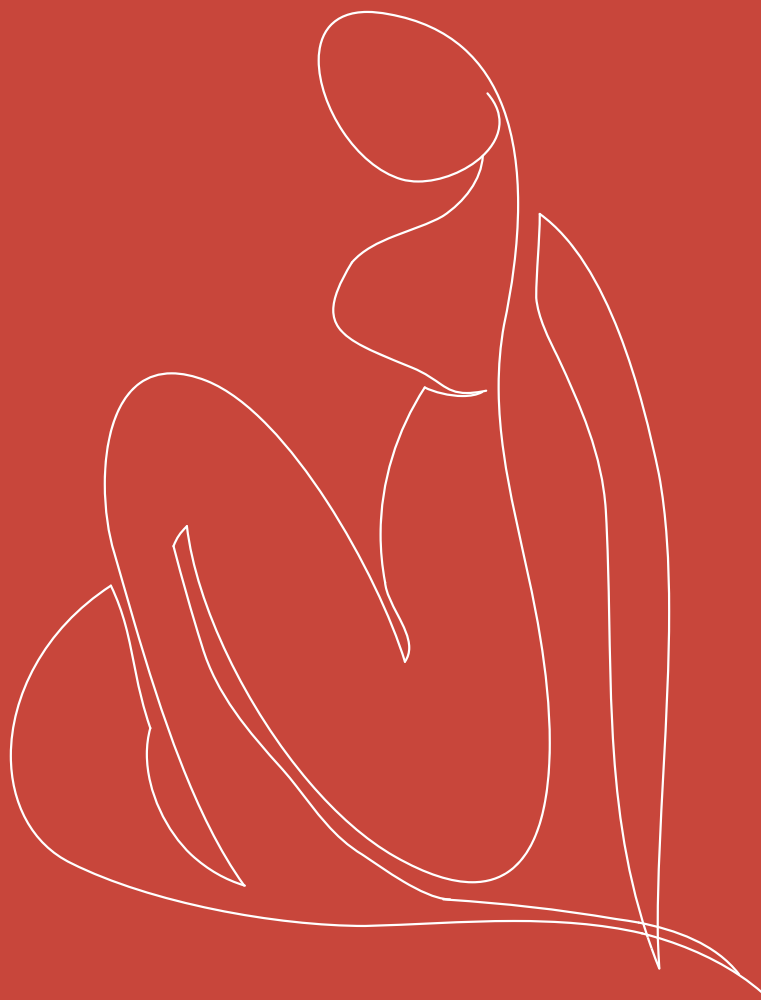


Cuarto Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica

Serie 2.

El derecho de las mujeres a la salud integral:
una vida de bienestar y armonía



INSTITUTO
NACIONAL DE
LAS MUJERES

GOBIERNO
DE COSTA RICA



Cuarto Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica

Serie 2.

El derecho de las mujeres a la salud integral:
una vida de bienestar y armonía



INSTITUTO
NACIONAL DE
LAS MUJERES

GOBIERNO
DE COSTA RICA

323.404.207.286
I 59 c

Instituto Nacional de las Mujeres

Cuarto Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica. El derecho de las mujeres a la salud integral: una vida de bienestar y armonía / Instituto Nacional de las Mujeres. – 1 ed. – San José: Instituto Nacional de las Mujeres, 2023. (Colección Estado de los Derechos de las Mujeres en Costa Rica; no. 15)

76 p.; 21 x 27 cm.

ISBN 978-9968-25-413-7

1. DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES. 2. INDICADORES DE GÉNERO. 3. SALUD DE LAS MUJERES I. TÍTULO

PRODUCCIÓN:	Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
AUTORA:	Evelyn Piedra Rodríguez
COORDINACIÓN TEÓRICA, METODOLÓGICA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	Saskia Salas Calderón, Coordinadora Departamento Especializado de Información Xiomara Castro Chaves, Jefa a.i. Unidad de Investigación
REVISIÓN DEL DOCUMENTO:	Departamento Construcción de Identidades y Proyectos de Vida Dirección Áreas Estratégicas
EDICIÓN:	Saskia Salas Calderón, Coordinadora Departamento Especializado de Información Xiomara Castro Chaves, Jefa a.i. Unidad de Investigación
PRODUCTORA GRÁFICA:	Verónica Solano Araya
IMAGEN DE PORTADA:	Larraitz Lexartza Artza

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	VII
CAPÍTULO I. ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS	1
El sistema sexo-género como determinante de la subordinación de las mujeres	3
Los derechos humanos de las mujeres	4
Contexto sociohistórico: la pandemia por COVID-19 y su impacto en las mujeres	7
Estrategia Metodológica	9
CAPÍTULO II. EL DERECHO DE LAS MUJERES A LA SALUD INTEGRAL: UNA VIDA DE BIENESTAR Y ARMONÍA	13
Una nueva mirada a la salud de las mujeres	15
Fuentes jurídicas y políticas existentes en el ámbito nacional e internacional	20
Un acercamiento al análisis de indicadores sobre la salud integral de las mujeres	25
¿Qué opinamos en Costa Rica sobre la salud integral de las mujeres?	46
CAPÍTULO III. REFLEXIONES FINALES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de natalidad por provincia. 2018-2021	29
Tabla 2. Tasa de natalidad por zonas costera y fronteriza. 2018-2021	29
Tabla 3. Porcentaje de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, por estado de convivencia de la madre. 2015-2021	34
Tabla 4. Porcentaje de consultas prenatales de niñas y adolescentes madres entre 10 y 19 años, por rango de edad. 2018-2021	35
Tabla 5. Número de casos registrados de VIH y SIDA, por sexo. 2018-2022	36
Tabla 6. Número de muertes por tumores malignos en mujeres, según localización más frecuente.	39
Tabla 7. Porcentaje de personas que están de acuerdo y totalmente de acuerdo con frases acerca de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, según sexo, rango de edad y educación -n= 2.500-	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacimiento (en años), por sexo. 2018-2022	26
Gráfico 2. Tasa global de fecundidad. 2017-2021	27
Gráfico 3. Tasa bruta de natalidad. 2011-2021	28
Gráfico 4. Edad promedio de las madres. 2018-2021	30
Gráfico 5. Edad de las madres al momento del nacimiento de su primer hijo o hija. 2017-2021	30
Gráfico 6. Porcentaje de esterilizaciones femeninas y masculinas practicadas por la Caja Costarricense del Seguro Social. 2018-2021	31
Gráfico 7. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por cada 1.000. 2018-2021	32
Gráfico 8. Edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, por grupos de edad. 2018	34
Gráfico 9. Principales causas de deceso por sexo. 2021	38
Gráfico 10. Tasa de mortalidad por cáncer de mama (por cada 10.000 mujeres). 2018-2021	40



Gráfico 11. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello del útero (por 10.000 mujeres). 2018-2021	41
Gráfico 12. Razón de mortalidad materna (por cada 10.000 nacimientos). 2018-2021	42
Gráfico 13. Estimación de porcentaje de personas de 12 a 70 años residentes en hogares, que pueden mostrar consumo excesivo de bebidas alcohólicas en el transcurso de los próximos 12 meses; por sexo. 2015-2020	44



Presentación

El 2023, año de esta publicación, es también el año de conmemoración del 25 aniversario de la creación del Instituto Nacional de las Mujeres. En este año presentamos la IV edición del Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica. Desde su concepción, la producción de conocimiento para conocer la condición de las mujeres, la igualdad de género y la situación de las familias, así como realizar propuestas para su avance, es un fin de la institución (inciso l) del artículo 4 de la Ley 7801 del 18 de mayo de 1998). Tal como lo señala la Estrategia de Montevideo (CEPAL, 2016), se trata de “transformar datos en información, información en conocimiento y conocimiento en decisión política”.

A lo largo de estos 25 años el INAMU ha acumulado una importante experiencia en el desarrollo de investigaciones sobre la realidad de las mujeres en el país. La publicación periódica del Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica ha sido un hito que busca analizar el estado de los derechos humanos.

Fortalecer los procesos de producción de conocimiento desde la perspectiva de las mujeres en su diversidad ha sido una apuesta estratégica técnica y política para la generación de las transformaciones culturales a favor de la igualdad que se han impulsado durante los últimos años. Esa apuesta ha ido incorporando nuevos retos, nuevos objetivos, nuevas preguntas y nuevas estrategias para evidenciar las brechas existentes y las expresiones de la discriminación contra las mujeres en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, lo cual contribuye a la ruptura de paradigmas sexistas y discriminatorios que limitan las posibilidades de acceso de las mujeres a las oportunidades y recursos en los espacios educativos, institucionales, familiares y comunitarios; y principalmente a su desarrollo personal integral.

Cada edición del Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica da seguimiento a los hallazgos y discusiones resultantes de las ediciones anteriores, pero también abre su mirada hacia las nuevas realidades y se adapta a las necesidades detectadas de producción y difusión de información. Es por ello por lo que en esta ocasión incorpora nuevas discusiones derivadas del contexto reciente que el mundo entero atravesó a raíz de la pandemia por COVID-19; pero también adopta un nuevo formato: se transforma en una serie de publicaciones, cada una de las cuales abordará un tema particular, permitiendo así responder de manera más eficiente a las necesidades específicas de las distintas poblaciones a las que está dirigida la investigación, incluyendo personas tomadoras de decisiones, investigadoras e investigadores, organizaciones sociales y, por supuesto, las mujeres de nuestro país.



Adilia Caravaca Zúñiga
Presidenta Ejecutiva
Instituto Nacional de las Mujeres



Cindy Quesada Hernández
Ministra de la Condición de la Mujer





Capítulo 1

Aspectos conceptuales
y metodológicos

CAPÍTULO I

ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

En este apartado se desarrollan los principales conceptos y teorías generales que fundamentan la urgencia de estudiar y profundizar en la producción de conocimiento sobre los derechos humanos de las mujeres en Costa Rica, con el fin de orientar el análisis de las brechas y desafíos que persisten a nivel nacional, para el logro de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

El sistema sexo-género como determinante de la subordinación de las mujeres

El sistema sexo-género es una clasificación fundamental de las sociedades patriarcales que establece una jerarquía y roles diferenciados entre hombres y mujeres, donde los primeros son los sujetos de privilegio (INAMU, 2019). Dentro de este sistema, el concepto de sexo se comprende como las características biológicas y anatómicas de las personas, y el género se asocia a determinadas pautas sociales y de comportamiento que se definen como masculinas o femeninas. Dichas pautas y comportamientos son naturalizados y sustentados desde una dimensión simbólica que produce y reproduce mitos, estereotipos, concepciones, mentalidades e imaginarios colectivos, que privilegian el estatus, autoridad, reconocimiento y acceso a recursos de los hombres (Guzmán, 2002).

Este concepto es fundamental para los estudios sobre los derechos humanos de las mujeres pues devela que, en las democracias liberales, los ideales de igualdad y libertad no son neutrales, sino que se refieren a un sujeto de derecho comprendido como varón, blanco, heterosexual, que posee recursos económicos y propiedades; por su estatus social, es quien tiene el poder a lo interno de los hogares (Serret, 2016). Así, las desventajas y limitaciones que genera esta forma de organización social atentan contra el pleno goce de los derechos humanos al instaurar sistemáticamente opresiones y exclusiones para las mujeres, en detrimento de una verdadera igualdad.

El sistema sexo-género impacta la totalidad de la vida en sociedad. Un ejemplo claro es cómo el mundo del trabajo ha sido segmentado en labores tradicionalmente

asociadas a las mujeres y otras al trabajo de los hombres. A esta segmentación se le conoce como división sexual del trabajo, y es la manera en que el sistema económico capitalista se fusiona con el orden patriarcal, concibiendo así otro binomio: el trabajo reproductivo y el trabajo productivo. El trabajo reproductivo es aquel vinculado con la sobrevivencia y la reproducción humana y en el que se realizan tareas como la preparación de alimentos, la limpieza y mantenimiento de la vivienda, el cuidado de personas dependientes, entre otras. Suele asociarse a las mujeres y lo femenino; y por tanto es un trabajo invisibilizado y no remunerado económica o socialmente por considerarse que es algo que las mujeres, en su rol de “amas de casa”, hacen “por amor” y de manera “natural”. Por otra parte, el trabajo productivo suele considerarse un ámbito de acción de los varones y lo masculino, y se refiere a la producción de bienes y servicios destinados al intercambio, acumulación y consumo en el mercado a cambio de un salario o ganancias económicas. Se desarrolla en el ámbito de lo público y tiene mayor reconocimiento social.

La división sexual del trabajo y el sistema sexo-género, desde la lógica patriarcal y con base en los roles de género, plantea ocupaciones, sectores de actividad y prácticas sociales diferenciadas entre los sexos, restringiendo de esta manera la participación de las mujeres en igualdad con los hombres en los ámbitos económico, productivo y político, los cuales se desarrollan en la esfera pública. En contraposición se encuentra la esfera privada, en la cual se ubican las tareas y actividades vinculadas a la familia, la crianza y la reproducción humana y en donde se espera una participación plena por parte de las mujeres. A pesar de que ambas esferas se encuentran interrelacionadas y en ambas se dan relaciones de poder: “Son dos esferas fundamentales del bienestar social y son vitales para la reproducción y mantenimiento de la vida y de la sociedad, aunque cada una mantiene su relativa autonomía” (INAMU, 2015, p. 82).

Históricamente las mujeres han luchado por participar en igualdad de condiciones con los hombres en la esfera pública y, al mismo tiempo, por la corresponsabilidad de las tareas reproductivas en la esfera privada. Esto se debe a que desde el sistema sexo-género se condicionan decisiones, espacios para actuar y desarrollarse, formas de pensar, responsabilidades y alcances en la capacidad de agencia que tienen las mujeres y los hombres en todos



los ámbitos de la vida. Los estereotipos y prejuicios sexistas funcionan como mecanismos sociales de control y reproducción del sistema, dado que además de fortalecer la división sexual del trabajo, también buscan condicionar el “deber ser” de mujeres y hombres en los ámbitos público y privado, en la vida privada y la vida social. Todas aquellas personas que se comportan o incursionan en espacios o actividades distintas a lo que tradicionalmente se espera de ellas de acuerdo con el sexo asignado al nacer, enfrentan expresiones de censura y sanción social. Por ejemplo, siguiendo a Federici (2013), que el término “mujer” se convirtiera en sinónimo de “ama de casa” ha significado que las mujeres al nacer sean identificadas con habilidades y responsabilidades domésticas que se reproducen en la esfera laboral, por lo que el empleo tradicionalmente realizado por éstas es una extensión del trabajo reproductivo y las mujeres que se adentran en ámbitos no tradicionales enfrentan una gran variedad de obstáculos. Ahora bien, en este sistema de desigualdad, la violencia de género y la violencia contra las mujeres resulta un mecanismo de control y de perpetuación del status quo, por eso es que sucede tanto en el ámbito público como en el privado.

Es importante señalar que la jerarquía establecida entre hombres y mujeres es una arbitrariedad cultural, ya que ha sido construida y reproducida por grupos de poder y clases dominantes que detentan los recursos materiales y simbólicos a través de un orden social contextual que con el tiempo asume un carácter de legitimidad (Bourdieu y Passeron, 2001). De allí la importancia de revalorar dichos sistemas en función de construir formas de interacción social y distribución de los recursos basadas en la igualdad real entre todas las personas sin importar su sexo, género, etnia, nacionalidad, estatus migratorio, edad, condición de discapacidad, clase social, entre otras características que forman parte de la riqueza y la diversidad humana.

Los derechos humanos de las mujeres

Los derechos humanos de las mujeres se refieren a un vasto marco normativo y jurídico que enuncia las condiciones básicas mínimas para la vida digna. Se basan en los principios fundamentales de igualdad, libertad y justicia, los cuales son indispensables, interrelacionados e indivisibles para el desarrollo de los seres humanos a nivel individual y colectivo. Reconociendo las desventajas

históricas que enfrentan las mujeres, se han definido derechos específicos que reconocen las dificultades y particularidades que enfrentan por su condición de género en las sociedades tradicionalmente androcéntricas.

Como antesala de los derechos humanos de las mujeres está la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), proclamada después de la Segunda Guerra Mundial por la comunidad internacional que se organizó en una Asamblea General para tratar de establecer la paz y la seguridad internacional. Los derechos humanos que declararon se definieron como: universales, inalienables, irrenunciables, imprescriptibles, indivisibles e inderogables para garantizar una vida digna, justa y libre, pues: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (ONU, 1948, art. 1).

Tres décadas después de esta Declaración, los movimientos de mujeres y feministas lograron que los países se comprometieran a garantizar el resguardo y ampliación de dichos derechos para las mujeres, pues consideraron que los instrumentos jurídicos anteriores se concibieron como neutrales, asumiendo que las mujeres no enfrentaban desigualdad a razón del sistema sexo-género en las sociedades. Es así como lograron que los Estados se comprometieran con la igualdad de género firmando la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) (ONU, 1979), considerado el instrumento jurídico internacional de mayor relevancia para el adelanto de las mujeres. La particularidad de la CEDAW (ONU, 1979) es que reconoce de manera explícita los patrones culturales que históricamente han limitado el ejercicio pleno de los derechos humanos para las mujeres a través de mecanismos discriminatorios. La CEDAW (ONU, 1979) define la discriminación como toda forma de exclusión o restricción basada en el sexo, cuyo objetivo o resultado sea menoscabar o anular el goce, reconocimiento o ejercicio de los derechos fundamentales para las mujeres (art. 1).

Los movimientos de mujeres y feminismos continuaron abogando por los derechos humanos de las mujeres y en 1994 se realiza la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo con la aprobación de su Plan de Acción que menciona entre sus temas la educación, la reducción de la mortalidad neonatal infantil y



materna, así como el acceso universal a servicios de salud reproductiva (párrafo 1.12). Así mismo, la celebración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer dio paso a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), la cual define 12 esferas de atención prioritaria para atender a las mujeres y las niñas, algunas de las cuales son el medio ambiente, la economía, la participación en la toma de decisiones, la pobreza, la salud, los conflictos armados, los medios de difusión y la violencia.

Otro instrumento jurídico fundamental para el resguardo de los derechos humanos de las mujeres es la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (conocida como Convención Belém do Pará) (OEA, 1994), que constituye el primer y único instrumento normativo de la región latinoamericana en reconocer el derecho que tienen las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Esta Convención define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como el privado (art. 1). Además, reconoce que la violencia tiene manifestaciones físicas, sexuales y psicológicas que pueden ser perpetuadas dentro o fuera de la familia, pues puede suceder en cualquier relación interpersonal o ser perpetuada o tolerada por el Estado y sus agentes con actos como violación, maltrato, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo o en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar (OEA, 1994, art. 2).

En años más recientes, la aprobación en 2015 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible definió 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (CEPAL, 2016a), que abordan variedad de temas como el hambre y la pobreza, la salud, la educación, la igualdad de género, el ámbito del trabajo, el cambio climático, entre otros. En su objetivo 5 se refiere específicamente a la meta de lograr la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas poniendo fin a la discriminación, la violencia y todas aquellas prácticas nocivas que las excluyen de los espacios públicos y de toma de decisión, como tarea fundamental para el alcance del desarrollo sostenible y la protección del planeta.

En Costa Rica también existe jurisprudencia clave para el adelanto de las mujeres, comenzando por la Constitución

Política (Asamblea Constituyente, 1949) que establece la igualdad de todas las personas ante la ley, así como la prohibición de las prácticas discriminatorias que atenten contra la dignidad humana. Los movimientos sociales de mujeres, incluyendo a mujeres políticas, académicas y de la institucionalidad pública en el país, lograron que además se creara la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer (Ley 7142, 1990), que explicita la obligación del Estado de promover y garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Aunado a este instrumento normativo, el Voto 3435-92 de la Sala Constitucional estableció que los instrumentos internacionales sobre derechos humanos son de acatamiento obligatorio para el Estado costarricense, y que están al mismo nivel de la Constitución Política, o incluso por encima de ella cuando concedan más derechos o garantías a las personas, lo que en el caso de las mujeres permite ampliar la resignificación de algunas prácticas que por ser tradicionales podrían generar discriminación en su contra (INAMU, 2019).

Uno de los ámbitos en los cuales Costa Rica presenta sus mayores avances es el amplio cuerpo normativo que posee en materia de derechos humanos de las mujeres en sus distintos ámbitos. Además, se han impulsado una serie de instrumentos para la generación de condiciones sociales, institucionales y culturales para la promoción de un cambio cultural hacia la igualdad entre mujeres y hombres, dentro de los cuales destaca la Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG 2007-2017) (INAMU, 2007), creada con la finalidad de promover la igualdad entre mujeres y hombres en todas sus dimensiones. Como una manera de dar continuidad a este proceso, en 2018 se formula la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres (PIEG 2018-2030), la cual pone énfasis en la atención de cuatro nudos estructurales: los patrones culturales patriarcales, discriminatorios y violentos y el predominio de la cultura del privilegio; la división sexual del trabajo e injusta distribución del cuidado; la desigualdad socioeconómica y persistencia de la pobreza en el marco de un crecimiento excluyente; y la concentración del poder y relaciones de jerarquía en el ámbito público (INAMU, 2018).

Por otro lado, el país también ha adoptado la Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las mujeres en todas las edades (PLANOVI 2017-2032) (INAMU, 2017), la cual prioriza como ejes de acción:



la promoción de una cultura no machista; la promoción de masculinidades para la igualdad y la no violencia; la articulación de iniciativas público-privadas de desarrollo social para desvincular pobreza multi-dimensional, exclusión y violencia contra las mujeres; la protección efectiva, acceso real, debida diligencia, sanción y no revictimización; la prevención, atención integral y no revictimización frente a la violencia sexual y la prevención del femicidio (INAMU, 2017).

A pesar de que los derechos humanos de las mujeres tienen su propio cuerpo normativo y jurídico a nivel nacional e internacional, persisten barreras culturales y sociales que impiden que las mujeres sean reconocidas como sujetas de derecho plenas y, por tanto, que pueda cumplirse con el principio de igualdad y no discriminación sobre el cual se sustentan los derechos humanos. Si bien se proclama que toda persona es igual ante la ley, las luchas de las mujeres han evidenciado que en su caso esto no siempre se cumple, pues la neutralidad de las normas jurídicas no contempla las desigualdades a las que se enfrentan por la división sexual del trabajo, el sistema sexo-género y la separación artificial de lo público y lo privado. De allí que los movimientos de mujeres y mecanismos claves como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ONU, señalan la necesidad de crear y fortalecer mecanismos que modifiquen las dinámicas sociales hasta alcanzar la igualdad efectiva, desde la aplicación de medidas y la creación de políticas públicas, hasta la transformación de las interacciones cotidianas entre los seres humanos.

Otro pilar de los derechos humanos de las mujeres es la autonomía, la cual se concibe como base para la igualdad, y se comprende en tres dimensiones fundamentales, integrales e interdependientes entre sí: la autonomía económica, la autonomía física y la autonomía en la toma de decisiones (CEPAL, 2016b). La autonomía económica se refiere al acceso a ingresos que permitan a las mujeres superar la pobreza, disponer de su tiempo libremente, capacitarse, acceder al mercado laboral, a la tierra y la tecnología, desarrollarse a nivel profesional y personal, participar activamente en la vida social y política, así como atender a sus seres queridos sin que esto sea una barrera para sus aspiraciones (CEPAL, 2016b).

La autonomía física se expresa en dos dimensiones: los derechos reproductivos y sexuales y el derecho a una

vida libre de violencia; es decir, refiere a la libertad y autonomía de las mujeres sobre sus propios cuerpos como territorios personales y privados sobre los cuales puedan tomar decisiones informadas y soberanas (CEPAL, 2016b). Por su parte, la autonomía en la toma de decisiones se refiere a la distribución y ejercicio del poder, y al derecho de las mujeres a participar en espacios de toma de decisión política, económica, académica, donde se discutan asuntos determinantes para la vida colectiva (CEPAL, 2016b).

A nivel general, las autonomías representan la posibilidad que tienen las mujeres de aspirar al más alto nivel de toma de decisiones sobre su propia vida y sobre su comunidad, por lo que garantizar los derechos humanos de las mujeres significa necesariamente resguardar las tres autonomías para cada una de ellas. Es por ello que resulta necesario reconocer a las mujeres como un colectivo diverso, con valores y significados distintos, para no caer en la homogenización de sus vivencias y experiencias invisibilizando las diferentes capas de discriminación que pueden estar atravesando según sus contextos.

La interseccionalidad es un proceso que reconoce a las personas como parte de múltiples comunidades, por lo que pueden experimentar opresiones simultáneas a razón de la combinación de sus adscripciones identitarias, como por ejemplo el racismo, el sexismo, el capacitismo y la opresión de clase (INAMU, 2019). Así, el concepto de interseccionalidad permite comprender y analizar aquellas dificultades que las personas, y especialmente las mujeres, enfrentan dentro de la especificidad de sus vivencias y contextos, en reconocimiento de sus identidades plurales (CEPAL, 2016b).

Los derechos humanos de las mujeres son una base para la igualdad y la equidad, pero también una invitación a la transformación cultural de aquellos patrones que impiden una convivencia pacífica libre de violencia y de discriminación, por lo que estudiar los nudos estructurales que obstaculizan su desarrollo resulta fundamental para proponer otras formas de existencia que no atenten contra la dignidad humana (INAMU, 2019).



Contexto sociohistórico: la pandemia por COVID-19 y su impacto en las mujeres

En los últimos años se han presentado fuertes cambios económicos, políticos y sociales a nivel mundial que han tenido importantes implicaciones en la vida nacional. Una de las situaciones que ha provocado una crisis de alto impacto ha sido la generada por la pandemia por COVID-19, la cual trascendió el ámbito de la salud, para incidir en distintos espacios de la vida cotidiana causando repercusiones, cuyos efectos nos encontramos enfrentando aún en la actualidad.

Después de la peor crisis económica y social que ha atravesado la región, provocada por la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se viven hoy momentos de grandes dificultades e incertidumbres generadas por una serie de crisis en cascada: crisis climática, de salud, de empleo, social, educativa, de seguridad alimentaria, energética y de costo de la vida. (CEPAL, 2022a, p.13)

En ese sentido, si bien es cierto en Costa Rica se han dado pasos importantes para el avance de los derechos humanos de las mujeres, el alcance de la igualdad sustantiva es una meta aún distante en el horizonte, ya que se mantienen brechas de género que se volvieron más evidentes e incluso se agudizaron como resultado de la crisis por la COVID-19. Tal como se plantea el III Informe Regional del Sistema FLACSO (FLACSO, 2023), Costa Rica comparte con los demás países de América Latina y el Caribe (ALC) contrastes sustantivos entre grupos poblacionales que viven ya sea en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad, o con gran solvencia económica (PNUD, 2021, citado por FLACSO, 2023); por ejemplo, para el año 2021 el coeficiente de Gini¹ para Costa Rica era de 0,524, siendo el más alto de la historia desde que se inició su cálculo en 1987 (PEN, 2022).

