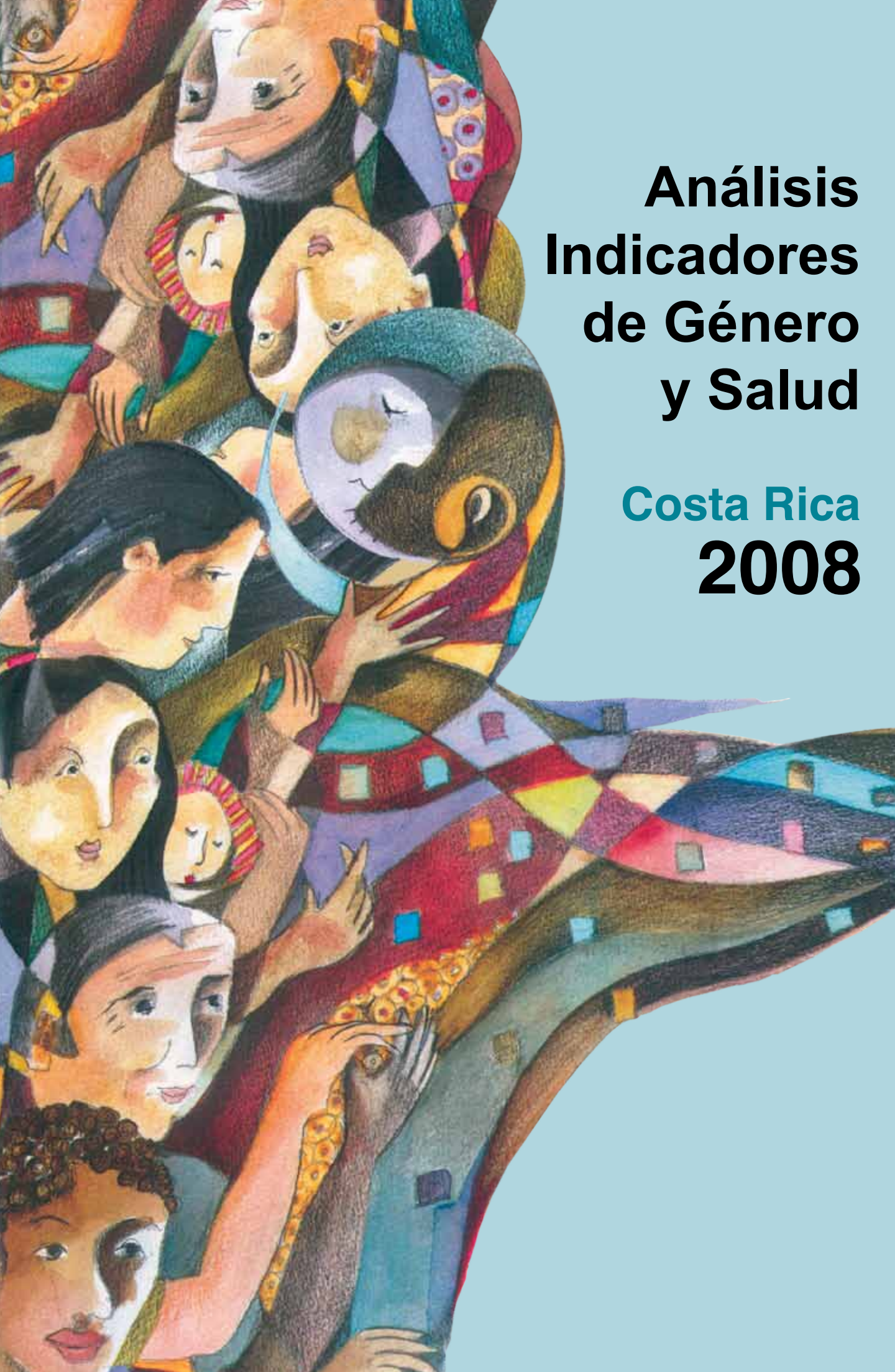




Análisis Indicadores de Género y Salud

**Costa Rica
2008**

Indicadores de Género y Salud Costa Rica 2008

***“No basta saber, sino también aplicar el saber,
no basta querer, es preciso actuar”. Goethe***

El presente documento sistematiza la situación actual de varios indicadores demográficos, económicos y de salud para hombres y mujeres correspondiente al 2 008. Tiene como finalidad servir de insumo para realizar un análisis utilizando el enfoque de género, que permita visualizar la situación de hombres y mujeres en temas como mortalidad, salud reproductiva, salud sexual, violencia intrafamiliar, y el acceso efectivo a los servicios de atención en salud.

