalecer los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas adolescentes para una vivencia informada, segura, placentera y responsable de su sexualidad.

Los datos muestran que –si bien las personas adolescentes cuentan con información sobre métodos anticonceptivos y de protección, así como sobre la transmisión y prevención del VIH– aún coexisten en medio de informaciones correctas e incorrectas. Lo anterior les dificulta el discernimiento y la toma de decisiones seguras y, a la vez, contribuye con una baja percepción del riesgo.

Esta situación, aunada al estigma y la discriminación existente hacia las personas con orientaciones sexuales diversas, así como a las actitudes negativas hacia el uso de métodos de protección como el condón, aumentan su vulnerabilidad y su riesgo debido al inicio de relaciones sexuales a temprana edad, algunas veces con personas mayores que ellos(as); además, un amplio porcentaje no utiliza métodos anticonceptivos, ni métodos de protección ante las ITS, incluyendo el VIH.

¹ Psicóloga, Asesora en VIH del UNFPA, Costa Rica.

² Psicólogo, Oficial de Programa en Salud Reproductiva del UNFPA, Costa Rica.

Introducción

Durante las últimas décadas, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas adolescentes ha sido una preocupación constante en múltiples sectores. La inquietud por la disminución en la edad de inicio de relaciones sexuales genitales y coitales, el mantenimiento casi constante de la tasa específica de fecundidad adolescente (en relación con cambios significativos en otros grupos etarios), la creciente incidencia del VIH en personas jóvenes, la violencia sexual de la cual son objeto –principalmente las mujeres-, entre otros fenómenos vinculados a la forma de vivir la sexualidad por parte de este sector de población, son algunas de las situaciones que justifican y dan sentido a la necesidad de analizar los determinantes culturales, sociales y personales de la salud sexual y reproductiva de este dicho grupo etario.

Si tomamos en cuenta que la vida es un continuo y los esfuerzos de promoción de la salud y prevención en salud deben estar articulados y ajustados estratégicamente a las características y necesidades de cada fase del ciclo vital, el análisis de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2010 (ENSSR-10), –específicamente, en el segmento poblacional de adolescentes- constituye una manera de determinar las falencias y los vacíos existentes en la sociedad y su institucionalidad, para asegurar desde la primera infancia el desarrollo de los conocimientos, las actitudes y las prácticas que garanticen a las personas el disfrute pleno, autónomo, seguro y corresponsable de su sexualidad.

Además, se ha elegido estratégicamente hacer este análisis para personas adolescentes entre 15 y 17 años, debido a que todavía son personas menores de edad, según el marco jurídico costarricense, lo cual les ofrece condiciones muy particulares en muchos aspectos de su vida social; pero, sobre todo, en relación con el acceso a los servicios de salud y educación. Es por esto que, aunque quizás este subgrupo pudiera tener semejanzas en sus conocimientos, actitudes y prácticas con otras personas de edades cercanas, como 18 ó 19 años, se prefirió hacer un análisis particular para este subgrupo.

De esta manera, el presente capítulo revisa y ofrece el análisis de algunos de los datos e informaciones más relevantes, los cuales fueron evidenciados en la ENSSR-10 para el segmento de población adolescente, en relación con los conocimientos, actitudes y prácticas en el ámbito de su sexualidad.

Abordaje metodológico

El diseño de la muestra de la ENSSR-10 se basó en el Marco Muestral de Viviendas del 2000 (MMV-2000), construido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) a partir de la información del Censo Nacional de Población y Viviendas del año 2000. Asimismo, el diseño de la muestra utilizada en la ENSSR-10 fue bietápico, estratificado y de conglomerados, distribuida en 70 de los 81 cantones y en las 7 provincias del país.

Para lograr una representatividad de la población de ambos sexos entre los 15 y los 80 años de edad, la muestra total fue de 3197 personas (1601 hombres y 1596 mujeres). También, para garantizar la representatividad de los resultados para el grupo de personas adolescentes, se incluyó una sobre muestra para la población de entre 15 y 17 años. Así, la ENSSR-10 entrevistó a un total de 398 personas adolescentes (199 hombres y 199 mujeres), con edades comprendidas entre 15 y 17 años de edad.

El cuestionario aplicado a las personas adolescentes fue el mismo que se usó para el resto de la población, con más de 500 preguntas agrupadas en 14 temas, a saber, características generales de las personas entrevistadas, acceso a información sobre sexualidad, historia de embarazos (hombres), historia de embarazos (mujeres), planificación familiar, preferencias en fecundidad, opiniones sobre derechos reproductivos, primera relación y prácticas sexuales, infecciones de transmisión sexual, conocimientos, actitudes y prácticas hacia el VIH y sida, disfunciones sexuales, actitudes hacia la diversidad sexual, violencia sexual y roles sexuales.

Las características de la muestra, específicamente, para la población adolescente de 15 a 17 años, no permiten una desagregación excesiva para cada variable. Por esta razón, sólo se presenta en este fascículo la desagregación por sexo en aquellos casos en los cuales resultó pertinente y las diferencias por sexo eran significativas. En algunos casos, se desagregó por otras variables (por ejemplo, personas activas sexualmente), con el objeto de profundizar el análisis de alguna variable específica, pero, desde una perspectiva descriptiva y nunca desde el interés de establecer una generalización poblacional.

Las características generales de la población adolescente consultadas se encuentran en el Cuadro 1.

► Cuadro 1. **Características de la población adolescente de 15 a 17 años encuestada.** Costa Rica, 2010.

Variable	Nº absoluto	Porcentaje ^{1/}
Total	398	100,0
Sexo		
Hombres	199	52,5
Mujeres	199	47,5
Zona		
Urbana	246	64,3
Rural	152	35,7
Nivel socio-económico^{2/}		
Bajo	123	63,0
Medio	59	29,9
Alto	14	7,1
Total	196	100,0
Nivel académico		
Ninguno	1	0,2
Preparatoria	6	1,5
Primaria	61	15,3
Secundaria académica	302	75,9
Secundaria técnica	20	4,9
Parauniversitaria	1	0,2
Universitaria	7	1,8

1/ Porcentaje calculado aplicando el factor de ponderación

2/ Se clasificó en bajo, medio y alto solamente la muestra de la Región Central, urbana y rural

Acceso a la información y conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva

Está claro que la información y los conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva no son suficientes, por sí solos, para lograr cambios en las prácticas de las personas; no obstante, sin duda son un elemento fundamental para la toma de decisiones y para su protección.

Constituyen el primer eslabón en los esfuerzos de prevención, a partir del cual se desarrollan luego las actitudes y las prácticas para el disfrute de una sexualidad placentera, segura y en corresponsabilidad. Por tal razón, resulta importante conocer no sólo de dónde obtienen y de dónde les gustaría obtener información las personas adolescentes, sino cuáles son aquellos aspectos informativos que son dominados por la población y cuáles otros exhiben vacíos o confusiones que deben ser fortalecidos como parte de las estrategias de promoción de la salud y de prevención en salud, específicamente en salud sexual y salud reproductiva.

Fuentes de información sobre salud sexual y salud reproductiva

Al consultar entre las personas adolescentes sobre las fuentes de las cuales les gustaría obtener información sobre salud sexual y salud reproductiva, las principales mencionadas fueron, en orden de importancia, madre, padre y docentes. Cuando se les consultó sobre las fuentes de las cuales obtienen o han obtenido esta misma información, los resultados son similares pues las principales fuentes mencionadas son madre, docentes y padre (ver Cuadro 2). La preponderancia de estas fuentes coincide con los datos encontrados en la Encuesta Nacional sobre Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica, 2001 (ENCR 2001).

Cuadro 2. **Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años según fuentes de información deseadas y reportadas sobre temas de sexualidad.** Costa Rica, 2010.

Fuentes de información	Fuentes deseadas			Fuentes reportadas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Madre	58,7	71,9	65,1	36,2	51,3	43,7
Padre	47,2	32,7	39,9	26,1	15,6	20,9
Maestros - profesores	22,1	16,6	19,3	24,1	29,1	26,6
Amigos	9,0	8,0	8,5	21,1	19,6	20,4
Hermanos	7,0	7,0	7,0	3,5	5,0	4,1
Profesionales de salud de la CCSS	3,5	8,0	5,8	0,5	2,5	1,5

Conviene señalar que los porcentajes para la madre y el padre son mayores para las fuentes deseadas, lo cual demuestra que es mayor el porcentaje de adolescentes que desean que sus padres y madres se conviertan en fuentes de información, que quienes efectivamente tienen esta posibilidad.

Igualmente, vale señalar que existen algunas diferencias, según sexo, importantes de mencionar. Las mujeres desean, en mayor proporción que los hombres, recibir información por parte de sus madres; y con los hombres sucede lo mismo, pero con respecto a los padres. Pareciera existir una identificación clara entre las personas adolescentes con la figura parental de su mismo sexo y, por lo tanto, esta afinidad constituye una oportunidad para la transmisión de información.

Cuando se comparan los resultados de las personas adolescentes con otros grupos de edad, es posible observar que, para las mujeres mayores de 25 años, la principal fuente de información es su pareja, mientras que para los hombres mayores de 20 años lo son sus amistades. Esto evidencia que –conforme aumenta la edad- las figuras parentales pierden relevancia en los procesos de educación de la sexualidad mientras que la pareja y las amistades son quienes cobran protagonismo como fuentes de información (cf. ENSSR-10).

Según se desprende de los datos consignados en el Cuadro 2, la mención de fuentes de información deseadas o reportadas permite la identificación de oportunidades para la transmisión de información y la educación, tales como los pares, las hermanas y los hermanos y los profesionales de salud.

En este sentido, aunque algunas son fuentes que ya están operando y otras son potenciales (porque se mencionan como deseadas pero no son reportadas o son reportadas en baja proporción), las oportunidades deben ser aprovechadas fortaleciendo su posicionamiento y asegurando la calidad de información que transmiten. Es necesario, también, enfatizar en la capacidad de establecer relaciones de confianza y diálogo abierto entre estas fuentes y las personas adolescentes para maximizar la transmisión y la apropiación de los conocimientos.

En cuanto a la satisfacción de las personas adolescentes con respecto al origen de la información que reciben sobre la sexualidad, esto sólo se consultó para padres y madres de familia y docentes. En general, el grado de satisfacción absoluta reportado es bajo (31,9% para padres y madres y 21,9% para docentes), tomando en cuenta los significativos porcentajes que esperan que éstas se constituyan en sus principales informantes. Estos resultados reafirman lo señalado anteriormente sobre la necesidad de fortalecer los conocimientos y las técnicas de comunicación que poseen los docentes así como los padres y las madres, en tanto son personas a quienes los y las adolescentes preferirían acudir para obtener información confiable.

En relación con la educación de la sexualidad como parte del currículo formal y ante el inicio de una discusión nacional acerca del momento idóneo para que dicha educación inicie, vale la pena resaltar que la mayoría de las personas adolescentes consideran que ésta debe iniciarse antes de los 13 años, o sea, en la educación primaria (ver Cuadro 3). Además, conviene señalar que 96,2% de la población adolescente señaló estar a favor de que, en la educación sexual que se imparta en centros educativos, se incluya el tema de los métodos anticonceptivos.

Esto nos indica que las personas adolescentes que, actualmente, tienen entre 15 y 17 años, hacen dicha valoración desde la necesidad actual que fundamentan en su propia experiencia, es decir, perciben que ellos(as) mismos(as) sintieron la necesidad de recibir educación sexual en esas edades más tempranas, antes de enfrentar los cambios psicosexuales más profundos y afrontar los desafíos y decisiones que experimentan en esta fase del ciclo de vida, en materia de sexualidad.

► Cuadro 3. **Edad en que las personas adolescentes de 15 a 17 años consideran que debería iniciarse la educación sexual en el sistema educativo.** Costa Rica, 2010.

Edad deseada	Hombres	Mujeres	Total
Menos de 13	65,8	64,8	65,3
13 a 15	27,1	26,1	26,6
Más de 15	7,0	9,0	8,0

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y métodos de protección

Tal como se ha señalado, las personas adolescentes consideran relevante conocer información sobre los métodos anticonceptivos y de protección, lo cual tiene sentido al observar que es en esta fase de su desarrollo cuando un porcentaje importante de ellas y ellos inicia su actividad sexual o se plantea la interrogante de si desea postergarla para otro momento.

El Cuadro 4 muestra el porcentaje de adolescentes que ha escuchado hablar de cada uno de los métodos anticonceptivos y el lugar donde puede obtenerlos. De los datos presentados en esa tabla, podemos extraer que los métodos más conocidos por las personas adolescentes son las pastillas anticonceptivas y el condón masculino, con porcentajes superiores al 70%. Sin embargo, el resto de los métodos anticonceptivos no son recordados espontáneamente, ni siquiera por la mitad de la población entre 15 y 17 años, lo cual indica vacíos de información o de apropiación de la misma. Una distribución similar ocurre en otros grupos de edad encuestados: las pastillas anticonceptivas son el método más conocido, seguido del condón masculino y las inyecciones.

El mayor conocimiento acerca del preservativo y las pastillas coincide con los datos reflejados por la Encuesta Nacional de Conductas de Riesgo (2001), para la población de 13 a 17 años encuestada en ese momento. Un cambio significativo se refleja en cuanto a los inyectables ya que en el estudio del 2001 era el cuarto método más conocido (después del DIU) y con porcentajes de reporte bastante más bajos. Esto podría indicar que, al ser los anticonceptivos inyectables un método particularmente recomendado para adolescentes en servicios de salud, haya cobrado una mayor presencia en los conocimientos de esta población.

Ahora bien, si hacemos el análisis entre los datos recolectados para hombres y mujeres tal como se muestra en el Cuadro 4, observamos que los métodos más conocidos por las mujeres son las pastillas, el condón masculino y las inyecciones; mientras que, para el caso de los hombres, son el condón masculino y las pastillas anticonceptivas. Los métodos tradicionales, como el ritmo, son conocidos por un pequeño segmento de la población; sin embargo, las mujeres poseen un mayor conocimiento de ese método.

Estos resultados reflejan que los métodos hormonales son más conocidos por las mujeres, mientras que un método de barrera, como el condón masculino, es el más reconocido por los hombres. De hecho, en los métodos de barrera y las esterilizaciones sobresale el hecho de que los hombres son quienes más los conocen. Esto parece indicar que la educación o la atención selectiva de las personas adolescentes sobre métodos

anticonceptivos es diferenciada por sexo. Las mujeres tienen más información sobre los métodos hormonales y menor información sobre otros métodos que les permitiría considerar y elegir con mayor propiedad otras opciones. Y los hombres, al tener menor información sobre los métodos hormonales, tienen menos probabilidades de involucrarse en su elección y su uso.

El hecho de que las mujeres reporten un menor conocimiento del condón masculino y no lo prefieran cómo método anticonceptivo, las pone en desventaja en cuanto a su protección frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH, ya que los métodos de barrera son los únicos que ofrecen una protección dual (de embarazos no planeados e ITS). Esta situación les dificulta obtenerlos y negociarlos con su pareja, lo que las coloca en una posición de vulnerabilidad ante una posible infección.

► Cuadro 4. **Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años que reportan conocer y saber donde obtener métodos anticonceptivos.** Costa Rica, 2010.

Método	Reporte espontáneo			Sabe dónde obtenerlo ^{1/}		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Modernos						
Pastillas anticonceptivas	68,8	92,0	80,4	71,2	85,3	78,3
Diu espiral / T de cobre	16,1	21,1	18,6	47,0	55,4	52,1
Inyecciones de 1 o 3 meses	22,6	58,8	40,7	56,4	74,4	66,8
Norplant	0,5	1,0	0,8	28,6	35,0	32,4
De barrera						
Condón masculino	78,4	68,3	73,4	94,4	90,8	92,8
Condón femenino	17,1	13,1	15,1	56,8	65,7	61,9
Esterilización						
Esterilización femenina	12,6	10,6	11,6	60,3	74,5	67,0
Vasectomía	12,6	9,0	10,8	67,9	73,4	70,6
Tradicionales						
Método Billings	1,5	3,5	2,5	55,2	52,1	53,4
Ritmo	5,5	12,1	8,8	55,1	55,4	55,4
Anticoncepción de emergencia	4,5	4,5	4,5	48,7	41,7	45,2

1/ Incluye a las personas que respondieron en reporte espontáneo y no espontáneo

Conocimientos sobre las ITS y formas de protección

Al ser consultadas, las personas adolescentes, sobre cuáles Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) conocían, la más mencionada resultó ser el VIH y sida (86,7%); no obstante, pese a estas cifras, el conocimiento exhibido para las demás ITS es escaso: gonorrea (43,7%), sífilis (40,7%), herpes (32,2%), papiloma (29,1%) y chancro (7,8%). Esta situación (aunque con ligeras variaciones de porcentajes) coincide con lo encontrado con la ENCR-2001 para la población de 13 a 17 años; lo anterior indica que, en casi una década, poco se ha avanzado en la difusión de la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual entre este segmento de la población considerada como vulnerable.

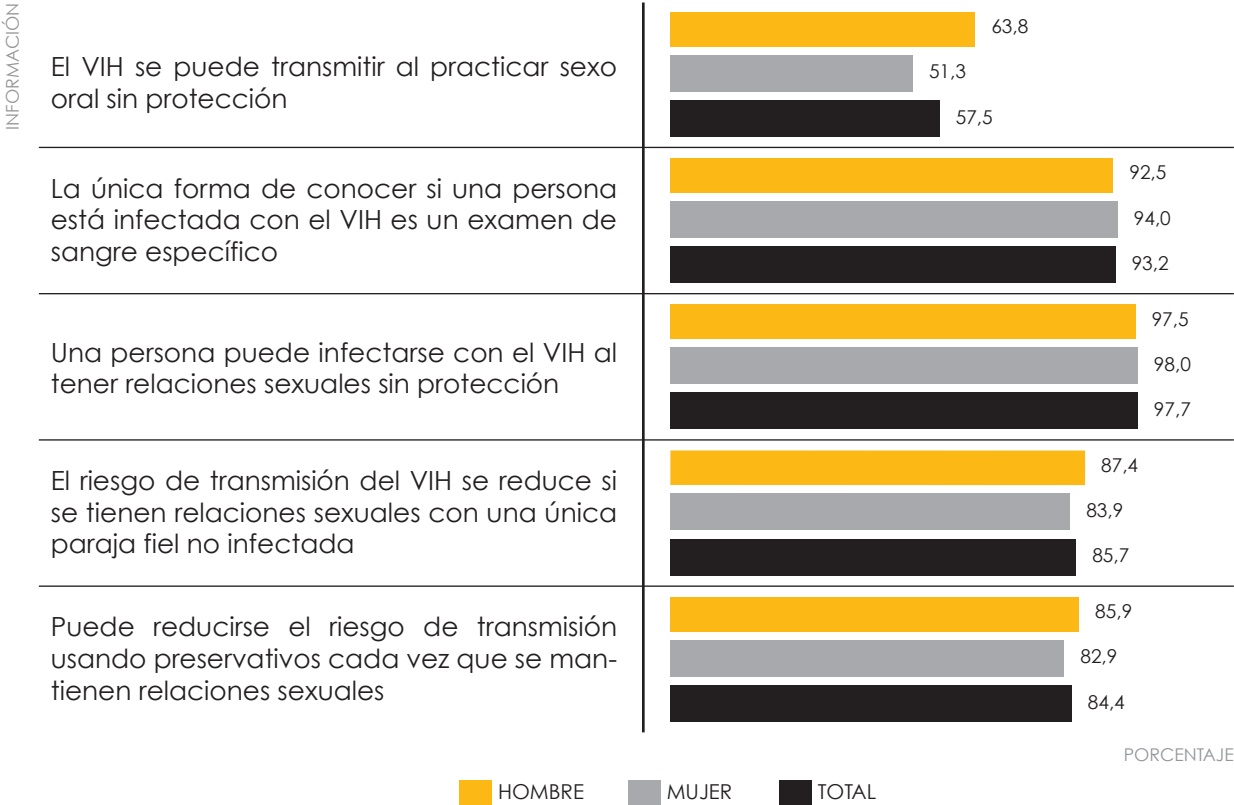
Al comparar los conocimientos sobre ITS de las personas adolescentes con otros grupos de edad, se evidencia que, en el conocimiento del VIH, este es el grupo con mayor conocimiento; no obstante, en todas las demás ITS son el grupo con menor conocimiento. Esta escasez de conocimiento les pone en riesgo no sólo porque reduce las prácticas de prevención sino porque, además, reduce la detección temprana y el tratamiento oportuno.

Cuando se les consultó sobre cómo se pueden prevenir las ITS, 76,1% respondió que utilizando condón; mientras que 22,4% identificó la abstinencia; 13,3% el evitar tener relaciones sexuales con personas desconocidas y 11,1% siendo fiel. Si bien esto indica que existe confianza en los beneficios acerca del uso del condón como método de protección, preocupa la presencia del mito de que evitar tener relaciones sexuales con personas desconocidas protege, pues la consecuencia de esta creencia es considerar que con una persona conocida no se está en riesgo y, por lo tanto, no sería necesario protegerse.

Conocimientos sobre vías de transmisión y formas de prevención del VIH

Debido a que el VIH es la ITS más conocida por las personas adolescentes y dada la relevancia que tiene esta infección para la salud pública, se exploró cuánto saben los y las adolescentes acerca de las formas de transmisión y prevención.

► Gráfico 1. **Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años que reconocen la información correcta sobre transmisión del VIH.** Costa Rica, 2010.

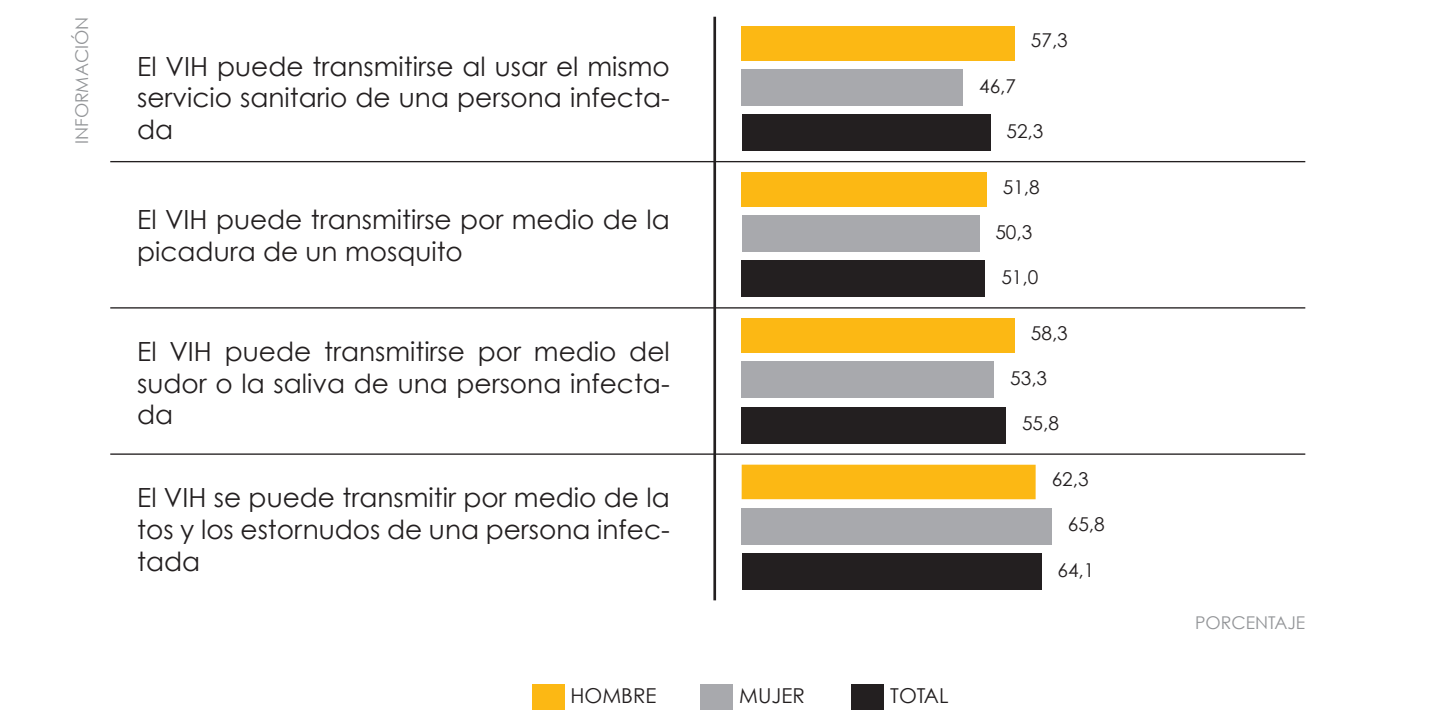


Al respecto, tal como se observa en el Gráfico 1, en general la población adolescente, sin diferencias significativas por sexo, reconoce correctamente las vías de transmisión del VIH, con excepción de la transmisión por sexo oral (57,5%) o por medio de la leche materna (26,9%), las cuales además de ser las dos vías de transmisión menos reconocidas son las vías en las cuales existen mayores diferencias entre hombres y mujeres.