Aunque la afectación ha sido generalizada para toda la población, la crisis del COVID-19 ha incidido particularmente en las desigualdades de género, atentando contra los avances alcanzados en las distintas dimensiones de la autonomía de las mujeres. A partir de la pandemia se comprueba una vez más lo que históricamente se conocía

¹ El coeficiente de Gini indica el nivel de desigualdad que se alcanza en un país. Cuanto más cerca de 0 se encuentra mayor igualdad hay, siendo que 0 representa igualdad y 1 representa desigualdad absoluta.

con respecto a cómo operan las desigualdades de género; es decir, cómo a partir de una experiencia que enfrentan todas las poblaciones alrededor del mundo entero, en este caso una enfermedad, se agudizan y complejizan las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a las responsabilidades familiares, el acceso a oportunidades económicas, situaciones de vulnerabilidad ante la violencia, vivencia de la pobreza, posibilidades de estar en los espacios de toma de decisiones, entre otras, produciendo un impacto particular en la vida de las mujeres por su condición de género.

Tal como lo expone la CEPAL (2022a), a raíz de la pandemia,

...los confinamientos y la paralización de muchos sectores de la economía tuvieron efectos antes no imaginados en la vida diaria de las personas. En los hogares y en las instituciones de salud y educativas, por ejemplo, fue preciso adaptarse a nuevas rutinas y formas de gestionar las tareas cotidianas, mientras que otros sectores con alta empleabilidad de mujeres perdieron una gran proporción de los puestos de trabajo (trabajo doméstico remunerado, comercio y turismo). La pandemia hizo más visibles las consecuencias de la división sexual del trabajo y la vigencia de patrones culturales patriarcales que ubican a las mujeres como principales responsables del cuidado en su forma remunerada o no remunerada (...). Esto las puso en la situación de tensión que significó la atención en la primera línea, debido a que más del 70% del personal de salud son mujeres, que además son quienes se ocupan de la mayoría del trabajo de cuidados en los hogares. (CEPAL, 2022a, p. 207)

Para conocer el impacto que estaba teniendo la crisis sanitaria para las mujeres que habitan en el país, el INAMU elaboró la investigación “Afectaciones del Covid-19 en la vida de las mujeres en Costa Rica” (INAMU, 2021a) durante el periodo de marzo 2020 a abril 2021, en la cual se procedió a identificar, sistematizar y analizar las afectaciones directas e indirectas que las mujeres han afrontado producto de la pandemia.

Dentro de los principales resultados de dicho estudio se evidencia un fuerte impacto en el ámbito económico, especialmente para las mujeres. Durante el 2020-2021 las principales tasas nacionales del mercado laboral experimentaron una reducción importante. Por ejemplo, la tasa de desempleo del I trimestre del 2021 en el caso de las mujeres fue de un 26,1% frente a un 13,7% de



los hombres. Las mujeres enfrentaron una disminución sustantiva de ingresos producto de despidos, reducción de jornadas, cierre de negocios propios, no pago de pensión alimentaria por parte de los padres de sus hijos e hijas, suspensión del servicio doméstico, entre otros; lo que dificultó la satisfacción de necesidades básicas de los hogares. Para contrarrestar estos efectos hubo un aumento de mujeres que tuvieron que optar por ocupaciones no calificadas y desarrollar actividades en el ámbito del trabajo informal.

Según la investigación elaborada por el INAMU (2021a), dentro de las actividades económicas más afectadas destacan los sectores de servicios, comercio y turismo, y dentro del sector servicios, las trabajadoras domésticas representan uno de los grupos más afectados. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo identificó que, ante las medidas sanitarias tomadas por los países para prevenir el contagio, el 70,4% de las trabajadoras domésticas enfrentaron una disminución de la actividad económica, desempleo, la reducción de las horas trabajadas o la pérdida de salarios (2020, citado por CEPAL, 2022a). Asimismo, CEPAL (2022a) señala que en Costa Rica el sector de los hogares como empleadores presenta una caída interanual del 45,5% en el empleo de las mujeres durante el trimestre abril-junio de 2020, en relación con el mismo periodo del año anterior.

Por otra parte, para las mujeres trabajadoras la implementación de la modalidad de teletrabajo fue un acción efectiva pero también contraproducente, ya que a pesar de constituirse en una estrategia válida para continuar con la producción nacional y mantener los ingresos propios, para muchas mujeres representó un gran desafío por los requerimientos de capacidades, habilidades y recursos para el acceso y uso de las tecnologías digitales; el incremento de las cargas de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado; la poca disponibilidad para la administración del tiempo; y el acompañamiento escolar, entre otros factores. Dado lo anterior, las jornadas laborales de las mujeres se extendieron considerablemente, repercutiendo en su salud física, mental y emocional, con consecuencias tanto durante la pandemia como posterior a esta.

En ese sentido, la investigación realizada en 2021 por el INAMU también mostró el impacto que tuvo en la vida de las mujeres una cotidianidad saturada por la multiplicidad

y simultaneidad de tareas reproductivas y productivas en el espacio doméstico, que provocó un aumento en los niveles de agotamiento físico, mental y emocional que reportan las mujeres. Un factor determinante fue la implementación de la educación virtual y a distancia en el país, ya que al rol tradicional de la maternidad se le sumó el de docente, a pesar de que no todos los hogares ni todas las mujeres tenían las mismas condiciones materiales y emocionales para asumirlo.

Brindar acompañamiento educativo a los niños, niñas y adolescentes, no es una tarea sencilla; requiere de una serie de condiciones personales, familiares y estructurales mínimas que aún no han podido ser garantizadas para todas las personas, como el acceso a internet y a recursos tecnológicos, la reducción de las brechas digitales y la transformación cultural hacia una verdadera corresponsabilidad de los cuidados entre mujeres y hombres a lo interno de los hogares. (INAMU, 2021a, p. 164)

Es así como, a partir de una situación de emergencia fueron aún más evidentes las desigualdades sociales y económicas. Tal como lo expone CEPAL (2022a), la aceleración de la digitalización en distintas actividades de la vida debido a las medidas sanitarias para reducir el contacto presencial agudiza la brecha digital como una expresión más de exclusión para grupos importantes de mujeres. La conceptualización de la brecha digital de género hace referencia a las diferencias existentes entre mujeres y hombres con respecto al acceso, uso y apropiación de las tecnologías de información y comunicaciones (TIC). Incluye también los espacios de creación y el desarrollo de TIC, en donde las mujeres suelen tener menor presencia (CEPAL, 2022c).

En esta brecha convergen desigualdades que condicionan el acceso, uso y apropiación de las tecnologías de la información y comunicación, pero también son un condicionante de las mismas. La relevancia de las TIC está no solo en que permiten el intercambio de información, ideas y conocimientos, sino que a través de estos se puede acceder a otros derechos como la educación, el empleo, la salud, la justicia, entre otros. La brecha digital de género por lo tanto incide también en el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres. (CEPAL, 2022c, pp. 3-4)

A nivel mundial las mujeres enfrentan mayores barreras que los hombres para acceder, usar y participar en el ecosistema digital, entendiendo este como “el conjunto de



infraestructuras y prestaciones (plataformas, dispositivos de acceso) asociadas a la provisión de contenidos y servicios a través de internet” (CEPAL, 2022c, p. 4). Además de lo anterior, según la CEPAL (2022c) la expresión de la brecha digital de género es heterogénea, siendo más aguda en mujeres de bajos ingresos, indígenas, afrodescendientes y rurales.

Esta realidad tan compleja provocada en el contexto de la pandemia afecta a todas las personas, sin embargo, provocó la sobre exigencia de muchas mujeres, quienes de todas maneras tienen opciones limitadas de tiempo, dinero y apoyo para atender su propio cuidado, ya que los mandatos sociales tradicionales las convocan a priorizar la salud y cuidados de las personas a su alrededor. Aunado a lo anterior, en la investigación elaborada por el INAMU (2021a) se hizo evidente las nuevas dificultades en el acceso a los servicios de salud, sobre todo por el aumento del uso de la tecnología para la realización de trámites médicos, que se suman a los obstáculos de vieja data como son las distancias que existen para acceder a servicios públicos y las dificultades económicas; sobre todo en el caso de las mujeres rurales, indígenas, afrodescendientes, adultas mayores, con discapacidad y en condiciones de pobreza.

Una de las principales preocupaciones que se heredan del enfrentamiento de las secuelas de la pandemia es la atención de la salud mental de la población, deuda histórica en el campo de la salud integral cuyo cobro se incrementa con la crisis y repercute particularmente en las mujeres; debido al “contexto de angustia y estrés por la situación económica que atraviesan las familias, la sobrecarga de responsabilidades escolares, el temor constante de contagio al virus o por el fallecimiento de familiares o personas allegadas” (INAMU, 2021a, p. 168), entre otros elementos.

Ahora bien, dentro de las mayores afectaciones se encuentra el aumento de la violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres. El aislamiento como prevención ante el contagio constituyó un factor de riesgo para las mujeres y las niñas, ya que se complejizaron las posibilidades institucionales, familiares y comunitarias para identificar y acompañar a quienes vivían situaciones de violencia. De un día para otro, muchas mujeres y personas menores de edad ya no tenían acceso a espacios protectores, como los centros laborales, educativos y comunitarios, grupos

deportivos, recreativos, así como redes familiares o de amistades, entre otros. Además, aumentó sustantivamente la dependencia económica de muchas mujeres por motivo de la pérdida de ingresos propios, recrudesciendo su situación de desventaja en relación con sus convivientes (INAMU, 2021a). Otras formas de violencia, como la violencia en línea, se incrementaron a raíz del aumento del uso de recursos tecnológicos para llevar a cabo las actividades del trabajo, estudio, así como las reuniones sociales y actividades recreativas. A su vez, aumentó el riesgo de enfrentar hostigamiento sexual callejero, trata de personas y la explotación sexual comercial (INAMU, 2021a).

Tal como se expone en el III Informe Regional del Sistema de FLACSO (FLACSO, 2023), la falta de abordajes que consideren un enfoque diferenciado por género e interseccionalidades durante la pandemia y sus secuelas tendrá el efecto de profundizar las brechas existentes en el acceso a los recursos materiales y simbólicos, perpetuando las desigualdades que viven las mujeres y haciendo cada más difícil la reversión de sus efectos; incluso podrían generar retrocesos en ámbitos en los cuales ya se habían alcanzado logros significativos. Por tanto, los resultados de la presente investigación exponen el análisis de un panorama que presenta la realidad de las mujeres antes, durante y posterior a un contexto crítico y determinante en la vida nacional y mundial, de manera que pueda ser considerado desde los distintos espacios e instituciones para garantizar para que ninguna mujer se quede atrás.

Estrategia Metodológica

El Primer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (INAMU, 2011) fue publicado en 2011. Desde entonces su periodicidad y la importancia de sus resultados han permitido consolidar una metodología de trabajo para el estudio y análisis de la realidad de las mujeres en el ámbito nacional.

Este estudio constituye la columna vertebral del Programa de Investigación Institucional “Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica” (2020-2025) (INAMU, 2020), el cual se inscribe dentro del marco estratégico del INAMU como una guía para la producción de conocimiento especializado en género, en concordancia con las políticas nacionales vigentes en materia de gé-



nero y el Plan Estratégico Institucional (INAMU, 2020). El Programa de Investigación, y por lo tanto el Estado de los Derechos, se alimentan de las investigaciones desarrolladas por la institución y otras instancias productoras de conocimiento especializado en género en el país; a su vez, evidencia los vacíos en la construcción de ese conocimiento y apunta al desarrollo de otros estudios.

El Estado de los Derechos tiene como objetivo general analizar la situación de los derechos humanos de las mujeres, de cara a los compromisos estatales asumidos tanto en el ámbito internacional como nacional, a fin de brindar insumos que permitan la toma de decisiones pertinentes y el seguimiento a las políticas públicas y la rendición de cuentas a la sociedad. Para lograrlo, ha sido necesario adaptar cada una de sus ediciones a las necesidades de las mujeres y el contexto específico del país para el momento en que se elabora el estudio. Por ello los objetivos específicos se han modificado levemente a lo largo de los años para responder a la realidad actual. Los mismos son:

- 1. Visibilizar el estado de los derechos humanos de las mujeres mediante indicadores que muestren las desigualdades críticas, en distintas dimensiones temáticas y estableciendo las interconexiones pertinentes entre los distintos conjuntos de derechos fundamentales.**
- 2. Identificar barreras objetivas y subjetivas para el avance de los derechos de las mujeres.**
- 3. Realizar un balance de lo avanzado en cuanto a política pública en materia de derechos humanos de las mujeres.**
- 4. Contrastar los datos sobre la realidad de las mujeres con las percepciones y opiniones de la ciudadanía respecto a sus derechos humanos.**
- 5. Identificar agendas de investigación y producción de datos e indicadores de género necesarios, para un mayor conocimiento de la realidad.**

En esta ocasión, el Cuarto Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica ha sufrido modificaciones en su formato, pues lo que anteriormente era un

solo documento dividido en capítulos, en esta ocasión se presentará como separatas temáticas que comparten un marco conceptual, contextual y metodológico común. Cada separata profundizará en los distintos conjuntos de derechos sobre los cuales se considera que existen nudos críticos en el país.

Esta edición explora lo acontecido entre 2018 y 2021. A partir de los resultados del Tercer Estado de los Derechos, y frente a la crisis social provocada por la emergencia mundial por COVID-19, se realizaron también algunos ajustes a los contenidos abordados en este estudio para responder de mejor manera a las necesidades de conocimiento especializado en género emergentes. Dando continuidad a lo establecido desde la primera edición, esta investigación incorpora el análisis de la situación en materia de derechos económicos y laborales, derecho a la participación política, y derecho a una vida libre de violencia de género; en seguimiento a lo planteado en la tercera edición (INAMU, 2019), se profundiza en el análisis del derecho a la educación de las mujeres. Para esta cuarta edición del estudio se le ha dado un giro al capítulo que anteriormente estaba destinado al derecho a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, ampliando su foco para abarcar ahora el derecho a la salud integral, sin dejar de lado las necesidades particulares de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva; esto por cuanto el derecho a la salud no puede verse de manera desarticulada, sino que debe entenderse como un bienestar integral que abarca los aspectos fisiológicos y psicológicos en interacción con los determinantes sociales del género. Finalmente, se desarrolla un nuevo capítulo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado de las mujeres. El tema anteriormente era abordado como un acápite dentro de los derechos económicos y laborales, pero dada su relevancia como nudo estructural de la desigualdad, especialmente en el contexto COVID-19 (INAMU, 2021a), se decidió dedicar un capítulo independiente a su análisis.

Para la elaboración del estudio, la Unidad de Investigación del Departamento Especializado de Información del INAMU, trabajó en la recolección y sistematización de la información durante el periodo 2019-2022, desarrollando para ello las siguientes etapas:



I. Diseño e implementación de la IV Encuesta Nacional de Percepción de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (ENPEDEMU 2021)

El objetivo principal de la ENPEDEMU es conocer las percepciones y opiniones de la ciudadanía sobre los derechos humanos de las mujeres, especialmente en temas coincidentes con los desarrollados en este estudio. Pretende medir el grado de avance en el conocimiento, ejercicio y goce de los derechos de las mujeres en estos ámbitos y dimensiones, según los compromisos nacionales e internacionales asumidos por el Estado costarricense. El diseño, la implementación y el análisis de la IV ENPEDEMU se desarrollaron entre 2020 y 2022. Por primera vez, la ENPEDEMU fue publicada como un documento independiente en el que se pueden consultar todos los detalles metodológicos y principales resultados (INAMU, 2022).

II. Revisión bibliográfica y normativa

Entre 2021 y 2022 se realizó la recopilación de una amplia gama de fuentes nacionales e internacionales de interés para este estudio. Por un lado, se recopilaron los elementos novedosos del marco normativo en materia de derechos humanos, igualdad y no discriminación contra las mujeres que son aplicables a nuestro país. Por otro lado, se hizo una importante y exhaustiva revisión bibliográfica de estudios cuantitativos y cualitativos, documentos de trabajo e informes de gestión, entre otros, producidos por instituciones gubernamentales y no gubernamentales que dieran cuenta de la situación de los derechos humanos de las mujeres en el país.

III. Definición y actualización de indicadores de género

Sobre la base de los indicadores definidos en las tres ediciones anteriores del Estado de los Derechos, en 2022 se actualizaron aquellos que contaban con datos para hacerlo y todavía seguían siendo vigentes e importantes para el análisis. Es necesario señalar que, en algunos casos, la ausencia de operaciones estadísticas periódicas y sostenidas impidió la actualización; así sucedió con algunos datos en materia de salud sexual y reproductiva, y violencia contra las mujeres. Además, se definieron nuevos indicadores considerados pertinentes de acuerdo con el contexto sociohistórico del periodo en estudio. A partir

de la recopilación y actualización de los datos estadísticos se procedió con el análisis de toda la información.

El Cuarto Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica pretender ser un instrumento de consulta y una herramienta para la toma de decisiones informadas, de manera que la construcción y seguimiento a las políticas públicas pueda hacerse desde la evidencia existente. De esta manera las acciones del Estado y la sociedad civil podrán responder a las necesidades más apremiantes de las mujeres en nuestro país, el resguardo y garantía absoluta de sus derechos fundamentales, y la búsqueda de la igualdad sustantiva.





Capítulo 2

El derecho de las
mujeres a la salud
integral: una vida de
bienestar y armonía



CAPÍTULO II

El derecho de las mujeres a la salud integral: una vida de bienestar y armonía

Una nueva mirada a la salud de las mujeres

En el proceso de conceptualización de la salud integral ha confluído una serie de elementos teóricos, históricos, sociales y científicos que han ido evolucionando en el largo camino de la humanidad en la búsqueda del bienestar de las personas. En sus inicios, el abordaje de la salud se relacionó principalmente con aspectos biologicistas, médicos y basados en la casuística. Es en 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1), ampliando la posibilidad de profundizar en una visión de la salud más allá de una connotación médica. Más recientemente, se considera que en este concepto se encuentra “lo biológico con lo social, la persona y la comunidad, siendo que los logros en salud individual y los sociales están estrechamente relacionados” (Fuentes, 2020, p. 21). Esto convoca a reflexionar sobre cómo en la salud de las personas también influyen aspectos contextuales de carácter económico, político, cultural y normativo que, en articulación con las condiciones individuales, pueden preservar o vulnerar el estado físico, emocional y mental de las poblaciones.

Los determinantes sociales de la salud se conciben como

...los factores que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de poblaciones específicas y generales. Según lo establecido por la OMS los determinantes se refieren a las condiciones socioeconómicas de las personas y sus comunidades, muy asociadas a la distribución de la riqueza, la desigualdad y la exclusión (World Health Organization, 2018; Solar & Irwin, 2007; World Health Organization, 2003). En cuanto a estos aspectos, las condiciones de desarrollo desigual vulneran a poblaciones particulares, entre ellas a las mujeres, de zonas rurales y de condiciones socioeconómicas desfavorables en general. (Fuentes, 2020, p. 49)

Según la OMS (2018a), los determinantes sociales asociados al género se encuentran dentro de los principales factores que inciden en las inequidades sanitarias, incluso

tan influyentes como la situación económica, ya que se considera que hay un “vínculo directo entre la discriminación contra la mujer y su situación de inferioridad en materia de salud” (OMS, 2009, página sin numerar).

En el sistema patriarcal las personas tienen acceso y control diferenciado a los recursos y servicios de salud (OMS, 2018a) según su condición de género. Éste es una construcción social que, a partir de las relaciones entre las personas y basada en características biológicas, establece roles, comportamientos, actividades, características, expectativas y oportunidades que se consideran apropiadas para las mujeres, los hombres y las personas con identidades no binarias en un momento histórico determinado, por lo cual es un concepto dinámico que se puede transformar a través del tiempo. En el momento en el que las personas o los grupos no responden a lo que se espera de ellas con base en las normas, los roles, las responsabilidades o el lugar asignado en las relaciones en términos sociales y culturales, suelen verse sometidas a experiencias de estigmatización, exclusión social y discriminación, ocasionando repercusiones en el ámbito de su salud (OMS, 2018a).

En este sentido, la construcción social del género puede exacerbar las tasas de exposición y la vulnerabilidad de las personas frente a los riesgos para la salud, así como disminuir los mecanismos de protección frente a los mismos, pues determina comportamientos de promoción de la salud, de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas que brinda el sistema de salud a las necesidades particulares cada grupo poblacional (OMS, 2018a).

La categoría género se suma además a otras condicionantes sociales que profundizan la discriminación de ciertos grupos de mujeres. Esto es lo que se conoce como interseccionalidad y este enfoque permite ampliar el análisis, al identificar elementos que fomentan inequidades sanitarias en todos los niveles y ámbitos de la vida social (OMS, 2018a).

... no se puede entender la forma en que las relaciones de poder determinadas por el género reproducen las inequidades en la salud si no se entiende también la forma en que el género se entrecruza con la desigualdad económica, la jerarquía racial o étnica, la dominación de castas, las diferencias basadas en la orientación sexual u otra cantidad de marcadores sociales. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2015, p. 14)



Los efectos de la discriminación por su condición de género, y la suma de esta con otras formas de discriminación, se presentan en las mujeres desde las edades más tempranas. A manera de ejemplo, se puede mencionar la presión que pueden enfrentar las niñas de escasos recursos para no continuar estudiando, contraer matrimonio o tener hijos e hijas a corta edad, factores que se asocian con un mayor riesgo de muerte materna (OMS, 2018a). Asimismo, es fundamental abonar al reconocimiento del impacto particular derivado de las desigualdades de género en la salud de mujeres, hombres y personas intersex, durante los distintos momentos de la existencia:

...las mujeres tienen tasas más bajas de mortalidad comparadas con los hombres pero paradójicamente reportan más altos niveles de depresión, de desórdenes psiquiátricos y una variedad de enfermedades crónicas. La dirección y la magnitud de las diferencias de género en salud varían de acuerdo con las fases del ciclo vital y con las condiciones del contexto en el cual viven. Las mujeres a lo largo del ciclo de vida perciben un mayor estrés² aunque esto es menos aparente. (Canaval y Gladys, 2018, p.59)

Tal como lo expone Valls (2011), “la historia de la medicina no se escapa de los sesgos patriarcales de las otras ciencias” (p.16). Los primeros estudios de las Facultades de Medicina se basaron en su mayoría en el análisis casuístico a raíz de las hospitalizaciones de los hombres; por lo tanto, la construcción de este conocimiento estuvo orientada a la comprensión de la patología masculina, ya que se consideraba que no había diferencias entre mujeres y hombres al enfermar (Valls, 2011). Sin embargo, a pesar de los avances científicos que demuestran las particularidades y las necesidades de atención diferenciada entre las mujeres y los hombres, la desigualdad estructural con base en estereotipos de género y el androcentrismo³ continúa permeando la ciencia y la asistencia médica, invisibilizando, minimizando y descalificando el malestar de las mujeres, atribuyendo sus dolencias o requerimientos en salud a condicionamientos de la etiología psicológica o psicosomática, o bien dando un abordaje inadecuado a sus situaciones de salud (Valls, 2011), por ejemplo al medicalizar innecesariamente pro-

cesos como la menstruación, el parto y la menopausia, o bien cuando se medicaliza el sufrimiento de las mujeres (Pinafi, 2013) prescribiendo psicofármacos en casos de depresión y ansiedad sin ahondar o abordar los orígenes de su situación.

Es por ello que resulta importante tomar en cuenta en este análisis el concepto de “morbilidad femenina diferencial”, el cual refiere a la existencia de un conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que requieren de una atención particularizada hacia las mujeres, ya sea porque su origen es causado por aspectos biológicos, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos; o bien porque se presentan con mayor frecuencia en las mujeres causando muertes prematuras, enfermedades o condiciones de discapacidad, tal como sucede con las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinas, la ansiedad y la depresión (Valls, 2020).

Existen factores de riesgo diferentes para las mujeres y los hombres que, si se analizan desde un enfoque de género podrían devenir en un mayor éxito en su prevención, como en los casos de la patología cardiovascular, la diabetes mellitus o la obesidad (Valls, 2020). Al respecto, Louis Verbrugge, ya desde el año 1989 (citado por Valls, 2020) indicaba que las mujeres tenían un peor estado de la salud derivado de riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como “el sedentarismo, el paro⁴ o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente desempeñan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno...” (p.247)

Por otro lado, las investigaciones realizadas por Marianne Frankenhaeuser (Valls, 2020) en el Instituto Karolinska de Suecia, muestran el fuerte peso que tienen en la salud de hombres y mujeres los condicionantes del propio trabajo, con sus demandas excesivas y el soporte social necesario para realizarlo, teniendo un mayor impacto en la salud que las diferencias psicológicas y biológicas.

² Se entiende por estrés “una respuesta negativa o exagerada de los factores estresores, ya sea en el plano biológico, físico o psicológico y no se puede consumir el exceso de energía desarrollado” (Gallego et al., 2018, p. 8). Nota no forma parte del original.

³ Forma de sexismo que considera a los hombres y a la masculinidad como el centro y la medida de todas las cosas, así como el referente de la humanidad.

⁴ Entendido como “el desempleo”.



Las tareas que realizan las mujeres son más estresantes que las de los hombres, con largas jornadas de trabajo sin fin si solo trabajan en casa o con doble jornada laboral si tienen un trabajo remunerado. A eso hay que añadir las dificultades que encuentran para realizarlos debido a la discriminación laboral, lo que incluye salarios más bajos por el mismo trabajo, trabajos precarios que deben aceptar para no quedarse sin nada o trabajos estresantes en los que tienen poca autonomía y posibilidades de control, por lo que su horario y su capacidad de decisión quedan totalmente absorbidos por las necesidades laborales. (Valls, 2020, p. 250)

Por consiguiente, la salud integral de las mujeres debe reconocerse como un derecho humano que “comprende el derecho a un sistema de protección de la salud, incluida la atención sanitaria y los factores determinantes de la salud, que facilite la igualdad de oportunidades para las personas a fin de que disfruten del máximo nivel asequible de salud” (Parra, s.f.). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2000), en su Observación General 14 (2000), indicó que el derecho a la salud incluye los factores socioeconómicos que promueven las condiciones para llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como son la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, y un medio ambiente sano. Aunado a lo anterior, considera que el derecho a la salud contempla aspectos que se interrelacionan con el mismo, como son: la disponibilidad, accesibilidad y calidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. Además, indica que se debe garantizar el acceso físico, económico, de información y sin discriminación; debe haber aceptabilidad, de tal forma que dichos bienes y servicios sean respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, así como sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; también agrega que deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.