Se pretende no solo desagregar los datos por sexo de la prevalencia e incidencia de problemas o necesidades de salud, sino integrar algunos elementos que muestren situaciones que vulneren o protegen la salud de hombres y mujeres.

1. Contexto socio demográfico

Costa Rica muestra un crecimiento poblacional que corresponde con lo estimado durante los últimos años, sin mayores cambios a nivel de estructura por edades de la población y distribución por sexos. Para el 2008, la población alcanzó los 4 451 262 habitantes distribuidos en un 49,2 por ciento en mujeres y un 51,8 por ciento en hombres. Dicha estructura de población no muestra cambios significativos en relación con el 2006 y se concentra en los grupos que van de los 20-34 años y de los 35-49 años, contrayéndose en las edades menores a 10 años y en las poblaciones mayores de 65 años. Este comportamiento corresponde con lo esperado a partir del descenso en la tasa global de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida.

Costa Rica, sigue mostrando una alta expectativa de vida, alcanzando 81,7 años para las mujeres y los 76,7 años en el caso de los hombres. Por su parte, la expectativa de vida una vez cumplidos los 65 años asciende en el caso de las mujeres a los 20,5 años, y en el de los hombres, a los 18,0 años, manteniéndose muy similar a lo estimado para el 2006.

En relación con la población económicamente activa, la cual representa un poco más de 2 000 000 de personas, con una tasa de participación femenina del 41,7 % y 72,5 % de participación masculina del total. Las Regiones con más baja tasa de participación son: la Pacífico Central y la Brunca, con 51,1% y 48,8% respectivamente.

De acuerdo con la clasificación por ramas de actividad, el comercio y la reparación es donde se concentran la mayoría de la población ocupada, seguida de la industria manufacturera. En la rama de agricultura y la ganadería predominan los hombres y la del servicio doméstico las mujeres.

La tasa de desempleo abierto es mayor para las mujeres de la Región Huetar Atlántica, con una tasa del 8%, duplicando el número de la Huetar Norte 3,7%. Sin embargo, en esta última región es donde se encuentra el mayor porcentaje de hogares con jefatura femenina en extrema pobreza.

Si bien es cierto los indicadores económicos muestran mejores oportunidades de empleo para las mujeres, sería importante incorporar otras variables al análisis que permitiera analizar las condiciones de empleo bajo las cuales éstas se desempeñan.

2. Algunos aspectos de la morbi mortalidad

En este apartado se analizarán los datos correspondientes a algunos indicadores de enfermedades crónicas como hipertensión, trastornos endocrinos, circulatorios, cáncer, causas externas, violencia intrafamiliar, hepatitis, salud sexual y salud reproductiva.

Los indicadores de morbilidad están basados en los resultados de los reportes de eventos de declaración obligatoria y en los egresos hospitalarios de la Caja Costarricense del Seguro Social.

2.1. Enfermedades crónicas:

Al analizar los egresos hospitalarios por agrupaciones de causas, se observa que para las mujeres un tercio de los mismos, están relacionados a patología de los órganos reproductivos, venosos y endocrinos. Llama la atención que éstas también son las más afectadas por “complicaciones de la atención médica”, en este grupo se incluyen las hemorragias, hematomas, infecciones, reacciones a medicamentos, complicaciones anestésicas, entre otras.

Los traumatismos, los tumores de pulmón y tráquea, así como las infecciosas predominan en los egresos para el sexo masculino. Estos indicadores reflejan de alguna manera la exposición diferencial a riesgos en los modos de vida tanto en la esfera pública como la privada.

Relacionado con lo anterior, se tiene que aunque se reportan menor número de días de incapacidad para los hombres, éstos suman mayor cantidad de días de hospitalización por urgencias y por medicina de empresa que las mujeres. Lo anterior podría indicar que los hombres sean hospitalizados por mayor severidad o por complicaciones de ciertos problemas de salud y por causas relacionadas a accidentes y violencias.



Es de considerar la mayor proporción de muerte en la población femenina por cirrosis, diabetes y enfermedad hipertensiva en todas las provincias. Una excepción es la diabetes mellitus que es muy similar entre hombres y mujeres. Quedan interrogantes acerca de si estas proporciones son debidas más a diferenciales en el acceso y control de recursos para la atención de las personas con estos padecimientos que a predisposición biológica.