Conviene destacar que sólo 29,70% de la población entre 15 y 17 años identificó como verdaderas las seis afirmaciones que aparecen en el Gráfico 1. La mayoría acertó entre cuatro y cinco respuestas. Por otra parte, las mujeres son quienes en mayor porcentaje reconocieron correctamente todas las vías de transmisión del VIH (38,3% las mujeres y 20,9% los hombres). En el caso de las personas que ya son activas sexualmente, el nivel de conocimientos correctos es bajo, pues ninguna logró reconocer cinco o seis vías de transmisión.

El Gráfico 2, por su parte, muestra que –en general- más del 50% de la población adolescente rechaza los mitos sobre transmisión del VIH, siendo la transmisión por medio de la tos y los estornudos el más rechazado. Además, no existen grandes diferencias entre hombres y mujeres, a excepción del mito relacionado con la posibilidad de transmisión por el uso compartido de servicios sanitarios.

► **Gráfico 2. Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años que rechazan mitos sobre transmisión del VIH.** Costa Rica, 2010.



Además, vale destacar que solo 51,2% de la población adolescente rechazó todos los mitos y 28,1% rechazó tres de los cuatro mitos presentados. Los hombres son quienes, en mayor proporción, rechazaron todos los mitos (hombres: 58,1%; mujeres: 43,9%). Los resultados de quienes ya son activos(as) sexualmente son un poco más favorables que los del total de la población, ya que 54,8% de ese subgrupo rechazó todos los mitos sobre la transmisión y prevención del VIH.

Así pues, destaca que es mayor la proporción de la población adolescente que es capaz de rechazar mitos sobre la transmisión y prevención del VIH que quienes son capaces de identificar la información correcta sobre cómo se transmite y previene el VIH. Identificar los mitos o la información incorrecta está bien; sin embargo, es necesario manejar la información correcta, pues es ésta la que permite prevenir el VIH más eficazmente.

Igualmente, los datos nos indican que sólo 14,4% de las personas entre 15 y 17 años logra cumplir con las dos condiciones necesarias para poder afirmar que una persona maneja la información básica sobre el VIH: 1) identificar todas las vías correctas de transmisión y de prevención y; 2) rechazar todos los mitos sobre la transmisión y la prevención del VIH. Esto significa que, en la mayoría de la población adolescente, coexiste información correcta junto con mitos y cuando esto sucede, precisamente, la persona no es capaz de diferenciar un tipo de información del otro, lo cual la expone a mayor riesgo, dado que se toman decisiones a partir de información que algunas veces puede ser correcta, pero otras veces no.

Finalmente, para cerrar esta sección referente a conocimientos, se presentan los datos que, sobre el uso correcto del condón, se manejan entre la población adolescente. El Cuadro 5 muestra un índice compuesto por 2 ítems: a) el condón debe colocarse antes de que se produzca la erección y b) el condón debe abrirse por una esquina con los dedos. Así, quienes no acertaron ninguna de las dos respuestas están clasificadas(os) como que no poseen ningún conocimiento sobre el uso correcto del condón; quienes respondieron correctamente a un ítem se clasifican en la categoría de información parcial y quienes acertaron ambos ítems se clasifican en una categoría de referencias correctas sobre el uso del condón.

Cuadro 5. Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años según nivel de conocimientos sobre el uso del condón. Costa Rica, 2010.

	Hombres (n = 129)	Mujeres (n = 117)	Total (n = 246)
Conocimientos correctos sobre el uso del condón	24,0	21,4	24,4
Conocimientos parciales sobre el uso correcto del condón	53,5	52,1	52,8
No posee ningún conocimiento sobre el uso correcto del condón	22,5	26,5	22,8

Tal como muestra el Cuadro 5, la mayor parte de la población posee conocimientos parciales sobre el uso correcto del condón. El porcentaje de mujeres sin información al respecto es ligeramente mayor al de los hombres, lo cual es congruente con un dato mencionado anteriormente respecto a que más hombres que mujeres reportaban estar al tanto de la existencia del condón masculino. No obstante, el porcentaje de personas que posee los conocimientos correctos y completos sobre el uso adecuado del condón es bajo.

Igual, sólo 27,9% sabe que el condón no debe colocarse antes de que se produzca la erección; mientras que el 53,6% está al tanto de que el condón debe abrirse por una esquina con los dedos. Esto sugiere que, aunque el condón sea uno de los métodos más conocidos por las personas adolescentes, la calidad de información que poseen resulta incompleta e insuficiente para que su uso garantice su protección, lo cual deja manifiesto que un gran número de adolescentes estaría bajo el riesgo inminente de adquirir el VIH o alguna otra ITS.

Actitudes en torno a los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva

Al hablar de los determinantes personales que juegan un papel importante en los procesos de construcción y mantenimiento de la salud, se tiene claro que la información y los conocimientos objetivos de una persona promedio resultan insuficientes. Es por eso que se puede afirmar que las actitudes poseen un papel crucial en el proceso mediante el cual la información se traduce en conductas, prácticas y hábitos.

Las actitudes anudan una serie de informaciones objetivas y subjetivas, sociales y culturales, las cuales determinan opiniones y posiciones de las personas hacia otras personas, hacia las relaciones, hacia procesos y hacia el mundo en general, determinando en modo significativo las conductas resultantes en materia de prevención y protección de la salud. De esta manera, en materia de salud sexual y salud reproductiva, no sólo es importante comprender lo que las y los adolescentes saben sino, además, lo que ellas y ellos piensan y opinan en relación con tópicos que –de alguna forma- se encuentran asociados a la sexualidad, a sus expresiones y a sus prácticas.

Desde esta perspectiva, se presentan a continuación algunas de las actitudes que fueron reveladas en la ENSSR-10 para la población adolescente.

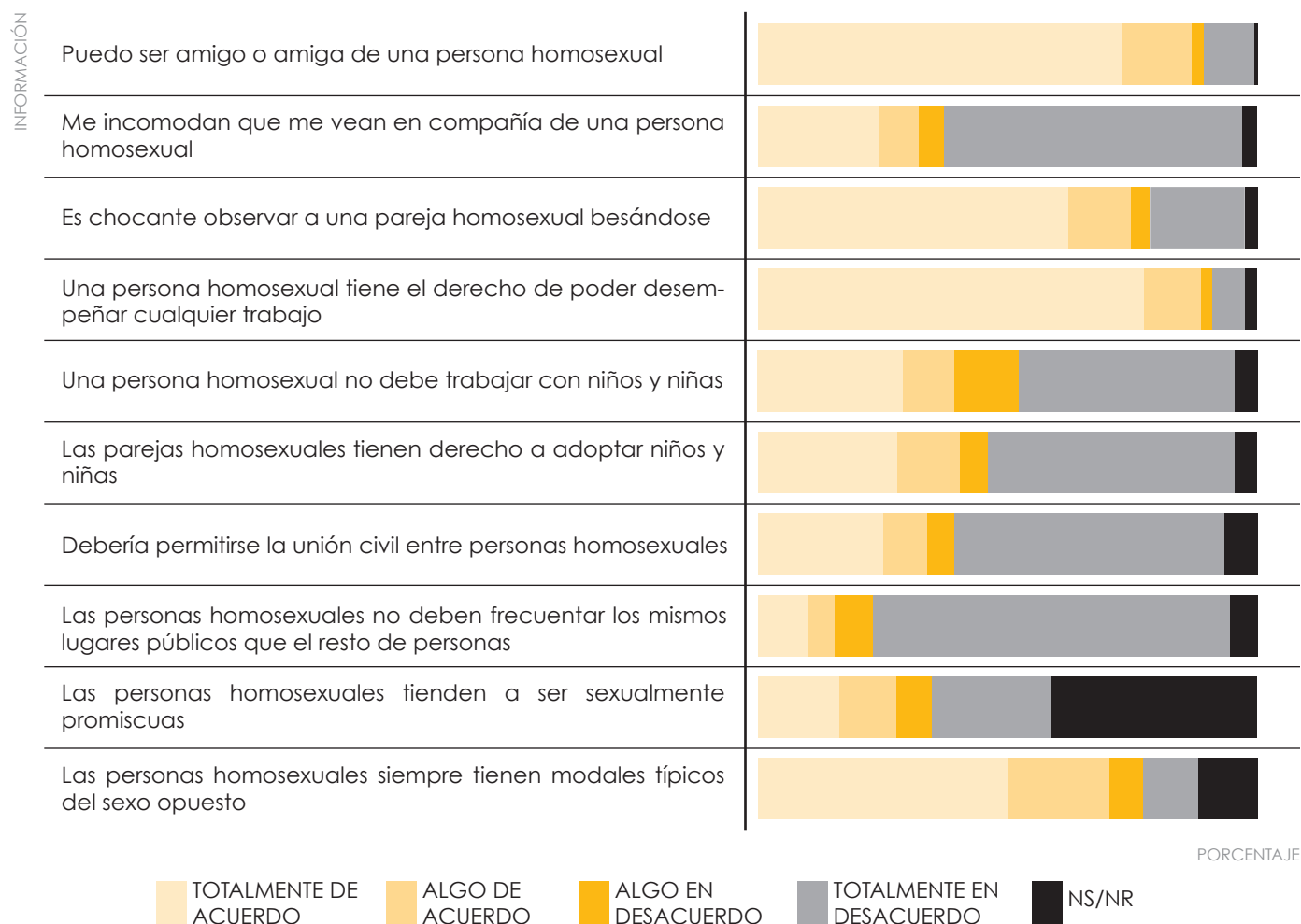
Actitudes respecto de la diversidad sexual

La diversidad sexual comprende el derecho de las personas de expresar, vivir y practicar su sexualidad en torno a una ética autónoma y a necesidades personales, lo cual dentro de un marco de derechos implica, a su vez, el respeto al derecho de los otros. Comprender la diversidad sexual, desde este enfoque, permite no sólo asegurar un mayor desarrollo de una cultura de derechos humanos sino que, además, permite erradicar el estigma y la discriminación por orientaciones y expresiones sexuales diversas, procesos que contribuyen con la dificultad de las personas para protegerse, desarrollar conductas y prácticas seguras, acceder a los servicios y ejercer plenamente sus derechos, tal y como ha sido demostrado en múltiples estudios y tratados sobre este tópico.

En este sentido, al observar las actitudes en relación con la diversidad sexual que reveló la ENSSR-10 para el segmento de población adolescente, lo primero que salta a la vista es que no existen grandes o significativas diferencias entre sus actitudes y las encontradas en la población general encuestada. Esto sugiere que no se han dado aún grandes cambios generacionales en relación con esta temática.

Específicamente, los datos revelados para la población adolescente permiten afirmar que, si bien pareciera haber algún avance en cuanto a la comprensión de la diversidad como un hecho no sólo natural, sino como la expresión del derecho a la libre autodeterminación en la vivencia de la sexualidad; también, es notorio que existen “núcleos duros” en la actitud hacia la diversidad sexual, los cuales dan cuenta –de alguna manera- de un cambio socio-cultural incipiente y poco consolidado en relación con la aceptación y el respeto hacia las personas con orientaciones sexuales diversas.

Gráfico 3. Mitos y actitudes de adolescentes de 15 a 17 años hacia las personas con orientaciones sexuales diversas. Costa Rica, 2010. -n = 398-



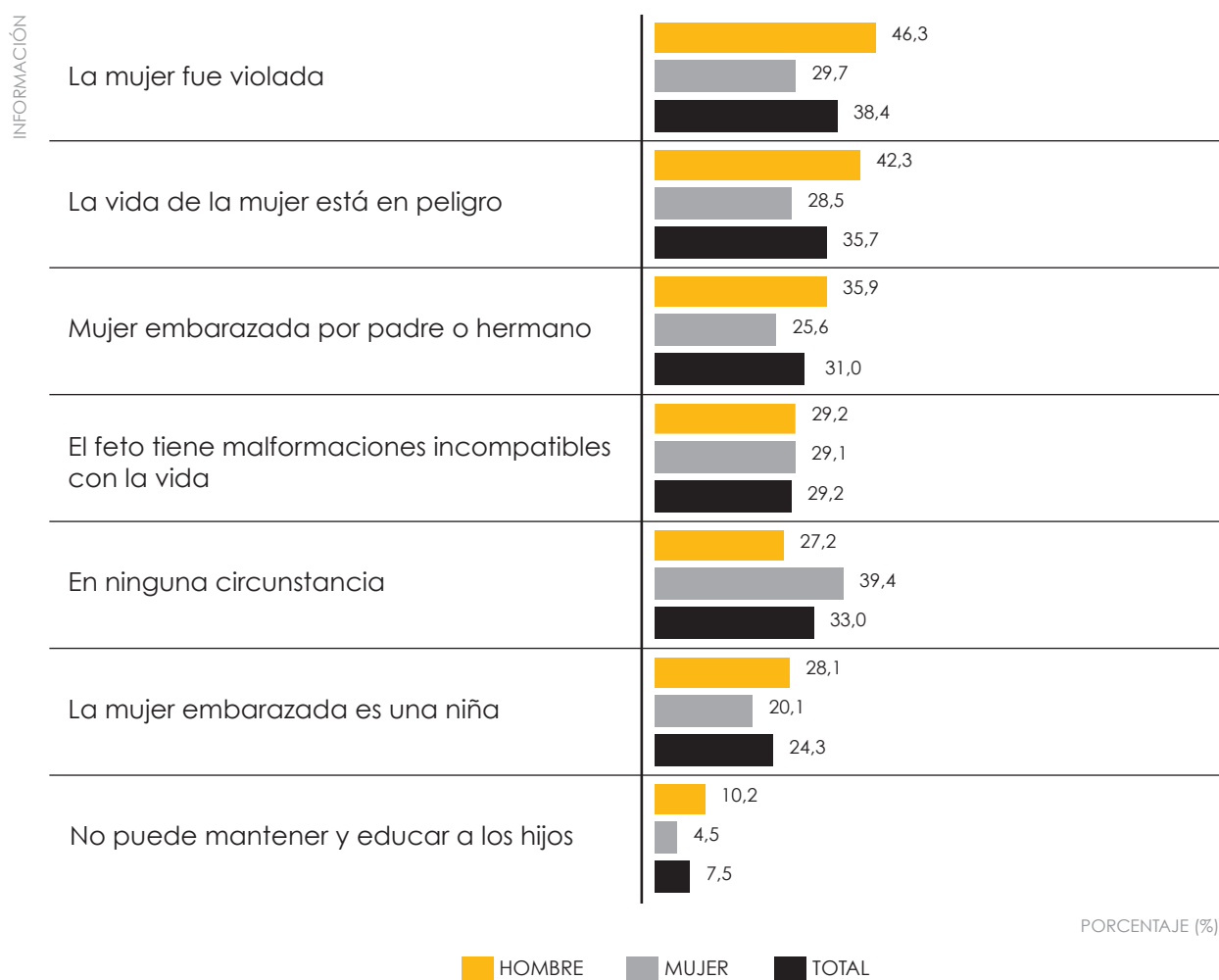
Tal como puede apreciarse en el Gráfico 3, mientras las y los adolescentes consideran ampliamente que no debería haber alguna restricción en cuanto al hecho de que las personas homosexuales frecuenten sitios públicos, la expresión pública de su afecto resulta “chocante” para más del 60%. De igual modo, aunque 73% de las personas adolescentes se muestran totalmente de acuerdo con el hecho de poder tener la amistad de una persona homosexual y sólo 11% se mostró totalmente en desacuerdo con esta afirmación, 32% de este grupo señaló que les incomodaba totalmente o algo que les vieran en compañía de una persona homosexual.

De igual manera, es interesante observar la inconsistencia de sus posiciones en relación con los derechos de las personas con orientaciones sexuales diversas; ya que, mientras 78% de las personas adolescentes consideran que las personas homosexuales deberían tener el derecho a desempeñar cualquier trabajo, sólo 43% rechazó la afirmación: Una persona homosexual no debe trabajar con niñas y niños. Esto evidencia que una significativa proporción de la población posee aún estereotipos y mitos que sostienen el estigma y la discriminación que coloca a la población con orientaciones sexuales diversas como una población que podría representar algún riesgo para la sociedad y, específicamente, para el proceso de socialización de las niñas y los niños. Este dato es absolutamente compatible con el porcentaje de personas adolescentes (49%) que rechazó el derecho de las personas homosexuales a adoptar infantes.

Asimismo, las evidencias sobre los estereotipos y los mitos que posee la población adolescente en relación con las personas homosexuales son los datos que muestran que, entre 28% y 71% de la población, se manifiestan “algo de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con expresiones que aseguran que las personas homosexuales tienden a ser promiscuas o que asumen comportamientos estereotipados del otro sexo.

Conviene señalar que, en este aspecto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aunque en términos generales se observa que las mujeres poseen más actitudes negativas que los hombres, a excepción de la incomodidad que provoca ser visto en público con una persona homosexual, la cual fue experimentada más frecuentemente por hombres, en más del 80%.

► **Gráfico 4. Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años, según aceptación del aborto en algunas situaciones particulares según sexo.** Costa Rica, 2010.



Actitudes respecto del aborto

Tal como puede observarse en el Gráfico 4, las actitudes hacia el aborto es otro “núcleo duro” dentro del sistema de actitudes de las y los adolescentes. Como se puede ver, esta población mantiene, en general,

una posición de rechazo hacia el aborto, el cual es considerado sólo por una minoría (nunca superior al 40%) como una intervención válida frente a cualquier circunstancia en la cual el embarazo sea no deseado o incluso represente un riesgo para la vida o la salud de la mujer.

Resulta relevante señalar que esta actitud de rechazo hacia el aborto se sostiene incluso en circunstancias de violación de derechos de la mujer o de riesgo para su salud o su vida. De esta forma, mientras 45,7% de los hombres acepta el aborto como intervención válida en caso de una violación, sólo 29,1% de las mujeres lo admite y mientras 42,2% de los hombres considera aceptable el aborto frente al riesgo de muerte de la mujer, únicamente 28,6% de las mujeres lo acepta.

De igual manera, otras circunstancias que dejan ver que el embarazo se ha dado en situaciones de violencia hacia la mujer constituyen una justificación para el aborto en mayor proporción para la población masculina que para la femenina. Así, mientras 35,7% de las mujeres y 28,1% de los hombres responde que el aborto debería aceptarse cuando la mujer ha sido embarazada por el padre o hermano y cuando la mujer embarazada es una niña, respectivamente, sólo 25,1% de los hombres y 19,6% de las mujeres lo considera así.

Esto sin duda sugiere, más allá de las consideraciones legales que la interrupción del embarazo tiene en nuestro país, que las mujeres enfrentan mayores dificultades para romper con mandatos socio-culturales vinculados a la maternidad, incluso en contra de la propia vida, salud, seguridad y estabilidad emocional de ellas mismas.

Actitudes orientadas a la prevención de la infección por el VIH

Definitivamente, el desarrollo de conductas de prevención y protección de la salud están asociadas a una clara conciencia del riesgo, la cual solamente puede desarrollarse a partir de su adecuada percepción.

Es así como, en relación con la percepción de riesgo frente al VIH encontrada en las y los adolescentes encuestados(as), es relevante señalar que ésta es menor en la población adolescente (21,9%), incluso a la mostrada en la población adolescente sexualmente activa (30,92%), si se compara con la encontrada en la población total en edad reproductiva de 15 a 49 años (33,64%) (cf. ENSSR-10).

Es relevante hacer notar, a partir del Cuadro 6, que la variación presentada en la percepción de riesgo es sólo de nueve puntos porcentuales entre los jóvenes que no han tenido relaciones sexuales y quienes ya las han tenido. Esto demuestra que la vivencia o la experiencia genital o coital no tiene un impacto determinante sobre la percepción de riesgo de las personas adolescentes y, por tanto, tampoco en aquellas actitudes orientadas a la prevención del VIH.

Incluso es contradictorio que, mientras un alto porcentaje (77,4%) de la población adolescente se muestra de acuerdo con la aseveración "Aunque yo sea fiel, mi pareja podría infectarme del VIH", 39,47% de las y los adolescentes sexualmente activos(as), señalaron que sólo usan el condón con personas que todavía no conocen bien y 30,92% señalaron que, si se conoce bien a la pareja, no es necesario usar condón. Estos datos coinciden con el hecho de que poco más de la tercera parte de la población afirmó que la persona con VIH siempre muestra un aspecto enfermizo, lo cual deja a la observación o el conocimiento acerca de la otra persona su propia seguridad.

► Cuadro 6. **Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años según percepción de riesgo y actitudes hacia la prevención de ITS y VIH.** Costa Rica, 2010.

Variable	Totalmente de acuerdo		Algo de acuerdo Algo en desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		NS/NR	
	Activos sexualmente	Total	Activos sexualmente	Total	Activos sexualmente	Total	Activos sexualmente	Total
	(n = 152)	(n = 398)	(n = 152)	(n = 398)	(n = 152)	(n = 398)	(n = 152)	(n = 398)
Estoy en riesgo de infectarme de una ITS	30,9	21,9	17,7	16,1	50,0	59,5	1,3	2,5
Aunque yo sea fiel, mi pareja podría infectarme del VIH	76,9	77,4	11,8	10,5	9,2	8,5	1,9	3,5
Sólo uso el condón con personas que todavía no conozco bien	39,4	26,4	7,2	7,8	50,6	58,3	2,6	7,5
Si se conoce bien a la pareja no es necesario usar condón	30,9	23,1	14,4	16,1	53,2	57,0	1,3	3,8

Estos datos, junto al hecho de que las variaciones observadas sean poco significativas, en cuanto a la percepción del riesgo según el grado de conocimiento que posee la población, reafirman la existencia de una especie de sentimiento de “omnipotencia” en la población adolescente, el cual sostiene –de algún modo- una baja percepción de riesgo, la cual explica su involucramiento en actividades sexuales sin protección tal como se evidenciará en el siguiente apartado que analiza las prácticas sexuales en las personas adolescentes.

Prácticas sexuales

Los esfuerzos que se despliegan para que las personas adolescentes posean información actualizada, basada en la evidencia científica, y desarrollen actitudes positivas hacia el autocuidado y la protección, pretenden, en última instancia, impactar el nivel de las prácticas, de forma tal que les sea posible vivir su sexualidad de manera placentera y segura. Si no se logra impactar las prácticas de las personas, entonces, se tienen resultados parciales, los cuales –aunque positivos- resultan incompletos, pues, el fin último de la prevención y la promoción es el cambio en los comportamientos.

Para impactar las prácticas de las personas adolescentes, se hace necesario reconocer las maneras en las cuales ejercen su sexualidad, en un sentido amplio, incluyendo sus prácticas coitales, pero, yendo más allá de ellas, considerando el desarrollo de conductas protectoras y de prevención como una gran meta y, al mismo tiempo, integrando una vivencia placentera de la sexualidad.

Erotismo, prácticas genitales y coitales

En relación con la exploración del propio cuerpo, mientras 73,9% de los hombres reportó haberse masturbado alguna vez; 90,5% de las mujeres manifestó no haberlo hecho nunca. Esta enorme diferencia entre hombres y mujeres es semejante en la muestra total de la Encuesta, en la cual 83,8% de los hombres afirmó haberse

masturbado alguna vez y sólo 22,1% de las mujeres admitió haberlo hecho. En el caso de los hombres, para todos los grupos de edad, los resultados rondan el 80% y, en el caso de las mujeres, hay un pequeño aumento a partir de los 18 años, sin alcanzar en ningún grupo de edad más del 30%.

Si bien la masturbación posee un objetivo de autoerotismo, también, cumple una función importantísima de autoexploración y conocimiento del propio cuerpo. De este modo, si las mujeres no se masturban, entonces, se niegan a sí mismas esta posibilidad, lo cual además tiene otro tipo de consecuencias, tales como el hecho de que las mujeres conocen poco su propio cuerpo y su propia anatomía; generalmente, alguien más las ve y las toca antes de que ellas mismas lo hayan hecho. Más allá de las implicaciones que esta situación tiene en términos de apropiación del propio cuerpo, se dificultan también el desarrollo de medidas de autocuidado y prevención como la revisión periódica de los genitales para detectar tempranamente cualquier situación irregular o el uso de un método como el condón femenino que requiere del conocimiento del propio cuerpo para su aceptación, su colocación y su uso.