Cabe destacar que la promoción de la salud integral de las mujeres exige el ejercicio efectivo de un grupo de derechos que se articulan, tales como: la privacidad, la atención integral de la salud, los beneficios del progreso científico y el derecho de vivir libre de toda forma de discriminación. Por añadidura, el ejercicio de este derecho

tiene una estrecha vinculación con la autonomía de las mujeres, es decir con sus posibilidades para ocuparse de sí mismas, para lo cual es imprescindible disfrutar de condiciones empáticas, confiables y efectivas de seguridad y apoyo tanto dentro de sus hogares como fuera de ellos. El derecho a la salud se refiere a la oportunidad de hacer suyo el cuerpo y la mente, los recursos materiales y simbólicos, así como las capacidades indispensables para ejercer su poder en torno a la toma de decisiones sobre su propia vida. Para ejercer plenamente este derecho es fundamental que las mujeres de todas las edades tengan acceso a información y a servicios de salud, sin ser objeto de violencia y discriminación; además es crucial que la atención que reciban considere su proyecto de vida y diversidad etaria, étnica, de identidad, orientación y expresión sexual, si tienen alguna discapacidad, entre otras condiciones.

Para Marcela Lagarde, la autonomía para las mujeres conlleva una revolución profunda en su identidad, ya que tradicionalmente se les enseña a dimensionarse fusionadas o en dependencia de otras personas, principalmente su pareja y descendencia (1990, citada por Mandel, 2010). En la mayoría de los contextos regionales muchas de las mujeres tienen una relación con la salud desde su rol como cuidadoras, facilitando desde las labores reproductivas condiciones saludables para garantizar el bienestar de las personas que integran sus familias, incluso extendiendo esta labor a sus relaciones en otros ámbitos como el trabajo, la comunidad, las amistades, grupos de pertenencia, entre otros. Además, representan el 70% de profesionales y personas técnicas que laboran en el sector de la salud (INAMU, 2021a).

Como se puede observar, comúnmente los hombres tienen asegurado el cuidado y la mayoría de las mujeres generan condiciones de salud, más no de bienestar propio, porque al cuidar y producir condiciones para las demás personas el costo es el descuido de su bienestar (Lagarde, 2003). De ahí la tarea imperativa de promover acciones dirigidas a la corresponsabilidad de las tareas reproductivas y a la ruptura del mandato dirigido a las mujeres de ser cuidadoras exclusivas, para que así logren liberar tiempo para llevar a cabo actividades que contribuyan al alcance de mayores niveles de salud, bienestar y disfrute propios.

En consonancia con lo anterior, un reto importante para la promoción del derecho a la salud integral por parte



de las mujeres es continuar posicionando el derecho a la salud más allá del rol materno, tal como lo expone Yolanda Arango (2007),

... desde la década de los noventa y durante los primeros años de este siglo es alentador percibir que el paradigma de la salud de las mujeres, se viene nutriendo de principios, fundamentos, debates y postulados éticos, filosóficos, políticos, sociológicos y humanísticos que han replanteado – desde los estudios de género- los tradicionales enfoques biologicistas de la salud femenina y su atención orientada por el predominio de una cultura patriarcal que ha legitimado fundamentalmente su condición materna. (p. 107)

Al dar un lugar a la salud de las mujeres trascendiendo su rol reproductivo, necesariamente se abona a su reconocimiento como sujetas de derechos, abriendo un abanico de opciones para el desarrollo personal y el fortalecimiento colectivo de las mujeres. En esa línea, se promueve su ejercicio ciudadano como protagonistas de su propia vida, con capacidad de agencia para hacer las transformaciones que se requieren para alcanzar condiciones de bienestar y con posibilidades de incidencia para participar en la gestión de cambios en su entorno familiar, comunitario y nacional que redunden en la ampliación de oportunidades y opciones para mejorar el ambiente y las condiciones de vida.

En ese marco, resulta indispensable que como sociedad se garanticen las condiciones materiales y afectivas para que las mujeres tengan posibilidades reales y efectivas de autocuidado, entendiendo este como

... una habilidad adquirida en la cual se hace uso de los conocimientos necesarios y oportunos para el propio cuidado. Si se aplica de forma eficaz, las actividades que la persona realiza pueden generar la conservación de su vida, regular los procesos vitales y desarrollar bienestar y salud. (Orem y Silva, citado por Schneider, et al., 2015, p. 441)

Es decir, autocuidado es “todo aquello que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible” (Tronto citado por Valdivia, 2020). No obstante, el autocuidado no puede convertirse en una carga más para las mujeres, principalmente para aquellas que asumen el rol de cuidadoras, sino que debe asumirse como un compromiso colectivo con su salud.

En la actualidad la OMS impulsa estrategias para fortalecer el autocuidado en las poblaciones, ya que se ha logrado identificar cómo esta práctica permite mejorar la calidad de vida de las personas y optimizar la atención que se puede facilitar desde los sistemas nacionales de salud pública. Para esta organización el autocuidado es “la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un prestador de atención de salud” (Self-Care Trailblazer Group (SCTG), s.f. a, p.1).

Desde la SCTG se considera que el autocuidado brinda posibilidades de autonomía a las personas al favorecer el poder y control de su salud y al generar mayor bienestar. Asimismo, plantea que en esta definición se articula la autoconciencia, la cual implica que las personas adquieran un conocimiento más profundo de su cuerpo, su estado y condiciones de salud para optimizar el bienestar (SCTG, s.f. a). Además, integra la autoevaluación y el cuidado autogestionado, de manera tal que se promueva la capacidad de acción, y se ofrezcan nuevas formas de llevar una vida saludable. “El autocuidado puede ser realmente transformador para las poblaciones vulnerables que tienen dificultades para acceder a la atención médica” (SCTG, s.f. b, p.1). Por otra parte, el autocuidado como intervención abona al desarrollo global al “contribuir a promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en materia de salud (ODS 3), la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODS 5), y reducir las desigualdades dentro de los países (ODS 10)” (SCTG, s.f. b, p. 1).

En relación con lo anterior, un elemento sustantivo para que las mujeres alcancen el más alto nivel de salud física y mental radica en el ejercicio de sus libertades. Tal como se ha señalado, la autodeterminación de las mujeres sobre sus propios cuerpos está fuertemente limitada en la mayor parte de los países de la región, tanto por creencias conservadoras que asocian la sexualidad únicamente al ámbito de la reproducción y niegan su riqueza para el desarrollo de la vida y de las relaciones personales; así como por visiones paternalistas y autoritarias heredadas históricamente, en las que se adjudicaba un saber casi incuestionable a las y los médicos. Estas visiones podrían estar aun permeando la relación de personas profesionales y técnicos del sector salud con las usuarias de sus servicios (IIDH, 2015).



Es por ello que los organismos internacionales son perseverantes al afirmar que los derechos sexuales y derechos reproductivos cumplen un papel preponderante en la garantía del derecho a la salud integral de las mujeres y de la autodeterminación de sus vidas. Es clave que dicha garantía alcance a todas las mujeres sin ningún tipo de distinción, e incluya su derecho a la intimidad, a ser tratadas con respeto y dignidad, a no ser sometidas a experimentación médica, a no ser objeto de examinación médica contra su voluntad, y a no recibir tratamientos sin el debido consentimiento informado (OMS, 2017). Asimismo, es necesario avanzar en la identificación de los condicionantes culturales, sociales e institucionales que limitan el acceso de las mujeres en su diversidad a un parto humanizado, a la interrupción terapéutica del embarazo en los casos que faculta la norma técnica, a métodos modernos de anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia, así como a la fertilización in vitro, en ambientes familiares, sociales y jurídicos respetuosos de su dignidad y libres de censura (INAMU, 2019).

Por otra parte, a pesar de que son innegables los avances existentes en torno al reconocimiento del derecho a la salud integral por parte de la OMS, ciertamente en la práctica varios Estados de la región han incursionado en más cambios legislativos o normativos relacionados con la salud física, que con la salud mental (IIDH, 2015). En la coyuntura derivada de la pandemia provocada por el COVID-19 quedó en evidencia la consecuencia de no invertir en este ámbito de la salud pública, sobre todo para las mujeres.

La OMS (2018b) define la salud mental como

... un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. (Página sin numerar)

En Costa Rica, se ha venido presentado una fuerte preocupación entre las autoridades y especialistas que trabajan en el campo de la salud mental, sobre todo ante la escasa oferta estatal para prevenir y atender en este ámbito, y el

sostenido incremento de casos de personas de todas las edades que presentan diversos trastornos mentales y del comportamiento. La Contraloría General de la República emitió un informe (2018) en el cual se hace un llamado de atención al Ministerio de Salud Pública (MINSA) acerca de los vacíos existentes del quehacer estatal en el abordaje y las intervenciones de salud mental en el país. Lo anterior resulta particularmente preocupante al considerar que proyecciones realizadas por la Universidad de Costa Rica refieren que en los próximos 30 años se va a triplicar la población con alguna demencia durante su envejecimiento (Blanco, 2018).

En el caso de las mujeres, Freeman y Freeman (citados por Ramos, 2014) realizaron un estudio comparativo de doce encuestas nacionales sobre trastornos mentales, las cuales se llevaron a cabo en Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Chile y Sudáfrica. El estudio concluye que las mujeres presentan mayor prevalencia y probabilidad que los hombres de experimentar depresión y ansiedad, y que además sus síntomas suelen ser más graves y discapacitantes.

La salud mental de la población, y particularmente de las mujeres y personas adolescentes ya venía manifestando señales de alerta; no obstante, desde marzo de 2020 se presentaron fuertes cambios en la cotidianidad de todas las personas alrededor del mundo, la realidad se volvió progresivamente más compleja, sobre todo para las mujeres, quienes presentaron mayores afectaciones por la ansiedad, el estrés y el miedo (Salas, 2021). Tal como se evidenció en la investigación “Afectaciones del COVID en la vida de las mujeres en Costa Rica”,

... un grupo importante de mujeres se encuentra atendiendo los aspectos más fundamentales de la sobrevivencia cotidiana, con una sustantiva disminución de sus ingresos, una sobrecarga de trabajo al encontrarse asumiendo las tareas productivas y domésticas, el aislamiento social y la incertidumbre provocada por la pandemia, entre otras circunstancias. (INAMU, 2021a, p. 115)

Consecuencia de lo anterior, la investigación realizada en conjunto por instituciones del sector salud y centros universitarios “Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19”, mostró que,



Las mujeres obtienen puntuaciones superiores a los hombres en la mayoría de las medidas realizadas (ansiedad, depresión, calidad de vida profesional, miedo, impacto psicológico/psicosocial), y en aquellas medidas donde no fue superior, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. (MINSa, UNA y UNED, 2021, p. 52)

Definitivamente ha quedado demostrado que los roles tradicionales del género, de manera interrelacionada con otros determinantes de la salud, tienen incidencia diferenciada en la vida de las personas. Las condiciones laborales también tienen un impacto distinto en la salud, tal como lo exponen Payá y Beneyto (2019) en su investigación: la salud mental de las mujeres que trabajan en condiciones precarias se ve más afectada; asimismo la experiencia del teletrabajo ha estado develando el efecto de las desigualdades de género en la vida y salud de las mujeres, quienes generalmente,

... sacrifican “voluntariamente” su tiempo de ocio, descanso y autocuidado para tratar de convertirse en “superwomen⁵” que dan el 100% o más en todos los ámbitos de su vida.

... Por tanto, el teletrabajo facilitaría la autogestión del tiempo laboral y del tiempo familiar, pero su peaje o coste es elevadísimo, ya que supone multiplicar las horas de trabajo, ya sea remunerado o doméstico familiar, y casi anular el tiempo de dedicación a una misma. (Pérez y Galvez, 2009, p. 73)

A su vez está demostrado que, a partir de la división sexual del trabajo y la consecuente segregación horizontal, las mujeres y los hombres se ven expuestos a riesgos laborales específicos; el trabajar en un ambiente laboral colmado de sexismo genera altos índices de discriminación, acoso y violencia sexual contra las mujeres (Campos, citado por Payá y Beneyto, 2019) perjudicando su desarrollo personal y calidad de vida.

Por lo tanto, para el abordaje de la salud integral de las mujeres es fundamental colocar a cada mujer y grupo como figura principal en la gestión del cuidado de su salud, en el momento y lugar histórico en el cual se encuentra. En la promoción del cambio social que se requiere para mejorar el acceso al derecho a la salud integral de las mujeres en este país, es indispensable que el Estado, la

⁵ La palabra “superwomen” se traduce como “supermujeres” en español. Nota al pie no pertenece al original.

institucionalidad y la sociedad en su conjunto se disponga a escuchar las necesidades de las mujeres en el ámbito de su salud, pero también sus sueños, deseos y motivaciones para el disfrute de la vida en sus hogares, en las comunidades y espacios laborales en las cuales construyen relaciones, acceden a la vida pública y acostumbran transitar. Se requiere de una profunda transformación cultural para romper con las creencias, costumbres y estereotipos que homogenizan a las mujeres, como si todas tuvieran las mismas necesidades y aspiraciones, para dar lugar a la diversidad, y así construir acciones, políticas, estrategias y normativa inclusivas y respetuosas de sus realidades y vivencias, de manera que todas las mujeres de todos los lugares puedan vivir efectivamente el nivel más alto de salud posible.

Fuentes jurídicas y políticas existentes en el ámbito nacional e internacional

El derecho a la salud integral es una de las principales reivindicaciones que se han impulsado desde las primeras declaraciones internacionales que buscan garantizar el respeto, reconocimiento y exigibilidad de los derechos humanos. Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos se reivindica el derecho que tienen las personas al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas (ONU, 1948, art. 24). Además, en este instrumento se hace referencia al derecho que tienen todas las personas a un nivel de vida adecuado que les asegure, así como a sus familias, la salud y el bienestar, incluso en situaciones de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Finalmente, plantea que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (ONU, 1948, art. 25 incisos 1 y 2). Por su parte, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre se establecía que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la integridad de su persona; a la preservación de su salud y al bienestar, al descanso y a su aprovechamiento, a la seguridad social y particularmente se planteó que toda mujer tiene derecho de protección a la maternidad (OEA, 1948, arts.1, 7, 11, 15 y 16).



Con la entrada en vigor del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966 (ONU), se establece que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, así como de gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones (arts. 12 y 15). Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 2000):

(...) la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley. (Párr. 1)

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), sobresale como uno de los instrumentos internacionales que posiciona la condición humana de las mujeres y reconoce la discriminación que pueden enfrentar asociada a la función social de reproducción y a la maternidad (ONU, 1979, arts. 4, 11 y 16). Por ello exhorta a que las naciones tomen las medidas necesarias para evitar la discriminación de las mujeres en el acceso a los servicios y a la atención médica (ONU, 1979, art. 12). Incluso el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en sus recomendaciones generales, hace énfasis en la incorporación de legislación, planes y políticas basadas en la evidencia científica y las necesidades de las mujeres, considerando la etnia y las prácticas culturales, tradicionales y religiosas que dificultan el ejercicio de este derecho (ONU, 1999). Asimismo, este Comité exhorta a los países a que tomen acciones para atender las particularidades de las mujeres VIH positivas (ONU, 1990), con discapacidad (ONU, 1991), migrantes (ONU, 2008) o en condición de refugio (ONU, 2014), adultas mayores (ONU, 2010) y rurales (ONU, 2016). Además, insta a las naciones a que desarrollen acciones de información integral acerca de la salud, así como de los derechos sexuales y reproductivos, el comportamiento sexual responsable, la prevención del embarazo en edades tempranas, entre otras.

En el ámbito del derecho a la salud, se incluyen los derechos a la salud sexual y salud reproductiva, sobre los que existe un vasto marco normativo que compromete a los Estados a permitir que las mujeres ejerzan control sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, decidan con información, de manera voluntaria, con libertad y responsabilidad, y libres de toda coacción, discriminación y violencia. Dentro de este grupo de instrumentos internacionales se pueden mencionar el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo (ONU, 1994), así como la Plataforma de Acción de Beijing (ONU, 1995), y de manera más reciente el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (ONU, 2013). En ellos se plantea, entre otros aspectos, el derecho de las personas a recibir información, así como a tener acceso y elegir métodos de planificación de la familia seguros, eficaces, asequibles y aceptables. También plantean el derecho de acceder a servicios de atención sanitaria de calidad que acompañen a las mujeres durante el embarazo y parto reduciendo los riesgos para ellas y sus hijos e hijas.

A través de los años el ordenamiento jurídico costarricense ha avanzado en la incorporación de normas y regulaciones internacionales vinculadas con la salud de la población. Si bien es cierto, la Constitución Política (Asamblea Nacional Constituyente, 1949) no hace referencia explícita al derecho a la salud, este vacío se ha superado a través de interpretaciones que ha realizado la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia del artículo 21, en el cual se establece el derecho a la vida (Sentencia 01915, 1992):

En cuanto al derecho a la salud (...) si bien nuestra Constitución Política no contempla de forma expresa este derecho (...) no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el artículo 21 de nuestra Constitución, ya que este –de [sic] derecho a la vida – es la razón de ser y explicación última del derecho a la salud. La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental hacer efectivo el derecho a la vida, porque éste no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan.

El derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la República. De igual forma, en ese ordinal



de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental (...). (Vargas, 2010, pp. 455-456)

Aunado a ello, el derecho a la salud encuentra sustento jurídico en el último párrafo del artículo 46 de la Carta Magna, que trata acerca de los derechos de las personas consumidoras y usuarias a la protección de su salud, ambiente, seguridad e intereses económicos; a recibir información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a un trato equitativo. Lo mismo ocurre en el segundo párrafo del artículo 50 en el que se plantea el derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, y en el artículo 73 que aborda el derecho a los seguros sociales en beneficio de las personas trabajadoras (Vargas, 2010).

La primera vez que se nombra el derecho a la salud expresamente en la legislación nacional es en la Ley General de Salud (Ley 5395, 1973), en la cual se establece la salud como un bien de interés público tutelado por el Estado (art. 1). También reconoce el derecho que tienen las personas a recibir información (art. 10), así como una atención en salud física y salud mental adecuada por parte del personal de salud (art. 9).

Dentro de los avances legislativos más recientes en esta materia se encuentra la aprobación de la Ley “Reforma integral de la Ley 7771: Ley general sobre el VIH del 29 de abril de 1998” (Ley 9797, 2019) la cual busca regular todas las acciones del Estado costarricense para promover y garantizar un enfoque integral de Derechos Humanos a las personas con VIH, en los ámbitos público y privado. En ese mismo año, se promulgó también la Ley “Reforma Crea Instituto del Deporte y Recreación (ICODER) y su Régimen Jurídico y Impuestos sobre Cigarrillos y Licores para Plan de Protección Social, para la inclusión al deporte y la recreación de las personas con discapacidad” (Ley 9793, 2019), cuyo fin es fortalecer la integración del Consejo Nacional del Deporte y la Recreación, con representantes nacionales de las federaciones y asociaciones deportivas y recreativas de las personas con discapacidad, reconociendo su derecho a participar en espacios de toma de decisiones en este ámbito de la salud y el autocuidado.

Un avance muy valioso que responde a una lucha de larga data en el país lo constituye la aprobación de la Norma técnica para la interrupción terapéutica del embarazo, la cual fue oficializada en diciembre del 2019 mediante publicación en el Diario Oficial La Gaceta (Decreto Ejecutivo 42113, 2019) y busca

(...) brindar a las personas profesionales médicas los parámetros técnicos claros sobre un procedimiento médico apegado a los términos del artículo 121 del Código Penal. De igual forma, se trata del cumplimiento del Estado de Costa Rica de garantizar el derecho a la vida y a la salud de las mujeres, a luz de los deberes estatales en materia de derechos humanos. (p.3)

Este instrumento constituye una respuesta a las reiteradas observaciones y recomendaciones emitidas por instancias internacionales, como el Comité de los Derechos del Niño (2011), el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (2016) y el Comité CEDAW (2017). Asimismo, la promulgación de esta norma responde al proceso de solución amistosa derivado de la denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por los casos de dos mujeres “Ana” en 2007 y “Aurora” en 2012 (los nombres son ficticios), quienes alegaron que el Estado costarricense les impidió el acceso a un servicio de salud legal esencial, lesionando sus derechos humanos.

En concreto, la parte peticionaria argumenta que A.N. y Aurora fueron forzadas a llevar a término embarazos con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, pese a que la gestación de dichos embarazos representaba una clara afectación para su salud física, mental y emocional, y a consecuencia de ello, tanto Aurora como A.N. sufren afectaciones de salud. Alega que pese a que el aborto terapéutico es legal en Costa Rica desde 1971 de conformidad con el artículo 121 del Código Penal, en casos en que el embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la mujer embarazada, no existe una regulación o mecanismo que garantice el acceso a este servicio de salud y permita a los prestadores de salud tener claridad sobre la legalidad del procedimiento, lo que sumado a estereotipos discriminatorios de género, significa que las mujeres que atraviesan situaciones graves de salud física o mental, quedan a la discrecionalidad de los funcionarios públicos y se ven obligadas a llevar a término un embarazo a cualquier costo para su integridad personal. (CIDH, 2020, p.2)



Un año después de la aprobación de la norma, el MINSa aprobó el “Protocolo de atención clínica para el procedimiento médico vinculado con el artículo 121 del Código Penal: interrupción terapéutica del embarazo, elaborado por la CCSS” (2020c), el cual complementa la Norma y

(...) estandariza la actuación en la red de servicios de salud de los diferentes profesionales (medicina gineco-obstétrica, perinatología, enfermería obstétrica y grupos de apoyo, entre otros) involucrados en la valoración de las mujeres en las que se considere que su vida o su salud estén en peligro, y que soliciten la interrupción terapéutica de su embarazo, por ellas mismas o por el médico tratante, de acuerdo con lo establecido en la norma técnica. (Mairena, 2020, p. 1)

Por último, en materia jurídica se hace una modificación a la Ley General de Salud (Ley 5395, 1973) a través de la promulgación de la Ley 9824 (2020), la cual constituye una reforma del artículo 12, con el fin de proteger a la mujer embarazada, antes, durante y después del parto. Con este cambio legal se busca garantizar la protección de las mujeres en estado de embarazo cuando sean sometidas a procedimientos de salud, especialmente ginecológicos, antes, durante y después del parto, mediante una atención médica y administrativa integral, oportuna y respetuosa de su condición. En esa misma línea, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cuenta con un Protocolo clínico “Atención Integral al Embarazo, parto y postparto en la Red de Servicios de Salud” (2022), así como con el Lineamiento de Atención Durante el Embarazo, Parto y Posparto Inmediato a Mujeres Embarazadas Infeccionadas por COVID-19 y al Recién Nacido (Servicios de Salud) (Ministerio de Salud, 2020).

Aunado a lo anterior, en Costa Rica se ha venido implementado un conjunto de políticas públicas y planes en materia de salud, las cuales incorporan el enfoque de igualdad de género mas no están dirigidas exclusivamente a la prevención y atención de la salud de las mujeres. Resulta importante destacar la emisión de la Política Nacional de Salud 2010-2021 (MINSa, 2010) y el Plan Nacional de Salud 2016-2020. Desde la política se buscaba “proteger y mejorar, con equidad el proceso de salud de la población, mediante la participación articulada de los actores sociales y la gestión de la planificación, a fin de promover una mejor calidad de vida” (MINSa, 2010, p. 37). En el mismo periodo se promulgó la Política Nacional de

la Sexualidad 2010-2021 (MINSa, 2011a; MINSa, 2011b) desde la cual se esperaba la articulación de los “esfuerzos de los diferentes actores sociales claves responsables de garantizar y respetar el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad integral para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud” (MINSa, 2011a, p. 1). En 2011 se propone el Plan Nacional de Actividad Física 2011-2021, desde el que se pretendía “fomentar la incursión e inclusión de toda la población costarricense en las actividades físicas para la salud y lúdico-deportivas; y alcanzar significativos e importantes niveles de eficiencia y efectividad en el deporte de alto rendimiento” (MINSa y Ministerio del Deporte y Recreación, 2011, p. 9). Además, se desarrolló el Plan Estratégico Nacional en VIH y SIDA 2016- 2021, cuya labor estuvo enfocada en “articular acciones para asegurar la respuesta inter y multisectorial con enfoque de derechos humanos que permita la sostenibilidad para la atención integral del VIH” (MINSa, 2016, p. 50).

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 emitida por el MINSa (2012), sobresale como la primera de este tipo en la historia del país; y contó con la colaboración de múltiples sectores de la medicina psiquiátrica, enfermería en salud mental y psicología, quienes elaboraron un documento que define principios, diversos enfoques y lineamientos que se retoman en el desarrollo e implementación del Plan de Acción de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (MINSa, 2012). A pesar de los esfuerzos realizados, un informe de la Contraloría General de la República (CGR, 2018) reveló una serie de vacíos en cuanto a la implementación de estos instrumentos en torno al abordaje del suicidio, el impulso de investigaciones en el ámbito de la salud mental, la ausencia de una metodología para realizar un diagnóstico actualizado y oportuno de la realidad nacional que permitiera mejorar las intervenciones en esta temática, así como debilidades para la ejecución de los recursos asignados para programas y actividades de promoción y prevención en salud mental. En su informe, la CGR plantea una serie de recomendaciones a instancias claves, entre las que sobresalen el MINSa y el Ministerio de Educación (MEP), para fortalecer el abordaje de la salud mental en el país.

En este mismo ámbito, durante el 2021 y 2022 el MINSa coordina un espacio de reflexión a través de una Mesa técnica operativa de salud mental y apoyo psicosocial para orientar el trabajo en postpandemia. Esta instancia



actualiza los lineamientos para el abordaje de la salud mental en las comunidades, con el fin de fortalecer la salud, la prevención, la promoción y la recuperación psicosocial derivada de la pandemia de la COVID-19 y el virus SARS-CoV-2 y sus variantes, así como sus consecuencias a mediano y largo plazo en la población (MINSa, 2022).

En cuanto a la atención de las personas adolescentes, se encuentra en vigencia el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (2021-2030) (MINSa, 2020a). Este instrumento partió de un estado de situación de las personas adolescentes que contempla sus características demográficas generales, sus condiciones en materia de salud mental, violencia, nutrición, enfermedades, educación sexual y embarazo en adolescentes, entre otras, para hacer un planteamiento de líneas de acción orientadas a la salud integral de este grupo (MINSa, 2020a).

Por su parte, en el marco de la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres en Costa Rica (PIEG 2018-2030), en 2020 la Gerencia Médica de la CCSS avaló el plan de sostenibilidad y extensión con recursos propios de las intervenciones implementadas en el Proyecto Salud Mesoamérica. Este proyecto busca prevenir el embarazo en la adolescencia, a través de un modelo de trabajo interinstitucional e intersectorial que incluye atención integral con valoración de riesgo, actividades grupales educativas con temas en salud sexual y salud reproductiva, así como sesiones de consejería (Ramírez, 2019). A pesar de que el abordaje de la pandemia por COVID-19 atrasa la ampliación de la cobertura del programa, se avanza en la definición de acciones que permitan la sostenibilidad y expansión del modelo (INAMU, 2020).

Adicionalmente, en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos el país ha avanzado en la promoción de métodos modernos de anticoncepción. En esa línea, desde el MINSa se han elaborado lineamientos para la divulgación y promoción del derecho a disponer del condón femenino. Asimismo, por medio del Decreto Ejecutivo 41722 (2019), se brinda autorización para la inscripción y venta sin receta médica de anticonceptivos orales de emergencia, los cuales se deben tomar dentro de las primeras 72 horas después de una relación sexual sin protección, o por el fallo del anticonceptivo utilizado (Poder Ejecutivo de la República, 2019, art. 1). Aunado a lo anterior, se presenta un aumento de la oferta anticon-

ceptiva con métodos de larga duración más apropiados para las adolescentes, como por ejemplo el dispositivo intradérmico.

Además, la CCSS elaboró el “Lineamiento Consejería para la realización de Esterilización Quirúrgica en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social” (2020a), el cual facilita orientación a los servicios para que brinden atención oportuna y establece la aprobación de un consentimiento informado adecuado para ser comprendido por todas las personas, de manera que facilite una toma de decisiones autónoma (CCSS, 2020a). Asociado a este instrumento, se formuló el “Lineamiento Técnico para garantizar un abordaje integral, interdisciplinario y de conformidad al paradigma de abordaje de la discapacidad desde los derechos humanos y respetuoso del principio de autonomía personal a las personas con discapacidad que solicitan esterilización quirúrgica, en los establecimientos que brindan el procedimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)” (CCSS, 2020a). Con este lineamiento se abona al cumplimiento de la Agenda Política de las Mujeres con Discapacidad “Rompiendo Barreras”, ya que busca asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad, así como garantizar su acceso y accesibilidad a la atención brindada en todas las clínicas y hospitales del país (CCSS, 2020a).

En materia educativa, el Programa de Educación Sexual y Afectividad Integral (PAySI), se incorporó como materia regular en III Ciclo y Educación Diversificada (INAMU, 2021b). Este avance aporta a la consolidación de enfoques, metodologías e instrumentos que fortalecen las identidades de las personas, el conocimiento acerca de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el desarrollo de espacios de convivencia y la proyección de planes de vida en un marco respetuoso de los derechos humanos de las mujeres.

Es importante destacar que en junio de 2019 se presenta otro adelanto como país al inaugurarse en el Hospital de las Mujeres la Unidad de Medicina Reproductiva, en la cual se llevan a cabo los procedimientos de fertilización in vitro. También se abrió el Laboratorio de Andrología en setiembre del 2019 (CCSS, 2020a) en el que se llevan a cabo pruebas seminales y preparaciones de muestras que serán utilizadas en procedimientos de reproducción asistida (CCSS, 2020b).



Ahora bien, considerando el proceso sostenido de envejecimiento que atraviesa la población costarricense, la Estrategia nacional para un envejecimiento saludable basado en el curso de vida 2018-2020, que lidera el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde la Comisión Nacional de Envejecimiento Saludable (CONAES), constituye un avance sustantivo al plantear cinco ejes de acción para incidir en los factores protectores del envejecimiento y la salud, aplicando el enfoque de curso de vida (MINSA y OPS, 2023).

Por último, en procura de abonar a la promoción de estilos de vida saludables y el autocuidado para las mujeres, en el marco de la PIEG el MINSA impulsa la incorporación del enfoque de igualdad de género en la atención de la salud, en especial en procesos de atención de la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (INAMU, 2018). Asimismo, se promueve el deporte, la actividad física y recreativa y se busca fortalecer las condiciones de acceso y disfrute de las mujeres en las regiones.

Como se observa, en Costa Rica se han dado pasos importantes para ampliar y mejorar la calidad de la atención de salud de las mujeres, en procura del cumplimiento de los mandatos nacionales e internacionales. No obstante, la desigualdad en el acceso al tiempo, la recreación, información veraz y oportuna, posibilidades para la actividad física, a una buena alimentación y a servicios de atención novedosos y actualizados, junto a prácticas institucionales basadas en estereotipos sexistas y discriminatorios generan diferencias entre personas y grupos que son importantes de identificar para tomar las medidas requeridas para su erradicación. Asimismo, para coadyuvar en la gestión de condiciones de mayor bienestar para las mujeres es necesario ampliar el ámbito de acción en la legislación y políticas públicas en materia de su salud más allá de la salud sexual y salud reproductiva. En ese sentido, es vital garantizar que la perspectiva de género se transversalice adecuadamente en el diseño y ejecución de otras políticas en materia de salud, para que las necesidades de las mujeres no se diluyan entre la generalidad de las acciones.

Con el propósito de abonar en esta tarea, a continuación, se analizan algunos indicadores y datos estadísticos que permiten tener un acercamiento a la realidad que, en el ámbito del derecho a la salud viven las mujeres en nuestro país.

Un acercamiento al análisis de indicadores sobre la salud integral de las mujeres

Tal como se mencionó con anterioridad, el derecho de las personas a contar con “el mejor estado posible de bienestar físico, mental y social” (OMS, 1948), depende de múltiples factores estructurales e inmediatos y de la interrelación entre estos. Al abordar el análisis de la situación de la salud de las mujeres en Costa Rica, es fundamental considerar los procesos biológicos, conductuales y psicosociales implícitos en la experiencia de vida cotidiana y su relación dialéctica con las condiciones individuales y del entorno en que se habita, ya que esta interacción incide en el modo en que viven las personas y por tanto determina sus posibilidades de mantener un estado de bienestar en un contexto social, político y económico que debería garantizar las condiciones requeridas para su alcance (Ministerio de Salud, 2019).

En Costa Rica el sistema de atención a la salud de las personas, así como los servicios dirigidos a la protección de sus necesidades fundamentales, como el acceso al agua potable, educación gratuita, nutrición, vivienda digna, entre otros, han sido elementos sustantivos para el impulso de su desarrollo. Asimismo, el tener acceso a un sistema de seguridad social que se sostiene con el aporte solidario de las y los trabajadores ha facilitado un avance significativo en la disminución de la mortalidad, la prevención de algunas enfermedades, así como en la búsqueda de mejores alternativas para la atención de estas (Ministerio de Salud, 2019).

No obstante, en el caso de las niñas y las mujeres, el sistema de organización patriarcal va a determinar en buena medida las posibilidades de desarrollar habilidades y obtener los recursos necesarios, tanto individuales como colectivos, para acceder de manera efectiva al derecho a la salud. Para ello es imperativo contar con libertad para acceder a los servicios de salud cuando se requieran e implementar prácticas de vida saludables. Llevar a cabo un análisis desde el enfoque de igualdad de género de indicadores clave y disponibles en el ámbito de la salud, permitirá contar con un panorama actualizado de la situación de las mujeres, lo que facilitará la identificación de manifestaciones de desigualdad en el acceso a la salud para proponer sugerencias orientadas a fortalecer la operacionalización del compromiso internacional contemplado en el objetivo 3 de la Agenda 2030



para el Desarrollo Sostenible: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (ONU, 2015).

En ese marco, la esperanza de vida es un indicador crucial para conocer las condiciones de salud de la población en la actualidad, sobre todo porque este permite ver las diferencias existentes por razón de sexo, edad actual y etnia. La esperanza de vida es una estimación del número promedio de años de vida adicionales que una persona podría vivir si las tasas de mortalidad por edad específica para un año determinado permanecieran durante el resto de su vida. Este indicador es una medida hipotética porque se basa en las tasas de mortalidad actuales, aunque en la realidad estas tasas cambien durante el transcurso de la vida de una persona (INEC, s.f.).

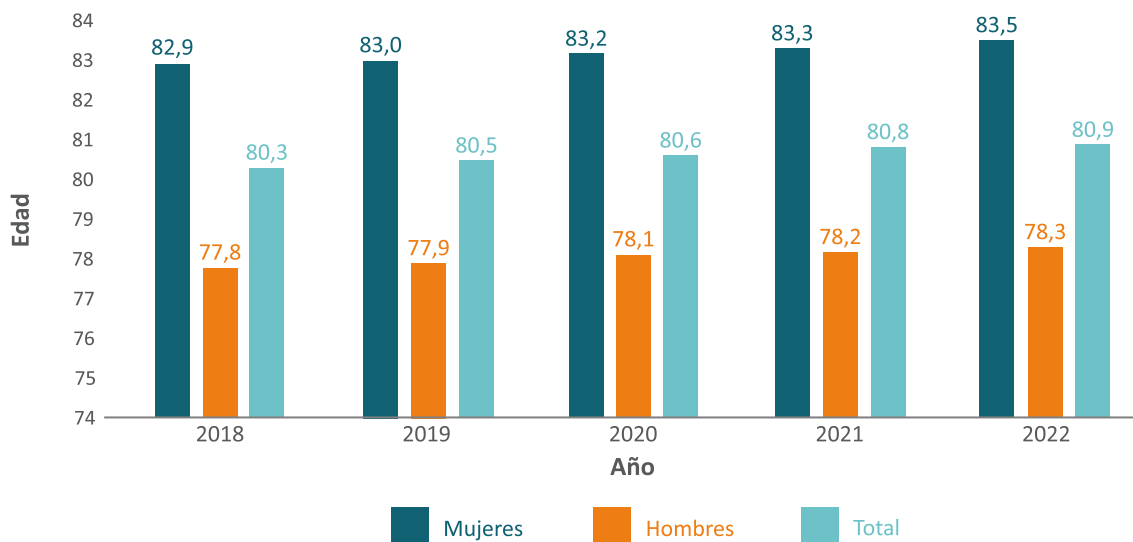
En la evolución de la pirámide poblacional de Costa Rica de los años 1984 al 2022 se evidencia que la población se

ha ido envejeciendo y ha pasado de una alta proporción de gente joven en 1984 a mayores concentraciones de personas en edades por encima de los 30 años. Esta situación se presenta por una baja constante de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer (Ministerio de Salud, 2019a).

Entre mayor sea este indicador, mejor es el nivel de vida que disfruta la población. Por el contrario, cuanto menor sea el dato, las personas viven en circunstancias más precarias, lo cual incide en sus condiciones de salud causando que tengan menos años de vida (Quiroa, 2020). En Costa Rica, en el periodo de análisis la esperanza de vida al nacer ha sido aproximadamente de 81 años, la misma que el promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2022a); sin embargo, la esperanza de vida para las mujeres ha sido mayor (83 años), en comparación con la de los hombres (78 años).

Gráfico 1

Esperanza de vida al nacimiento (en años), por sexo. 2018-2022



Fuente: Unidad de Investigación, INAMU; con base en datos del INEC, 2022.



Como se puede observar, entre 2018 y 2022 se presenta una tendencia hacia el incremento de la esperanza de vida en ambos sexos, siendo esta mayor para las mujeres. Esta orientación del indicador se mantiene para las personas mayores de 65 años, entre quienes se reporta una esperanza de vida al 2022 de 21,6 años más para las mujeres y de 18,9 años más para los hombres.

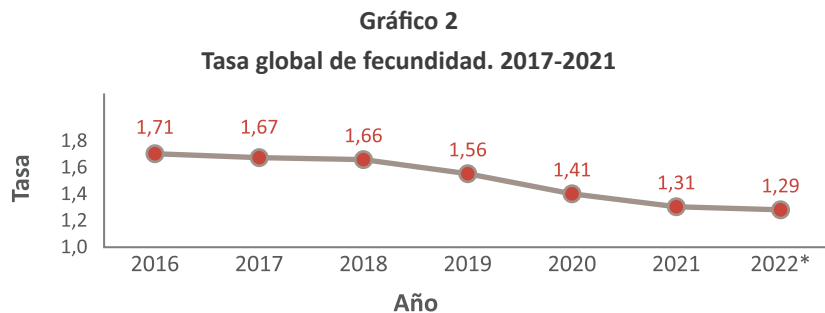
Una situación ilustrativa de cómo las circunstancias inciden en el comportamiento de este indicador lo constituye la experiencia de la pandemia por COVID-19. A raíz de la pandemia la esperanza de vida de las personas en Costa Rica se redujo en más de un año, pasando de 79,7 años en 2019 a 78,2 en 2021. La reducción se debió al aumento de la tasa de mortalidad en el país, derivada principalmente de los fallecimientos por COVID-19 (Cordero, 2021a). Según Rosero (citado por Cordero, 2021a) esto significa que la pandemia habría reducido la esperanza de vida en dos años para los hombres y en 0,9 años para las mujeres. No obstante, esta situación sería temporal y se recuperaría en 2022 (Cordero, 2021a), como se evidencia en los datos actuales.

A pesar de que las mujeres tienen más esperanza de vida, la calidad de su bienestar está permeada por el acceso a los recursos y la posibilidad de toma de decisiones con respecto a situaciones de su vida cotidiana y sus proyectos. Las mujeres en Costa Rica, al igual que la mayoría de las mujeres alrededor del planeta, viven en condiciones de pobreza más que los hombres. Al respecto los datos de la Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) señalan que, en 2022, del total de 1.734.039 hogares, el 43,4% tiene jefatura femenina. Entre los hogares que viven en condiciones de pobreza este porcentaje equivale a 53,3%, cifra que asciende a 56,8% en los hogares en pobreza extrema. Tal como se expuso en el Primer Estados de los Derechos

Humanos de las Mujeres en Costa Rica (INAMU, 2011) la vivencia de la jefatura de hogar de mujeres y hombres no es equivalente o comparable, sobre todo cuando se vive por debajo de la línea de pobreza. Generalmente la jefatura femenina se da en circunstancias de mayor responsabilidad y demandas en los ámbitos doméstico y productivo, aunadas a condiciones económicas y emocionales más precarias que la masculina. Esto limita sustantivamente la disponibilidad de las mujeres de tiempo y dinero para acceder a buena alimentación, vivienda, empleo, servicios de salud y opciones de ejercicio y recreación.

Con el fin de analizar a mayor profundidad la calidad de vida de la población, otro indicador clave de contemplar es la tasa de fecundidad, ya que más allá de sus componentes biológicos, los nacimientos permiten analizar el efecto de los determinantes sociales, históricos y culturales en todo el proceso reproductivo (CCP, 2022).

La fecundidad corresponde a la capacidad efectiva de una mujer, un hombre o una pareja, de concebir un nacimiento. Se refiere a la cantidad de hijos e hijas que tiene una mujer durante su vida fértil, es decir, al período de tiempo donde está propensa a quedar embarazada (CCP, 2022). Generalmente este período se inicia con la menarquia, aproximadamente entre los 9 y 15 años, y finaliza con la menopausia cerca de los 45 y los 55 años, como un episodio natural producto del envejecimiento biológico (OMS, 2022). Obviamente este patrón no es generalizable para todas las mujeres; sin embargo, la gran mayoría de los nacimientos (entre un 97% y un 99%) se produce entre los 15 y los 50 años de las mujeres, durante este intervalo de 35 años (CCP, 2022). Tal y como se muestra en el gráfico 2, durante los últimos años se ha presentado una reducción en la tasa de fecundidad en el país.



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos de la ENHAO del INEC, 2022.

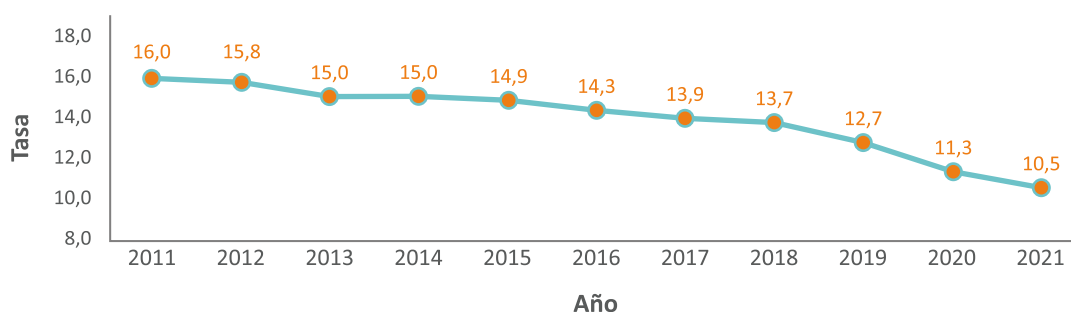
Nota (*): Los datos utilizados para el cálculo del indicador para 2022, corresponden a datos preliminares.



Para el 2021 la tasa bruta de natalidad⁶ fue de 10,5, siendo la más baja de las últimas dos décadas; es decir, en 2021 nacieron en promedio 10 infantes por cada 1.000 habitantes, la mitad de los nacidos en el año 2000 cuando la tasa fue de 20,1. Tanto la tasa de fecundidad como la tasa bruta de natalidad podrían estar evidenciando nuevos comportamientos y decisiones en el ámbito de la sexualidad por parte de la población con respecto a la decisión de tener hijos e hijas o no, el número que se desea, el uso de métodos de anticoncepción, entre otros. Si bien es cierto, la reducción de la fecundidad y de la natalidad podría caracterizar un escenario generador de

oportunidades para que las mujeres avancen en otros ámbitos que no se relacionan con el rol tradicional asociado al ejercicio de la maternidad; como por ejemplo, en la educación, el empleo, la cultura o la política, es indispensable acompañar este proceso con acciones dirigidas a la corresponsabilidad de los cuidados como una forma de prevenir la carga que a largo plazo podría significar para un grupo importante de mujeres el cuidado de personas adultas mayores dependientes, producto del aumento proporcional de la población que va envejeciendo y la disminución de la población joven.

Gráfico 3
Tasa bruta de natalidad. 2011-2021



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del INEC y CCP, 2022.

Si bien es cierto la disminución en la tasa de natalidad ocurre en todas las provincias del país, así como en zonas costeras y fronteras, su intensidad no es la misma en todas las zonas. La tasa más baja la tiene la provincia de Heredia con 6,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres y la tasa más alta la tiene Limón con 12,2 nacimientos. En zonas costeras la tasa es superior a la de todo el país y a la de las provincias (15,1), mientras que en zonas fronteras esa tasa es bastante baja (7,9). Lo anterior implica la necesidad de multiplicar los esfuerzos para conocer las razones por las cuales la tasa de natalidad presenta

tendencias distintas según la zona del país y sobre todo en qué contexto se están dando los nacimientos; ya que este factor podría estar evidenciando una expresión de desigualdad clave entre distintos grupos de mujeres. En esa línea, se requiere profundizar en el nivel de acceso de las mujeres según su zona a los servicios de salud y la calidad de los mismos, el registro de las edades de la madre y el padre en sede administrativa, así como el tipo de unión en la cual sucede el nacimiento (conyugal, de hecho o impropia, por ejemplo).

⁶ La tasa bruta de natalidad es la razón entre el número de nacimientos anuales con respecto a la población total por cada mil habitantes. En este caso la fecha de corte de ambos datos (nacimientos y población) se hace en junio de cada año (INEC, 2022a).



Aunado a lo anterior, es necesario también conocer acerca de la calidad, cantidad y accesibilidad a la información y a métodos de anticoncepción que tienen las mujeres en su diversidad etaria, étnica, económica y condición migratoria en todas las zonas del país, así como las condi-

ciones que tienen para el acceso a la educación y fuentes de ingresos económicos, de manera que, en la ruta hacia una mayor igualdad, las mujeres puedan tomar decisiones acerca del ejercicio de la maternidad de manera informada, libre y en concordancia con su proyecto de vida.

Tabla 1
Tasa de natalidad por provincia. 2018-2021

	2018	2019	2020*	2021*
San José	14,9	14,1	12,5	11,8
Alajuela	13,9	12,5	10,9	10,3
Cartago	11,7	11,3	10,5	9,6
Heredia	9,6	9,3	7,9	6,5
Guanacaste	14,7	14,1	13,0	11,3
Puntarenas	12,6	11,3	10,7	9,8
Limón	16,1	13,9	12,8	12,2
Total	13,7	12,7	11,4	10,5

Fuente: Unidad de Investigación, INAMU; con base en datos del INEC, 2022.

Nota (*): Los datos de los nacimientos utilizados para el cálculo del indicador para 2020 y 2021, corresponden a datos preliminares.

Tabla 2
Tasa de natalidad por zonas costera y fronteriza. 2018-2021

	2018	2019	2020*	2021*
Zonas costeras	19,1	17,5	16,5	15,1
Zonas fronterizas	7,6	7,2	7,4	7,9

Fuente: Unidad de Investigación, INAMU; con base en datos del INEC, 2022.

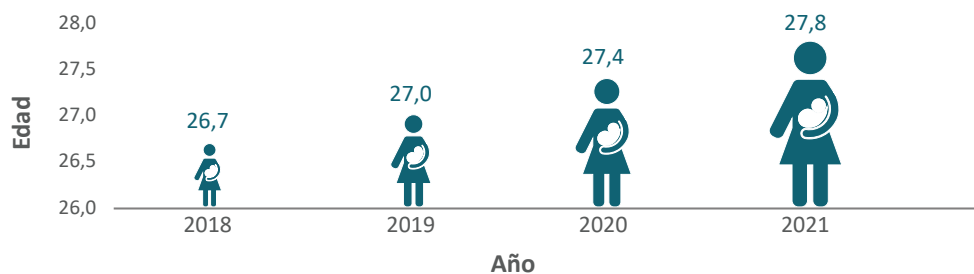
Nota (*): Los datos de los nacimientos utilizados para el cálculo del indicador para 2020 y 2021, corresponden a datos preliminares.



Por otro lado, en el contexto de los derechos reproductivos es medular la capacidad que tienen las mujeres para decidir acerca del momento en el cual desean tener sus hijos e hijas. En ese sentido, desde el Tercer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (INA-

MU, 2019), se mantiene una tendencia con respecto al aumento de la edad promedio de las madres, la cual pasó de 26,5 años en 2017 a 27,8 años en 2021. En 10 años este valor pasó de 25,5 a 27,8 años, es decir, tuvo un incremento de 2,3 años.

Gráfico 4
Edad promedio de las madres. 2018-2021

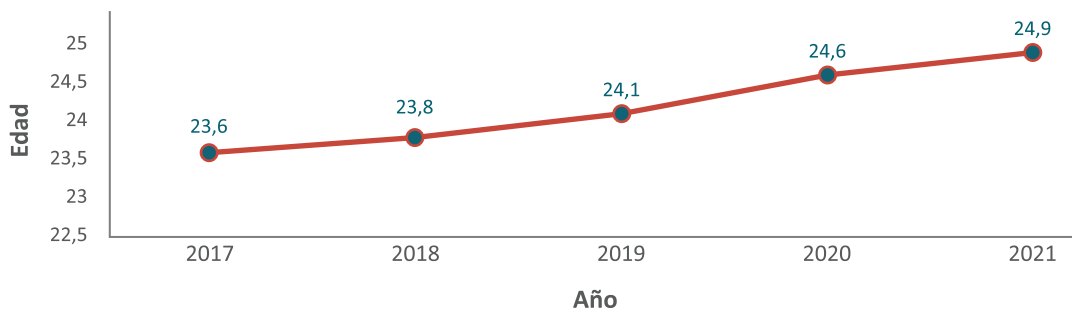


Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos de la encuesta ENAHO, INEC, 2022.

Asimismo, la edad de las madres al momento del nacimiento de su primer hijo o hija ha crecido significativamente desde el año 2017. Esta tendencia se presenta incluso desde el 2011, cuando la edad de las madres al

momento del nacimiento de su primer hijo era de 22,4 años. Entre 2011 y 2021 esa edad ha aumentado en 2,5 años.

Gráfico 5
Edad de las madres al momento del nacimiento de su primer hijo o hija. 2017-2021



Fuente: Unidad de Investigación, INAMU; con base en datos INEC 2017-2021.



A partir de los datos se evidencia un acercamiento entre el promedio de edad de las madres y el promedio de la edad de las madres cuando tienen su primer hijo o hija, lo cual reafirma la noción de que las mujeres en Costa Rica se encuentran postergando su maternidad. Vale la pena resaltar que, el promedio de edad para ambos indicadores coincide con una etapa vital de exigencia laboral y económica importante, por lo que resulta necesario el sostenimiento de redes sociales de apoyo y corresponsabilidad de los cuidados que involucren a las familias, los espacios laborales y las comunidades.

En relación con la anticoncepción, en la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA) implementada en 2018 por el INEC, con el apoyo del Ministerio de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se determinó que entre las mujeres que se encuentran conviviendo con su pareja, ya sea porque están casadas o en unión de hecho, un 70% manifiesta preferir los métodos modernos a los tradicionales y el 29% de las entrevistadas indica no utilizar ningún método anticonceptivo.

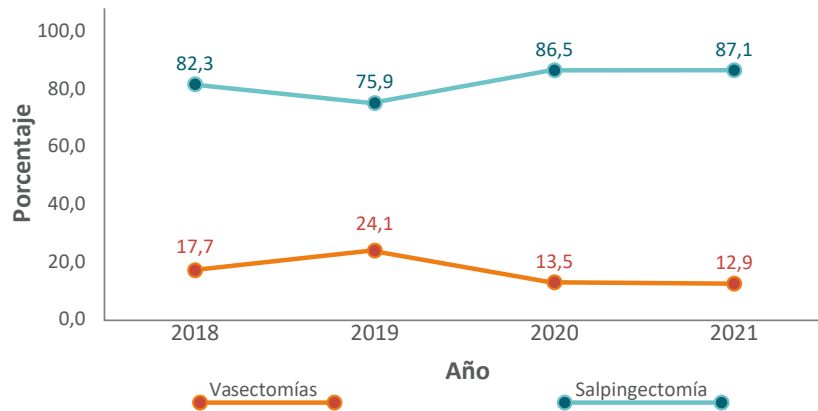
Entre las mujeres que manifestaron que ellas o su pareja utilizan algún método de anticoncepción, el 21,9% se ha practicado la esterilización femenina, mientras que sólo en el 5,2% de los casos se recurrió a la esterilización masculina. El anticonceptivo que se reporta como el más utilizado es la ingesta de pastillas con un 21,4%, seguido de las inyeccio-

nes en un 9,7% de las mujeres y el condón masculino con un 6,8%. Además, la motivación para utilizar algún método de anticoncepción es la limitación de los nacimientos en el 53,3% de las mujeres que reportan utilizarlos (INEC, 2019). Con respecto a quienes señalaron ser sexualmente activas pero que no se encontraban en una relación de convivencia al momento de la encuesta, el 66% manifestó preferir los métodos modernos y la necesidad que querían suplir era tanto espaciar nacimientos (34,9%) como limitarlos (31,9%) (INEC, 2019).

Coincidiendo con la información suministrada por la EMNA (INEC, 2019), los datos de la Caja Costarricense del Seguro Social muestran que la esterilización femenina sigue siendo el método más utilizado por las parejas para evitar los nacimientos. En el año 2021 se reportaron 6.870 esterilizaciones a mujeres o salpingectomías (87,1% del total de esterilizaciones), mientras que las realizadas a hombres o vasectomías fueron 1.015 (12,9%).

No obstante, del 2018 al 2021 se observa una reducción de 41% en este tipo de intervenciones, siendo que la disminución fue mayor en el caso de los hombres (57,6%) que entre las mujeres (38,3%). Un factor importante que tomar en cuenta es que estos procedimientos fueron suspendidos durante la pandemia por COVID-19; sin embargo, llama la atención la prevalencia de su realización a las mujeres y la sostenida diferencia porcentual con los hombres.

Gráfico 6
Porcentaje de esterilizaciones femeninas y masculinas practicadas por la Caja Costarricense del Seguro Social. 2018-2021



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos de la Caja Costarricense del Seguro Social, 2022.

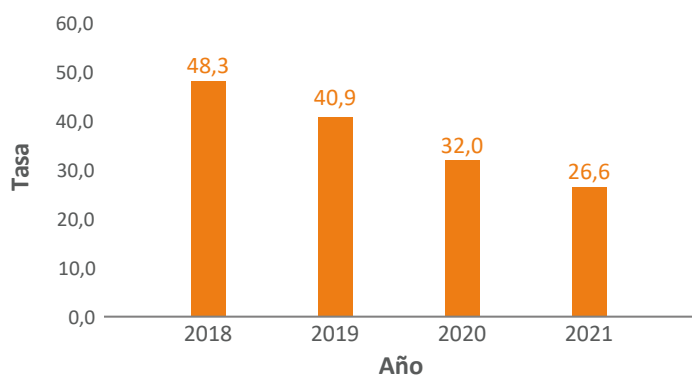


Una de las preocupaciones más importantes como país ha sido disminuir el embarazo en la adolescencia. En el Tercer Estado de los Derechos de las Mujeres en Costa Rica (INAMU, 2019) se expone un avance significativo en esa línea, tendencia que se sostiene durante este nuevo periodo de análisis. De acuerdo con información analizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con base en las estadísticas vitales del INEC, en el año 2000 se registraron 15.999 nacimientos, aproximadamente 44 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años cada día. Esta cifra disminuyó a 13 diarios en 2021, para un total de 4.850 nacimientos. De este

número 1.863 nacimientos se presentaron en mujeres entre 15 y 17 años (UNFPA, 2022).

Asimismo, para el 2021 los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años equivalen a un 8,9% de los nacimientos totales, mientras que en el año 2000 representaban el 20,5% (UNFPA, 2022). Si se analiza según la tasa de fecundidad, en 2018 de cada mil mujeres entre 15 y 19 años 48,3 dio a luz, mientras que en 2021 el dato se redujo en 21,7 puntos, siendo equivalente a 26,6 nacimientos por cada mil mujeres.

Gráfico 7
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por cada 1.000 mujeres. 2018-2021



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del INEC, 2022.

De acuerdo con Cambronero (2022),

La histórica caída de nacimientos de niños de madres menores de edad todavía es más evidente cuando se ven las variaciones interanuales, es decir, la modificación de un año a otro. Desde el 2000 y hasta el 2018, la caída promedio anual era de 3,4 puntos porcentuales, mientras que en los últimos tres años fue del 20%. En el 2019 se desplomó un 21%; un año después bajó un 22%; y en el 2021 la disminución fue del 17%. (Páginas sin numerar)

Tal como se expuso en el Tercer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (INAMU, 2019),

esta reducción a nivel nacional responde a la articulación de iniciativas educativas, de acceso a métodos anticonceptivos y cambios legislativos para la protección de las niñas ante relaciones abusivas. Particularmente, en este último periodo de análisis desde la CCSS, en el marco del Programa Mesoamérica, se ha impulsado el acceso gratuito a anticonceptivos de larga duración para las jóvenes. En un principio, en 2018 este tipo de anticonceptivos se distribuyó en Limón y Puntarenas, en donde la tasa de embarazo adolescente ha sido históricamente de las más altas del país. Sin embargo, paulatinamente se han incluido más cantones del país y actualmente el implante subdérmico y el dispositivo



intrauterino forman parte de la lista oficial de medicamentos de la CCSS (Cambroner, 2022), lo cual implica que es de acceso gratuito para cualquier usuaria menor de edad, sin que la edad o la autorización de alguna persona adulta sea un requisito para su dispensación (Decreto Ejecutivo N° 41722, 2019). De acuerdo con información presentada por la CCSS, desde julio de 2017 a agosto de 2018, unas 2.500 adolescentes se colocaron el implante anticonceptivo, el cual consiste en una barra de 4 centímetros por 2 milímetros que se coloca debajo de la piel de un brazo y que contiene una hormona llamada etonogestrel que evita la ovulación. Este método presenta un 99,9% de efectividad en la prevención de un embarazo (La Nación, 2018).

Los cambios en los datos sobre embarazo adolescente son de gran relevancia, pues podrían estar dando cuenta de un cambio cultural en el que la problemática deja de depositarse en los hombros de las adolescentes, desde un lugar punitivo, y se evoluciona hacia una estrategia más orientada a la prevención y el acompañamiento estatal.

No obstante, es importante profundizar en las diferencias que existen cuando se realiza un análisis de las tasas de nacimientos en adolescentes por provincia, ya que existen regiones del país en donde estos cambios no son tan pronunciados. Por ejemplo, en Limón se ha presentado la tasa más alta de nacimientos en niñas durante los últimos 20 años. Para el 2021 esta tasa alcanzó 37,1 superando la tasa nacional por 10 nacimientos aproximadamente. Puntarenas y Guanacaste también presentan una tasa de más de 30 nacimientos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años con 32,9 y 31,6 respectivamente. Con respecto a los cantones que presentan mayores tasas de nacimientos en adolescentes durante el año 2021, se encuentra que son Talamanca con una tasa de 52,2 por cada 1.000 adolescentes, Los Chiles, Dota, Turrialba y Limón con tasas de 48,3; 47,9; 46,2 y 45,1 respectivamente (UNFPA, 2022).

Según UNFPA (2022) la maternidad temprana, además de ser más riesgosa para la salud de la madre y del niño o la niña, también tiene un impacto importante en los proyectos de vida de las mujeres. Los embarazos en ese periodo de la vida pueden incidir en el desempeño educativo, lo cual se suma a mayores responsabilidades y tareas de cuidado y crianza, limitando el acceso poste-

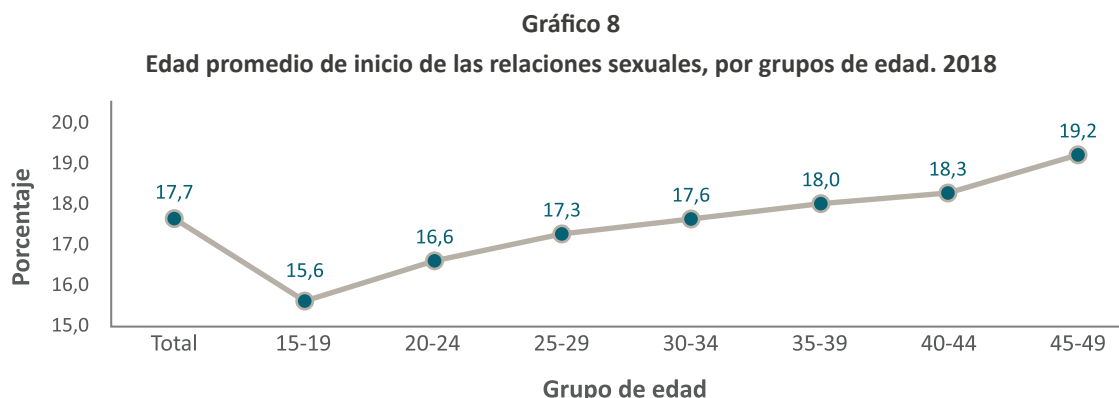
rior al mercado laboral y la participación en distintos espacios políticos, culturales, deportivos y recreativos. Los datos expuestos evidencian que la meta nacional de disminuir los embarazos en la adolescencia se está alcanzado, pero existe la urgencia de profundizar en estudios cualitativos en los cantones que presentan altas tasas de embarazos en mujeres menores de 19 años, de manera que se puedan establecer lineamientos y orientaciones para hacer abordajes interinstitucionales y comunitarios eficientes, certeros e integrales que permitan identificar y desmontar los factores sociales, culturales, económicos y legales que generan un ambiente precursor de maternidades tempranas en lugar de conseguir su disminución, como si acontece en otras zonas del país.

Un dato clave que abona a este análisis es la edad promedio en la que las mujeres inician su vida sexual coital. De acuerdo con los resultados de la EMNA (2018) la edad promedio en la que las mujeres en Costa Rica tienen la primera relación sexual es a los 17,7 años, siendo que en Alajuela es a los 17,4 y en Guanacaste a los 20,1 años. También se puede observar que hay una relación directa entre la edad de la mujer entrevistada y la edad a la que tuvo su primera relación sexual, pues las mujeres de 45 a 49 años en promedio tuvieron su primera relación a los 19,2 años, mientras que las de 20 a 24 lo hicieron cuando tenían 16,6 años. Esto muestra una reducción en la edad promedio en la que se inician las relaciones sexuales en las cohortes más jóvenes.

Lo anterior revela la importancia de que las adolescentes cuenten con la información y herramientas suficientes y necesarias para su protección frente a embarazos no deseados, círculos de pobreza y violencia. Por ello resulta sustantivo conocer el estado de convivencia en el que se circunscriben los embarazos de las mujeres adolescentes.

A partir de la prohibición del matrimonio con personas menores de 18 años (Ley 9406, 2017), se puede identificar un cambio en la tendencia de los datos, disminuyendo el porcentaje de mujeres que registran el nacimiento en el marco de una unión de pareja y aumentando la cantidad de nacimientos que se reportan fuera de una unión.





Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia, 2018.

Tabla 3
Porcentaje de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, por estado de convivencia de la madre. 2015-2021

Año	En unión (*)	Fuera de unión	Total
2015	54,5	45,3	100,0
2016	52,3	47,6	100,0
2017	44,4	55,5	100,0
2018	39,8	60,1	100,0
2019	37,0	62,9	100,0
2020	39,5	60,4	100,0
2021	38,0	61,9	100,0

Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del INEC, 2022.

Nota (*): Se entiende "en unión" cuando una persona se encuentra casada o en unión de hecho, y "fuera de unión" cuando no convive con una pareja (soltera, separada, divorciada, viuda).

Esta situación enciende las alertas, ya que podría estar evidenciando que un grupo importante de niñas y adolescentes, así como sus hijos e hijas se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y desprotección, ante una práctica sexista difícil de erradicar, y que genera condiciones de desventaja para niñas y adolescentes que, a edades tempranas, están asumiendo responsabilidades en el ámbito doméstico y de pareja, en claras condiciones de desigualdad de poder para la toma de decisiones, en la esfera económica y social, lo cual tiene implicaciones a corto, mediano y largo

plazo en su calidad y proyectos de vida. Asimismo, también se encuentran aquellos casos en los cuales no se declara el nombre del padre del hijo o la hija porque el embarazo se presenta en el marco de una relación impropia, lo cual dificulta la posibilidad de sentar las responsabilidades de un posible delito, pero también de llevar a cabo el proceso afiliativo mediante la Ley de Paternidad Responsable (Ley 8101, 2001) y establecer las obligaciones relacionadas con la manutención y cuidado de la persona menor de edad.



Una manera que fortalecer la detección de situaciones como las que se mencionó con anterioridad es promover que las niñas, adolescentes y mujeres embarazadas se acerquen, en condiciones de seguridad y confianza, a los servicios de salud pública. Una recomendación de la OMS es que las mujeres embarazadas tengan un seguimiento sistemático durante el embarazo, pues de esta manera las personas profesionales de la salud les pueden brindar atención, apoyo e información oportuna. Dentro de lo recomendable se plantea un mínimo de ocho visitas para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención (OMS, 2016).

Ahora bien, tomando en cuenta que la atención prenatal es una oportunidad que puede resultar determinante para salvaguardar el bienestar de la madre y de su hijo e hija, es muy importante conocer el porcentaje de consultas prenatales de niñas y adolescentes madres entre 10 y 19 años, especialmente cuando estos embarazos representan un riesgo para su salud y la de sus bebés. Para el año 2021 se observa que en promedio un 53,9% de las adolescentes asistió a una cantidad de consultas prenatales que va de 4 a 9 y que un 12,2% de adolescentes asistió a 3 o menos consultas prenatales.

Tabla 4
Porcentaje de consultas prenatales de niñas y adolescentes madres entre 10 y 19 años, por rango de edad. 2018-2021

Año	Rango de edad	Número de consultas			
		0 a 3	4 a 9	10 y más	Ignorado
2018	10 a 14	21,3	49,6	18,6	10,5
	15 a 17	16,0	56,0	18,0	9,9
	18 a 19	14,0	58,7	17,1	10,1
	Total	15,0	57,4	17,5	10,1
2019	10 a 14	24,0	51,7	14,4	9,9
	15 a 17	16,2	58,9	16,7	8,2
	18 a 19	13,7	60,9	16,0	9,4
	Total	14,9	59,9	16,2	9,0
2020	10 a 14	21,2	52,7	10,4	15,8
	15 a 17	14,7	53,1	16,4	15,8
	18 a 19	14,4	54,7	14,9	15,9
	Total	14,8	54,0	15,3	15,9
2021	10 a 14	21,0	47,2	14,4	17,4
	15 a 17	13,0	53,8	15,0	18,1
	18 a 19	11,1	54,4	17,7	16,9
	Total	12,2	53,9	16,6	17,4

Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del INEC, 2022.



A pesar de que aproximadamente la mitad de las adolescentes asiste a entre 4 y 9 consultas, un número importante solo cuenta con tres consultas o menos. Por otro lado, el porcentaje de adolescentes en el que se ignora cuántas veces asistió a este servicio ha venido aumentando con el tiempo, lo cual constituye una señal de alerta sobre las condiciones en las cuales viven el embarazo algunas adolescentes y que derivan en una ausencia de control prenatal, poniendo en riesgo su salud y bienestar. Aunque el embarazo en la adolescencia mantiene su tendencia a la disminución, no se puede descuidar la atención, la prevención de la violencia y el acompañamiento en el proyecto de vida que requieren las niñas y adolescentes que viven un embarazo y el nacimiento de un hijo o hija a una edad temprana.

Ahora bien, en el ámbito de la salud sexual la utilización de métodos anticonceptivos puede prevenir los embarazos no deseados, más no funcionan de la misma manera para evitar las infecciones de transmisión sexual; los únicos métodos que abonan a este tipo de prevención son los condones masculino y femenino. Las poblaciones identificadas con mayor riesgo ante el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son las mujeres trans, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las mujeres cisgénero trabajadoras sexuales (MINSa, 2018); por lo cual se han intensificado las estrategias y la asignación de recursos para la prevención y atención de estos grupos (MSP, CONASIDA, MINSa, 2020). Sin embargo, considerando el leve pero sostenido aumento detectado en los casos de mujeres resulta importante mantener la atención sobre esta situación.

En el 2021 se registraron 792 nuevos casos de VIH/Sida en el país, lo que representa una disminución de un 10% con respecto a 2018. Esta reducción se explica principalmente por la disminución de los casos en hombres (-11,6%), y el incremento de 2% en los casos en mujeres para el mismo período. Es importante anotar que durante la crisis sanitaria derivada de la COVID-19, existió una afectación en los servicios de salud ante la priorización para atender la pandemia (MINSa, 2020b), lo que puede tener un impacto sobre los datos de los años 2020 y 2021.

Tabla 5
Número de casos registrados de VIH y SIDA, por sexo. 2018-2021

Año	Hombres	Mujeres	Total
2018	778	102	880
2019	834	114	948
2020	679	106	785
2021	688	104	792

Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del Ministerio de Salud, 2021.

Un hecho relevante es que, cuando se abordó el nivel de conocimiento que tienen las mujeres acerca de estas infecciones en la EMNA (2018), los resultados indicaron que un 98,1% de las mujeres entre 15 y 49 años que fueron entrevistadas había oído hablar del SIDA, y conocían que tener una sola pareja sexual (81,9%) y utilizar el condón cada vez (80,2%) son formas efectivas para prevenir el contagio. Este conocimiento instaurado en la población pone de manifiesto la importancia de explorar con detalle las razones por las que los contagios entre mujeres han tenido un aumento sostenido. También resulta evidente que es necesario continuar con los esfuerzos de información y facilitación de métodos de barrera para evitar el contagio, sobre todo considerando que la COVID-19 puede agravar el estado de salud de las personas con VIH y SIDA (MSP, CONASIDA, MINSa, 2020).

Tal como se expuso anteriormente, el estudio por parte de la ciencia médica acerca de las diferencias entre mujeres y hombres al enfermar y sobre el tipo de enfermedades que padecen ha sido muy reciente. Es hasta finales del siglo XX, que se empiezan a desarrollar conocimientos científicos para fundamentar el diagnóstico y tratamiento de la salud de las mujeres; antes de esa fecha las publicaciones y ensayos clínicos se habían basado en investigaciones realizadas sólo con hombres. Sin embargo, en las últimas décadas se han hecho esfuerzos importantes para incluir mujeres en la investigación clínica, lo que ha aumentado la información existente en torno a su salud (Valls, 2011).



Aun así, el estudio de la salud de las mujeres ha puesto su énfasis en el ámbito reproductivo, y este enfoque ha limitado el abordaje integral de su bienestar (Valls, 2011). Por otra parte, la alta especialización que ha caracterizado a la medicina en los últimos treinta años ha compartimentalizado el cuerpo de las personas y, en el caso de los cuerpos de las mujeres, esto es particularmente contraproducente “porque son los que presentan más patologías crónicas, que precisan un abordaje multidisciplinar, y su demanda se expresa en los servicios sanitarios ambulatorios ya que en gran medida sus patologías no precisan hospitalización” (Valls, 2011, p. 2). Por ejemplo, las mujeres enfrentan con mayor frecuencia dolores generalizados, enfermedades crónicas, cefaleas e insomnio; estas condiciones, a pesar de no ser discapacitantes inciden de manera importante en la calidad de su vida.

Resulta clave profundizar también en los estudios de la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital, sobre todo para la prevención de los factores de riesgo que son diferenciales con respecto a los hombres y que, al ser abordados de manera distinta, pueden abonar a mejorar su calidad de vida y evitar decesos prematuros. Tal es el caso de la diabetes mellitus, la patología cardiovascular y la obesidad (Valls, 2011).

En Costa Rica, al igual que en el resto de América los porcentajes de personas que viven con diabetes mellitus son similares entre mujeres y hombres, aunque sus implicaciones son distintas para las mujeres.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento en la cantidad de azúcar en la sangre, los tipos más frecuentes son: diabetes gestacional, que se presenta durante el embarazo, diabetes mellitus tipo uno, cuando el páncreas produce poca o ninguna insulina y diabetes mellitus tipo dos, la cual es la más común y se da cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina. (MINSa, 2021)

Cabe indicar que la diabetes mellitus constituye un factor de riesgo significativo para el daño vascular coronario, renal o periférico (MINSa, OPS y OMS, 2005). Según datos del Instituto de Estadística y Censos (INEC), para el año 2019, 916 fallecimientos por esta enfermedad correspondieron a mujeres y 793 a hombres, en 2020 1.158 de los fallecimientos fueron mujeres y 1.133 hombres y en 2021, 1.025 decesos corresponden a mujeres y 1.028 a hombres (MINSa, 2021; MINSa 2022c).

Sin embargo, en este punto hay que agudizar la mirada para analizar los factores diferenciales que incrementan el riesgo de las mujeres de desarrollar esta enfermedad. Por un lado, la diabetes gestacional, que sólo se desarrolla en las mujeres en su periodo de embarazo, suele desaparecer después del nacimiento de la hija o hijo, pero requiere de un seguimiento médico constante para prevenir el desarrollo de otro tipo de diabetes posteriormente. Por otro lado, en el caso de las mujeres la diabetes mellitus tipo II se asocia particularmente con tener más de 40 años y la presencia de obesidad. Las mujeres presentan tasas más altas de esta condición, tal y como lo señalan los datos de ONU (2017), según los cuales en 2017 el 29,6% de las mujeres en América presentaban obesidad frente al 24% de los hombres (ONU, 2017). A estos elementos se suman factores sociales derivados del estrés físico y mental producidos por las dobles o triples jornadas laborales, así como del estrés ocasionado por la carga emocional de brindar cuidado constante a familiares dependientes, lo cual también limita la disponibilidad de tiempo y energía para la realización de ejercicio físico vigoroso que permita reducir el sobrepeso y la obesidad (Valls et. al., 2008 y 2011).

Otro factor de riesgo que podría incidir en la mortalidad prematura de las mujeres son las enfermedades cardiovasculares (Valls et. al., 2008). La mayor prevalencia de esta patología entre los hombres en todos los grupos de edad ha incidido en que se considere que es una afectación particularmente masculina y que a las mujeres les afecta sólo en edades más avanzadas. No obstante, es necesario que la atención médica tome en cuenta la mayor esperanza de vida de las mujeres y, por consiguiente, una mayor presencia de estos padecimientos en los grupos de edad más longevos. Lo anterior, junto con la presencia de una mayor comorbilidad, podría incidir en que las mujeres presenten un menor nivel de supervivencia que los hombres ante un evento coronario agudo, pues no se les atiende oportunamente en etapas tempranas. De ahí que es muy importante que la intervención y los esfuerzos terapéuticos sobre las enfermedades coronarias dirigidos hacia las mujeres estén presentes en todos los niveles de atención del sistema de salud y a lo largo de todas las etapas de la historia natural de la enfermedad (Valls et. al., 2008).

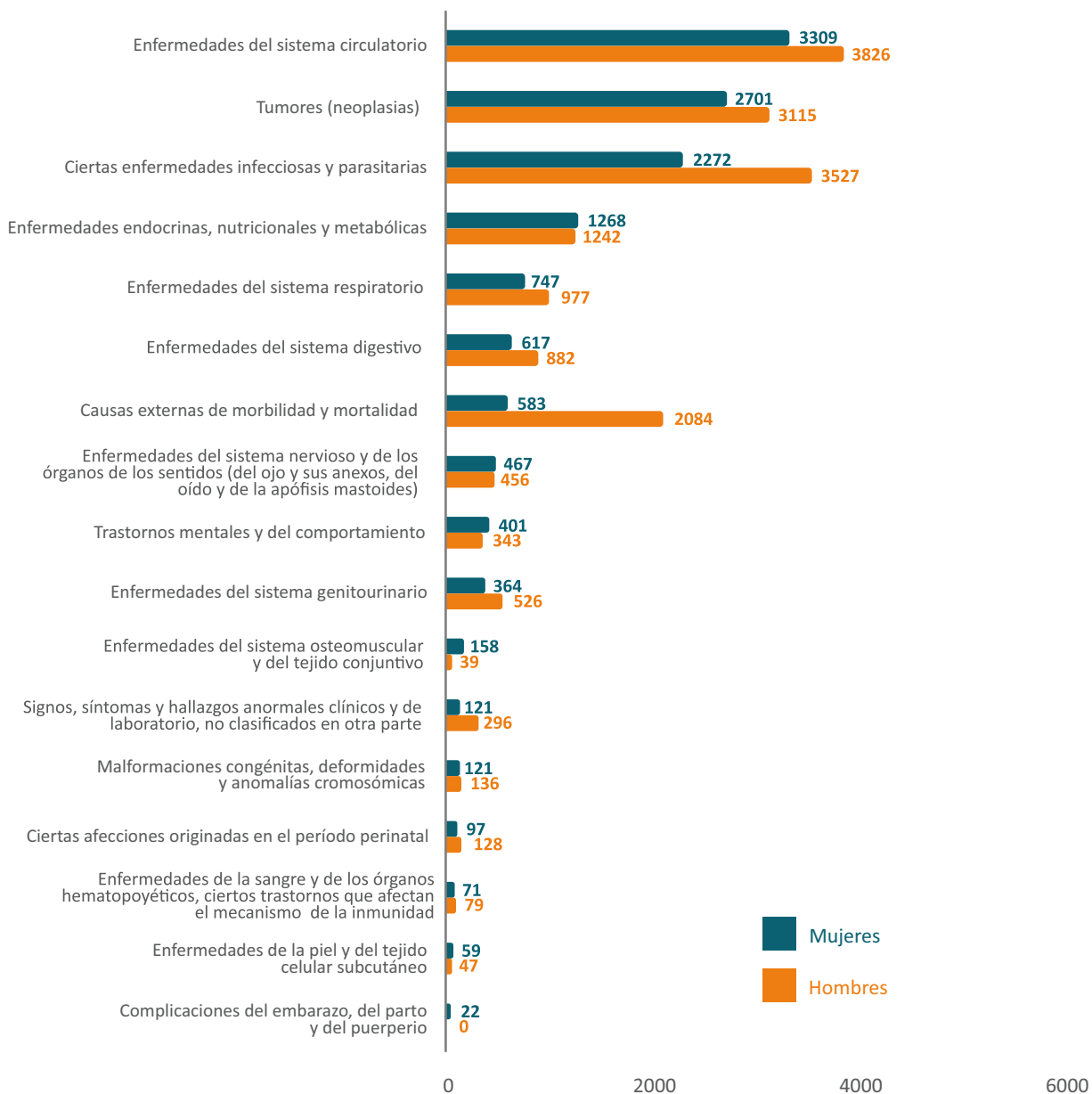
En Costa Rica, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) ocupan la primera causa de muerte, morbilidad y disca-



pacidad desde hace más de tres décadas (MINSA, 2023). Según el MINSA (2023) en el año 2019 las ENT representaron el 80,7% de las defunciones en el país, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor proporción (31,7%), seguidas por el cáncer (26,6%). Para 2021 la prin-

cipal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas por las muertes ocasionadas por tumores y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Estas tres enfermedades representan el 60% de las causas de muerte en nuestro país.

Gráfico 9
Principales causas de deceso por sexo. 2021



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del INEC, 2022.



Como se puede apreciar en el gráfico 9, en 2021 las mujeres murieron principalmente por causas relacionadas con el sistema circulatorio; en este grupo se encuentran enfermedades como la fiebre reumática aguda, enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, hipertensivas, isquémicas del corazón, enfermedades de la circulación pulmonar, cerebrovasculares, enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares, entre otras. Es importante recordar que, de acuerdo con datos de la OPS (s.f.) “cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares (ECV) que por cualquier otra causa” y que la sintomatología es distinta entre mujeres y hombres, por lo cual se requiere un acompañamiento y procesos de información que consideren estas diferencias. Por ejemplo, cuando las mujeres enfrentan un infarto al miocardio dentro de los primeros síntomas que se presentan se encuentran un estado nauseabundo, acompañado de un alto dolor abdominal y un dolor precordial que se eleva a la zona mandibular; a diferencia del dolor precordial que irradia hacia el brazo izquierdo, el cual es un síntoma que presentan mayoritariamente los hombres (Valls et al., 2008). Aunado a lo anterior, también es fundamental considerar los determinantes sociales diferenciados por

género, ya que las enfermedades del corazón tienen un alto nivel de prevención a través de prácticas saludables, las cuales muchas veces están vinculadas con disponibilidad de tiempo, dinero y responsabilidades que, por razones relacionados con mandatos e ideas sexistas, grupos importantes de mujeres ven limitados.

La tercera causa de muerte para las mujeres son los tumores. En su caso, la principal causa de muerte por cáncer continúa siendo el cáncer de mama el cual representa un 50% de los casos, seguido por el cáncer de estómago (11,5%) y el cáncer de colon (11%). Como se puede observar en la tabla 6, en los años posteriores a la pandemia se presenta un aumento en la mayoría de los decesos por tumores, lo cual podría evidenciar dificultades de detección oportuna y tratamiento debido a limitaciones de acceso a exámenes y procedimientos, la falta de un seguimiento de los casos con plazos muy extensos entre citas y la escasa disponibilidad de profesionales especializados en la atención de los distintos tipos de cáncer en todas las regiones del país. La prevención, la detección temprana y el tratamiento siguen a la vanguardia de las herramientas para reducir la carga de morbilidad oncológica.

Tabla 6
Número de muertes por tumores malignos en mujeres, según localización más frecuente. 2018-2021

Localización	Año			
	2018	2019	2020	2021(*)
Mama	349	389	427	416
Estómago	249	234	246	270
Colon	247	237	235	253
Hígado y vías biliares intrahepáticas	148	169	153	154
Páncreas	142	160	134	157
Bronquios y pulmón	133	130	120	141
Cuello del útero	115	144	142	134
Leucemias	105	103	108	107
Linfomas	99	94	112	98
Ovario	88	83	85	82
Otras localizaciones	769	769	815	747
TOTAL	2444	2512	2577	2559

Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del Ministerio de Salud, 2021.

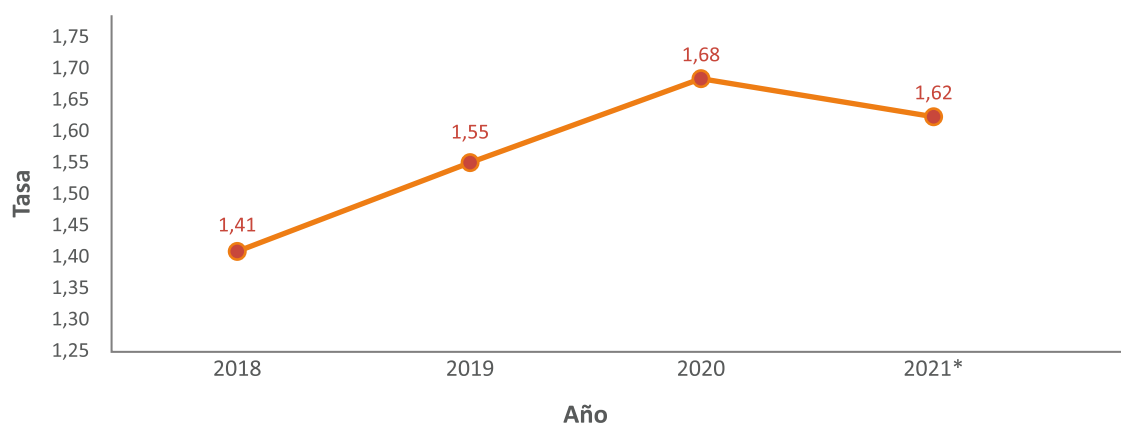
Nota (*): Las cifras del año 2021 corresponden a datos preliminares.



La situación es preocupante cuando se observa un crecimiento en la tasa de mortalidad por cáncer de mama del 2018 al 2020, con un ligero descenso para el 2021. De 2011 a 2021 esa tasa pasó de 1,15 a 1,62, teniendo un incremento de 0,47 puntos. Según información del MINSA (2022a), el 55% de los decesos registrados por cáncer de mama en el 2021, se ubican en el grupo de edad de 40 a 69 años y la provincia con mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama es Cartago, llegando a 18,4 decesos por cada 100.000 mujeres (MINSA, 2022a). Diversos estudios han permitido identificar algunos factores de riesgo frente a este tipo de cáncer como son: tener más de 60 años, la obesidad, antecedentes familiares, menarquia precoz, menopausia tardía, aplicación terapéutica de radiaciones ionizantes, y altos o prolongados niveles de estrógenos endógenos en las mujeres posmenopáusicas (Valls, et.

al. 2008; OPS y OMS, 2016). Además, se han encontrado nuevos factores de riesgo que podrían estar relacionados con el aumento de casos como la falta de ejercicio físico, bajo consumo de vitamina E y betacaroteno, así como el consumo de alcohol (Grabrick, 2000; Mezzetti, 1998, citado por Valls et.al., 2008). Al respecto, desde el Colegio de Médicos y Cirujanos se planteó en octubre de 2022, la urgente necesidad de contar con datos más actualizados acerca de la situación de las mujeres en el país, de manera que se pueda mejorar las estrategias de prevención de este tipo de cáncer, realizar diagnósticos tempranos y brindar el tratamiento adecuado para cada caso, sobre todo ante el aumento en la incidencia de casos en mujeres que se encuentran en edades tempranas (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2022).

Gráfico 10
Tasa de mortalidad por cáncer de mama (por cada 10.000 mujeres). 2018-2021



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del Ministerio de Salud, 2021.

Nota (*): Datos preliminares.

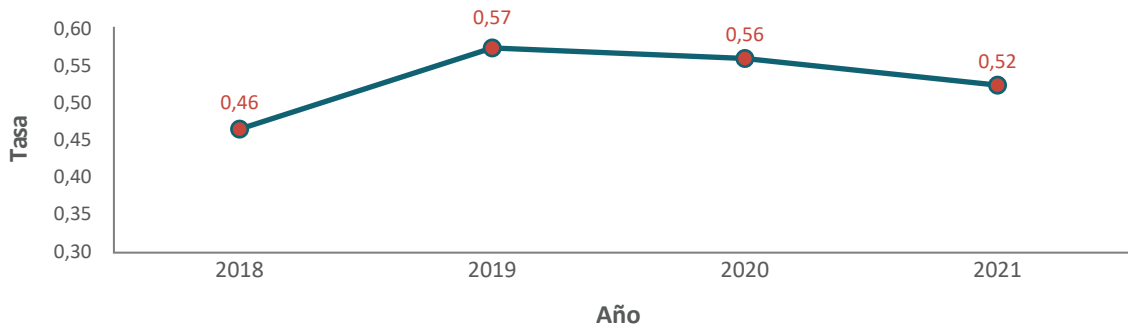
Con respecto a la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero, los datos evidencian un comportamiento irregular del indicador, manteniéndose en un rango de 0,46 a 0,60. Del 2011 al 2021 se observa un incremento de 0,05 puntos, presentando una tasa de 0,52 en el 2021. Según la OPS y OMS (s.f.).

La elevada carga de enfermedad del cáncer cervicouterino en las Américas representa un problema de salud pública de primer orden que debe ser abordado

mediante una estrategia integral e interprogramática (salud sexual y reproductiva, salud en adolescentes, inmunización y control del cáncer cervicouterino). El cáncer cervicouterino es una enfermedad con una larga historia natural por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer mediante estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria junto a un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los casos, incluyendo el acceso a cuidados paliativos (páginas sin numerar).



Gráfico 11
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello del útero (por 10.000 mujeres). 2018-2021



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del Ministerio de Salud, 2021.

Dentro de los aciertos identificados en el abordaje de esta enfermedad se encuentra el tamizaje, el cual, seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, constituye una estrategia muy efectiva de prevención. Aunado a lo anterior, se ha demostrado que la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) de mujeres adolescentes puede prevenir cerca del 70% de los casos de cáncer cervicouterino (OPS y OMS, s.f.). De ahí que, “el desarrollo y la disponibilidad de nuevas herramientas, incluyendo nuevas tecnologías para el cribado⁷ así como vacunas profilácticas frente al VPH, ofrece oportunidades sin precedentes para lograr la prevención y el control del cáncer cervicouterino” (OPS y OMS, s.f., página sin numerar). Lo anterior, acompañado de pruebas de tamizaje en edades más tempranas y una ampliación de la cobertura en la aplicación de pruebas de detección molecular por el sistema de salud público, puede tener un impacto positivo en la prevención de este tipo de cáncer en el país (C. Gríos, comunicación personal, 20 de abril de 2023).

Por otro lado, la razón de mortalidad materna es un indicador clave para conocer la calidad de la salud de las mujeres que habitan un país, ya que como se indica en el documento “Mortalidad materna y su evolución reciente 2021” (INEC, 2022b).

La mortalidad materna es uno de los indicadores que refleja, con mayor claridad, inequidades existentes en la atención de salud de las mujeres; por lo tanto, su constante monitoreo y seguimiento para definir acciones de salud pública orientadas a su disminución es una de las prioridades, no solo de las autoridades de salud, sino del país y de la región. (INEC, 2022b, p.11)

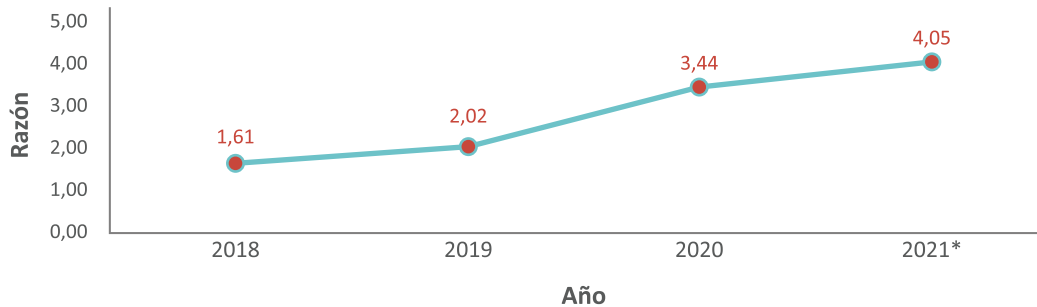
La defunción materna se define como aquella muerte que se presenta durante el embarazo o en los 42 días de haber terminado el embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, excluyendo accidentes o casos incidentales (INEC, 2022b).

La razón de mortalidad materna⁸ en Costa Rica históricamente ha sido de las más bajas de la región latinoamericana (INAMU, 2019). No obstante, en los últimos años se observa una tendencia al alza. En 2016 fue de 2,9 y en 2017 de 2,2, pero en 2021 el indicador alcanza su punto más alto desde 1992, siendo de 4,05. Desde el año 2011 al 2021 se presenta un incremento de 1,45 puntos por cada 10.000 nacimientos.

⁷ Se entiende por cribado la realización de pruebas diagnósticas a personas, quienes se encuentran saludables con el fin de distinguir las que probablemente están enfermas de las que no lo están. Lo anterior, busca realizar una detección precoz de determinada enfermedad con el objetivo de mejorar su pronóstico y evitar la mortalidad prematura, o la discapacidad asociada a la misma (Ascunce, 2015). La nota no forma parte del original.



Gráfico 12
Razón de mortalidad materna (por cada 10.000 nacimientos). 2018-2021



Fuente: Unidad de Investigación, con base en datos del INEC, 2022.
 Nota (*): Datos preliminares.

Aunque entre 2016 y 2018 hubo una tendencia al descenso en el indicador, a partir de 2019 se presenta un aumento de 25,9 % con respecto a 2018, y para 2020 se experimenta un incremento de 70,0 % con respecto a 2019, el mayor del periodo en análisis. En 2021 el aumento es de 17,8 % con respecto a 2020. Según el INEC (2022b), en este último trienio este incremento implica una muerte materna más por cada diez mil nacimientos, de año a año. Aunque estos datos pueden causar alarma por los altos porcentajes de incremento, es importante considerar que la mortalidad materna durante el 2020 se pudo incrementar no solo por el aumento en la cantidad de defunciones maternas acontecidas en ese año, por razones que se explican más adelante, sino también porque hubo una reducción significativa en la cantidad de nacimientos registrados, pasando de 64.274 en 2019 a 58.156 en 2020.

Para comprender mejor este indicador es de suma relevancia considerar que existen dos tipos de decesos por mortalidad materna:

Defunción obstétrica directa: son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.

Defunción obstétrica indirecta: son aquellas que derivan de una enfermedad previamente existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. (INEC, 2022b, p. 9)

De acuerdo con el INEC (2022b), al analizar las razones de las muertes se presenta un predominio de causas obstétricas directas, siendo en 2019 el porcentaje mayor de todo el periodo, ya que representaron el 83,3% del total de defunciones maternas. Sin embargo, la situación se invierte en 2021, cuando el 54,5% de las muertes ocurrieron por causas indirectas y el 45,5% por directas. “En el caso de este último año este predominio es explicado por las defunciones maternas por COVID-19, que representaron el 40,9% de las defunciones maternas y el 75% de las defunciones por causas obstétricas indirectas” (INEC, 2022b, p. 14). Asimismo, es importante mencionar que el riesgo de morir durante el embarazo, parto y posparto por este virus aumentó en un 194,4%.

Tal como se expuso en el Tercer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (INAMU, 2019), la razón de mortalidad materna es un indicador que evidencia cómo operan las condiciones derivadas de

⁸ La razón de mortalidad materna se calcula dividiendo las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario entre los nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo, y multiplicando el resultado por diez mil nacimientos (INEC, 2022b).



la discriminación en los cuerpos de las mujeres, ya que existen condiciones que las vulnerabiliza significativamente, aumentando la posibilidad de morir a causa del embarazo o el nacimiento de un hijo o hija.

Según el INEC (2022b), uno de los elementos demográficos determinantes lo constituye la edad de las mujeres. Por ejemplo, en 2021 en el grupo de 35 años y más murieron diez mujeres más por diez mil nacimientos que en el grupo de mujeres menores de 25 años. Otro factor que ha demostrado ser clave es el estado conyugal. Durante 2021, las mujeres que no se encontraban unidas (soltera, viuda, separada y divorciada) presentan una probabilidad de muerte materna mayor que aquellas que declaran estar casadas o en unión de hecho (INEC, 2022b). Entre las mujeres que declaran no estar en una relación, ocurrieron aproximadamente dos muertes más por cada diez mil nacimientos, siendo la razón de mortalidad materna por condición conyugal de 3,17% para las mujeres unidas y de 5,61% para las no unidas (INEC, 2022b).

Por último, la zona de residencia es un factor que puede condicionar el acceso a los servicios de salud. En el último análisis del INEC (2022b) se destaca que cuatro de las siete provincias presentaron un aumento representativo en este indicador, siendo Puntarenas la que muestra mayor incremento al pasar de cero muertes maternas en 2020 a tres por cada diez mil nacimientos en 2021. Seguidamente se ubican Heredia y San José, con aproximadamente dos muertes más por cada diez mil nacimientos en comparación con 2020, y Limón, con una muerte materna más por cada diez mil nacimientos. Por su parte, Guanacaste se mantiene desde 2020 con cero muertes maternas, y las provincias de Cartago y Alajuela en comparación con el año 2020 presentaron respectivamente tres y dos muertes maternas menos por cada diez mil nacimientos.

Nuevamente se evidencia que las mujeres enfrentan situaciones de riesgo a su salud marcadas principalmente por elementos culturales, económicos y sociales, más que propios de la genética y la biología. En este caso, hay que prestar particular atención a las razones relacionadas con mandatos sociales de cuidado y atención a otras personas, a pesar de estar viviendo un embarazo; así como a elementos que podrían agravar la vulnerabilidad ante situaciones de riesgo como

la falta de ingresos propios, la situación migratoria y la falta de apoyo de personas cercanas. Estos y otros factores de riesgo generados por el contexto social se volvieron particularmente relevantes para la salud de las mujeres durante la pandemia por COVID-19.

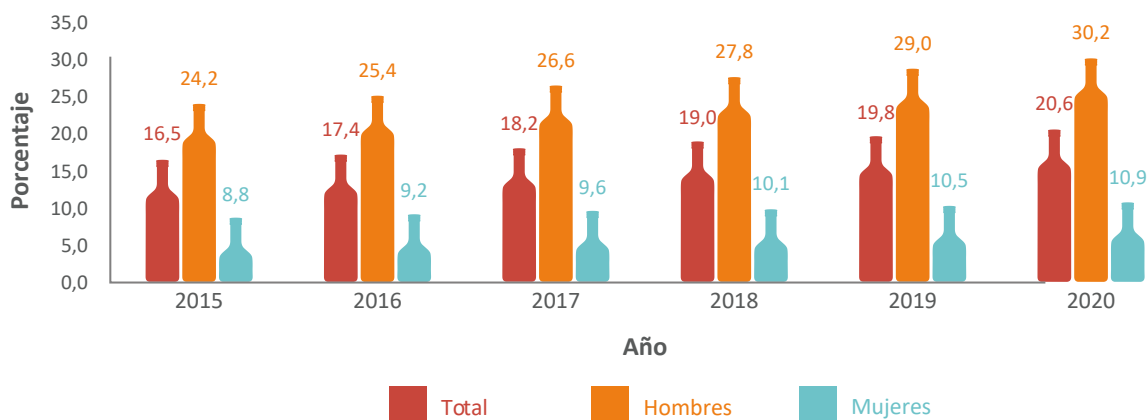
Como se ha venido planteando, existen diferencias entre mujeres y hombres, así como entre grupos poblacionales que determinan la posibilidad de desarrollar estilos de vida saludables y de bienestar. Estas diferencias obedecen a múltiples factores de carácter biológico, genético, conductual y cultural. En estos últimos, elementos relacionados con los mandatos sexistas podrían estar abonando al desarrollo de conductas particulares que requieren una atención diferenciada. Por ejemplo, en una sociedad machista hay un fuerte estímulo hacia los hombres para que comprueben constantemente su masculinidad a través de la realización de hazañas, muchas veces temerarias, como son conducir a altas velocidades, practicar deportes extremos, tener relaciones sexuales sin protección, o tener un mayor consumo de alcohol y tabaco, lo que conlleva un incremento en las posibilidades de accidentes y enfermedades. Además, la población masculina se ve desincentivada culturalmente a expresar emociones o realizar actividades de autocuidado, lo que podría incidir en una poca disposición para practicarse controles de salud sistemáticos y preventivos. Ambos aspectos podrían estar influyendo en la menor esperanza de vida en los hombres.

Lo expuesto previamente se puede confirmar a través de varios indicadores relacionados con comportamientos que comprometen el estado saludable de las personas, como por ejemplo el tabaquismo y el consumo de alcohol. De acuerdo con estimaciones realizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (INEC, 2023b), tomando como base los resultados obtenidos en la Encuesta sobre consumo de drogas de 2015, para el periodo 2016 al 2020 se esperaba un aumento en el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en los siguientes 12 meses tanto en mujeres como en hombres, aunque en estos últimos el valor era más alto.



Gráfico 13

Estimación de porcentaje de personas de 12 a 70 años residentes en hogares, que pueden mostrar consumo excesivo de bebidas alcohólicas en el transcurso de los próximos 12 meses; por sexo. 2015-2020



Fuente: Unidad de Investigación, INAMU; con base en datos del IAFA, Encuestas en hogares sobre consumo de drogas, 2010 – 2020 (INEC, 2023b).

Nota: A partir de la estimación del 2015 con tasa de crecimiento aritmética de lo observado en el período 2010-2015, se extrapolaron los datos del 2016 al 2020 (INEC, 2023b).

Estos datos responden a estimaciones realizadas a partir de la Encuesta en hogares sobre el consumo de drogas, implementada en 2015. Al ser proyecciones, los mismos no consideraban el efecto de la pandemia por COVID-19 en el comportamiento del consumo de estas sustancias en la población. Según un sondeo sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas realizado por el Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) (Cordero, 2022) entre los meses de diciembre del 2020 y enero del 2021, un 75,7% de la muestra había consumido alcohol en los últimos 30 días previo al momento de contestar las preguntas. Si bien es cierto este consumo no es necesariamente excesivo, que es a lo que se refieren las estimaciones de 2015, sí muestra una prevalencia muy abundante en el uso de esta sustancia. Resulta importante entonces, profundizar a través de estudios diferenciados por sexo en el uso y frecuencia de uso del alcohol, pero también tomando en cuenta las distintas condiciones y

características de la población para poder contar con datos certeros y orientar las políticas y acciones de prevención y atención de consumo excesivo de alcohol.

Con respecto al tabaquismo, según información obtenida en el portal de datos de género de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OECD (por sus siglas en inglés), en Costa Rica se estima que para el año 2021, el porcentaje de personas mayores de 15 años que fumaron diariamente fue el 7,8% de la población, siendo el 11,5% hombres y el 4,3% mujeres.

Caso contrario ocurre con respecto al uso de psicotrópicos⁹ de uso médico. Según los resultados de la investigación “Perfil de consumo de psicotrópicos de uso médico en Costa Rica durante el período 2018-2021”, realizada en 2022 por el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) en colaboración con la Facultad de Farmacia de la Universidad

⁹ Según el ICD, un psicotrópico es un “Agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento” (ICD, 2022, p. 3).



de Costa Rica (UCR), se detectó que las mujeres consumen más fármacos que los hombres; sobre todo para atender situaciones relacionadas con la salud mental (ICD, 2022 y UCR, 2023). Según el estudio supra citado, el 62,5% de las prescripciones registradas son hechas a mujeres; asimismo, del total de los 957.598 gramos de psicotrópicos que se ingirieron en Costa Rica del 2018 al 2021, el 59,9% del consumo corresponde a mujeres. Dentro de los medicamentos más recetados se encuentra el clonazepam, el cual pertenece al grupo de las benzodiazepinas, las cuales son sustancias aprobadas para uso terapéutico en el tratamiento de la ansiedad, los trastornos del sueño y las convulsiones (ICD, 2022).

Lo anterior da cuenta de que la salud mental de las mujeres es un ámbito de especial preocupación. Tal como se expuso en la investigación “Afectaciones del COVID-19 en la vida de las mujeres en Costa Rica” (INAMU, 2021a), la pandemia evidenció la problemática alrededor de la salud mental que ya venían anunciando personas especialistas aún antes de que se enfrentaran las condiciones de aislamiento, dificultades económicas y preocupaciones derivadas de las medidas preventivas del contagio por COVID-19. No obstante, como se ha podido constatar en este apartado, debido a las diferencias de género las mujeres se suelen encontrar en situaciones de mayor desventaja y vulnerabilidad, ocasionando limitaciones para el autocuidado y la agencia de su salud, especialmente de la salud mental.

Aunado a lo expuesto, en las expresiones de mujeres consultadas durante la investigación del INAMU (2021a), ellas manifestaban estar atravesando situaciones de angustia, preocupación y tristeza ante la presión que vivían por la alta demanda de atención en el cuidado de sus hijos e hijas, las tareas de acompañamiento escolar y las dificultades económicas, lo que junto con el aislamiento y la soledad generadas durante la pandemia agudizaron significativamente los niveles de estrés que estaban viviendo las mujeres en el país.

Un patrón que resalta en el estudio del ICD mencionado anteriormente es el mayor consumo de Fentermina en la población de mujeres, principalmente entre los 26 y 55 años (ICD, 2022). Este medicamento es parte de los llamados anorexígenos, funciona para disminuir el apetito y se vende con receta médica. Es importante profundizar el estudio de este comportamiento para determinar si

existe una relación entre el consumo más alto de este medicamento entre las mujeres que entre los hombres (en el mismo rango de edad) y las expectativas mediáticas y patriarcales de belleza relacionadas con la delgadez, que podrían encontrar una respuesta en el uso de fármacos como el indicado.

Aunado a lo anterior, tal como ya se mencionó, es imperativo fortalecer la inversión económica y de recursos humanos para la promoción y atención de la salud mental de la población, considerando las características por sexo, etarias, económicas étnicas, la condición de discapacidad, entre otras, sobre todo como una de las acciones más urgentes después de la pandemia. Si bien es cierto la tendencia histórica en el país ha sido una mayor representación de hombres que de mujeres que mueren por suicidio, según datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) entre los años 2019 y 2020 los suicidios en las mujeres pasaron de 54 a 81, lo que representa un aumento del 50% durante el primer año de la pandemia (Cordero, 2022).

Esta situación enciende una alerta acerca de la necesidad de construir acciones específicas para promover un mayor bienestar en toda la población. Algunas luces que facilitan los datos orientan el camino hacia la generación de más opciones para el acceso universal a la atención psicológica, pero también convocan a la realización de una lectura más estructural acerca de cómo la discriminación y la desigualdad que viven las mujeres por su condición de género, podría estar abonando a sentimientos de desesperanza y malestar. Tal como lo expone Cordero (2021b), en el estudio “Prevalencia y carga mundial de trastornos depresivos y de ansiedad en 204 países y territorios en 2020 debido a la pandemia COVID-19”, publicado en 2021 por la Revista The Lancet, ya se había identificado que en Costa Rica se superó el promedio mundial de aumento de trastornos depresivos y de ansiedad como consecuencia de la pandemia, y se indicó que el grupo más afectado a nivel mundial eran mujeres y personas jóvenes. Aunado a lo anterior, el aumento en el suicidio de las mujeres en el que el país coincide con el crecimiento en la tasa de desempleo femenino en 2020, cuando esta alcanzó el 25,2% (Cordero, 2022); es decir, la cuarta parte de las mujeres que estaban en condiciones para trabajar no tenían empleo en ese momento. Esto además confluye con el sistemático aumento de la jefatura de hogar en manos de las mujeres y los altos índices de pobreza y pobreza extrema de estos hogares.



Si bien es cierto la crisis derivada de la pandemia evidenció vacíos de atención en el ámbito de la salud mental, dificultades de acceso a este tipo de servicios y el alto nivel de vulnerabilidad económica que viven muchas poblaciones; también es importante considerar la necesidad de crear espacios para la reflexión y el fortalecimiento de relaciones saludables, positivas y constructivas en el ámbito de los hogares. Por ejemplo, las tres principales causas por las cuales las mujeres llamaron solicitando apoyo durante la pandemia al Despacho de Apoyo Psicológico habilitado por el Ministerio de Salud y el Colegio de Profesionales en Psicología fueron problemas relacionales por convivencia (41%), medicación psiquiátrica o uso de sustancias psicoactivas (15%) y el temor al contagio de enfermedades (14%). En esa misma línea, es relevante considerar que la vivencia de situaciones de violencia como el abuso sexual, la negligencia emocional y física, las consecuencias del abuso de sustancias de sus familias de origen y la violencia en la pareja son factores presentes de manera particular en la vida de las mujeres desde edades tempranas (Laso, Contreras y Masías, 2023).

A partir de lo anterior es de vital importancia profundizar en estudios que permitan identificar las necesidades de salud mental de manera diferenciada entre mujeres, hombres, población LGTBI+, personas menores de edad, adultas en transición, entre otras poblaciones, para dar respuestas oportunas y eficaces con base en la evidencia. Resulta impostergable fortalecer la creación de indicadores para medir aspectos de la salud mental desde un enfoque más amplio, es decir más allá de diagnósticos de enfermedades o trastornos. En ese sentido, es sumamente valioso recuperar información acerca de los factores que influyen en el desarrollo de una buena salud mental como son la resiliencia, las condiciones materiales, elementos de la calidad de vida y las relaciones sociales.

Junto a lo expuesto, resulta estratégico medir de manera rigurosa la capacidad de agencia, toma de decisiones y autocuidado que están alcanzando las niñas y las mujeres (J-PAL, s.f.) porque esta información permitiría conocer acerca de la posibilidad que están teniendo para disponer de los recursos necesarios para tener una vida saludable, como también de las condiciones que está generando el país para que todas las niñas y mujeres puedan alcanzar el más alto nivel de salud posible.

¿Qué opinamos en Costa Rica sobre la salud integral de las mujeres?

Como una manera de explorar la percepción de las personas en relación con el ejercicio del derecho a la salud integral por parte de las niñas, adolescentes y mujeres, la temática se incluyó como parte de los contenidos que se exploraron en la Cuarta Encuesta Nacional de Percepciones y Opiniones de la Población sobre los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (ENPEDEMU) realizada el 2021 (INAMU, 2022).

En dicha encuesta, con el objetivo de conocer el nivel de apropiación que tiene la población sobre los derechos humanos de las mujeres, se solicitó a las personas entrevistadas que identificaran tres derechos humanos de manera espontánea. El derecho al acceso a la salud, la seguridad social y a la información fue mencionado por el 19% de la población (21% de las mujeres y el 17 % de los hombres), colocándose en el quinto lugar según su frecuencia. A pesar de ser uno de los derechos más identificados por la población, aún sigue existiendo una brecha entre su reconocimiento y su ejercicio pleno por parte de las mujeres.

En esa línea, resulta valioso considerar el concepto de agencia desarrollado por Amartya Sen, quien describe que una persona agente es aquella que “actúa y produce cambios, cuyos logros pueden ser juzgados en términos de sus propios valores y objetivos” (J-PAL, s.f., p.5). De acuerdo con el planteamiento de Naila Kabeer, la capacidad de agencia que tienen las personas determina significativamente el nivel de bienestar que pueden alcanzar; ya que se relaciona con la posibilidad de acceder a recursos materiales, humanos y sociales que enriquecen la capacidad de las personas para hacer elecciones, lo cual está influenciado por sus conocimientos, actitudes y preferencias (citado por J-PAL, s.f.).

Al explorar acerca de las condiciones que tienen las mujeres para agenciar su acceso al derecho a la salud se logra identificar que en el imaginario social aún se encuentra arraigada la creencia patriarcal de que el bienestar de las mujeres está supeditado al abordaje prioritario de las necesidades de otras personas. Por ejemplo, el 98% de las mujeres y el 97% de los hombres entrevistados están de acuerdo con la frase “Las mujeres tienen derecho a cuidarse para estar saludables; sin embargo, también el 77% de las mujeres considera verdadera la frase “las mujeres



colocan las necesidades de otras personas por encima de las propias”, el 76% opina que es cierto que “las mujeres se hacen chequeos médicos de control con poca regularidad” y el 69% está de acuerdo con la frase “es difícil cuando las mujeres se enferman porque cuesta encontrar quien las cuide”. Los hombres, en cambio, perciben de manera diferente estas situaciones, pues solo un 57% considera verdadera la frase “las mujeres colocan las necesidades de otras personas por encima de las propias”, el 66% opina que es cierto que “las mujeres se hacen chequeos médicos de control con poca regularidad” y un 49% está de acuerdo que con la frase “es difícil cuando las mujeres se enferman porque cuesta encontrar quien las cuide”.

No obstante, cuando se consultó a las personas por las razones que explican por qué durante la pandemia por COVID-19 se reportan menos mujeres contagiadas y fallecidas, llama la atención que el 48% de las mujeres entrevistadas y el 42% de los hombres piensa que se debe a que cuidan más de su salud, lo cual contrasta con lo que se manifestó anteriormente acerca de las limitaciones que enfrentan las mujeres para tomar medidas que fortalezcan su bienestar. Por otro lado, un 23% de las personas lo adjudica a que salen menos de la casa (23% de las mujeres y 26% de los hombres), lo que muestra que, ante la falta de evidencia, las personas suelen explicarse la realidad a partir del bagaje histórico compartido, el cual en ocasiones contiene creencias sin fundamento científico pero que justifican prácticas de control hacia las mujeres, como por ejemplo limitar su tránsito para evitar contagios.

A partir de lo anterior, es posible notar que las mujeres perciben una mayor dificultad de agencia con respecto al cuidado de su salud personal, lo que coincide con una mayor presencia en ellas de la internalización del mandato tradicional de cuidar primero a las demás personas. Este mandato se manifiesta también cuando se exploran las responsabilidades de cuidado durante la pandemia, ya que el 80% de las mujeres y solo el 58% de los hombres estuvo de acuerdo con la frase “las mujeres son las llamadas a cuidar la salud de sus familias frente a la COVID-19”.

Del mismo modo se puede apreciar cómo las mujeres identifican con claridad los obstáculos que enfrentan para llevar a cabo acciones relacionadas con el autocuidado, dada la sobrecarga de responsabilidades y las limitaciones de tiempo que tienen para realizar actividades de recreación, descanso y ocio. Esta situación se constata cuando

al preguntar si “las mujeres podrían sacar tiempo libre si quisieran”, el 77% considera verdadera la frase, mientras que los hombres la consideran verdadera en un 82%. En ambos casos la percepción existente no coincide con la información que se desprende de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) aplicada en 2017, en la que se constatan diferencias importantes de género en relación con el tiempo que pueden disponer mujeres y hombres para el uso de medios masivos de comunicación (las mujeres 18:40 horas y los hombres 20:40 horas por semana) o la participación en juegos, aficiones o lugares de entretenimiento (las mujeres 04:51 horas y los hombres 06:24 horas por semana) (INEC, 2017). Incluso, en una nueva aplicación de la ENUT realizada en 2021, a pesar del aumento en el uso de medios de comunicación masiva, se mantiene la tendencia de desigualdad en la que los hombres destinan más horas que las mujeres a esta actividad (las mujeres 21:30 horas y los hombres 22:25 horas por semana), y a participar de juegos, aficiones o visitar lugares de entretenimiento (las mujeres 05:10 horas y los hombres 06:49 horas por semana) (INEC, 2023b). Lo anterior sugiere que no todas las mujeres tienen la posibilidad de tener tiempo libre cuando lo desean, lo cual podría estar asociado al volumen de las cargas laborales que, junto con las tareas reproductivas y de cuidado, implica para muchas mujeres una extensa jornada con múltiples tareas simultáneas.

Por otro lado, en la ENPEDEMU 2021 (INAMU, 2022) se observa un nivel importante de aceptación en frases relacionadas con el derecho de las mujeres a la vivencia de la sexualidad y el control de la natalidad. Por ejemplo, el 73% de los hombres y el 69% de las mujeres estuvo de acuerdo con la oración “es correcto que la mujer tenga sexo por placer”; el 74% de las mujeres y el 80% de los hombres considera que se ha avanzado mucho en comparación a 5 años atrás en que “las mujeres son más libres en su sexualidad”; finalmente, con respecto a la frase “las mujeres pueden decidir si quieren o no ser madres” el 77% de las mujeres y 76% de los hombres estuvo de acuerdo. Este último postulado coincide con una mayor manifestación de estar de acuerdo con que las mujeres pueden decidir tener hijos e hijas utilizando los avances tecnológicos disponibles, lo cual es más frecuente entre las mujeres (83%), personas de 18 a 24 años (89%) y personas con educación superior (90%). También se presenta un alto nivel de aceptación hacia la frase “está bien que los hombres se esterilicen” (76% del total, 83% de mujeres, 83% de personas entre 25 y 39 años y 89% con educación superior) y con el postulado



“las mujeres pueden usar la píldora del día después cuando lo decidan” (67% del total, 72% de los hombres, 75% de personas entre 18 y 24 años y 77% con educación superior). El análisis de este conjunto de frases parece decantar un avance hacia el cambio cultural con relación al derecho

de las mujeres a decidir acerca de la maternidad, lo cual coincide con los datos que reflejan que hay un grupo importante de mujeres que están postergando el nacimiento su primer hijo o hija, y que cada vez las parejas tienen menos descendientes.

Tabla 7
Porcentaje de personas que están de acuerdo y totalmente de acuerdo con frases acerca de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, según sexo, rango de edad y educación
 -n= 2.500-

Frases	Total	Sexo		Edad			Educación		
		Mujeres	Hombres	18-24	25-39	40+	Primaria	Secundaria	Superior
Las mujeres pueden decidir tener hijos e hijas utilizando los avances tecnológicos disponibles (Fertilización in vitro, inseminación artificial)	80%	83%	78%	89%	86%	74%	71%	84%	90%
Está bien que los hombres se esterilicen	76%	83%	69%	78%	83%	72%	69%	77%	89%
Es correcto que la mujer tenga sexo por placer	70%	68%	73%	83%	78%	62%	59%	74%	84%
Las mujeres pueden usar la píldora del día después cuando lo decidan	67%	62%	72%	75%	67%	64%	62%	67%	77%

Fuente: Unidad de Investigación, INAMU; ENPEDEMU, 2021.

Nota: Respuesta a la pregunta: Para cada una de las siguientes afirmaciones responda qué tan de acuerdo o en desacuerdo está.

Otra arista de esta transformación la constituye una mayor apertura al disfrute de la sexualidad por parte de las mujeres adultas mayores. Resulta alentador que un 80% de las personas encuestadas está de acuerdo con la afirmación “las mujeres mayores de 65 años pueden tener una vida sexual plena y satisfactoria”. Ello implica que poco a poco va desapareciendo el prejuicio de que las personas adultas mayores no tienen una sexualidad activa o que no están en capacidad de disfrutar de ella como se hace en otros momentos del ciclo vital.

Del mismo modo, un progreso importante que se ha venido vislumbrando desde el Tercer Estado de los Derechos Hu-

manos de las Mujeres en Costa Rica (INAMU, 2019), es una mayor aprobación por parte de la población encuestada de que las y los adolescentes reciban información acerca de la sexualidad y tengan acceso a métodos de anticoncepción. En la ENPEDEMU 2021 el 78% de las mujeres y los hombres consideran que “es correcto que las adolescentes usen anticonceptivos”, mientras que el 95% de las mujeres y el 93% de los hombres considera verdadera la afirmación “las personas adolescentes deben recibir educación sexual” (INAMU, 2022). Esta percepción resulta esperanzadora y coincide con las estrategias estatales que han generado una disminución sistemática del embarazo en la adolescencia en el país. Es claro que el tema se encuentra en la palestra



pública y por ello pueden reconocerse las condiciones de vulnerabilidad asociadas al embarazo en niñas y adolescentes. En este sentido, resulta muy positivo que el 57% de las mujeres y el 59% de los hombres identifique el embarazo como una de las razones por las cuales las mujeres no concluyen sus estudios, y que se perciba una mayor apertura a que los centros educativos ofrezcan opciones de cuidado para los hijos e hijas de las adolescentes (95% de las mujeres y 93% de los hombres encuestados están de acuerdo con la afirmación). Solo el 7% de las mujeres y el 12% de los hombres considera que “las adolescentes embarazadas deberían dejar de estudiar porque tienen que cuidar”, lo que deja claro que existe anuencia y aprobación a la importancia de que las adolescentes desarrollen sus proyectos de vida más allá de la maternidad.

Sin embargo, un aspecto que enciende las alarmas, sobre todo considerando que el porcentaje de muertes prevenibles a causa de complicaciones derivadas del embarazo o parto ha aumentado, es que un 39% de las mujeres y el 37% de los hombres entrevistados considere verdadera la afirmación: “el embarazo no significa ningún riesgo para la salud de las mujeres”, ya que a partir de esta percepción se puede minimizar la importancia del control prenatal y tomar a la ligera condiciones de vulnerabilidad psicosocial que enfrentan las mujeres, como la soledad, la pobreza, la condición migratoria, las dificultades de acceso a servicios de salud, entre otras. Es por ello que resulta importante abordar este proceso vital desde una perspectiva interseccional e interdisciplinaria, brindando a la población toda la información posible sobre las particularidades que viven las mujeres y que requieren apoyo y atención.

A pesar de los avances antes señalados, hay un elemento que resulta inquietante y es que el 33% de las personas entrevistadas (28% de las mujeres y 38% de los hombres) considera verdadera la afirmación “las mujeres deben de respetar a su pareja si este no quiere usar protección durante la relación sexual”. Eso sugiere que persiste la noción de que el placer sexual de los hombres está por encima del derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, aunque eso pueda colocarlas en una situación de riesgo a su salud y bienestar integral. Resulta entonces urgente continuar facilitando a las mujeres espacios para su empoderamiento y la adquisición de herramientas para la negociación en los espacios íntimos, de manera que puedan vivir una sexualidad segura y libre de violencia de género.

En el ámbito de la salud mental de las mujeres, resulta preocupante el hecho de que el 74% de las entrevistadas estuvo de acuerdo con la frase “las mujeres tienen muchas preocupaciones y por eso se enferman”; por el contrario, solo el 60% de los hombres respondió de esa manera. Asimismo, un 41% del total coincidió en que las mujeres son débiles y se deprimen con mayor facilidad que los hombres (42% de las mujeres y 40% de los hombres), lo que sugiere que la percepción sobre la salud mental de las mujeres, principalmente en personas mayores de 40 años (48%) y con educación primaria (58%), está mediada por estereotipos y prejuicios que resultan de las construcciones históricas de la feminidad, aunque no tengan asidero en la realidad. Es importante y necesario que desde la política pública se trabaje en la erradicación de este tipo de estereotipos que limitan el acceso de las mujeres a un adecuado nivel de vida y a la salud integral. En ese sentido, resulta fundamental continuar con los esfuerzos institucionales que den respuesta a la demanda de espacios de apoyo emocional para las mujeres, ya que a pesar de que un 65% de las personas entrevistadas concuerda con la frase “durante la pandemia existen opciones para que las mujeres puedan acudir en caso de sentirse tristes o deprimidas”, existe un porcentaje de 35% que no identifica la posibilidad de acceso a este tipo de servicios tan necesarios en momentos de crisis.

La posibilidad de las niñas, adolescentes y mujeres para acceder a los recursos económicos, materiales y simbólicos, tomar decisiones y llevar a cabo acciones para cuidar su salud integral es un paso crucial en la liberación de las ataduras de los mandatos sexistas desde los cuales se continúa limitando sus posibilidades de crecimiento y desarrollo, y por tanto su capacidad de agencia para alcanzar un mayor bienestar. Lo anterior será posible, en buena medida, cuando las percepciones de la población acerca del derecho de las mujeres a realizar acciones para alcanzar un mayor nivel de salud, sean positivas y coadyuven en la generación de actividades individuales y colectivas en las que las mujeres de todas las edades puedan desarrollar prácticas saludables, como hacer deporte en espacios seguros y sin censura, o disponer de tiempo para el descanso, el esparcimiento y compartir con sus pares, pero fundamentalmente cuando haya un cambio radical en la forma como las mujeres se miran a sí mismas y a otras mujeres con respecto a ser sujetas del derecho a ser cuidadas y a cuidarse en igualdad con los otros, sean hijos, hermanos, padres, parejas o compañeros de trabajo.





Capítulo 3

Reflexiones finales

CAPÍTULO III REFLEXIONES FINALES

Las mujeres tienen derecho a vivir y a vivir bien, para lo cual es necesario que se tomen las medidas necesarias para que desde edades tempranas accedan a los recursos materiales y simbólicos que les garanticen condiciones que permitan su crecimiento y bienestar. No obstante, existen determinantes sociales y culturales diferenciados por el género que inciden en las posibilidades de agencia de las niñas, adolescentes y mujeres para ejercer su derecho a una vida saludable en igualdad con los hombres.

Si bien es cierto las mujeres en promedio viven más que los hombres, resulta fundamental continuar profundizando en la calidad de vida que experimentan durante estos años, ya que las múltiples jornadas de trabajo productivo y reproductivo, las dificultades para disponer de tiempo para el descanso, la recreación y los proyectos personales, la escasez de ingresos propios, enfrentar situaciones de violencia desde edades tempranas, así como las dificultades para brindar un adecuado seguimiento a su salud y generar posibilidades de agencia para el autocuidado, entre otros factores, lesionan sus posibilidades de bienestar y podrían estar abonando a muertes innecesariamente prematuras o vidas con periodos largos de dolor y malestar.

En esa línea, resulta clave trascender el énfasis histórico que ha existido en el abordaje de la salud de las mujeres desde el ámbito reproductivo para visualizar su salud de una manera más integral, promoviendo estudios particulares que aborden la morbilidad diferenciada por género. Es indispensable profundizar en las manifestaciones particulares de las enfermedades en las mujeres retomando su diversidad, pero también identificando abordajes preventivos desde edades tempranas acerca de situaciones que pueden tratarse con mayor efectividad, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino. También es fundamental continuar incidiendo en el cambio de los determinantes sociales de género que impactan la salud de las mujeres de formas que por ser “naturalizadas” no resultan fáciles de identificar y abordar por las familias, las comunidades o las instituciones.

En ese sentido, es necesario recalcar que la vigencia de la división sexual del trabajo tiene implicaciones directas en la calidad de vida de las mujeres. Las cargas de trabajo, junto con el peso emocional que conlleva el cumplir con las expectativas derivadas de los mandatos sexistas como son la maternidad perfecta, el cuidado como tarea exclusiva y la realización de las tareas domésticas, entre otros, puede estar generando situaciones que sobrepasan los recursos de muchas mujeres. Ante ello, también obedeciendo a los mandatos de género, se priorizan las necesidades de otras personas y se compromete la posibilidad de tener prácticas saludables de autocuidado. De ahí que resalta y llama a la reflexión el aumento de cuadros de estrés, ansiedad y tristeza, así como el incremento en los últimos años del consumo de psicotrópicos y bebidas alcohólicas por parte de las mujeres.

Lo anterior coincide con los resultados de la ENPEDEMU 2021 (INAMU, 2022), en la cual se logra identificar que cuando se abordan conceptos generales relacionados con el derecho a la salud de las mujeres hay un importante nivel de aceptación por parte de la población, pero a la hora de profundizar en la expresión cotidiana de este derecho, por ejemplo analizando el uso del tiempo de las mujeres, la posibilidad de realizarse exámenes periódicos y la reciprocidad en el cuidado de las personas, las mujeres identifican con mayor claridad las limitaciones que enfrentan para optar por prácticas saludables, mientras que los hombres parecen no percibir la magnitud de dichos obstáculos. De ahí la insistencia de continuar realizando campañas que sensibilicen e informen a la población acerca de la desigualdad entre mujeres y hombres que aún perdura en relación con las múltiples jornadas de trabajo, la carga mental y las limitaciones para contar con ingresos propios y del tiempo para agenciar los requerimientos para su propio bienestar.

Asimismo, en muchos hogares existen mujeres que continúan realizando labores domésticas y de cuidado hasta edades avanzadas, perpetuando los mandatos sociales de cuidado de otras personas y desgastando su salud integral. Por ello es necesario perseverar con la implementación de procesos de interaprendizaje y promoción de la corresponsabilidad de las tareas domésticas y responsabilidad de la vida familiar, de manera que se promueva una mayor igualdad entre quienes integran las familias para disponer de tiempo para el ocio, la diversión, asistir a citas médicas y desarrollar prácticas de cuidado recíprocas.



Por otra parte, una tendencia que se viene presentando desde el informe anterior sobre el estado de los derechos humanos de las mujeres (INAMU, 2019) es el aumento de quienes están construyendo planes de vida en los cuales la maternidad no parece tener la prioridad de antaño. En la ENPEDEMU 2021 (INAMU, 2022) la población reconoce como un avance que las mujeres pueden elegir ser o no madres y acerca del número de hijos e hijas que desean tener, lo cual coincide con la reducción de la tasa de natalidad y con el aumento en la edad promedio de las madres. Una acción que ha sido estratégica y que podría haber abonado a este comportamiento es la modernización de esquemas de anticoncepción de acceso gratuito para mujeres adolescentes, jóvenes y adultas. Esta acción, ha sido acompañada de procesos sistemáticos de capacitación al personal de salud sobre los nuevos métodos desde el ámbito médico y jurídico, buscando garantizar el acceso de todas las mujeres consultantes a estos medicamentos independientemente de su edad, y en espacios de atención de calidad y libres de prejuicios o estereotipos de género.

En ese mismo orden de ideas, un logro que se sostiene es la reducción del embarazo en las mujeres adolescentes, en donde confluye una mayor apertura por parte de la población hacia la educación para la sexualidad y el acceso a métodos anticonceptivos, con acciones de acompañamiento sostenidas y dirigidas hacia las personas adolescentes por parte de las instancias de salud. No obstante, es necesario fortalecer los esfuerzos de prevención del embarazo en aquellas provincias y zonas en las cuales las tasas de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años se han mantenido altas, como es el caso de la provincia de Limón y las zonas costeras, seguido de Puntarenas y Guanacaste. Esta situación interpela a la institucionalidad a continuar con los esfuerzos articulados para la atención de las personas adolescentes, pero también a incrementar las acciones de protección hacia esta población ante situaciones abusivas, sobre todo considerando el número de embarazos de mujeres entre 15 y 19 años que se presentan fuera de unión y que podrían estar sucediendo en el marco de relaciones impropias.

Por otro lado, es impostergable el fortalecimiento de las medidas de apoyo y acompañamiento para las mujeres adolescentes que están embarazadas o ya son madres; por ejemplo velar porque asistan al número de consultas prenatales recomendado por la OMS o la generación

de espacios de cuidado para que continúen sus estudios y puedan asistir a actividades de autocuidado, recreativas, deportivas o culturales, a fin de que desarrollen proyectos de vida integrales y acordes con su momento del desarrollo vital.

Sin lugar a duda, en materia de salud reproductiva hay avances legislativos importantes, como la aprobación de la Norma Técnica para la aplicación del aborto terapéutico establecido en el artículo 121 del Código Penal y su correspondiente Protocolo de atención; y la aprobación de la Ley “Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido” (Ley 10.081, 2022). A partir de estos aciertos se ha buscado contribuir a mejorar la experiencia del embarazo y parto, así como disminuir los riesgos que la madre y su hija o hijo puedan enfrentar durante esta etapa.

No obstante, continúa siendo fundamental la labor de sensibilización de los equipos de salud, de manera que las consejerías y el acompañamiento que se brinde a las mujeres en todos los centros de salud y maternidades en el país estén libres de prejuicios sexistas, basados en la evidencia científica y adecuados a las características culturales y étnicas de las mujeres. Asimismo, se debe continuar con los procesos de sensibilización dirigidos a la población para visibilizar las necesidades de cuidado y atención que tienen todas las mujeres en procesos asociados con el embarazo y el nacimiento de sus hijos e hijas, de manera que se posicione de manera más contundente su derecho a un parto seguro y respetuoso. Aunque la razón de mortalidad materna es un indicador que hay que analizar con cautela, su comportamiento muestra la importancia de profundizar en estudios que den cuenta de las condiciones psicosociales y económicas que están incidiendo en su aumento en algunas zonas del país, para crear estrategias de abordaje diferenciadas a las necesidades y condiciones de las mujeres en su diversidad.

Ahora bien, la experiencia de la pandemia por COVID-19 evidenció la forma en la que se agudizaron diversas manifestaciones de la desigualdad que viven las mujeres, y cómo en situaciones de crisis el mayor peso recae sobre ellas, provocando afectaciones directas a su salud. En este sentido, la histórica falta de atención de la salud mental ya está dando señales de requerir un abordaje interinstitucional urgente que articule acciones tomando



en cuenta la interseccionalidad y el enfoque de género; y que cubra a la población desde sus escenarios más cercanos y seguros.

Finalmente, una deuda aún pendiente es la generación de datos estadísticos que den cuenta de la vivencia de la salud integral de las mujeres en los distintos momentos del ciclo vital y desde su diversidad de orientación sexual, étnica, geográfica y condición de discapacidad, entre otras. Los indicadores disponibles a nivel país aún están marcados por la heteronormatividad y persisten omisiones que podrían estar dificultando la visibilización de las necesidades de grupos de mujeres que requieren respuestas desde el Estado y que han visto la postergación sistemática de la atención a sus demandas.

Aunado a lo anterior, es necesario ampliar el ámbito de acción en la legislación y políticas públicas en materia de su salud más allá del ámbito sexual y reproductivo. Resulta vital garantizar que la perspectiva de género se transversalice adecuadamente en el diseño y ejecución de todas las políticas en materia de salud, para que las necesidades de las mujeres no se diluyan entre la generalidad de las acciones que se impulsan en ese ámbito.

Para alcanzar una buena salud integral, es fundamental el reconocimiento del impacto del sexismo y la discriminación en la vida de las mujeres. Además del acceso a los servicios y adelantos médicos, para alcanzar el bienestar las mujeres se requiere mayor igualdad, reciprocidad y armonía en las relaciones más inmediatas, así como en las comunidades y con el ambiente, de manera que puedan disponer de mayor riqueza material, de tiempo y autodeterminación para fortalecerse y para buscar alivio cuando se presente algún malestar.

La salud de las mujeres no debe estar supeditada al cumplimiento de los mandatos sociales de género, ni debería ocupar un lugar secundario en su vida o las políticas públicas estatales. Este derecho fundamental debe ser garantizado de manera amplia e integral, a todas las mujeres, en todas sus etapas vitales, en toda su diversidad. Sólo así se garantizará un disfrute pleno del resto de los derechos humanos permitiendo una existencia plena con calidad de vida.





Referencias bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, Y. (2007). Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *La manzana de la discordia*, (4), 107-115. <https://core.ac.uk/download/pdf/11862592.pdf>
- Ascunce, N. (2015). Screening: why and how. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(1), 5-7. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100001>
- Blanco, P. (26 de octubre de 2018). *El país tiene una deuda con la salud mental*. Universidad de Costa Rica (UCR). <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/10/26/el-pais-tiene-una-deuda-con-la-salud-mental.html>
- Bourdieu, P. y Passeron, J. (2001). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Editorial Popular.
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). (2020a, 14 de diciembre). *Oficio PPEG-0120-20 Informe Institucional sobre el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en la Caja Costarricense de Seguro Social período 2017-2020*. [Oficio].
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). (2020b). *Manual de Procedimientos de la Unidad de Medicina Reproductiva de Alta Complejidad en la Red de Servicios de Salud de la CCSS UMRAC Código MP.PM.AAIP. DDSS.GM.030619*. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3664/Manual%20de%20Procedimientos%20de%20la%20Unidad%20de%20Medicina%20Reproductiva%20de%20Alta%20Complejidad%20en%20la%20Red%20de%20Servicios%20de%20Salud%20de%20la%20CCSS%20UMRAC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cambroner, N. (2022, 17 de octubre). Histórica caída de embarazos entre menores de edad: nacimientos bajan a la mitad en solo tres años. *La Nación*. <https://www.nacion.com/data/historica-caida-de-embarazos-entre-menores-de-edad/SR2QL6IXVVFTXA3G5R-K235QKTQ/story/>
- Canaval, E. y Gladys, E. (2018). *Salud de la Mujer. Un desafío para el cuidado y un compromiso para todos*. Programa Editorial Universidad del Valle.
- Centro Centroamericano de Población (CCP). (2022, noviembre). *Curso Básico de epidemiología para enfermería*. Universidad de Costa Rica. http://ccp.ucr.ac.cr/~icamacho/demografia_03/
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (2022, octubre). *Especialistas señalan urgencia de actualizar estadísticas en cáncer de mama*. [Comunicado de prensa]. <https://medicos.cr/web2/especialistas-señalan-urgencia-de-actualizar-estadisticas-en-cancer-de-mama/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016a). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Organización de las Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016b). *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible*. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016, 25 a 28 de octubre). *Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41011/1/S1700035_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022a). *Hacia la transformación del modelo de desarrollo en América Latina y el Caribe: producción, inclusión y sostenibilidad 2022*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48308/S2200584_es.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022c). *Costa Rica: Documento de insumo sobre brecha digital de género* [Documento interno]. CEPAL.



- Contraloría General de la República (CGR). (2018). *Informe de auditoría de carácter especial acerca de la rectoría del Ministerio de Salud, en cuanto a las acciones de política pública vinculadas con el abordaje de la "salud mental"*. INFORME N° DFOE-SOC-IF-00025-2018. https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2018/SI-GYD_D_2018021645.pdf
- Cordero, M. (2021a, 15 de setiembre). La esperanza de vida de los costarricenses se redujo en más de un año por el impacto de la pandemia. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/la-esperanza-de-vida-de-los-costarricenses-se-redujo-en-mas-de-un-ano-por-el-impacto-de-la-pandemia/>
- Cordero, M. (2021b, 27 de octubre). La otra epidemia: Costa Rica supera crecimiento mundial de casos por depresión y ansiedad. *Semanario Universidad*. <https://www.iip.ucr.ac.cr/es/noticias/la-otra-epidemia-costarica-supera-crecimiento-mundial-de-casos-por-depresion-y-ansiedad>
- Cordero, M. (2022, 18 de mayo). CCSS: Egresos hospitalarios por intoxicaciones etílicas aumentaron durante la pandemia. *Seminario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/ccss-egresos-hospitalarios-por-intoxicaciones-etilicas-aumentaron-durante-la-pandemia/>
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). (2023). *III Informe Regional del Sistema FLACSO. Políticas públicas de igualdad de género en América Latina y el Caribe en el siglo XXI: nuevos protagonistas y viejos dilemas en tiempos de incertidumbre*. FLACSO. <https://www.flacso.edu.mx/informe-regional-del-sistema-flacso/>
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficante de sueños.
- Fondo de Población y Desarrollo (UNFPA). (2022). *Folleto informativo sobre nacimientos en niñas y adolescentes basado en el Sistema de información estadística sobre características sociodemográficas de los nacimientos en Costa Rica, 2000-2021, con énfasis en niñas y adolescentes y con base en las estadísticas vitales del INEC*. <http://costarica.unfpa.org/nacimientos>
- Fuentes, E. (2020). *Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de la evidencia estadística en Costa Rica (2009- 2011 y 2016-2018)*. [Trabajo final de investigación, Universidad de Costa Rica].
- Gallego, Y; Gil, S.; Cardona G. y Sepúlveda, M. (2018). *Revisión teórica de eustrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y su relación con las estrategias de afrontamiento*. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4229/REVISI%20D3N%20TEORICA%20DE%20EUISTR%20C9S%20Y%20DISTR%20C9S%20DEFINIDOS%20COMO%20REACCI%20D3N%20HACIA%20LOS%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20PSICOSOCIAL%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20LAS%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO%2028102018.pdf;jsessionid=543A63E9F5662BEB7A292DFB8B830198?sequence=1>
- J-PAL (s.f.). *Guía práctica para la medición del empoderamiento de mujeres y niñas en evaluaciones de impacto*. J-PAL
- Guzmán, V. (2002). *Gobernabilidad democrática y género, una articulación posible*. <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/9/10639/vguzman.pdf>
- Instituto Costarricense Sobre Drogas (ICD). (2022). *Perfil de consumo de psicotrópicos de uso médico en Costa Rica durante el período 2018-2021*. <https://www.ucr.ac.cr/multimedios/documentos/perfil-de-consumo-de-psicotropicos-de-uso-medico-en-costarica-durante-el-periodo-2018-2021.html>
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH). (2015). *Derechos económicos sociales y culturales y el derecho humano de las mujeres al más alto nivel de salud física y mental: Fundamentación conceptual*. IIDH.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (s.f.) Esperanza de vida. *Glosario de términos*. https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/glosario/WebHelp/glosario.htm#Esperanza_de_vida_1.htm
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2017). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo: Visibilizando las*



- brechas en el uso del tiempo de mujeres y hombres en Costa Rica*. <https://inec.cr/multimedia/enut-2017-encuesta-nacional-uso-del-tiempo-0>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). *Panorama demográfico 2020*. https://admin.inec.cr/sites/default/files/media/replacdef-2020a-panorama_demografico_2020_2.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2022a). *Indicadores demográficos 2021*. https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/replacEV_2021A_bolet%C3%A9nindicadoresdemogr%C3%A1ficos.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2022b). *Mortalidad materna y su evolución reciente 2021*. https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/replacdefEV_2021A_mortalidad%20materna%20y%20su%20evoluci%C3%B3n%20reciente_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023a, 20 de Julio). *Sistema de indicadores de seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/objetivos-desarrollo-sostenible>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023b). *Encuesta nacional de uso del tiempo 2022. Resultados generales*. https://admin.inec.cr/sites/default/files/2023-06/reENUT2022_0.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2011). *Primer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica*. Unidad de Investigación, Departamento Especializado de Información, Instituto Nacional de las Mujeres. <https://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/Primer+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR+%282011%29/b744fe8b-6ce7-4aae-b6e4-4600a2da9079>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2015). *Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica*. Unidad de Investigación, Departamento Especializado de Información, Instituto Nacional de las Mujeres. <https://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR+%282015%29/72b90f77-e590-40b1-b9f0-16b76a2774c6>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2019). *Tercer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica*. Unidad de Investigación, Departamento Especializado de Información, Instituto Nacional de las Mujeres. <https://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/Tercer+Estado+de+los+Derechos+Humanos+de+las+Mujeres+en+Costa+Rica+%282019%29.pdf/f1affa72-985f-4489-bcf6-28206a661e4d>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2020a). *Programa de Investigación Institucional "Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica" (2020-2025)*. Unidad de Investigación, Departamento Especializado de Información, Instituto Nacional de las Mujeres. <https://formatos.inamu.go.cr/SIDOC/archivosLibros/Programa%20de%20Investigaci%C3%B3n%20INAMU%202020-2025%20FINAL.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2020b). *Informe de cumplimiento 2019. Plan de Acción 2019-2022. Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres 2018-2030* [Documento interno]. INAMU.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2021a). *Afectaciones del COVID-19 en la vida de las Mujeres en Costa Rica*. Unidad de Investigación, Departamento Especializado de Información, Instituto Nacional de las Mujeres. <https://bit.ly/inamucovid19>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2022). *IV Encuesta Nacional de Percepción de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica (ENPEDEMU, 2021)*. Unidad de Investigación, Departamento Especializado de Información, Instituto Nacional de las Mujeres. <https://formatos.inamu.go.cr/SIDOC/archivosLibros/IV%20ENPEDEMU.pdf>
- La Nación. (2018, 9 de agosto). Unas 2.500 adolescentes se colocaron implantes anticonceptivos en primer año de plan de CCSS. *La Nación*. <https://www.nacion.com/el-pais/salud/unas-2500-adolescentes-se-colocaron-implantes/X365OUDCMBEVPGFYFQFGHS3M4Q/story/>
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En EMAKUNDE e Instituto Vasco



- de la Mujer (Eds.). (2004). *Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. EMAKUNDE, Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea Fondo Social Europeo. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf
- Laso, E.; Contreras, K. y Macías-Esparza, L. (2023). Entre la culpa y la vergüenza: Una aproximación al suicidio desde una perspectiva de género en clave emocional. *Revista de Psicoterapia*, 34 (124), 47-70. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37048>
- Mairena, J. (2020). Ministerio de Salud aprueba protocolo de atención de la CCSS para interrupción terapéutica del embarazo. *CCSS Noticias*. https://www.ccss.sa.cr/noticias/salud_noticia?ministerio-de-salud-aprueba-protocolo-de-atencion-de-la-ccss-para-interrupcion-terapeutica-del-embarazo
- Mandel, C. (2010). *Mapa del cuerpo femenino. Una lectura deconstructiva de creadoras visuales en Costa Rica*. Editorial Universidad de Costa Rica.
- Ramírez, S. (2019). Abordaje intersector para la prevención, atención y seguimiento del embarazo adolescente. *Revista Conexiones: una experiencia más allá del aula*, 2 (11), 45-55. https://www.mep.go.cr/sites/default/files/2revistaconexiones2019_a6.pdf
- Ministerio de Salud (MINSAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde la perspectiva de género*. Ministerio de Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-genero-y-salud/salud-en-la-mujeres/1792-indice-salud-de-las-mujeres-en-costa-rica/file>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2018). *Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana*. CONASIDA. <http://www.conasida.go.cr/doc-man/conasida/otros-documentos-de-interes/177-informe-encuesta-seroprevalencia?format=html>
- Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA), Informe de resultados de la encuesta*. UNICEF. <https://www.unicef.org/costarica/informes/encuesta-de-mujeres-ninez-y-adolescencia-2018>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2019). *Análisis de la Situación de Salud 2018. Memoria Institucional*. Ministerio de Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-salud>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2019). *Análisis de la Situación Integral en Salud de Costa Rica*. Ministerio de Salud. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/An%C3%A1lisis%20Integral%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud.%20Costa%20Rica%202019.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2020b). *Informe Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2020*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (MINSAL), Universidad Nacional (UNA) y Universidad Estatal a Distancia (UNED). (2021). *Informe Salud Mental y relaciones con el entorno en tiempos de covid-19*. UNED investiga. <https://investiga.uned.ac.cr/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-Salud-mental-en-tiempos-de-COVID-19.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2021, 12 de noviembre). *Fallecimientos por diabetes mellitus aumentaron 32.6% del 2019 al 2020*. [Comunicado de prensa]. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1150-fallecimientos-por-diabetes-mellitus-aumentaron-32-6-del-2019-al-2020>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2022a, 19 de octubre). *América Latina y el Caribe son las regiones con más diagnósticos en edades tempranas por cáncer de mama en la región* [Comunicado de prensa]. <https://>



- www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1423-america-latina-y-el-caribe-son-las-regiones-con-mas-diagnosticos-en-edades-tempranas-por-cancer-de-mama-en-la-region
- Ministerio de Salud (MINSa). (2022b). *Informe enero 2021 a junio 2022 del Ministerio de Salud Convención contra todas las formas de discriminación a las mujeres / CEDAW*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (MINSa). (2022c, 14 noviembre). *En Costa Rica se diagnostican por día 26 personas por diabetes mellitus* [Comunicado de prensa]. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1440-en-costa-rica-se-diagnostican-por-dia-26-personas-por-diabetes-mellitus>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2023, 18 de enero). *Enfermedades No Transmisibles representaron el 80.73% de las defunciones en el territorio nacional para el año 2019* [Comunicado de prensa]. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1498-enfermedades-no-transmisibles-representaron-el-80-73-de-las-defunciones-en-el-territorio-nacional-para-el-ano-2019>
- Organización de Naciones Unidas. (2015, 25 de setiembre). *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* [Comunicado de prensa]. ONU. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- Organización de Naciones Unidas. (2017, 14 de noviembre). *Las mujeres y la diabetes, una relación promovida por la obesidad*. *Noticias ONU*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2017/11/las-mujeres-y-la-diabetes-una-relacion-promovida-por-la-obesidad/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Presentación del informe Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. OMS. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/launch-of-the-report-on-women-and-health-today-s-evidence-to-morrow-s-agenda>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016, 7 de noviembre). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado* [Comunicado de prensa]. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Menopausia*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *La salud es un derecho humano fundamental*. OMS. <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018a). *Género y Salud*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018b). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad.>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *Cáncer cervicouterino*. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016, 26 de setiembre). *Prevención: factores de riesgo y prevención del cáncer de mama*. <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-factores-riesgo-cancer-mama-prevencion>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Enfermedades cardiovasculares*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECDa). (2022, 14 de octubre). *Costa Rica*. Better life index. OECD. <https://www.oecdbetterlifeindex.>



- org/es/countries/costa-rica-es/#:~:text=En%20el%20campo%20de%20la,78%20a%C3%B1os%20para%20los%20hombres.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2022, 6 de diciembre). *Non-Medical Determinants of Health: Tobacco consumption*. OECD Stat. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30127>
- Parra, O. (s.f.). *El derecho a la salud desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres*. CorteIDH. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/a22089.pdf>
- Payá, R., y Beneyto, P. (2019). Desigualdades de género en las condiciones de trabajo, empleo y salud laboral en España. *Sociology & Technoscience / Sociología y Tecnociencia*, 9 (2), 23–49. <https://doi.org/10.24197/st.2.2019.23-49>
- Pérez, C. y Gálvez, A. (2009). Teletrabajo y vida cotidiana: ventajas y dificultades para la conciliación de la vida laboral, personal y familiar. *Athenea digital*, 15, 57–79. <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/130689>.
- Pinafi, T. (2013). Malestar y psicofármacos: dependencia en la posmodernidad. *Nómadas*, (39), 79–89. <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105129195006.pdf>
- Programa Estado de la Nación (PEN). (2022). *Estado de la Nación 2022*. PEN. https://estadonacion.or.cr/wp-content/uploads/2022/11/PEN_informe_estado_nacion_completo_2022.pdf
- Quiroa, M. (2020, 03 de junio). Esperanza de vida. *Economipedia.com*. <https://economipedia.com/definiciones/esperanza-de-vida.html>
- Ramos, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37 (4), 275–281. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52122>
- Salas, S. (2021, 14 de octubre). *Teletrabajo y salud mental de las mujeres* [ponencia]. Foro de Salud Mental, Consejo Nacional de Salud Ocupacional del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Schneider H., Calderón, M. y Pizzinato, A. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Psicología*, 33 (2), 438–467. <https://doi.org/10.18800/psico.201502.008>
- Self-Care Trailblazer Group (SCTG). (s.f. a). *Términos comunes en autocuidado*. <https://www.psi.org/project/self-care/uhc-advocacy-toolkit-spanish/?fbclid=IwAR3C6GYRXqplO0chrOYTgTxEvlyr5t4sVNxP-OJ8ZcSP-4JS8Y-btCi6whw>
- Self-Care Trailblazer Group (SCTG). (s.f. b). *Movimiento de autocuidado mundial para cobertura sanitaria universal*. <https://www.psi.org/project/self-care/uhc-advocacy-toolkit-spanish/?fbclid=IwAR3C6GYRXqplO0chrOYTgTxEvlyr5t4sVNxP-OJ8ZcSP4JS8Y-btCi6whw>
- Serret, E. (2016). *Género y democracia*. Instituto Nacional Electoral de México.
- Universidad de Costa Rica (UCR). (2023). *Nuevo estudio del ICD-UCR revela que las mujeres consumen la mayor cantidad de psicotrópicos*. UCR. https://www.ucr.ac.cr/noticias/2023/3/14/nuevo-estudio-del-icd-ucr-revela-que-las-mujeres-consumen-la-mayor-cantidad-de-psicotropicos.html?fbclid=IwAR3dJdK-v5gv6DZqUe0eYVAX2mhZUimoCXKQKIHCR5gA0jCYIC2IM0yXP_g
- Valdivia, B. (2020). *La penalización del cuidado en la ciudad capitalista y patriarcal*. <https://criticaurbana.com/la-penalizacion-del-cuidado-en-la-ciudad-capitalista-y-patriarcal>
- Valls, C. (2011). *Mujeres, salud y Poder*. Feminismos.
- Valls, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitán Swing Libros.
- Valls, C., Banqué, M., Fuentes, M., Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39 (1), 9–22. <https://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/view-File/98015/159758>
- Vargas, K. (2010). Marco legal de la Salud Pública en Costa Rica. En Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública (2010). *La salud pública en Costa Rica:*



Legislación sanitaria, calidad y nuevas alternativas de atención, 449-470. (1. ed.). Universidad de Costa Rica. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B0D1087F710557EE05257B-C5007A2640/\\$FILE/23_Marco_legal.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B0D1087F710557EE05257B-C5007A2640/$FILE/23_Marco_legal.pdf)

Fuentes jurídicas nacionales

Asamblea Nacional Constituyente. (1949, 7 de noviembre). *Constitución Política de la República de Costa Rica*.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1990, 26 de marzo). *Ley 7142 de 1990. Promoción de la Igualdad Social de la Mujer*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 59.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2001, 27 de abril). *Ley 8101 de 2001. Ley de Paternidad Responsable*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 81.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2017, 13 de enero). *Ley 9406. Ley de Fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas, reforma Código Penal, Código Familia, Ley Orgánica TSE y Registro Civil, y Código Civil*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 9.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2019, 10 de diciembre). *Ley 9793. Reforma Crea Instituto del Deporte y Recreación (ICODER) y su Régimen Jurídico e Impuestos sobre Cigarrillos y Licores para Plan de Protección Social, para la inclusión al deporte y la recreación de las personas con discapacidad*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 235.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2019, 13 de diciembre). *Ley 9797 de 2019. Ley Reforma integral de la Ley 7771: Ley general sobre el VIH*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 238.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2020, 17 de marzo). *Ley 9824 de 2020. Reforma del artículo 12 de la ley 5395, Ley General de Salud, de 30 de oc-*

tubre de 1973, para proteger a la mujer embarazada, antes, durante y después del parto. Diario Oficial La Gaceta, n.º 52.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2022, 27 de enero). *Ley 10.081. Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 17.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2019, 25 de enero). *Lineamientos para la extensión de cobertura y acceso al condón femenino para poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS. Código: L.GM.DDSS.25.01.2019*. <http://www.conasida.go.cr/documentacion/conasida/normativas-y-lineamientos/23-lineamiento-cobertura-y-acceso-condon-femenino/file>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2020). *Protocolo de Atención Clínica para el procedimiento médico vinculado con el artículo 121 del código penal: Interrupción Terapéutica del Embarazo*. <https://d1qqtien6gys07.cloudfront.net/wp-content/uploads/2020/12/PAC-ITE-version-diciembre-2020.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2022). *Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud. Código PAC.GM.DDSS.AAIP.260121*. <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-postparto-2.pdf>

Ministerio de Salud. (2020, 23 de junio). *Acuerdo: 1577. Lineamiento de atención durante el embarazo, parto y posparto inmediato a mujeres embarazadas infectadas por COVID-19 y al recién nacido (Servicios de Salud)*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 152.

Poder Ejecutivo de la República de Costa Rica. (2019, 17 de diciembre). *Decreto Ejecutivo 42113-Oficialización de la "Norma técnica para el procedimiento médico vinculado con el artículo 121 del código penal"*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 240.

Poder Ejecutivo de la República de Costa Rica. (2019, 23 de abril). *Decreto Ejecutivo 41722. Dispensación de los*



anticonceptivos orales de emergencia. Diario Oficial La Gaceta, n.º 90.

Poder Ejecutivo de la República de Costa Rica. (2019, 12 de diciembre). *Decreto Ejecutivo 42113. Oficializa la Norma Técnica para el Procedimiento Médico Vinculado con el artículo 121 del Código Penal (Aborto terapéutico)*. Diario Oficial La Gaceta, n.º 240.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. (1992, 11 de noviembre). *Voto 3435-92*.

Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (1992, 22 de julio). *Sentencia 01915*. <https://vlex.co.cr/vid/-497198930>

Fuentes jurídicas internacionales

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2013, 12 a 15 de agosto). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7ff6776f-6537-4904-9336-298cbfbb263c/content>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1990, 3 de febrero). *Recomendación general núm.15 sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*. (HRI/GEN/1/Rev.1). https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres3/CEDAW2/docs/Recom_grales/15.pdf

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1991, 4 de enero). *Recomendación general núm.18 sobre mujeres discapacitadas*. (A/46/38). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6228.pdf?view=1>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1999, 2 de febrero). *Recomendación general núm.24 sobre el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – La mujer y la salud*. (A/54/38/Rev.1). https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CEDAW/00_4_obs_grales_CEDAW.html

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2008, 5 de diciembre). *Recomendación general núm.26 sobre las trabajadoras migratorias*. (CEDAW/C/2009/WP.1/R). https://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/gr_26_on_women_migrant_workers_sp.pdf

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2010, 16 de diciembre). *Recomendación general núm.27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos*. (CEDAW/C/GC/27). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2014, 14 de noviembre). *Recomendación general núm.32 sobre las dimensiones de género del estatuto de refugiada, el asilo, la nacionalidad y la apatridia de las mujeres*. (CEDAW/C/GC/32). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9924.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2016, 7 de marzo). *Recomendación general núm.34 sobre los derechos de las mujeres rurales*. (CEDAW/C/GC/34). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10709.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2017, 3 al 21 de julio). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Costa Rica*. (CEDAW/C/CRI/7). <https://www.refworld.org/es/pdfid/59ce93f64.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000, 11 de agosto). *Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. (E/C.12/2000/4, CESCR). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Comité de los Derechos del Niño. (2011). *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales: Costa Rica al cuarto informe periódico de Costa Rica*. (CRC/C/CRI/4). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8585.pdf?view=1>



Comité de Derechos Humanos. (2016, 21 de abril). *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Costa Rica. (CCPR/C/CRI/CO/6)*. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%-2FPPrICAqhKb7yhsmeyzlWnPEw50wdOC4PJZQ0W-tpVN0FDEDmm1YLulIEDCGzdExTk0QEulWplyJnoR-5ob6SoldMTXGhYY7wYTgAMdjH0KrKt3LgzE%2Fts-MII%2F8kl>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020, 21 de abril). *Informe No. 122/20 PETICIÓN 1159-08 Informe de admisibilidad A.N. y Aurora Costa Rica. (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 132)*. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2020/crad1159-08es.pdf>

Organización de Estados Americanos (OEA). (1948, 1 de mayo). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*.

Organización de Estados Americanos (OEA). (1994, 9 de junio). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará)*.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1948, 10 de diciembre). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1966, 16 de diciembre). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1979, 18 de diciembre). *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1994, 5 al 13 de septiembre). *Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Declaración de El Cairo)*.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1995, 4 al 15 de septiembre). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). *Cons-*

titución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Planes, políticas y programas nacionales

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2007). *Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG) (2007-2017)*. INAMU. https://oimp.ciem.ucr.ac.cr/sites/default/files/recursos/PIEG_2007-2017.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2017). *Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades de Costa Rica 2017-2032 (PLANNOVI)*. INAMU. <https://www.planovicr.org/caja-herramientas/politica-nacional-para-la-atencion-y-prevencion-de-la-violencia-contra-las-mujeres>

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2018). *Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres (PIEG) (2018-2030)*. INAMU. <https://www.inamu.go.cr/documents/10179/401246/INAMU+PIEG+2018-2030+NEW.pdf/f8333d70-df04-417e-bbe9-c48c412a3cfb>

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). (2021b). *Plan de Acción 2019 – 2022 (Ajustado en 2020 en el marco de la emergencia sanitaria). Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres PIEG 2018 – 2030*. INAMU. <https://www.comex.go.cr/media/8863/plan-de-acci%C3%B3n-2019-2022-de-la-pol%C3%ADtica-de-igualdad-y-equidad-de-g%C3%A9nero-pieg.pdf>

Ministerio de Salud (MINSa) y Ministerio de Deporte y Recreación. (2011). *Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021*. MINSa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/planes-planes-institucionales/720-plan-nacional-de-actividad-fisica-y-salud-2011-2021/file>



- Ministerio de Salud (MINSa). (2010). *Política Nacional de Salud 2010-2021*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (MINSa). (2011a). *Política Nacional de la Sexualidad 2010-2021 (I Parte)*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/707-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2011b). *Política Nacional de la Sexualidad 2010-2021 (II Parte)*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/708-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-ii/file>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. MINSa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/704-politica-nacional-de-salud-mental/file>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2016). *Plan Estratégico Nacional (PEN) en VIH y SIDA 2016–2021*. MINSa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/planes-planes-institucionales/712-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida-2016-2021/file>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2016). *Plan Nacional de Salud 2016-2020*. MINSa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/planes-planes-institucionales/709-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2020a). *Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2021- 2030*. MINSa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-estrategicos-institucionales/5386-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2021-2030/file>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2021). *Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2021-2030*. MINSa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-estrategicos-institucionales/5386-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2021-2030/file>
- Ministerio de Salud (MINSa) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Estrategia nacional para el envejecimiento saludable basado en el curso de vida. 2022-2026*. MINSa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-estrategicos-institucionales/5079-estrategia-nacional-para-un-envejecimiento-saludable-2018-2020/file>
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI). (2009). *Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021*. PANI. <https://repositorio-snp.mideplan.go.cr/handle/123456789/112>





INSTITUTO
NACIONAL DE
LAS MUJERES

GOBIERNO
DE COSTA RICA

Edificio A-Sigma, Piso 1
Costado Oeste del Mall San Pedro,
Montes de Oca, San José, Costa Rica.

Tel.: (506) 2527-8400

www.inamu.go.cr

ISBN: 978-9968-25-413-7



9 789968 254137