2.2. Cáncer

En Costa Rica, la proporción de las defunciones por neoplasias malignas no muestra reducciones importantes en términos absolutos durante los últimos dos años. Las muertes por estas causas representan el 21,3 por ciento del total de las defunciones del país (para el 2006 representaron el 21,8 por ciento).

En la distribución geográfica de la mortalidad, se observa que Heredia es la provincia que presenta la mayor mortalidad proporcional por cáncer en las mujeres. Asimismo esta provincia y Guanacaste son las que tienen mayor diferencial entre hombres y mujeres (entre el 5 y 7%), aunque habría que calcular otros indicadores para estudiar esas diferencias entre hombres y mujeres y entre la población femenina de las diferentes provincias.

Llama la atención la alta proporción de muertes por cáncer de mama en Puntarenas y Limón (21% y 25 % respectivamente) y sería pertinente estudiar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de esta condición.

En relación con la mortalidad por cáncer de cérvix, Cartago y Guanacaste son las provincias con mayor proporción de muertes por esta causa, 4,3% y 4,5% respectivamente.

En general, la mayoría de muertes por cáncer de mama y de cerviz ocurren en las mujeres de mediana edad o sea en menores de 64 años, lo que nos señala que se acumulan mayor cantidad de años de vida perdidos para las mujeres por estas causas. A diferencia de los hombres donde las neoplasias de próstata y pulmón ocurren en la adultez mayor (65 años y más) y que equivaldría a menor cantidad de muertes prematuras.

2.3. Infecciones

● Hepatitis B

En relación con los casos registrados de hepatitis B el mayor número de casos se encuentra entre los 35 a 49 años con un 34,94 % del total de casos, de los cuales el 74,14 % son hombres. En cuanto a la incidencia el grupo más afectado corresponde al de hombres de 50 a 64 años con una tasa de 10,7 por 100.000 habitantes. En este rubro debería profundizarse en algunos otros datos que permitan dar cuenta de la principal vía de transmisión y las conductas de riesgo asociadas a la infección.

San José fue la provincia donde hubo más casos reportados (34%) y Heredia es la que presenta la mayor tasa de incidencia, superior a la nacional (4,84 por 100 mil habitantes),

● VIH

Los casos nuevos de VIH corresponden de forma mayoritaria a los varones (77.19%), la razón hombre mujer para el 2008 fue de 3,1 (3 hombres por cada mujer). La tasa de incidencia en la población masculina es de 9,0 por 100 000 habitantes.

El comportamiento por edades muestra variaciones: en el grupo de 30 a 34 años presenta el mayor porcentaje de casos con un 21,67% del total y es el grupo que tiene la mayor tasa de incidencia con un 26,7 por 100.000 habitantes.

Es importante anotar que a pesar de que la infección es más frecuente en hombres la brecha de infección con las mujeres se viene cerrando. Esto por cuanto los casos diagnosticados se han presentado más en hombres y a partir de 1998 se viene observando un aumento progresivo en las mujeres.

Tal como lo afirma ONUSIDA¹ *“En todo el mundo, por su condición social desigual, las mujeres corren más peligro de contraer la infección por el VIH. Ellas están en desventaja con respecto al acceso a la información acerca de la prevención de la infección, la capacidad de negociar encuentros sexuales sin riesgos y el acceso al tratamiento para la infección por el VIH/SIDA una vez infectadas. Como consecuencia de estas inequidades, la tasa de infección por el VIH en las mujeres aumenta más rápidamente que la tasa de infección en los hombres, en el Caribe y América Latina”*

Se sabe que el impacto de vivir con VIH para las mujeres se agudiza, porque la discriminación que sufren se extiende a sus hijas e hijos, postergan su cuidado por cuidar a otros/as y las respuestas de los servicios de salud incluyendo el tratamiento antirretroviral que hasta hace muy poco tiempo se trata de relacionar con sus necesidades y características biológicas y sociales. No es lo mismo pensar en el impacto del antirretroviral en un hombre adolescente que en una mujer adolescente, el impacto que éste podría tener durante el embarazo o parto o en la menopausia.

Basados además en la historia natural de la enfermedad, la información presentada hace suponer que las personas se infectan en edades jóvenes. Vale la pena entonces, reflexionar sobre los obstáculos para la prevención, principalmente por la vía sexual de la transmisión de este virus.