En relación con otro tipo de prácticas sexuales reportadas por las personas adolescentes, conviene destacar que 40,5% de ellas y ellos reportan haber recibido o dado caricias en los genitales; 22,6% ha practicado sexo oral; 38,2% ha practicado penetración vaginal y sólo 3,5% ha practicado penetración anal. Esto significa que alrededor de un 40% de la población adolescente ya es activa sexualmente, siendo la penetración vaginal la práctica más común entre ellas y ellos, con los riesgos implicados en cuanto a embarazos no deseados e ITS.

Estos datos permiten desmitificar la creencia generalizada de que las personas adolescentes practican más sexo oral o sexo anal, con el fin de evitar embarazos no planeados y que, por tanto, los esfuerzos de prevención deben centrarse en ITS o el VIH. Esto resulta aún más relevante, al observar las medidas de protección tomadas por ellas y ellos.

Con respecto al Cuadro 7, se muestra la edad de inicio de las relaciones sexuales en las personas adolescentes entrevistadas según tipo de práctica sexual. Los datos revelan que, en todas las prácticas sexuales, la mayoría de la población inició su actividad sexual luego de los 15 años, aunque en algunos casos el porcentaje que inició antes de esa edad es bajo mas no despreciable.

En cuanto a las diferencias por sexo, puede observarse que los hombres inician antes que las mujeres, pues son ellos quienes –en mayor proporción– lo hacen antes de los 15 años, sobre todo en las prácticas de sexo oral y sexo anal. Sin embargo, en el sexo vaginal (que es la práctica más común), no hay grandes diferencias por sexo en cuanto a la edad de inicio.

En relación con la edad que tenía la pareja con la cual se tuvo la primera relación sexual, aproximadamente, uno de cada cinco hombres que ha iniciado su vida sexual reporta que su pareja en su primera relación de sexo oral tenía entre 10 y 14 años, es decir, era de igual o menor edad; mientras que todas las mujeres tuvieron su primera relación oral con alguien de igual edad o mayor que ellas. En el caso de las relaciones sexuales vaginales, los hombres presentan la misma proporción: uno de cada cinco reportan que su primera relación fue con alguien entre 10 y 14 años y dos de cada tres que fue con alguien entre los 15 y 19 años. Los resultados para las mujeres son diferentes, pues una de cada dos –aproximadamente– tuvieron su primera relación vaginal con una persona entre los 15 y los 19 años y una de cada tres con una persona entre los 20 y 24 años.

Estos datos sugieren que los hombres tienden a iniciar su actividad sexual con personas de su misma edad o menores, mientras que las mujeres lo hacen con personas de su misma edad o mayores.

Cuadro 7. Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años que iniciaron prácticas sexuales y edad de inicio según tipo de relación sexual.
Costa Rica, 2010.

Variable	Tipo de práctica sexual			
	Caricias genitales	Coito vaginal	Sexo oral	Coito anal
Hombres (n = 199)				
Ha tenido esa práctica sexual?	41,1	38,6	24,6	4,5
Edad de la primera relación sexual	100,0	100,0	100,0	100,0
Menos de 10	2,5	1,4	0,0	0,0
10 a 14	42,6	34,9	29,7	34,5
15 a 17	53,7	62,4	66,1	65,5
No recuerda	1,2	1,3	4,2	0,0
Mujeres (n = 199)				
Ha tenido esa práctica sexual?	40,8	39,1	21,7	2,5
Edad de la primera relación sexual	100,0	100,0	100,0	100,0
Menos de 10	0,0	1,3	0,0	0,0
10 a 14	32,6	29,7	18,0	0,0
15 a 17	67,4	68,9	77,2	100,0
No recuerda	0,0	0,0	4,8	0,0
Total (n = 398)				
Ha tenido esa práctica sexual?	40,9	38,8	23,2	3,6
Edad de la primera relación sexual	100,0	100,0	100,0	100,0
Menos de 10	1,3	1,3	0,0	0,0
10 a 14	37,9	32,4	24,5	23,0
15 a 17	60,1	65,5	71,0	77,0
No recuerda	0,7	0,7	4,4	0,0

Acerca de la relación que se tenía con la persona con la que se tuvo la primera relación sexual vaginal, 62,5% reportó que era su novia(o) y 25% que era su amiga(o). Sólo 3,9% reporta que fue un encuentro casual; 2,6% que era un(a) extraño(a) y ningún caso de sexo pagado. Al hacer el análisis por sexo, si bien es cierto tanto en hombres como en mujeres el mayor porcentaje corresponde a haber iniciado relaciones sexuales con su novia(o), las mujeres lo reportan en mayor proporción que los hombres y éstos reportan más del doble de inicio de relaciones con amigas(os) que las mujeres.

Por su parte, el promedio mensual de relaciones sexuales con penetración vaginal reportadas por hombres y mujeres adolescentes sexualmente activos fue de 3,55 y, en términos generales, la mayoría de la población reporta de una a dos parejas en los últimos 12 meses, independiente del tipo de práctica sexual (superior al 78%). Sin embargo, es relevante hacer notar que son mayores los porcentajes de hombres activos sexualmente, en relación con las mujeres, que reportan tres parejas o más en los últimos 12 meses (entre un 9% y un 18%, en comparación con un 4% ó 5% de las mujeres). Por su parte, es bajo el porcentaje de mujeres adolescentes que reportó haber tenido alguna actividad sexual con personas del mismo sexo en los últimos 12 meses (entre 1,5% y 2,9% según práctica sexual).

En relación con el orgasmo y la satisfacción sexual, es relevante señalar que 42,1% de la población adolescente sexualmente activa reportó lograr siempre orgasmos o satisfacción plena en sus relaciones, siendo el porcentaje más bajo de todos los grupos de edad analizados en la ENSSR-10. Por su parte, 41,3% reportó "casi siempre"; 9,9% "casi nunca" y 3,3% "nunca" (3,3% no respondió).

Aunque sigue siendo el grupo etario que exhibe los porcentajes más bajos, 62% de las y los adolescentes activos(as) sexualmente afirmó sentirse “muy satisfecho” con su vida sexual; 27,3% afirmó sentirse “algo satisfecho” y sólo 10,7% reportó sentirse “poco” o “nada satisfecho”. Esta distribución es similar a la de los otros grupos etarios.

Prácticas para la prevención

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos y de protección, resulta relevante señalar que, de las personas sexualmente activas, sólo 45,39% reportaron usar algún método anticonceptivo o de protección. Esto significa que existe una proporción de la población sexualmente activa que se expone al riesgo de un embarazo no planeado o de una ITS en el ejercicio de su sexualidad.

Conviene señalar que esta proporción es considerablemente más baja que la encontrada en la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ, 2007); en la cual, para el grupo de 15 a 17 años, se reportó un 59,9% de adolescentes utilizando algún método.

Coincidentemente con lo encontrado en las anteriores encuestas (cf. ENCR, 2001 y ENJ, 2007) y tal como puede observarse en el Cuadro 8, los métodos reportados por las personas adolescentes son: el condón masculino, las pastillas anticonceptivas y los inyectables.

► Cuadro 8. **Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años que utiliza métodos anticonceptivos y tipo de método según sexo.** Costa Rica, 2010.

Variable	Hombres (n = 76)	Mujeres (n = 87)	Total (n = 163)
Utiliza algún método anticonceptivo	44,2	45,6	44,9
El o la entrevistado	35,9	28,3	32,1
La persona con quien tiene relaciones	6,9	14,9	10,9
Ambos	1,4	2,4	1,9
Tipo de método que utilizan	100,0	100,0	100,0
Condón masculino	76,0	41,1	58,1
Pastillas	18,1	38,8	28,7
Inyecciones	6,0	14,9	10,5
DIU	0,0	2,6	1,3
Esterilización femenina	0,0	2,6	1,4

Como puede observarse, el condón es el método más reportado, siendo utilizado aproximadamente por cuatro de cada diez adolescentes que reportó el uso de algún método. Si bien coincide con el hecho de que es el método más conocido, la proporción de uso en relación con el porcentaje de la población que lo identifica como método de protección (quienes lo conocen y saben dónde obtenerlo) es significativamente menor.

Esta situación, también, se muestra en las anteriores encuestas y se torna aún más preocupante al observar que, para todas las prácticas sexuales (con excepción del sexo anal), menos de la mitad de los adolescentes reportó usar condón el 100% de las veces y una proporción muy alta de adolescentes señaló nunca usar condón para cada práctica sexual (seis de cada diez adolescentes que estarían practicando sexo oral, dos de cada diez adolescentes que estarían practicando sexo vaginal y cinco de cada diez que estarían practicando sexo anal, lo estarían haciendo sin usar condón).

En términos generales, la “incomodidad” en su uso y “no tenerlos a mano” son las razones que más se reportan como justificación para no usar con mayor frecuencia el condón. No obstante, las mujeres reportan más “no tenerlos a mano” y son las únicas que reportan que su pareja no quiere usarlos.

Estas diferencias por sexo parecieran mostrar representaciones sociales dominantes en torno al papel diferenciado de hombres y mujeres, con respecto a las decisiones dentro del ejercicio de su sexualidad, ya que los datos revelados por la encuesta sugieren que los hombres son quienes más están utilizando métodos de protección (particularmente el condón) y son menos las mujeres que dicen que el uso fue por su propia decisión, es decir, las mujeres lo reportan más como una decisión de ambos, mientras que los hombres lo reportan más como una decisión propia.

Como parte de las prácticas orientadas a la prevención del VIH y el sida, y –fundamentalmente– en la búsqueda de detectar tempranamente la presencia del VIH para iniciar el control médico e incrementar las medidas de protección, hacerse la prueba de detección del VIH es fundamental. En este sentido, resulta preocupante observar que tan sólo 10,5% de quienes han tenido relaciones sexuales con penetración vaginal reportó haberse hecho la prueba.

Conclusiones

A pesar de que una importante proporción de la población adolescente refiere tener una vida sexual algo o muy satisfactoria, existen aún importantes vacíos de información y mitos que no sólo les limita en las posibilidades del disfrute pleno de su sexualidad, sino que les expone al riesgo de tomar decisiones y acciones respecto de su vida sexual y reproductiva, sin contar con los conocimientos suficientes y necesarios para que éstas sean seguras.

Estas debilidades en el acervo de conocimientos, junto con una baja percepción del riesgo (ambos factores interdependientes e interrelacionados entre sí), sin duda, disminuyen su capacidad para protegerse y reduce, por tanto, las probabilidades de que puedan ejercer su derecho a disfrutar de una vida sexual, autónoma, placentera y plena sin el temor de un embarazo no planeado o el riesgo de contraer una ITS.

En este sentido, es claro que se hace necesaria la participación de todos los sectores de la sociedad en el desarrollo de estrategias pedagógicas efectivas para asegurar que la población adolescente, incluso antes de llegar a esta fase del ciclo vital y a su primera relación sexual, cuenten con la información suficiente para tomar decisiones adecuadas, seguras y responsables relacionadas con el ejercicio de su sexualidad.

Esta necesidad evidenciada cuenta con el respaldo incluso de la propia población, ya que casi la totalidad de las personas adolescentes encuestadas considera que deberían incluirse contenidos referidos a la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva en el currículo escolar, iniciando desde la educación primaria.

En la búsqueda de diversas estrategias pedagógicas, conviene fortalecer las capacidades de fuentes de información, deseadas y existentes en la cotidianidad de las y los adolescentes, tales como padres, madres, pares, docentes y centros de salud. Este proceso de fortalecimiento debe contemplar no sólo el aseguramiento de información de calidad (científicamente fundamentada), sino que –además– debe facilitar el desarrollo de estrategias de comunicación y de establecimiento de vínculos de respeto con las personas adolescentes. Esto, sin duda, resulta estratégico para asegurar la provisión de información esencial para la prevención en salud sexual y salud reproductiva.

Estos últimos dos elementos mencionados son claves, particularmente, para que los centros de salud logren un acercamiento a las personas adolescentes, sean reconocidos como fuentes de información (no sólo de servicios curativos) y se constituyan en referentes a los cuales puedan recurrir los y las adolescentes, para solicitar orientación e información para la toma de decisiones, para obtener métodos de protección ajustados a sus necesidades y para adoptar medidas de protección en materia de salud sexual y salud reproductiva.

Tomando como punto de partida un manejo claro de información científicamente fundamentada, se requiere, también, no sólo aumentar la percepción de riesgo en materia de salud sexual y salud reproductiva, sino que se requiere mejorar las actitudes orientadas a la prevención y al cuidado de la salud sexual y reproductiva en esta población.

Este cambio en las actitudes hacia la prevención, necesariamente, debe pasar por un cambio en la forma en cómo se entienden la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva; no obstante, incluye un avance en la eliminación del estigma y la discriminación, tanto por orientaciones sexuales diversas, como basada en mitos vinculados al objetivo de la sexualidad, a prácticas sexuales “correctas” e “incorrectas”, a edades “permitidas” para vivir la sexualidad y a prácticas “permitidas” según sexo.

Son estos mitos y prejuicios, los cuales –en muchas ocasiones– dificultan a las personas adolescentes asumirse activos(as) sexualmente y tomar, por tanto, la responsabilidad y las conductas necesarias para protegerse y prevenir embarazos no planeados y evitar la adquisición de alguna ITS.

Esto es notorio al observar que, aunque el condón es uno de los dispositivos que más conocen o recuerdan como método de anticoncepción y de protección, el conocimiento acerca de su uso correcto es insuficiente y su uso sistemático es preocupantemente bajo. Resulta aún más alarmante el observar que su utilización encuentra algunas barreras de carácter socio-cultural, las cuales afectan particularmente a las mujeres, quienes parecieran estar más expuestas en cuanto a las dificultades de asumir por sí mismas el uso del preservativo.

A pesar de algunos cambios que pueden encontrarse entre los datos y las evidencias reveladas en esta Encuesta, en relación con la Encuesta Nacional de Conductas de riesgo en Adolescentes (2001) y con la I Encuesta Nacional de Juventud (2007), la información presentada continúa destacando la relevancia de brindar una educación integral de la sexualidad, junto al desarrollo de servicios amigables en salud que brinden acceso a información y a los métodos de protección y anticoncepción a las personas adolescentes.

Estas tareas siguen representando una necesidad social y un desafío vigente para el país, su institucionalidad y los sectores organizados de la sociedad civil. Solamente asegurando el mantenimiento de la salud sexual y la salud reproductiva de las y los adolescentes, podemos asegurar su desarrollo, presente y futuro.

Capítulo 6. **Visualizando** **la Salud sexual** **y salud reproductiva** **de los hombres.**

Visualizando **la salud reproductiva y la sexualidad** **desde diversas perspectivas:**

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 6.

Visualizando la Salud sexual y salud reproductiva de los hombres.

Cristian Gómez Ramírez¹

Resumen

El presente capítulo analiza el tema de la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres, en el marco de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2010 (ENSSR-10), con el objetivo de brindar un panorama general sobre los comportamientos y los conocimientos de los hombres entre 15 y 59 años relacionados con el ejercicio de su salud sexual y su salud reproductiva. La descripción general de la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres incluyó el acceso a fuentes de información en sexualidad, tanto aquellas que fueron las principales, como las que se identificaron como las deseadas; las fuentes de información sobre el uso de métodos anticonceptivos, así como el inicio de uso y el uso actual. Incorporó, además, las preguntas referidas al deseo del embarazo, la edad de inicio y el tipo de prácticas sexuales y aquellas prácticas sexuales consideradas de mayor riesgo. Finalmente, se presentan las opiniones de los hombres respecto al aborto, sus conocimientos en formas de transmisión del VIH y sida, las experiencias de violencia sexual y las decisiones respecto a quién toma las medidas sobre temas relevantes en sexualidad, como tener un hijo, cuándo tener relaciones sexuales, el tipo de posición sexual y el uso de métodos anticonceptivos.

¹ Licenciado en Ciencias de la Educación, con Énfasis en Administración de Programas de Educación No Formal; Egresado de la Licenciatura de Sociología. Director de Programas de la Asociación Demográfica Costarricense.

Introducción

El análisis de la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres ha tomado auge en los últimos años. En la actualidad, más de 45 países en el mundo incluyen preguntas dirigidas a los hombres en las Encuestas sobre salud sexual y salud reproductiva (cf. Ministerio de Salud, 2011). Reconocer la importancia de involucrar a los hombres en el proceso de cuidado y responsabilidad en las decisiones reproductivas propició la aparición de estudios en la temática. En el caso de Costa Rica, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva-2010 es la primera aproximación nacional para caracterizar la salud sexual y salud reproductiva de los hombres; sin embargo, el desarrollo de investigaciones sobre esta temática tiene una larga data.

La relevancia del involucramiento de los hombres en la salud reproductiva, tanto para su propia salud como para la de su pareja, se expresa en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (realizada en 1994), en la recomendación de incluir a los hombres en los procesos de salud reproductiva, el cuidado del hogar y la crianza de los hijos, con la finalidad de reducir los efectos negativos de la ausencia de conocimientos y algunas actitudes negativas de los hombres respecto a la salud sexual y la salud reproductiva, especialmente referidas a la infección por VIH y sida.

De esta forma, las investigaciones en salud sexual y salud reproductiva de los hombres, así como los trabajos que dan cuenta de la construcción social de las masculinidades, proveen de información relevante para la construcción de políticas que permitan mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud, la modificación de la estructura de los servicios, los procesos de cambio de comportamiento y las necesidades de información y consejería para la participación activa de los hombres en el cuidado de la salud.

Por esta razón, el presente capítulo da cuenta de la información que poseen los hombres respecto a la sexualidad, el acceso a las fuentes principales de información en salud sexual y salud reproductiva, sus prácticas sexuales, el uso actual de métodos anticonceptivos, sus actitudes hacia la prevención y otros aspectos considerados de suma importancia para orientar la toma de decisiones y propiciar un mayor reconocimiento y participación de los hombres en esta temática.

Abordaje metodológico

La ENSSR-10 fue una encuesta domiciliar representativa a nivel nacional, la cual recopiló información tanto para hombres como para mujeres entre los 15 y 80 años de edad (cf. Ministerio de Salud, 2011). El presente artículo realiza un análisis descriptivo de las principales variables incluidas en la encuesta y las respuestas de los hombres entre los 15 y 59 años, de acuerdo con el nivel de escolaridad, grupos de edad, zona de residencia y estado conyugal.

La distribución de los hombres incluidos en el análisis se presenta en el Cuadro 1, las características corresponden a las variables utilizadas para el análisis del presente artículo. La mayoría de los hombres tienen entre 15 y 34 años (63.1%), han cursado estudios en secundaria, la mayoría (64.3%) residen en la zona urbana, lo cual concuerda con la distribución geográfica de la población nacional (60.1%) y han estado casados, unidos o en pareja al menos una vez (66.3%). La proporción de hombres en unión (49.2%) fue muy similar a la proporción de hombres no unidos (50.8%).

► Cuadro 1. **Distribución porcentual de los hombres entrevistados de acuerdo a variables seleccionadas.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-

Variable	Nº absoluto	Porcentaje
(n = 1384)		
Edad		
15 a 34	873	63,1
35 a 59	511	36,9
Nivel educativo		
Menos de secundaria	494	35,7
Secundaria y más	890	64,3
Zona de residencia		
Urbano	832	60,1
Rural	552	39,9
Estado de unión		
Unidos	681	49,2
No unidos	703	50,8

Acceso a información en salud sexual y salud reproductiva

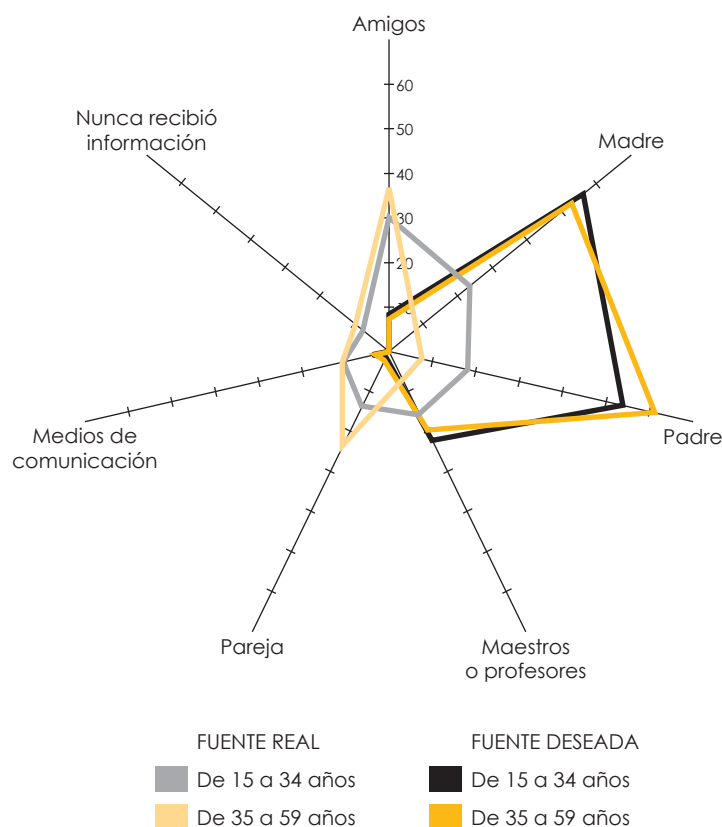
El acceso a la información en salud sexual y salud reproductiva es una herramienta fundamental para mejorar el ejercicio libre y placentero de la sexualidad. Si bien es cierto, la información por sí misma no genera cambios significativos en las prácticas, el acceso a fuentes de información científica y confiable posibilita la toma de decisiones informadas y, a su vez, permite identificar rutas para el acceso a los servicios. En este sentido, identificar las fuentes de información de los hombres en salud sexual y salud reproductiva representa una oportunidad para mejorar su involucramiento en la toma de decisiones respecto a la salud, la reproducción y la sexualidad.

De esta manera, los datos disponibles evidencian el distanciamiento existente entre las fuentes de información, de las cuales se recibieron los datos en temas de sexualidad, y las fuentes deseadas. Así, el Gráfico 1 detalla las fuentes principales de información de los hombres en temas de sexualidad; en este sentido, los amigos representan la principal fuente de información: 30.0% de los hombres entre 15 y 34 años y 37.0% de los hombres entre 35 y 59 años los mencionan como su fuente de información principal. Por otra parte, las diferencias encontradas respecto a la fuente deseada evidencian la importancia de la participación de la familia en la educación para temas de sexualidad, el 56,0% de los hombres, independientemente de la edad, hubieran preferido obtener información de sus padres y madres.

La distribución de las fuentes de información deseadas, por nivel educativo y zona de residencia, muestran a la madre y al padre como la fuente de la cual les hubiera gustado obtener información en sexualidad.

La participación de las familias en la educación sobre la sexualidad se vuelve, por tanto, un tema de suma importancia en el mejoramiento de las opciones de cuidado en la salud de los hombres, en especial si se considera que tratar el tema de la sexualidad es trabajar sobre: [...] lo íntimo, de la subjetividad, de la individualidad, en fin, de lo privado [...] (Fachel, 1997, p. 2). Y, en particular, porque un 77.6% de los hombres que recibieron información de sus madres y sus padres dicen estar satisfechos con la comunicación obtenida.

► Gráfico 1. **Porcentaje según fuentes de las que obtuvo y de las que desea obtener información en temas de sexualidad, por edad.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-



Asimismo, el acceso a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos se detalla en el Cuadro 2. El porcentaje de hombres que tuvo acceso a información sobre cómo utilizar correctamente los métodos anticonceptivos es del 50%, cifra inferior si se compara con el acceso de las mujeres, en edad reproductiva, a esta información (64.2%), lo cual podría estar asociado a las diferencias relacionadas con determinantes de género en la organización de los servicios de salud y, en particular, de la participación de los hombres en el proceso de toma de decisiones en salud reproductiva (cf. AGI, 2003 y Salem, 2004). Los hombres menores de 34 años obtuvieron mayor información sobre el uso de métodos anticonceptivos en comparación con los mayores de 35 años. En especial, las diferencias de acceso a información se dan por zona de residencia (67.3% en zona urbana y 47.6% en zona rural, en hombres entre 15 y 34 años) y nivel educativo (24.7% en menos de secundaria y 64.7% en secundaria y más, en hombres entre los 35 y 59 años).