Esto lleva a sostener que no es posible centrarse sólo en las condiciones biológicas para explicar lo que facilita o no adquirir una infección de transmisión sexual, es indispensable analizar el impacto que tiene la posición y situación que ocupan socialmente las mujeres y hombres.

¹ ONUSIDA. “El género y el VIH /SIDA. Actualización técnica. Agosto 2 000



2.4. Infecciones de transmisión sexual

● Sífilis

En este caso, el grupo de mujeres representan más de la mitad de los casos reportados de infección: 51,9 %, y las que se encuentren entre 20 a 24 años abarcan un 42% del total.

La tasa de incidencia de sífilis es similar en hombres y mujeres, sin embargo según los grupos de edad se observa mayor incidencia en el de las mujeres.

Llama poderosamente la atención el número de casos en mujeres entre los 50 y 75 años lo que hace preguntarse por los recursos con los que están contando en esta etapa de la vida las mujeres para protegerse negociar sexo seguro, cuando están muchas de ellas en relaciones estables de muchos años caracterizadas por una gran confianza en su pareja.

Otro hecho alarmante la cantidad de casos de sífilis congénita, pues la incidencia en menores de un año de edad cuadriplica la incidencia general. Esta situación obliga a centrar mayor control y prevención en la atención de las mujeres en edad reproductiva, sobre todo durante el embarazo. Estas medidas incluyen el énfasis en la protección sexual, en la aplicación adecuada y supervisión de la normativa en la atención prenatal.

● Gonorrea

Esta infección tiene rostro de hombre joven: la tasa de incidencia más alta se registra en los hombres entre 20 a 34 años, correspondiéndole una tasa de 100,5 por 100 000 habitantes.

Otro dato alarmante es el diagnóstico de casos de esta infección de transmisión sexual en niños y niñas entre 5 y 14 años, con mayor incidencia en las niñas, siendo éste un indicador predictivo de violencia sexual.

La situación observada de las infecciones de transmisión sexual para hombres y mujeres, otra vez obliga a preguntarse por las posibilidades y recursos adecuados a las diferentes necesidades para el ejercicio de una sexualidad segura, libre de coerción y violencia, desde la corresponsabilidad. Asimismo, las condiciones para proteger a los niños y niñas principalmente de la violencia sexual.

2.5. Causas externas

La mortalidad por causas externas incluye tres indicadores que visibilizan diferencias de género: accidentes, suicidios y homicidios, tal como se observó en los accidentes laborales.

Esta situación se refleja en el siguiente cuadro:

Porcentaje de defunciones por causas externas según sexo, 2008

Causas dedefunción	Total		Hombres		Mujeres	
	#	%	#	%	#	%
Accidentes	793	31,6%	679	85,6%	114	14,4%
Suicidios	325	12,9%	286	88,0%	39	12,0%
Homicidios	483	19,2%	430	89,0%	53	11,0%
Otros	912	36,3%	655	71,8%	257	28,2%

Fuente: INEC, Estadísticas vitales 2008

Como se observa en los datos presentados para el año analizado, Costa Rica mantiene indicadores similares a los observados en la publicación anterior (2007), en la que la tendencia de un número mayor de estas muertes en los hombres es evidente. Así por ejemplo, para el caso de las defunciones por accidentes de tránsito, de las 793 ocurridas durante en el 2008, 679 fueron hombres y 114 mujeres. Las defunciones por homicidio para el mismo período fueron 484 (166 más que en 2006), de las cuales 431 correspondieron a víctimas masculinas y 53 femeninas. Similar comportamiento presentan las defunciones por suicidio.

Los hombres son las principales víctimas de los homicidios, suicidios al igual que los accidentes de tránsito. Estas causas violentas corresponden a mayor cantidad de años de vida potencialmente perdidos, ya que los hombres más afectados se encuentran entre los 20 años y los 64 años de edad.

Geográficamente, Limón presenta un patrón donde la mayor proporción de defunciones por suicidio ocurren en las mujeres y la mayor proporción de homicidios en los hombres. En Guanacaste, la proporción de homicidios en mujeres duplica la de los hombres a diferencia de Puntarenas, donde la mortalidad proporcional por esta causa triplica la de las mujeres.