El acceso a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos tiene como principal fuente a los y las profesionales en salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (28.7%), el cual –en el caso de las mujeres en edad reproductiva– alcanza el 51.4%, dato que concuerda con lo descrito anteriormente respecto a la organización de los servicios de salud y la tendencia a excluir los servicios de salud reproductiva de los hombres por considerarlos: fuera del interés en la tradición médica. Cuando comenzaron a ser objeto de interés fueron considerados problemáticos para los servicios y como obstáculo para la salud reproductiva de las mujeres (Figueroa Perea, 2000, p. 60).

► Cuadro 2. **Porcentaje de hombres de 15 a 59 años con acceso a información sobre uso de métodos anticonceptivos según características demográficas.** Costa Rica, 2010.

Variable	Edad	
	15 a 34	35 a 59
Zona de residencia		
Urbana	67,3	52,7
Rural	47,6	34,5
Nivel educativo		
Menos de secundaria	35,7	24,7
Secundaria y más	67,4	64,7
Estado de unión		
Unidos	51,3	43,8
No unidos	63,0	49,5

Métodos anticonceptivos

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Las decisiones reproductivas de las personas están determinadas, principalmente, por el acceso a información y consejería sobre el uso de anticonceptivos, la facilidad de adquirirlos y, finalmente, por las posibilidades para construir el deseo de embarazo. Tanto para hombres como para mujeres, las decisiones reproductivas impactan sus posibilidades futuras en salud, empleo, la transición a la vida adulta y las posibilidades de participación productiva en la sociedad (cf. Bankole, 1998). Por tanto, identificar los conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos, en hombres, representa un insumo para mejorar la toma de decisiones reproductivas y las formas en las cuales los hombres pueden contribuir en la mejora de la salud reproductiva de sus parejas.

El Cuadro 3 muestra el conocimiento de los hombres respecto a la oferta de métodos anticonceptivos. No se identificaron diferencias respecto al conocimiento general de los métodos contraceptivos según la zona de residencia, nivel educativo y estado de unión. Para todos los casos, los anticonceptivos orales, el condón masculino y la esterilización (masculina y femenina) son los métodos con mayor reconocimiento.

Inicio de uso de métodos anticonceptivos

Aproximadamente el 56% de los hombres utilizaron el condón como primer método anticonceptivo, alcanzando al 69.4% de los hombres entrevistados entre 15 y 34 años, datos que coinciden con investigaciones recientes sobre el uso mayoritario de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes en América Central (cf. Lloyd, 2000). La edad mediana de uso del primer método anticonceptivo fue de 18 años. El nivel educativo, la zona de residencia y la edad introducen variaciones a la edad de inicio. Los hombres de entre 15 y 34 años usaron el primer método anticonceptivo a los 17 años, mientras que los hombres de entre 35 y 59 años, con un nivel educativo de secundaria o menos, lo utilizaron a los 21 años. De acuerdo a la zona de residencia, los hombres de la zona urbana inician su uso a los 18 años, mientras que, en la zona rural, a los 19 años. El 85.2% de los hombres no tenía ningún hijo al momento de iniciar el uso de métodos anticonceptivos.

► **Cuadro 3. Distribución porcentual del conocimiento sobre métodos anticonceptivos.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-

Método	Porcentaje
(n = 1 384)	
Condón masculino	99,1
Pastillas anticonceptivas	97,3
Esterilización femenina	87,0
Esterilización masculina	86,2
Inyectables	83,6
Condón femenino	79,3
DIU	75,7
Ritmo	71,1
Retiro	62,5
Anticoncepción de emergencia	52,3
Métodos vaginales	46,3
Billings	21,4
Norplant	11,4
Otros	2,3

Uso actual de métodos anticonceptivos

El 71.2% de los hombres entrevistados respondió que usa algún método anticonceptivo. No se encontraron diferencias importantes de acuerdo a los grupos de edad, zona de residencia y nivel educativo. Sin embargo, el grupo de hombres no unidos presentó una prevalencia anticonceptiva más baja, lo cual concuerda con la distribución de la prevalencia anticonceptiva nacional (58.6%), y los hombres en unión alcanzan la prevalencia total de las mujeres en edad reproductiva 81.6%.

La prevalencia de uso actual de los métodos anticonceptivos se detalla en el Cuadro 4. Así pues, no se encontraron diferencias por nivel educativo y zona de residencia. También, en 50% de los casos, la decisión de uso de métodos se tomó de manera conjunta, un 21.5% de los hombres mencionó que la decisión de utilizar anticonceptivos fue de su pareja. Para la esterilización femenina, la decisión conjunta de la pareja mostró el porcentaje más elevado (35.9%).

En el 53.1% de los hombres, la fuente principal para obtener métodos anticonceptivos fueron las farmacias, seguidas por los establecimientos de salud de la CCSS con 28.7%. En los hombres con un nivel educativo de secundaria o menos y los hombres en unión, la principal fuente de obtención de métodos fue la CCSS con 46.5% y 51.6% respectivamente. El grupo de edad introduce diferencias importantes en la fuente de obtención del método, los hombres de 35 a 59 años, sin importar las demás condiciones demográficas, reportan que la fuente principal son los establecimientos de salud de la CCSS. Los porcentajes relacionados con la obtención de métodos anticonceptivos en los establecimientos de la CCSS evidencian la necesidad de fortalecer los servicios de salud reproductiva y las estrategias para atraer a los hombres, especialmente, porque la oferta anticonceptiva actual se encuentra dirigida principalmente a las mujeres.

Prácticas sexuales

Las decisiones respecto al inicio de las relaciones sexuales, las prácticas sexuales y la elección de parejas sexuales tienen una importante repercusión en la vida de las personas y relevantes consecuencias para la salud en general. Además, los riesgos relacionados con el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual y el aborto en condiciones inseguras son especialmente importantes en poblaciones en las cuales los niveles de pobreza son altos y el acceso a recursos es bajo (cf. Salem, 2004).

► Cuadro 4. **Prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos en hombres de 15 a 59 años, por estado conyugal.** Costa Rica, 2010.

Métodos	En unión (n = 597)	No unidos (n = 787)
Total usando	81,8	58,6
Modernos		
Anticonceptivos orales	18,7	12,8
DIU	3,0	1,2
Inyectables	8,5	2,9
Norplant	0,3	0,2
Barrera		
Condón masculino	12,2	33,8
Condón femenino	0,2	0,3
Esterilización		
Esterilización femenina	29,7	0,8
Esterilización masculina	5,7	0,3
Tradicionales		
Billings	0,1	0,1
Ritmo	2,7	1,3
Retiro	3,1	1,5

Por otra parte, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales con penetración vaginal es 18 años. Para los hombres de zona urbana, la edad de inicio es a los 16 años; mientras que, en la zona rural, es de 17 años (ver Cuadro 5).

Los datos muestran que existe un espaciamiento entre la edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración vaginal y el uso del primer método anticonceptivo (cualquier método) para todos los hombres, independientemente de la zona, el nivel educativo y la edad. Se observa el caso de los hombres con estudios de primaria o menos, para quienes el espaciamiento entre la edad de la primera relación sexual con penetración (16 años) y la edad al uso del primer método anticonceptivo (19 años) es de 3 años, situación que expone a los hombres a una etapa prolongada de riesgo reproductivo (cf. Schiavon, 2003).

No se encontraron diferencias importantes en la frecuencia de prácticas sexuales (vaginal, anal u oral) en hombres según residencia, nivel educativo, estado conyugal y edad. Los hombres de entre 15 a 34 años de la zona rural muestran porcentajes un poco menores en cada una de las prácticas, como se observa en el Cuadro 6.

El 73.5% de los hombres de la zona urbana y el 76.3% de la zona rural tuvieron una única pareja sexual,

durante los últimos 12 meses. También, el nivel educativo mostró porcentajes similares a los mostrados según la zona de residencia. Los hombres en unión presentan el mayor porcentaje de relaciones con una única pareja sexual en los últimos 12 meses (90.7%), mientras que un 25.1% de los hombres no unidos reporta al menos tres parejas sexuales distintas en los últimos 12 meses.

► Cuadro 5. **Edad mediana a la primera relación sexual con penetración vaginal y/o anal, y al uso del primer método anticonceptivo, según variables demográficas.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-

Variables	Edad mediana (n = 1384)	
	Relaciones sexuales	Uso de métodos anticonceptivos
Total	16	17
Zona		
Urbana	16	18
Rural	17	19
Nivel Educativo		
Primaria o menos	16	19
Secundaria y más	17	18
Edad		
15 a 34	16	17
35 a 59	17	18

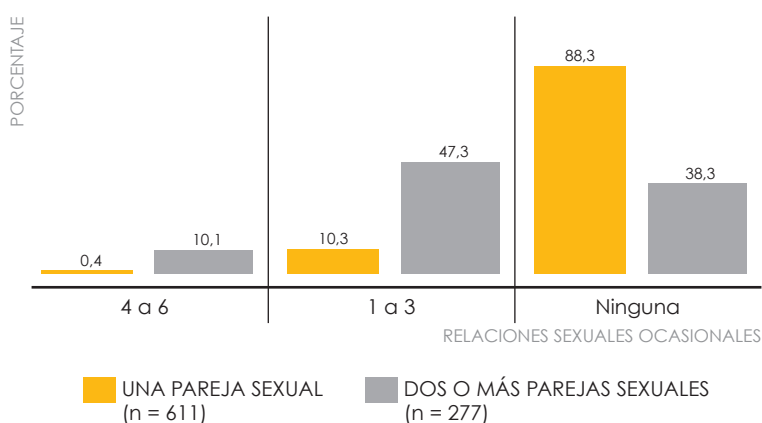
► Cuadro 6. **Distribución porcentual de prácticas sexuales, según variables demográficas.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-

Variables	Tipo de práctica sexual		
	Oral	Vaginal	Anal
Edad			
15 a 34	62,3	81,9	16,1
35 a 59	59,7	95,3	20,0
Nivel Educativo			
Primaria y menos	46,9	91,2	11,8
Secundaria y más	69,0	83,6	21,3
Zona de residencia			
Urbana	67,7	83,3	20,3
Rural	51,1	87,5	14,3
Estado conyugal			
Unidos	62,6	97,0	19,0
No unidos	59,7	79,3	16,8

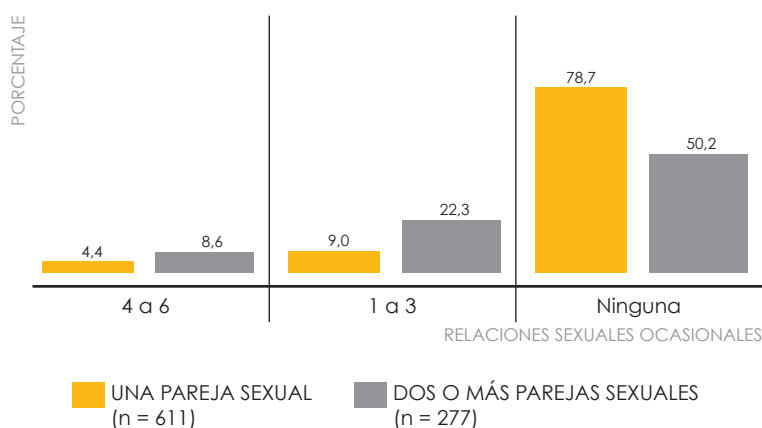
Prácticas sexuales de riesgo

Se analizó el riesgo de algunas prácticas sexuales al comparar el promedio de relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otra droga y las relaciones sexuales ocasionales, en hombres con una única pareja sexual y hombres con más de una pareja sexual (ver gráficos 2 y 3). En este sentido, del 90.7% de los hombres que mencionó tener una única pareja sexual, un 21.3% tuvo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol en los últimos 12 meses, mientras que del 25.1% de los hombres con tres o más parejas sexuales, el 50.2% mantuvo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otra droga en los últimos doce meses.

► **Gráfico 2. Porcentaje de hombres que han tenido relaciones sexuales ocasionales en los últimos doce meses, según número de relaciones sexuales ocasionales.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 49 años-



► **Gráfico 3. Porcentaje de hombres que han tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol durante los últimos doce meses, según número de relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 49 años-



En el caso de las relaciones sexuales ocasionales, del total de hombres que mencionaron tener una única pareja sexual el 88.3% dijo no haber tenido ninguna relación sexual ocasional. Para los hombres con dos

o más parejas sexuales en los últimos doce meses un 47.3% mencionó haber tenido de una a tres relaciones sexuales ocasionales, y un 10.1% tuvo entre 4 y 6 relaciones sexuales ocasionales.

Uso del condón

La frecuencia de uso del condón para la prevención de infecciones de transmisión sexual aporta información valiosa, para el diseño de estrategias que les permitan a los hombres ser participes activos en la reducción de la incidencia de nuevas infecciones. En este sentido, solamente un 35.3% de los hombres de la zona urbana y un 27.1% de la zona rural reportaron el uso sistemático del condón en sus relaciones sexuales con penetración vaginal (al menos en el 75% de las veces) y ese valor no se modifica según el nivel educativo y grupos de edad. En el caso de los hombres no unidos el 57.1% reportan el uso sistemático del condón en sus relaciones sexuales con penetración vaginal, porcentaje que coincide con la distribución de uso actual de métodos anticonceptivos para este grupo, que reporta en el 33.8% de los casos el condón masculino como el método utilizado actualmente. En el caso de los hombres unidos, únicamente el 12.5% reportó el uso sistemático del condón en sus relaciones sexuales con penetración vaginal, este porcentaje concuerda con la distribución de uso de métodos anticonceptivos en hombres unidos, donde el condón tiene una prevalencia de uso del 12.2%.

Opiniones en derechos sexuales y derechos reproductivos

El acceso de las personas a la información, el aumento de las posibilidades de participación de las mujeres en la educación y la población económicamente activa, la participación en espacios públicos y empoderamiento en la toma de decisiones reproductivas ha producido cambios importantes en la opinión pública en los últimos años. Estos cambios se observan en las opiniones de las mujeres respecto a la interrupción del embarazo desde 1999 a la actualidad, el aumento del reconocimiento del derecho de las personas a la educación para la sexualidad y el ejercicio autónomo de la salud sexual.

En ese sentido, conocer las opiniones de los hombres en derechos reproductivos posibilita identificar líneas de acción futuras para mejorar el ejercicio de la salud reproductiva de las mujeres, así como garantizar el derecho de las personas a decidir sobre su propio cuerpo. Los datos generados a partir de la ENSSR-10 muestran que un 48.2% de los hombres entre los 15 y 59 años están de acuerdo con la interrupción del embarazo en distintas causales específicas. Las causas, no incluidas en la legislación actual sobre interrupción del embarazo, son violación (40.0%), malformaciones fetales incompatibles con la vida (39.4%) e incesto (30.8%).

Existen diferencias importantes según el nivel educativo y zona de residencia respecto a la interrupción del embarazo para las tres casuales con mayor aceptación (Cuadro 7). En el caso de la interrupción por violación se observa que para los hombres con secundaria o más la aceptación es de 46.1%, mientras que en hombres con nivel educativo de secundaria o menos es de 29.3%. Un 42,7% de los hombres residentes de la zona urbana están de acuerdo con la interrupción por malformaciones fetales, mientras que ese valor se reduce a un 34.3% en los hombres de la zona urbana. El 32.3% de los hombres no están de acuerdo con la interrupción del embarazo en ninguna circunstancia. Sin embargo esos valores varían según el nivel educativo: un 41.8% de los hombres con secundaria o menos no aceptan la interrupción del embarazo bajo ninguna circunstancia, mientras que un 27.1% de los hombres con secundaria y más se muestran en contra de la interrupción del embarazo.

► **Cuadro 7. Porcentaje de hombres que están de acuerdo con el aborto en diferentes circunstancias según nivel educativo y zona de residencia.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-

Cuando la mujer:	Nivel educativo		Zona de residencia	
	Menos de secundaria	Secundaria y más	Urbano	Rural
Fue violada	29,3	46,1	44,6	33,1
Es una niña	21,1	28,2	27,7	22,8
Cuando el feto tiene malformaciones incompatibles con la vida	32,7	43,1	42,7	34,3
Abusada por el padre o hermano	21,7	36,0	34,5	25,2
No puede mantener o educar a los hijos	4,4	4,4	4,4	4,5
Lo decida por cualquier motivo	3,6	4,8	5,1	3,5
Cuando la vida de la mujer está en peligro	39,2	50,4	48,4	43,3
En ninguna circunstancia	41,8	27,1	28,5	37,9

Con respecto a la implementación de la enseñanza de educación para la sexualidad, la planificación familiar y la instrucción sobre el uso de métodos anticonceptivos en escuelas y colegios, en términos generales el 94% de los hombres están de acuerdo. El porcentaje de hombres a favor de la educación para la sexualidad concuerda con los datos nacionales y la distribución por edad, zona de residencia, escolaridad y estado de unión no introducen cambios a los porcentajes. Los hombres entrevistados reconocen la importancia de que las personas menores de edad cuenten con información suficiente para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción. La edad mediana que recomiendan los hombres para el inicio de la educación para la sexualidad es 10 años, información que parece relacionarse con la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Infecciones de transmisión sexual y VIH y sida

Un determinante de los comportamientos que las personas adoptan frente a la prevención del VIH y sida, es la información que esas personas poseen sobre las infecciones de transmisión sexual (cf. Rani, 2004).

Algunos estudios realizados en Costa Rica evidencian que persisten vacíos importantes en el acceso de los hombres a información correcta sobre las formas de transmisión, especialmente referida al VIH y sida. Para identificar los conocimientos correctos respecto a la transmisión del VIH se incluyeron cuatro preguntas sobre formas incorrectas y tres preguntas sobre formas correctas. De la totalidad de hombres entre 15 y 59 años entrevistados únicamente 58% contestaron correctamente la totalidad de preguntas.

Los porcentajes de rechazo de las formas incorrectas de transmisión muestran diferencias importantes respecto a la zona de residencia y el nivel educativo (ver Cuadro 8). Los hombres con nivel de secundaria o menos rechazan la transmisión por picadura de mosquito y mediante el sudor y la saliva en un 39.4% y 38.6% respectivamente. Esas cifras son, en promedio, 30 puntos porcentuales menores si se compara con los hombres con secundaria y más. En los conocimientos por zona de residencia se observa una diferencia porcentual de 20 puntos entre hombres de zona urbana y zona rural. Sin embargo, independientemente de las variables demográficas los porcentajes de rechazo a creencias incorrectas comprueban las brechas de acceso a información correcta sobre el VIH y sida.

► **Cuadro 8. Porcentaje de hombres que rechazan formas incorrectas de transmisión por zona de residencia y nivel educativo.** Costa Rica, 2010.
-Hombres de 15 a 59 años-

Formas incorrectas de transmisión del VIH	Total (n = 1 384)	Nivel educativo		Zona de residencia	
		Menos de secundaria (n = 460)	Secundaria y más (n = 924)	Urbano (n = 807)	Rural (n = 577)
Usar el mismo servicio sanitario	68,4	55,0	75,9	72,4	59,7
Por la picadura de un mosquito	53,9	39,4	62,0	61,3	42,8
Mediante el sudor y la saliva	56,9	38,6	67,2	63,1	47,7
Por medio de los estornudos y la tos	70,7	55,8	79,1	76,6	61,9

El reconocimiento del condón como método para la prevención de infecciones de transmisión sexual alcanza el 91.2%. A pesar de dicho reconocimiento, solamente un 34.4% de los hombres que lo mencionan como método de prevención indican que lo usó en la última relación sexual con penetración vaginal, y un 32.0% dijo que lo utilizó en la mayoría de las veces durante los últimos 12 meses. En el caso de los hombres no unidos que reconocen el condón como fuente principal de prevención, los porcentajes de uso en la última relación sexual y en los últimos 12 meses son 60.9% y 60.4% respectivamente.

Violencia sexual

El porcentaje de hombres que declara haber sufrido violencia sexual se muestra en el Cuadro 9. El porcentaje de los hombres que reportan este tipo de violencia durante sus relaciones sexuales es de 2.4%, por lo cual el tema de la violencia sexual se coloca desde el análisis de las desigualdades de género y la afectación a las mujeres.

► **Cuadro 9. Porcentaje de hombres que reporta haber sufrido violencia sexual.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 59 años-

Forma de violencia en las relaciones sexuales (n = 1 384)	Porcentaje
Ofrecimiento de dinero, ropa, trabajo u otros privilegios	11,9
Aceptar relaciones sexuales por miedo a represalias	8,4
Forzado físicamente	2,5
Lo han agredido físicamente durante	2,3
Amenazado con quitarle trabajo, privilegios o derechos	1,3

En el 2003, el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica publicó los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer, en la cual el 58% de las mujeres entre

vistadas ha sufrido episodios de violencia al menos una vez en su vida. De igual forma, los datos de la ENSSR-10 indican que, aproximadamente, el 20% de las mujeres de entre 15 y 49 años ha sido forzada a tener relaciones sexuales y ha sido agredida físicamente durante una relación sexual.

Decisiones relevantes en salud sexual y salud reproductiva

Las decisiones relevantes en salud sexual y salud reproductiva, incluidas en el análisis, dan cuenta de quién es la persona que toma las decisiones respecto al uso del preservativo, el uso de anticonceptivos, tener un hijo o una hija, cuándo tener relaciones sexuales, qué tipo de contacto sexual se tiene y cuál posición sexual a realizar.

El Cuadro 10 muestra la distribución porcentual de quién toma la decisión en los temas mencionados anteriormente. De esta forma, se observa que existe una tendencia, independientemente del nivel educativo, la zona de residencia, el estado de unión y la edad, a mencionar que las decisiones respecto a tener un hijo (85.7%), tener relaciones sexuales (85.7%), el tipo de contacto sexual (81.8%) y el tipo de posición sexual (81.1%) son tomadas en conjunto. Es importante mencionar que en el caso del uso del condón el estado de unión introduce diferencias importantes, respecto al porcentaje de hombres mencionan usarlo por su propia decisión, de forma tal que en hombres unidos el porcentaje es del 14.1%, mientras que, en hombres no unidos alcanza un 31.4%.

Cuadro 10. **Distribución porcentual de la toma de decisiones en salud sexual y salud reproductiva en hombres de 15 a 59 años.** Costa Rica, 2010. -Hombres que han tenido relaciones sexuales con penetración vaginal-

¿Quién decide?	Usted	Pareja	Ambos
(n = 1 384)			
Uso del preservativo	21,9	4,4	46,1
Uso de anticonceptivos	5,9	15,6	60,4
Tener un hijo	5,3	3,6	85,5
Tener relaciones sexuales	9,0	3,8	85,6
Tipo de contacto sexual	12,9	3,7	82,0
Posición sexual	13,8	3,9	81,1

Disfunciones sexuales

Para el caso de las disfunciones sexuales, la ENSSR-10 incluyó tanto preguntas sobre conocimientos generales respecto a las disfunciones, como aquellas referidas a la ocurrencia de alguna de las disfunciones. Los datos mostrados, en este documento, reflejan la frecuencia con la cual los hombres mencionaron cada una de las disfunciones incluidas.

Como se observa en el Cuadro 11, aproximadamente, cuatro de cada diez hombres mencionan haber sufrido alguna vez ausencia de deseo sexual (38.9%), un 37.9% mencionó la resequedad vaginal y un 26.5% dolor durante las relaciones sexuales. Los datos, de acuerdo a edad y estado de unión, muestran diferencias importantes para la ausencia de deseo sexual, 42.3% de los hombres unidos y 31.6% de los no unidos. Además, han experimentado eyaculación precoz 15.8% de los hombres de entre 15 y 34 años y 8.5% de aquellos entre 35 y 59 años.

Cuadro 11. **Porcentaje de hombres que mencionó haber tenido alguna disfunción sexual, por tipo de disfunción, según edad y estado de unión.** Costa Rica, 2010. -Hombres que han tenido relaciones sexuales con penetración vaginal-

Disfunción	Total	Edad		Estado de unión	
		15 a 34	35 a 59	Unidos	No unidos
(n = 304)					
Ausencia de deseo sexual	38,6	35,1	41,7	42,3	31,6
Resequedad vaginal	37,9	33,1	42,1	36,7	39,8
Dolor durante las relaciones	26,5	26,9	26,1	26,9	25,8
Ausencia de orgasmo	17,6	18,8	16,5	15,9	20,1
Dificultad de erección	12,2	14,4	10,2	11,6	13,0
Eyaculación precoz	11,9	15,8	8,5	9,7	15,3
No puede eyacular	8,4	9,4	7,5	8,3	8,7

Conclusiones

Los datos presentados en el artículo no pretenden ser exhaustivos en la identificación de comportamientos y conocimientos para el ejercicio de la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres. En cambio, su finalidad es mostrar un panorama general de la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres de 15 a 59 años en Costa Rica, al identificar comportamientos diferenciados dentro del grupo de hombres entrevistados, de acuerdo a la zona de residencia, la edad, el nivel educativo y el estado conyugal.

Uno de los aspectos importantes a resaltar es que se encontraron diferencias relevantes en el acceso a información, conocimientos y prácticas de los hombres. Asimismo, las brechas de acceso entre lo urbano y lo rural, así como las diferencias por nivel educativo, requieren de estrategias y acciones concretas que le garanticen a los hombres mayores oportunidades para participar responsablemente en el cuidado de la salud reproductiva. En este sentido y con respecto al tema específico de la violencia sexual, la carencia de datos por parte de los hombres requiere meditar las formas de abordaje sobre el tema, en futuras investigaciones, y así evitar respuestas que pudieran plantearse desde roles y estereotipos de género.

Respecto al acceso a la información en salud sexual y salud reproductiva, los datos permiten visualizar la importancia de las familias en los procesos de formación. El involucramiento de las familias en los procesos de educación en salud sexual y salud reproductiva depende, en gran medida, de la responsabilidad del Estado en la creación de capacidades institucionales para ejecutar programas de educación en estos temas. Esta responsabilidad del Estado se encuentra respaldada por el amplio grado de aceptación de los hombres para

la enseñanza de la educación en sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos en centros educativos. Proveer información científica, clara y actualizada, dentro del sistema de educación formal, les garantiza a las personas (quienes tendrán hijos e hijas en el futuro) herramientas e insumos para cumplir con la demanda de participación expresada en los datos.

La edad de inicio de relaciones sexuales y las diferencias encontradas respecto a la edad de inicio de uso de métodos anticonceptivos –tanto las identificadas por la zona de residencia, como por el nivel educativo– refuerzan la importancia de pensar en la organización y la oferta de los servicios de salud reproductiva. También, dejar de lado los sistemas que privilegian la atención materna e infantil y acercar a los hombres a los servicios de salud, representa además de una tarea pendiente una posibilidad para involucrar activamente a los hombres en la toma de decisiones reproductivas, como agente que le garantice a las mujeres el ejercicio libre, placentero e informado de su reproducción.

Por otra parte, el reconocimiento y el uso del condón, como método de prevención de infecciones de transmisión sexual, constituyen otro espacio de trabajo para focalizar acciones que procuren la participación de los hombres en el cuidado de la salud. Igualmente, acercar los conocimientos a las prácticas ha generado extensos debates en la prevención del VIH y sida; sin embargo, los datos del uso del condón en hombres no unidos brindan luces sobre las posibilidades futuras para incrementar el uso correcto y sistemático del condón.

Finalmente, es importante mencionar que los datos incluidos en este análisis representan una pequeña porción de la totalidad de datos disponibles en la ENSSR-10. Por lo cual, identificar y posicionar el tema de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres como una herramienta fundamental para mejorar el ejercicio de la sexualidad de todas las personas, requiere de análisis más detallados, los cuales permitan dar cuenta de diferencias que no han sido incluidas en este artículo y, a su vez, garantizar el disfrute del ejercicio y el reconocimiento de los derechos en salud sexual y salud reproductiva de las personas como parte de sus derechos humanos.

Capítulo 7. **Conocimientos,** **opiniones** **y conductas de riesgo** **sobre el VIH/sida** **y las infecciones** **de transmisión sexual.**

Visualizando **la salud reproductiva y la sexualidad** **desde diversas perspectivas:**

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 7.

Conocimientos, opiniones y conductas de riesgo sobre el VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual.

Mariela Garrón¹
Alejandra Acuña²
Ivonne Zelaya Moreno³

Resumen

Costa Rica cuenta con estudios e investigaciones que indagan sobre conocimientos, actitudes y prácticas, percepción del riesgo, información y acceso a servicios de prevención y atención sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/sida; no obstante, han sido realizados utilizando muestras pequeñas y orientadas a poblaciones específicas. Con la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-10), el país tiene acceso, por primera vez, a datos de la población general e información actualizada para apoyar el desarrollo de acciones de planificación, monitoreo y evaluación de las ITS y la epidemia del VIH a nivel nacional, así como la verificación del avance en el cumplimiento de los compromisos internacionales.

Si bien la ENSSR-10 no es una encuesta específica sobre ITS y VIH/sida, el cuestionario incorporó apartados sobre acceso a información, utilización de condones y pruebas diagnósticas. Además, incluyó ítems sobre las prácticas sexuales, el uso del condón y la violencia sexual, los cuales aportan información para el análisis de las ITS y el VIH/sida.

Este capítulo, a partir de una priorización de las preguntas incluidas en esta encuesta, presenta una síntesis de hallazgos relativos a conocimientos y opiniones de la población sobre este tema, así como factores de riesgo con relación a las ITS y el VIH/sida, los cuales se categorizaron según: 1) prácticas sexuales, 2) información correcta y mitos sobre ITS y VIH/sida, 3) factores vinculados al uso del condón, 4) prueba del VIH, 5) percepción del riesgo, 6) violencia sexual y 7) estigma y discriminación.

1 Filósofa, M.Sc. en Política Económica. Representante para Costa Rica de USAID | PASCA.

2 Enfermera, M.Sc. en Salud Pública. Coordinadora del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y sida, CONASIDA.

3 Abogada, M.Sc. en Derecho Internacional y Derechos Humanos. Punto focal de ONUSIDA en Costa Rica.

Introducción

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2010 (ENSSR-10) ofrece vasta información relacionada con el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/sida. Para el desarrollo de este capítulo, se priorizó la selección y el análisis de variables incluidas en esta encuesta, las cuales permitieron profundizar en el conocimiento de sus principales factores de riesgo.

En el marco de ONUSIDA:

Riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por el VIH. Ciertos comportamientos crean, intensifican y perpetúan el riesgo. Algunos ejemplos son las relaciones sexuales no protegidas con una pareja cuyo estado del VIH se desconoce y múltiples relaciones sexuales no protegidas. La vulnerabilidad es consecuencia de un espectro de factores que reducen la capacidad de los individuos o comunidades para evitar la infección por VIH. Ellos pueden incluir: (i) factores personales, como falta de conocimientos y aptitudes necesarias para protegerse y proteger a otros; (ii) factores relativos a la calidad y cobertura de los servicios, como inaccesibilidad debido a la distancia, costo y otros; (iii) factores sociales, como normas culturales y sociales, prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y discapacitan a ciertas poblaciones y actúan como barreras para mensajes esenciales de prevención del VIH (ONUSIDA, 2007, p. 4).

Acorde con lo anterior y con el supuesto básico de que el conocimiento contribuye al mejoramiento de la planificación, monitoreo y evaluación de las acciones a nivel nacional, los resultados obtenidos en la Encuesta aportan información de base poblacional que permite conocer factores claves relacionados con la situación de las ITS y el VIH en el país (cf. Ministerio de Salud, 2011).

Abordaje metodológico

En la ENSSR-10, se entrevistó a un total de 3197 personas, 1601 hombres y 1596 mujeres, de 15 a 79 años de edad, muestra representativa de la población de adolescentes, personas adultas, residentes en las zonas urbanas y rurales del país (cf. ONUSIDA, 2011, p. 26).

Después de la compilación de los datos, se elaboraron distribuciones de frecuencias de las variables seleccionadas del cuestionario que se relacionan con VIH, tales como: edad de inicio, frecuencia y tipo de relaciones sexuales, acceso a la información sobre las formas de transmisión del VIH, factores relativos al uso del condón, información y acceso a pruebas diagnósticas del VIH, antecedentes de violencia o abuso sexual, opiniones de la población sobre aspectos relativos a la diversidad sexual y el VIH/sida.

Para la selección de variables y su análisis, se aplicaron criterios de riesgo y vulnerabilidad. A partir de lo anterior, se construyeron cuadros y gráficos que se analizaron y se interpretaron. A lo largo del proceso, se consultó bibliografía especializada y se discutieron los resultados y conclusiones con equipos de expertos en el tema.

Edad de inicio de relaciones sexuales

Entre sus indicadores, el Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida incluye el Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años (Indicador 1.2) (ONUSIDA, 2011, p. 26).

► Cuadro 1. **Porcentaje de personas que inició relaciones sexuales antes de los 15 años de edad según tipo de contacto sexual edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

Tipo de relación sexual que inició antes de 15 años	Edad		
	15 a 24 (n = 1 095)	25 a 49 (n = 1 318)	50 y más (n = 3 197)
Total			
Sexo oral	5,5	3,9	1,3
Coito vaginal	13,3	14,2	13,1
Coito anal	0,8	0,2	0,0
Hombres			
Sexo oral	7,9	5,8	1,3
Coito vaginal	17,1	19,2	18,2
Coito anal	1,3	0,5	0,0
Mujeres			
Sexo oral	3,0	1,9	0,0
Coito vaginal	9,2	9,2	8,1
Coito anal	0,2	0,0	0,0

Al calcular este indicador, para el grupo de 15 a 24 años, se encontró que un 5,5%, un 13,3% y un 0,8% de esta población inició sexo oral, coito vaginal y coito anal antes de los 15 años de edad respectivamente.

En todos los rangos etarios, hay diferencia en la edad de inicio de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres; más del doble de hombres que de mujeres inician sus relaciones sexuales antes de los 15 años.

La importancia de esta medición en relación con el VIH y el sida radica en que retrasar la edad en la cual los jóvenes tienen su primera relación sexual reduce el posible riesgo de exposición al VIH.

Información correcta y mitos sobre ITS y VIH/sida

La ENSSR-10 indagó acerca del número de personas que ha oído hablar sobre cada ITS, por edad, sexo y zona.

Al comparar el porcentaje de personas –en general– que había oído hablar sobre cada infección de transmisión sexual, se encontró que el mayor porcentaje fue de 99,3% correspondiente al VIH/sida, seguido por la Gonorrea (93,3%), el Papiloma (87,4%), la Sífilis (84,6) y el Chancro (64,3%). Otras ITS fueron reconocidas en menor medida por la población (5,2%).

► Cuadro 2. **Porcentaje de personas que afirmó haber oído hablar sobre diversos tipos de infecciones de transmisión sexual según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

Edad y sexo	Tipo de infección de transmisión sexual					
	VIH y sida	Gonorrea	Papiloma	Herpes	Sífilis	Chancro
Total						
15 a 19	98,8	85,3	82,4	79,5	73,9	37,8
20 a 24	99,8	95,5	93,1	87,6	87,1	62,1
25 a 49	99,5	94,0	89,3	81,3	84,8	65,2
50 y más	97,5	94,3	82,6	73,2	88,0	77,2
Hombres						
15 a 19	99,4	84,9	78,1	77,3	71,5	35,0
20 a 24	100,0	98,0	92,4	86,2	87,7	69,0
25 a 49	99,7	96,5	86,4	79,6	86,8	76,4
50 y más	97,4	96,9	79,2	70,5	90,3	89,2
Mujeres						
15 a 19	98,2	85,8	87,7	82,1	76,8	41,1
20 a 24	99,6	93,2	93,8	88,8	86,5	56,0
25 a 49	99,4	91,5	92,2	82,9	82,7	53,8
50 y más	97,6	91,8	86,0	75,8	85,7	65,5

El grupo etario que más ha oído hablar acerca de las ITS es el de 20 a 24 años y el menos informado es el de 15 a 19 años de edad. Respecto al sexo, los hombres tienen un 84,2% de mayor conocimiento de todas las ITS mencionadas, excepto en el caso del Papiloma, del cual las mujeres han oído hablar más (90,6%). Con relación al conocimiento por zona, no hay diferencia en el caso de VIH, pero sí en el resto de las ITS, de las cuales las personas de zona urbana muestran un conocimiento entre 5% y 12% mayor que las de zona rural, dependiendo de la infección.

Formas de Transmisión

El Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida (Indicador 1.1) promueve la medición del avance hacia el conocimiento universal de los datos esenciales, relacionados con la transmisión del VIH, sobre la base lógica de que:

[...] la epidemia del VIH se perpetúa, principalmente, a través de la transmisión sexual de la infección a las generaciones sucesivas de jóvenes. Un sólido conocimiento sobre el VIH y el sida es un pre-requisito esencial, si bien, en ocasiones, insuficiente, para adoptar comportamientos que reduzcan el riesgo de la transmisión del VIH. (ONUSIDA, 2011, p. 26).

Por otro lado:

La propagación del VIH en países como Costa Rica, donde la principal forma de transmisión es la sexual depende en gran medida de las relaciones sexuales no protegidas entre personas que

tienen un gran número de parejas. Las personas que tienen múltiples parejas tienen un riesgo más alto de transmisión del VIH que las que no forman parte de una red sexual amplia (Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida, Indicador 1.3) (ONUSIDA, 2011, p. 28).

Para medir este avance, la ENSSR-10 incluyó las cinco preguntas específicas sobre formas de transmisión del VIH e ideas erróneas sobre el virus, indicadas en los lineamientos de ONUSIDA para la medición. En el Cuadro 3, se muestra el porcentaje de personas, de 15 a 24 años, que respondió correctamente a las afirmaciones, indicando “cierto” o “falso” y el porcentaje que respondió correctamente a los 5 ítems.

► **Cuadro 3. Porcentaje de personas de 15 a 24 años que respondió correctamente a afirmaciones sobre formas de prevención y transmisión del virus VIH según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

Formas de prevención y transmisión del VIH	Hombres		Mujeres	
	Edad			
	15 a 19	20 a 24	15 a 19	20 a 24
El riesgo de transmisión del VIH se reduce si se tienen relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada	89,3	93,0	86,9	92,2
Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales	89,8	92,5	87,5	95,6
El VIH no se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	62,9	62,8	60,5	62,8
El VIH no puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito	51,5	53,7	50,1	58,4
La persona que tiene el VIH no siempre muestra un aspecto enfermizo	41,2	58,2	47,2	59,0
Respuestas correctas en los 5 ítems	17,0	27,5	16,5	26,8

La información obtenida permite deducir que es necesario implementar e intensificar acciones para alcanzar el conocimiento universal de los datos esenciales acerca de la transmisión del VIH.

Respecto al porcentaje de personas que respondió correctamente las cinco frases, corresponde a 17% de los hombres con edades entre los 15 a 19 años y 27,5% de hombres de 20 a 24 años.

De manera similar, solamente el 16,5% de las mujeres de entre 15 a 19 años y el 26,86% de las mujeres con edades comprendidas entre 20 a 24 años respondió correctamente a las cinco afirmaciones.

Además de las cinco afirmaciones anteriores, la ENSSR-10 incluyó siete frases adicionales, las cuales permiten profundizar en el nivel de conocimientos de la población general sobre el VIH.

En el Cuadro 4, se muestra el porcentaje de la población general que respondió correctamente a cada afirmación planteada.

En el Cuadro 4, se puede apreciar que el nivel de conocimiento entre hombres y mujeres es similar, excepto en la afirmación acerca de la transmisión materno-infantil por medio de la leche, en la cual las mujeres muestran 5,5% más de conocimiento que los hombres.

Así, al exceptuar de nuevo la afirmación de la transmisibilidad del virus mediante la leche materna, hay diferencias por zona, ya que el conocimiento en la región urbana es mayor al conocimiento que las del área rural, con diferencias de hasta 16,3%, como es el caso de la afirmación de la transmisibilidad del VIH por medio de la picadura de mosquito.

Cuadro 4. Porcentaje de personas que respondió correctamente a afirmaciones relativas al VIH según sexo, zona y nivel educativo. Costa Rica, 2010.

Formas de prevención y transmisión del VIH	Sexo		Zona		Nivel educativo	
	Hombre	Mujer	Urbana	Rural	Menor a secundaria	Secundaria y más
El VIH se puede transmitir al practicar el sexo oral sin protección	65,0	59,2	63,1	60,7	62,1	61,7
El VIH no se puede transmitir al usar el mismo servicio sanitario de una persona infectada	66,2	69,6	73,1	59,9	55,0	76,1
La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH es con un examen de sangre específico	95,3	95,6	96,6	93,8	93,5	96,4
El VIH no puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito	52,5	55,0	60,2	43,9	41,6	61,4
Una persona puede infectarse con el VIH al tener relaciones sexuales sin protección	97,6	96,6	97,5	96,4	94,9	98,1
El VIH no se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	55,0	54,6	59,8	47,1	39,0	64,9
El VIH no se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada	68,6	69,2	75,1	59,3	54,3	78,2
VIH son las siglas para virus de inmunodeficiencia humana	81,4	76,1	83,7	71,3	65,4	87,1
El riesgo de transmisión del VIH se reduce si se tienen relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada	91,4	89,2	92,0	87,7	84,7	93,6
El VIH puede transmitirse a través de la leche materna	24,5	30,0	27,0	27,7	27,8	26,7
Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales	91,1	88,9	91,9	87,1	82,3	94,4
La persona que tiene el VIH no siempre muestra un aspecto enfermizo	42,9	45,0	48,9	36,3	25,4	55,9

Finalmente, el análisis del conocimiento, según nivel educativo, muestra una tendencia general en dirección a que a mayor educación, mayor conocimiento.

Factores vinculados al uso del condón

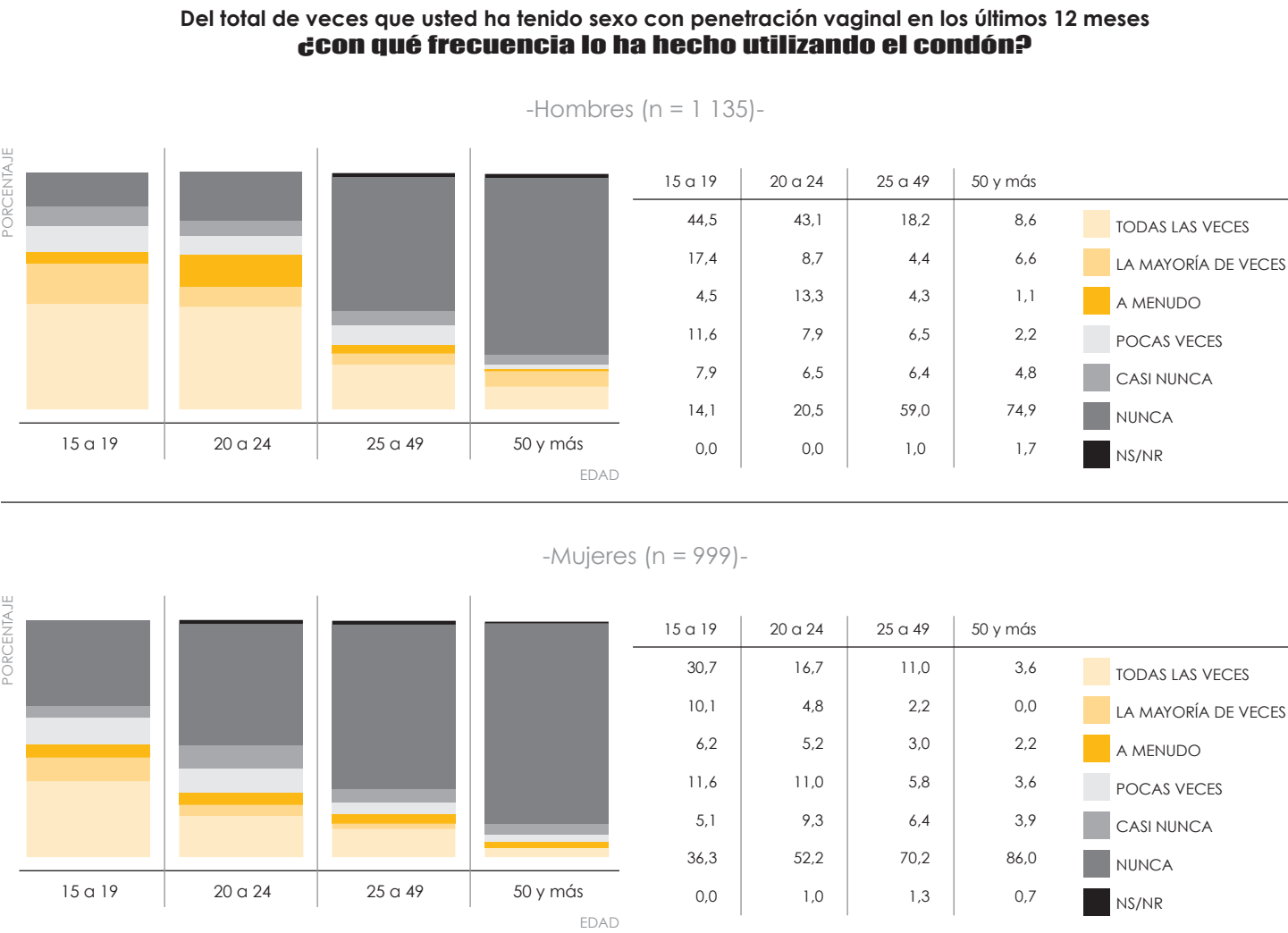
Debido a que, en Costa Rica, la principal forma de transmisión del VIH/sida y otras ITS es la sexual, el uso correcto y consistente del condón se identifica como el mejor método de prevención. Por ello, es de especial interés contar con la información al respecto, para la planificación y ejecución de las acciones.

Por estudios como el de *Medición del Gasto en Sida en Costa Rica 2010* (cf. Ministerio de Salud, 2010), se conoce que la población tiene la práctica de comprar sus preservativos. Esta práctica no debe ser desestimulada pues hay más probabilidad de uso del condón en caso de que se compre que si se recibe de manera gratuita.

Frecuencia de uso del condón

El Gráfico 1 muestra que el porcentaje de personas que utilizan sistemáticamente el condón no alcanza el 50% en relaciones sexuales con penetración vaginal. Es así como el 44,5% de los hombres de 15 a 19 años reportó haber usado todas las veces el condón, seguido por el grupo de 20 a 24 años (43,1%) y el grupo de 25 a 49 años (18,2%), frente a un 8,6% de los hombres de 50 y más años.

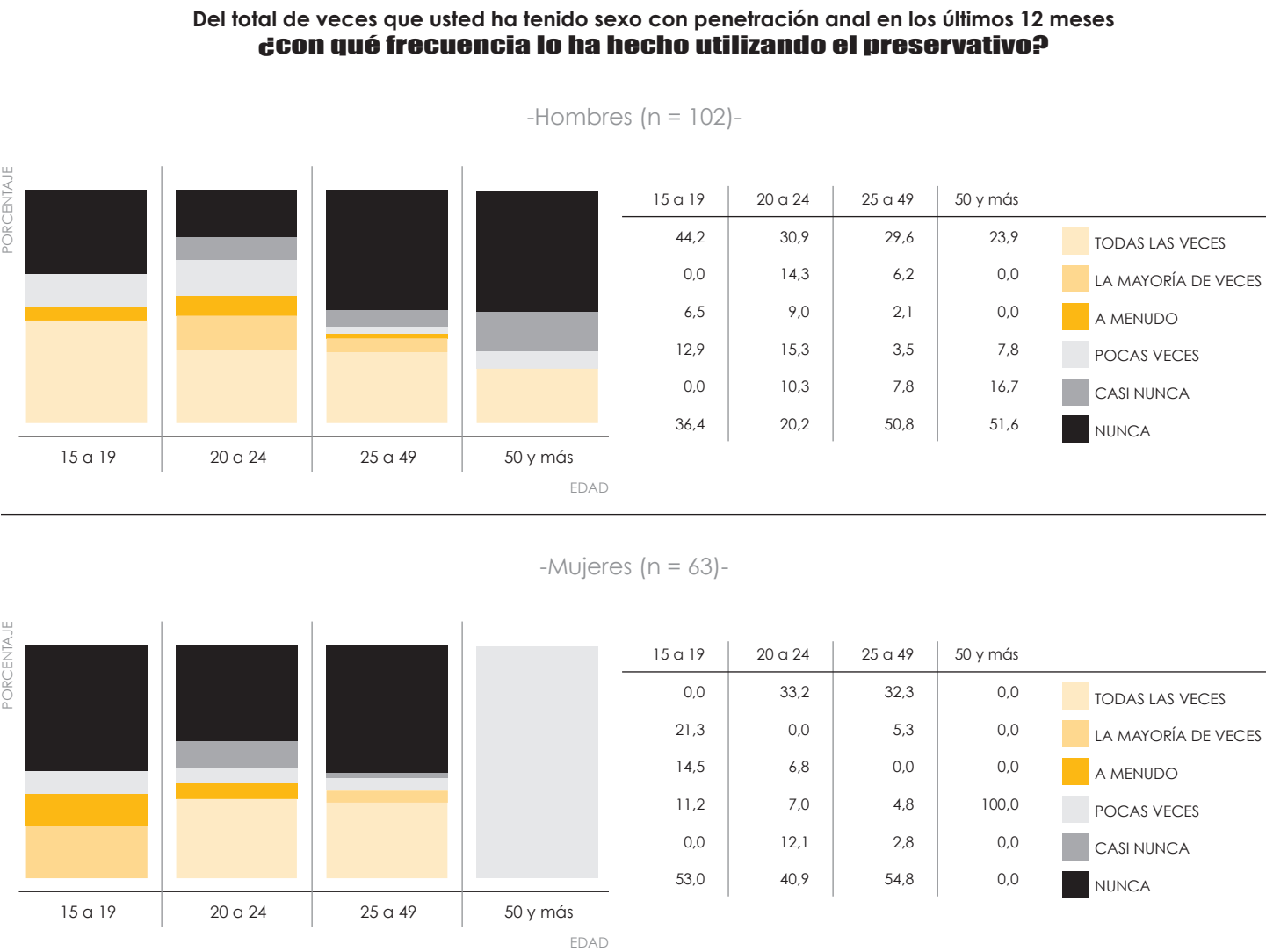
► **Gráfico 1. Porcentaje de personas que tuvo coito vaginal durante los últimos 12 meses según frecuencia de uso de condón por edad y sexo.**
Costa Rica, 2010.