Existe una clara evidencia de que la propensión de los hombres a partir de edades tempranas a morir por causas externas les sitúa en una posición de desventaja con respecto a las mujeres de perecer por estas mismas causas, sin embargo, esta desventaja debe entenderse como una consecuencia clara de las exigencias y aprendizajes que socialmente se les han asignado mediante una construcción identitaria de la masculinidad. Esto les lleva a conductas de riesgo en donde la violencia se convierte en un medio de probar su hombría, que a final de cuentas se legitima tolerando, promoviendo y reproduciendo conductas violentas para resolver conflictos, tanto respecto a sí mismos como respecto a otras personas y naturalizando estas conductas. Ejemplo de lo anterior es el caso de los homicidios.

3. Violencia intrafamiliar

Generalmente la violencia se reduce en los registros cotidianos a los episodios más graves o letales, dejando de lado la posibilidad de registrar otra inmensa variedad de formas y secuelas de la misma.

Aunque se reconoce que existe un grave subregistro, éste debido a que, aún siendo una situación de notificación obligatoria, los casos que se registran provienen de personas que se presentan a recibir atención en los servicios de salud, es importante observar que la violencia intrafamiliar tiene rostro de mujer y se presenta en la edad más productiva de las mismas. Como evidencia de esta afirmación se observa que en el 2008 de los 11 028 casos de violencia intrafamiliar reportados por los servicios de salud en el 2008, el 80% de éstos corresponde a mujeres con una tasa de 402 por 100 000 habitantes. Las diferencias por edad se observan en forma más pronunciada a partir de la pre adolescencia, acentuándose en la edad reproductiva hasta llegar a su máximo valor entre los 30 y 34 años. En este grupo de edades los incidentes reportados son cinco veces mayor en mujeres que en hombres, ya que la tasa asciende a 603,4 por 100 000 habitantes, luego declina y se incrementa en la tercera edad. La situación descrita reitera la vulnerabilización de las mujeres para sufrir violencia intrafamiliar.

El 20% restante de los casos reportados pertenecen a la población masculina, con una tasa de 97,6 por 100 000 habitantes. Los más afectados son los hombres menores de 15 años y los mayores de 65.

Con respecto a las provincias San José registró el porcentaje más alto de casos (42,08 %), correspondiendo a las mujeres el 81 % del total. La tasa de incidencia mayor se registró en Cartago con 314,8 por 100.000 habitantes, seguida por Guanacaste 304,9 y en tercer lugar, Puntarenas 293,21.

De acuerdo con los registros del Poder Judicial², la tasa de casos de violencia doméstica en 1 998 era de 55,88 por cada 10 000 habitantes, la cual se duplicó para el 2004, representando una tasa de 114,45 por cada 10 000 habitantes. Para el 2007 la tasa disminuye ligeramente a 102,33 por cada 10 000 habitantes.

El 40% de los casos ingresados al Ministerio Público en el período comprendido entre el tercer trimestre del 2007 al segundo trimestre del 2008 por violencia doméstica, corresponde a maltrato, en segundo lugar, un 37,8%, a violencia emocional, seguido por incumplimiento de una medida de protección (14,2%). En el 58,1% de los casos, las mujeres víctimas tienen edades comprendidas entre los 20 y 34 años; el 79,8% de las mujeres estaban casadas o en unión libre en el momento de interponer la denuncia y en un 60,5%, estas mujeres eran amas de casa. En ese período, en un 85,1% de los casos se solicitó desestimar la denuncia.

² Recuperado en noviembre en: <http://200.91.68.19/planificacion/estadist.htm>.
Departamento de Planificación Poder Judicial

En los casos de demanda de violencia doméstica en el Poder Judicial existe una diferencia marcada en relación al número de casos entrados y el número de audiencias realizadas, esta diferencia de 46012 casos entrados y 17918 audiencias realizadas.

Generalmente el levantamiento de las medidas de protección responde a la condición de subordinación en que la sociedad coloca a las mujeres, el peso de las responsabilidades familiares, el miedo a la reacción violenta de su pareja y también con la reconciliación (etapa del ciclo de la violencia, son las razones que llevan en muchos casos, a que ellas mismas soliciten el levantamiento de las medidas.

Es necesario que el Poder Judicial presente desagregados por sexo los datos respecto a las solicitudes de medidas de protección de tal forma que permita visibilizar las dimensiones de la problemática, para profundizar en el análisis y mostrar las dimensiones de la problemática que viven las mujeres, principales víctimas del proceso. Es necesario considerar también, que las estadísticas no reflejan la realidad de la situación de violencia, evidentemente, los datos corresponden a las denuncias o llamadas a la policía, eso está claro debido a que las mujeres que acuden a las instancias policiales y judiciales, representan una parte de la población femenina agredida, desconociéndose la magnitud de la violencia intrafamiliar que afecta la sociedad costarricense.