También, las mujeres utilizaron con mayor frecuencia el condón a menor edad; sin embargo, en términos generales, con menor consistencia que los hombres. Así, sólo el 30,7% de las mujeres de 15 a 19 años afirmó que usó el condón todas las veces que tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal, en el último año; seguido por el grupo de 20 a 24 años (16,7%), el de 25 a 49 años (11%) y el grupo de 50 y más años (3,6%).

En relaciones sexuales con coito anal, los hombres utilizan el condón con mayor frecuencia, con un marcado aumento en el grupo etario de 24 y más años (ver Gráfico 2). Las mujeres, sin embargo, usaron incluso menos el condón en las relaciones con sexo anal, el grupo etario de 15 a 49 años afirmó no haberlo usado nunca o casi nunca en los últimos 12 meses en más de un 53% de los casos.

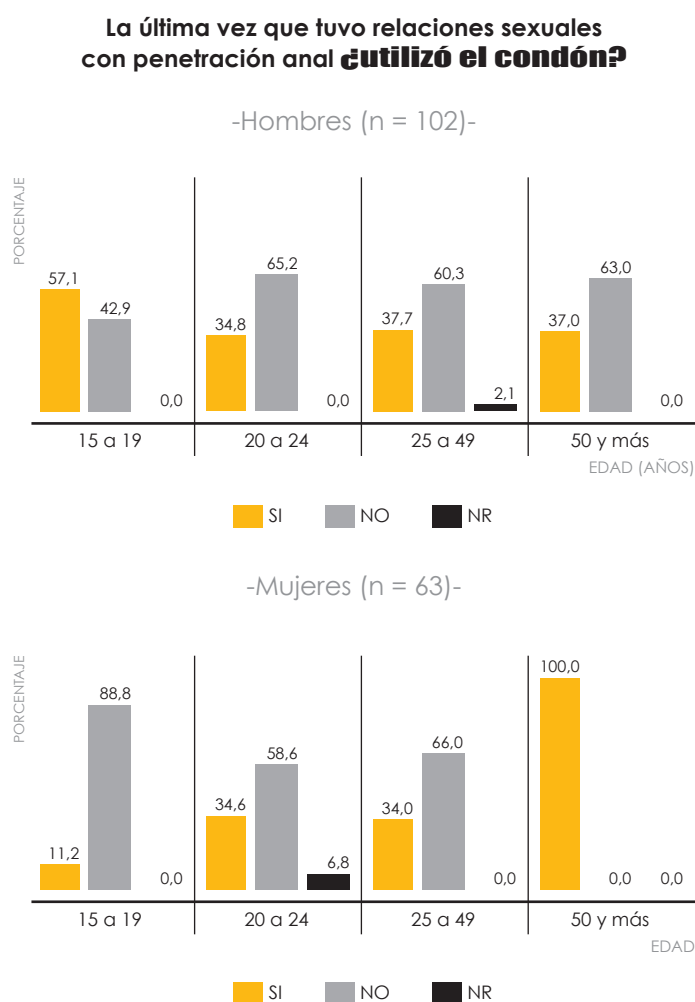
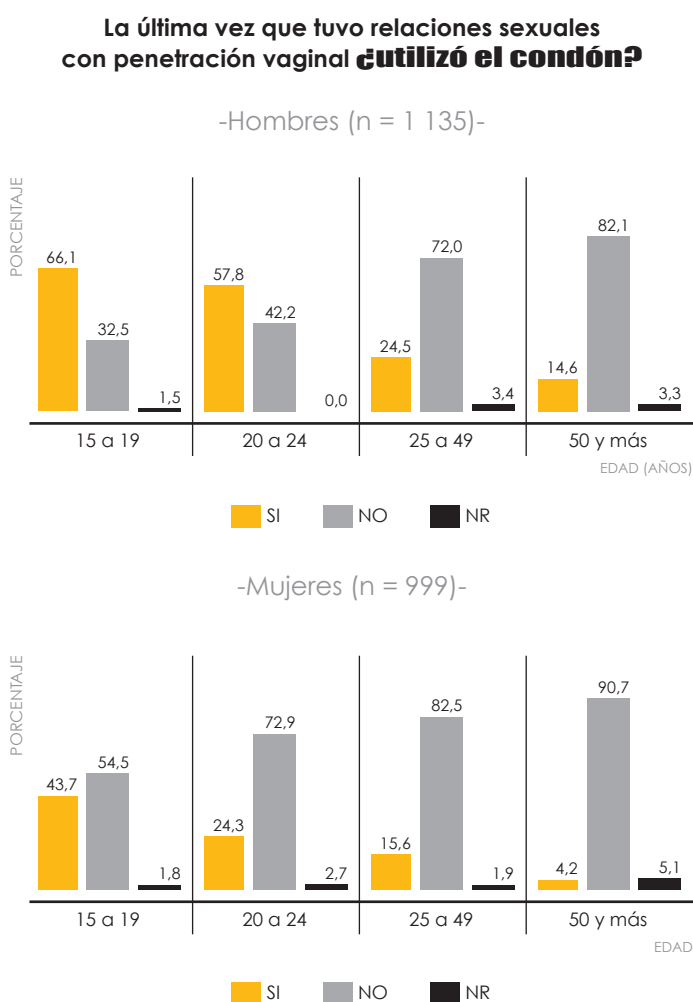
► **Gráfico 2. Porcentaje de personas que tuvo coito anal durante los últimos 12 meses según frecuencia de uso de condón por edad y sexo.**
Costa Rica, 2010.



Al consultar por el uso del condón, durante la última relación sexual con penetración vaginal y con penetración anal, se confirman las tendencias de la frecuencia de uso del condón en los últimos 12 meses. De

nuevo, el uso es mayor en hombres que en mujeres y, en las relaciones con penetración vaginal, a mayor edad, menor utilización del condón. Esto se aprecia en el Gráfico 3.

► **Gráfico 3. Porcentaje de personas que utilizó condón durante la última relación sexual con penetración vaginal o anal según edad y sexo.**
Costa Rica, 2010.



La ENSSR-10 indagó acerca de las razones que aducen las personas para no utilizar el condón. Como se puede apreciar, en el Gráfico 4, las principales razones son:

- Es incómodo.
- No he tenido a mano.
- Reduce el placer.
- Utiliza otro método.
- Confianza en la pareja.
- Pareja no quiere usarlo.

La mayoría de las personas –hombres y mujeres- no utiliza el preservativo con regularidad porque utiliza otro método. Obsérvese que cualquier otro método (que no sea la abstinencia) no es efectivo para la prevención de la transmisión de las ITS y el VIH. Por lo tanto, se podría estar percibiendo el uso del condón como un método para prevenir el embarazo y no necesariamente como método de prevención de ITS y VIH.

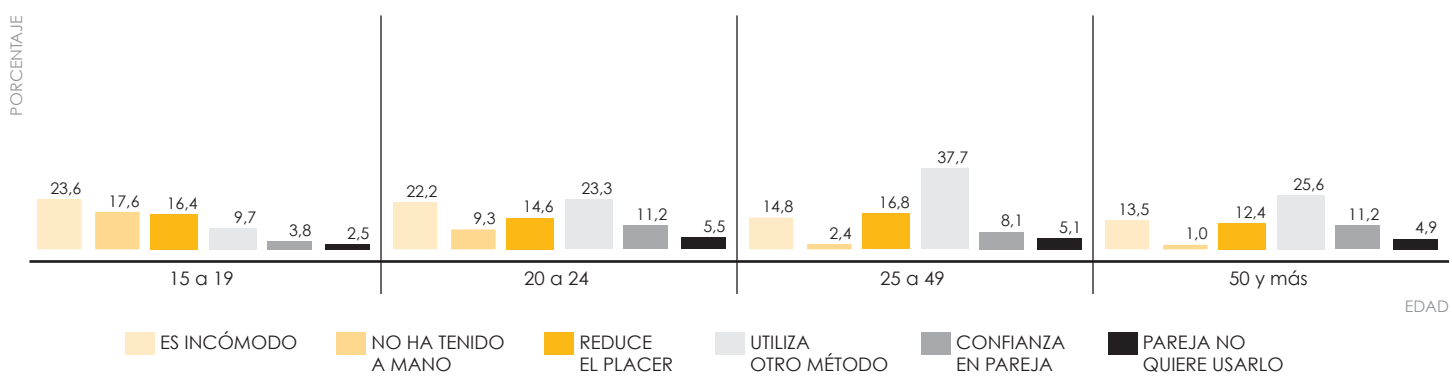
Como es predecible, la explicación de que el preservativo reduce el placer es más frecuente en hombres que en mujeres y la justificación de que “mi pareja no quiere usarlo” es más frecuente en mujeres que en hombres.

Por otra parte, la principal razón de las personas más jóvenes (de 15 a 19 años) para no utilizar el condón es que les resulta incómodo. El grupo de 20 a 24 años no utiliza el condón porque utilizan otro método y porque también les resulta incómodo.

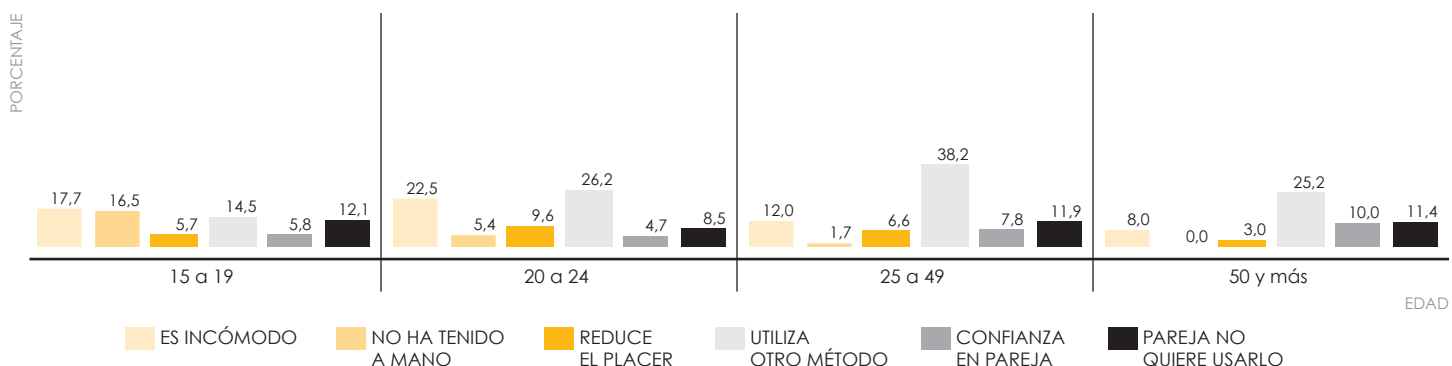
► **Gráfico 4. Porcentaje de razones que aducen las personas para no haber utilizado el condón durante sus relaciones sexuales según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

**Si no ha utilizado el condón todas las veces que ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses
¿por qué razón no lo ha utilizado con mayor frecuencia?**

-Hombres (n = 876)-



-Mujeres (n = 861)-

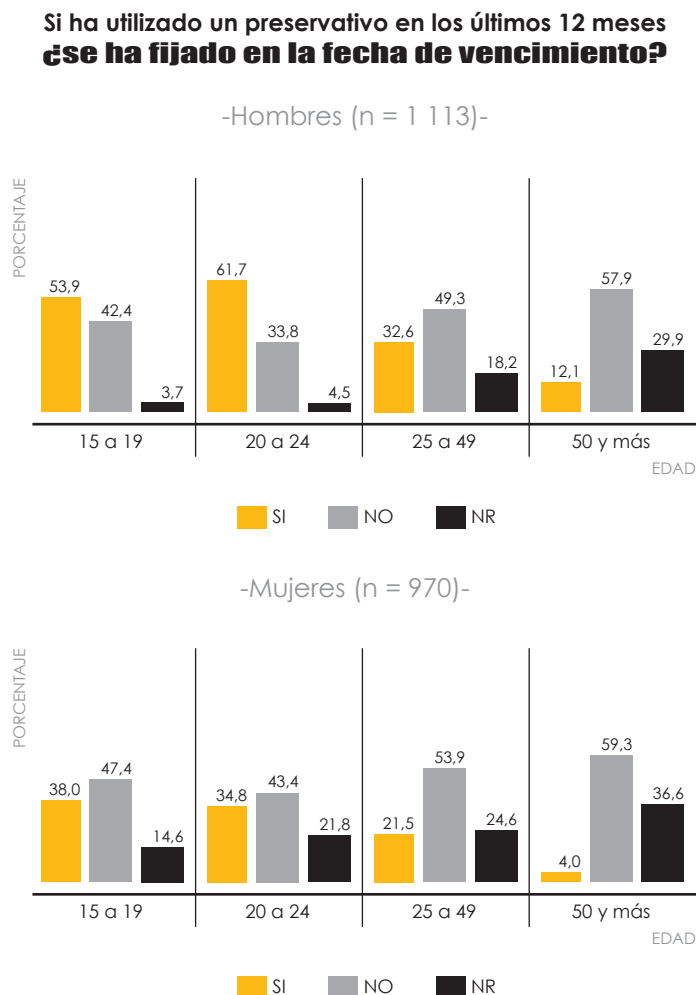
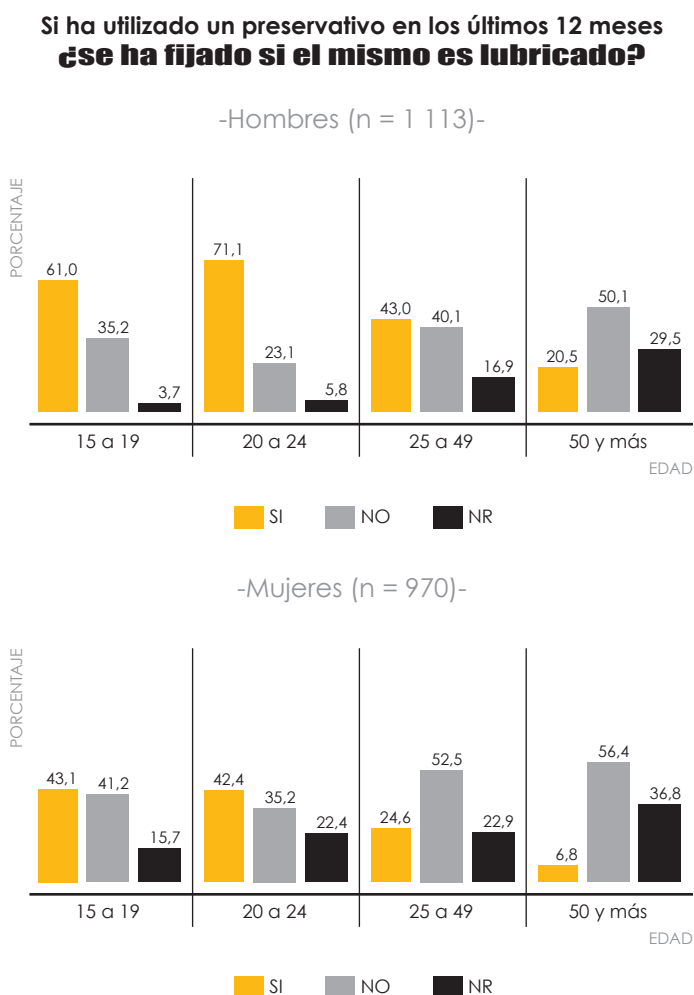


Uso correcto del condón

La ENSSR-10 incluyó algunas preguntas específicas relacionadas con el uso correcto del condón.

Cuando se indagó acerca de la lubricación y la fecha de vencimiento de los condones, se preguntó a la población lo siguiente: Si ha utilizado un preservativo, en los últimos 12 meses, ¿se ha fijado si el mismo es lubricado? y ¿se ha fijado en la fecha de vencimiento? Como se puede apreciar en el Gráfico 5, tanto en hombres como en mujeres, las personas de 15 a 24 años son quienes mayormente se fijan en ambos aspectos y el grupo etario de 50 y más años es el que se fija menos. Por su parte, independientemente del grupo etario, los hombres siempre se fijan en mayor porcentaje que las mujeres.

► **Gráfico 5. Porcentaje de personas que utilizó condón en las relaciones sexuales (oral, vaginal o anal) que tuvo durante los últimos 12 meses y se fijó si estaba lubricado o en la fecha de vencimiento según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.



► Cuadro 5. **Porcentaje de personas que respondió afirmativamente a preguntas relativas al VIH y uso del condón según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

Variable	Edad				Total
	15 a 19 (n = 645)	20 a 24 (n = 450)	25 a 49 (n = 1 318)	50 y más (n = 784)	
Total (n = 3 197)					
El VIH se puede transmitir al practicar el sexo oral sin protección	56,7	64,1	63,5	60,6	61,9
El VIH se puede transmitir por medio de la picadura de un mosquito	22,8	24,1	25,4	28,3	25,6
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	20,9	26,3	32,2	35,9	30,8
El VIH puede transmitirse a través de la leche materna	26,2	33,7	27,3	24,4	27,2
El condón debe colocarse antes de que se produzca la erección	47,9	40,3	51,5	52,5	49,9
El condón debe abrirse por una esquina con los dedos	62,9	73,7	65,6	43,7	60,7
Hombres (n = 1 601)					
El VIH se puede transmitir al practicar el sexo oral sin protección	61,9	70,7	65,9	61,8	64,8
El VIH se puede transmitir por medio de la picadura de un mosquito	22,7	26,9	30,0	35,7	29,9
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	21,9	30,5	33,2	39,3	32,7
El VIH puede transmitirse a través de la leche materna	23,1	28,1	24,8	23,0	24,5
El condón debe colocarse antes de que se produzca la erección	44,5	38,7	47,8	48,1	46,4
El condón debe abrirse por una esquina con los dedos	73,3	83,4	76,4	61,4	73,0
Mujeres (n = 1 596)					
El VIH se puede transmitir al practicar el sexo oral sin protección	50,3	58,2	61,0	59,5	58,9
El VIH se puede transmitir por medio de la picadura de un mosquito	23,0	21,5	20,8	21,1	21,2
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	19,5	22,5	31,1	32,6	29,0
El VIH puede transmitirse a través de la leche materna	30,2	38,8	29,9	25,7	29,9
El condón debe colocarse antes de que se produzca la erección	52,0	41,7	55,2	56,9	53,5
El condón debe abrirse por una esquina con los dedos	50,0	65,2	54,7	26,4	48,2

Por otra parte, cuando se relaciona el uso adecuado del condón con los mecanismos de transmisión del VIH, se observa un nivel de conocimiento deficiente, como se aprecia en el Cuadro 5. Al día de hoy, todavía un 51,5% de la población de 25 a 49 años afirma que el condón debe colocarse antes de que se produzca la erección. A su vez, hay un mayor porcentaje de la población que afirma que el condón debe abrirse por una esquina con los dedos y que el VIH puede transmitirse al tener relaciones sexuales orales sin protección.

Analizadas las respuestas por sexo y edad, se observa que hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres que respondió correctamente en todas las preguntas relativas al condón. El 53,5% de las mujeres afirmó que el condón debe colocarse antes de que se produzca la erección, frente a un 46,4% de los hombres. Asimismo, el 48,2% de las mujeres afirmó que el condón debe abrirse por una esquina con los dedos, frente a un 73% de los hombres.

En el caso de la transmisión del virus del VIH a través de la leche materna, menos del 30% de los hombres y las mujeres respondieron de manera correcta a esta afirmación. (ver Cuadro 5).

Prueba del VIH

ONUSIDA mide los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH por medio del indicador: *Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados* (Informe Mundial de Avances en la lucha contra el Sida, indicador 1.5).

Lo anterior se plantea sobre la base lógica de que:

[...] es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH, tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento (Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida, indicador 1.5) (ONUSIDA, 2011, p. 33).

Acorde con lo anterior y con el supuesto básico de que el conocimiento contribuye al mejoramiento de la planificación, monitoreo y evaluación de las acciones a nivel nacional, los resultados obtenidos en la Encuesta aportan información de base poblacional que permite conocer factores claves relacionados con la situación de las ITS y el VIH en el país (cf. Ministerio de Salud, 2011).

De acuerdo con el porcentaje total del Cuadro 6, únicamente 30,6% de la población general se ha realizado alguna vez la prueba de VIH. De 30,6%, solamente la cuarta parte afirmó haberse realizado la última prueba hace un año o menos.

Con relación a la edad, el porcentaje más alto que se ha sometido a la prueba se ubica en el intervalo de 25 a 49 años (42,8%), seguido por el de 20 a 24 años (31,1%). El grupo de edad con el menor porcentaje (7,9%) corresponde al intervalo de 15 a 19 años, lo cual indica que, en su gran mayoría, las personas jóvenes no están sensibilizadas acerca de la importancia de la prueba del VIH para su salud.

En lo referente a la variable sexo, las mujeres entrevistadas presentaron mayor porcentaje de la realización de la prueba de VIH (38,1%) respecto a los hombres (23,2%).

El porcentaje de personas que afirma haberse hecho la prueba y conocer el resultado de la misma es alto (93,4%); no obstante, si se hace referencia a la medición sugerida por UNUSIDA (% de la población que se realizó la prueba de VIH durante los últimos 12 meses y que conoce el resultado), solamente el 6,0% de los hombres y el 7,7% de las mujeres que se realizaron la prueba lo hicieron en los últimos 12 meses y conocen los resultados.

Percepción del Riesgo

La percepción del riesgo está presente, desde las prácticas sexuales hasta el uso del condón. Y, como se analizó previamente, la mayoría de las personas entrevistadas considera que no es necesario usar condón si se conoce bien a la pareja y sólo se utiliza el condón con personas desconocidas.

► Cuadro 6. **Porcentaje de personas que sabe dónde hacerse la prueba del VIH, se la ha realizado y conoce el resultado según edad y sexo.**
Costa Rica, 2010.

Variable	Edad				Total
	15 a 19 (n = 645)	20 a 24 (n = 450)	25 a 49 (n = 1 318)	50 y más (n = 784)	
Total (n = 3 197)					
Sabe dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH	69,6	80,5	82,8	74,2	78,5
Se hizo alguna vez la prueba del VIH	7,9	31,1	42,8	19,1	30,6
Se hizo la prueba del VIH y conoce el resultado de la misma	90,2	93,0	93,9	92,3	93,4
Se realizó la prueba del VIH y lo hizo durante los últimos 12 meses	49,8	37,1	21,7	22,5	24,7
Se realizó la prueba del VIH durante últimos 12 meses y conoce resultado	3,3	10,0	8,5	4,1	6,8
Hombres (n = 1 601)					
Sabe dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH	67,3	79,8	81,4	76,0	77,7
Se hizo alguna vez la prueba del VIH	3,9	18,8	32,5	18,8	23,2
Se hizo la prueba del VIH y conoce el resultado de la misma	76,7	92,7	93,8	94,4	93,4
Se realizó la prueba del VIH y lo hizo durante los últimos 12 meses	66,5	42,3	25,1	23,8	27,4
Se realizó la prueba del VIH durante últimos 12 meses y conoce resultado	1,9	7,1	7,9	4,3	6,0
Mujeres (n = 1 596)					
Sabe dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH	72,4	81,2	84,2	72,5	79,3
Se hizo alguna vez la prueba del VIH	13,0	42,1	53,3	19,5	38,1
Se hizo la prueba del VIH y conoce el resultado de la misma	95,1	93,1	94,0	90,3	93,5
Se realizó la prueba del VIH y lo hizo durante los últimos 12 meses	43,6	35,0	19,6	21,3	23,0
Se realizó la prueba del VIH durante últimos 12 meses y conoce resultado	5,0	12,7	9,2	3,9	7,7

La percepción de que se está en riesgo de contagiarse con una infección de transmisión sexual no llega al 35% –ni en hombres ni en mujeres de ninguna edad– lo cual resulta bajo. En las personas encuestadas, hay una mayor conciencia de que, aún siendo fiel, la pareja podría infectarlo/a del VIH/sida, con porcentajes que van desde un 67,6% (hombres de 50 y más años) a un 83,9% (mujeres de 20 a 24 años). A pesar de ello, más de la mitad de los hombres de 25 y más años afirma sólo utilizar el condón con personas que todavía no conoce bien.