El promedio de mujeres asesinadas por sus parejas o ex parejas³ ha aumentado, en el 2007, cuando se aprueba la *Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres* (Ley No. 8589) se reportaron 16 casos de femicidios⁴, contrario a lo sucedido en el 2008, cuando se observa un aumento significativo en los femicidios: 38 casos⁵. La tasa de femicidios dolosos por violencia doméstica, por cada 100.000 habitantes, pasó de 0,4 en 1996 a 1,1 en el 2005.

Hay que recordar que el femicidio por lo general, no es una experiencia repentina y aislada en las vidas de las mujeres; más bien tiende a ser el evento final de todo un proceso de escalada progresiva de violencia que, en algunos casos, se torna en vivencias de tortura sistemática y ensañamiento final por parte de sus parejas o personas cercanas. Se puede afirmar, entonces que en el caso de las mujeres, los femicidios tienden a ocurrir con mayor frecuencia en el ámbito privado y en el caso de los homicidios, en el ámbito público, donde resulta proporcionalmente más letal.

4. Salud Reproductiva

Este apartado analiza fundamentalmente lo relacionado con el proceso reproductivo de las mujeres, reflejado en los indicadores demográficos y de salud tradicionales.

³ En Costa Rica, se ha posicionado en el nivel público el término de femicidio para identificar formas específicas de asesinato que impactan a las mujeres por su condición de género.

⁴ En total fueron 18 mujeres, pero 2 mujeres fallecidas no tipifican dentro de la figura de la ley.

⁵ En total fueron 56 mujeres, pero 18 casos no tipifican dentro de la figura de la ley.



4.1 Fecundidad

Cuando se analiza la tasa global de fecundidad, se observa que la mayor cantidad de hijos e hijas por mujer se observa en Guanacaste, Puntarenas y Limón.

Un fenómeno reiterativo es la tasa de embarazo en las menores de 19 años. La tasa por mil del grupo entre 15 y 19 años, subió de 63,1 en el 2006 a 72,1 en el 2008. Estos nacimientos representan el 20% del total.

Es especialmente llamativo y preocupante el embarazo en niñas de 10 a 14 años 525 casos (84 casos más que en 2006) en todas las provincias, pero especialmente en Guanacaste, Puntarenas y Limón (provincias que coinciden con las tasas más altas de Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna) (4,3; 4,6 y 5,0 respectivamente). Este patrón también está presente en el grupo de 15-19 años con el siguiente orden: Guanacaste, Puntarenas y Limón.

Dos de estas provincias: Puntarenas y Limón, pertenecen a las regiones con mayor nivel de pobreza, sobre todo con mayor cantidad de hogares con jefatura femenina en pobreza extrema.

Como se ha reiterado en múltiples ocasiones, el embarazo adolescente es una preocupación social con grandes repercusiones en la vida de las adolescentes, sus familias y del país en general. La maternidad adolescente tiene implicaciones en la salud física y emocional de las niñas y las adolescentes que van ser madres.

Causa mucha preocupación la situación de pobreza en la que se encuentran muchas madres adolescentes, ya que ésta impide que la adolescente se mantenga en el ámbito educativo o acceda a opciones de empleo. Los nacimientos de madres adolescentes solteras permiten medir la condición del núcleo familiar y su vulnerabilidad socio-económica, ya que se considera que tienen un mayor riesgo de no integración a la sociedad en forma satisfactoria.

Si bien es cierto que en el mundo cada año más de 13 millones de niñas menores de 18 años dan a luz a una hija o un hijo, también es cierto que muchas pierden a sus hijos e hijas durante la gestación debido a complicaciones que se producen, además de tener un 50% más de riesgo de morir como consecuencia del embarazo y el parto que el resto de las mujeres⁶. Más de un millón de los niños y niñas nacidas de madres adolescentes no llegan a cumplir su primer año de vida, debido a que tienen problemas de peso al nacer y otras complicaciones⁷.