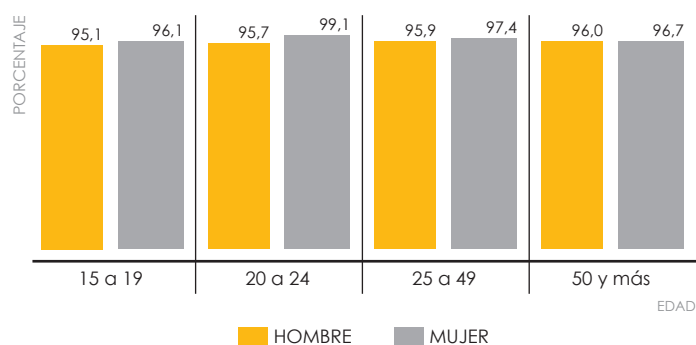
La percepción del riesgo es un factor esencial en la prevención de la transmisión. Por esta razón, el hecho de haber escuchado hablar de una ITS y VIH o reconocer su existencia no implica que se conozca, ni que las personas hayan tenido acceso a información y educación sexual que las capacite para protegerse.

Violencia Sexual

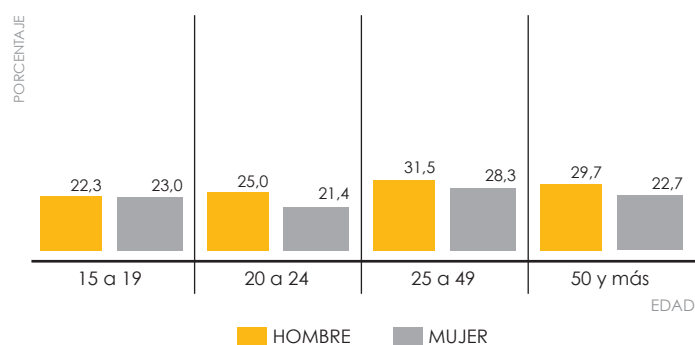
Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS: Diversas investigaciones han mostrado una relación positiva entre las experiencias de violencia sexual y la infección por VIH/SIDA. (cf. OPS, hoja informativa).

► **Gráfico 6. Porcentaje de personas que respondió estar totalmente de acuerdo con afirmaciones relativas al riesgo de infección por VIH y sida según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

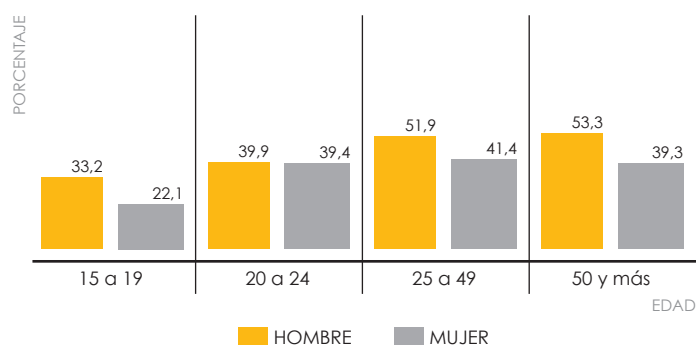
Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH y sida me haría inmediatamente la prueba



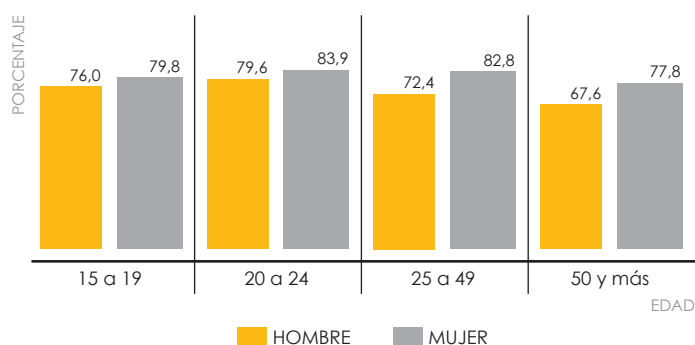
Estoy en riesgo de infectarme con una infección de transmisión sexual



Sólo uso el condón con personas que todavía no conozco bien



Aunque yo sea fiel, mi pareja podría infectarme del VIH y sida



A la vez, ONUSIDA reafirma la relación entre la violencia (contra las mujeres) y el VIH, indicando que ésta se muestra:

[...] mediante una variedad de mecanismos directos e indirectos. Por ejemplo:

- El miedo a la violencia puede frenar a las mujeres a la hora de insistir en el uso del preservativo con una pareja masculina de la que sospechen que puede estar infectado con el VIH;
- El miedo a la violencia por parte de la pareja íntima puede impedir a las mujeres revelar su estado serológico o buscar tratamiento;
- La penetración vaginal forzada aumenta el riesgo de transmisión del VIH;

- La violación es una manifestación de la desigualdad de género y puede derivar en la infección por el VIH, aunque esto represente una minoría de los casos;

- La violación y otro tipo de abuso sexual y físico pueden derivar en malestar emocional que se manifiesta en comportamientos sexuales arriesgados, con el resultado de que la persona se infecte con el VIH. (Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida, Indicador 7.2) (ONUSIDA, 2011, p. 89).

Así, la ENSSR-10 indagó sobre el tema de violencia sexual, tal como se observa en el Cuadro 7. La frecuencia de abuso u hostigamiento sexual es mayor contra las mujeres que contra los hombres, lo cual se visualiza en todas las variables analizadas en la ENSSR-10 en relación con la violencia sexual.

► **Cuadro 7. Porcentaje de personas que respondió estar totalmente de acuerdo con afirmaciones relativas a estigma y discriminación de personas con VIH y sida según nivel educativo.** Costa Rica, 2010.

Afirmación	Nivel educativo		Total (n = 3 197)
	Menor de secundaria (n = 1 224)	Secundaria y más (n = 1 972)	
Todas las personas infectadas con el VIH deberían aislarse en algún lugar especial	39,4	14,1	24,3
Le resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con VIH	48,1	61,7	56,4
Una persona con VIH es siempre un homosexual	9,8	2,2	5,3
Me sería muy difícil tener un amistad con una persona con VIH y sida	63,1	62,0	62,5
No aceptaría a una persona con VIH y sida como vecino	10,8	4,0	6,7
El país debe velar por la calidad de las personas con VIH y sida	93,8	93,4	93,5

De esta manera, por ejemplo, el porcentaje que afirma haber tenido relaciones sexuales sin desearlas y por miedo a represalias es de un 15,0% en las mujeres y 8,5% en los hombres. También, el 12,2% de las mujeres ha tenido relaciones sexuales contra su voluntad, frente al 2,6% en los hombres. La diferencia por sexo sigue siendo importante en la categoría de agresión física durante la relación sexual, con un 7,5% en las mujeres contra un 2,4% en los hombres. A su vez, el 6,3% de las mujeres afirma haber sido amenazada con quitarle el trabajo, privilegios o derechos si no tenía relaciones sexuales; en el caso de los hombres, esta variable alcanza un 1,2%.

Estigma y discriminación

De acuerdo con UNUSIDA, el estigma y la discriminación contra las personas con VIH así como la discriminación debida a la orientación sexual o a la identidad de género, constituye uno de los mayores obstáculos para detener y revertir la epidemia del VIH. La criminalización de las personas debido a su orientación sexual o

su estado serológico:

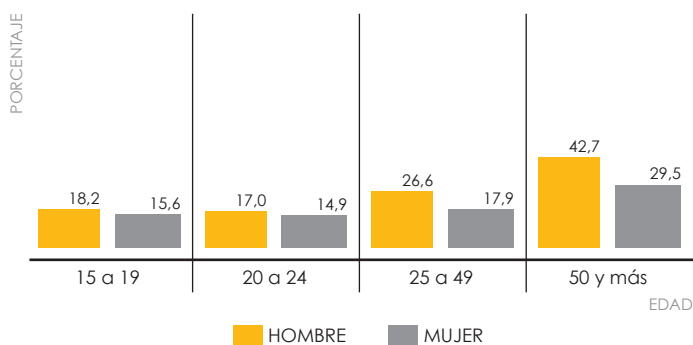
[...] es una negación de los derechos humanos y una amenaza para la salud pública en el contexto de la respuesta al VIH. La discriminación obliga a estas personas a esconderse y supone un obstáculo para el acceso a los servicios del VIH. (ONUSIDA, 2007).

Al respecto:

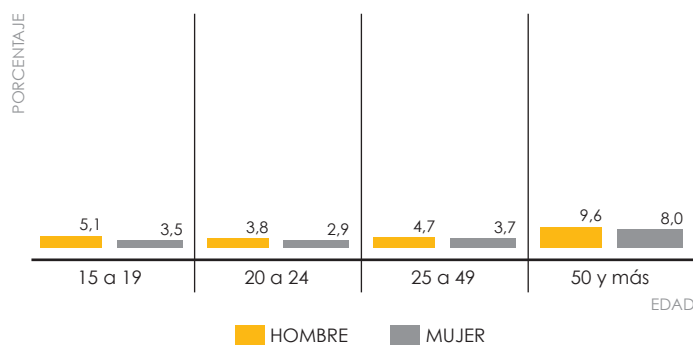
[...] la legislación costarricense protege los derechos de las personas con VIH a recibir tratamiento y no ser discriminadas, independientemente de raza, nacionalidad o preferencia sexual. Sin embargo, a pesar de dichas garantías, los prejuicios se mantienen gracias a una fuerte raíz cultural y al hecho de que el nivel de conocimiento de la población sobre formas de prevención y transmisión convive con prejuicios hacia trabajadoras/es del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, población trans y población con VIH en general. (Muñoz, 2009, p. 80).

► **Gráfico 7. Porcentaje de personas que respondió estar totalmente de acuerdo con afirmaciones relativas a estigma y discriminación de personas con VIH y sida según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

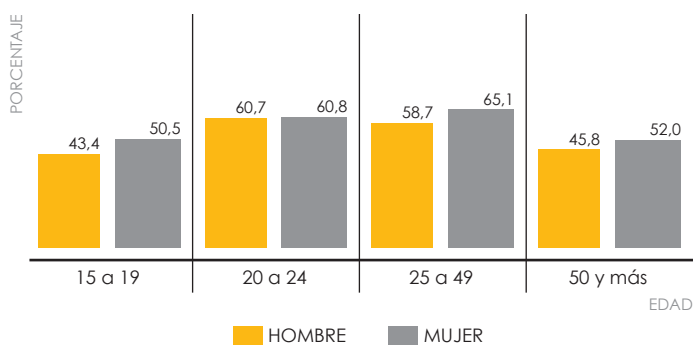
Todas las personas infectadas con el VIH deberían aislarse en algún lugar especial



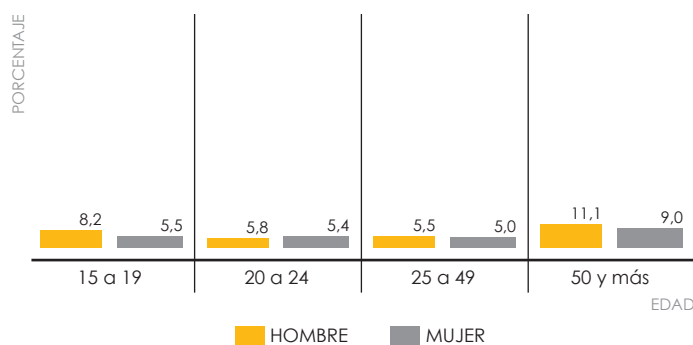
Una persona con VIH y sida es siempre un homosexual



Le resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH



No aceptaría a una persona con VIH y sida ni como vecina



De esta manera, el estigma y la discriminación impiden la visibilidad de la persona y su problemática, debilitan su capacidad de autoprotección e incrementan el temor a averiguar su estado serológico y solicitar información para reducir el riesgo, lo cual le dificulta asumir conductas seguras.

Para conocer las actitudes estigmatizantes y discriminatorias contra las personas con VIH y las poblaciones de la diversidad sexual, la ENSSR-10 planteó una serie de afirmaciones que se refieren a formas diferentes de pensar y sentir a las cuales debían responder según el grado de acuerdo o desacuerdo. El Gráfico 7 presenta los resultados de las variables analizadas en este tema.

Los resultados indican que las personas jóvenes demuestran menor estigmatización o discriminación que las personas mayores, aunque siguen manifestándose actitudes discriminatorias en todas las edades. También, las mujeres tienen opiniones menos discriminatorias que los hombres.

► **Cuadro 8. Porcentaje de personas que respondió haber enfrentado situaciones incómodas de abuso o violencia sexual en el lugar de estudio o trabajo según edad y sexo.** Costa Rica, 2010.

Variable	Edad				Total
	15 a 19 (n = 645)	20 a 24 (n = 450)	25 a 49 (n = 1 318)	50 y más (n = 784)	
Total (n = 3 197)					
Ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas por miedo a posibles represalias	5,4	10,6	12,1	14,8	11,7
Ha sido amenazado con quitarle trabajo, privilegios o derechos si no tiene relaciones sexuales	1,2	5,2	4,1	3,7	3,7
Ha sido forzado físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad	3,5	5,7	8,3	8,4	7,3
Ha sido agredido físicamente durante el desarrollo de una relación sexual	1,3	4,6	5,4	6,1	4,9
Hombres (n = 1 601)					
Ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas por miedo a posibles represalias	5,6	11,0	8,5	9,0	8,5
Ha sido amenazado con quitarle trabajo, privilegios o derechos si no tiene relaciones sexuales	0,3	2,0	1,3	1,3	1,2
Ha sido forzado físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad	0,9	0,4	3,4	2,9	2,6
Ha sido agredido físicamente durante el desarrollo de una relación sexual	0,0	2,4	2,6	3,3	2,4
Mujeres (n = 1 596)					
Ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas por miedo a posibles represalias	5,2	10,3	15,8	20,5	15,0
Ha sido amenazada con quitarle trabajo, privilegios o derechos si no tiene relaciones sexuales	2,3	8,0	6,9	6,1	6,3
Ha sido forzada físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad	6,7	10,3	13,3	13,7	12,2
Ha sido agredida físicamente durante el desarrollo de una relación sexual	2,9	6,6	8,1	8,8	7,5

El nivel de escolaridad es un determinante importante en el tema de estigma y discriminación, ya que la Encuesta mostró que las personas con mayor nivel educativo manifiestan menor estigmatización y discriminación en relación con los de ningún grado de escolaridad, como puede observarse en el Cuadro 8.

Los datos de la ENSSR-10 comprueban la persistencia del estigma y la discriminación –en la población general- hacia las personas con VIH y reafirman la necesidad de la educación para el abordaje del tema.

Conclusiones

Es importante reconocer que un 13,3% de las personas con edad entre los 15 y 24 años inició relaciones sexuales con penetración vaginal antes de los 15 años. Además, el inicio es más precoz en los hombres, pues esa cifra aumenta a 22%, duplicando el valor de 11,2% de mujeres que a los 15 años ya habían experimentado el coito vaginal.

Asimismo, un hallazgo relevante es que, aunque la mayoría de las personas encuestadas ha oído hablar del VIH/sida y de ITS como: Gonorrea, Papiloma, Sífilis y Herpes, el porcentaje de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus es bajo. Al analizar quiénes respondieron de manera correcta a las cinco preguntas especificadas por ONUSIDA para esta medición, entre los hombres y mujeres de 15 a 24 años la cifra no alcanza el 30%.

Por esa razón, esas deficiencias en los conocimientos preocupan aún más, al analizar las prácticas de protección mediante el uso del condón. Menos del 50% de los hombres respondieron haber utilizado el condón en sus relaciones coitales durante el año previo y ese porcentaje es aún menor en mujeres.

Por otra parte, el uso de condón está asociado a la edad y el sexo: a menor edad, mayor utilización del condón; también, los hombres lo utilizan más frecuentemente que las mujeres. Este patrón aplica, de igual forma, al uso del condón en relaciones sexuales con coito anal.

Además del uso limitado del condón, se encontraron debilidades y diferencias en el grado de conocimiento entre las variables analizadas alrededor del uso del condón en temas de conocimientos, actitudes, prácticas y percepción del riesgo. Sólo la mitad de las personas consultadas conoce que el condón no debe colocarse antes de que se produzca la erección y el 73% afirmó que el condón debe abrirse por una esquina con los dedos.

En cuanto a la principal razón que aducen los hombres y las mujeres para no utilizar el preservativo con regularidad, se registró que emplean “otro método”. Pero, obsérvese que cualquier otro método que no sea la abstinencia no es efectivo para la prevención de la transmisión de las ITS y el VIH. Esta situación es particularmente importante, si se considera que la esterilización femenina es un método utilizado por un 32% de las mujeres de 15 a 49 años en unión como método de anticoncepción, lo cual explica la elevada proporción de personas que indicaron que no utilizan el condón porque emplean otro método de prevención de embarazos.

La percepción de que se está en riesgo de infectarse con una infección de transmisión sexual es menor al 35%, lo cual resulta bajo. No obstante, hay una mayor conciencia de que, aún siendo una persona fiel, su pareja podría infectarla del VIH/sida, con porcentajes que van desde un 67,6% (hombres de 50 y más años) a un 83,9% (mujeres de 20 a 24 años). A pesar de ello, más de la mitad de los hombres de 25 y más años afirma sólo utilizar el condón con personas que todavía no conoce bien.

En alguna medida, esa reducida percepción del riesgo podría explicar que únicamente el 30,6% de la población se ha realizado alguna vez la prueba de VIH. Además, solamente el 6,0% de los hombres y el 7,7% de las mujeres se realizaron la prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conocen el resultado.

Así mismo, fue posible determinar que las personas jóvenes demuestran menor estigmatización o discriminación hacia las personas con VIH/sida que las personas mayores, lo cual refleja un avance en esta materia. Sin embargo, se identifican actitudes discriminatorias en todas las edades, con cifras superiores en los hombres si se comparan con las mujeres. Cabe observar que la frecuencia de abuso u hostigamiento sexual es mayor contra las mujeres que contra los hombres. En todas las variables analizadas en la ENSSR-10, la diferencia es de por lo menos el doble.

Finalmente, es importante señalar que el nivel de escolaridad es un determinante importante en el tema de estigma y discriminación: las personas con mayor nivel educativo manifiestan menor estigmatización y discriminación en relación con aquellas personas de menor nivel de escolaridad. Este hallazgo indica que la población con mayor acceso a educación es la que ha mostrado mayor avance, por lo cual, aún se enfrentan importantes desafíos en la implementación de procesos educativos que conduzcan al reconocimiento efectivo de los derechos de las personas con VIH/sida.

Capítulo 8.

Algunas consideraciones sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas:

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 8.

Algunas consideraciones sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Ileana Quirós Rojas¹

Resumen

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es la primera en el país que explora una serie de aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad y la reproducción en toda la población de Costa Rica. El análisis de sus datos ha representado un desafío, ya que todos los resultados de la Encuesta reflejan en sí, de una u otra forma, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Se evidencian avances en relación con las encuestas anteriores, pero también se identifican diferencias y desigualdades en materia de conocimientos y acceso a información y servicios. Este capítulo plantea algunas consideraciones y recomendaciones que surgen de ese análisis, con la finalidad de brindar aportes a las estrategias de abordaje y abogacía de los derechos sexuales y reproductivos en Costa Rica.

¹ Médica Salubrista, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, CCSS

Introducción

La Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, realizada en El Cairo (1994), marcó una transformación cualitativa importante en la forma en la cual se analizan e intervienen los asuntos de población. De una visión limitada a las metas demográficas, orientadas casi exclusivamente a la planificación familiar y al abordaje de las mujeres en edad reproductiva como beneficiarias de las intervenciones, se avanza hacia una visión más integral, en la cual se reconoce la complejidad del fenómeno del desarrollo poblacional y su multi-determinación.

Así surgen las definiciones de salud sexual y salud reproductiva que reflejan ese enfoque; la articulación de las diferentes dimensiones de la salud y de la cotidianidad con los procesos de la sexualidad y la reproducción biológica expresadas en lo individual y lo colectivo. Se logran insertar estos conceptos y estas acciones en el ámbito de la población y el desarrollo explícitamente en el marco de los derechos humanos (cf. Mac Donald, 2007). De éstos se desprenden una serie de derechos que incluyen la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Los derechos sexuales y reproductivos están insertos en el contexto social y global de las poblaciones. Por lo tanto, se vinculan con otros como lo son: el derecho a la salud, a la educación, a la libertad, a la igualdad y a vivir libre de violencia. Los derechos son indivisibles e interdependientes.

La noción de derechos humanos en general, y de los derechos sexuales y reproductivos en particular, tiene implicaciones concretas, ya que de éstos se desprenden garantías y condiciones que deben asegurarse por parte de los Estados con el fin de que las personas los puedan ejercer con efectividad y, así, reducir las brechas injustas entre individuos y grupos.

Los derechos sexuales y reproductivos permiten que todos los individuos y sus parejas puedan desarrollarse plenamente, en el campo de la sexualidad y de la reproducción. En concreto, la salud sexual y reproductiva incluye los siguientes componentes (cf. Mazarrasa y Gil, 2005):

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información, prevención, diagnóstico y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH
- Servicios de aborto seguro y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Eliminación de conductas dañinas como la violencia sexual y el tráfico sexual
- Servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

En este marco, se constituye un desafío y una necesidad integrar a las Encuestas demográficas algunos aspectos que reflejen el resultado del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población costarricense. Es así como, para el análisis de los derechos sexuales y reproductivos, se retomaron algunos de los datos que tradujeran o reflejaran de alguna manera el ejercicio de los mismos:

A decidir sobre el número de hijos e hijas y espaciamiento de los nacimientos

- Acceso a información
- Acceso a servicios
- A la no discriminación
- Al disfrute de una sexualidad plena y protegida

El ejercicio de este derecho involucra más de un momento y más de una decisión: ¿quiero tener hijos?, ¿cuántos quiero?, ¿cuándo los quiero?, ¿cuál método quiero?, ¿cuál puedo utilizar?

Al respecto, el análisis general muestra que existe una diferencia entre los/as hijos/as deseados/as y los tenidos/as y que el 47% de las mujeres en edad fértil no deseaba su último embarazo (cf. Ministerio de Salud, 2010).

► Cuadro 1. **Edad mediana a la primera relación sexual y al uso del primer método anticonceptivo por zona de residencia, nivel educativo y edad actual.** Costa Rica, 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

Variable	Edad inicio de relaciones sexuales		Edad de inicio de métodos anticonceptivos	
	15 a 29	30 a 49	15 a 29	30 a 49
	(n = 528)	(n = 453)	(n = 528)	(n = 453)
Zona				
Urbano	17	18	18	20
Rural	16	18	17	20
Nivel educativo				
Menos de secundaria	16	18	17	20
Secundaria y más	17	19	18	20

Las mujeres con mayor escolaridad y menores de 25 años presentan una menor brecha entre el inicio de las relaciones sexuales y el inicio del uso de métodos anticonceptivos (ver Cuadro 1). Se mostró, además, que

un 25% de las mujeres que viven en las zonas rurales menores de 25 años ya han tenido hijos/as antes de usar algún método. Es positiva la tendencia de las mujeres más jóvenes a reducir el número de hijos antes de usar métodos anticonceptivos.

Con base en estos hallazgos, es importante indagar más sobre las situaciones relacionadas con la protección a fin de evitar un embarazo no planeado y otras circunstancias que pueden estar llevando a estas mujeres a no tener control sobre cuántos hijos o hijas tener y cuándo tenerlos.

El conocimiento de métodos anticonceptivos es solo un aspecto del acceso a la información para la protección de un embarazo. Se ha evidenciado que la población (sobre todo las mujeres) posee un alto grado de conocimiento. Respecto a este conocimiento, se observa una llamativa diferencia generacional; el porcentaje de los hombres menores de 25 años que conocen de métodos anticonceptivos es prácticamente igual a las mujeres de su misma edad y mayor que las mujeres mayores de 25. Asimismo, los hombres de todas las edades que viven en las zonas rurales presentan porcentajes inferiores en cuanto al conocimiento de métodos.

Cuando se analiza el "no uso de métodos anticonceptivos", en hombres y mujeres, la mayoría refirió no utilizarlos porque no estaba sexualmente activo/a (70,5%). Sin embargo, de éstos la mitad piensan utilizarlos en los próximos meses, de estas personas, el 51,9% de las mujeres y el 50,3% de los hombres, no cuentan con ningún tipo de seguro social, condición que puede determinar dificultades para acceder a servicios de salud y, por tanto, puede constituirse como en una barrera para la utilización continua de un método anticonceptivo.

Las principales fuentes de donde obtendrían los métodos, sobre todo las mujeres menores de 25 años (50,7%) y los hombres (52,7%), es la farmacia, seguido por los servicios públicos (36,2% y 21,7% respectivamente).

En este aspecto los servicios públicos tienen un reto; mejorar el acceso a hombres y mujeres e incrementar el nivel de calidad. Esto por cuanto la elección y el uso correcto del método y por tanto, su efectividad están muy vinculados a la información y asesoramiento por parte de prestadores capacitados. La información es vital para la toma de decisiones y el ejercicio de este derecho.

Educación prenatal:²

El país ha alcanzado un alto nivel de cobertura en la atención del embarazo y el parto. Una de las estrategias fundamentales para el autocuidado y la detección de situaciones de alerta, tanto en la madre como en el/la niño/a es la educación prenatal.

Se observa que más de la mitad de las mujeres menores de 49 años han recibido educación prenatal

² Para la ENSSR-10 se entiende como educación prenatal la información recibida sobre los cambios, cuidados y signos de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados generales del infante recién nacido. Esta información puede haber sido recibida por diferentes medios: cursos, talleres, charlas o materiales audiovisuales.

(ver Cuadro 2). La principal fuente son los centros de salud públicos en un 86,7%, principalmente, para las mujeres sin ningún tipo de seguro social (ver Cuadros 3 y 4).

El 47,5% de las mujeres con menor nivel de escolaridad no han recibido educación prenatal, lo cual es un reto para que ésta sea accesible a todas las mujeres embarazadas, fundamentalmente para las mujeres con menores oportunidades y mayor necesidad.

► Cuadro 2. **Porcentaje con acceso a la educación prenatal, según edad actual.** Costa Rica, 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

	Edad			
	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49
Sí	56,4	50,5	57,8	57,4
No	42,8	48,1	41,8	41,7
NS/NR	0,8	1,4	0,4	0,9

► Cuadro 3. **Porcentaje que han recibido educación prenatal, según nivel de escolaridad.** Costa Rica, 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

	Nivel educativo	
	Primaria o menos	Secundaria y más
Sí ha recibido	51,2	66,6
No ha recibido	47,5	33,4
NS/NR	1,2	0,0

► Cuadro 4. **Porcentaje de mujeres sin seguro social que han recibido educación prenatal, según fuente de acceso.** Costa Rica, 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

Fuente	Porcentaje
Pública	86,7
Privada	9,8
Otra	1,7
NS/NR	1,8

Para la ENSSR-10 se entiende como educación prenatal la información recibida sobre los cambios, cuidados y signos de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados generales del infante recién nacido. Esta información puede haber sido recibida por diferentes medios: cursos, talleres, charlas o materiales audiovisuales.

Aborto

En relación con el aborto, la mayoría de personas piensan que, en Costa Rica, no se permite ningún tipo de aborto.

Al indagar sobre las circunstancias en las cuales se debería permitir, hombres y mujeres opinan que las tres causales principales que deberían establecerse, con un 40% cada una son: cuando corre peligro la vida de la madre, cuando la mujer fue violada y cuando el feto presenta alguna malformación incompatible con la vida (ver Cuadro 5). Asimismo, un tercio de los hombres y las mujeres están totalmente en contra de cualquier causal.

A pesar que las opiniones encontradas en relación con las diferentes causales, han evolucionado a favor de algunas; no obstante, se evidencia el desconocimiento de la existencia de legislación que protege a las mujeres en el caso de un embarazo riesgoso. Por ejemplo, los artículos 121 y 123 del Código Penal (vigente desde 1971) establecen la figura del aborto impune (cf. Procuraduría General de la República). Es decir, que no será considerado un delito, aquel aborto que se haga cuando se vea afectada la salud o la vida de la mujer (cf. Planned Parenthood, 2011).

Por tanto, esta situación de desconocimiento de leyes que ofrecen a las mujeres la oportunidad de conservar su vida y su salud, vulnera sus derechos, fundamentalmente, el derecho a la salud, a la integridad personal y a los derechos reproductivos, pues reducen sus posibilidades para elegir si asumen o no el riesgo que implica seguir adelante con el embarazo.

El Estado y los/as profesionales de salud deben velar para que existan condiciones seguras que las protejan, cuando haya legislación al respecto, como lo plantean las recomendaciones dadas al país desde las Naciones Unidas por el Comité de la CEDAW, (Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres), en el 2011 (cf. Facio, 2003).

► Cuadro 5. **Porcentaje a favor de las diferentes situaciones en las cuales se debería permitir el aborto, por nivel educativo y sexo.** Costa Rica, 2010. -Mujeres y hombres de 15 a 79 años-

Cuando la mujer:	Nivel educativo			
	Primaria o menos		Secundaria y más	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Fue violada	34,5	31,2	42,9	45,9
Es una niña	21,5	24,2	29,0	28,5
El feto tiene malformaciones incompatibles con la vida	34,6	33,7	43,7	42,3
Es embarazada por el padre o hermano	26,6	23,2	34,0	35,9
No puede mantener a los hijos	2,7	5,2	4,7	4,5
Lo decida	4,5	4,6	5,7	4,5
Está en peligro su vida	37,2	40,1	43,7	49,2
En ninguna circunstancia	40,6	40,5	31,4	27,1

Llama la atención que, al consultar sobre el caso en el cual la causal sea un embarazo en una niña o cuando el padre sea un familiar cercano, haya un bajo porcentaje de acuerdo, lo que podría reflejar, también, una serie de mitos en relación con la violencia sexual, tema en que se podría profundizar en otra investigación (ver Cuadro 5).

Cuando se pregunta si se deben hacer consultas públicas, sobre este derecho, la mayoría contestó que la sociedad es la que debería definirlo y, en segundo lugar las mujeres. Por su parte, los hombres mencionan que, además quien deberían definir las causales son los profesionales en medicina (ver Cuadro 6).

► **Cuadro 6. Porcentaje que indica cuáles son los grupos que deben consultarse para legislar, según edad actual y sexo.** Costa Rica, 2010. -Mujeres y hombres de 15 a 79 años-

Grupo de consulta	Edad					
	15 a 29		30 a 59		60 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Médicos	29,8	28,3	35,7	30,9	35,3	32,7
La Iglesia	21,0	19,2	30,7	25,8	39,8	41,9
Las mujeres	36,2	41,1	35,6	43,2	29,7	35,1
La sociedad	55,3	50,7	55,3	49,1	46,4	50,3
Otros	14,3	14,8	10,2	8,8	11,6	9,6

Estas afirmaciones ameritan una investigación que profundice sobre los conocimientos, las actitudes y las percepciones de los diferentes grupos de población acerca del aborto y del derecho de las mujeres a decidir, para determinar cuáles son los fundamentos que subyacen a las mismas.

► **Cuadro 7. Porcentaje según la persona que toma las decisiones reproductivas en la pareja, por edad.** Costa Rica, 2010. -Mujeres de 15 a 49 años-

¿Quién toma las decisiones?		Tener un hijo	Tener relaciones sexuales	Tipo de contacto sexual
La mujer				
15 a 24 años	(n = 347)	19,2	4,9	5,8
25 a 34 años	(n = 290)	13,4	8,8	7,2
35 a 49 años	(n = 340)	14,4	7,7	8,7
La pareja				
15 a 24 años		1,5	6,5	7,9
25 a 34 años		3,5	9,2	8,1
35 a 49 años		0,8	10,5	10,5
Ambos				
15 a 24 años		73,8	87,8	85,6
25 a 34 años		78,5	80,7	83,5
35 a 49 años		77,5	79,8	79,7
NS/NR				
15 a 24 años		5,5	0,8	0,7
25 a 34 años		4,5	1,3	1,2
35 a 49 años		7,2	1,9	1,2

Derecho a relaciones protegidas y libres de violencia

Decisiones reproductivas

A nivel de pareja, tanto hombres como mujeres reportan que la mayoría de las decisiones reproductivas se dan de manera conjunta (ver Cuadros 7 y 8). Asimismo, las mujeres reportan más que son ellas las quienes toman la decisión de tener un hijo. Sin embargo, sería importante profundizar con otro tipo de estudios que permitan entender la dinámica individual y de pareja que se genera cuando se toman las decisiones en la vivencia de la sexualidad y la vida reproductiva.

► Cuadro 8. **Porcentaje según la persona que toma las decisiones reproductivas en la pareja, por edad.** Costa Rica, 2010. -Hombres de 15 a 49 años-

¿Quién toma las decisiones?	Tener un hijo	Tener relaciones sexuales	Tipo de contacto sexual
El hombre			
15 a 24 años (n = 347)	8,5	6,1	10,7
25 a 34 años (n = 290)	4,0	6,5	12,8
35 a 49 años (n = 340)	4,0	9,3	13,1
La pareja			
15 a 24 años	2,3	5,1	4,2
25 a 34 años	4,8	4,1	4,3
35 a 49 años	3,3	3,6	2,0
Ambos			
15 a 24 años	82,1	86,1	83,0
25 a 34 años	87,8	87,3	81,4
35 a 49 años	86,6	84,4	84,4
NS/NR			
15 a 24 años	7,1	2,7	2,1
25 a 34 años	3,4	2,2	1,5
35 a 49 años	6,1	0,6	0,6

Violencia sexual

Un 18,7% de las mujeres respondieron que alguna vez habían sufrido algún tipo de violencia sexual. Adicionalmente, el 11,7 refirieron haber experimentado una relación sexual forzada. En el análisis se debe tomar en cuenta, al igual que en el tema anterior sobre las decisiones reproductivas, que puede presentarse un sesgo con las respuestas sobre la experiencia de violencia sexual o una negativa a reportar estos incidentes. Puede ser que el reporte sea mucho menor de lo que ocurre en la realidad.

Al respecto, se sabe que en Costa Rica:

[...] los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, del 2003 mostraron que el 58% de las mujeres había experimentado al menos, un incidente de violencia física o sexual desde los 16 años y que, en la mayoría de las ocasiones, esa violencia había sido ejercida por un hombre cercano[...] (cf. Sagot, 2008).

Entre los posibles agresores se encuentran: el esposo, el compañero actual o el compañero anterior, reportados por un 26% y un 44% de las mujeres. (cf. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2006 y Carcedo, 2006).

En el mismo estudio se muestra que: [...] cerca de la mitad fueron víctimas de la violencia sexual antes de esta edad [16 años]. Se puede afirmar, entonces, que la violencia ha acompañado y acompaña la vida cotidiana de una parte mayoritaria de las mujeres de nuestro país [...] (cf. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2006).

Derecho a la no discriminación

Otro de los aspectos centrales en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos es el respeto y su reconocimiento para todos los individuos y grupos de población, tal como lo son las personas sexualmente diversas y las personas adultas mayores.

La mayoría de las personas opinan que las personas sexualmente diversas tienen el derecho de desempeñar cualquier trabajo (ver Cuadro 9). Sin embargo, cuando se trata de derechos sexuales y reproductivos, sólo un tercio de las personas (del área urbana y con mayor grado de escolaridad), están de acuerdo con la adopción y la unión civil de las personas del mismo sexo y, en menor proporción las del área rural y con menor escolaridad. El porcentaje de respuestas positivas es similar entre hombres y mujeres.

Esto apunta, de alguna manera a la necesidad de fortalecer la información y la cultura de tolerancia y el respeto de los derechos en una sociedad diversa. A la vez, el Estado, mediante sus instituciones, debe garantizar el respeto y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos en este país de tradición democrática.

► Cuadro 9. **Porcentaje de hombres y mujeres que están a favor de derechos de las personas sexualmente diversas, por zona de residencia y escolaridad.** Costa Rica, 2010.

	Derecho a desempeñar cualquier trabajo	Derecho a la unión civil	Derecho a la adopción
Sexo			
Masculino	87,0	25,0	24,8
Femenino	91,0	28,0	29,0
Zona de residencia			
Urbana	91,6	32,4	31,5
Rural	88,0	26,1	28,4
Escolaridad			
Primaria o menos	88,8	21,7	24,4
Secundaria y más	90,8	33,9	33,3

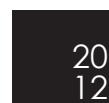
Conclusiones

- La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es la primera en el país que explora una serie de aspectos del ejercicio de la sexualidad y la reproducción, los cuales representan la ampliación de la mirada de los fenómenos demográficos. De esta manera, la inclusión de algunos aspectos sobre la salud sexual y reproductiva masculina y de la población adulta mayor son de los aspectos más novedosos.
- El análisis de los datos de esta encuesta para develar cuáles son los resultados del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos ha representado un desafío. Por cuanto todos los datos en su conjunto dan cuenta, de una u otra forma, de ese ejercicio y este análisis es un complemento a los diferentes temas abordados.
- La información obtenida ha mostrado que se han mantenido algunos indicadores: como lo es la alta prevalencia anticonceptiva y el acceso a servicios materno-infantiles. Otros han avanzado, como por ejemplo, el conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de los hombres jóvenes y otros. Por otra parte, presentan un estancamiento las prácticas de protección sexual para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH.
- Se han mostrado diferencias en el acceso a la información y los servicios de salud por parte de las personas jóvenes y los hombres adultos; lo anterior debido probablemente, al enfoque y las intervenciones en salud sexual y reproductiva que se ofrecen y cómo se ofrecen. También, se han evidenciado diferencias en el acceso entre lo urbano y lo rural, así como por nivel educativo.
- La carencia o la falta de profundización en algunos de los temas explorados, (como por ejemplo: la violencia y las prácticas sexuales) deja un campo abierto para futuras investigaciones. Asimismo, deja planteadas interrogantes para las futuras encuestas.
- En lo que se refiere al derecho a la no discriminación, aún existe un nivel alto de desacuerdo y resistencia a la igualdad en ciertos derechos de las personas sexualmente diversas y de las mujeres en su derecho a decidir ante un embarazo impuesto por la violencia y otras condiciones.
- El reto está en que el Estado asegure igualdad de condiciones para que todas las personas habitantes en este país tengan garantías y espacios para obtener información y servicios asequibles, integrales y completos, adaptados a las necesidades particulares, según edad, sexo, condición social, opción sexual entre otras.
- Las instituciones del Estado, las organizaciones civiles y los ciudadanos son responsables de desarrollar estrategias para crear e incrementar capacidades personales y colectivas que permitan transformar actitudes y prácticas que sean positivas para el ejercicio pleno de los derechos.

Capítulo 9. **Referencias.**

Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas:

Un análisis a partir
de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva,
Costa Rica, 2010.



Capítulo 9.

Referencias.

Asamblea General de la NNUU. (2005). Documento Final de la Cumbre Mundial A/RES/60/1. De: www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_sp.asp.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III). París, Francia. De: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

Asociación Demográfica Costarricense. (1987). Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, Costa Rica 1986. San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense.

Bankole, A. & Singh, S. (1998). Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice. En: *International Family Planning Perspectives*. 24(1):15-24.

Becker, S. (1999). Measuring unmet need: wives, husbands or couples?. En: *International Family Planning Perspectives*. 25(4):172-180.

Caja Costarricense del Seguro Social. (1994). Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Fecundidad y Formación de la Familia. San José, Costa Rica: CCSS.

Carcedo Cabañas, Ana. (2006). Seguridad ciudadana de las mujeres y desarrollo humano (1a ed.). San José, Costa Rica: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. De: <http://www.pnud.or.cr/images/stories/downloads/pdf/Cuaderno02.pdf>. Recuperado el 25 de julio del 2012.

Chen, M. et al. (2001). Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica, 1999-2000: Resultados de una Encuesta de Salud Reproductiva. (1a ed.). San José, Costa Rica.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2006). Informe Costa Rica. Audiencia especial sobre violencia en contra de las mujeres. Guatemala: Comisión Interamericana de Derechos Humanos. De: http://www.alianzaintercambios.org/files/doc/1167172682_1167167473_Informe%20Costa%20Rica.pdf. Recuperado el 2 de agosto del 2012.

Consejo Nacional de la Persona Joven. (2007). I Encuesta Nacional de Juventud. San José, Costa Rica: Consejo de la Persona Joven.

Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven. (2010). Política Pública de la Persona Joven. San José, Costa Rica: CPJ-UNFPA.

Costa Rica. Ley 1935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. La Gaceta, 25 de octubre de 1999, No. 221.

Costa Rica. Ley 7586, Ley contra la violencia doméstica. La Gaceta, 10 de abril de 1996.

Costa Rica. Ley 7600, Ley para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La Gaceta, 2 de mayo de 1996.

Costa Rica. Ley 7771, Ley General del VIH-Sida. La Gaceta, 20 de mayo de 1998, No. 96.

Costa Rica. Ley No. 5395, de 30 de octubre de 1973, de la Ley General de Salud. La Gaceta, 24 de noviembre de 1973, No. 222.

Cumbre del Milenio, 2000. (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. New York, EEUU. De: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.shtml>.

Dirección General de Estadística y Censos. (1978). Encuesta Nacional de Fecundidad 1976. San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos.

Fachel Leal, O. y Fachel, J. M. G. (1997). Antropología do corpo e pesquisa sobre sexualidades: dados cualitativos e tratamento estatístico, uma proposta metodológica. Porto Alegre, Brasil: Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Caderno do NUPACS, N° 004/97.

Facio, A. (2003). Marco conceptual: Asegurando el futuro: las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos y los Derechos Reproductivos. En: Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Promoción y defensa de los Derechos Reproductivos: nuevo reto para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. San José, Costa Rica: IIDH, 21-116.

Facio, A. (1997). Caminando hacia la Igualdad. Manual de Módulos. San José, Costa Rica: Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente ILANUD, UNIFEM.

Figueroa Perea, J. (2000). Algunos elementos del entorno reproductivo de los varones al reinterpretar la relación entre salud, sexualidad y reproducción. En: Revista Mujer Salud, (3):60-72.

García, Catalina; Gómez, Víctor y Lindeboom, Weitze. (1994). Capítulo 11. Actitudes Reproductivas. En: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y Formación de la Familia. San José, Costa Rica: CCSS. Pp. 1-20.

Gysling, J. (1994). Salud y derechos reproductivos: conceptos en construcción. En: Valdés y Busto, Ed. Sexualidad y Reproducción, hacia la construcción de derechos. Santiago, Chile: CORSAPS /FLACSO.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género. San José, Costa Rica: INAMU.

Kitagawa, Evelyn M. (1955). Components of a Difference Between Two Rates. En: Journal of the American Statistical Association. 50 (272): 1168-1194.

Lamas, M. (1994). El problema de la igualdad entre los sexos. En: Antología de la Sexualidad Humana (Tomo III). México DF, México: CONAPO.

Lloyd, C. (ed.). (2000). Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries. Washington DC, EEUU: National Academies Press.

Mac Donald, J. (2007). Informe Final de Consultoría: Análisis de Situación Salud Sexual y Reproductiva y el quehacer de la Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica: FNUAP, 2.

Manzelli, H. y Pecheny, M. (2002). Prevención del VIH/sida en hombres que tienen sexo con hombres. En: Cáceres, C.; Pecheny, M. y Terto Júnior, V. (eds.). SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. Lima, Perú: Red de investigación en sexualidades y VIH/sida en América Latina, ONUSIDA, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 103-138.

Mazarrasa Alvear, L., Gil Tarragato, S. (2005). Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva. En: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer. Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de género. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. De: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf.

Measure Demographic and Health Surveys. Unmet Need for Family Planning. De: <http://www.measuredhs.com/topics/Unmet-Need.cfm>. Recuperado en mayo de 2012.

Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y sida. (2007). Política Nacional de VIH y sida. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud-CONASIDA.

Ministerio de Salud. (2010). Medición del Gasto en Sida, 2010. San José, Costa Rica: Forthcoming.

Ministerio de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: Informe de resultados (1ª ed.) San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2011). Política Nacional de Sexualidad. Costa Rica, 2010-2021. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Muñoz, Sergio. (2009). Diagnóstico de Situación y Respuesta al VIH/sida en Costa Rica. Avances y Desafíos. San José, Costa Rica.

ONUSIDA. (2007). Directrices Prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Hacia el Acceso Universal. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.

ONUSIDA. (2007). Reducir el Estigma y la Discriminación: una parte fundamental de los programas nacionales del Sida. Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.

ONUSIDA. (2011). Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida. Directrices. Ginebra, Suiza: ONUSIDA.

OPS. La Violencia de género y el VIH/Sida, hoja informativa.

Organización de Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Recuperado el 18 de marzo de 2012, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>.

Organización de Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto: ONU.

Patronato Nacional de la Infancia. (2009). Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia. San José, Costa Rica: PANI-UNICEF.

Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador. (1988). San Salvador, El Salvador. De <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

Ramos-Chaves, Álvaro. (2010). Essays on Economic Development in Costa Rica. Tesis para optar al grado de PhD. en Economía, Universidad de California, Berkeley.

Rani, M. y Lule, E. (2004). Explorando la dimensión socioeconómica de la salud reproductiva e las adolescentes: un análisis multinacional. En: *International Family Planning Perspectives*. 33(2):70 – 74.

Rosero-Bixby, Luis y Casterline, John B. (1995). Difusión por interacción social y transición de la fecundidad: evidencia cuantitativa y cualitativa de Costa Rica. En: *Notas de Población*. XXIII: 29-78.

Rosero-Bixby, Luis y Oberle, Mark W. (1989). Fertility Change in Costa Rica 196-1984: Analysis of retrospective lifetime reproductive histories. En: *Journal of Biosocial Sciences*. 21:419-432.

Rosero-Bixby, Luis; Castro-Martín, Teresa y Martín-García, Teresa. (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? En: *Demographic Research*. 20:169-194.

Rosero-Bixby, Luis; Gómez, Miguel y Rodríguez, Virginia. (1984). Determinantes de la fecundidad en Costa Rica: Análisis longitudinal de tres encuestas (resumen). En: *Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense, pp. 78-84.

Rosero-Bixby, Luis; Gómez, Miguel y Rodríguez, Virginia. (s.f.). Determinantes de la fecundidad en Costa Rica: Análisis longitudinal de tres encuestas. San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos, International Statistical Institute, World Fertility Survey.

Sagot, M. (2008). Los límites de las Reformas: Violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. En: *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica*, 120: 35-48.

Salem, R. (2004). Men's surveys: new findings, *Population Reports*. Series M., No. 18.

Schiavon Ermani, Rafaela. (2003). Problemas de salud en la adolescencia. En: López, Rico, Langer y Espinoza (comp.). *Género y Política en Salud*. México DF, México: Secretaría de Salud.

Schkolnik, Susana y Chackiel, Juan. (2004). Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina. En: *Revista de la CEPAL*. 83:13-31.

Schutt-Annie, J. & Maddaleno, M. (2003). *Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications*. Washington DC, EEUU: Organización Panamericana de la Salud.

Speizer, I. S. (1999). Are husbands a barrier to women's family planning use? The case of Morocco. En: *Social Biology*, 46(1-2):1-1.

The Alan Guttmacher Institute (AGI). (2003). *In Their Own Right: Addressing the Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. Nueva York, EEUU: AGI.

UNAIDS. (2010). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators*. Geneva, Switzerland.

Valverde, O.; Solano, A.; Alfaro, J.; Rigioni, M.; Vega y Ministerio de la Adolescencia. (2001). *Protección y riesgo en Costa Rica: Múltiples aristas, una tarea de todos y todas*. Encuesta Nacional sobre Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica. San José, Costa Rica: CCSS.

Weinberger, Mary Beth; Lloyd, Cynthia y Blanc, Ann. (1989). Women's Education fertility: A decade of Change in Four Latin American Countries. En: *International Family Planning Perspectives*. 15(1): 4-14.