Las niñas embarazadas no están preparadas ni física ni emocionalmente para asumir el rol de madre. Una mujer no está físicamente preparada para tener un hijo hasta 5 años después de tener la primera regla, de ahí el que el embarazo entre las menores de 18 años y, sobre todo, entre las menores de 15 años, sea el que más riesgos plantea para

⁶ Fuente: Informe "niñas que tienen niños" Estado mundial de las madres 2004 de la ONG Save the Children

⁷ Idem

la salud tanto de la madre como del hijo. De hecho, se señala la mortalidad entre las menores de 15 años en un 60% mayor que entre las mayores de 20 años⁸.

Esta realidad no es extraña en nuestro país, pues los datos de mortalidad infantil y los nacimientos con bajo peso evidencian que la mayoría corresponden a los hijos de las madres menores de 15 y mayores de 40 años. Sin embargo, el peso insuficiente afecta más a los hijos e hijas de las menores de 15.

Otra situación que subyace en los casos de madres adolescentes menores de 15 años, son las situaciones de violación, abusos y los contextos en las que la adolescente "no puede decir que no".

En estos casos existe violación a los derechos de estas niñas y se puede hablar de un delito, el cual tiene implicaciones penales, ya que todo embarazo adolescente, es considerado una violación.

Esta situación es sin duda una realidad evidente que hay que abordar de manera perentoria como un problema de derechos humanos y de salud pública.

4.2 Servicios de salud

La información analizada corresponde fundamentalmente a la atención prenatal y del parto, lo que no es casualidad, porque aunque es una información muy importante para el sector salud, existe un claro sesgo de género en la forma de recolectar las estadísticas, centrando el foco a la atención de la salud materna infantil, es decir focalizándose en el rol reproductivo de las mujeres.

De acuerdo con las estadísticas de atención prenatal, aparentemente existe buen acceso a la atención prenatal y en una concentración que excede la recomendada. Sin embargo, estos datos no dan cuenta de la calidad de la misma muestra de ello es que en el país durante el 2008 se presentan 93 casos de sífilis congénita, reportados principalmente en San José, Alajuela y Limón, lo que necesariamente implica la no detección de la infección en la atención prenatal y por tanto un fallo importante en el proceso de atención de las mujeres gestantes.

De acuerdo con los egresos hospitalarios en la CCSS por causas maternas, se observa que del total de partos, solo el 30% se reportan como normales, es decir que no medió ningún procedimiento invasivo en el transcurso del proceso o alguna complicación. El 20,5% de los nacimientos fueron por cesárea. Ambos datos lo que evidencian un exceso de intervenciones y complicaciones secundarias a las mismas, lo que indica una fuerte medicalización de los procesos fisiológicos de las mujeres y por tanto, un grado de violencia hacia los cuerpos y la salud integral de las mujeres.

En este documento existen vacíos en la información de los egresos por aspectos relacionados a los nacimientos fuera del sistema público, que permitiría comparar la atención en los diferentes ámbitos de atención.

⁸ Fuente: Informe "niñas que tienen niños" Estado mundial de las madres 2004 de la ONG Save the Children



Reflexiones finales

1. El análisis realizado se convierte en un paso para ampliar y profundizar las diferentes necesidades y problemas de salud de hombres y mujeres en el país. Está claro que se requiere incorporar información que dé cuenta de los diferenciales de etnia y condición social, además de la edad y el espacio geográfico desagregada por sexo.
2. Las inequidades en salud se expresan como diferencias en los niveles de salud de distintos grupos socio-económicos, determinados principalmente por condiciones de vida. Las mismas son generadas por desigualdades distributivas y de oportunidades de desarrollo que hacen vulnerables a las personas. Estas inequidades se estructuran a partir de procesos de exclusión social que marginan a las personas, limitando el acceso a los servicios y recursos sociales.
3. El hecho de que prevalezca una mayor esperanza de vida para las mujeres obliga a seguir pendientes de los condicionantes de la morbilidad y de los recursos necesarios para el cuidado de su salud integral. Se requiere de otro tipo de información que visibilicen las dobles y triples jornadas de las mujeres, tanto a nivel de horas trabajadas como en la cuantificación económica de las mismas.
 - Son evidentes las diferencias en la exposición a riesgos y acceso a servicios por parte de hombres y mujeres. Estas situaciones se derivan de la exposición diferenciada al espacio público y al privado. Es clara la naturaleza violenta y competitiva que caracteriza los hábitos masculinos (individuales, colectivos, públicos o domésticos) que hace que los hombres tengan una mayor propensión a resolver sus diferencias y dificultades de manera violenta y a correr riesgos en las diferentes esferas. Ejemplos claros son:
 1. El impacto que tienen las causas externas en la sociedad es alto, pues involucra fallecimientos prematuros que truncan vidas jóvenes potencialmente productivas. Si se comparan los años de vida potencialmente perdidos (AVPP)⁹ se puede observar el peso que tienen estas muertes tempranas.
 2. La forma en que se ha promovido la sexualidad masculina tradicional en la que se les pide a los hombres que sea demostrativa, de hazañas y con poco contacto en su auto cuidado y la corresponsabilidad. Por lo que no es de extrañar que la mayoría de los casos de infecciones de transmisión sexual se concentren en los hombres en edad reproductiva.
4. La violencia que se ejerce contra las mujeres por su condición de subordinación social se mantiene como un serio problema de salud y de seguridad ciudadana. El costo económico y social de no intervenir y acompañar a estas mujeres en la construcción de un nuevo proyecto de vida es enorme para el país.
5. Como fenómeno a intervenir, la violencia excede el ámbito del sector salud, pero le implica por ser un problema que incide dramáticamente en la salud colectiva, de ahí el gran reto de identificar el aporte específico que el sector salud puede brindar

⁹ Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud Indicadores Básicos de Salud 2008 San José, Costa Rica

en la búsqueda de soluciones. Sin embargo, se puede caer en la trampa de la “puntuación” del fenómeno si se sigue mirando desde la visión predominante en salud pública. Esto consiste en reducir la violencia a un hecho que se recorta de su contexto y su historia para convertirlo en un dato estadístico. Por este camino, podemos determinar la magnitud y el comportamiento poblacional de un fenómeno como la violencia, pero resulta poco útil a la hora de diseñar estrategias efectivas para su prevención. Esto último requiere de nuevas herramientas que permitan desvelar las raíces profundas que le determinan y sus dinámicas internas.

6. La violencia entonces, constituye un gran reto en su abordaje pues requiere cambios culturales, sociales y estructurales para avanzar más allá de soluciones paliativas de corto vuelo. La red de procesos que explicarían el desencadenamiento y reproducción de la violencia es ciertamente compleja. Su adecuada comprensión requiere de modelos teóricos que exceden el ámbito disciplinario tradicional de la salud pública. Su carácter social exige la integración de diversos marcos de referencia, metodologías de abordaje y trabajo interdisciplinario e intersectorial.
7. Otra de las áreas de mayor desigualdad e inequidad es la de la salud sexual y la salud reproductiva. Existe una serie de interrogantes que no se satisfacen con la información que se registra habitualmente, pero que surge a partir del dato cotidiano. Nos preguntamos: ¿Cuántas barreras creadas por la condición de género y la forma de vivir la sexualidad están viviendo hombres y mujeres? ¿Cuántas barreras creadas frente al uso del condón, resultado de factores socio-culturales y religiosos estarán enfrentando? ¿Cuánto está la violencia intrafamiliar y sexual extra familiar, el consumo de alcohol y drogas influyendo al facilitar tener relaciones sexuales sin protección de un condón? ¿Cuánto del estigma y la discriminación por orientación sexual y otras formas de expresión de la identidad sexual está convirtiéndose en un obstáculo para la prevención?
8. Es importante preguntarse ¿qué ha pasado con esos niños y niñas y adolescentes entre los 10 y los 19 años afectados por una infección de transmisión sexual? ¿Habrán de por medio experiencias de violencia sexual en los más pequeños? ¿Qué tipo de prácticas sexuales realizan ese grupo de hombres que se encuentra entre los 50 y 65 años y que están infectados?
9. Nos enfrentamos a vacíos de información que limitan un adecuado desarrollo e identificación de indicadores que permitan profundizar el análisis. Se vuelven necesarios estudios específicos que permitan ahondar en las diferencias y determinar cómo las condiciones de género afectan el proceso salud enfermedad y los determinantes de las condiciones de vida.
10. Es necesario seguir trabajando para que la información que se produzca se analice desde la mirada de los diferentes grupos sociales y sobre todo para que sea utilizada en la toma de decisiones, de forma que las políticas públicas se basen en evidencia para que impacten en la vida cotidiana y generen respuestas sociales para enfrentar las injusticias, las desigualdades, las inequidades.
11. Lo anterior resalta la necesidad del compromiso de todas las instituciones públicas y privadas para generar y hacer accesible la información de forma oportuna y sistemática.





Poder Judicial Costa Rica



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas