

**Universidad Nacional de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales**

Escuela de Sociología

**Trabajo final de Graduación para optar por el grado
de licenciatura en Sociología**

**Seminario: Análisis cuantitativo y descriptivo de indicadores sobre
sexualidad, conocimiento, acceso, uso de métodos anticonceptivos
en Costa Rica, a partir de las Encuestas de Salud Sexual y
Reproductiva de 2010-2015, Encuesta de Juventudes de 2013-2018**

Sustentantes:

**Daniel Ruiz Delgado, Jean Carlo Z. Villalobos, Roselyn Jiménez
Quesada y Gabriela Solís Hernández**

Directora:

M.Sc. Carolina Sánchez Hernández

**Campus Omar Dengo, Heredia
Septiembre, 2025**

Tribunal Examinador



Dra. Laura Solis Bastos
Representante de Decanatura



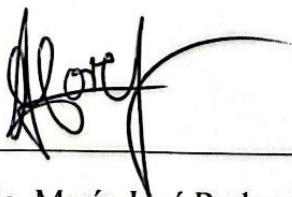
M.Sc. Antonio Delgado Balletero
Representante de la Escuela de Sociología



M.Sc. Carolina Sánchez Hernández
Tutora



M.Sc. Karla Venegas Bermúdez
Asesora



M.Sc. María José Redondo Ríos
Asesora

Dedicatorias

Dedicatoria grupal

Este trabajo está dedicado al esfuerzo de nuestras familias, a la profesora que siempre nos impulsó, a las lectoras que nos aconsejaron durante el proceso y a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a su elaboración.

Dedicatorias individuales

Dedico todo el esfuerzo y sacrificio de este proceso a mi familia, personas cercanas que siempre me escucharon y tuvieron tiempo para mí y a mi pareja que siempre fue un apoyo incondicional y me motiva a ser una mejor persona cada día.

Jean Carlo Zamora Villalobos

Expreso mi agradecimiento a todas las personas que estuvieron presentes durante este camino.

Gabriela Solís Hernández

Agradezco a quien lea esta investigación y a todas las personas que formamos parte de su creación.

Daniel Ruiz Delgado

Dedico este estudio a mi familia, mi madre, hermana y esposo que estuvieron apoyándome siempre, los quiero mucho. Por él y por ellas siempre me dedicaré a la investigación y a actividades que me hacen plenamente feliz.

Rosselyn Jiménez Quesada

Presentación general

La apertura del Seminario de graduación *Sociología del género y metodologías cuantitativas: Aproximaciones feministas al análisis demográfico* ha derivado en dos grandes investigaciones:

- Análisis cuantitativo sobre el acceso a la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de género en Costa Rica, período 2000-2023, desarrollado por Irene Araya Álvarez, Lucía Jiménez Ramírez, Hazel Loaiza Flores y Meybell Martínez Coronado.
- Análisis cuantitativo y descriptivo de indicadores sobre sexualidad, conocimiento, acceso, uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica, a partir de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva del 2010-2015, Encuesta de Juventudes del 2013-2018, desarrollado por Gabriela Solís Hernández, Daniel Ruíz Delgado, Rosselyn Jiménez Quesada y Jean Carlo Zamora Villalobos.

Ambas investigaciones apostaron por crear un análisis basado en datos, encuestas y estadísticas institucionales, el cual problematizara diversas temáticas asociadas al cuerpo, la sexualidad, la moral, el acceso a la información y la educación integral, así como la salud sexual y la reproductiva. Los estudios ponen en perspectiva algunos de los principales retos del país en estos temas, y, además, señalan con gran claridad los avances y los retrocesos que se tienen en Costa Rica como sociedad en estas áreas. La mirada sociológica continúa contribuyendo a la revisión crítica de estos datos país, cuando se aportan nuevas miradas y se proponen diversas discusiones para la construcción de soluciones.

En el camino de este Seminario de graduación, resulta de enorme relevancia resaltar el trabajo de las lectoras Karla Venegas Bermúdez y María José Redondo Ríos, quienes acompañaron todo el proceso e impulsaron el trabajo de las y los estudiantes con su revisión minuciosa.

Finalmente, es relevante señalar la importancia de seguir integrando la mirada cuantitativa en los estudios asociados al género; pues permite desarrollar más investigaciones mixtas, en donde el abordaje cualitativo se apoye con los datos estadísticos. La tenencia de datos actualizados en materia de género y sexualidades resulta una necesidad país que señalarse; pues la construcción de políticas públicas requiere de indicadores robustos y seguimiento longitudinal, los cuales permitan tomar decisiones basadas en datos.

En ese sentido, ambas investigaciones brindan una mirada necesaria y propositiva; por lo tanto, la propuesta y la tutoría de este Seminario, resultó ser un gran privilegio y una enorme oportunidad de aprendizaje colectivo.

M.Sc. Carolina Sánchez Hernández
Directora del Seminario de Graduación

Índice

Capítulo I: Presentación	7
1.1 Resumen.....	7
1.2 Introducción	8
1.3 Justificación	9
Capítulo II: Investigación general.....	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Estado de la cuestión.....	17
2.3 Problematización.....	24
2.4 Problematizaciones individuales.....	25
2.5 Objetivos	28
2.5.1 Objetivo General	28
2.5.2 Objetivos específicos.....	29
Capítulo III: Abordaje teórico conceptual	30
3.1 Categorías de Análisis.....	32
3.1.1 Política sexual	32
3.1.2 Revolución sexual	33
3.1.3 Autonomía corporal.....	34
3.1.4 Economía del género	35
3.1.5 Estructura familiar y educativa	36
Capítulo IV: Abordaje metodológico.....	38
4.1 Uso Ético de los datos dentro de la investigación.....	44
Capítulo V: Análisis de casos	44
Caso 1: El deseo y la descendencia: Análisis descriptivo y comparativo de las aspiraciones (o no aspiraciones) maternas en Costa Rica de los años 2010 y 2015.....	45
Caso 2: Las estructuras de género presentes en “las fuentes más importantes de información sobre salud sexual y reproductiva”, en el contexto costarricense, a partir de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva del 2010 y 2015	78
Caso 3: El uso de métodos anticonceptivos, su preferencia de uso y la toma de decisión a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud sexual reproductiva 2010 y 2015	102
Caso 4: Perspectivas Juveniles religiosas: Navegando entre Derechos Sexuales y Reproductivos	149
Capítulo VI: Conclusiones	177
5.1 Conclusiones generales.....	177
5.2 Recomendaciones generales	180
Referencias bibliográficas.....	181

Siglas

- **CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social
- **CCP:** Centro Centroamericano de Población
- **CE:** Conferencia Episcopal
- **CELADE:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
- **CPJ:** Consejo de la Persona Joven
- **CR:** Costa Rica
- **DIU:** dispositivo intrauterino
- **ENSSR:** Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- **ENJ:** Encuesta Nacional de Juventudes
- **INEC:** Instituto Nacional de Estadística y Censos
- **INISA:** Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de Costa Rica
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- **MS:** Ministerio de Salud
- **MEP:** Ministerio de Educación Pública
- **UCR:** Universidad de Costa Rica
- **UNA:** Universidad Nacional de Costa Rica
- **UNAM:** Universidad Nacional Autónoma de México
- **UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- **UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

Capítulo I. Presentación

1.1 Resumen

El presente estudio se enfoca en diseñar un análisis cuantitativo de la sexualidad, el conocimiento, el acceso y el uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica, por medio de datos recopilados en las Encuestas de Juventudes del 2013 y el 2018, así como las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva del 2010 y 2015. La investigación se basa en un enfoque de análisis comparativo y descriptivo de datos estadísticos, a partir de los resultados y conclusiones de las encuestas. Además, se elabora una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre el tema de la salud sexual y reproductiva en Costa Rica, esto proporciona un marco conceptual y teórico sólido, con el fin de respaldar el estudio. Por lo tanto, se proporciona una perspectiva integral de la situación de la sexualidad, el conocimiento, el acceso y el uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica, basado en el análisis cuantitativo de los datos de las Encuestas Nacionales sobre los temas mencionados.

Los hallazgos del estudio indican que —las mujeres en Costa Rica— son quienes reportan estar más involucradas activamente respecto a su salud sexual y reproductiva, en comparación con los hombres. Este dato refleja avances significativos en términos de autonomía corporal y además evidencia que las mujeres no solo acceden con mayor frecuencia a la información, sino que utilizan en mayor medida métodos anticonceptivos. Tendencia que muestra una transformación en las relaciones de género, en la cual el derecho a decidir sobre el cuerpo se fortalece entre las mujeres, aun cuando persisten desigualdades estructurales.

Los resultados obtenidos en este análisis cuantitativo permiten identificar áreas de mejora en las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva en Costa Rica y, aporta insumos para el diseño de estrategias más efectivas y acertadas de la salud sexual y el uso de métodos anticonceptivos en el país.

1.2 Introducción

La sexualidad y el acceso a métodos anticonceptivos efectivos son componentes esenciales para promover la salud sexual y reproductiva en una sociedad. En este contexto, el análisis cuantitativo resulta fundamental al proporcionar un estudio adecuado de los patrones, las tendencias y los factores asociados al conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos desde la relación con variables demográficas como la edad, el nivel educativo o zona geográfica que nutre el análisis investigativo y los resultados que se alcanzan de una educación y política sexual presente en Costa Rica.

Por lo anterior expuesto, el presente trabajo se enfoca en el caso particular de Costa Rica, para ello se utilizan los datos recopilados en las Encuestas de Juventudes de 2013 y el 2018 y las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015 como base para un análisis y comprensión de la realidad alrededor de la sexualidad, el uso y el acceso de métodos anticonceptivos. Estos estudios utilizaron para el análisis; ya que son los más recientes del tema en el país.

El objetivo principal de esta investigación es realizar un análisis exhaustivo y comparativo de los datos obtenidos en las encuestas mencionadas, a la luz de los aportes teóricos de las autoras Millet y Firestone, con el fin de identificar patrones, tendencias y diferencias significativas en relación con la sexualidad, el conocimiento de los métodos anticonceptivos, así como el acceso y uso de estos en Costa Rica. Mediante el uso de técnicas estadísticas rigurosas y un enfoque basado en evidencias, se busca aportar a la comprensión y mejora de las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva en el país.

La estructura del presente trabajo se divide en varias secciones, las cuales abarcan diferentes aspectos relacionados con el análisis cuantitativo de la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica. En primer lugar, se presenta el resumen, la introducción, la justificación, los antecedentes, el estado de la cuestión, la problematización, así como objetivos y el marco conceptual.

Posteriormente, se describe la metodología del tipo de investigación documental, cuantitativa correlacional, utilizada en el análisis de los datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva, se destacan las variables consideradas y los métodos estadísticos empleados.

Luego, el estudio incluye cuatro capítulos académicos, los cuales se basan en el deseo de tener hijos, fuentes de información sexual, usos de métodos anticonceptivos y, por último, la moral religiosa en el uso de métodos anticonceptivos; donde se profundiza en el entendimiento de los datos sobre sexualidad en encuestas nacionales y se llega a conclusiones en común y reflexiones finales; de tal manera que se identifica la pertinencia de crear nuevos espacios de discusión que puedan abrir la puerta a futuras investigaciones y la pronta continuidad de la aplicación de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva en Costa Rica.

1.3 Justificación

Para identificar cómo se han ido presentando y evolucionado los patrones asociados a la sexualidad, al conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica es importante tomar como referencia la información que el Estado ofrece desde la década de los noventa, para obtener una comprensión sólida, que brinde la oportunidad de identificar tendencias, cambios en el conocimiento y comportamiento sexual de la población. Con base en estos datos, se visualizan las siguientes fuentes de información:

- Encuesta de Juventudes de 2013 y Encuesta de Juventudes de 2018; realizadas por el Consejo de la Persona Joven (CPJ) en colaboración con la escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica.
- Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015; desarrollada por el Ministerio de Salud de Costa Rica, con la colaboración de diversas instituciones como: el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Se eligen las encuestas mencionadas anteriormente; pues proporcionan datos relevantes para realizar análisis comparativos y obtener una visión compleja de los cambios y las tendencias que se han ido presentando en la salud sexual y reproductiva de la población costarricense de 2010 al 2018; periodo en el cual se realizaron los últimos estudios sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en el país. Cabe aclarar que existen otros datos relacionados, tales como la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia, no incluidos en este estudio por no considerar instrumentos aplicados a hombres.

Ante el escenario descrito, la base de esta investigación es abordar la salud sexual y reproductiva como un derecho humano esencial, en el cual el acceso a la información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos resulta indispensable para garantizar el bienestar y la autonomía de las personas. Esto lleva a destacar que en Costa Rica se presentan desafíos y desigualdades de género en el acceso e implementación de métodos anticonceptivos, lo cual está influenciado por factores socioculturales que se analizarán y se nombran brevemente a continuación.

En esta investigación, sobre el deseo y las aspiraciones maternas, se reconoce que el estado civil de la población mantiene un vínculo directo con el deseo de ser madre en Costa Rica. Asimismo, se observa un ligero aumento en el denominado deseo de la maternidad “tardía”, después de los 35 años, según el análisis de los datos recopilado entre el 2015 y 2018.

En relación con las principales fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva, destaca el rol de las mujeres como elemento trascendental, tanto en la recepción como en la transmisión de información; también las instituciones educativas y de salud adquieren una significativa importancia en la promoción de la salud sexual.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos se evidencia cuáles predominan tanto en hombres como mujeres, en ese sentido, prevalecen las pastillas anticonceptivas, el condón masculino, las inyecciones anticonceptivas y la esterilización femenina. Se analizan las respectivas razones por

las cuales las personas prefieren utilizar un método sobre otro, además de las dinámicas de género y poder en la pareja. Y, por último, también se detalla cómo las creencias religiosas han tenido un peso determinante en la forma en que se entiende y practica la sexualidad y la reproducción, y, por tanto, se notan reglas sobre la moral sexual, la pureza y las obligaciones vinculadas al matrimonio.

Ante lo expuesto, esta investigación proporciona información relevante sobre el escenario de la sexualidad y los métodos anticonceptivos en Costa Rica, ya que desde el 2015 no se realiza otra encuesta de Salud Sexual y Reproductiva. El análisis descriptivo y comparativo realizado permite identificar posibles desafíos, brechas y necesidades dentro de este ámbito, al compararse resultados de las encuestas que permite determinar si han existido avances o retrocesos en el conocimiento, acceso y uso de los métodos anticonceptivos, así como identificar factores y variables asociadas a estos cambios.

Por tanto, se busca visibilizar y problematizar las normas, roles y estereotipos de género que influyen en la sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, con el fin de evidenciar cómo las construcciones de género afectan las opciones y las oportunidades en la sociedad.

Desde la sociología, se visibilizan relaciones y conductas que permiten reflexionar sobre desigualdades de género que pueden identificarse desde el análisis cuantitativo, en este caso, las encuestas son las herramientas que permitirán recabar información valiosa sobre la situación actual de la salud sexual y reproductiva costarricense.

Se espera que esta investigación colabore, a su vez, a sensibilizar sobre la importancia de la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos, de tal manera que se fomente mayor conciencia y comprensión de los derechos sexuales y reproductivos, y, se promuevan decisiones conscientes, consensuadas y empáticas hacia las necesidades de las personas.

Capítulo II. Investigación general

2.1 Antecedentes

En este apartado, se presentan los antecedentes que describen la situación descrita en los párrafos anteriores y actual en Costa Rica en cuanto a la sexualidad y al acceso a los métodos anticonceptivos y la descripción de varios artículos en investigaciones que se han realizado alrededor de este tema en el país, para ello, se efectuó un recorrido histórico desde 1991 hasta el 2018.

En Costa Rica, el tema de la sexualidad y la anticoncepción se documenta desde 1930, de acuerdo con el análisis bibliográfico realizado. Se mostró un proceso de transformación social y cultural que ha permitido visualizar —durante el tiempo— una ampliación gradual de los derechos sexuales y reproductivos en el país, aunque también revela que todavía existen desafíos y brechas por enfrentar en el acceso del conocimiento en la salud sexual, la educación, planificación familiar y bienestar integral de hombres, mujeres y personas no binarias.

Desde las ideas de Tapia et al. (2017) se hace referencia a que históricamente la sexualidad de la mujer ha sido reducida a su función reproductiva. En ese sentido, el placer sexual negado a las mujeres ha sido aceptado socialmente; pues se convierte en una forma de control patriarcal a través del tiempo, así en esta esfera de la vida se genera un espacio de represión y sumisión para las mujeres. Por esto, desde la propuesta de estos autores, se destaca que:

Los jóvenes deben tener acceso a una información precisa para poder protegerse contra problemas de salud sexual y reproductiva, como el embarazo no deseado o el contagio de las infecciones de transmisión sexual, y poder desarrollar habilidades para una vida sexual sana, placentera y segura a medida que maduran. (Tapia, et al. 2017, p.253)

Desde otra perspectiva, la tesis de Ana Barrantes, Victoria Blandón y Mariana Torres denominada: “Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Adolescente del año 2016”, indica que la sexualidad es un tema tabú en la sociedad costarricense. Y, además, revela que, de acuerdo con las encuestas realizadas por los autores, la educación sexual es insuficiente, porque la información existente no es precisa ni tampoco confiable (Barrantes, A., Blandón V., Torres M. 2016). Todavía se levantan barreras en cuanto al acceso a la educación sexual y esto influye en las prácticas sexuales del estilo de vida en Costa Rica y sobre la salud integral de las personas.

Por otro lado, la anticoncepción se refiere a los métodos y técnicas utilizados para prevenir el embarazo. Se define como "la utilización de métodos para prevenir el embarazo, garantizar la salud sexual y reproductiva, y tener control sobre la fecundidad" (p.10). En Costa Rica, el uso y acceso libre a métodos anticonceptivos se le ha ligado a debates religiosos y políticos, situación que afecta directamente el modo en que se implementan las políticas públicas, lo cual genera barreras intangibles y sistemáticas a la población; es específico en mujeres jóvenes y adolescentes, al limitar de manera consciente su autonomía reproductiva y perpetuación de las desigualdades en la salud y educación sexual. (Gómez, R. 1980)

Los métodos anticonceptivos han constituido históricamente un tema tanto relevante como

conflictivo. A lo largo de los siglos, la idea misma de anticoncepción se ha transformado a partir de factores culturales, de la asignación de roles y los mecanismos de control sobre el cuerpo, sobre todo femenino, generando tensiones en distintos grupos sociales al intentar definir formas y mecanismos para modificar o regular un proceso biológico según su contexto.

Ante esto y partiendo del siglo XX, hay dos hechos relevantes que ayudan a comprender el impacto de los anticonceptivos en la actualidad. Primero, la influencia de movimientos feministas tanto nacionales como internacionales que, a partir de sus investigaciones y trabajos, han elevado la importancia de la autonomía reproductiva y el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Estos movimientos han cuestionado las desigualdades de género presentes en la vida cotidiana costarricense y mundial; además de apoyar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos e influir en el acceso y sus usos.

Y segundo —consecuencia de los movimientos mencionados— la aparición de la píldora anticonceptiva, un hito histórico que cambiaría la forma de percibir la sexualidad y la salud reproductiva.

El 23 de abril de 1960 la "píldora" recibía el permiso para ser dispensada y vendida explícitamente como anticonceptivo oral en los Estados Unidos de Norteamérica. Empezaba así una "revolución" que incidirá en los años siguientes, y hasta el día de hoy, en la vida de millones de mujeres de todo el mundo, y por ello, necesariamente, en los hombres, en las familias y en las sociedades de todas las naciones. (Galán, 2010, p.217)

Desde este escenario, seguidamente se presenta un recuento de los eventos que se desencadenaron a partir de 1960.

Década de los sesenta

En Costa Rica, los antecedentes sobre el conocimiento, acceso y uso de los anticonceptivos se remontan a la década de 1960, cuando el país se enfrentó a un cambio demográfico significativo y aumentó la esperanza de vida, pero se redujo la tasa de natalidad. Esto llevó a incentivar el interés por la planificación familiar y acceder a métodos anticonceptivos (Ramírez, 2015). Así, durante las siguientes décadas, se promovieron varias iniciativas en el país a partir de agendas gubernamentales, con el fin de mejorar el acceso a la planificación familiar e incluyó programas de educación sexual y reproductiva en escuelas, centros de salud y la creación de políticas de salud que incluyera la anticoncepción.

Investigaciones y esfuerzos feministas dentro del país, han permitido que se promuevan pautas alrededor de los métodos anticonceptivos en Costa Rica, así se incentiva la lucha para garantizar la información y el acceso a los estos métodos anticonceptivos. Cardona (2014) recalca:

En los años sesenta se da la segunda oleada de la mal llamada liberación femenina, que posteriormente se fue conociendo como el movimiento feminista gracias a la introducción de “la píldora” o pastilla anticonceptiva, llegándose a afirmar como el avance científico más significativo al revolucionar la vida sexual de las mujeres. (p.15)

Los estudios recalcan que la promoción de métodos anticonceptivos no elimina el control patriarcal ejercido sobre las mujeres principalmente, pero sí representa un punto de partida para

cuestionar y dar relevancia al impacto que están teniendo estos métodos en la sociedad actual.

Dentro de los estudios cuantitativos realizados en el espacio estatal se encontró que la primera encuesta de fecundidad llevada a cabo en 1964 se enfocó en la zona urbana del Área Metropolitana en San José y estuvo a cargo de la Dirección General de Estadística y Censos y el Instituto Centroamericano de Estadística; esto dio apertura al estudio de temas acerca de la fecundidad y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, esta primera encuesta dejaba de lado las zonas rurales del país; por lo tanto, en 1969 se realizó la segunda encuesta de fecundidad situada en las zonas pequeñas y rurales y la implementó la Dirección General de Estadística y Censos y el CELADE. (Dirección General de Estadística y Censos, 1978)

Para 1968, se inicia el Programa Nacional de Planificación Familiar, época cuando también es pertinente señalar que hubo acceso gratuito a los métodos anticonceptivos, factor importante para su utilización en un mayor número de población.

Década de los setenta

Para 1976, se realizó la tercera encuesta de fecundidad, esta vez fue a nivel nacional y formó parte del programa Encuesta Mundial de Fecundidad, la cual buscaba obtener datos sobre la fecundidad humana que obedecían a advertencias relacionadas con cambios en la fecundidad en Costa Rica. Estos datos resultaron de gran importancia para los programas de planificación familiar; pues abarcó preguntas desde historias de nacimientos, conocimiento y el uso de anticonceptivos, planificación familiar, el deseo del número de hijos, entre otras variables.

Durante esta época, Costa Rica experimentó preocupación social y política debido al rápido crecimiento poblacional. Este temor estuvo influenciado por discursos internacionales de la escasez de los recursos naturales y el incremento de la natalidad, lo cual eventualmente conllevaría al estancamiento económico. La autora, Paula Sequeira, quien es una socióloga de la Universidad de Costa Rica, analizó estos discursos alarmistas que penetraron en la sociedad costarricense y aludían a que la sobrepoblación era una amenaza para el bienestar social. En toda Latinoamérica este temor formó una especie de tendencia internacional promovida por los estados de los países desarrollados para reducir las tasas de natalidad. (Carvajal et al., 2020)

Década de los ochenta

Para 1981 la Asociación Demográfica Costarricense, organización de la sociedad civil con gran importancia para el país, aplicó la “Segunda encuesta de Prevalencia Anticonceptiva en Costa Rica” ayudada por el INEC. En esta, cabe destacar que se tomaron en cuenta elementos como la aceptabilidad de la planificación familiar, la disponibilidad de métodos, el conocimiento de estos y sus usos. (Rosero, 1981)

Década de los noventa

En los años 90 se desarrolla la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes, más específicamente en 1991. En dicha encuesta, la proporción de hombres en estado de soltería era mayor (85 %) que la proporción de las mujeres (63 %) y un tema de interés que reluce en este estudio fueron los patrones de comportamiento sexual y reproductivo; pues se encontró que el 22 % de los hombres manifestó haber tenido alguna experiencia sexual antes de los 15 años, porcentaje que es mucho menor en las mujeres (12 %). (Writtle, Morris 1992)

El dato anterior expuesto, ofrece una visión atrayente desde el punto de vista social y político de la época. En los noventa, Costa Rica experimentaba un aumento en la discusión sobre temas de género y derechos reproductivos; mientras a nivel político se estaban produciendo esfuerzos para fortalecer las políticas públicas que promovieron la igualdad de género y precisamente enfocadas en la prevención del embarazo adolescente. El contraste en las experiencias sexuales tempranas entre hombres y mujeres podría haber impulsado aún más los esfuerzos, tanto a nivel político como académico, para abordar las desigualdades de género en la sociedad. Estas diferencias habrían resaltado la necesidad de contar con un enfoque integral en la educación sexual que se inicie en las escuelas y colegios del país.

En 1993, el departamento de Medicina Preventiva de la CCSS efectuó la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva a partir obtener información relevante sobre la fecundidad y la formación de la familia costarricense.

En esa encuesta se utilizó un calendario para recoger información sobre prácticas anticonceptivas, uniones, nacimientos y participación en la fuerza de trabajo de solo mujeres. Un dato que ocupó la atención de los investigadores es que todas las mujeres, sin ninguna excepción, están familiarizadas con al menos un método anticonceptivo, y, la gran mayoría de ellas, están al tanto de métodos como la píldora, el condón, el DIU, los anticonceptivos inyectables y el método del ritmo. Además, de acuerdo con el informe, casi la totalidad de las mujeres encuestadas afirmó tener conocimiento sobre dónde adquirir anticonceptivos orales o condones. (Caja Costarricense de Seguro Social, 1994)

Además, en 1999, la Universidad de Costa Rica, el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) y el Centro Centroamericano de Población (CCP) desarrollaron la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de migración nicaragüense en Costa Rica. La población de interés de la encuesta, la constituyen todas las mujeres residentes en viviendas particulares de Costa Rica con edades entre 18 y 44 años. (Caja Costarricense de Seguro Social, 1994)

Este informe es el primero en el país con representatividad nacional sobre los inmigrantes nicaragüenses y resalta que, las mujeres entrevistadas en 1999 son en promedio mayores que las entrevistadas, y, en la encuesta de 1993 más de la mitad reside en el área rural. (Chen Mok et al. 2001)

Asimismo, en 1999 se observó también una disminución en el tamaño de los hogares donde residen las entrevistadas. Los indicadores de salud analizados en ese momento evidencian una mejora en el perfil de la salud materno infantil costarricense, en comparación con los que se tenían para 1991. El aumento en el nivel educativo puede ser un indicador que refleja los

esfuerzos y avances en el sistema educativo del país que se ha realizado desde los años noventa con la implementación de políticas y la inversión en la educación. (Chen Mok et al., 2001)

Años dos mil

Desde inicios del segundo milenio, se han realizado estudios y trabajos de investigación desde las universidades, centros de investigación y los gobiernos que buscan mejorar la calidad de vida de la población y crezca la calidad en la salud pública. Estos esfuerzos incluyen las Encuestas de Juventudes de 2013 y el 2018 y las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015, las cuales se constituyen en la base de esta investigación.

Una de las encuestas más relevantes en esta temática, que integra investigaciones cuantitativas que dieron pie al panorama actual, es la Primera Encuesta Nacional de Juventudes. Este estudio está orientado a diagnosticar y conocer la situación de las personas jóvenes en diversas dimensiones, y, desde este interés y a manera de antecedente, incluye un apartado sobre “prácticas en salud y sexualidad”, el cual representa un avance en el abordaje de la sexualidad de la ciudadanía joven.

En dicha encuesta del Consejo de la persona Joven (2009), hacía público su interés de identificar vacíos sobre una variedad de temas, específicamente en el de la sexualidad en la vida de personas jóvenes que constituye un rol determinante en el marco de la anticoncepción, de acuerdo con los hallazgos y a toda recolección de información, que se obtuvo de esa primera encuesta, se gestionan recursos directos a nuevas políticas públicas e iniciativas que buscan solventar los problemas específicos de la población joven.

Dentro de los principales puntos para actualizar, por parte del Consejo de la persona Joven (2009), destacan el tema de uso de métodos anticonceptivos, acceso a la información de estos, las personas jóvenes qué tipo utilizan de preferencia, uso de métodos anticonceptivos según la escolaridad, entre otras variables.

Los resultados evidencian una clara necesidad de seguir trabajando en este tipo de temas y se plasma como un antecedente relevante, desde el cual surgieron preocupaciones y nuevas investigaciones, de ahí su pertinencia.

Asimismo, resulta indispensable comprender el origen y las motivaciones de la elaboración de las encuestas que, en dicha investigación, son pilar de información, la primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva surge en el año 2010, posterior a la primera Encuesta Nacional de Juventudes gestionada en el 2007. De acuerdo con el Ministerio de Salud (2011) hubo cambios importantes, principalmente desde los años sesenta, los indicadores de natalidad se redujeron drásticamente, el estado civil en que las mujeres tenían hijos ya no dependía solo del matrimonio, entre otros hallazgos de suma relevancia.

En el 2013, el Consejo de la persona Joven trabaja en la segunda Encuesta Nacional de juventudes, está gestada desde el órgano rector de política pública de la población joven, el Consejo de la Persona Joven (CPJ). Esta encuesta tuvo características específicas, la población de interés se mantiene entre 15 y 35 (juventudes desde la visión del CCP), en la cual participaron 2800 personas. Esto significa, una continuidad a los procesos de investigación.

En algunos apartados de la encuesta, según sus temáticas, se abordan puntos de interés que son precedentes de esta investigación. Apartados como Familia y Vivencia en Pareja, Salud, Integridad Personal y otras son hallazgos de suma relevancia, útiles como referencia; además, tiene respaldo de una base de datos de información cuantitativa que será de gran utilidad y pertinencia.

La realización de la primera encuesta fue posible gracias al impulso del gobierno y a un amplio esfuerzo interinstitucional, motivado por el vacío de información existente para diseñar políticas públicas certeras basadas en la situación real del país. En la edición de 2015 se aplicaron cerca de 3200 entrevistas, y, en ambas ediciones, se manejó una cantidad similar. Sus aportes en materia de educación sexual, disfrute de los derechos sexuales y reproductivos, prevención de enfermedades e iniciativas de atención, entre otros aspectos de gran relevancia, ha sido destacados por Alvarado. (2016)

Asimismo, en el Consejo de la persona Joven, se elaboró la tercera y más reciente encuesta de juventudes. Al ser la más reciente y con la información más actualizada de las tres versiones que se construyeron con anterioridad, contiene información clave para el análisis de la salud sexual y reproductiva. Esta última, mejora muchos aspectos de las anteriores, por lo tanto, resulta información de suma importancia para el análisis de datos cuantitativos. La muestra creció significativamente, esto le brinda mejor representatividad.

De igual manera, en las encuestas anteriores, el tema de la sexualidad, reproductividad, salud sexual, entre otros de interés, habían estado dentro de otros grandes ejes temáticos; sin embargo, esta última cuenta con la característica de tener un apartado de Sexualidad y otro de Percepción de Derechos. Es de los antecedentes con mayor actualización y completos sobre estos temas a nivel país, y, desde donde surgieron las ideas de política pública para la persona joven durante los últimos cinco años.

Actualmente, existe una carencia de información, en lo referente a las Encuestas de Salud sexual y Reproductiva, y, no parece haber interés real en dar continuidad a estos estudios, los cuales se habían planteado realizar con una periodicidad de cinco años. La agenda política, a raíz de la pandemia de la COVID-19, hizo un giro inesperado; sin embargo, al contrario de lo que se esperaría, estos esfuerzos no se han retomado, lo cual significa un retroceso importante desde los esfuerzos anteriores y limita la capacidad de trabajar con información actualizada. Además, en la agenda del gobierno actual no se observa intención de continuar con otras encuestas, como las de juventudes; más bien, se percibe mayor interés en responder a iniciativas de organismos internacionales que en ejecutar lo establecido en el propio plan de gobierno.

Finalmente, al explorar los antecedentes recopilados en Costa Rica sobre sexualidad, conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos, se identificó que se han realizado amplios estudios sobre métodos anticonceptivos más a un nivel cuantitativo; distintas instituciones han trabajado por la recolección de datos que permitan visualizar, a través de los años, tanto la densidad poblacional así como esta ha experimentado cambios en distintas épocas, hasta la recopilación de datos vinculados con el uso de métodos anticonceptivos.

2.2 Estado de la cuestión

Dentro de este apartado, se plantea qué se ha escrito en relación con la sexualidad reproductiva y los métodos anticonceptivos a partir del conocimiento, accesos y usos en Costa Rica, se destaca información relevante para seleccionar y sistematizar el marco de conocimiento científico que se ha producido alrededor de este tema; por lo tanto, a continuación, se detallan aspectos trascendentales de las principales investigaciones abordadas.

Los criterios para elaborar esta recopilación de documentos consisten en una selección basada en investigaciones, las cuales utilicen bases de datos con estadísticas relacionadas a la sexualidad reproductiva y los métodos anticonceptivos, principalmente desde Costa Rica, ordenadas de forma cronológica dentro de un marco temporal que abarca de 2009 a 2025.

Investigaciones basadas en análisis de datos estadísticos y demográficos

La investigación titulada “Representaciones sociales que orientan la fecundidad de mujeres de 20 a 29 años en tres contextos socioeconómicos” por Eugenio Fuentes en el 2009; parte de la demografía y la antropología social, para explicar cómo las representaciones pueden ser utilizadas para aportar conocimientos hacia las políticas públicas de la salud reproductiva en Costa Rica.

A pesar de que esta investigación parte de las representaciones sociales, aspecto no vinculado a la presente investigación; es relevante porque se realiza un análisis estadístico a 446 distritos sobre la reducción de fecundidad y nivel socioeconómico de las madres entre 1995-1997 y 2002-2004, lo cual ejemplifica un alto interés por reconocer cómo se estaba desarrollando el tema de transición demográfica en el país.

Además del análisis estadístico, se realizaron entrevistas a mujeres en tres distritos diferentes en Costa Rica, los cuales representaban diversos contextos socioeconómicos. Este estudio considera variables recurrentes en los estudios sobre métodos anticonceptivos, tales como: residencia, remuneración económica, estado civil, educación, entre otras. Como elemento central, se menciona que: “los métodos anticonceptivos utilizados por las entrevistadas son los que más han escuchado con “alguna” información, a saber, el condón, las pastillas y la inyección” (Fuentes, 2009, p.14). Además, se determinó una gran heterogeneidad estructural, la cual influye en la fecundidad de las mujeres, así como el indispensable rol de las políticas públicas en la promoción de una salud sexual y reproductiva.

Dentro de los resultados más trascendentales, se destacaron agentes socializadores de educación sexual, en los cuales destacan: los medios de comunicación, la religión, educación formal, servicios de salud y la familia; todos intervienen como un rol de información sobre la reproducción y el ejercicio de la sexualidad. Al final, se determina la permanencia de desigualdades en el acceso a la información y hacia los proyectos de vida.

Investigaciones basadas en encuestas y datos etnográficos

Para comenzar con las investigaciones que se realizaban durante la implementación de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015, se comienza por destacar la investigación titulada “Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva” de Jiménez, Aliaga y Rodríguez, desarrollada en el 2011.

En la investigación mencionada en el párrafo anterior, se destaca que el acceso universal a la salud sexual y reproductiva se referencia como un aspecto dentro de los derechos humanos y forman parte de los objetivos de Desarrollo del Milenio a nivel de América Latina y el Caribe. En este contexto, Jiménez, Aliaga y Rodríguez (2011) analizan la importancia de profundizar en la fecundidad adolescente como uno de los objetivos planteados y de gran relevancia, para así prevenir embarazos adolescentes; además, estas autoras profundizan en la tasa de prevalencia anticonceptiva, con lo cual países como Brasil, Costa Rica y Cuba se da un alto uso de anticonceptivos, esto implica menos embarazos en estos países, pero aun así muestran datos estadísticos que visualizan como ha aumentado el uso de anticonceptivos en países de América Latina y el Caribe, esto arroja como resultado una evidente baja en las tasas de fecundidad.

Asimismo, muestran una mayor eficacia en el uso de métodos anticonceptivos modernos más que los tradicionales y también que los modernos tienen una alta tasa de uso en mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años, No obstante, el uso de métodos tradicionales sigue existiendo en su mayoría en zonas rurales y poblaciones indígenas. A pesar de que se evidencia un alto uso de métodos anticonceptivos, la investigación muestra que hay dos razones fuertes por las cuales las mujeres dejan de utilizarlos; por un lado, se halla la percepción en el bajo riesgo de embarazo y, por otro, los efectos secundarios que pueden producir los métodos anticonceptivos.

Jiménez, Aliaga y Rodríguez muestran aspectos fundamentales para la comprensión de la fecundidad actual en estos países de la región, vinculan aspectos como acceso a la salud reproductiva, embarazos adolescentes y la planificación familiar; además, se toman datos cuantitativos que evidencian la importancia de la investigación, con un enfoque que invita a profundizar en políticas que velen por un acceso a la educación y la salud reproductiva desde la adolescencia, para que la persona pueda tomar decisiones acorde a su etapa.

La investigación “Contracepción y feminidades: un análisis de la resistencia a la pastilla” por Tania Cuevas en el 2014, que parte desde las Ciencias Sociales; aborda las identidades de género inscritas en la pastilla meramente, las mujeres que abandonan su consumo, los mecanismos utilizados por estas mujeres para resistir ese guion y las consecuencias de esa resistencia a nivel político y cultural.

Dicho análisis, se basa en las razones que llevaron a un grupo de mujeres a no consumir la pastilla anticonceptiva y las formas en que experimentaron y vivieron esa resistencia. Además, se utiliza una etnografía virtual de un foro en Internet dedicado a la discusión del uso de la pastilla anticonceptiva como método investigativo. En ese sentido, se destaca que “Internet se ha convertido en uno de los medios más importantes de acceso y circulación de información” (Cuevas, 2014, p.146), lo cual evidencia una forma en la que las personas acceden al conocimiento sobre métodos anticonceptivos que incluye en los usos y accesos.

Por otra parte, en la investigación “Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua” de Fuentes en el 2014, señala que, en Costa Rica, el derecho a la sexualidad reproductiva ha sido objeto de conflicto y debate entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista. Mientras que la Iglesia católica y los grupos conservadores han presionado para mantener la prohibición del aborto, el movimiento feminista ha luchado por la despenalización del aborto y el acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

En esta investigación, se intenta vincular e ilustrar algunas semejanzas que se muestran tanto en Costa Rica como en Nicaragua con respecto a los entes religiosos, los cuales manipulan —de acuerdo con su moral religiosa— decisiones relevantes como lo son políticas públicas, derechos de las mujeres y legislación, como bien se muestra en el ejemplo de la Conferencia Episcopal (CE):

La CE sostiene un discurso según el cual es necesario prohibir cualquier tipo de aborto, mientras que el Movimiento Feminista (MF) busca su despenalización. La primera posición también intenta restringir el campo de la actividad sexual al matrimonio y promueve la anticoncepción natural y la abstinencia. La segunda en cambio propone la educación sexual y la difusión de todos los métodos de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual. (Fuentes, 2014, p.109)

De igual manera, la forma en que ilustra el problema y resalta la importancia del activismo feminista y las luchas sociales es digna de destacar; pues muestra que la disputa en torno al cuerpo de las mujeres se configura a partir de tres poderes claramente identificables: el Estado-político, la iglesia y el feminismo, que irrumpen para cuestionarlos y busca la emancipación de las mujeres desde los movimientos sociales.

Para cerrar, se destaca la investigación titulada: “Factores que inciden en la aplicación de la anticoncepción de emergencia para el mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres. América Latina. 2007-2018” por Tania Chávez y Marco Pérez, desde la disciplina de Enfermería; los autores abordan que la influencia del personal de salud y las prácticas socioculturales de la sociedad costarricense, afectan directamente en el uso de anticonceptivos, lo cual dificulta el mejoramiento de la salud reproductiva.

Esta investigación se llevó a cabo a partir de una revisión literaria en bases de datos científicos, los autores tomaron criterios como parámetros poblacionales, temporales, estudios primarios y secundarios. Con esta recopilación de datos, se elaboraron dos categorías de análisis: la primera, factores socioculturales que inciden en el uso de anticonceptivos y también factores personales del personal de salud.

Dentro de este documento se recalca el impacto que tiene el desconocimiento para aprender y acceder a los métodos anticonceptivos, en ese sentido, la difusión de información resulta esencial para garantizar este derecho de salud reproductiva. Otro factor relevante que identifican es el religioso; pues desde este sector ha habido un rechazo hacia la aplicación de métodos anticonceptivos y genera divisiones y obstaculizaciones, mencionan que “La controversia generada ha traído roces de los grupos conservadores atacando con datos incluso falsos o sin base científica”. (Chávez y Pérez, 2020 p.35)

Según se transcribe en la investigación, lo anterior mencionado ha influido hasta en el mismo personal de salud y formuladores de políticas públicas de salud, lo cual genera barreras para garantizar la accesibilidad de los métodos anticonceptivos.

Basados en la Encuesta Nacional de Juventud, destacan además que el uso de métodos anticonceptivos se encuentra sobre todo en los estratos sociales más altos; mientras que hay un menor uso de estos si el nivel socioeconómico es más bajo. Esto se refleja cuando mencionan que: “Son las personas con niveles socioeconómicos más bajos las que se ven mayormente afectadas por estas desigualdades al tener un menor acceso a tecnologías de anticoncepción eficaces”. (Chávez y Pérez, 2020 p.36)

Investigaciones recientes sobre la salud sexual y reproductiva

Una vez presentadas las principales investigaciones, hasta la situación actual de la salud sexual y reproductiva en el país, se realizó “El Derecho a la Planificación Familiar” artículo publicado en UNFPA Costa Rica por Rodríguez en el 2017. Esto muestra que el deseo de tener hijos es un tema complejo y multifacético y lo influyen diversos factores como: edad, educación, situación económica, estatus marital y experiencias previas. Por ende, está muy arraigado desde la interacción familiar y escolar. La autora señala que la mayoría de las mujeres en Costa Rica consideran importante la planificación familiar, pero no todas utilizan algún método anticonceptivo.

En el artículo, se destaca la importancia que se le debe dar a la promoción de la salud sexual, porque esta influye directamente en la capacidad de las personas a ejercer su derecho a decidir de manera libre e informada sobre el deseo de tener hijos y el momento en que los quieren tener. El artículo también se refiere a la diversidad de métodos anticonceptivos existente, y, además, destaca la importancia de que las personas cuenten con información clara y precisa sobre cada uno de ellos, así como a los servicios de salud necesarios para su adecuado uso.

En Costa Rica, el acceso y uso de métodos anticonceptivos puede ser limitado por la influencia religiosa; pues la Iglesia católica tiene una fuerte presencia en la sociedad costarricense. Esto causa que las mujeres enfrenten barreras sociales, culturales y religiosas para acceder a información y servicios de planificación familiar, lo cual puede resultar en embarazos no deseados y limitar su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2017) enfatiza la importancia de la educación y el acceso a información precisa sobre los métodos anticonceptivos, así como la necesidad de reducir las barreras culturales, económicas y geográficas para acceder a ellos. El UNFPA también destaca que la planificación familiar puede tener beneficios significativos para la salud de las mujeres y sus familias, así como para el desarrollo económico y social del país.

Otro estudio lo llevaron a cabo María Luisa Preinfalk y Paula Sequeira en el 2021, llamado: “La trayectoria histórica de la anticoncepción en Costa Rica. Del centralismo en el discurso de la sobrepoblación hasta su transformación en un derecho humano”; analiza parte del recorrido histórico que atravesó el Estado para la introducción y el desarrollo de la anticoncepción en la vida de las mujeres costarricenses. Se analizó, además, que existía un discurso que la sobrepoblación en la década de los sesenta era un problema importante en el país y destaca que, a pesar de la influencia de la Iglesia, la planificación familiar y los métodos anticonceptivos se volvieron ampliamente aceptados en la sociedad costarricense.

El artículo mencionado en el párrafo anterior, aborda cómo la anticoncepción se ha transformado en un derecho humano en Costa Rica, y el acceso a los métodos anticonceptivos se ha ampliado en los últimos años. En general, proporciona una visión histórica y crítica sobre la evolución de la anticoncepción y la planificación familiar en Costa Rica.

Otra investigación para tomar en cuenta es la titulada: “Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica” de Sánchez y Leiva (2016). En esta realizaron un estudio para determinar esos factores que logran influir en el uso de anticonceptivos en población costarricense entre 15 y 35 años, se tomaron en cuenta los datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2007 y la metodología del Modelo Probit binario, consideraron características personales y socioeconómicas. Dentro de los resultados, obtuvieron que el uso de métodos anticonceptivos puede verse disminuido por factores como la edad de la persona y la pareja, la estabilidad en la relación y vivir en la zona urbana.

Por otro lado, factores como la educación universitaria, información sobre enfermedades de transmisión sexual y uso de anticonceptivos, así como una red de apoyo familiar pueden incrementar el uso de métodos anticonceptivos como forma de protección a ITS y embarazos.

Por otra último, dentro de la información recopilada más reciente y vinculada con el uso de métodos anticonceptivos UNFPA (2021) realizó un estudio sobre “El impacto del COVID-19 en los logros alcanzados en anticoncepción y en la prevención y atención de la violencia basada en género en Costa Rica”, en el cual se evidencia que el uso de métodos anticonceptivos de corta duración como las pastillas fue uno de los que varió y muestra que aproximadamente 20.000 mujeres dejaron de utilizarlas al comparar el dato entre el 2020 y el 2015. Por tanto, según UNFPA (2021):

El consumo de métodos anticonceptivos en la CCSS, en general, ha disminuido en más de 1000 mujeres en comparación con el año 2019. El consumo de pastillas, inyecciones y condones masculinos se mantuvo o incluso disminuyó a números similares a los de hace 5 años. (UNFPA, 2021, p.37)

El dato mencionado puede originarse al temor de enfermarse en las visitas a los centros de salud durante la pandemia; también, por labores de cuidado o la afectación económica que pasaron muchas mujeres en ese periodo, lo cual pudo afectar para asistir a los centros médicos. Ahora bien, las personas que utilizaron los métodos de larga duración como el DIU o el implante subdérmico, siguieron protegiéndose a pesar de las limitaciones o temores por acceder a centros de salud. (UNFPA, 2021)

Desde las Ciencias Sociales y la Sociología, la planificación familiar en Costa Rica es un tema complejo y multifacético, el cual abarca el deseo de tener hijos y el número de hijos y la

participación directa de actores como el Estado y la Iglesia católica. La educación y el acceso a información son temas que precisan para garantizar el derecho a la planificación familiar y mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y sus familias.

Reflexiones y vacíos sobre las investigaciones analizadas

Dentro de las investigaciones expuestas anteriormente, se realizó un recorrido sobre qué se ha estado investigando antes, durante y posterior a las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva seleccionadas.

En ese sentido, se halló información relevante, tanto pre como post la encuesta, se ha abordado el tema de la tenencia de hijos, el acceso, uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, en estos aspectos surge una tendencia a destacar su importancia como derecho humano, el impacto que tienen los servicios de salud, la familia, la religión y la educación formal como elementos socializadores. Asimismo, condicionantes como situación socioeconómica, zona rural o grado académico que inciden en el uso de dichos métodos.

Dentro de los vacíos destaca que, a pesar de referenciar encuestas que abordan datos sobre la sexualidad reproductiva, no se realizan comparaciones y se utilizan como datos aislados. También no se realizan investigaciones en el uso de anticonceptivos de grupos específicos de la población como adolescentes, personas de bajos ingresos o grupos étnicos minoritarios.

Uno de los vacíos más importantes a destacar es que en las Encuestas de Juventudes (2013 y 2018) y las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y el 2015, comparten temáticas sobre salud y sociedad complementarias; el análisis documental realizado evidencia que sus marcos teóricos institucionales y respectivos de cada encuesta operan de manera desconectada. Se denota que, en ningún caso, se establecen referencias cruzadas, comparación de datos o círculos entre instrumentos de recolección de datos; lo cual muestra una falta de interdisciplinariedad entre las instituciones públicas costarricenses.

Por lo tanto, y, a pesar de que en lo analizado se logran determinar factores que inciden en la salud sexual y reproductiva, es importante trascender lo descriptivo y realizar mayor análisis crítico de este problema social; de tal manera que se evidencien las experiencias y las aspiraciones de la población de forma real y solucionar desde la interdisciplinariedad los vacíos existentes en la salud sexual.

2.3 Problematicación

En este contexto, cabe preguntarse ¿cómo ha ido avanzando Costa Rica en temas de salud sexual y reproductiva? La última Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva se realizó en el 2015; desde entonces han pasado diez años y el gobierno actual no ha retomado este tipo de proyectos ni parece contemplarlos en los planes en el futuro próximo. Esta inquietud ya la había advertido en el *Seminario Universidad* al inicio del gobierno de Rodrigo Chaves, en un artículo de Parra (2022), donde se destaca lo preocupante de las posturas del presidente electo frente a los derechos de las mujeres y la diversidad sexual.

El gobierno actual (2022-2026) ha impulsado medidas regresivas, evidenciadas con el desmantelamiento de las Guías de Actividad y Sexualidad del Ministerio de Educación. Estas acciones se traducen en una hostilidad directa y programática y han implicado el abandono de cualquier nuevo monitoreo de la educación sexual tanto en escuelas como en el colegio.

Debido a lo expuesto en el párrafo anterior, toma relevancia el análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva desde esos últimos datos brindados por Encuestas de Juventudes de 2013 y el 2018 y las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015, las cuales son la base de esta investigación. Se toman en cuenta las variables de las encuestas, tales como: condición socioeconómica, cultural, estado conyugal, inclinación religiosa, educación, zonas geográficas, entre otras, para ofrecer el complejo panorama actual de la situación de los anticonceptivos.

El país ha avanzado en materia de conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos, pero siguen persistiendo desigualdades de género en el acceso y uso de los servicios de salud reproductiva, la educación y en la toma de decisiones sobre la sexualidad y la reproducción. Estas desigualdades pueden provocar consecuencias negativas para la salud integral y el bienestar de las mujeres y hombres, así como para la sociedad en su conjunto.

En el marco de esta investigación, las encuestas escogidas proporcionan datos representativos sobre aspectos relacionados con la salud sexual del país. Por lo tanto, esta investigación se pregunta principalmente por las necesidades, desafíos y problemáticas referentes a la falta de conocimiento, la dificultad de accesos y los distintos usos de los métodos, lo cual marca un panorama sobre la situación actual de la salud sexual y reproductiva en Costa Rica.

Esta investigación analiza las desigualdades de género en relación con los métodos anticonceptivos, donde se exploran diferencias en la toma de decisiones, autonomía sexual y relaciones de poder en la toma de decisión que puede influir en la capacidad de acceder a métodos anticonceptivos y utilizarlos de manera adecuada.

Por lo tanto, la problemática general de esta investigación se centra en analizar y comprender las dinámicas y los desafíos de la sexualidad y acceso a métodos anticonceptivos, donde esta generación de conocimiento contribuya a formular propuestas y planes que promuevan el bienestar sexual en general.

Posterior a comprender la problemática general, se plantean las siguientes problemáticas individuales.

2.4 Problematizaciones individuales

- **Objetivo 1. Análisis sobre el deseo de tener hijos y el número de hijos de las mujeres en Costa Rica según el análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2010 y 2015.**

La primera etapa de la investigación se centra en un análisis exhaustivo del deseo de tener hijos e hijas de las mujeres costarricenses, así como en la comprensión de la distribución actual del número de hijos e hijas. Este enfoque analítico proporcionará una visión detallada de los patrones recientemente documentados en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Costa Rica. El análisis tiene como fin comparar los hallazgos y la formulación de preguntas de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015, con el propósito de examinar los cambios de las respuestas a lo largo del tiempo y comprender la evolución del deseo de maternidad y el número de hijos e hijas.

Al estudiar estos elementos mencionados en el párrafo anterior, sobre el deseo y el número de hijos e hijas, se pretende generar insumos y conocimientos que sirvan de base para la reflexión de las políticas públicas existentes, así como también formular políticas más efectivas y acordes a las necesidades actuales de las mujeres en el país. Y, por ende, buscar una comprensión más profunda de los factores socioeconómicos, culturales, etarios y geográficos que influyen en las decisiones reproductivas de las mujeres en la sociedad costarricense contemporánea. A partir del análisis de los datos que proporcionan las encuestas, se discuta con autoras feministas y sus respectivas teorías y pensamientos con las que se pueda comprender de una manera más profunda la realidad social y vivencial de las mujeres en Costa Rica y sus necesidades.

De acuerdo con el doctor Vernor Muñoz, quien participó en el conversatorio: “El derecho a la educación sexual integral”, realizado el 2 de setiembre de 2010 en el auditorio de Educación de la Universidad de Costa Rica; mencionó que:

(...) lo cierto es que no hay programas ni se asignan recursos para esto, sino que todo lo que impulsa el Ministerio de la Salud y la CCSS es el miedo y el riesgo de ser sexualmente activos, no hemos iniciado el tránsito hacia un camino más amplio, en donde se vea la educación sexual como el aporte de herramientas, instrumentos y otras posibilidades para una vida diferente, sino que seguimos optando por el miedo para controlar. (Guerrero, 2010)

De acuerdo con la concepción expuesta supra, este primer objetivo permite identificar posibles brechas en la atención de la salud reproductiva de las mujeres en el país y comprender si se atienden las necesidades de estas, en concordancia con los factores antes mencionados. Y, de manera general, permite una mejor comprensión del panorama de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Costa Rica, análisis y reflexión que se considera fundamental para evaluar las prácticas actuales de las políticas y proporcionar información basada en datos para contribuir al desarrollo social del país. Además, se destaca la importancia que amerita estos datos para analizar experiencias de vida y necesidades de la población costarricense, de tal manera, se puede reconocer la visibilidad de aspectos estructurales que afectan la autonomía sexual y social de las mujeres en todas las etapas de su vida.

Por esto, sería pertinente preguntar: ¿cómo es el nivel de deseo de tener hijos entre las mujeres

y cuántos hijos han tenido en Costa Rica, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva durante 2010 y 2015 de acuerdo con los factores socioeconómicos, culturales, geográficos y etarios?

La pregunta antes planteada, resulta útil para investigar comparaciones sobre datos demográficos y sobre las prácticas reproductivas y sexuales que se han llevado a cabo dentro de la población costarricense; cómo estos datos y prácticas se relacionan entre sí, se puede evaluar la efectividad de los programas de educación sexual.

- **Objetivo 2. Analizar las estructuras de género presentes en “las fuentes más importantes de información sobre salud sexual y reproductiva”, en el contexto costarricense, a partir de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015**

El acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva es un aspecto indispensable para la toma de decisiones informadas y autónomas en la vida de las personas. En el contexto costarricense, este acceso a la información está condicionado por las estructuras de género que juegan un papel determinante en las formas en que se transmite y se recibe la información.

A partir de analizar las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015, se identifican patrones significativos sobre quiénes reciben la información, cuáles son los medios por los que se emite esta información y los niveles de satisfacción hacia estos, así se evidencian desigualdades en la distribución del conocimiento y la persistencia de roles tradicionales que condicionan la información.

Este estudio refleja cómo las mujeres y, en particular las madres, constituyen la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva, de tal manera que se reafirma su papel tradicional como cuidadoras y educadoras en el ámbito familiar. También se evidencia cómo las amistades juegan un rol primordial como medio práctico de información, lo cual sugiere que la educación formal y familiar no siempre cumple con las expectativas de las personas jóvenes en cuanto a acceso a información confiable y abierta. En contraste a que, los padres no figuran como agentes relevantes en la educación sexual, lo cual denota una distribución de roles de género diferenciada dentro de los núcleos familiares.

Por lo tanto, esta investigación enfatiza en reconocer que la fuente más importante de información y el acceso de métodos anticonceptivos, no son procesos individuales, sino que se hallan interrelacionados bajo sistemas de poder y estructuras de género enraizadas socialmente; y, desde un análisis de datos estadísticos, propone evidenciar las desigualdades y las oportunidades para acceder a métodos anticonceptivos en el contexto costarricense.

Por último, la encuesta analizada permite reconocer niveles altos de insatisfacción respecto a la información recibida desde la familia y centros educativos, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de educación sexual con enfoques inclusivos y equitativos. Estos resultados permiten mostrar cómo las estructuras de género condicionan la transmisión de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva, se enfatiza en la necesidad de generar políticas públicas y programas educativos que aborden las desigualdades y promuevan una

educación integral.

- **Objetivo 3. El uso de métodos anticonceptivos, su preferencia de uso y la toma de decisión a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015**

El uso de métodos anticonceptivos dentro de la planificación familiar en Costa Rica es un estudio que resulta relevante y necesario; pues permite comprender las transformaciones sociales, culturales y de género en torno a la salud sexual y reproductiva. Por lo ello, analizar las encuestas de 2010 y 2015 permite evidenciar cambios significativos —tanto en la percepción como en la utilización de métodos anticonceptivos—, los datos obtenidos muestran que, aunque las pastillas y el condón masculino persisten como los métodos más utilizados, dicha prevalencia está acompañada de variaciones importantes según edad, nivel educativo, zona geográfica y sexo de la persona entrevistada.

La investigación refleja como en la zona rural, las mujeres adultas mantienen mayor preferencia por el uso de pastillas anticonceptivas; mientras en las generaciones más jóvenes se observa un incremento en el uso del condón masculino. Dicha variación refleja cambios generacionales y posibles transformaciones en la educación sexual, disponibilidad a servicios y dinámicas de género en la toma de decisiones reproductivas.

Además, resulta fundamental evidenciar las tensiones presentes entre el conocimiento y el uso real de los métodos. Si bien la mayoría de las personas manifiestan haber escuchado hablar de los anticonceptivos más comunes, no todas los utilizan de manera efectiva o correcta, ya sea por percepciones en sus efectos secundarios, motivos económicos, influencia de la pareja o limitaciones en el acceso a los servicios de salud. La brecha identificada entre conocimiento y práctica muestra que la planificación familiar no siempre se ejerce desde una autonomía plena, más bien podría estar condicionada por factores externos y relaciones de poder.

Si bien los datos reflejan un aumento en el conocimiento y el uso de algunos métodos anticonceptivos entre 2010 y 2015, no todas las personas logran utilizar el que quisieran o tienen la información necesaria de elección, esto genera una necesidad insatisfecha de planificación familiar. En ese sentido, se ha señalado que:

Se han planteado argumentos elocuentes a favor de incluir la necesidad insatisfecha de planificación familiar entre los indicadores de acceso a la salud reproductiva. Este indicador es complementario del uso de anticonceptivos —la prevalencia de la anticoncepción provee el contexto en el cual se sitúa la necesidad insatisfecha. (Jiménez, Aliaga y Rodríguez 2016, p.32)

De esta forma, analizar las variables seleccionadas desde la perspectiva de género, deriva en conocer la preferencia de uso y las relaciones de poder que intervienen entre la toma de decisión sobre el uso de algún método. Por lo tanto, es importante preguntarse: ¿cómo las personas llevan a cabo la toma de decisión y preferencia de uso de los métodos anticonceptivos?, ¿cuáles características se presentan a nivel social sobre la preferencia de uso de métodos anticonceptivos en la sociedad costarricense?; además, ¿cuáles aspectos sociales influyen en la toma de decisión sobre utilizar o no algún método anticonceptivo?

Desde la perspectiva de género y el análisis cuantitativo, esta investigación profundiza en identificar las decisiones tomadas por mujeres y hombres al momento de elegir cuál método anticonceptivo utilizar, así como visibilizar aspectos a nivel social que forman parte de esta toma de decisión y, desde los datos estadísticos, mostrar estos aspectos que prevalecen en la vida diaria de las personas costarricenses e influyen directamente en sus cuerpos, con el fin de comprender los retos actuales de la planificación familiar y sus implicaciones en la equidad de género y la salud pública a nivel país.

- **Objetivo 4. Relacionar la moral religiosa a partir del uso de métodos anticonceptivos y la sexualidad reproductiva en mujeres y hombres según los resultados de las Encuestas de Juventudes de 2008, 2013 y 2018.**

Costa Rica es un país con una diversidad religiosa significativa, donde conviven distintas creencias y prácticas. La religión puede influir en las opiniones y las actitudes de las personas hacia los métodos anticonceptivos; pues algunas corrientes religiosas promueven la abstinencia sexual o tienen restricciones específicas sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Aunque la religión puede tener una influencia importante, las opiniones y las creencias sobre los métodos anticonceptivos pueden variar entre las personas, incluso dentro de una misma comunidad religiosa. Algunas personas pueden seguir las enseñanzas religiosas en forma dogmática; mientras otras pueden adaptar su interpretación e incluso tomar decisiones basadas en otros valores y consideraciones éticas.

Por otra parte, el Estado y la religión se regula en la Constitución, la cual garantiza la libertad de culto y establece la separación entre la Iglesia y el Estado. Sin embargo, existen tensiones y debates sobre la influencia de la religión en las políticas públicas, incluyendo las relacionadas con la educación sexual y el acceso a los métodos anticonceptivos, aunque siempre la iglesia (como un conjunto) resulta un actor influyente y moral.

En el marco de una sociedad como la Latinoamericana donde se entremezclan una envidiable diversidad cultural, de grupos étnicos, valores éticos, morales y creencias religiosas, se genera un universo de factores que intervienen en la toma de decisiones frente a la salud sexual y reproductiva. (Vázquez, 2008, p.68)

Con esto, la importancia desde la Sociología como disciplina que resulta ideal para analizar el vínculo entre la religión y los métodos anticonceptivos en Costa Rica, a la luz de las encuestas mencionadas a nivel país; pues para el margen de mejora, surgen desafíos y debates en términos de creencias individuales, legislación, acceso a servicios y educación sexual. Es importante promover el diálogo reflexivo, el respeto y la equidad para abordar esta compleja problemática y garantizar la salud sexual y reproductiva de todas las personas.

2.5 Objetivos

2.5.1 Objetivo general

Desarrollar un análisis cuantitativo con perspectiva de género de la salud sexual y reproductiva en Costa Rica, mediante el análisis de contenido y datos existentes de las Encuestas de

Juventudes de 2013 y el 2018 y las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015.

2.5.2 Objetivos específicos

1. Analizar el deseo sobre la tenencia y la cantidad de hijos e hijas de las mujeres en Costa Rica, utilizando los datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015.
2. Problematizar la relación entre las fuentes más importantes de información sobre salud sexual y reproductiva, en el contexto costarricense, a partir de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015.
3. Explorar las preferencias y las relaciones de poder en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica, a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.
4. Correlacionar la adscripción religiosa a partir del uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres, según los resultados de las Encuesta Nacional de Juventudes en sus tres ediciones 2008, 2013 y 2018.

Capítulo III. Abordaje teórico conceptual

En esta investigación resulta central definir lo que se entiende por sexualidad, este es un concepto amplio y complejo que abarca tanto los aspectos biológicos como los sociales y culturales. De acuerdo con el artículo "La sexualidad en la sociedad costarricense actual: ¿qué tanto hemos avanzado?" de la revista electrónica *Salud y Sociedad*, la sexualidad se define como: "[...] la dimensión biológica, psicológica y social de la vida humana que involucra la identidad, el género, las relaciones, la reproducción y el placer". (Monge y Fernández, 2021, p.30)

Desde la perspectiva expuesta en el párrafo anterior, se comprende la sexualidad como una construcción social; es decir, que las normas, valores y creencias de una sociedad influyen en cómo se desarrolla y asume este concepto, así que comprender la construcción social de la sexualidad resulta fundamental para analizar cómo se perciben y se utilizan los métodos anticonceptivos en diferentes contextos sociales.

A continuación, se desarrollan los conceptos y las teorías relevantes para comprender la construcción de la sexualidad, las políticas sexuales, la corporalidad y los métodos anticonceptivos desde la Sociología del género/feminismo, a partir de un acercamiento a dos teóricas que se han referido sobre ello a través de los años, para esta investigación se tomarán como referencia Kate Millet (1970) y Shulamith Firestone (1973).

Las teorías abordadas por estas autoras son contemporáneas y se centran en la lucha por la liberación de las mujeres y la opresión de género, a partir de perspectivas feministas distintas.

Desde la "Política Sexual", Millet (1970) abarca un acercamiento teórico a las problemáticas que surgen en la presente investigación, en la cual se mostrará el recorrido histórico acerca de los métodos anticonceptivos en Costa Rica, así como la influencia política en la toma de decisiones acerca del uso de anticonceptivos.

Para Kate Millet (1970) el acto político empieza desde el poder de decisión sobre el cuerpo, en ese sentido, las relaciones de poder basadas en el género ejercen controles sobre esa capacidad de decisión. Millett (1970) entiende por política "(...) el conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo" (p.67). La autora estudia cómo las estructuras patriarcales han perpetuado la opresión de género y sus dinámicas se ven reflejadas en la cultura, la vida cotidiana y la literatura. Además, es importante destacar que se basa en análisis cuantitativos con variables demográficas para identificar patrones y tendencias relacionadas a opresiones de género.

Respecto a la salud sexual y reproductiva, Kate Millet considera que, dentro de la sociedad, se deben promover formas de comprender la sexualidad y el acceso a los métodos anticonceptivos efectivos, de tal manera que se promuevan las políticas de salud sexual y la educación como elementos esenciales contra las desigualdades de género que se manifiestan de distintas formas dentro de la sociedad: "Al negarle a la mujer el control biológico de su cuerpo, los sistemas legales de los patriarcados la conducen a los abortos clandestinos, que, según las estimaciones más fiables, originan de dos mil a cinco mil muertes anuales". (Millett, 1970, p.101)

Por su parte, la propuesta teórica de Shulamith Firestone titulada “Dialéctica del sexo”, ofrece un amplio panorama para la investigación planteada; pues problematiza conceptos e ideas sobre el cuerpo como espacio político, métodos anticonceptivos y autonomía, por otra parte, proporciona una idea clara sobre la perspectiva feminista, a la vez que señala la raíz de la opresión machista.

De acuerdo con la propuesta de Firestone (1973), la cual es más radical y basada en la revolución feminista, no dirige su planteamiento hacia una reestructuración social para cuestionar las bases de la opresión de género; sino que su teoría central consiste en transformar radicalmente las estructuras familiares patriarcales y biológicas reproductivas que generan la opresión. Esta liberación sexual y biológica serían medios para lograr la revolución que transforme la sociedad. “(...) lo natural no es necesariamente valor humano. La humanidad ha empezado a desbordar la naturaleza. Ya no podemos justificar el mantenimiento de un sistema discriminatorio de clases sexuales basándonos en su enraizamiento en la naturaleza”. (Firestone, 1973, p.19)

Por un lado, Millet propone un análisis de reestructuraciones hacia formas de comprender la sexualidad y la opresión de género a partir de formas y mecanismos políticos; por otro, Firestone, aboga por una revolución feminista que transforme la sociedad desde sus cimientos.

A pesar de esas diferencias, se pueden comparar y tomar similitudes en las ideas de estas obras, ya que ambas coinciden en el origen del patriarcado a partir de la opresión de género desde un enfoque histórico, Millet aborda las estructuras sociales y culturales; Firestone las raíces históricas y biológicas que perpetúan la opresión. Ambas autoras analizan literatura feminista y consideran el factor cultural como aspecto esencial para la construcción de roles de género. Así entonces, su principal similitud es que ambas abogan por la defensa hacia la autonomía corporal, que, a pesar de analizarse desde enfoques distintos, permite reunir posturas para comprender una realidad cambiante y diversa.

Dentro de sus propuestas, se puede comprender la política sexual y el acceso a los anticonceptivos como elementos indispensables que encaminan la salud sexual y reproductiva. Aunque Firestone comprende esto a partir de la familia y la reproducción como formas de opresión de género; Millet se centra en la educación sexual y las propuestas políticas como componentes para promover la salud sexual y reproductiva.

Además de las teóricas Millet y Firestone, se escoge también analizar en esta investigación los pensamientos y teorías de Marcela Lagarde y María Flórez-Estrada que se socializaron en la década de los ochenta y noventa del siglo XX.

Marcela Lagarde es antropóloga y feminista mexicana que ha trabajado por varios años desde distintas aristas en pro de los derechos de las mujeres para que vivan una vida libre, autónoma y sin violencia. En sus escritos e investigaciones trabaja de manera analítica y explicativa el femicidio, la autonomía y el estudio del amor romántico como herramienta de dominación hacia las mujeres. Estos temas los trabaja por medio del desarrollo talleres, charlas y conversatorios alrededor de toda Latinoamérica; de tal manera que pone en práctica las recomendaciones y el conocimiento generado de sus investigaciones en pro de la vida de las mujeres en la región.

El eje de comprensión más representativo de sus obras ha sido el análisis de los espacios de

poder, dominación y opresión ejercidos sobre las mujeres y de cómo estos se manifiestan en la sociedad, donde no solo interviene la relación entre hombres y mujeres, sino que también existe un involucramiento directo de las instituciones, la Iglesia y las creencias religiosas que refuerzan las ideas de la desigualdad de las mujeres y la superioridad de los hombres en términos de capacidades y oportunidades.

Otra autora relevante en este análisis es María Flórez-Estrada, doctora en Estudios de la Sociedad y Cultura de la Universidad de Costa Rica, socióloga y comunicadora. La investigadora ha realizado aportes importantes en los debates feministas sobre la economía. Sus ideas han sido relevantes para comprender las contradicciones en temas de sexualidad y salud sexual que permean en Costa Rica durante los últimos años. La estudiosa comenta que la Costa Rica liberal ha permeado profundamente la realidad actual; pues la política se ejercía desde y para la Iglesia. De acuerdo con ello, sus reflexiones abordan la restricción de las libertades individuales en nombre de un supuesto bien común, en ese sentido, se resaltan las consecuencias negativas, la fatalidad y el rechazo hacia las libertades de las personas, en particular de las mujeres.

Lagarde y Flores-Estrada comprenden esa desigualdad hacia las mujeres como necesaria para que un Estado Social e íntegro pueda tener éxito en Costa Rica. Ambas aluden a que el rol de las mujeres es el de dar hijos, estar casadas y formar una familia donde puedan proteger y servir. Tanto Lagarde como Flórez-Estrada reconocen que la autonomía sexual y corporal es un peligro para sostener esa postura tradicionalista y patriarcal. Marcela Lagarde estudia este fenómeno desde la investigación aplicada, por medio de talleres y Flores-Estrada estudia desde la historia y la política.

De acuerdo con lo expuesto, es fundamental para el análisis de resultados, reflexionar sobre estas perspectivas, las cuales permiten comprender la sexualidad en Costa Rica desde la diversidad de enfoques, aunque varían sus pensamientos y conceptos, convergen en la lucha por la autonomía corporal, espacial y mental de las mujeres.

Por lo tanto, las obras mencionadas aportan una perspectiva amplia y con discursos feministas distintos, pero a su vez, pueden complementarse para comprender las relaciones desiguales que afectan la salud sexual y reproductiva del país, en la medida en que los análisis cuantitativos permiten generar herramientas para conocer la transformación sistemática de dichas relaciones.

3.1 Categorías de Análisis

3.1.1 Política sexual

Para comprender esta categoría, Firestone y Millet resaltan que una política sexual puede entenderse a partir de un conjunto de estrategias que promueven un sistema, a modo de ejemplo, el patriarcado, el cual carga con una política sexual que condiciona la forma de asumir el cuerpo, la vida sexual y reproductiva. Por lo tanto, la política sexual carga con relaciones de poder y compromisos debidamente estructurados, en los cuales grupos sociales ejercen control sobre otros grupos. Millett la define como “(...) objeto de aprobación en virtud de la «socialización»

de ambos sexos según las normas fundamentales del patriarcado en lo que atañe al temperamento, al papel y a la posición social”. (Millett, 197, p.72)

También, esta política sexual resulta un elemento esencial para luchar contra estas desigualdades de género, en que el derecho de decisión sobre el cuerpo propio y la información y acceso hacia la salud sexual y reproductiva, representan políticas sexuales que contradicen y se oponen a la estructura patriarcal mencionada. Respecto a la intervención institucional hacia la salud sexual y reproductiva, Firestone (1973) menciona:

(...) es indispensable no sólo la plena restitución a las mujeres de la propiedad sobre sus cuerpos, sino también la confiscación (temporal) por parte de ellas del control de la fertilidad humana- la biología de la nueva población, así como todas las instituciones sociales destinadas al alumbramiento y educación de los hijos. (p.20)

Millett y Firestone consideran que la política sexual es indispensable para luchar contra las desigualdades de género, pero Millet lo hace desde un enfoque dirigido hacia la salud sexual y reproductiva, en el cual el acceso a métodos anticonceptivos resulta primordial; mientras Firestone se centra en la sexualidad y la reproducción como elementos que perpetúan la opresión, por lo que plantea la necesidad de comprenderlos desde enfoques distintos que cuestionen sus orígenes y estructuras tradicionales.

Esta disyuntiva resulta trascendental; pues plantea el surgimiento de programas y la elaboración de encuestas, cuyos datos se incorporan a la toma de decisión nacional, para el diseño de políticas públicas relacionadas con el uso y el acceso a métodos de planificación familiar. Estas políticas buscan fortalecer la autonomía de las personas sobre sus cuerpos y el respeto de sus decisiones. En síntesis, aunque ambas autoras tienen enfoques distintos para realizar sus análisis, ambas concuerdan en que la autonomía corporal resulta una acción política necesaria para fomentar la salud sexual y reproductiva.

3.1.2 Revolución sexual

La expresión de la sexualidad siempre ha sido un tema revolucionario. La anticoncepción, históricamente, ha operado en virtud de múltiples intereses, pero no en pro de las mujeres. La importancia de un cambio radical en la forma de vivir la sexualidad de las mujeres ha sido un proceso continuo, constante, durante la marginalidad y ejerciendo violencia hacia los derechos sexuales-reproductivos. Por esto, es “(...) que el objetivo de la revolución consistiría en establecer un código moral único y permisivo basado en la libertad sexual y ajeno a la corrupción que representan las alianzas sexuales tradicionales, fundadas sobre la tosca explotación económica”. (Millett, 1970, p.128)

Este cambio, hacia una libertad sexual de la mujer consiste en una lucha histórica, los feminismos —como movimientos sociales— continúan derribando barreras de opresión y dominio constante, a pesar de que los cambios son paulatinos pero grandes y relevantes.

La reivindicación de la libertad sexual tiene lugar en la revolución sexual, la cual ha formado parte de la lucha del movimiento feminista desde sus inicios; pues problematiza directamente que existen actores políticos y fuerzas que intentan ejercer presión; sin embargo, este no se limita

a las estructuras:

Es preciso dejar claro que el campo de batalla de la revolución sexual abarca en mayor grado la conciencia humana que las instituciones sociales. El patriarcado se halla tan firmemente enraizado, que la estructura característica que ha creado en ambos sexos no constituye solamente un sistema político, sino también, y, sobre todo, un hábito mental y una forma de vida. (Millet, 1970, p.130)

Es importante este señalamiento de Millet, pues el patriarcado ha generado en la conciencia humana un ideal de pensamiento, legitimado desde el quehacer político y de múltiples instituciones. La moral humana, desde su esencia y pensamiento, sin lugar a duda, se debe problematizar; pues constituye un factor determinante en las formas de opresión que se gestan en la actualidad.

Por lo tanto, la revolución sexual es una forma de reivindicación contra las desigualdades de poder sexual que han controlado la vida íntima, a partir de la raíz para que surja esta revolución inicia por la autonomía del cuerpo de cada persona.

3.1.3 Autonomía corporal

Se debe considerar que el uso de métodos anticonceptivos constituye una decisión que incide directamente en el cuerpo humano, Shulamith Firestone menciona:

(...) para asegurar la eliminación de las clases sexuales se necesita una revuelta de la clase inferior (mujeres) y la confiscación del control de la reproducción; es indispensable no sólo la plena restitución a las mujeres de la propiedad sobre sus cuerpos, sino también la confiscación (temporal) por parte de ellas del control de la fertilidad humana —la biología de la nueva población, así como todas las instituciones sociales destinadas al alumbramiento y educación de los hijos. (Firestone, 1973, p.20)

Firestone, además de sus iniciativas ante el feminismo radical, evidencia también como la liberación de la mujer ha estado estrechamente relacionada con el control total sobre su cuerpo y las decisiones que involucran aspectos sexuales y reproductivos.

Por tanto, es importante conocer aspectos que plantea Shulamith vinculados con la anticoncepción y su vínculo con el cuerpo, tanto de la mujer como del hombre, esto evidencia la falta de investigación sobre anticonceptivos masculinos, se pregunta si las mujeres están siendo puestas a prueba como conejillos de indias e incluso que la fertilidad masculina se siga manteniendo intacta. (Firestone, 1973)

Estos aportes resultan fundamentales para la presente investigación; pues problematizan también aspectos esenciales para la salud femenina y la toma de decisión acerca del uso de métodos anticonceptivos.

Ahora bien, problematizar la investigación científica es también una característica que involucra la investigación que se llevará a cabo; pues es esencial conocer la perspectiva femenina y

masculina acerca de los factores por los cuales se toma la decisión de utilizar uno u otro método o incluso la suspensión de uso.

Ante lo anterior expuesto, el ser humano —independientemente de su género—, debería tomar la decisión de cómo llevar a cabo un método de planificación anticonceptiva, asociado a su cuerpo y su preferencia, puede variar debido a influencias como la educación, conocimiento, desconocimiento, influencia familiar, social, médica o convicciones personales.

De esta manera, la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos no es un aspecto que representa solo a quién lo utiliza, más bien puede tener influencia exterior que está estrechamente ligada con el uso o no de algún método.

En relación con la condición autónoma de las personas, Firestone menciona que los hombres siempre lo han sido, esto como resultado de su ventaja biológica, lo cual es importante analizar desde la perspectiva de los contextos históricos y la realidad de cada persona. En el caso histórico de las mujeres ya se ha visibilizado como —desde la opresión machista— el movimiento feminista ha sido precursor de la toma de decisiones con conocimiento y libertad, más aún en la actualidad, cuando la era de la información permite conocer sobre los diferentes métodos anticonceptivos; de esta forma, los análisis que se logren obtener de la opinión pública en las encuestas analizadas, permitirán reflejar si se encuentra presente el concepto de autonomía en parte de la sociedad costarricense.

Otra teórica que trabaja el concepto de la autonomía de las personas ante los anticonceptivos es Marcela Lagarde de los Ríos. De acuerdo con varias obras y actividades de investigación, la autora ofrece herramientas para que las mujeres puedan reflexionar sobre sus entornos y reconocer su autonomía corporal y sexual. Menciona que, tal autonomía debe incluir la satisfacción de los deseos, pero también la satisfacción de ser independiente en las necesidades básicas.

Sobre todo, en el ámbito de las mujeres y los movimientos feministas, la autonomía es importante; pues se necesita para la integración de todas las formas posibles de socializar la perspectiva feminista crítica en espacios sociales, económicos y políticos.

En este proceso de socialización de la autonomía corporal se vuelve imperante en la vivencia de las mujeres y la consecución de su derecho humano de ser dueñas de su cuerpo y lo que deseen hacer con él. La autora Lagarde enfatiza en sus ideas de que, las personas que impulsan el sistema patriarcal reconocen que la existencia o la visibilidad de la autonomía corporal es un peligro para perpetuar el poder que se tiene hacia ellas, de acuerdo con ello, indica como arma el poder, la dominación y la opresión para transgredir el derecho a hacer con el cuerpo lo que deseen, por medio de la educación para valorar o cuantificar a las mujeres dentro de un rol de servidumbre voluntaria, a partir de la romantización de la maternidad, el sacrificio y la entrega.

3.1.4 Economía del género

La categoría de la economía del género engloba y describe las dinámicas de opresión de las mujeres, para ello adapta la teoría comunista, según el término visto desde las ideas de María Flores-Estrada, al respecto la autora menciona que lo conocido como la “economía política del

sexo” es insuficiente. Flores-Estrada desarrolla esta conceptualización desde una base de datos de mujeres que participan en diferentes sectores laborales, tanto en empresas públicas, privadas como en hogares, lo cual permite reconocer las experiencias vividas en espacios económicos y laborales de Costa Rica, desde el feminismo. La autora construyó toda una nueva discusión para visualizar las prácticas actuales y discursos de los sectores laborales públicos y privados.

Flórez-Estrada (2007) plantea que: el género mismo es economía, porque la especialización de los seres humanos en los productos culturales conocidos como "hombre " y "mujer", ordenados jerarquizada y espacialmente, constituye la primera firma de violencia simbólica y de organización económica, la primera división del trabajo “[...] el primer reparto de disposiciones, esquemas de percepción, posibilidades y destinos: es el orden simbólico, la cultura, produciendo a la economía”. (p.10)

De acuerdo con la visibilidad y la discusión de las ideas expuestas en los párrafos anteriores, se puede realizar un análisis desde la división del trabajo que existe entre los géneros y cómo las ideas, prácticas y oportunidades laborales influyen directamente en la calidad de vida de las mujeres costarricenses. Para perpetuar estas dinámicas, en el campo laboral también se comienza a observar que lo simbólico es muy importante para perpetuar dinámicas de poder de desigualdad y de escuchar las necesidades del hombre actual antes que las de las mujeres. Se muestra que la existencia y mención de que exista una economía del género, ello puede generar discusión y reflexión en disciplinas tradicionalmente rígidas como la administración de empresas, finanzas y la economía, y dar paso al pensamiento para reconocer que los espacios que ocupan mujeres y hombres no son los mimos, ni tampoco las oportunidades de éxito y crecimiento.

3.1.5 Estructura familiar y educativa

Para ambas autoras, las estructuras tradicionales familiares y educativas perpetúan las desigualdades de género y necesitan transformarse. Millett considera que las relaciones familiares han sido históricamente construidas alrededor del patriarcado; por lo tanto, los roles de género están predefinidos y las mujeres asumen papeles de subordinación. Además, la autora considera que la familia es una institución que refuerza esta desigualdad a partir de la imposición de roles.

En cuanto al factor educativo, Millett aboga por este como una herramienta para formar personas conscientes que reestructuren los roles asignados, desafíe las normas de género y brinde información sobre la sexualidad y las opciones reproductivas. Tanto la familia como la educación son esenciales para permitir la toma de decisiones informadas que promuevan la libertad sexual y reproductiva.

Por su parte, Firestone plantea una crítica radical hacia las estructuras familiares, las cuales se basan en argumentos patriarcales y biológicos para generar desigualdades de género. Esta autora pone el acento en la biología reproductiva como herramienta para justificar la opresión y limitar la autonomía de las mujeres.

El sistema de clases sexuales puede haberse originado en unas circunstancias

fundamentalmente biológicas, pero eso no garantiza que, una vez desaparecida la base biológica de su opresión, mujeres y niños alcancen su liberación. Al contrario, las nuevas técnicas- especialmente el control de la fertilidad- pueden convertirse en un arma hostil, utilizada para reforzar este arraigado sistema de explotación. (Firestone, 1973, p.20)

Esta autora, comprende que los controles sobre el cuerpo surgen a partir de las estructuras familiares biológicas, en las cuales se forman relaciones de poder desiguales, pero que pueden llevar a transformarse mediante cambios radicales de paradigmas, que trasciendan las alternativas actuales.

Entonces, Firestone considera la estructura educativa como una medida para gestionar el cambio y redefinir completamente la educación y, desde ahí, se cuestionen las normas de género a partir de edades tempranas. Asimismo, propone que se eliminen las categorías de género y roles en la educación, lo cual permitiría que la eliminación de las restricciones impuestas por las normas de género tradicionales.

Es importante resaltar que el control y la violencia sobre el cuerpo se presenta con más fuerza desde la esfera privada; por lo tanto, en gran medida los familiares son quienes definen la influencia sobre cómo formar una autonomía y pensamiento crítico respecto a la sexualidad.

Ahora desde la esfera pública, en este caso la educativa, a pesar de que hay apertura para promover métodos anticonceptivos y velar por un mayor conocimiento sobre la sexualidad, no se ha resuelto el problema de cómo estos métodos también ejercen controles sobre el cuerpo; pues no se reducen únicamente a evitar embarazos, sino que tienen efectos respecto a cambios en la piel, hormonales, el pelo; en sí, en la formación de una feminidad.

En conclusión, las categorías definidas brindan un amplio aporte a la presente investigación, porque de alguna forma se problematizan aspectos fundamentales en la vida de las mujeres, desde la decisión de cómo autogestionar su cuerpo y su sexualidad. Por su parte, también desde el análisis cuantitativo permitirán colocar en evidencia la opinión pública con respecto a los diferentes enfoques elegidos sobre métodos anticonceptivos y las propuestas teóricas, así se dará a conocer la relevancia de la investigación desde un enfoque sociológico.

Capítulo IV. Abordaje metodológico

El presente marco metodológico define la perspectiva y el enfoque que se utilizará para abordar el tema de la investigación, así como la problematización y los objetivos, así también de los subtemas que convergen. En consonancia con los objetivos del Seminario, este estudio se desarrollará desde una perspectiva sociológica de género, específicamente desde una mirada feminista.

Desde esa mirada, se busca comprender la realidad de la sexualidad y el acceso a los métodos anticonceptivos en Costa Rica, enfatizando en la equidad de género, la corporalidad, religión, salud sexual y la toma de decisiones mediante el análisis descriptivo y reflexión de los datos y los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2010 y 2015 y las Encuestas de Juventudes de los años 2013 y 2018.

El enfoque feminista implica analizar y cuestionar las desigualdades de género en la sociedad costarricense, a partir de distinguir las estructuras de poder existentes y los roles de género que influyen en la salud sexual y reproductiva de las personas. Este enfoque, permite visibilizar las barreras y desafíos que enfrentan las mujeres en el acceso a los métodos anticonceptivos, así como en la toma de decisiones sobre su propia sexualidad.

La investigación correlacional y analítica utilizada es un modelo de investigación que busca evaluar el vínculo existente entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto específico. Estas indagaciones se centran en establecer una relación entre variables, tal como se presentan en la realidad, sin intervención directa del investigador. (Interacemic, et al.)

Para este tipo de investigación, la hipótesis desempeña un aspecto fundamental dentro del estudio. Estas hipótesis se formulan con base en teorías previas u observaciones empíricas, y, establecen una predicción sobre el vínculo entre las variables.

También, con los aspectos metodológicos se halla que, por medio de la investigación del tipo documental, se comentará e ilustrará bases de datos, encuestas y estudios de carácter estadístico, los cuales corresponden a los datos demográficos sobre la sexualidad, conocimiento, acceso y uso de los métodos anticonceptivos en Costa Rica. Estos datos se extraerán de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015 y las Encuestas de Juventudes 2013 y 2018.

De acuerdo con lo anterior expuesto, las técnicas que se emplearán a lo largo de la investigación consisten en identificar y analizar de forma cuantitativa de comparación estadística, por medio de un análisis descriptivo a los temas relativos a la sexualidad y los métodos anticonceptivos de la población costarricense.

En este caso, los datos que arroje la investigación no emergen de las personas investigadas directamente; sino a través de la comprensión y el análisis de las encuestas. Estas técnicas favorecen el conocimiento del fenómeno a estudiar y aumenta el rigor del análisis. (Escuchar, Observar y Comprender, 2016)

Tabla 1. Operacionalización de los objetivos del trabajo de investigación

Objetivo general. Analizar cuantitativamente y bajo una perspectiva de género, la salud sexual y reproductiva en Costa Rica, a partir de las Encuestas de Juventudes de 2013 y del 2018 y las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015.

Objetivos específicos	Dimensiones	Variables	Técnicas e instrumentos	Procesamiento
<p>1. Analizar el deseo sobre la tenencia y la cantidad de hijos e hijas, así como el conocimiento sobre algún método anticonceptivo de las mujeres en Costa Rica, utilizando los datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva del 2010 y 2015.</p>	<p>Tenencia de hijos o hijas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Deseo de tener hijos o hijas ● Gusto de esperar ● Cantidad de personas que expresaron una preferencia negativa hacia la idea de tener hijos 	<p>Análisis estadístico mediante el uso de base de datos de las encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.</p>	<p>Análisis estadístico mediante el software libre PSPP, distribución de frecuencias, cruces de variables, elaboración de gráficos y cuadros</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Porcentaje de embarazo no deseados• Opinión sobre el Aborto• Frecuencia de abortos inducidos por elección o preferencia personal• Edad• Zona geográfica• Situación socioeconómica		
--	--	--	--	--

<p>2. Identificar la influencia de las estructuras de género en las fuentes más importantes sobre salud sexual y reproductiva en Costa Rica, a partir de los datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015.</p>	<p>Fuente más importante de información y acceso a métodos anticonceptivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Zonas, educación, estado conyugal y situación socioeconómica 	<p>Análisis estadístico mediante el uso de base de datos de las encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015</p>	<p>Análisis estadístico mediante el software libre PSPP, distribución de frecuencias, cruces de variables, elaboración de gráficos y cuadros</p>
<p>3. Explorar las preferencias y las relaciones de poder en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica, a partir de los resultados de la Encuesta</p>	<p>Uso de métodos anticonceptivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimiento general sobre métodos anticonceptivos ● Utiliza métodos anticonceptivos ● Quién toma la decisión del uso de anticonceptivos ● Sexo ● Edad ● Zona de residencia ● Estado civil ● Nivel educativo 	<p>Técnicas documentales y de análisis de datos a partir de las bases de datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015</p>	<p>Análisis estadístico mediante el software IBM SPSS <i>statistics</i>. Distribución de frecuencias, creación de tablas</p>

<p>Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2010 y 2015.</p>				<p>personalizadas, elaboración de gráficos y cuadros en Excel.</p>
	<p>Razones que median al utilizar un respectivo método anticonceptivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elección del método anticonceptivo ● Problemas al usar el método anticonceptivo ● Preferencia de uso del método ● Razones por las cuales un porcentaje de las personas no usa ningún método ● Sexo ● Edad ● Zona de residencia ● Estado civil ● Nivel educativo 	<p>Técnicas documentales y de análisis de datos a partir de las bases de datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015</p>	<p>Análisis estadístico mediante el software IBM SPSS <i>statistics</i>.</p> <p>Distribución de frecuencias, creación de tablas personalizadas, elaboración de gráficos y cuadros en Excel.</p>

<p>4. Correlacionar la adscripción religiosa a partir del uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2010 y 2015 y las Encuestas de Juventudes de 2013 y 2018.</p>	<p>Adscripción religiosa a partir del uso de métodos anticonceptivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica religiosa • Creencia religiosa 	<p>Análisis estadístico mediante el uso de base de datos de las encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015 y Encuestas de Juventudes 2013 y 2018</p>	<p>Análisis estadístico mediante el software libre PSPP, distribución de frecuencias, cruces de variables, elaboración de gráficos y cuadros</p>
--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

4.1 Uso Ético de los datos dentro de la investigación

Este estudio se ejecutará asegurando el avance del conocimiento, la comprensión de la realidad costarricense respecto a la salud y los derechos sexuales. Se considera, de manera fundamental, la protección de datos utilizados, la confidencialidad y protección de estos para asegurar una práctica justa del quehacer investigativo dentro de la academia. Los datos pertenecen a bases públicas y se utilizarán únicamente con fines académicos, citando su fuente.

Capítulo V. Análisis de casos

Caso 1. El deseo y la descendencia: análisis descriptivo y comparativo de las aspiraciones (o no aspiraciones) maternas en Costa Rica de los años 2010 y 2015.

Por: Rosselyn Jiménez Quesada

De acuerdo con el objetivo específico:

Análisis sobre el deseo de tener hijos y el número de hijos e hijas de las mujeres en Costa Rica según el análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

1. Resumen:

El siguiente análisis tiene el objetivo de comparar estadísticas de manera descriptiva sobre el deseo y la tenencia de hijos de las mujeres en Costa Rica, por medio de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015.

El objetivo de este capítulo es articular estos datos con marcos teóricos feministas, como la crítica de Beauvoir a la maternidad como destino, la autonomía erótica de Lagarde y la revolución sexual "inconclusa" de Flores-Estrada, con el fin de comprender la realidad social y vivencial de las mujeres en Costa Rica y la dinámica de poderes dentro del sistema capital en que se vive. Dentro del contexto actual, se necesita el análisis de una visión profunda de autoras feministas que visibilizan las diferencias entre los géneros, sus sexualidades y la maternidad; así como el Estado es parte de la socialización y perpetuación de estas marcadas diferencias.

De los resultados recopilados, se destaca que la mayoría de las mujeres costarricenses todavía deseaban su último embarazo; sin embargo, existe un incremento considerable en el anhelo de posponer o evitar la maternidad, sobre todo entre las mujeres jóvenes de 15 a 34 años. Además, se determina, que los datos estatales se encuentran obsoletos y se aconseja implementar una nueva encuesta para actualizar las políticas públicas y asegurar los derechos reproductivos y sexuales.

2. Introducción

Costa Rica se destaca por su alto índice de Desarrollo Humano en comparación con otros países de la región centroamericana. Según el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), el IDH de Costa Rica en 2019 fue de (0.810) superior al de los países de Latinoamérica y el Caribe (0.766). (PNUD, 2020)

En concordancia con este índice, a lo largo de los años, el Estado costarricense ha establecido la construcción e implementación de instituciones públicas que proveen servicios de salud integral a la población y además prestan atención al mejoramiento de la calidad de vida y el ambiente. Estas entidades se encargan de implementar las directrices de los planes nacionales de desarrollo cada cuatro años.

De esta manera, el Plan Nacional de Desarrollo en vigor durante el estudio de las encuestas, tenía metas específicas en torno a la salud de la población, una de ellas es el “*Desarrollo de una cultura de cuidado individual y colectivo*” (Observatorio RH, 2013). Dicha meta es la única identificada que puede englobar el trabajo que se debe realizar alrededor de la salud sexual y reproductiva de los costarricenses.

El contexto social y político en cuando se aplicaron ambas encuestas fue durante las elecciones presidenciales e iniciativas de cambios estructurales y, más que todo, económicos. En el 2010, por primera vez en Costa Rica, una mujer ocupó el cargo de presidente de la república. Durante este cambio, se realizó una reestructuración de los sectores económicos, de tal manera que se equilibró el peso de algunas actividades económicas con otras y se trasladó el peso del apoyo político de un área a otra. Un ejemplo de esta reestructuración fue el apoyo estatal al sector terciario económico de servicios. (Jiménez, 2010)

Otro hito significativo durante este periodo de reestructuración económica ha sido el aumento de la inversión en el sector salud. Aunque este cambio ha tenido un impacto directo positivo en varios aspectos de la sociedad, no hay evidencia clara de que estos cambios incluyen mejoras en cuanto a la atención de sexualidad y la reproducción de los costarricenses; por lo tanto, este aumento de la inversión en salud no es uniforme entre los centros de salud del país.

Asimismo, en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018), se argumenta que la desigualdad en Costa Rica continúa aumentando, esto se evidencia por el índice de Gini. Este índice pasó de 0.478 en el 2000 a 0.512 en el 2015; aumento que refleja una creciente brecha entre los sectores más ricos y pobres de la población. Esta creciente desigualdad implica que las mejoras en servicios como la salud, no se distribuyen equitativamente entre la población, lo cual afecta de manera desproporcionada la zona rural y la urbana.

Un fenómeno social que describe lo anterior es el progresivo deterioro de la calidad de la educación pública en zonas que se consideran marginales. Esta situación compromete, de manera directa, la adecuada transmisión de la educación sexual en estos lugares e impide que las personas de todas las localidades y, en este caso específico, las mujeres, puedan expresarse como ciudadanas en condición de igualdad y protección. (Jiménez, 2010)

En el 2015, el informe del Estado de la Nación alertó acerca de la intensidad latente de los problemas que amenazaban la sostenibilidad del desarrollo humano. En el 2014, medios de comunicación internacionales y el mismo Estado de a , reiteró alertas de urgencia en los cuales mostraba una erosión en el ámbito social y ambiental. Escenario que enfrentó el país antes de celebrar los 200 años de su independencia.

Expertos políticos y sociales señalan que Costa Rica enfrentó una serie de ajustes productivos, fiscales y ambientales que incrementan la magnitud de los costos para el bienestar social, esto pone en riesgo la calidad de vida de las y los costarricenses. Por esto, los servicios de salud y educación continuaron sufriendo cambios; pues “el Estado hoy no le suministra salud, educación y protección de calidad”; comentó Alberto Morales para el Semanario Universidad, director de la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños en el 2016. (Araya, e2016)

Al mismo tiempo, se publicó un estudio en el que se concluía que la educación sexual llegó tarde a los centros educativos y el programa educativo sobre la sexualidad del Ministerio de Educación tiene que profundizar y extenderse en el segundo ciclo, más que todo en quinto y sexto grado de educación. Se denota que los datos de este estudio revelan la desinformación y la existencia de la actividad sexual temprana (12 y 15 años); lo cual sugiere que sí se requiere una implementación temprana y efectiva de la educación sexual de calidad en la población y para ello se debe empezar desde los grados escolares. (Araya, 2016)

En este contexto, los gráficos detallados posteriormente en esta investigación ofrecen una visualización clara y concisa de las tendencias y los patrones identificados en las respuestas recopiladas, lo cual permite profundizar en el análisis de estos aspectos críticos de la salud pública sexual en Costa Rica.

3. Metodología:

Para realizar este análisis descriptivo, se abordó desde una perspectiva sociológica feminista con enfoque de género, desde la cual se logra de manera significativa la comprensión y el análisis descriptivo de los datos recopilados en las últimas encuestas nacionales de salud sexual y

reproductiva realizadas, con el fin de aportar a la reflexión de los resultados y ofrecer visibilidad a las necesidades de las mujeres en Costa Rica, en concordancia con la discusión sociológica con las autoras anteriormente mencionadas. Se usa la información más actual que se encuentra en las instituciones referentes a los derechos sexuales de la población.

En este análisis descriptivo, se utiliza el enfoque feminista porque permite destacar y visibilizar las barreras y los desafíos que enfrentan las mujeres con respecto al acceso a los métodos anticonceptivos, su experiencia de vida en torno al mercado laboral y su rol en la sociedad, así como en la toma de decisiones sobre su propia sexualidad; de tal forma que se descubren las prácticas sexuales y la realidad vivida por las mujeres dentro de la sociedad costarricense.

Además, los datos utilizados se consideran fuentes secundarias de información cuantificable de estadística descriptiva; por ende, el análisis descriptivo que se desarrolla es cuantitativo. Dichos datos, se centran en aspectos demográficos vinculados con el deseo y la tenencia de hijos e hijas, esto permite analizar el pensamiento y la experiencia de vida de las mujeres del país durante los años 2010 y 2015 desde las herramientas estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Se utilizó el software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para construir cuadros y gráficos, con el fin de analizarlos de manera descriptiva.

Finalmente, las encuestas nacionales de salud sexual y reproductiva realizadas por el INEC en los años 2010 y 2015 recogen información detallada sobre diversos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de la población costarricense; sin embargo, no se realiza su debida comprensión. Al usar esta información no solo se permite describir los datos o respuestas, sino también se puede interpretar las tendencias y las correlaciones entre las variables en torno a la autonomía corporal, sexual y las aspiraciones maternas, esto proporciona una visión integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres costarricenses.

4. Resultados:

En primer lugar, se define que las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) son estudios que se efectuaron cada cinco años en todo el territorio costarricense y las hicieron personas encuestadoras del Ministerio de Salud en coordinación con el Centro Centroamericano de Población, la Asociación Demográfica Costarricense, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el INEC. La primera encuesta de este tipo, se desarrolló en el 2010 y abordó diversos temas, entre los que se encuentran: el uso de métodos anticonceptivos, preferencias en fecundidad, educación sexual, primera relación sexual, derechos reproductivos, opiniones y actitudes ante la diversidad sexual. (UNFPA, 2015)

Estas encuestas proporcionan datos actualizados y representativos sobre el ámbito de la salud sexual, los resultados han permitido identificar áreas de mejora en el servicio de salud, de tal

forma que se promueve la igualdad y la equidad de género al poder escuchar la opinión y las necesidades —tanto de hombres como de mujeres— sobre la experiencia de vida en estos temas. Por ello, este tipo de información se convierte en una herramienta fundamental para comprender las necesidades poblacionales.

Aunque la sociedad costarricense a menudo muestra una tendencia a la resistencia al cambio, no es estática; cada día la realidad social y cultural se transforma. Esta premisa alude a que los datos de dicha encuesta no reflejan los años siguientes a esta; por lo tanto, en el 2015 el ministro de salud de turno, doctor Fernando Llorca mencionó que: “cinco años después es evidente la necesidad de actualizar la información para contar con datos precisos que permitan planificar programas y acciones tendientes a garantizar una sexualidad saludable para toda la población”. (UNFPA, 2015)

La segunda encuesta se implementó en el 2015, se mantuvo el mismo cuestionario, pero se enfatizó más en problemas de salud vinculados con el cáncer de mama, cérvix y el tabaquismo (UNFPA, 2015). Esta encuesta ha sido la última realizada hasta la actualidad. Los datos recopilados en estas dos encuestas se presentaron y divulgaron, mas no se han utilizado para valorar o modificar los servicios de salud, reflexionar sobre las políticas sexuales o sobre las opiniones de tenencia de hijos e hijas. Hoy, no se tiene certeza en cómo se puede reconocer, de manera actualizada, si los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se están cumpliendo o no.

En el contexto social de 2024, resulta fundamental describir y analizar las respuestas obtenidas en dichas encuestas sobre el deseo de tener hijos e hijas de las mujeres en Costa Rica. Cabe destacar, además, que esta herramienta de recolección sobre información de salud sexual y reproductiva, dejó de realizarse después de 2015, por lo que estos datos representan la información más actualizada que se encuentra disponible.

Desde entonces, han transcurrido nueve años desde la última recolección de datos sobre la salud sexual de los costarricenses. La información más actualizada sobre este tema corresponde a la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (EMNA); en la cual solo participan niñas y mujeres ubicadas en el rango de edad entre los 5 a los 49 años.

Según la página web de UNICEF, dicho estudio se desarrolló con apoyo financiero de esta entidad y el INEC. Uno de los datos que se destaca en la encuesta menciona que: “23 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años que actualmente están casadas o unidas su esposo o compañero es mayor por 10 años o más” (UNICEF, 2018); tal información personifica la falta de apoyo educativo y familiar en la salud reproductiva de las mujeres. La realidad social y sexual de muchas mujeres actualmente es una consecuencia de las formas y estrategias fallidas en que el Estado y los

gobiernos han atendido a la población; pues los datos muestran que el país no responde a sus necesidades sexuales y de salud reproductiva, sino más bien las agrava; porque se naturaliza y socializa e impone roles maternos hacia ellas por medio de la educación.

Por esto, se destaca que la información oficial disponible está desactualizada, el país requiere una nueva encuesta para comprender las necesidades y los deseos de la población. De acuerdo con Simone de Beauvoir, las condiciones materiales y sociales juegan un papel crucial en la experiencia de la maternidad y la feminidad. Esta perspectiva es vital para comprender cómo las mujeres costarricenses perciben la maternidad, cómo la viven y cómo tales percepciones se ven influidas por los cambios económicos y sociales que el país ha sufrido a través del tiempo, donde ser madre requiere de tener una buena condición económica que le permita a la persona gestante y al bebé cumplir con cada proceso de la vida de manera sana. (Beauvoir, 1949)

Al analizar las condiciones sociales dentro de Costa Rica, se comprenden las aspiraciones maternas de las mujeres y si realmente tienen esas aspiraciones. Las mujeres, adolescentes y niñas constituyen el porcentaje mayor de la población y su bienestar tiene un impacto directo en el desarrollo social, económico y cultural del país. Ignorar, subestimar o no atender sus necesidades perpetúan esas desigualdades sistemáticas que las afectan y afectan todas sus actividades.

La interpretación y la descripción de los datos de estas encuestas puede garantizar un camino al respeto y exigir la protección y perpetuación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esto incluye también, el derecho a decidir libremente el número de hijos e hijas que se quiera tener y el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad y, de manera fundamental, que las mujeres puedan vivir con dignidad y obtener autonomía sobre sus propias vidas sin importar el rol que les impone la sociedad.

4.1 Deseo de tener hijos e hijas: aspiraciones maternas de la Costa Rica de 2010 y el 2015

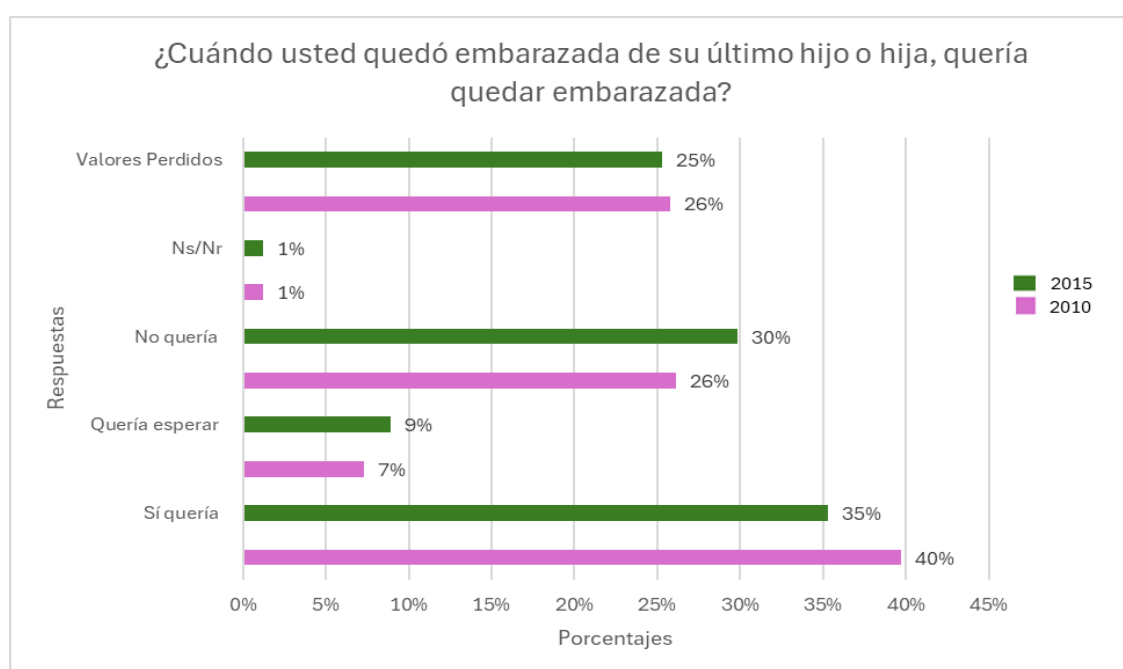
Para garantizar que el análisis refleje la situación a nivel país, se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 de 1.596 mujeres, lo cual constituyen el 49,9 % de la muestra total. Cada gráfico y tabla presenta exclusivamente las características y las opiniones de este subconjunto de la población femenina que ha estado en etapa de maternidad.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) de 2015, se realizó la encuesta a 3.216 personas que tenían entre 15 y 64 años. El 51,6 % del total de la muestra, que equivale a 1.661 personas, fueron mujeres pertenecientes a distintos rangos de edad. La encuesta

reunió información acerca de cuestiones como la violencia sexual, las infecciones de transmisión sexual, la educación sexual, el empleo de anticonceptivos y los comportamientos sexuales, entre otros.

En este contexto, los gráficos a continuación ofrecen una visión sobre las respuestas obtenidas en ambos años a la pregunta central del análisis: “¿Cuándo usted quedó embarazada de su último hijo o hija, quería quedar embarazada?”. Así, se permite evaluar en qué medida las mujeres tienen el control para decidir cuándo pueden estar embarazadas, y, claro está, si aspiran (o no) a tener hijos:

Gráfico 1. *Porcentaje del Deseo del último embarazo*



Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2010 y 2015. Elaboración propia.

Un 25 % de los registros, según se puede apreciar en la imagen, se catalogan como "Valores Perdidos". Esto se debe a que una parte importante de las mujeres consultadas no ha experimentado un embarazo o no ha tenido hijos; por lo tanto, la pregunta no era relevante para su situación. En el 2010 el 40 % de las mujeres encuestadas indicó que deseaba quedar embarazada. En el 2015, este porcentaje disminuye ligeramente con el 35 %. A pesar de que entre los años analizados disminuye ligeramente el grupo de mujeres que sí deseaba su embarazo, el deseo de quedar embarazada sigue siendo el dato más significativo en comparación con otras respuestas obtenidas.

El dato que le sigue en temas de proporción es la respuesta: “No quería”. En el 2010 el 26 % de las mujeres indicó que no deseaba quedar embarazada, este dato aumenta en el 2015 en un 30 %.

Al comparar los datos entre periodos, se observa un aumento leve pero significativo en el porcentaje de mujeres que declararon no desear su último embarazo. Este cambio podría sugerir que, con el paso del tiempo y posiblemente influenciado por múltiples factores sociales, educativos y culturales, un segmento de la población femenina ha desarrollado una mayor conciencia sobre sus preferencias reproductivas. En comparación entre periodos, se revela un pequeño aumento en la expresión de no desear el último embarazo.

Con base en este análisis, se recalca la necesidad de que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Pública coordinen acciones en conjunto, para desarrollar o fortalecer un programa de divulgación adecuado, el cual garantice que las mujeres tengan acceso a información sobre salud sexual y disfrutar de una sexualidad sana, que las apoye en tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, maternidad y que esta sea deseada.

De igual manera, se muestra un ligero aumento entre los años del porcentaje en las respuestas: “Quería esperar”. Este ligero aumento también refuerza la premisa sobre la necesidad y la importancia de asegurar que las mujeres en todo el país tengan acceso y, de forma equitativa, les permitan decidir el momento adecuado para la maternidad o si en realidad quieren tener esa vivencia.

Para Leonora Paz (2010), en las mujeres existen las preferencias reproductivas que se alinean a lo que idealmente puede ser su familia en un futuro. y comenta que:

[...] la evidencia empírica sugiere que la demanda de hijos representada por el deseo de un tamaño de familia es un concepto preciso en muchas poblaciones de los países en desarrollo y contribuye a explicar las diferencias en la fecundidad entre grupos de la población. (Paz, 2010)

Esto se puede explicar debido a que, las decisiones maternas surgen desde las vivencias que experimentan las mujeres a lo largo de su vida y difieren entre las que pertenecen a un país en desarrollo o no. Tener un buen sistema de salud está directamente vinculado a que tanto se desea tener un hijo de manera que pueda vivir en buenas condiciones, pueda tener una educación de calidad y su vida, en general, sea de calidad. Por esto, se entiende que, en ambos años, los valores perdidos están asociados a mujeres sin hijos.

4.2 Reconociendo el perfil de la madre costarricense

Por esto, con el objetivo de profundizar en el análisis, se detallan las siguientes tablas cruzadas que permiten reconocer el perfil demográfico de las mujeres encuestadas. Dichas tablas se desglosan por región, edad y estado civil y ofrecen una imagen completa y detallada de las

mujeres costarricenses encuestadas. Además, muestran una fotografía más completa de sus experiencias en temas como la sexualidad y la maternidad.

Esta profundización que se realiza alude al objetivo general de esta investigación de forma directa. Por esto, da pie a visibilizar estas experiencias y ofrece una plataforma de legitimación a las mujeres y adolescentes, cuando se evidencia sus vidas y se apoya el ejercicio de su autonomía sexual y reproductiva.

De esta manera, este acercamiento busca identificar barreras estructurales y la presencia de normas sociales y culturales que persisten en la sociedad costarricense, las cuales limitan esta autonomía sexual y reproductiva de las mujeres encuestadas de 2010 y el 2015.

4.2.1 Región

Tabla 1. Distribución de embarazos según deseo de concepción por región, en el 2010

¿Cuándo usted quedó embarazada de su último hijo o hija, quería quedar embarazada? Por región 2010											
Región											
Respuestas		Metropolitana	Central Sur	Brunca	Central oeste	Huetar Norte	Central este	Chorotega	Pacífico Central	Huetar Atlántico	Total
Recuento	Sí quería	307 782	35 250	46 814	48 846	68 996	13 979	22 769	49 314	70 749	664 498
Porcentaje		25 %	3 %	4 %	4 %	6 %	1 %	2 %	4 %	6 %	54 %
Recuento	Quería esperar	65 772	3 497	8 904	8 617	15 483	1 036	2 037	4 115	12 604	122 063
Porcentaje		5 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %	10 %
Recuento	No quería	211 794	15 023	41 775	28 480	49 708	5 730	18 599	20 217	44 859	436 183
Porcentaje		17 %	1 %	3 %	2 %	4 %	1 %	2 %	2 %	4 %	35 %
Recuento	Ns/Nr	10 114	1 036	957	1 344	2 345	0	1 070	0	2 551	19 417
Porcentaje		1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Recuento	Total	595 461	54 805	98 449	87 287	136 533	20 745	44 474	73 645	130 763	1 242 161
Porcentaje		48 %	4 %	8 %	7 %	11 %	2 %	4 %	6 %	11 %	100 %

Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2010. Elaboración propia.

En la tabla n°1 se observa que, según las respuestas de 2010, la región metropolitana presenta el mayor porcentaje de mujeres que deseaban su último embarazo con un 25 %, seguida por las regiones Huetar Norte y Chorotega con un 6 %. Este panorama refleja desigualdades en el acceso a la educación sexual de la que se ha venido hablando en el transcurso de la investigación entre las regiones urbanas y rurales. La alta proporción de mujeres en la región metropolitana puede reflejar un contexto urbano con un mejor acceso de información con respecto a la sexualidad y los servicios de salud. En contraste, las regiones Huetar Norte y Chorotega muestran bajos porcentajes, esto podría indicar un menor acceso a los servicios de salud y educativo perpetuando aún más la desigualdad social y educativa que se percibe.

Según la autora María Luisa Preinfalk, el cumplimiento del derecho a una educación sexual integral se halla comprometido debido a intereses políticos locales y nacionales, al tiempo que realiza una referencia al auge en el aumento de la opinión de la Iglesia católica y evangélica en espacios políticos dentro de los gobiernos locales en las regiones rurales del país. (Preinfalk, 2022)

De acuerdo con lo anterior expuesto, dentro del contexto urbano, las opiniones políticas y sociales tienden a percibirse más abiertas y diversas en comparación con los rurales. Sin embargo, se evidencia que existen posiciones y opiniones antagónicas para reconocer el cómo debe ser la sociedad costarricense, si fiel a la iglesia y a la doctrina donde las mujeres no pueden decidir sobre sus propias necesidades o si se puede empezar a acoger al cambio de los valores tradicionales y se otorgar más voz y voto a las tomas de decisiones de todas las mujeres que viven en el país sin importar de qué lugar provengan.

Existe una paradoja social y cultural que deja abierta la puerta a la opinión católica y pentecostal a opinar sobre lo que las mujeres deben hacer, sobre sus cuerpos y sus necesidades. Eso ha sucedido desde hace mucho tiempo atrás, aun cuando se comenzaba a comprender y discutir sobre estos temas o el Estado empezaba a recopilar datos sobre sexualidad en la población.

De acuerdo con los datos de la región, en el 2015 se introduce la siguiente tabla sobre la distribución de embarazos según desde la concepción por región:

Tabla 2. Distribución de embarazos según deseo de concepción por región, en el 2015

Respuestas		Central-Metropolitana	Chorotega	Pacífico Central	Brunca	Huetar Atlántico	Huetar Norte	Total
Recuento	Sí quería	3 087 752	38 594	29 365	33 560	46 145	40 272	496 687
Porcentaje		29 %	4 %	3 %	3 %	4 %	4 %	47 %
Recuento	Quería esperar	85 578	10 068	5 034	5 873	9 229	10 068	125 850
Porcentaje		8 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	12 %
Recuento	No quería	267 641	26 009	24 331	28 526	39 433	32 721	418 661
Porcentaje		25 %	3 %	2 %	3 %	4 %	3 %	40 %
Recuento	Ns/Nr	5 873	839	839	0	839	1 678	10 068
Porcentaje		1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Recuento	Total	667 844	75 510	59 569	67 959	95 646	84 739	1 051 267
Porcentaje		64 %	7 %	6 %	7 %	9 %	8 %	100 %

Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2015. Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla anterior, para el 2015, los territorios se distribuyeron de manera diferente y además de esto, se encuestaron más mujeres de la zona Central Metropolitana con respecto al 2010. La región Central Metropolitana nuevamente encabeza el porcentaje de mujeres que querían el embarazo. Sin embargo, el 40 % de las respuestas totales de las regiones indicaron que no querían quedar embarazadas, lo cual representa un aumento en comparación con el 2010.

De acuerdo con la observación y el análisis de ambas tablas cruzadas, se reconoce que se mantiene una tendencia al alza en cuanto al porcentaje de mujeres que no quería quedar embarazada. Las mujeres de las regiones urbanas y rurales enfrentan diferentes condiciones socioeconómicas y hasta políticas que pueden influir en sus decisiones y deseos de maternidad.

Según Araya (2017), el sector conservador se halla más arraigado en las regiones más alejadas del valle central, esto puede afectar los alcances de los programas de educación sexual en estos sectores, tanto dentro de los centros de salud como EBAIS, asimismo, dentro de las escuelas y los colegios. (Preinfalk, 2022)

La difusión certera, adecuada y sin sesgos no se ha podido realizar de manera completa en espacios rurales y esto se ejemplifica según los datos de ambas encuestas. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, realizó un llamado al Estado costarricense para abordar —de manera urgente— la educación a los adolescentes sobre los derechos sexuales y reproductivos, por lo tanto, el modelo educativo en conjunto con las autoridades de salud, puedan difundir de manera urgente y equitativa la educación sexual a todos los sectores del país. (Preinfalk, 2022).

La situación de que el Estado de Costa Rica no pueda difundir y equiparar recursos de diferente índole a los lugares lejanos del valle central, es una problemática real y persistente a lo largo del tiempo. Cada cuatro años cambian los jefes de gobierno; sin embargo, esto no significa que se cambie el paradigma sociocultural en las regiones del Pacífico, Chorotega, Huetar Atlántico y Huetar Norte; situación cuestionada durante el Foro Institucional que se realizó en la Universidad de Costa Rica en el 2019. (Blanco, 20219)

El valle centrismo impacta de manera directa a la población en cuanto a escolaridad y oportunidades de trabajo. Esto repercute directamente también en divulgar la educación sexual a las mujeres y apelar por una salud de calidad para todos los sectores alejados del valle central, donde las instituciones no están suficientemente financiadas, lo cual margina la vida de las mujeres, así como sus necesidades, sus deseos y su vida en general.

5. Edad

En concordancia con lo anterior, se integraron los datos de la pregunta central con la información de la edad en años cumplidos de las dos encuestas. La información que se recopiló permite comprender cómo varían las preferencias reproductivas y deseos maternos (o no) de las mujeres en las diferentes etapas de su vida. Las respuestas abarcan datos desde los 15 años en adelante.

Tabla 3. Distribución de embarazos según deseo de concepción por edad, en el 2010

¿Cuándo usted quedó embarazada de su último hijo o hija, quería quedar embarazada? Por Edad en años cumplidos 2010									
Edad en grupos decenales									
	Respuestas	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 80	Total
Recuento	Sí quería	45 722	151 989	185 236	116 816	98 159	55 364	11 154	664 431
Porcentaje Total		4 %	12 %	15 %	9 %	8 %	5 %	1 %	54 %
Recuento	Quería esperar	41 079	35 814	21 818	12 430	7 480	2 682	751	122 054
Porcentaje Total		3 %	3 %	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	10 %
Recuento	No quería	41 647	97 558	98 844	90 842	68 169	34 271	4 801	436 132
Porcentaje Total		3 %	8 %	8 %	7 %	6 %	3 %	0 %	35 %
Recuento	Ns/Nr	0	2 380	1 310	0	10 756	3 018	1 948	19 412
Porcentaje Total		0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Recuento	Total	128 448	287 741	307 208	220 088	184 564	95 335	18 654	1 242 029
Porcentaje Total		10 %	23 %	25 %	18 %	15 %	8 %	2 %	100 %

Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2010. Elaboración propia.

Tabla 4. Distribución de embarazos según deseo de concepción por edad cumplidos, en el 2015

¿Cuándo usted quedó embarazada de su último hijo o hija, quería quedar embarazada? Por Edad en años cumplidos 2015							
Edad en grupos decenales							
Respuestas		15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	Total:
Recuento	Sí quería	52 018	135 914	134 240	93 968	80 544	496 688
Porcentaje Total		5 %	13 %	13 %	9 %	8 %	47 %
Recuento	Quería esperar	31 043	43 628	22 653	22 653	12 585	125 850
Porcentaje Total		3 %	4 %	2 %	2 %	1 %	12 %
Recuento	No quería	54 535	82 222	104 875	92 290	84 739	418 661
Porcentaje Total		5 %	8 %	10 %	9 %	8 %	40 %
Recuento	Total	138 435	262 607	263 446	213 945	181 224	1 051 267
Porcentaje Total		13 %	26 %	25 %	21 %	17 %	100 %

Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2015. Elaboración propia.

De acuerdo con el cuadro de 2010, se observa que en el grupo de 15 a 24 años solo el 4 % de las mujeres expresaron que deseaban quedar embarazadas. El grupo que le sigue en la tabla de 25 a 34 aumenta en un 12 %. A partir de los 35 años el porcentaje llega a una cifra más alta con un 15 % y va disminuyendo gradualmente hasta bajar al 9 % y menos desde los 45 años en adelante.

En el 2015, se nota que el grupo de edad de 15 a 24 años se mantiene en el 5% con el deseo de quedar embarazada, de igual manera el porcentaje del grupo de 25 a 34 años con el 13 %. En el grupo de 35 a 44 años se observa una disminución comparativa con las respuestas de 2010 en el deseo de quedar embarazadas con un 13 %. Para los grupos de edad de 35 años en adelante se observa una disminución general en el deseo de quedar embarazadas a través de los años.

El pico más grande de deseo y tenencia de hijos que se nota es a partir de los 35 años en ambos cuadros. Con este dato se puede aludir a la pregunta, entonces; ¿cuál es la edad reproductiva de las mujeres?, y, ¿la edad reproductiva coincide con las opiniones y deseos de la maternidad en Costa Rica y si tiene relación con su proyecto de vida?

La autora María Flórez-Estrada Pimentel escribe en: “Economía del género. El valor simbólico y económico de las mujeres”; las nociones de la edad reproductiva y la relación existente entre la maternidad y la vida profesional de las mujeres y adolescentes. Entrevistó a mujeres que se encuentran laborando y les consultó sobre sus expectativas en cuanto a matrimonio, la soltería y la maternidad. Los hallazgos principales indican que las divisiones sexuales o por género del trabajo se relacionan con los procesos previos de socialización entre hombres y mujeres, en especial a través de los juguetes y juegos. En esa etapa, se van configurando, a lo largo de los años, actitudes y diferencias vinculadas a la edad y al sexo, como la asignación de tareas del hogar, la orientación hacia profesiones de cuidado y la supuesta naturalidad de la maternidad. (Flórez-Estrada, 2007)

En el análisis comparativo se incorpora el mercado laboral costarricense. Para que una mujer pueda tener éxito en este mercado, se ejerce un control directo sobre sus cuerpos y sus decisiones reproductivas, al coincidir el mismo rango de edad reproductiva con la edad laboral (18-35 años). Las expectativas sociales de ser madre joven, abnegada y responsable con su familia entran en conflicto con el éxito laboral y profesional que las mujeres desean alcanzar (Flórez-Estrada, 2007). En ambos cuadros, para el grupo de edad 18-34 años, al sumar los porcentajes de las mujeres que no querían tener su último embarazo y de aquellas que preferían postergarlo, estos siempre superan el porcentaje de mujeres que sí deseaban su embarazo.

Esta idea sugiere que pueda existir posibles brechas entre los deseos de maternidad y su capacidad para ejercer ese deseo, ya sea por presiones familiares o limitaciones en su educación. Estrada menciona que los roles económicos y familiares pueden influenciar sus decisiones de cuándo

tener hijos y no responde a su verdadero deseo de tenerlos en edades avanzadas (después de los 30 años). (Estrada, 2007)

La premisa anterior expuesta, puede aludir a los factores socioculturales tanto costarricenses y mundiales, los cuales muestran que las mujeres alrededor de los 35 años se consideran “mayores para procrear”. Tanto la educación dentro de escuelas, colegios y medios de comunicación siempre permea la premisa de que esta edad es una etapa muy avanzada de edad.

A lo largo de los años, los programas educativos y campañas de salud, cuando desean realizar algún tipo de difusión sobre el embarazo, utilizan la imagen de una mujer embarazada relativamente joven entre un rango de 20 a 30 años. De acuerdo con esto, se puede mencionar que el Ministerio de Salud y los medios de comunicación pueden perpetuar estigmas sobre la edad idónea para tener hijos. Mientras que, el deseo de maternidad “tardío” se ha comunicado a través del tiempo de manera negativa, afectando el deseo real de tener hijos e hijas más adelante en la vida.

6. Estado civil

Posterior a poder comprender la pregunta central: “Cuando usted quedó embarazada de su último hijo o hija, ¿quería quedar embarazada?” por la edad, esta pregunta se relaciona con el estado civil.

La visibilidad de estos datos ofrece una visión reveladora en cómo las circunstancias de pareja pueden influir en las decisiones y los deseos maternos y reproductivos. El estado civil impacta de manera directa estas decisiones de las mujeres. Para examinar el posible impacto del estado civil en la intención reproductiva, el Cuadro n° 5 ilustra cómo se distribuyen los embarazos de acuerdo con el deseo de concebir de las mujeres encuestadas en el 2010:

Tabla 5. Distribución de embarazos según deseo de concepción por su Estado Civil, en el 2010

¿Cuándo usted quedó embarazada de su último hijo o hija, quería quedar embarazada? Por Estado Civil 2010								
Estado Civil								
Respuestas		Casado	Unión libre	Divorciada	Separada	Viuda	Soltera	Total
Recuento	Sí quería	311 254	129 434	43 932	47 953	53 043	78 881	664 498
Porcentaje		25 %	10 %	4 %	4 %	4 %	6 %	54 %
Recuento	Quería esperar	42 705	33 662	10 944	7 119	2 683	24 951	122 063
Porcentaje		3 %	3 %	1 %	1 %	0 %	2 %	10 %
Recuento	No quería	158 421	75 015	42 800	35 894	23 500	100 553	436 183
Porcentaje		13 %	6 %	3 %	3 %	2 %	8 %	35 %
Recuento	Total	520 458	240 765	98 951	93 951	80 296	207 740	1 242 161
Porcentaje		42 %	19 %	8 %	8 %	7 %	17 %	100 %

Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2010. Elaboración propia.

Para complementar el análisis anterior, la tabla n°6 expone los datos correspondientes al 2015:

Tabla 6. *Distribución de embarazos según deseo de concepción por su estado civil, en el 2015*

¿Cuándo usted quedó embarazada de su último hijo o hija, quería quedar embarazada? Por Estado Civil 2015								
Estado Civil								
Respuestas		Casada	Unión libre	Divorciada	Separada	Viuda	Soltera	Total
Recuento	Sí quería	233 242	120 816	26 848	17 619	11 746	86 417	496 688
Porcentaje		22 %	12 %	3 %	2 %	1 %	8 %	47 %
Recuento	Quería esperar	41 111	36 077	9 229	4 195	3 356	31 882	12 585
Porcentaje		4 %	3 %	1 %	0 %	0 %	3 %	12 %
Recuento	No quería	120 816	115 782	36 916	36 916	10 907	97 324	418 661
Porcentaje		12 %	11 %	4 %	4 %	1 %	9 %	40 %
Recuento	Total	397 686	273 514	74 671	59 569	26 009	219 818	1 051 267
Porcentaje		38 %	26 %	7 %	6 %	3 %	21 %	100 %

Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2015. Elaboración propia.

Durante el 2010, las mujeres casadas representan el dato más alto en cuanto a porcentajes. El 25 % sí quería quedar embarazada, seguidamente con un 13 % indica que no quería tener hijos o hijas. Aquellas que se encuentran en unión libre, en total: 240.765 personas, de ellas, solo el 10 % también deseaba quedar embarazada.

Con respecto al 2015, las mujeres casadas representan el grupo más grande con un 38 % del total de las respuestas, seguidamente del grupo de unión libre con un 26 % en total, el grupo de mujeres solteras con un 21 %, seguidamente del grupo de mujeres divorciadas que representan un 7 %.

De las respuestas de las mujeres casadas, el 20 % expresó su deseo de quedar embarazadas, porcentaje que disminuyó con respecto al 2010. Un dato que subió de manera comparativa es el del grupo de mujeres en unión libre, el cual muestra un aumento del 12 % expresando el deseo de quedar embarazadas.

De acuerdo con Marcela Lagarde (2014), el mandato tradicional de la maternidad se ve cuestionado por la búsqueda de equilibrio entre las responsabilidades familiares y las aspiraciones individuales de las mujeres. Como se detalla en los datos, las mujeres con pareja y casadas tienden a desear ser madres en un mayor porcentaje. Esta premisa confronta, de manera antagónica, esa necesidad social e individual de las mujeres —a lo largo del tiempo— en controlar sus cuerpos y recuperar su autonomía sexual. Y, así se evidencia que la figura de la familia tradicional: mamá, papá (que estos estén casados) e hijos es la familia que se desea actualmente para vivir de manera estable en la sociedad.

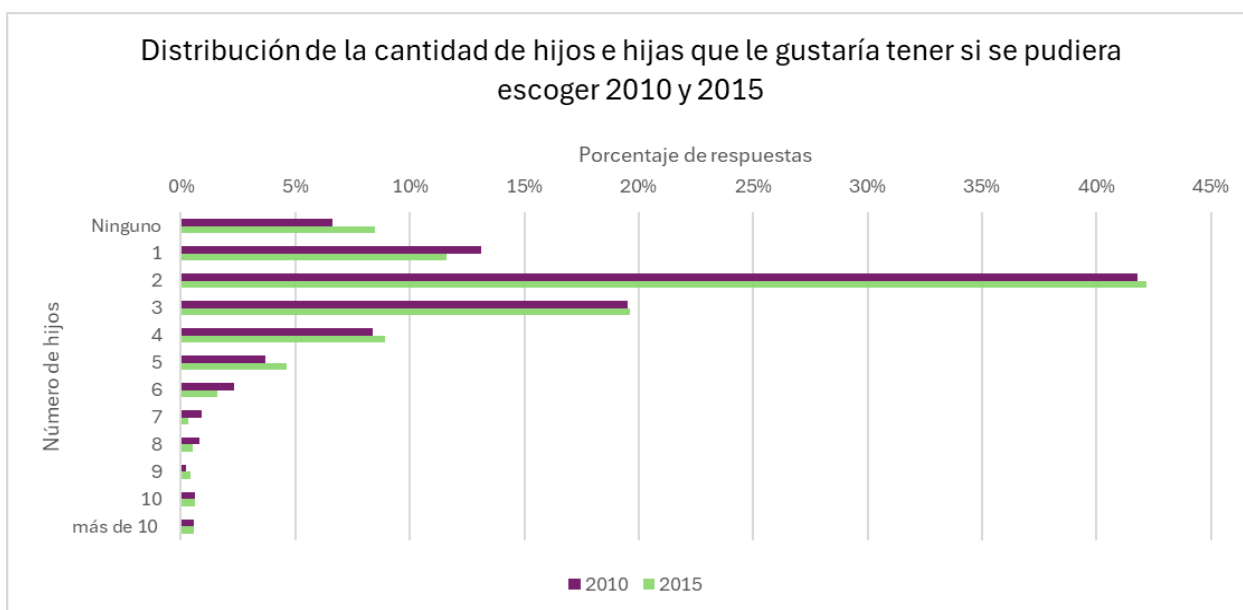
Históricamente, las mujeres han estado en desventaja económica debido a factores estructurales, sistemáticos y hegemónicos, tanto en Costa Rica como en todo el mundo, estas obtienen salarios poco competitivos con respecto a los hombres, de tal manera que se perpetúa la desigualdad económica entre géneros y la precariedad laboral. La inestabilidad económica y social ha sido un hincapié importante en el nivel de deseo de ser madre y tener hijos. Al tener una pareja estable ante la ley, las mujeres tienden a sentirse más seguras a nivel financiero para cumplir su aspiración de ser madre. (Estrada, 2007)

7. Número de hijos que desean tener las mujeres costarricenses

En conjunto con los datos analizados en los párrafos anteriores, poder evidenciar y analizar el número de hijos e hijas que desean tener las mujeres en Costa Rica, resulta necesario comprender las dinámicas familiares y, con este insumo, analizar si las políticas públicas sexuales actuales responden a las necesidades que se evidencian.

En este contexto, el análisis de las respuestas sobre la cantidad de hijos que desean tener las mujeres, ofrece una visión de las aspiraciones familiares, dicho dato también influye en aspectos socioeconómicos de cada mujer y en el llamado a las autoridades costarricenses para reconocer los desafíos y las oportunidades de garantizar servicios y recursos que respalden las decisiones de las mujeres. De acuerdo con los datos de ambas encuestas:

Gráfico 2. *Porcentaje de preferencia de cantidad de hijos e hijas en mujeres*



Fuente: base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica, 2010 y 2015. Elaboración propia.

En el gráfico N°2 se observa que la mayoría de las mujeres expresaron su deseo de tener dos hijos o hijas, esto representa el 42 % del total de respuestas. Las opciones de no querer hijos o desear una sola criatura, obtuvo un porcentaje considerable entre el 7 % y el 13 %. A medida que aumenta el número de hijos deseado, la cantidad disminuye. La opción de tener tres hijos se mantiene en un 20 %. Se observa que, con respecto a las respuestas de 2010, el 2015 aumentó la preferencia de no tener hijos del 7 % al 9 %.

Tanto en la Encuesta de 2010 como la de 2015, la mayoría de las mujeres expresaron el deseo de tener entre uno y tres hijos con una preferencia marcada por tener dos hijos o hijas.

8. Discusión y análisis:

Con base en los resultados de los gráficos y las tabulaciones cruzadas descrita con la pregunta: "*¿Cuándo usted quedó embarazada de su último hijo o hija, quería quedar embarazada?*", resulta fundamental analizar las opiniones y las experiencias de las mujeres, con base en los datos descritos y analizados previamente. Comprender si la maternidad en Costa Rica es deseada o no, implica examinar la realidad vivencial de la salud sexual y las aspiraciones maternas desde el rol que la sociedad le impone a la mujer, desde el momento en que se la considera como un ser meramente reproductivo, sin tomar en cuenta su estabilidad social, sus deseos, necesidades o estado de salud. Por esto, se determinan estos resultados:

8.1 Aspiración maternal: contrastes en el deseo y la tenencia de la mujer costarricense

En general, se observan cambios significativos en las respuestas de las mujeres entre 2010 y 2015. Los porcentajes más altos de respuestas de las encuestas corresponden a las mujeres que expresaron su deseo de quedar embarazadas, seguido por las que no deseaban el embarazo. Este hallazgo evidencia una polarización en la población, lo cual apunta a que puede ser necesario atender desde el gobierno y el Estado diferentes necesidades de todas las mujeres en forma equitativa.

Según Simone de Beauvoir (1949), a las mujeres se las ha confinado a roles domésticos y maternos dentro de las sociedades. Por ello, la educación y la socialización de costumbres y prácticas sociales resultan fundamental para que cada papel dentro de la estructura social pueda cumplirse. Sin embargo, se denota que, aunque a las mujeres se les exige ser madres y asumir su rol social y reproductivo, no existen los mecanismos estatales suficientes que les permitan hacerlo de forma segura en términos socioeconómicos.

A pesar de esta imposición, no todas las mujeres desean un hijo o su debida tenencia, tal premisa va en aumento, según los resultados que se han analizado. El Estado costarricense tiene el deber de escuchar y comprender las necesidades de las mujeres que aspiran a ser madres y las que no lo desean para que puedan vivir de manera plena y equitativa.

Las mujeres costarricenses que deseaban su embarazo según los resultados, enfrentan desafíos educativos, económicos y laborales significativos, lo cual afecta su decisión sobre la maternidad. La falta de políticas de apoyo a la maternidad deseada y la carencia de medidas que promuevan la igualdad de género en el ámbito laboral, contribuyen a que las mujeres que desean tener hijos no lo realicen; pues deben atender sus necesidades de sobrevivencia.

8.2 Políticas sexuales como ejes transformadores de las experiencias de vida de las mujeres

De acuerdo con la comprensión vigente de las necesidades sociales y colectivas de este grupo poblacional, las políticas sexuales y sociales deben garantizar que las mujeres que desean quedar embarazadas cuenten con condiciones adecuadas para llevar un embarazo saludable dentro los ámbitos laboral, familiar y social. Al mismo tiempo, es crucial asegurar que aquellas que no desean embarazarse, reciban el apoyo necesario para empoderarse y ejercer el control sobre sus cuerpos, sus carreras y sus decisiones.

Marcela Lagarde (2009), en *"Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres"*, introduce el concepto de "esclavitud de las mujeres", el cual se refiere a las muchas formas en que las estructuras patriarcales limitan la libertad y el desarrollo de las mujeres. Lagarde sostiene que "la maternidad puede ser esclavizante si no es una elección libre y consciente". En esta posición resulta fundamental visibilizar la necesidad de que las mujeres costarricenses puedan tener mayor control de sus vidas y sus cuerpos, para disfrutar de manera segura de una vida social y sexual. (Lagarde, 2009)

La toma de decisiones libres y conscientes sobre la vida sexual y reproductiva es una parte importante de lo que se denomina: autonomía sexual. La autonomía sexual femenina debe ser también enseñada y socializada por todas las generaciones de mujeres, para que decidan sobre sus propias vidas. Las políticas y las campañas sexuales deben aludir a reconocer la existencia de esta autonomía sexual y contribuir a la calidad de vida de las mujeres en Costa Rica.

Esta relación entre la garantía del Estado en proveer las condiciones óptimas para que las mujeres puedan elegir por una maternidad deseada, se explica a través del texto: *"El segundo sexo"* de Simone de Beauvoir. En esta obra, Beauvoir señala que las condiciones materiales y sociales juegan un papel crucial en la experiencia de la maternidad y la feminidad. (Beauvoir, 1949)

Esta premisa, genera la pregunta: ¿cómo las estructuras patriarcales y las políticas sexuales podrían reforzar o desafiar estos roles tradicionales? La falta de apoyo estatal y gubernamental a las políticas de salud, educación y equidad perpetúa la desigualdad de género y limita la autonomía de las mujeres para actuar meramente como cuidadoras y quien debe preocuparse por la familia y el hogar. La perpetuación de este rol se realiza desde la estructura patriarcal en que se convive. Esto se puede visualizar desde una de las premisas de la autora, la relación de la otredad que remite a que los hombres son sujetos absolutos; mientras las mujeres siempre serán las otras. Esa otredad indica que todas las dinámicas que se desarrollan en torno a la limitación de la autonomía y la decisión de tener hijos o no de las mujeres, pudo desarrollarse por las mismas dinámicas socioculturales que desarrollan los mismos Estados que deben implementar políticas con enfoque de género.

Y, ¿cómo se le puede hacer frente o batalla a la dinámica de la otredad mediante nuevas políticas adecuadas a las necesidades reales de la población femenina?, si el Estado sigue perpetuando roles, prácticas y tradiciones que obligan a las mujeres a seguir costumbres o pautas, en vez de resolver sus necesidades reales.

Es importante analizar cómo la intervención gubernamental puede cambiar estas condiciones y garantizar que las mujeres tengan acceso a los recursos que necesitan para tomar decisiones informadas e independientes debido a la maternidad.

Según el documento del Ministerio de Salud de Costa Rica, "la salud sexual y reproductiva es fundamental para la consecución de la salud y el bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible". (Ministerio de Salud, p.3)

Las mujeres en regiones urbanas, como arrojan los datos, suelen tener un mayor acceso a información y servicios de salud reproductiva; lo cual les permite planificar mejor su vida y sus familias. Este hallazgo apunta a que las políticas no se cumplen de la misma manera entre las regiones rurales y urbanas de Costa Rica. Y, por esto, se puede señalar que —de manera práctica y operativa— la salud sexual no es prioridad para el Estado costarricense y parece no cumplirse de acuerdo con la cantidad indicada de embarazos no deseados.

Desde el 2010, la Política Nacional de Sexualidad de Costa Rica ha sido una herramienta importante para abordar estos temas, pero su marco conceptual y normativo necesita una actualización urgente para reflejar las necesidades y la realidad actual de las mujeres. El documento afirma que "la política de género debe promover el derecho de todos a recibir información y servicios que faciliten la toma de decisiones" (Ministerio de Salud, p.3), esto implica una constante modificación y adaptación a los cambios sociales y tecnológicos.

Para comprender las opiniones y las necesidades de las mujeres actualmente, resulta necesario buscar nuevos datos, nuevas perspectivas y comprender el modo de vida actual, muy diferente al de hace diez años. Esto porque las opiniones y las necesidades van cambiando y las influyen factores sociales y culturales.

Se viven transformaciones sociales constantes en los ámbitos político, educacional, económico y familiar. Por esto, los datos disponibles no reflejan la realidad actual ni las nuevas necesidades de las mujeres en materia de sexualidad, lo que limita su validez para comprender este fenómeno. Lo anterior pone aún más de relieve la necesidad, a nivel país, de actualizar los datos relativos a las necesidades de las mujeres en el periodo 2024-2025.

El estudio de nuevas perspectivas puede ayudar a actualizar y mejorar las políticas públicas, con el fin de que se garantice que todas las mujeres, independientemente de su ubicación geográfica,

tengan acceso a los recursos y al apoyo necesarios para ejercer plena y autónomamente sus derechos sexuales y reproductivos.

8.3 La madre tardía: conflicto entre lo biológico y lo deseado

En temas de la edad y el deseo de la maternidad, las respuestas permiten comprender cómo variaron las preferencias reproductivas a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Las respuestas abarcan información de mujeres desde los 15 años en adelante, indicándolo cual indica que las mujeres comienzan a tener actividad sexual y a enfrentar decisiones reproductivas incluso siendo niñas. Debido a esto, se debe resaltar esa necesidad de implementar la educación sexual integral para abarcar los entornos familiares, colegiales y escolares.

De acuerdo con una actividad sexual en edades tempranas en las mujeres, este estudio se apoya en la teoría de la socialización del género de Simone Beauvoir, la autora menciona que las mujeres no nacen, sino que se construyen a través de procesos de socialización desde la edad 0. Los roles asignados también contemplan la forma en que las mujeres deben comportarse y las actitudes se van definiendo y moldeando de manera sistemática, según convenga. De acuerdo con esto, cabe argumentar que las expectativas sistemáticas inculcadas a las niñas influyen en sus decisiones, comportamiento y actitudes. Esta socialización, a veces, se utiliza para que las mujeres asuman roles de sumisión y resistir a la incomodidad.

El estado costarricense debe utilizar el análisis de los datos para comprender este fenómeno y problematizar la falta de una educación sexual que responda a las necesidades actuales. Una educación sexual integral —desde la adolescencia— puede contribuir a deconstruir estos mandatos sociales y empoderar a las mujeres en el ejercicio de una sexualidad sana. (Beauvoir, 1949)

Se llega al análisis de que debería haber un trabajo colaborativo entre el Ministerio de Educación Pública y el Ministerio de Salud; pues resulta fundamental trabajar en estas políticas integrales, con el fin de asegurar que los jóvenes tengan la información y los recursos necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual.

La autora Marcela Lagarde (2009) en: "Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres", enfatiza sobre el papel tan importante que tiene la educación para el empoderamiento de las mujeres, lo cual les permite ejercer control sobre sus cuerpos y sus vidas.

Uno de los hallazgos más importantes dentro del análisis, ha sido visualizar y respaldar con datos que el pico de edad más alto en aspirar ser madres es a partir de los 35 años. Esto presenta un conflicto entre la edad idónea biológicamente para procrear y lo deseado. Esta postergación tiende a basarse en querer cumplir con otras necesidades que las mujeres necesitan realizar antes de esta

edad y, en su principio sociológico o no, tiene lógica, primero una persona necesita desarrollarse profesionalmente y alcanzar seguridad económica, para luego cumplir con esa aspiración maternal.

Debido a la tensión entre lo biológico y lo deseado, en el cuerpo de la mujer se alude a la presencia de un “reloj biológico”, el cual marca el declive natural de la fertilidad. A raíz de esto, muchas mujeres costarricenses y de otros países recurren a procedimientos como la fertilización *in vitro*, que se ha convertido en un negocio altamente lucrativo asociado al retraso de la maternidad.

Como señala la investigadora Omaira Bencomo (2017), "cuanto más se retrasa la maternidad, las posibilidades de ser madres disminuyen, lo que ha llevado a que las técnicas de reproducción asistida se consideren cada vez más como una alternativa". Por esto, "a menudo las pacientes –y a veces sus médicos– piensan que la reproducción asistida va a compensar el declive natural de la fertilidad femenina vinculada a la edad", cuando en realidad no siempre se logra el proyecto de maternidad.

La tasa de éxito de estos tratamientos disminuye significativamente a partir de los 35 años y los riesgos de complicaciones aumentan con la edad materna avanzada. Y, por ello, existen cuestionamientos éticos en torno a la mercantilización de la reproducción y la presión que se ejerce sobre las mujeres para recurrir a estas técnicas. (Bencomo, 2017)

Reconocer estas afirmaciones por parte del Estado, resulta esencial para la creación de un entorno en el cual las mujeres puedan ejercer plenamente sus derechos y aspirar, de manera segura, la maternidad deseada o no deseada.

8.4 La influencia del estado civil en el deseo de maternidad

En cuanto al aspecto del estado civil y el deseo y tenencia de hijos e hijas, las mujeres casadas representan el grupo más grande en la cantidad de respuestas positivas y, las mujeres divorciadas, separadas y viudas, mostraron un menor deseo de quedar embarazadas. Esta información refleja cómo el estado civil influye significativamente en el deseo de las mujeres de quedar embarazadas, esto puede deberse a la estabilidad de un núcleo familiar y el apoyo que se puede percibir en las relaciones.

Firestone, en su obra: *“La dialéctica del sexo”*, argumenta que las estructuras familiares tradicionales pueden imponer expectativas y presiones sobre los embarazos a las mujeres, reflejándose en el alto porcentaje de mujeres casadas que desean quedar embarazadas. (Firestone, 1993)

La inestabilidad social y económica es el principal obstáculo de las mujeres en Costa Rica que desean tener hijos y aspirar a ser madres. La falta de recursos y seguridad financiera se convierte

en un muro de contención que frena sus aspiraciones de traer vida al mundo y formar una familia. Sobre esto, surge la pregunta: ¿si el Estado costarricense asegurara desde etapas tempranas que estas mujeres tendrán una educación de calidad, trabajo digno y el salario será equitativo, los resultados de aspirar a ser madres solo con una pareja estable seguirán igual o cambiarían?

Debido a la cuestionante anterior, se argumenta que una educación integral de la sexualidad que abarque todos los centros educativos por igual, permitiría desmitificar los tabúes y estigmas relacionados con la sexualidad femenina, creando un ambiente de mayor libertad y autoaceptación. Las mujeres de 2010 y 2015 quieren el control de su cuerpo, desean tener autonomía y la libertad de tomar decisiones que les ayuden a vivir de manera plena. Sus necesidades son diversas y, de acuerdo con esta diversidad, se debe crear estrategias diferentes para que las políticas sexuales respondan a estas necesidades.

Así, las mujeres podrían ejercer su derecho a la maternidad de forma más plena, sin verse limitadas por las presiones sociales o la inestabilidad económica.

Además, la educación integral de la sexualidad empodera a las mujeres ofreciéndoles el conocimiento que necesitan para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su capacidad para ser madres. Con una buena educación, se pueden eliminar y desmitificar los tabúes y los estigmas relacionados con la sexualidad femenina, así se genera una atmósfera de mayor libertad y autoaceptación.

9. Conclusiones

El análisis descriptivo y comparativo de los resultados de las encuestas ofrece una visión clara y reveladora sobre las aspiraciones maternas en Costa Rica y plantea una serie de hallazgos que invitan a reflexionar sobre la forma en que el Estado atiende las necesidades sexuales y reproductivas de la población. Estos datos representan la información más actualizada disponible, su estudio en el contexto de 2024 resulta fundamental para identificar las demandas actuales de las mujeres y contribuir al diseño de políticas públicas efectivas que mejoren la calidad de vida de las mujeres, atendiendo sus deseos y proyectos en diferentes etapas de su vida y en diversos estados civiles.

El análisis por edad revela que las mujeres jóvenes (15-24 años) mantienen un deseo de embarazo bajo (4-5 %); mientras las mujeres de 25-34 años muestran un leve aumento. A partir de los 35 años, el deseo de embarazo disminuye notablemente, esto sugiere una tendencia hacia una maternidad más tardía. Este comportamiento refleja factores socioculturales y educativos que influyen en la percepción de la edad apropiada para procrear.

Los programas educativos y las campañas de salud tienden a perpetuar el estigma de que las mujeres mayores de 35 años son mayores para tener hijos, lo cual debe ser reconsiderado para eliminar estigmas y apoyar la maternidad en cualquier etapa de la vida. Uno de los hallazgos importante de esta reflexión —desde la sociología del género—, es la polarización entre las mujeres que quieren quedar embarazadas y las que no. Esta polarización refleja una sociedad en transición, en la cual las expectativas tradicionales de maternidad se confrontan con nuevas aspiraciones profesionales y los proyectos de vida actuales.

Las mujeres que quieren ser madres enfrentan importantes desafíos educativos, económicos y laborales, lo que destaca la pertinencia de desarrollar políticas públicas diferenciadas para abordar estas diferentes necesidades. Esta polarización muestra que las políticas públicas actuales no son inclusivas y no tienen en cuenta la diversidad de experiencias y aspiraciones de las mujeres.

Según la teoría de Simone de Beauvoir en “El segundo sexo”, las condiciones materiales y sociales juegan un papel decisivo en la experiencia de la maternidad y la feminidad. La falta de apoyo a la salud, la educación perpetúa la desigualdad de género y limita la autonomía de las mujeres, tanto de sus cuerpos como de sus deseos y aspiraciones personales, familiares y profesionales.

La maternidad no debe ser una obligación social, sino una elección libre y consciente. Sin embargo, la realidad en Costa Rica muestra que las mujeres todavía se ven obligadas a asumir roles tradicionales sin los recursos necesarios para hacerlo con seguridad y dignidad.

Se concluye también que, con respecto al estado civil de las mujeres encuestadas, este juega un papel crucial en las decisiones maternas. En ambas encuestas, las mujeres casadas y en unión libre mostraron un mayor deseo de embarazo en comparación con las mujeres solteras, divorciadas, separadas y viudas. Este patrón sugiere que la estabilidad y el apoyo percibido en una relación formal influyen positivamente en el deseo de tener hijos. Las mujeres en estados civiles más inestables o sin pareja manifiestan un menor deseo de embarazo, lo cual podría deberse a la falta de apoyo emocional y financiero. La estabilidad familiar percibida influye en la decisión de tener hijos, esto refleja aún más la presencia de presiones sociales hacia la maternidad y la familia que se considera tradicional.

Las estructuras familiares tradicionales e impuestas pueden generar expectativas y presiones sobre las mujeres para que realicen detenidamente y sin reclamar sus funciones reproductivas, como lo demuestra la alta tasa de mujeres casadas que desean quedar embarazadas.

En ese sentido, resulta esencial que las autoridades de salud y educación trabajen conjuntamente para garantizar que todas las mujeres tengan el apoyo necesario para disfrutar de una sexualidad sana y tomen decisiones informadas sobre una maternidad deseada.

La implementación de nuevas encuestas resulta imperativa, con el fin de monitorear y adaptar las políticas actuales de acuerdo con el avance de las opiniones y las necesidades de las mujeres en Costa Rica. Esto permitirá diseñar programas, proyectos y acciones que respondan efectivamente a las aspiraciones maternas de las mujeres costarricenses.

Por lo anterior expuesto, se indica que el trabajo interinstitucional entre el ente educativo y el Ministerio de Salud no solo mejora significativamente la salud pública y los indicadores de bienestar materno, sino también desafía y transforma las estructuras patriarcales que han controlado la sexualidad femenina. Por esto, se destaca la necesidad de que las instituciones de Educación Superior y Organizaciones Internacionales de Salud, cuentan con el perfil de investigadores aptos para visibilizar, apuntar, describir y conocer los paradigmas actuales en los que se desenvuelven las mujeres y la escucha activa y la comprensión de sus aspiraciones personales, sociales, económicas y maternas o no maternas.

La implementación de políticas públicas basadas en esta educación integral de la sexualidad, tienen el potencial de crear una sociedad más equitativa y justa, en la cual las decisiones reproductivas de las mujeres se respeten y apoyen. Además, se destaca que, la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres debe ser un elemento central de las políticas públicas.

Según las ideas de Marcela Lagarde, es importante que las mujeres tengan control sobre su cuerpo y sus decisiones; esto debe ser socializado y enseñado desde temprana edad. La autonomía sexual y reproductiva permite a las mujeres tomar decisiones libres e informadas sobre la maternidad y la sexualidad.

En conclusión, y, de acuerdo con el análisis realizado, se destaca que la educación integral de la sexualidad es una herramienta poderosa para la transformación social. Al mismo tiempo, permite a las mujeres ser autónomas y empoderadas en sus decisiones reproductivas, reduce desigualdades, mejora la salud pública, impulsa cambios culturales y sociales, así como fortalece la formulación de políticas públicas y la sociedad civil.

Esta educación que se plantea para cambiar paradigmas no solo beneficia a las mujeres, sino que también contribuye a su calidad de vida. Es imperante actualizar tanto los datos de la salud sexual de la población en general como de la política sexual vigente. Esto para reflejar las necesidades y las realidades presentes de las mujeres. Es indispensable implementar una educación sexual integral, en todos los niveles de la educación, incluida la enseñanza sobre la autonomía sexual y reproductiva, con el objetivo de eliminar los tabúes y estigmas relacionados con la sexualidad femenina.

Esta política debe promover el acceso a la información y los servicios para apoyar la toma de decisiones informadas. Debe comprender tanto las aspiraciones maternas como las no

maternales. Por parte del Estado también se debe propiciar un espacio familiar, educativo y laboral seguro, para que cada individuo pueda asegurar su calidad de vida. Solo mediante un fuerte compromiso estatal, colectivo e individual con la igualdad de género y la justicia social, se podrá construir un futuro en el que todas las mujeres puedan vivir plena, libre y justamente. Y, por todo lo anterior expuesto, este análisis trata de contribuir a la construcción de esos espacios seguros para las mujeres y sus diversas necesidades maternales y sexuales.

Referencias bibliográficas

- Alfaro, R. (2010). Elecciones nacionales 2010 en Costa Rica: una mujer al mando sesenta años después. *Revista de Ciencias Sociales*, 2215-2601. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/4157>
- Araya, J. (2016). Población adolescente tiene pésima información sobre sexualidad. *SEMANARIO UNIVERSIDAD*. <https://semanariouniversidad.com/pais/poblacion-adolescente-pesima-informacion-sexualidad/>
- Atuesta, B., Mancero, X., & Tromben, V. (2018). *Herramientas para el análisis de las desigualdades y del efecto redistributivo de las políticas públicas*. Repositorio CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7bf5e48e-5f0e-4116-90ca-a591a48c00fd/content>
- Ávila, Y. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos*, (17), ISSN 2448-5144. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2005000100007
- Bencomo, O. (2018). *Diversas concepciones de la maternidad: el deseo de ser o no ser madre*. [Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación. Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/12230/Diversas+concepciones+de+la+maternidad+El+deseo+de+ser+o+no+ser+madre.pdf;jsessionid=4170A343B231C43A51FEFB043E1F817F?sequence=1>
- Blanco, P. (2019). *El vallecentrismo crea desigualdad en las regiones del país*. Universidad de Costa Rica. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/10/03/el-vallecentrismo-crea-desigualdad-en-las-regiones-del-pais.html>

- Central America Data. (2015). Costa Rica: *Estado de la Nación 2015*.
https://centralamericadata.com/es/article/home/Costa_Rica_Estado_de_la_Nacin_2015
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo Sexo* (epub r1.0) [Epublibre].
https://www.solidaridadobrero.org/ateneo_nacho/libros/Simone%20de%20Beauvoir%20-%20El%20segundo%20sexo.pdf
- Evaluación de programas de RRHH en Salud. (2013). *Evaluación de programas de recursos humanos en salud en Costa Rica Informe de país*. Evaluación de Programas de RRHH En Salud, Observatoriorh.
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/evalprogra_inst rum4_cor.pdf
- Firestone, S. (2015). *La Dialéctica del Sexo*. Issuu. <https://issuu.com/indiabrooks/docs/la-dialectica-del-sexo-de-shulamith>
- Govern de Les Illes Balears. (s. f.). *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Govern de Les Illes Balears.
https://www.caib.es/sites/salutsexual/es/atica_en_las_relaciones_sexuales/#:~:text=En%20nuestra%20sociedad%2C%20la%20vivencia,la%20persona%20que%20los%20transg rede.
- Morant, I. (2018). Lecturas de El segundo sexo de Simone de Beauvoir. *Descentrada*, 2(2), e053.
<http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe053>
- Nájera, A. (et al.) (s. f.). 1. *Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres*. CCP.UCR.
<https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/lecturas/maternidad.html>
- Paz-Gómez, L. (2010). Tamaño de familia deseado. Un análisis sobre los ideales de fecundidad en Colombia y México. *Scielo*, 16(65), 2448-7147.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300004
- Rodríguez, G. (2015). *Arranca II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2015*. UNFPA. <https://costarica.unfpa.org/es/noticias/arranca-ii-encuesta-nacional-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-2015#:~:text=Para%20esta%20segunda%20encuesta%20el,de%20Poblaci%C3%B3n%20de%20Naciones%20Unidas.>

Sales, T. (207d. C.). Repensando la interseccionalidad desde la teoría feminista. *AGORA: Papeles de Filosofía*. <https://revistas.usc.gal/index.php/agora/article/view/3711>

Suárez, J. (2024). *¿Cuál es la mejor edad biológica para ser madre primeriza? ¿Por qué?* Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/la-edad-para-ser-madre/#:~:text=Seg%C3%BAn%20las%20encuestas%20de,ser%20madre%20en%20poco%20tiempo.>

Caso 2. Las estructuras de género presentes en “las fuentes más importantes de información sobre salud sexual y reproductiva”, en el contexto costarricense, a partir de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015

Por: Daniel Ruiz Delgado

Resumen

Esta investigación parte de cuestionar cuáles son las principales fuentes de información sobre sexualidad en Costa Rica. De acuerdo con lo anterior, las personas reciben información sobre sexualidad de diversas fuentes, pero ¿cuáles datos concretos existen al respecto? Las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva permiten identificar estas fuentes y constituyen, además, una vía para evaluar las políticas y programas que giran alrededor de este tema, se destacan los indicadores sobre sexualidad que se han perdido con el paso de los años.

Este capítulo explora cómo las estructuras de género, desde las políticas públicas, afectan la salud sexual y reproductiva en Costa Rica; se analizan las fuentes más importantes de información sobre sexualidad presentes en las Encuestas Nacionales efectuadas durante el 2010 y el 2015. Estas fuentes de información permiten comprender parte del fenómeno de la salud sexual en el país, desde las estructuras de género, en las cuales imperan roles asignados e imposición de controles sobre el cuerpo y, de esta manera, las personas reciben información a partir de lo que aprenden socialmente.

Las fuentes de información sobre sexualidad son diversas y cambiantes, pero es posible identificar que, en su mayoría, las mujeres son las que más reciben información y también quienes más información ofrecen; esto evidencia que los roles asignados colocan a las mujeres en la urgencia de informarse y la necesidad de informar, responsables de una salud sexual que es controlada de forma hegemónica por un sistema patriarcal, este impone controles sobre el cuerpo como el uso de anticonceptivos, tipos de atención, sanciones, entre otras.

Por lo tanto, esta investigación enfatiza que la fuente más importante de información no es un dato aislado ni obedece a procesos individuales, sino que está interrelacionado desde sistemas de poder y estructuras de género; y con un análisis de datos estadísticos, se evidencian las desigualdades y las oportunidades para la toma de decisiones sobre la sexualidad en el contexto costarricense.

A continuación, se muestra un análisis sobre las principales fuentes de información, a partir de las fuentes prácticas, preferidas y según niveles de satisfacción, así se ofrece un panorama según la perspectiva de los participantes, donde la familia, la educación y las instituciones estatales tienen un rol indispensable para promover la información sobre sexualidad.

Objetivo general

Identificar la influencia de las estructuras de género en las fuentes más importantes de sobre salud sexual y reproductiva en Costa Rica, a partir de los datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 y 2015.

Introducción

La sexualidad es un derecho humano fundamental y un componente indispensable en el bienestar de todas las personas. En Costa Rica, el acceso a la información clara sobre este tema ha adquirido gran relevancia, especialmente a partir de la aplicación de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual, en las que se identifican las principales fuentes de información a nivel nacional y se muestra cuáles son y cómo han cambiado en el país.

En Costa Rica se empezaron a realizar encuestas desde 1964, basadas en temas de fecundidad y acceso a servicios de planificación familiar hacia mujeres, por medio de estas, se mostró un rápido aumento en el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se vinculó directamente como medida para recibir información sobre salud sexual. Pero, a partir del nuevo paradigma de la salud, a principios de los años 2000, se abre la puerta para comprender la salud sexual como un derecho fundamental en la vida de las personas. Por lo tanto, las encuestas de Juventudes y de Salud Sexual se encargaron de elaborar información más amplia sobre los derechos sexuales.

Para el 2010 el Ministerio de Salud aplica la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 y esta buscaba promocionar el derecho a la salud sexual como aspecto público, por medio de planes y proyectos. Durante este periodo se implementa la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010, la cual evidencia resultados novedosos y actualizados sobre diversos ámbitos en la vida sexual de las personas, así entonces, para el 2012 se aprobó el programa de Educación Sexual y Afectividad Integral del Ministerio de Educación Pública (MEP), este no estuvo exento de críticas: “Algunos sectores sociales manifestaron el descontento y se resolvió que el programa sería opcional; los padres y madres tendrían el derecho a oponerse a que sus hijos e hijas recibieran los contenidos (...)”. (UNESCO, 2023, párr.2)

También se realizaron las Encuestas Nacionales de Juventudes 2008, 2013 y 2018 y se consolidó una segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el 2015. Estos estudios reflejan en cifras la situación de la salud sexual en Costa Rica, lo cual es necesario complementar con factores sociales y culturales que influyen el fenómeno de la información sobre salud sexual en el país.

El presente estudio solo contempla las Encuestas Nacionales, por ser las únicas que se han realizado en el país hacia la población en general, y, a pesar de que las Encuestas de Juventudes también abordan el tema de la fuente más importante sobre sexualidad, esta última contempla menos fuentes de información y, por tanto, menos definición de variables. Sin dejar de lado que ambas encuestas cuentan con diferencias en el diseño de las muestras, poblaciones objetivo y en contextos realizados. Por lo que, estos registros de 2010 y 2015 representan una base concreta para determinar las fuentes registradas en el país y así relacionarlas con las estructuras de género que les atraviesan y la coyuntura de Costa Rica con respecto a la sexualidad

Así entonces, esta investigación permite averiguar si existen diferencias significativas en el acceso a la información sobre sexualidad, lo cual permite identificar —dentro de este periodo—, la fuente más importante y sus implicaciones dentro de las desigualdades de género; se problematiza entonces como las desigualdades de género condicionan la capacidad de recibir información sobre sexualidad e intervienen en el poder de decisión y las formas de educación, en este caso, las instituciones públicas tienen un rol trascendental para promover la salud sexual integral del país.

Las estructuras de género se entienden como los sistemas y mecanismos sociales, políticos, económicos y culturales que promueven la desigualdad basada en el género. Son estructuras que condicionan las diferencias de poder desde diversas instituciones y prácticas sociales. Esta perspectiva teórica se toma de las autoras Millet (1970) y Firestone (1973). La primera, analiza las instituciones sociales, políticas y culturales como elementos centrales para sostener y perpetuar las estructuras de género, en estas instituciones se destaca la familia, la educación, la religión y el gobierno como elementos que mantienen la dominación masculina y proyectan la subordinación femenina. Por su parte, Firestone aborda las estructuras de género cuando argumenta que, la biología reproductiva y la familia tradicional son las bases para la opresión hacia las mujeres, por lo tanto, la liberación requiere abolir estas estructuras mediante la reestructuración social.

De manera más específica, este estudio abarca las fuentes más importantes que tuvieron las personas sobre temas de sexualidad en Costa Rica, desde los datos recopilados por Encuestas Nacionales, que proporcionaron un panorama sobre las diferentes fuentes de información existentes y su orden.

Dentro de los principales datos encontrados, destaca que las mujeres son las que más reciben información y hacia las cuales —en su mayoría— va dirigida la información. Existe un vínculo directo entre las mujeres que buscan recibir información sobre sexualidad y la información disponible que está focalizada principalmente hacia temas como maternidad, cuidados, atención involucran el rol femenino por sobre el masculino.

Los datos de las encuestas seleccionadas permiten caracterizar las fuentes de información según su pertinencia, utilidad práctica, preferencia y nivel de satisfacción, así ofrece un panorama amplio sobre la diversidad de percepciones existentes sobre el tema. Una vez identificadas las fuentes, se analiza la información desde una perspectiva de género que considera la construcción de las políticas, la influencia de las estructuras familiares y el derecho a la autonomía. Estas categorías constituyen el sustento teórico que permite identificar sociológicamente el impacto que tienen de las relaciones de género en las políticas públicas y en la toma de decisiones de las personas respecto a su sexualidad.

Por último, se presentan conclusiones y recomendaciones dirigidas hacia la sociedad civil y las instituciones públicas, las cuales resaltan la importancia de la salud sexual en el país, su condición actual, la importancia de una continua revisión, así como panoramas para comprenderla desde un enfoque de género.

Metodología

Esta investigación se basa en identificar la influencia de las estructuras de género en las fuentes más importantes de información sobre salud sexual y reproductiva en Costa Rica, también se analizan los datos de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual.

Primeramente, se realiza una revisión literaria, basada en las propuestas de Millet y Firestone, para fundamentar el estudio de las teorías de género. Esta revisión incluye sus planteamientos para entender las estructuras desiguales que condicionan la información de salud sexual y reproductiva. También se elabora una revisión documental sobre la salud sexual y reproductiva en el país desde las políticas públicas, para conocer la realidad costarricense y adentrarse en el tema específico seleccionado. Desde esta perspectiva teórica, esta investigación analiza las

fuentes de información más importantes sobre salud sexual, para así reconocer su impacto y controles sobre las personas, donde las instituciones educativas, las familias, los medios de comunicación y las instituciones de salud proyectan distintas formas de comunicarse, lo cual impacta la perspectiva sobre la sexualidad y la toma de decisiones.

Cabe señalar que las fuentes de información, desde una mirada sociológica, tienen una alta importancia para reconocer la formación de conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados a la sexualidad. Principalmente, porque existen instituciones sociales específicas para promover este conocimiento, tales como: centros de salud, educativos, medios de comunicación, familia, entre otras, las cuales son instancias en las que las personas adquieren conocimientos básicos para informarse sobre su salud sexual. Estas fuentes de información están atravesadas por estructuras de género, las cuales influyen en cómo se accede a la información y cómo se comprende e interpreta esta, lo cual se analiza en los datos de las encuestas y se observan diferencias entre la información recibida.

Para recopilar esta información, se utilizaron las bases de datos de las Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva de los periodos mencionados, para luego seleccionar las preguntas que se refieran en forma directa a la fuente más importante de información sobre salud sexual. Estas preguntas se comprenden a partir de variables como: sexo, rango de edades, zona y estado civil. Este análisis se realiza por medio de la herramienta estadística SPSS para obtener los datos y el programa Excel para realizar gráficos de las encuestas. Esto con la finalidad de caracterizar demográficamente la población que recibe información sobre salud sexual.

Además, cabe recalcar que las encuestas de Salud Sexual y la de Juventudes no son comparables entre sí. Primero, los tamaños de la muestra son significativamente distintos; pues usan una cantidad y poblaciones distintas en cada encuesta. También en cada encuesta hay diferencias en la forma de definir lo que se entiende por métodos anticonceptivos y sexualidad; por lo tanto, cambia la formulación de las preguntas, y, como consecuencia, se alteran las respuestas de las personas.

Una vez recopilados los datos de cada encuesta, se realiza un análisis descriptivo, primero de cada una de las fuentes de información identificadas, así como una exploración de la distribución de variables por sexo; para luego realizar un análisis comparativo temporal entre los datos generales obtenidos para medir el impacto de las estructuras de género en las fuentes de información.

Por último, se realizan conclusiones y recomendaciones sobre los principales hallazgos encontrados en el estudio; además de sus implicaciones teóricas y prácticas. Se plantean recomendaciones para políticas públicas que promuevan la equidad de género en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva. Además, incentivar futuras investigaciones basadas en las limitaciones y los hallazgos de este estudio. Sin dejar de lado las consideraciones éticas que garanticen el cumplimiento y la privacidad en el manejo y análisis de los datos.

Análisis de resultados

¿Cómo se define “sexualidad” en la ENSSR?; pues hacen referencia a las fuentes prácticas, preferenciales y niveles de satisfacción.

En las ENSSR la sexualidad se entiende como un proceso dinámico condicionado por determinaciones histórico-sociales. Dentro de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010) se menciona que: “(...) lleva implícito el derecho de hombres y mujeres a información y acceso a métodos de elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles (...)” (p.8).

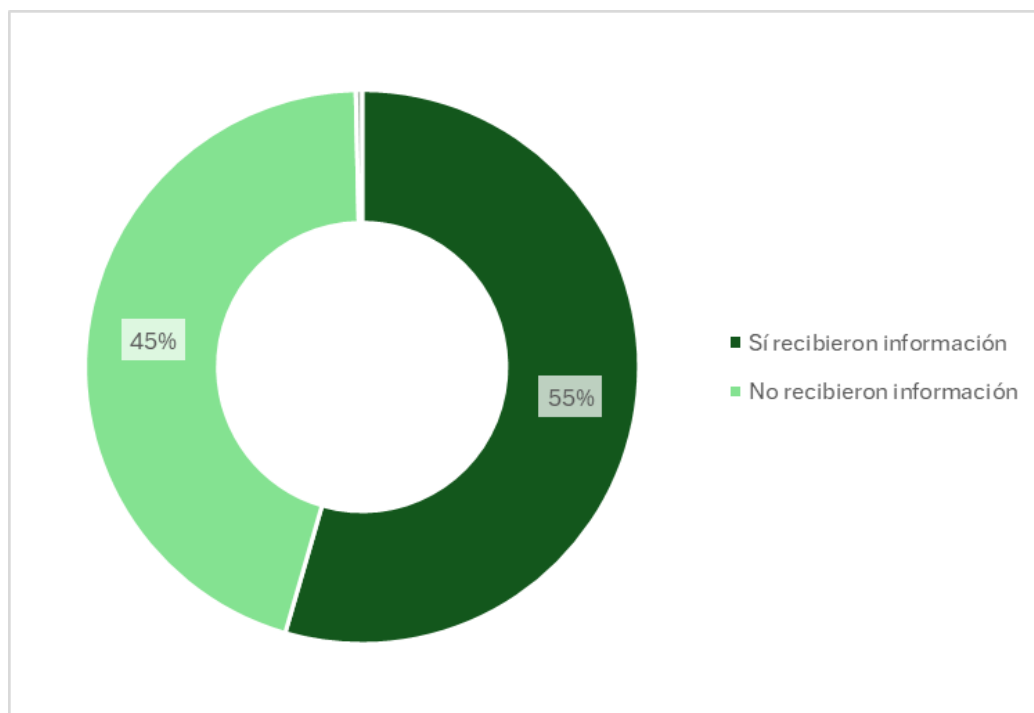
Lo anterior busca trascender el enfoque tradicional de la sexualidad como mera reproducción, y se añaden variables que no solo consideren la fecundidad, sino la sexualidad como un elemento que se encuentra en todos los momentos de la vida. Así entonces la sexualidad como totalidad, en estas encuestas se aborda desde distintos puntos de vista, tales como: accesos, conocimientos, prácticas, entre otras. Por lo tanto, al ser un tema tan amplio, para conocer en forma detallada en las fuentes de información, se centra específicamente en los métodos anticonceptivos.

Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010

Esta es la primera encuesta en el país que abordó el ejercicio de la sexualidad y la reproducción como tema central, este tema se amplía hacia fenómenos demográficos, innovando respecto a otros estudios al incluir población masculina y adulta mayor; pues anteriormente se realizaban encuestas de fecundidad dirigidas solo a mujeres en edad reproductiva.

A continuación, se exponen los datos sobre las fuentes más importantes de información sobre anticonceptivos en la ENSSR 2010

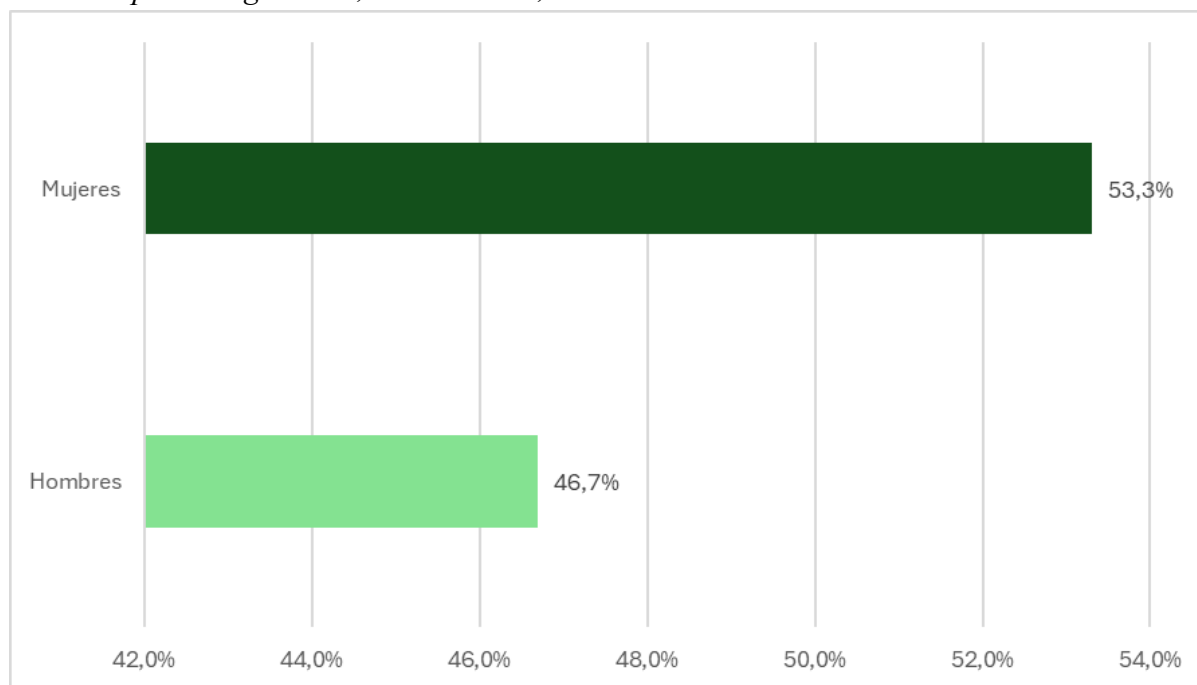
Gráfico 1. *Personas que recibieron información sobre la forma correcta de utilizar los métodos anticonceptivos, ENSSR 2010, Costa Rica.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

La diferencia entre las personas que han recibido información sobre “la forma correcta” y las que no, es apenas de 5 %. Ahora bien, para este estudio resulta indispensable destacar que en el rango de las personas que sí han recibido información, cuántas son hombres y cuántas mujeres.

Gráfico 2. *Personas que recibieron información sobre la forma correcta de utilizar los métodos anticonceptivos según sexo, ENSSR 2010, Costa Rica.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

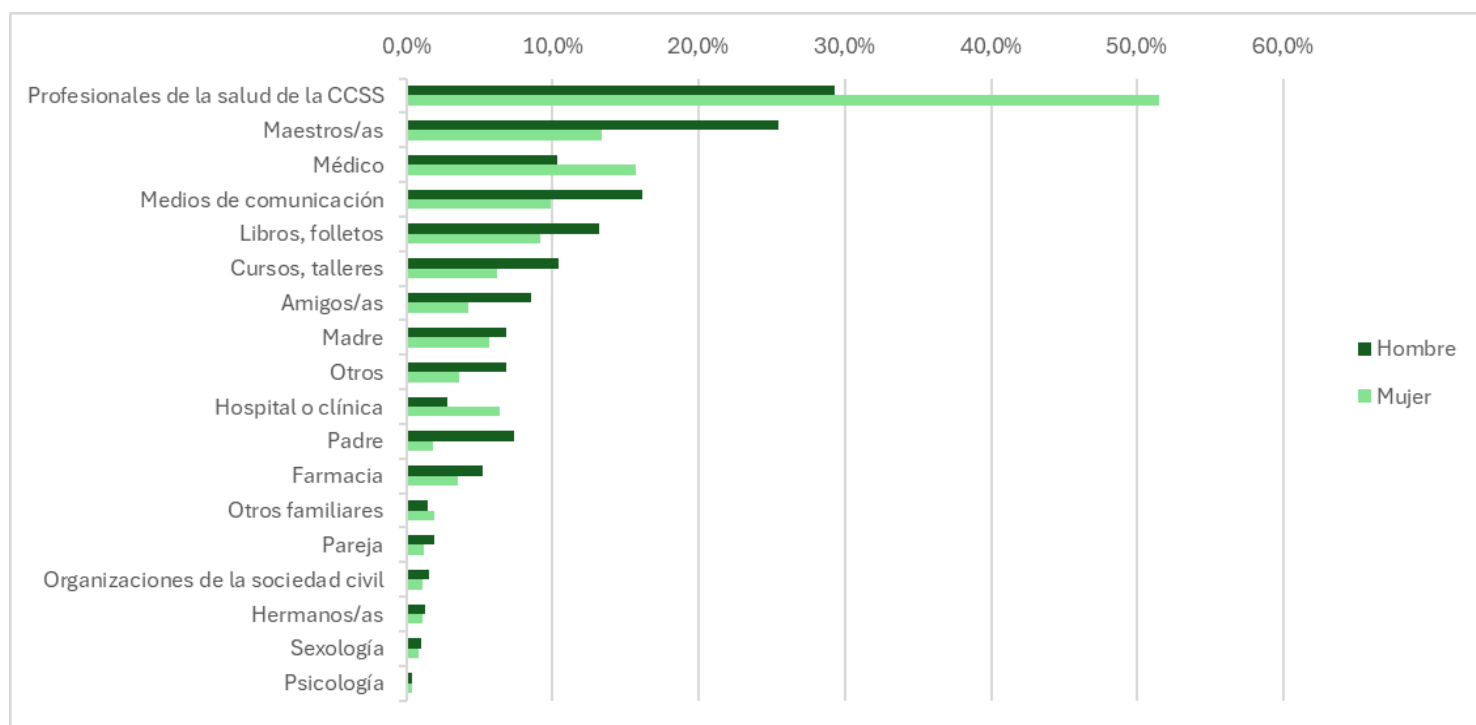
En el gráfico N°2 se refleja claramente que las mujeres son quienes más recibieron información en la ENSSR 2010. Para caracterizar de forma más amplia esta población, destaca que las personas que confirmaron recibir información sobre métodos anticonceptivos se concentran en la zona urbana con un 62,2 %.

La principal población participante se encontraba soltera (40,4 %), seguida por personas casadas (33,8 %). El grueso de la población se oscila entre las edades de 15 a 29 años, luego de 30 a 49 y con una participación muy baja de personas entre 50 a 80 años.

Respecto al nivel educativo predomina el nivel de secundaria completa con un 40,7 %, luego universidad con un 28,4 % y solo primaria con un 22,4 %; y un 31,3 % se encuentra estudiando actualmente.

Resulta importante destacar que la encuesta decide plantear este tipo de pregunta sin definir lo que se entiende por “correcto”, pero es una base para reconocer si las personas reciben información o no. Así, entonces, una vez que preguntan si han recibido información, proceden a evidenciar la fuente “correcta” más importante.

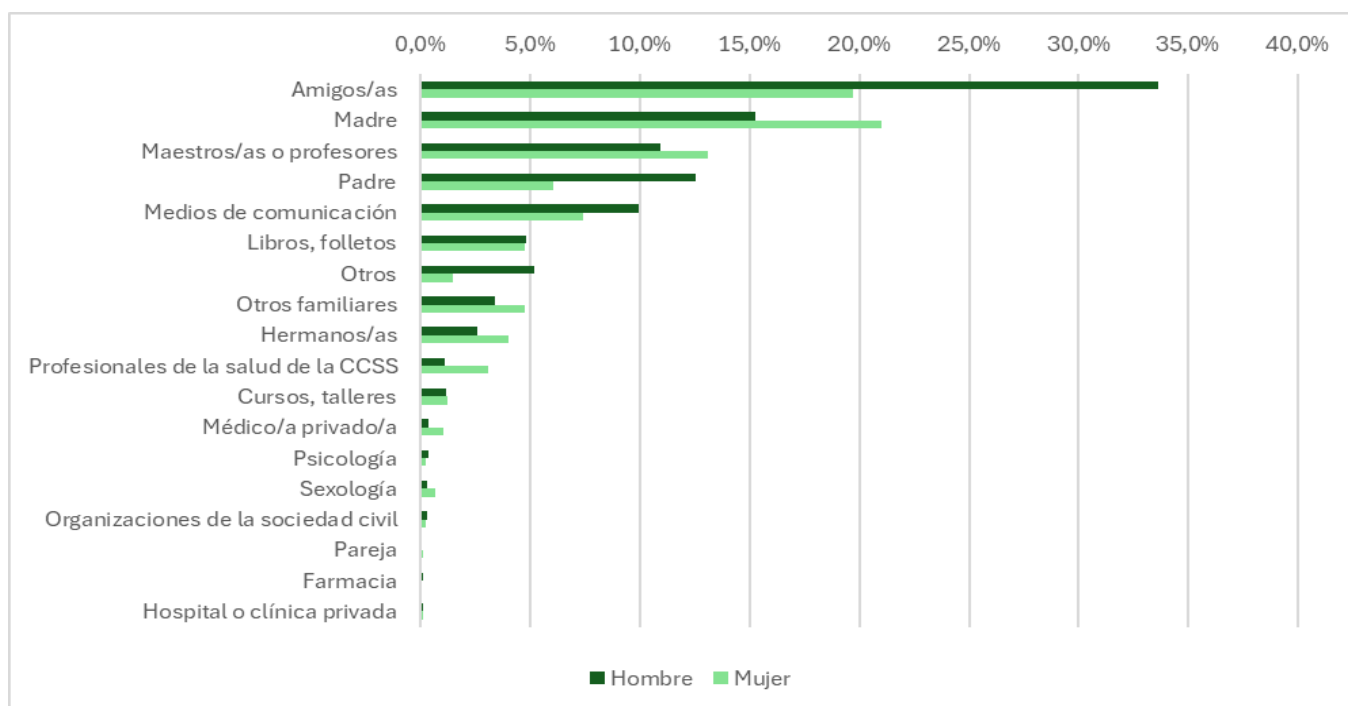
Gráfico 3. Medio por el cual recibieron información sobre la forma correcta de utilizar los métodos anticonceptivos, según sexo, ENSSR 2010, Costa Rica.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

Este gráfico muestra que la fuente “correcta” está situada hacia roles institucionales, como profesionales de salud, maestros(as) y médicos. Pero —en menor medida— se refleja los medios de comunicación y libros y folletos, se toman en cuenta como fuentes correctas, se deja de lado a la familia y amistades quedan relegadas. Una vez que se conocen las fuentes “correctas” sobre métodos anticonceptivos, la encuesta permite identificar la fuente “práctica” sobre temas sexuales.

Gráfico 4. En la práctica, las personas o medios más importantes para aprender sobre temas sexuales, según sexo, ENSSR 2010, Costa Rica.



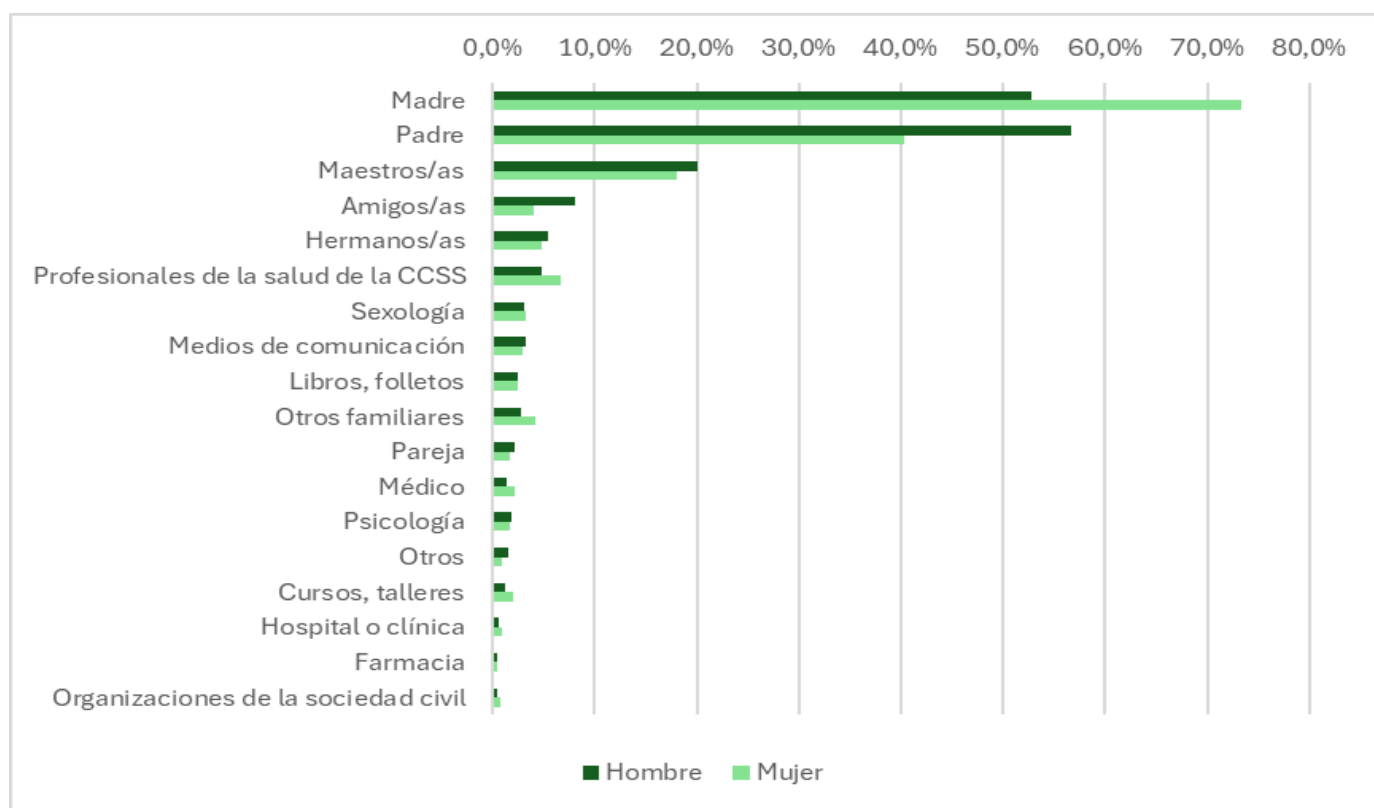
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

Para comprender esta pregunta y su respectivo gráfico, se señala que la mayoría de las personas indicó de forma negativa que, en la práctica, no ven a ninguna de estas personas o medios como fuente de información. Pero el gráfico considera únicamente a las personas de las que sí confirmaron haber recibido información.

De acuerdo con estos resultados, se evidencia un claro reconocimiento a las instituciones como elementos correctos para informarse, pero de manera práctica quienes cumplen este rol son principalmente familiares y amistades. Este gráfico arroja datos relevantes para comprender cómo la información sobre sexualidad está dirigida hacia mujeres, las cuales reconocen la importancia de las instituciones para obtener información, pero en realidad la reciben en sus vínculos privados más cercanos. Para el análisis teórico se evidencia la importancia de las instituciones sociales, políticas y culturales como elementos centrales para sostener y perpetuar las estructuras de género. Estructura basada en que la mujer sea la principal responsable de recibir y brindar información sobre sexualidad.

Una vez conocida la fuente “correcta” y la fuente “práctica”, esta encuesta permite conocer también la fuente “preferida” para recibir información sobre sexualidad.

Gráfico 5. *Personas o medios de información preferidos para aprender sobre temas sexuales, según sexo, ENSSR 2010, Costa Rica.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

Dentro de las personas o medios de información preferidos para aprender sobre temas sexuales, las mujeres se refieren a la madre, y, en menor medida al padre como fuente de información. En su mayoría, los hombres eligen a los padres, pero también tienen a la madre como fuente de información importante.

Tanto hombres como mujeres no ven a los hermanos ni a la pareja como fuente de información. Tampoco se considera a maestros(as) ni amigos ni profesionales de salud como fuentes preferidas para aprender sobre temas sexuales, a pesar de haber visto a estos últimos como una fuente correcta para informarse, se deja de lado la preferencia hacia instituciones o personal de salud que puede ofrecer información con base científica. Es muy relevante el hecho de que las personas prefieren inclinarse por los progenitores y la tercera opción se encuentre en los centros educativos, más adelante se verá reflejado que hay una alta insatisfacción hacia estos últimos.

Firestone (1973) contribuye al análisis de la institucionalidad de la sexualidad al reconocer que esta se compone de elementos como la biología y la familia tradicional, los cuales son la base para la opresión hacia las mujeres. En el marco de dicha institucionalidad se configura una relación estrecha entre las figuras parentales y el aprendizaje sobre temas sexuales. La familia resulta el campo preferido, en contraste con lo se considera correcto —las instituciones gubernamentales— y lo práctico, ámbitos en los que predominan la figura materna y las

instituciones, dejando de lado a la figura paterna, que únicamente se menciona como fuente preferida de información.

Así entonces, las instituciones políticas y la familia tradicional, influenciadas por un modelo biológico siguen direccionando la salud sexual, sobre todo como una responsabilidad hacia las mujeres. Y esto se evidencia en la ENSSR 2010 —a pesar de que a la mujer se la involucra más con la salud sexual—, esta sigue considerando que las instituciones de salud y las educativas constituyen la mejor fuente para informarse.

A pesar de que en su mayoría las políticas sexuales estén dirigidas y diseñadas para controlar la sexualidad de las mujeres, cabe destacar que estas evidencian que la sexualidad es una construcción social que empieza desde muy temprana edad; por lo tanto, informarse es un derecho humano fundamental, y, con este se busca promover información desde centros educativos como fuente institucional con más alcance en la población joven.

Gráfico 6. *Imagen comparativa entre las principales cinco fuentes de información de las consideradas correctas, prácticas y preferidas*



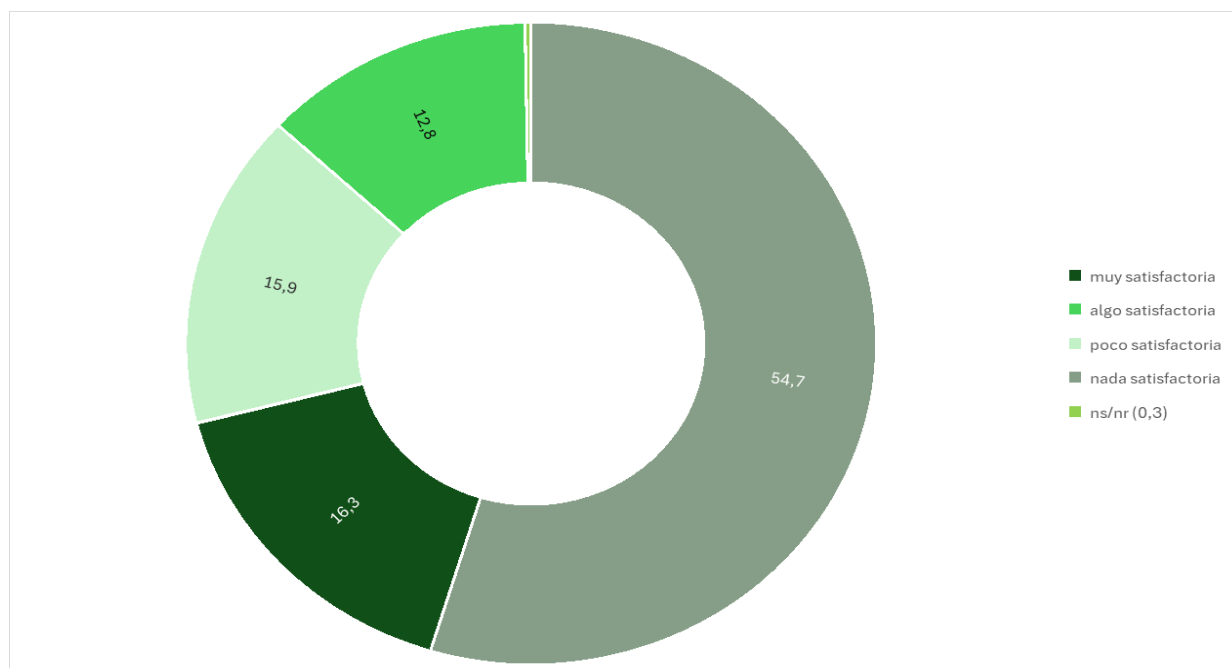
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

Si se comparan tanto las fuentes preferidas con la fuente práctica, cabe señalar que la madre y el padre tuvieron una mayor identificación como fuentes deseadas, sobre todo para la población adolescente, se resalta que esta población requiere que estos se conviertan en fuentes de información.

Desde el punto de vista comparativo se destaca el hecho de que la fuente correcta y la práctica muestran disparidad de opiniones. A pesar de que la fuente correcta solo se delimite a métodos anticonceptivos y la fuente práctica sea sobre sexualidad en general, ambas están estrechamente vinculadas y estos cuadros reflejan que lo que consideran correcto, dista mucho de lo que las personas viven en su día a día.

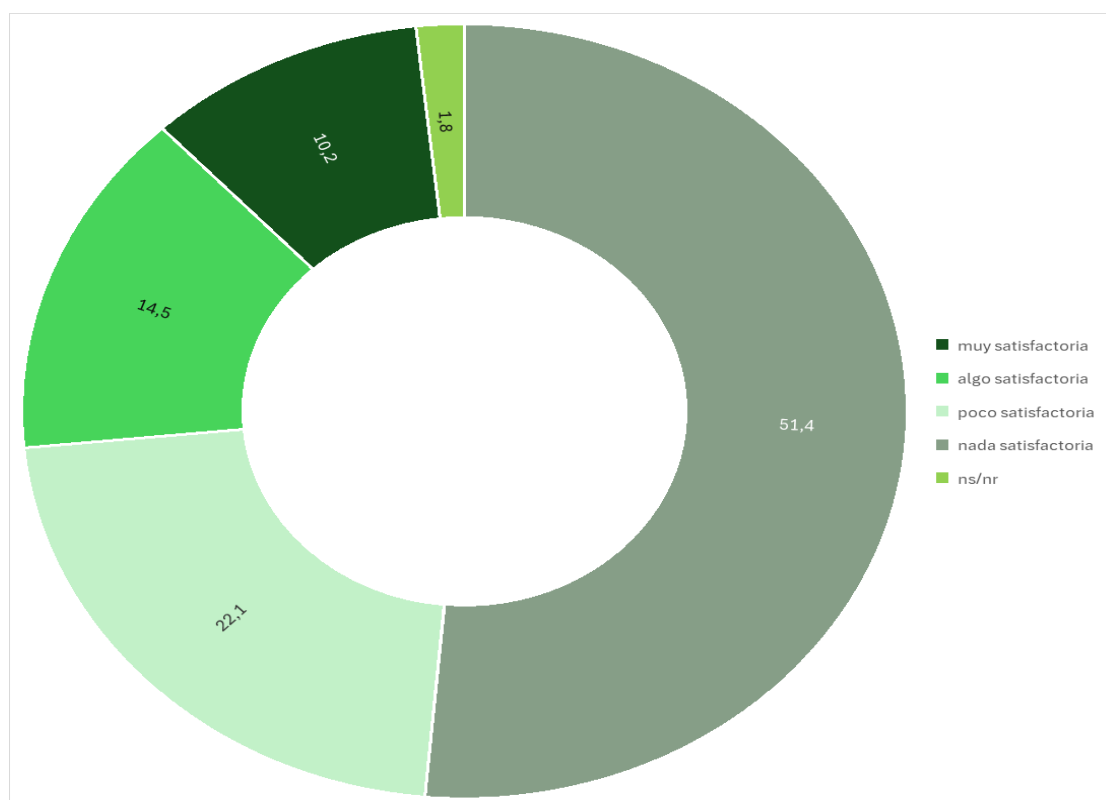
Ahora bien, esta encuesta permite también conocer los niveles de satisfacción respecto a temas sexuales hacia padres y educadores.

Gráfico 7. Nivel porcentual de satisfacción respecto a comunicación con familiares sobre temas de sexuales ENSSR 2010, Costa Rica.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

Gráfico 8. Nivel de satisfacción porcentual respecto a comunicación con educadores/as sobre temas de sexuales, ENSSR 2010, Costa Rica.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010.

En conjunto, estos gráficos evidencian un marcado descontento respecto a la información sobre temas sexuales, en un contexto donde personal educativo y los familiares juegan un rol indispensable en la formación de las personas. En relación con los gráficos anteriores, se observa que la familia encargada y el personal educativo son, en la práctica, agentes relevantes para recibir información. Asimismo, el nivel de satisfacción no varió según el sexo de las personas entrevistadas, ya que el grueso de la población se mostró completamente insatisfecha.

A pesar de que los centros educativos y las familias son las fuentes más importantes, las personas se encuentran muy insatisfechas con la información que reciben; por lo tanto, queda en evidencia cómo la información proporcionada no se vincula a la realidad cultural y social de las personas jóvenes. En ese sentido, Firestone (1972) sugiere que las políticas deben transformarse de manera radical, deben pensarse desde lugares diferentes para obtener distintos resultados, así se logra que las políticas sean un aspecto liberador y no represor en la sexualidad de las personas.

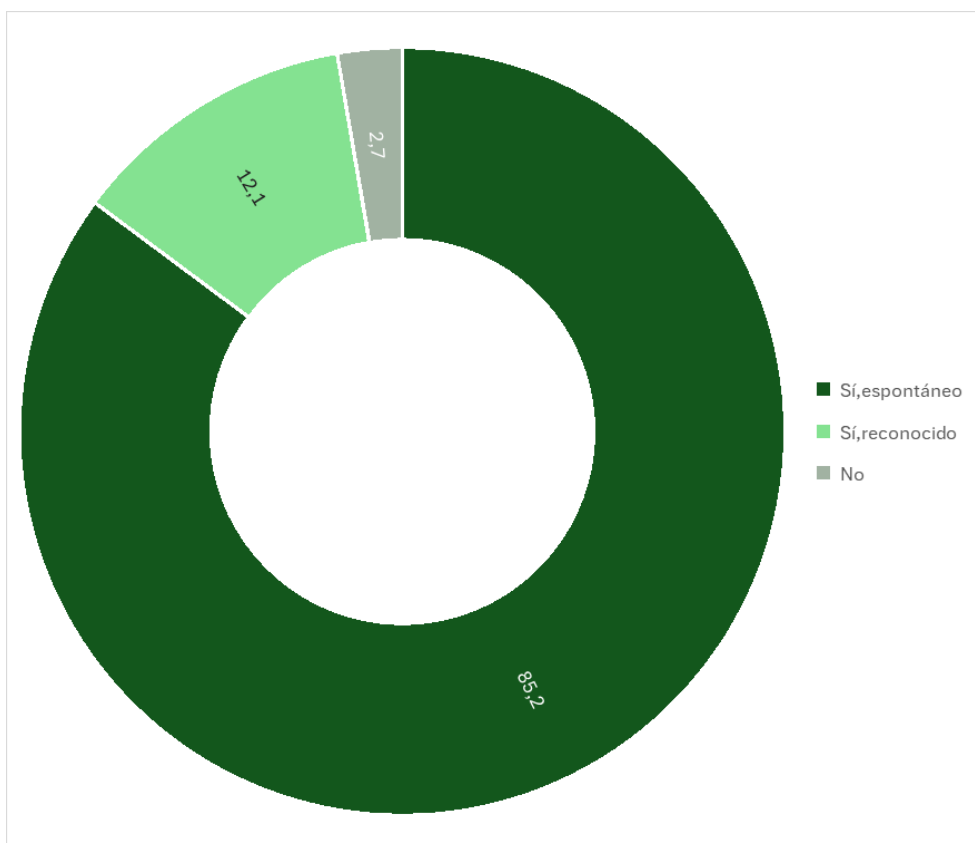
Para culminar con esta primera encuesta, se demuestra que además de las disparidades sobre fuentes de información donde imperan las de salud, familiares y educativas, existe un alto nivel de insatisfacción, tanto hacia padres de familia como hacia educadores, lo cual es relevante para conocer la ausencia de fuentes que puedan ofrecer información de calidad y permita mayor satisfacción entre las personas. Millet (1970) se refiere a que la cultura educativa y la estructura familiar está “concebida para desarrollar en la mujer una marcada tendencia a someterse al varón y a sentir a través de él, y para infundir una moral basada en el sacrificio (...)”. (p. 185)

Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2015

La Encuestas de Salud Sexual y Reproductiva 2015 fue la segunda a nivel nacional, dedicada exclusivamente a la salud sexual y reproductiva de Costa Rica y representa el interés del Estado y el Ministerio de Salud por reconocer la sexualidad como un derecho, basado en el bienestar y la seguridad.

Se planteó pensada para dirigir programas y acciones que garanticen el ejercicio de la sexualidad. En ese sentido, se definió que estas encuestas sean la base para diseñar acciones y proyectos hacia la atención de la salud sexual, dirigida hacia la información, el placer, la seguridad y correspondencia entre parejas.

Gráfico 7. Respuestas de *personas que han oído hablar de pastillas o píldoras anticonceptivas*, ENSSR 2015.

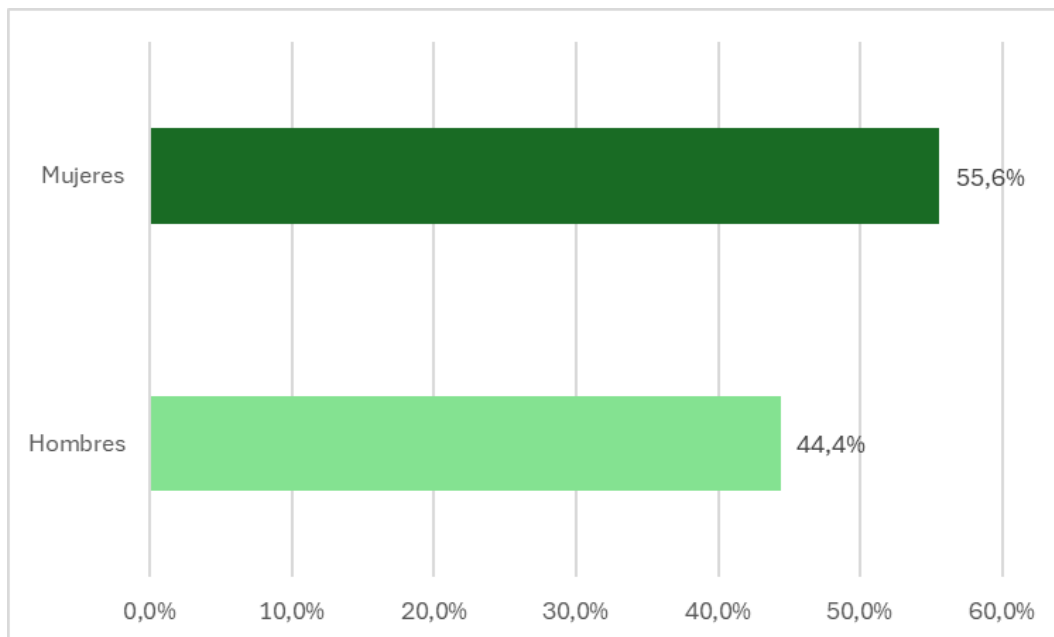


Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2015.

Esta encuesta reconoce a una población que sí ha recibido algún tipo de información sobre pastillas o píldoras anticonceptivas, muy distinto a la encuesta anterior que preguntaba por métodos anticonceptivos en general. Específicamente sobre esta, se destaca una alta inclinación hacia haber recibido información. Cabe señalar que la pregunta se refería a si las personas habían recibido información de manera espontánea o si apenas lo reconocieron. Ante esto, las personas que no recibieron información forman un total de 2,7 %.

Ahora, se caracteriza esta población que si recibió información según su sexo.

Gráfico 8. Respuestas de *personas que han oído hablar de pastillas o píldoras anticonceptivas, según sexo*, ENSSR 2015.



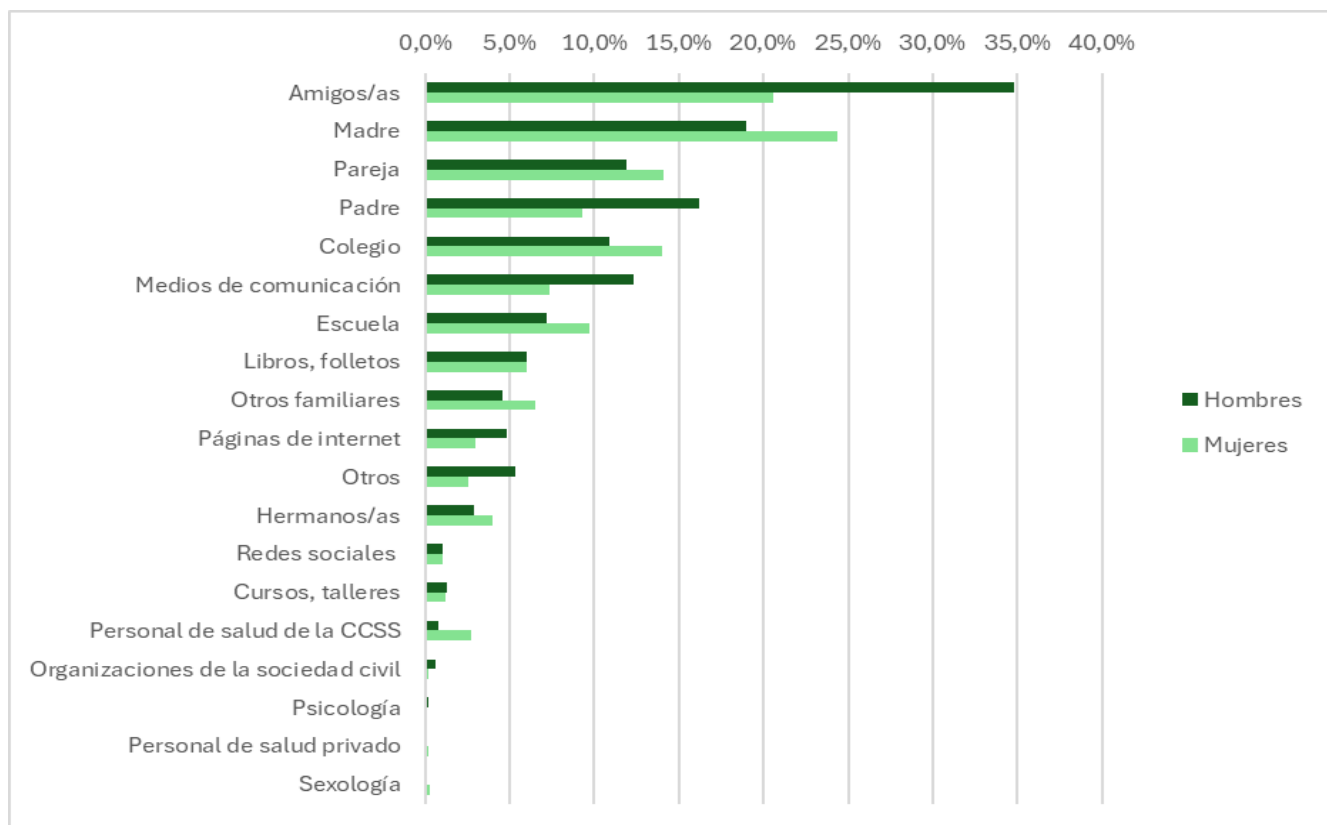
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2015.

Se vuelve a evidenciar cómo las mujeres son las que más reciben información sobre métodos anticonceptivos, la mayoría de las personas oscila entre 15 a 34 años (49.1 %), seguida por personas de 35 a 49 con un 28,4 %. Sin dejar de lado la tendencia nacional de una mayor concentración en la zona urbana de personas participantes, y, en su mayoría, estas personas cuentan con un nivel educativo de secundaria completa (39,2 %), seguidos por primaria completa (31 %) y formación universitaria (20,5 %).

Para continuar caracterizando esta población, al igual que la anterior, el grueso de las personas que han recibido información se encuentra solteras y casadas. Esto permite ejemplificar la importancia de la salud sexual desde edades tempranas. Además de estas campañas de salud, las encuestas permitieron comprender la situación de la salud sexual presente en el país, por lo tanto, a continuación, se presentan las fuentes de información práctica que se registraron en el 2025.

Contrario a la versión anterior, en el 2010, esta encuesta omite la pregunta por la forma correcta de recibir información, pero sí repite las preguntas sobre sexualidad respecto a su práctica, satisfacción y preferencia, lo cual se analiza seguidamente.

Gráfico 9. En la práctica, las personas o medios más importantes para aprender sobre temas sexuales, ENSSR 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2015.

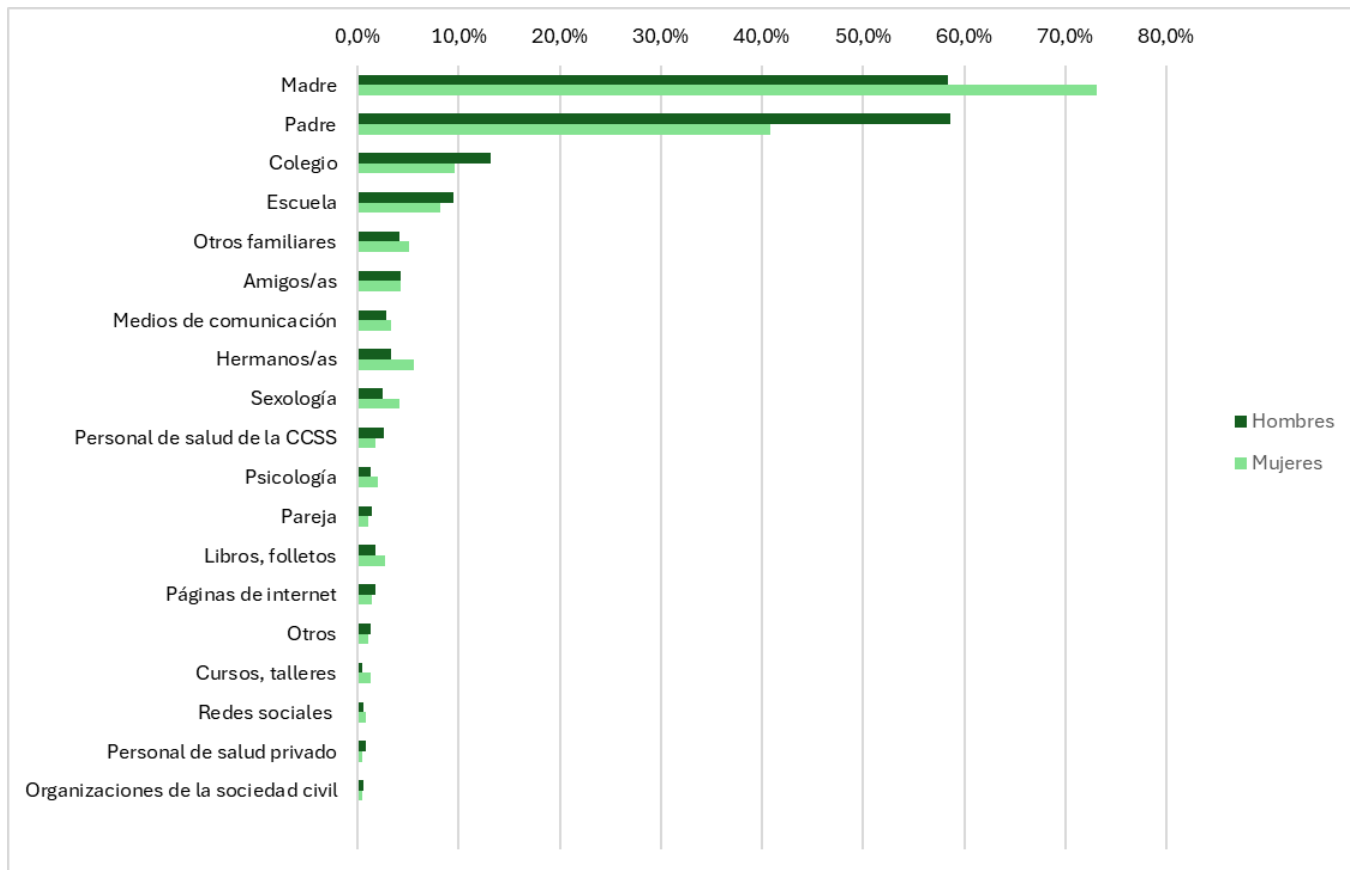
En el gráfico N°9 se refleja que, en la práctica, para los hombres, las amistades son la fuente más importante para aprender sobre sexualidad, seguida por la madre y el padre. Para las mujeres, impera la madre seguida por amistades y la pareja. Cabe señalar también el poco aporte que tienen el personal de salud y centros educativos.

Ahora, a partir de rangos de edad, para hombres y mujeres menores de 25 años la principal fuente de información es la madre, el padre, las y los maestros, profesores y amigos. Cuando se comparan las personas de 15 a 19 con las de 20 a 24 años, entre los más jóvenes, se observa un aumento de los profesores y maestros y una disminución de los amigos. En el caso de hombres y mujeres, se observa una disminución importante de la pareja como medio de información sobre temas sexuales.

En este gráfico se evidencian las fuentes prácticas, pero, su importancia cambia respecto a la edad; en especial para los hombres los amigos son más importantes entre los de mayor edad. Entre las mujeres de mayor edad la pareja es una fuente importante y aumenta la importancia del personal de la CCSS.

Con base en la fuente práctica de 2015, se considera a quienes la hubieran preferido como fuente de información sobre temas sexuales.

Gráfico 10. *Personas o medios de información preferidos para aprender sobre temas sexuales, ENSSR, 2015.*



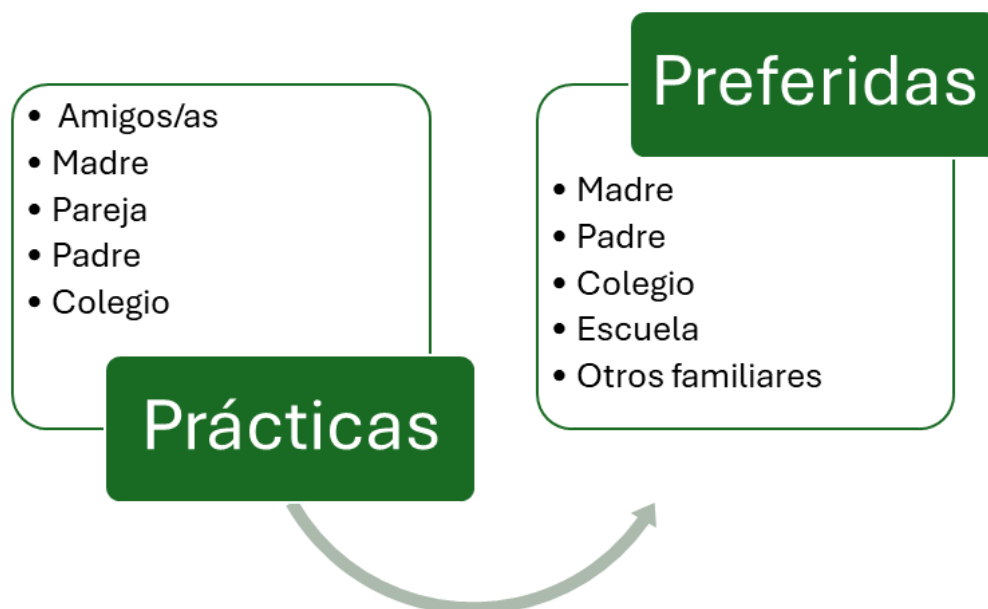
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2015.

La diferencia entre la primera y la última fuente consultada es abismal, madres y padres predominan como la fuente preferida, y, se observa que se repite el patrón de la encuesta anterior, en la cual los hombres prefieren principalmente al padre y las mujeres a la madre; luego de estas personas, la siguiente fuente destacable recae en centros educativos. Las familias y centros educativos son agentes socializadores por excelencia, Millet (1970) destaca que:

Aunque se considera la tendencia sexual de los seres humanos un impulso, es preciso señalar que esa importantísima faceta de nuestras vidas que llamamos “conducta sexual” es el fruto de un aprendizaje que comienza con la temprana socialización del individuo y queda reforzado por las experiencias del adulto. (p. 82)

Entonces, esta socialización de recibir información sobre sexualidad se ve influenciada tanto por centros educativos como por la familia o amistades, esta última refleja que las personas se sienten más cómodas discutiendo estos temas en entornos privados y cercanos, en los cuales históricamente las mujeres han recibido más información, pero también mayor represión para expresar su sexualidad.

Gráfico 11. Comparación entre las principales cinco fuentes de información de las fuentes consideradas correctas, prácticas y preferidas



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2015.

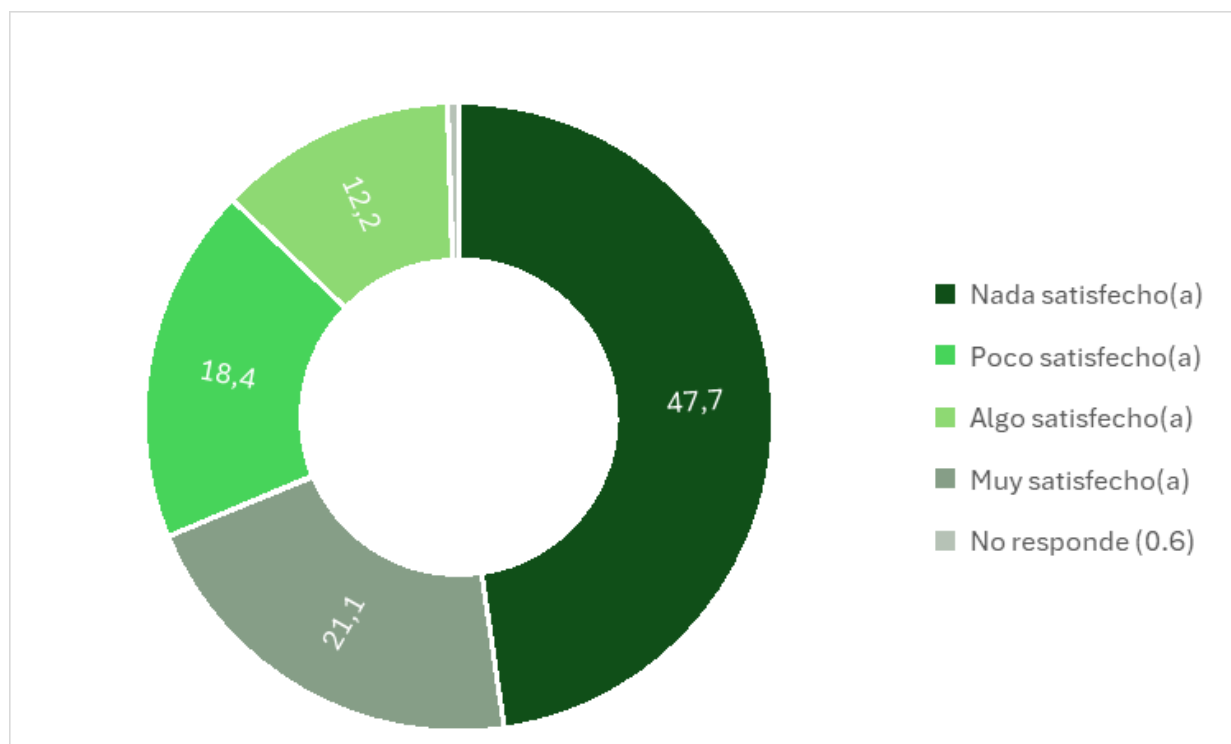
Esta imagen comparativa refleja cómo los roles familiares cumplen un papel trascendental en la fuente de información sobre salud sexual y reproductiva. Sin dejar de lado a las instituciones educativas, donde las personas complementan su información y colocan a estas instituciones y las familias como los ejes centrales para informarse.

Las encuestas estudiadas han permitido observar cómo las mujeres se visualizan como las principales responsables de la salud reproductiva y sexual, no solo la propia sino también de sus familias; asociadas a categorías tales como: maternidad, anticonceptivos, cuidados, atención, que fueron establecidas por las encuestas como las definiciones de sexualidad.

La falta de información dirigida específicamente hacia hombres sobre su sexualidad puede reflejar estigmas y tabúes en torno a la sexualidad masculina, lo cual dificulta la búsqueda de información y servicios. Este sería el punto de inflexión, donde se necesita incorporar a los hombres para que formen parte —no solo de su sexualidad sino también la de sus familiares—, para que no sea la mujer la única responsable: “Estas relaciones parten de criterios propios de la racionalidad masculina hegemónica, la cual se atribuye ciertos derechos y privilegios, mientras que en las mujeres interioriza los roles de reproducción biológica y social”. (Fuentes, 2014, p.99)

Por último, en la encuesta de 2015, se evidencian los niveles de satisfacción respecto a personas que los(as) criaron y maestros(as).

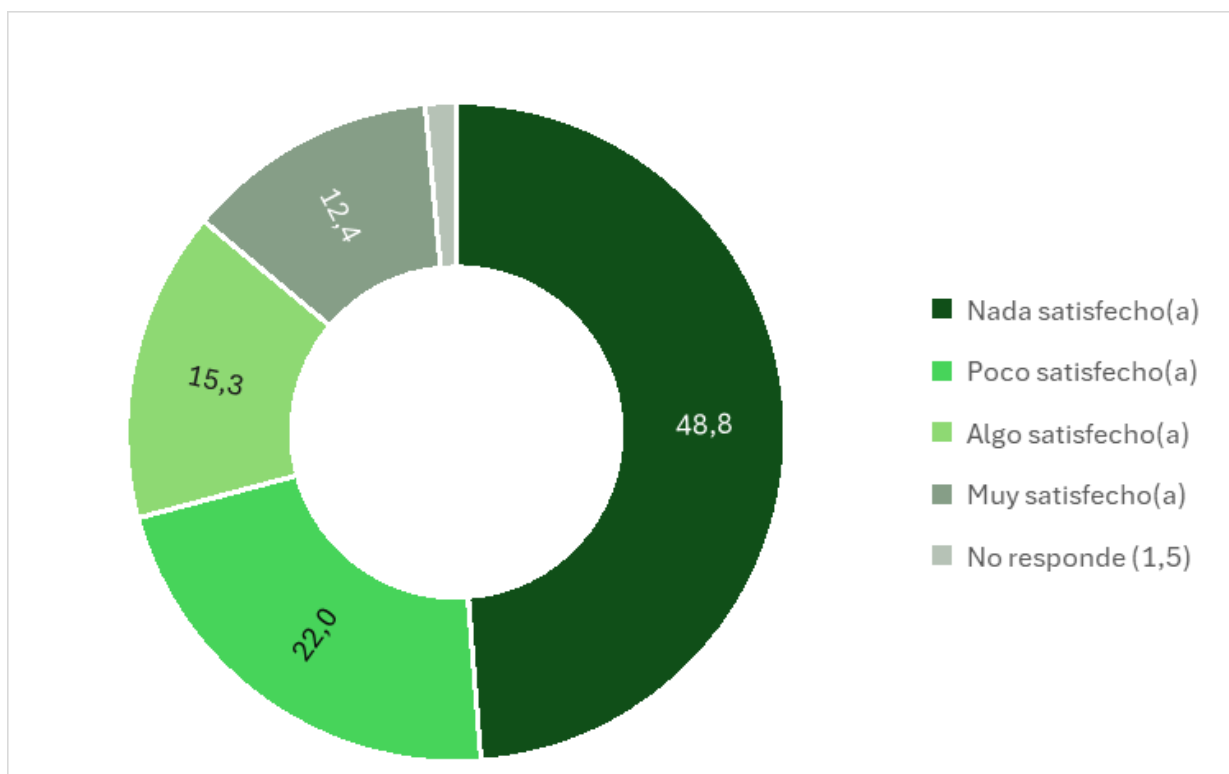
Gráfico 12. Nivel de satisfacción en la comunicación con familiares sobre temas sexuales, ENSSR, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2015.

Cuando se analiza el *donut chart* según grupos de edad, el grupo de 15 a 34 años opina de manera muy similar por nada satisfecho y muy satisfecho; las personas de 35 a 49 se inclinan entre nada satisfecho, poco y muy satisfechos. Pero las personas de 50 años y más son las que en una gran mayoría se encuentran nada satisfechos con la comunicación recibida en temas sexuales con progenitores y personas que los criaron.

Gráfico 13. Nivel de satisfacción en la comunicación con educadores y educadoras sobre temas sexuales, ENSSR, 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2015.

Según los grupos de edad, respecto a la comunicación con profesores(as) la población más insatisfecha es la de 50 años y más, pero en general todos los grupos se inclinaron por esta opción, en el caso de las personas de 35 a 49 también se inclinaron por estar poco y algo satisfechos, y la población de 15 a 34 años repartieron su opinión y fueron quienes más aportaron al muy satisfecho, pero en su mayoría, igual, se inclinaron por nada satisfechos.

En las ENSSR se reconoce una alta insatisfacción, lo cual evidencia que las políticas sobre sexualidad se orientan a promover la salud pública en diversas poblaciones, es necesario cuestionar sus bases para ampliar progresivamente la inclusión de aquellos grupos que no encuentran una participación significativa en ellas.

Esto se debe a que la postura para promover información sobre salud sexual sigue basándose en un modelo patriarcal y machista, dentro del cual las mujeres están más vinculadas al cuidado de su sexualidad y las responsabilidades maternas que los hombres, así como los anticonceptivos representan una carga hacia la responsabilidad sexual no liberadora, sino una condición adicional para atender y suplir sus necesidades

Desde esa perspectiva, los conceptos, las percepciones y las prácticas de sexualidad y fecundidad deben visualizarse como procesos dinámicos que se construyen a lo largo del tiempo. Por eso, la política pública debe reconocer y comprender esos cambios, con el fin de adecuar las estrategias e intervenciones a las necesidades de las poblaciones, de manera que estén basadas en el conocimiento de la realidad. (ENSSR 2010 p.08)

Las ENSSR ofrecen detalles sobre las fuentes de información, no solo brindando más opciones para que las personas identifiquen a los informantes, sino también reconocen fuentes correctas, prácticas, preferidas y niveles de satisfacción.

Como se mencionó, las fuentes consideradas correctas fueron las instituciones de salud, los centros educativos y los medios de comunicación: “Desde este panorama si bien el Estado es una institución que tiene una configuración política y una complejidad histórica muy particular relación con Centroamérica, también asume un papel específico en la regulación del cuerpo de las mujeres”. (Fuentes, 2014 pp.100-101)

Pero en la práctica y las fuentes preferidas, en su mayoría fueron la madre, amistades y, en menor medida, el padre. Esto evidencia que la fuente considerada correcta no proyecta la confianza para tomarla como fuente de información oficial, y, a pesar de que se reciba información de estas instituciones, las personas siguen acudiendo a sus círculos privados para recibir información.

Este fenómeno social es posible comprenderlo a partir de las estructuras de género. Las perspectivas teóricas de Millet y Firestone, proporcionan herramientas para comprender cómo las instituciones sociales, políticas y culturales son instancias centrales para sostener y perpetuar las estructuras de género presentes en las fuentes más importantes de información. La familia, las instituciones de salud y los centros educativos fueron las más relevantes en el periodo estudiado.

Estas estructuras de género se refieren a que las instituciones se hallan estructuradas para mantener la dominación masculina a través de controles gubernamentales e instituciones educativas, para intervenir en la información sobre la salud sexual, por lo tanto, dichas estructuras influyen la calidad y el tipo de información que reciben las personas sobre su salud sexual, esto afecta la disposición de buscar y utilizar esta información. Evidentemente, se le otorga un rol trascendental a la familia tradicional como elemento promotor de las diferencias en la sexualidad de las personas; por este motivo, se requiere cambiar las políticas públicas, para promocionar una información de salud sexual más equitativa y con controles.

Esto permite comprender que la familia tiene un rol trascendental en la información sobre salud sexual, pero son las instituciones las encargadas de promover y proyectar la información que se ofrece. Cabe distinguir de que —a pesar de que haya controles jurídicos que regulan lo que se difunde sobre sexualidad—, esta institucionalidad también representa que las mujeres puedan participar e involucrarse socialmente en sus intereses y preferencias alrededor del tema.

(...) lo jurídico no agota lo político y que la igualdad legal no implica necesariamente igualdad en la práctica de las relaciones personales. Entonces, sostengo a manera de hipótesis que el valor del feminismo radical se encuentra precisamente en la reconceptualización de lo político, rechazando su acepción “tradicional” que lo relacionaba con el ámbito público y con el Estado. (Madero, 2021 p.18)

A pesar de que las mujeres reciban más información, no representa libertad ni autonomía en la toma de decisiones. Por ello, se aboga para fomentar no solo información, sino también libertad de pensamiento y capacidad analítica, con el fin de que así cada persona pueda desarrollar criterios y direccionar su sexualidad.

Conclusiones y recomendaciones

Dentro de este documento se presentaron las fuentes más importantes de información sobre sexualidad en 2010 y 2015. Cabe empezar por destacar que para el 2010, casi la mitad de la población participante, mencionó no haber recibido información correcta sobre métodos anticonceptivos, las mujeres fueron quienes más participaron y también dejaron en claro una alta necesidad por ofrecer mayor información sobre este tema.

Ante esto y a modo de resumen, en el 2010 las personas consideraron que la forma correcta de recibir información fue a través de instituciones de salud e instituciones educativas. Como fuente de información práctica indicaron que reciben información, principalmente, de amistades, madres y educadores, y, por último, mencionaron que la fuente de información preferida serían las madres, los padres y educadores.

Esto permite ejemplificar que las mujeres son las que reconocen principalmente la importancia de las instituciones para obtener información correcta, pero en la práctica o de preferencia, la información la encuentran en sus vínculos privados cercanos. Cabe hacer la acotación de que entre más aumentaba la edad, se reducía la influencia de familiares y aumentaba la información de parejas o amistades.

Además, no se puede dejar de lado el hecho de que, según los niveles de satisfacción, tanto la familia como el personal educativo no ofrece información que convenza y cubra las necesidades de las personas participantes. Esto genera una contradicción; pues hay un alto nivel de insatisfacción con la información sobre sexualidad que ofrece el personal educativo y la familia, pero estos siguen siendo las fuentes más importantes.

Ahora bien, a partir de 2015 pueden destacarse cambios en estas tendencias, cabe reiterar que para el 2012 se realizaron planes de educación sexual en centros educativos; por lo tanto, para el 2015 las personas confirmaron —con mayor seguridad— sí haber recibido información, se destaca que en la práctica la fuente más importante fueron amistades, madres y parejas; pero la fuente preferida seguía siendo la madre, el padre y centros educativos.

A pesar de que las fuentes se mantuvieron similares dentro de estos cinco años entre una encuesta y la otra, el mayor cambio se originó en que más personas recibieron información, y también que esta se halla condicionada por desigualdades de género, las cuales les asignan a las mujeres el rol de responsables sobre la salud sexual propia y la de sus círculos sociales.

A pesar de que las personas reconocen que la información correcta proviene de instituciones de salud, la información sigue siendo obtenida desde círculos privados y de confianza, lo cual implica que esta información pueda estar cargada de valores morales o tabúes que limitan discusiones abiertas, así como dejar preguntas o necesidades sin responder.

Según Millet (1970) y Firestone (1972), las estructuras tradicionales tienden a perpetuar las normas patriarcales; entonces si los centros educativos y familiares operan dentro de este marco, resulta probable que la información proporcionada no contradiga las normas de género existentes, en cambio puede que las esté reforzando. Normas de género tales como que la mujer es la encargada de recibir y dar información sobre su sexualidad y el hombre no tiene un rol preponderante como agente emisor de información.

Las diferencias en cómo se educa a hombres y mujeres sobre sexualidad, contribuye en la insatisfacción detectada, pues se promueve que para las mujeres la información recibida se centre en protección, formas de atención y cuidado; mientras para los hombres puede estar más relacionada hacia la actividad sexual.

De este modo, se reconoce que las instituciones gubernamentales fungen un papel esencial como agente transformador de esta realidad, al involucrar en mayor medida a los hombres en el cuidado y la atención de la salud sexual, así como al garantizar que hombres y mujeres reciban información sobre placer, autonomía y accesos a la información, para así contar con un panorama más amplio e integral de la salud sexual.

De primera mano, es necesario señalar que de 2010 a 2015 se vio un avance en el acceso a la información de salud sexual, gracias a las políticas y los programas dentro de centros educativos, pero no se han vuelto a realizar planes ni encuestas que den continuidad a este periodo; por lo tanto, es necesario retomarlos.

Según la información obtenida, otra recomendación es que, al reconocer a la familia, centros educativos y centros de salud como los principales agentes para ofrecer información sobre salud sexual, es imperativo que se promuevan accesos a educación sexual en todos los niveles de la sociedad, con el objetivo de que tanto padres como madres estén informados y, puedan, a su vez, brindar información de calidad.

Si la información proporcionada no refleja la realidad cultural y social de los jóvenes, y si la educación no se adapta a contextos, puede resultar irrelevante o insuficiente; por lo tanto, resulta necesario fomentar la formación de una educación sexual de manera abierta, comprensiva y sin prejuicios, adaptada a cada contexto y realidad social.

También es posible que la información recibida de fuentes no oficiales sea más explícita y diversa, lo cual puede contrastar fuertemente con mensajes restringidos o moralizantes y aumentar la sensación de insatisfacción. Por ello, en los futuros planes relacionados alrededor de la sexualidad, es necesario tomar en cuenta personas a las personas jóvenes en los diseños e implementación, para asegurarse de que se aborden sus preocupaciones y necesidades.

Referencias Bibliográficas

- Alvarado, M. (2016). II *Encuesta nacional de salud sexual y salud reproductiva: Costa Rica 2015*. [Informe-2daEncuesta-2015.pdf \(ucr.ac.cr\)](#)
- Cardona, D. (2014). *Mujeres y anticonceptivos, ¿liberación femenina?* Persona y Bioética <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n1/v18n1a02.pdf>
- Consejo de la Persona Joven. (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Juventudes, Informe de principales resultados*. [Segunda Encuesta Nacional de Juventudes 2013 - CPJ](#)
- Consejo de la Persona Joven. (2018). *Tercera Encuesta Nacional de Juventudes, Informe de principales resultados*. [Tercera Encuesta Nacional de Juventudes 2018 - CPJ](#)
- De Miguel, A. (2015). *La revolución sexual de los sesenta: una reflexión crítica de su deriva patriarcal*. Universidad Rey Juan Carlos. <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/51377/47657>
- Firestone, S. (1973). *La dialéctica del sexo*. Editorial Kairós. <https://patagonialibertaria.files.wordpress.com/2014/11/163005241-shulamith-firestone-la-dialectica-del-sexo-pdf.pdf>
- Fuentes, L. (2014). *Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua*. [Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua \(redalyc.org\)](#)
- Madero, A. (2021). *La reconceptualización de lo político en el feminismo radical de Kate Millett y Shulamith Firestone (1967-1970)*. Universidad autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2021/enero/0806619/Index.html>
- Millett, K. (1970). *Política sexual*. Ediciones Cátedra. [Kate-Millett-Politica-sexual.pdf \(revistaemancipa.org\)](#)
- Ministerio de Salud. (2011). *Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010*. [0a \(prt\) \(unfpa.org\)](#)
- Ministerio de Salud. (2010). *Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta de salud sexual y reproductiva, Costa Rica*. https://censos.ccp.ucr.ac.cr/documentos/cr/VSRSP-AENSSSR_CR10.pdf
- Rodríguez, G. (2017). *El Derecho a la Planificación Familiar*. UNFPA Costa Rica. <https://costarica.unfpa.org/es/news/el-derecho-la-planificaci%C3%B3n-familiar-0>
- Rosero, L. (1981). *Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica 1981*. Resultados de la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva. <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/881/Fecundidad%20y%20ant>

[iconcepci%C3%B3n%20en%20Costa%20Rica%201981.%20Resultados%20de%20la%20segunda%20encuesta%20de%20prevalencia%20anticonceptiva.pdf?sequence=1](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44646470005)

Sánchez, C., y Leiva, R. (2016). Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Población y Salud. Mesoamérica*, 14(1), 1-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44646470005>

Tapia, H., González, C., Nicolás, E. (2017). *Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas*. Enfermería Universitaria. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n4/2395-8421-eu-14-04-251.pdf>

UNESCO (2023). *Educación integral en sexualidad*. HYPERLINK "<https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/costa-rica/~educacion-integral-en-sexualidad>"<https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/costa-rica/~educacion-integral-en-sexualidad>

UNFPA. (2021). *El impacto del COVID-19 en los logros alcanzados en anticoncepción y en la prevención y atención de la violencia basada en género en Costa Rica*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José, Costa Rica. https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/documento_impacto_covid_en_ssr_y_vbg_final.pdf

Writtle, L., Gómez, V, Morris, L. (1992). *Comportamiento sexual de los Costarricenses Menores de 25 años: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes*. San José, C.R.: CCSS. Departamento de Medicina Preventiva. <https://ccp.ucr.ac.cr/sites/default/files/2023-05/ensraj1991.pdf>

Caso 3. El uso de métodos anticonceptivos, preferencia y la toma de decisión a partir de los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015

Por: Gabriela Solís Hernández

1. Resumen

Esta investigación explora y analiza las preferencias, motivaciones y relaciones de poder en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos en Costa Rica, a partir de los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva de los años 2010 y 2015. A través de un enfoque cuantitativo-descriptivo, se procesaron las bases de datos con el programa SPSS. Dado que la elección de un método anticonceptivo puede verse influenciada por diversos factores interrelacionados, se identificaron patrones y transformaciones en el conocimiento, uso y las razones de no utilización de métodos anticonceptivos.

Desde una perspectiva teórica, en la cual Firestone (1973) planteó que la liberación de las mujeres requiere romper el vínculo fertilidad y subordinación; mientras que Millet (1970) señaló que el patriarcado se perpetúa en el ámbito privado mediante el control de la sexualidad de las mujeres; y Lagarde (1996 y 2005) desde la perspectiva de género, explicó cómo estas desigualdades han formado parte de la vida de las mujeres.

Los resultados muestran que, a pesar de la variedad de métodos anticonceptivos y el conocimiento sobre estos, principalmente pastillas e inyecciones en mujeres y condón masculino en hombres, los más utilizados en la población de 15 a 49 años son el condón masculino, las pastillas anticonceptivas, las inyecciones y la esterilización femenina, con una marcada disminución de uso en el grupo de personas con 50 años o más.

Aunque hombres y mujeres mencionan tomar la decisión de uso del método de manera individual o conjunta, en el caso de las mujeres destaca la influencia del personal médico. Estos hallazgos permiten reflexionar sobre cómo las dinámicas de género, factores históricos y las estructuras sociales continúan influyendo en la gestión de la salud reproductiva.

2. Introducción

El uso de métodos anticonceptivos es un tema que debe abordarse desde la integridad del ser humano; pues forman parte de la vida diaria de muchas personas, estos han influido en las tasas de reproducción a nivel mundial, algunos de estos métodos sí se utilizan de manera correcta y pueden ayudar a la planificación familiar. Las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015 brindan información importante para conocer variables que influyen en el uso de anticonceptivos.

Este apartado analizará el uso, las preferencias y, como resultado, la toma de decisión de las personas al momento de utilizar métodos anticonceptivos, en cuyo caso se incluyen variables como las zonas de residencia, el sexo de las personas, grupos etarios, el estado civil y nivel educativo, desde una perspectiva de género con un análisis teórico desde los aportes de Kate Millet (1970) y Shulamith Firestone (1973) en concordancia con otros aportes feministas como Marcela Lagarde (1996 y 2005).

El capítulo inicia con la metodología, la cual se presenta desde la perspectiva de género, tanto hombres como mujeres son parte del análisis llevado a cabo en esta investigación de tipo cuantitativa descriptiva, en este aparato se realiza una descripción sobre las fuentes consultadas, ambas encuestas presentan en la sección de planificación familiar preguntas iguales, lo cual permitirá comparar similitudes o diferencias entre años.

Posteriormente, se realiza un recorrido histórico sobre los métodos anticonceptivos y su evolución. A continuación, se presenta el análisis de resultados, que inicia con el nivel de conocimiento que tienen las personas sobre la planificación familiar. Asimismo, se exponen los datos obtenidos de acuerdo con la toma de decisiones y las razones de uso de los principales métodos anticonceptivos utilizados por la población al momento de las encuestas. Más adelante, se presenta un apartado sobre las decisiones y las razones por las cuales una parte de la población encuestada no utilizaba métodos anticonceptivos. En estos subtemas, se presenta el análisis desde los aportes de Millet, Firestone y Lagarde.

Finalmente, se presentan las conclusiones alcanzadas de la investigación y la bibliografía.

3. Metodología

3.1 Perspectiva de género

La presente investigación tiene como enfoque la perspectiva de género, desde una mirada feminista, de acuerdo con los objetivos y los planteamientos teóricos, el género permite comprender el análisis realizado entre hombres y mujeres, según los datos que brindan ambas

encuestas. Desde la descripción de la perspectiva de género para la investigadora Marcela Lagarde:

Esta perspectiva reconoce la diversidad de géneros y la existencia de las mujeres y los hombres, como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género y ambas obstaculizan esa posibilidad. Una humanidad diversa y democrática requiere que mujeres y hombres seamos diferentes de quienes hemos sido, para ser reconocidos en la diversidad y vivir en la democracia genérica. (Lagarde, 1996, pp.13-14)

De acuerdo con cita expuesta, desde la perspectiva de género se comprende que esta no involucra solo a una parte de la sociedad ni un aspecto social en específico, por el contrario, involucra a las personas —tanto hombres como mujeres— que han sido oprimidos en la sociedad por su condición de género, en esto influyen los aspectos económicos, sociales, religiosos, culturales, políticos, entre otros, los cuales forman parte de las diferencias existentes en la vida de las personas y resultan fundamentales para la perspectiva de género.

Desde la corriente feminista, la cual presenta grandes aportes a la perspectiva de género, se exponen resultados que muestran realidades vividas por personas que deciden o no utilizar métodos anticonceptivos a lo largo de sus vidas y el impacto de estos. Por ello, resulta importante resaltar la visión de género feminista, para Marcela Lagarde: “La visión de género feminista permite establecer correlaciones entre las posibilidades de vida de mujeres y hombres y los tipos de sociedad, las épocas históricas, la diversidad cultural y los modelos de desarrollo en que viven”. (Lagarde, 1996, p.15)

Desde estos aportes mencionados resulta importante presentar las vivencias obtenidas en dichas encuestas, las cuales brindan información importante sobre los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos. De igual forma, resulta fundamental conocer cómo —desde las diversas variables utilizadas en la investigación— las personas han experimentado el uso de métodos anticonceptivos dentro de su sexualidad en la planificación familiar.

3.2 Tipo y alcance de la investigación

La investigación es cuantitativa de tipo descriptiva, la cual se puede definir como:

La investigación descriptiva se enmarca dentro de la metodología experimental y, como su propio nombre lo indica, consiste en describir una situación real natural mediante la observación sistemática no participante o valiéndonos de preguntas a una muestra de

personas capaces de proporcionar la información deseada sobre opiniones, comportamientos o circunstancias. (García., García, 2012, p.103)

De acuerdo con lo expuesto en la cita anterior se analizan las bases de datos de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva de los años 2010 y 2015 respectivamente, mediante el sistema estadístico SPSS; por lo tanto, la investigación presenta un análisis documental de los datos demográficos vinculados a la planificación familiar de las personas encuestadas, según el uso de métodos anticonceptivos; así como el conocimiento, acceso y uso de estos en Costa Rica.

Este estudio utiliza la técnica documental para recopilar de información y se eligen preguntas del área de planificación familiar, las cuales se vinculan con el uso de métodos anticonceptivos, los datos se obtienen de acuerdo con los cruces realizados.

Dentro del interés de esta investigación, se decide utilizar los métodos anticonceptivos mencionados en las encuestas para su análisis, los cuales son: pastillas anticonceptivas, anticoncepción de emergencia, inyecciones, condón masculino, condón femenino, vaginales, Norplant/implante, esterilización femenina, esterilización masculina, *billings*, ritmo, retiro.

Por otra parte, el alcance descriptivo de la investigación permite estudiar, mediante las variables, las diferentes opiniones entre las personas en ambos años y, de esta forma, ofrecer un análisis que logre una mayor comprensión de las realidades vividas respecto al uso de los métodos anticonceptivos.

Debido a las variables utilizadas, resulta fundamental conocer los cruces entre ellas con respecto a las preguntas brindadas en las encuestas; pues se podrá visualizar si existen diferencias por sí solas, por ejemplo: quién toma la decisión de utilizar un método anticonceptivo en una zona específica y su elección según diversos grupos de edades.

3.3 Fuentes consultadas

Las encuestas seleccionadas muestran situaciones que forman parte de la población costarricense, éstas fueron llevadas a cabo cada cinco años, tanto en el 2010 como 2015, e incluyen preguntas que brindan información relevante, con el fin de conocer datos relacionados a la sexualidad y sus vivencias a nivel país.

En primer lugar, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, llevada a cabo por el Ministerio de Salud en el 2010 durante los meses de junio y octubre en colaboración con otras personas e instituciones, contó con una muestra representativa de 3.197 personas, hombres y mujeres entre los 15 a 80 años de edad que viven en las zonas rurales y urbanas del país, donde

se visitaron 70 cantones. La encuesta involucra catorce temas con más de 500 preguntas que incluyen:

[...] acceso a información sobre sexualidad; historia de embarazos (hombres); historia de embarazos (mujeres); planificación familiar; preferencias en fecundidad; opiniones sobre derechos reproductivos; primera relación sexual y prácticas sexuales; Infecciones de Transmisión Sexual; conocimientos, actitudes y prácticas hacia el VIH y el sida; disfunciones sexuales; actitudes hacia la diversidad sexual; violencia sexual y roles sexuales. (Ministerio de Salud et al, 2012, p.10)

En segundo lugar, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2015, fue la segunda y última, hasta el momento de la presente investigación. Esta segunda encuesta se implementó con las mismas temáticas a las de 2010, la muestra representativa fue un total de 3.216 personas, hombres y mujeres entre los 15 a 64 años, esta encuesta contempló 16 temas en relación con la salud sexual y reproductiva: entre ellos las prácticas sexuales, consumo de tabaco, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, violencia sexual, educación para la sexualidad, entre otros. (Ministerio de Salud et al., 2016)

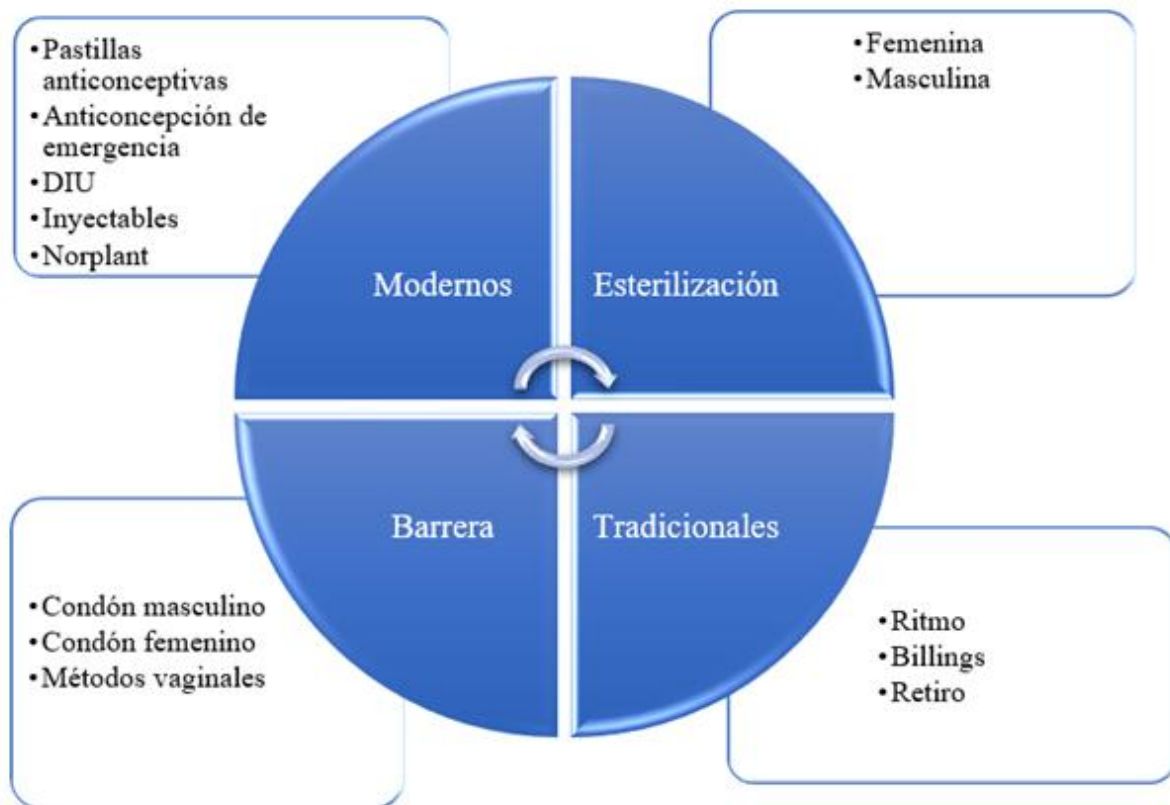
Para el 2015, se realizó la recolección de la información entre noviembre y diciembre de ese año, y, se seleccionaron 134 Unidades Primarias de Muestreo (UPM); para ello, se tomaron en cuenta las diferentes regiones y zonas del país.

Ahora bien, como se ha mencionado, la investigación planteada en este estudio utiliza la sección de planificación familiar, esto por el enfoque que se le quiere ofrecer al uso de métodos anticonceptivos. Por ello, se seleccionaron hombres y mujeres entre los 15 a 80 años de todas las zonas del país; con el fin de identificar similitudes o cambios entre las variables seleccionadas, todas las edades fueron tomadas en cuenta; pues no se reduce a conocer sobre las personas en edad fértil, por el contrario, se indaga si se observan cambios generacionales con respecto al tema en cuestión.

4. “Análisis de resultados sobre el uso de métodos anticonceptivos, sección de planificación familiar de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva años 2010 y 2015”

Dentro de los métodos anticonceptivos mencionados en las encuestas se encuentran:

Figura 1. *Métodos anticonceptivos mencionados en las encuestas de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.*



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

4.1 Historia de los métodos anticonceptivos

Antes de iniciar con los resultados, es importante conocer cómo han evolucionado los métodos anticonceptivos y qué ha motivado a la sociedad para llegar a utilizarlos. Al reconocer que las relaciones sexuales no tienen como único fin la reproducción del ser humano, se entiende que los métodos anticonceptivos utilizados a lo largo de la historia han desempeñado un papel fundamental en la vida de las personas. En este sentido, y como parte de la búsqueda de opciones para evitar el embarazo, se documentan prácticas antiguas utilizadas por las mujeres como la ingesta de plomo y mercurio, esto en mujeres chinas para controlar su fertilidad, lo cual les pudo provocar infertilidad e, incluso, la muerte. (Parenthood, 2012)

Además, dentro del recorrido histórico, menciona Planned Parenthood:

Otros amuletos de la época [edad media siglo V y el XV] eran las coronas de hierbas, el hígado de gato disecado o los fragmentos de huesos de gato (sólo de gatos completamente negros), hilachas de lino atadas a un paño y empapadas en sangre menstrual, o el ano de una liebre. También se creía que las mujeres podían evitar el embarazo si daban tres vueltas alrededor del lugar preciso en donde había orinado una loba preñada. Más recientemente, en Nuevo Brunswick, Canadá, las mujeres bebían una poción de testículos

de castor disecados macerados en una solución alcohólica muy fuerte. (Parenthood, 2012, p.1)

Incluso en la década de 1990, algunos adolescentes utilizaban los envoltorios de dulces como preservativos. (Skuy, 1995, como se citó en Parenthood, 2012)

Como parte del recorrido histórico en la planificación familiar, se encuentran ciertos métodos utilizados por los antepasados e, incluso, algunos siguen vigentes. Los métodos anticonceptivos conductuales se refieren a métodos naturales. Dentro de ellos se hallan la abstinencia, conocida en varias culturas, principalmente utilizada después de la monarquía. En el pasado la primera menstruación llegaba a la mujer en una edad adolescente más avanzada, actualmente la edad es más temprana y la abstinencia, la cual formaba parte de una cultura cuyo designio era que la mujer llegara virgen al matrimonio, hoy se practica para prevenir embarazos no deseados en adolescentes. (Parenthood, 2012)

Por otro lado, las relaciones sexuales sin penetración a pesar de ser practicadas hace muchos años atrás, llegaron a ser consideradas pecado, por ejemplo, la masturbación o formas de interacciones sexuales diversas, pues no tenían como fin el embarazo y la intimidad era disfrutada de esta forma.

Años después, durante la revolución sexual de los años 60, “la píldora” brindó mayor libertad a las mujeres, por lo cual fueron más comunes las relaciones sexuales vaginales; sin embargo, es importante resaltar que en el siglo XXI, de acuerdo con las investigaciones realizadas, han reflejado en la sociedad mayor conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual; por lo tanto hombres y mujeres han llegado a explorar formas alternativas de intimidad, como el cortejo, la seducción y las relaciones sexuales no coitales. (Parenthood, 2012)

Por otra parte, el retiro o *coitus interruptus* es un método donde la eyaculación sucede después de retirarse o el *coitus reservatus*, la cual no incluye eyaculación después del retiro. Actualmente, se conoce que este método no es uno de los más efectivos para prevenir un embarazo, y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cuatro de cada 100 mujeres pueden quedar embarazadas con este método utilizándolo de forma constante y correcta y 20 de cada 100 con un uso común, lo que refleja cifras altas si se busca evitar un embarazo.

Para continuar con los métodos anticonceptivos naturales, históricamente dos de los más utilizados han sido el método del calendario y el método *billings* (este se basa en observar y dar seguimiento al moco cervical). Estos métodos son reconocidos para la observación de la fertilidad, es importante resaltar —según Planned Parenthood (2012)—, que las mujeres africanas y las aborígenes norteamericanas de los siglos XVII y XVIII fueron pioneras en comprender sus

ciclos de fertilidad y, de esta manera, planificar sus familias; ellas sabían que controlar la calidad de su moco cervical podía servirles para evitar o planificar un embarazo.

Ahora bien, como evolución de estos métodos se encuentra el método sintotérmico, el cual combina la observación de la temperatura basal corporal, el moco cervical y puede incluir otros factores como la altura del cérvix, así como monitorear las emociones de las mujeres a lo largo del ciclo, con el fin de determinar los días fértiles e infértiles durante el ciclo menstrual.

Otro de los métodos anticonceptivos más populares es el condón. Su origen tuvo mucha controversia, desde la palabra condón hasta su primer uso. Según se cita en Parenthood (2012), los condones más antiguos, atribuidos alrededor de 1640 y elaborados con tripa animal, se descubrieron en los cimientos del Castillo Dudley, probablemente utilizados para prevenir infecciones de transmisión sexual durante la guerra entre las fuerzas de Oliver Cromwell y los soldados del Rey Carlos I.

Pese a que antiguamente los médicos podían autorizar el uso de preservativos a los hombres como método de prevención contra infecciones, como la sífilis o la gonorrea, cuando se tratara de relaciones sexuales prenupciales o extramaritales; sin embargo, el uso de estos no era permitido con el fin de evitar embarazos no deseados dentro del matrimonio. Fue durante la Segunda Guerra Mundial que el condón tomó mayor protagonismo, debido a la inquietud de que los soldados contrajeran enfermedades de transmisión sexual y después infectaran a sus esposas al regresar a casa, esto llevó a promover activamente el uso del preservativo.

A pesar de que el condón perdió relevancia durante la revolución sexual (década de 1960); pues las infecciones más comunes como sífilis y gonorrea contaban con tratamientos accesibles, fue entonces cuando se da la identificación del virus causante del SIDA; por lo tanto, se volvió a recomendar y utilizar el condón.

Ahora bien, a lo largo de la historia las mujeres también han tenido la iniciativa de utilizar diversas sustancias o métodos de anticoncepción, desde tampones de hierbas, algas marinas, y, por supuesto, el no tan conocido condón femenino.

Posteriormente, anticonceptivos como el DIU, aunque años atrás descubrieron que un dispositivo intrauterino podría funcionar, este no obtuvo gran difusión hasta después de los años cuarenta. Por otra parte, con respecto a los métodos hormonales como “la píldora”, el cual ha sido uno de los que ha conllevado gran investigación para su desarrollo, debido al empleo que cumple en el cuerpo de la mujer al inhibir la ovulación y, por ende, evitar un embarazo con un uso correcto, entre las primeras mujeres de diferentes partes del mundo, las puertorriqueñas llegaron a utilizar

pastillas con concentraciones elevadas de hormonas (Clavero, 2018). Estas investigaciones han dado como resultado gran variedad de marcas que distribuyen actualmente píldoras anticonceptivas.

Otros de los conocidos métodos hormonales son el anillo, parches e inyecciones. También, el implante Norplant, este liberaba levonorgestrel en el cuerpo de la mujer, causó variedad de efectos secundarios en sus cuerpos; por lo tanto, en 1995 la compañía creadora había recibido gran cantidad de demandas, a pesar de que ese mismo año nuevos estudios mostraron que era seguro y efectivo. En el 2002 la empresa que elaboró el implante lo retiró del mercado, años después surgió el implante Implanon que libera etonogestrel, se utiliza actualmente con una vigencia anticonceptiva de hasta tres años.

Desde la antigüedad, la anticoncepción de emergencia ha pasado por diversas etapas; las mujeres han utilizado diferentes prácticas para evitar un embarazo posterior a la eyaculación, desde tratar de eliminarla manualmente, las duchas vaginales, hasta provocar la menstruación antes de que se dé la implantación. En la actualidad, uno de los métodos más eficaces, siempre que se use antes de la ovulación, es la conocida “píldora del día después”, cuya venta autorizó la FDA en 1998. (Parenthood, 2012)

Si bien se ha desarrollado una amplia gama de métodos anticonceptivos, se observa que cada mujer es diferente y sus cuerpos pueden reaccionar de manera distinta. En el contexto histórico, estos y otros métodos anticonceptivos han sido utilizados por las personas como herramientas para alcanzar la planificación familiar, idealmente como la capacidad de decidir, de manera informada y voluntaria, en qué etapa de la vida tener un embarazo. A continuación, una línea del tiempo refleja algunos hechos que han marcado la historia de los métodos anticonceptivos:

Figura 2. *Historia evolutiva de los métodos anticonceptivos(2 páginas)*

HISTORIA EVOLUTIVA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1.500 a.C

Documento más antiguo Papiro de Petri

En el se encuentran recetas para la anticoncepción, como el uso de excremento de cocodrilo con pasta de hierbas que podría funcionar como método de barrera, otra fue irritar la mucosa vaginal con miel y bicarbonato, como espermicida.

Papiro de Eber

Documento importante de medicina, se aconsejó el uso de tapón de hilaza mezclado con miel colocandolo en la vagina, como método de barrera.

1.850 a.C.

1.850 a.C.

Aparición del coito interruptus

Método antiguo, sin determinarse una época exacta se cree ha sido uno de los más practicados años atrás.

La vasectomía

Se lleva a cabo en 1977 la primera vasectomía pero llegó a ser más utilizada años después.

1777



1843

Introducción del preservativo

Se da la vulcanización del caucho, que brindó que este fuera resistente y elástico lo cual generó mayor aprobación.

DIU utilizado en la mujer

Richard Ritche creó en 1909 un dispositivo intrauterino el cual fue un anillo de seda.

1909

1916

Feminista estadounidense Margaret Sanger

Margaret con su lucha llegó a abrir una clínica para control de la natalidad y en 1.921 fundó American Birth Control League, por lo cual tuvo que resguardarse en Inglaterra y así no ser arrestada.

Método del calendario

Surge a partir del trabajo de los médicos Kyusaku Ogino y Hermann Knaus, al descubrir la relación entre el ciclo menstrual y la ovulación.

Décadas de los '20 y '30

DIU de plata

El anillo mencionado fue mejorado en 1929 por Grafenberg cambiando la seda por plata. A pesar de ello, el DIU fue más conocido después de los años 40.

1929



Décadas de los
'50 y '60

Método Billings

Los médicos australianos Jonh y Evelyn Billings demostraron que el método de observar el moco cervical era mejor que el del calendario.

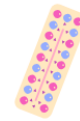
Método Sintotérmico

Durante estas décadas se consolida el método sintotérmico, el cual combina la toma de la temperatura basal corporal, el análisis del moco cervical, así como graficar y anotar los cambios durante el ciclo.

Se receta la pildora anovulatoria

En Massachusetts la anticoncepción era delito por lo cual, en Puerto Rico (1955) se le recetó la pildora a mujeres las cuales no querían tener más hijos, los efectos secundarios de la pildora se hicieron presentes.

1955



Décadas de
los '60 y '70

La vasectomía

A pesar de que ya había sido usada, a partir de estas décadas muchos hombres comenzaron a optar voluntariamente por la vasectomía, impulsados por el avance del movimiento feminista y la visibilización de los efectos secundarios de los anticonceptivos femeninos.

Esterilización femenina

La primera ligadura de trompas se realizó en Toledo, Ohio, EE.UU, durante una cesárea para prevenir futuros embarazos de alto riesgo en la paciente.

1880

1950



El implante

En esta década inició la investigación sobre el uso del implante. En 1984 fue aprobada su distribución en EE.UU, años después debido a demandas por los efectos secundarios ocasionados en 2002 fue retirado el Norplant.

En 2006 se aprueba utilizar el implante más actual: Implanon™

Anticoncepción de emergencia

En este año se aprueba en EE.UU su uso, el cual fue un kit de anticoncepción llamado Preven®, luego de ser retirado se han aprobado otras píldoras.

1998



Fuente: Elaboración propia a partir de los artículos Historia evolutiva de la anticoncepción (Clavero, 2018) e Historia de los métodos anticonceptivos (Parenthood, 2012).

Los hechos históricos mencionados han sido fundamentales en la búsqueda de la liberación de las mujeres, entendida como la capacidad de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos. Si bien se han logrado avances significativos en materia de métodos anticonceptivos, aun así, la mayoría de ellos involucran directamente el uso de estos en el cuerpo de las mujeres; lo cual evidencia la persistente desigualdad en la distribución de responsabilidades reproductivas

Ahora bien, para conocer cómo en Costa Rica se ve reflejado el uso de los métodos anticonceptivos, se presentan las diferentes secciones de esta investigación.

4.2 Métodos anticonceptivos, conocimiento y uso desde la perspectiva de hombres y mujeres en las Encuestas de Salud Sexual y reproductiva 2010 y 2015

Particularmente, las encuestas de Salud Sexual y Reproductiva poseen un apartado llamado planificación familiar, se vincula en forma directa con el uso de métodos anticonceptivos; uno de los primeros datos que brinda información respecto al uso de anticonceptivos, consulta si la persona ha escuchado alguna vez sobre alguno de los métodos. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 1. *Porcentaje de personas que han oído hablar alguna vez de los siguientes métodos anticonceptivos, por sexo y zona, 2010.*

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 2. *Porcentaje de personas que han oído hablar alguna vez de los siguientes métodos anticonceptivos, por sexo y zona, 2015.*

Fuente: Las tablas de color verde representan los resultados de 2010 y las de color celeste los resultados de 2015.

		2010			
		Urbana		Rural	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pastillas o píldoras anticonceptivas	Sí, espontáneo	84,5%	95,5%	80,3%	95,2%
	Sí, reconocido	13,4%	3,9%	15,0%	3,9%
	No	2,1%	0,6%	4,7%	1,0%
Anticoncepción de emergencia o pastillas del día siguiente	Sí, espontáneo	11,0%	9,8%	3,7%	3,7%
	Sí, reconocido	48,3%	57,5%	34,0%	45,6%
	No	40,7%	32,7%	62,3%	50,7%
DIU espiral o t de cobre	Sí, espontáneo	48,3%	68,6%	37,8%	61,8%
	Sí, reconocido	30,9%	21,4%	29,5%	24,5%
	No	20,9%	10,0%	32,7%	13,6%
Inyecciones, anticonceptivas de 1 mes o cada 3 meses	Sí, espontáneo	46,8%	65,8%	47,1%	65,6%
	Sí, reconocido	34,8%	29,7%	33,5%	29,1%
	No	18,4%	4,5%	19,4%	5,3%
Condón o preservativo masculino	Sí, espontáneo	84,6%	78,7%	80,2%	75,7%
	Sí, reconocido	14,9%	20,7%	18,1%	22,2%
	No	0,5%	0,7%	1,8%	2,1%
Condón o preservativo femenino	Sí, espontáneo	26,6%	23,4%	13,7%	10,9%
	Sí, reconocido	57,7%	59,0%	53,4%	56,0%
	No	15,7%	17,6%	32,9%	33,2%
Métodos vaginales espumas, cremas, óvulos o diafragma	Sí, espontáneo	11,1%	12,9%	5,0%	8,3%
	Sí, reconocido	39,5%	47,4%	32,3%	41,5%
	No	49,4%	39,6%	62,6%	50,3%
Norplant o implantes de 5 años en el brazo	Sí, espontáneo	5,7%	5,6%	1,7%	3,2%
	Sí, reconocido	7,9%	13,6%	5,9%	7,4%
	No	86,4%	80,8%	92,4%	89,4%
Esterilización femenina o ligadura	Sí, espontáneo	22,3%	20,1%	17,0%	17,4%
	Sí, reconocido	64,9%	70,8%	67,5%	70,8%
	No	12,7%	9,1%	15,5%	11,8%
Vasectomía u operación del hombre	Sí, espontáneo	22,8%	15,5%	16,3%	13,0%
	Sí, reconocido	65,5%	74,5%	62,9%	70,5%
	No	11,7%	10,0%	20,7%	16,5%
Método de billings o control de la temperatura	Sí, espontáneo	6,7%	9,9%	3,2%	6,1%
	Sí, reconocido	17,7%	29,0%	12,2%	22,2%
	No	75,6%	61,1%	84,6%	71,7%
Ritmo control de la menstruación (calendario)	Sí, espontáneo	30,7%	33,2%	23,4%	25,0%
	Sí, reconocido	42,9%	50,9%	41,5%	51,2%
	No	26,4%	15,9%	35,1%	23,9%
Retiro, él se retira antes de terminar	Sí, espontáneo	11,3%	9,2%	5,8%	4,9%
	Sí, reconocido	55,6%	60,8%	45,1%	47,5%
	No	33,1%	30,0%	49,1%	47,7%
Otro método	Sí, espontáneo	2,8%	3,0%	1,6%	1,5%
	Sí, reconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	No	97,2%	97,0%	98,4%	98,5%

		2015			
		Urbano		Rural	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pastillas o píldoras anticonceptivas	Sí, espontáneo	79,4%	91,8%	75,0%	91,2%
	Sí, reconocido	16,2%	7,3%	19,5%	8,3%
	No	4,5%	1,0%	5,4%	0,5%
Anticoncepción de emergencia o pastillas del día siguiente	Sí, espontáneo	10,9%	2,5%	9,0%	0,5%
	Sí, reconocido	14,3%	24,7%	14,1%	20,8%
	No	74,8%	72,7%	76,9%	78,6%
DIU espiral o t de cobre	Sí, espontáneo	41,0%	58,6%	36,2%	51,6%
	Sí, reconocido	28,4%	26,1%	24,5%	27,0%
	No	30,6%	15,4%	39,3%	21,3%
Inyecciones, anticonceptivas de 1 mes o cada 3 meses	Sí, espontáneo	49,6%	59,4%	47,2%	56,1%
	Sí, reconocido	34,9%	34,0%	36,8%	40,2%
	No	15,5%	6,6%	16,0%	3,7%
Condón o preservativo masculino	Sí, espontáneo	82,6%	72,7%	80,9%	75,2%
	Sí, reconocido	15,5%	24,8%	16,9%	22,6%
	No	1,9%	2,5%	2,2%	2,2%
Condón o preservativo femenino	Sí, espontáneo	32,9%	16,5%	28,2%	10,1%
	Sí, reconocido	47,1%	58,1%	42,2%	60,2%
	No	20,1%	25,4%	29,6%	29,6%
Métodos vaginales espumas, cremas, óvulos o diafragma	Sí, espontáneo	10,3%	4,0%	6,2%	1,6%
	Sí, reconocido	30,7%	38,0%	22,7%	34,1%
	No	59,1%	58,0%	71,2%	64,3%
Norplant o implantes de 5 años en el brazo	Sí, espontáneo	5,2%	3,4%	1,8%	1,6%
	Sí, reconocido	7,5%	13,1%	10,1%	14,1%
	No	87,3%	83,6%	88,1%	84,3%
Esterilización femenina o ligadura	Sí, espontáneo	20,7%	10,8%	17,8%	8,1%
	Sí, reconocido	49,4%	66,4%	51,0%	73,6%
	No	29,9%	22,8%	31,3%	18,3%
Vasectomía u operación del hombre	Sí, espontáneo	21,8%	7,5%	20,7%	5,4%
	Sí, reconocido	58,7%	73,8%	60,1%	78,3%
	No	19,5%	18,8%	19,2%	16,3%
Método de billings o control de la temperatura	Sí, espontáneo	6,1%	3,5%	2,9%	1,8%
	Sí, reconocido	14,0%	29,0%	14,2%	24,5%
	No	79,9%	67,5%	83,0%	73,7%
Ritmo control de la menstruación (calendario)	Sí, espontáneo	26,4%	20,0%	23,3%	16,7%
	Sí, reconocido	40,5%	53,2%	38,0%	51,6%
	No	33,2%	26,8%	38,7%	31,7%
Retiro, él se retira antes de terminar	Sí, espontáneo	12,9%	3,2%	11,7%	2,6%
	Sí, reconocido	41,8%	46,3%	40,0%	43,8%
	No	45,3%	50,5%	48,3%	53,6%
Otro método	Sí, espontáneo	2,0%	1,6%	0,6%	1,7%
	Sí, reconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	No	98,0%	98,4%	99,4%	98,3%

Fuente: elaboración propia basada en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

Los resultados de ambas encuestas revelan los métodos más escuchados por la población, esta pregunta contempló tres opciones: “sí, espontáneo”, “sí, reconocido”, y “no ha oído hablar”. A pesar de la amplia variedad de métodos, se identifican ciertos patrones en los resultados de las dos encuestas. Dentro de los métodos más mencionados de forma espontánea se ubica la pastilla anticonceptiva, tanto en zonas urbanas como rurales, en ambos sexos.

Por ejemplo, entre los hombres de zona urbana, el reconocimiento espontáneo pasó de 84,5 % en 2010 a 79,4 % en 2015, esto evidencia una disminución de 5,1 %. En las mujeres de zona urbana, el porcentaje fue aún más alto, con una leve reducción: de 95,2 % en 2010 a 91,2 % en 2015. En la zona rural se presenta una tendencia similar, en los hombres, el reconocimiento espontáneo de las pastillas fue de 80,3 % en 2010 y 75 % en 2015, en cambio en las mujeres se mantuvo elevado, pasando de 95,2 % a 91,2 % en el mismo período.

Estas variaciones, a pesar de ser moderadas, pueden reflejar cambios en los canales de información, campañas públicas de salud o acceso diferenciado al conocimiento por parte de hombres y mujeres según la ubicación geográfica. Lo que sí se mantiene es una brecha clara entre hombres y mujeres, ellas reportan mayor familiaridad de forma espontánea con el uso de las pastillas, como parte del rol que históricamente ha sido asignado a las mujeres en la gestión de la anticoncepción.

Como otro de los métodos más conocidos se encuentra el condón masculino, tanto para hombres como mujeres. En la zona urbana como “sí espontáneo” para el 2010 el porcentaje de hombres fue de 84,6 % a 82,6 % en 2015 y en mujeres de 78,7 % a 72,7 % y en la zona rural prácticamente se mantuvieron los resultados a los de 2010 en ambos sexos. Su popularidad puede atribuirse, en gran medida, a su amplia disponibilidad; pues se obtienen gratuitamente en centros de salud pública o adquirirse con facilidad en farmacias o supermercados. Esta accesibilidad muestra un claro contraste con el condón femenino, cuyo acceso sigue siendo limitado, hay poca educación al respecto y su uso continúa siendo poco frecuente.

Respecto a lo mencionado en el párrafo anterior, el conocimiento espontáneo del condón femenino aumentó en hombres, especialmente de zona rural. En mujeres de zona urbana como rural, bajó el conocimiento espontáneo, esto podría indicar menor familiaridad con el término. Dentro del conocimiento reconocido, este disminuyó en hombres; mientras que en mujeres rurales fue el único grupo donde mejoró notablemente.

Con respecto al uso del condón femenino, la UNFPA y la CCSS encontraron hallazgos importantes en un estudio publicado en el 2012 sobre la aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y San José, este estudio enfocado en el uso del condón femenino muestra las opiniones y las experiencias de mujeres que llegaron a utilizar este método, lo cual evidencia aceptación o negación en su uso, algunas ni siquiera llegaron a utilizarlo; pues a diferencia del condón masculino este debe de introducirse en los genitales femeninos, lo cual genera miedo o inseguridades. Por otro lado, hubo mujeres que la experiencia les pareció positiva vinculada a que el condón femenino no les produce alergia, además de la autonomía que pueden ejercer con este, porque pueden decidir colocarlo incluso horas antes de la relación sexual.

Otros métodos anticonceptivos como la esterilización femenina y vasectomía masculina también reflejan mayoritariamente con más de 50 % en hombres y mujeres de ambas zonas con un “sí, reconocido” el haber escuchado sobre este método.

Por su parte, el retiro y el ritmo se encuentra también dentro de los métodos que más han escuchado las personas. Tanto el retiro como el ritmo, son métodos conocidos cuyo uso data históricamente, aparte de que no tienen una inversión económica, son sencillos de implementar y naturales. Es reconocido que no se les puede otorgar altos niveles de efectividad; pues ambos necesitan un alto control de uso. Por su parte, el retiro anticipado de la eyaculación no asegura que los espermatozoides no hayan ingresado y, en el caso del ritmo, el autoconocimiento del cuerpo femenino y la capacidad de documentar los ciclos de la mujer de la forma más precisa posible. Además, el ritmo toma en cuenta generalizar el cuerpo de una mujer a partir de indicadores como “28 días” de ciclo u ovular el “día 14”, lo cual no siempre se cumple con tal exactitud, por ello, como todo método anticonceptivo debe personalizarse a cada mujer.

Ahora bien, las encuestas permiten conocer si alguna vez las personas entrevistadas o sus parejas han usado alguno de los métodos anticonceptivos mencionados, por consiguiente, se presenta el cruce entre método anticonceptivo por sexo y zona de residencia.

Tabla 3. *Porcentaje de personas o con quién tiene relaciones sexuales que han usado alguna vez algún método anticonceptivo, por sexo y zona, encuestas año 2010.*

Tabla 4. *Porcentaje de personas o con quién tiene relaciones sexuales que han usado alguna vez algún método anticonceptivo, por sexo y zona, encuestas año 2015.*

Fuente: Las tablas de color verde representan los resultados de 2010 y las de color celeste los resultados de 2015.

		2010			
		Urbana		Rural	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pastillas o píldoras anticonceptivas	sí	55,9%	58,8%	54,5%	64,2%
	no	41,8%	41,1%	44,9%	35,7%
	ns/nr	2,2%	0,1%	0,6%	0,1%
Anticoncepción de emergencia o pastillas del día siguiente	sí	5,0%	2,5%	1,5%	3,1%
	no	94,4%	97,3%	98,1%	96,9%
	ns/nr	0,6%	0,2%	0,4%	0,0%
DIU espiral o t de cobre	sí	22,5%	23,8%	17,2%	18,0%
	no	75,5%	75,3%	82,4%	81,6%
	ns/nr	2,0%	0,9%	0,4%	0,4%
Inyecciones, anticonceptivas de 1 mes o cada 3 meses	sí	26,9%	35,1%	28,0%	38,5%
	no	71,9%	64,6%	71,6%	61,5%
	ns/nr	1,2%	0,3%	0,4%	0,0%
Condón o preservativo masculino	sí	78,3%	63,9%	73,4%	61,8%
	no	21,2%	36,0%	26,5%	38,2%
	ns/nr	0,5%	0,1%	0,2%	0,0%
Condón o preservativo femenino	sí	5,2%	2,7%	3,6%	3,8%
	no	94,2%	97,3%	96,4%	96,2%
	ns/nr	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Métodos vaginales espumas, cremas, óvulos o diafragma	sí	17,7%	18,5%	13,9%	18,7%
	no	81,5%	81,2%	86,1%	81,3%
	ns/nr	0,8%	0,3%	0,0%	0,0%
Norplant o implantes de 5 años en el brazo	sí	5,9%	2,7%	2,0%	1,5%
	no	91,7%	96,8%	95,9%	98,5%
	ns/nr	2,3%	0,5%	2,0%	0,0%
Esterilización femenina o ligadura	sí	24,7%	28,7%	22,9%	31,8%
	no	74,4%	71,2%	76,9%	68,2%
	ns/nr	0,9%	0,1%	0,2%	0,0%
Vasectomía u operación del hombre	sí	4,4%	6,4%	4,6%	5,8%
	no	95,1%	93,1%	95,4%	94,1%
	ns/nr	0,5%	0,5%	0,0%	0,1%
Método de billings o control de la temperatura	sí	14,3%	15,4%	19,2%	16,3%
	no	85,2%	84,6%	80,8%	83,7%
	ns/nr	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Ritmo control de la menstruación (calendario)	sí	41,9%	34,7%	37,0%	22,2%
	no	57,3%	65,0%	62,6%	77,8%
	ns/nr	0,9%	0,3%	0,5%	0,0%
Retiro, él se retira antes de terminar	sí	53,0%	50,7%	54,8%	48,9%
	no	46,3%	49,0%	45,2%	50,7%
	ns/nr	0,7%	0,3%	0,0%	0,4%
Otro método	sí	44,8%	35,3%	16,6%	0,0%
	no	50,5%	62,6%	83,4%	100,0%
	ns/nr	4,7%	2,1%	0,0%	0,0%

		2015			
		Urbano		Rural	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pastillas o píldoras anticonceptivas	Sí	67,1%	62,4%	62,1%	70,7%
	No	31,4%	36,1%	35,8%	29,3%
	No responde	1,5%	1,6%	2,1%	0,0%
Anticoncepción de emergencia o pastillas del día siguiente	Sí	11,8%	6,9%	7,2%	7,8%
	No	86,5%	91,6%	91,9%	92,2%
	No responde	1,7%	1,4%	0,9%	0,0%
DIU espiral o t de cobre	Sí	26,2%	22,7%	20,6%	18,2%
	No	72,6%	75,4%	78,0%	81,6%
	No responde	1,2%	1,9%	1,4%	0,3%
Inyecciones, anticonceptivas de 1 mes o cada 3 meses	Sí	43,3%	37,7%	41,8%	44,1%
	No	54,9%	60,4%	56,4%	55,9%
	No responde	1,8%	1,9%	1,7%	0,0%
Condón o preservativo masculino	Sí	80,9%	64,5%	76,8%	64,2%
	No	18,0%	34,5%	21,5%	35,8%
	No responde	1,2%	1,1%	1,7%	0,0%
Condón o preservativo femenino	Sí	11,0%	6,8%	7,2%	4,2%
	No	87,4%	92,2%	90,9%	95,8%
	No responde	1,6%	1,0%	1,9%	0,0%
Métodos vaginales espumas, cremas, óvulos o diafragma	Sí	20,8%	14,9%	17,9%	9,2%
	No	77,2%	85,1%	80,3%	90,8%
	No responde	2,0%	0,0%	1,9%	0,0%
Norplant o implantes de 5 años en el brazo	Sí	5,1%	4,0%	3,3%	5,7%
	No	94,0%	96,0%	92,9%	94,3%
	No responde	0,9%	0,0%	3,8%	0,0%
Esterilización femenina o ligadura	Sí	30,3%	29,2%	26,4%	27,8%
	No	68,3%	69,8%	71,6%	72,2%
	No responde	1,4%	0,9%	2,0%	0,0%
Vasectomía u operación del hombre	Sí	8,8%	12,5%	6,0%	7,5%
	No	89,6%	86,6%	92,0%	92,5%
	No responde	1,7%	0,9%	2,1%	0,0%
Método de billings o control de la temperatura	Sí	21,2%	12,6%	23,0%	15,2%
	No	76,2%	85,9%	74,2%	84,8%
	No responde	2,6%	1,5%	2,9%	0,0%
Ritmo control de la menstruación (calendario)	Sí	51,5%	32,0%	50,4%	30,6%
	No	47,0%	66,8%	48,1%	69,1%
	No responde	1,5%	1,2%	1,5%	0,3%
Retiro, él se retira antes de terminar	Sí	60,9%	43,3%	56,8%	40,3%
	No	38,0%	56,3%	41,5%	59,7%
	No responde	1,2%	0,4%	1,7%	0,0%
Otro método	Sí	73,7%	51,8%	100,0%	43,2%
	No	14,4%	39,0%	0,0%	47,5%
	No responde	11,9%	9,2%	0,0%	9,3%

Fuente: elaboración propia basada en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

El análisis por sexo y zona geográfica indica que, dentro de los métodos anticonceptivos incluidos en la encuesta, los más utilizados por la población con porcentaje superiores al 30 %, tanto en zonas urbanas como rurales son: el condón masculino, las pastillas anticonceptivas, el método del ritmo, el retiro, las inyecciones y la categoría de otros métodos. Esto refleja una combinación entre métodos modernos y tradicionales y se podría vincular con factores como el acceso a servicios de salud, el nivel educativo o creencias culturales. Además, el uso del DIU y la esterilización femenina también presentan cifras relevantes, lo cual muestra una diversificación en las preferencias de planificación familiar, notablemente entre las mujeres.

Con base en los resultados del cuadro 2, se identifica un aumento en el uso de las pastillas anticonceptivas entre 2010 y 2015, tanto en zonas urbanas como rurales. En la zona urbana, el incremento fue de 11,2 % en hombres (pasando de 55,9 % a 67,1 %) y de 3,6 % en mujeres (de 58,8 % a 62,4 %). En la zona rural, el aumento fue de 7,6 % en hombres (de 54,5 % a 62,1 %) y de 6,5 % en mujeres (de 64,2 % a 70,7 %). Este incremento puede estar relacionado con factores como: mayor disponibilidad en los servicios de salud, mejoras en la educación sexual o un cambio en las dinámicas de género dentro de las relaciones de pareja.

Al tomar en cuenta los métodos anticonceptivos más utilizados por la población, se observan similitudes importantes entre aquellos de los que las personas han oído hablar y los que han utilizado alguna vez. Esto sugiere que el conocimiento sobre los métodos puede estar vinculado directamente con su uso. En relación con esta idea, Kate Millet (1970) señalaba que, además de las barreras ideológicas, existía una inaccesibilidad física y estructural para que las mujeres pudieran ejercer su derecho a decidir sobre su fertilidad. Esta situación va más allá de la mera oferta de métodos; pues exige la posibilidad concreta de acceder a ellos sin barreras sociales, económicas o culturales, y de que sean utilizados de manera responsable y segura.

Asimismo, en el contexto costarricense la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos han sido temáticas ampliamente discutidas. En Costa Rica la terminología de planificación familiar tuvo mayor auge a partir de 1965 cuando organizaciones privadas e instituciones del gobierno participaron; sin embargo, como expresa el doctor Mena:

Sabemos bien que desde que aparecieron las pastillas anovulatorias en 1956 (Enavid) fueron utilizadas por nuestros grupos sociales de mejores recursos económicos, basándose principalmente en su capacidad adquisitiva, en su educación para aceptar una nueva droga y su posición independiente de pensamiento. Poco a poco fueron introduciéndose en las

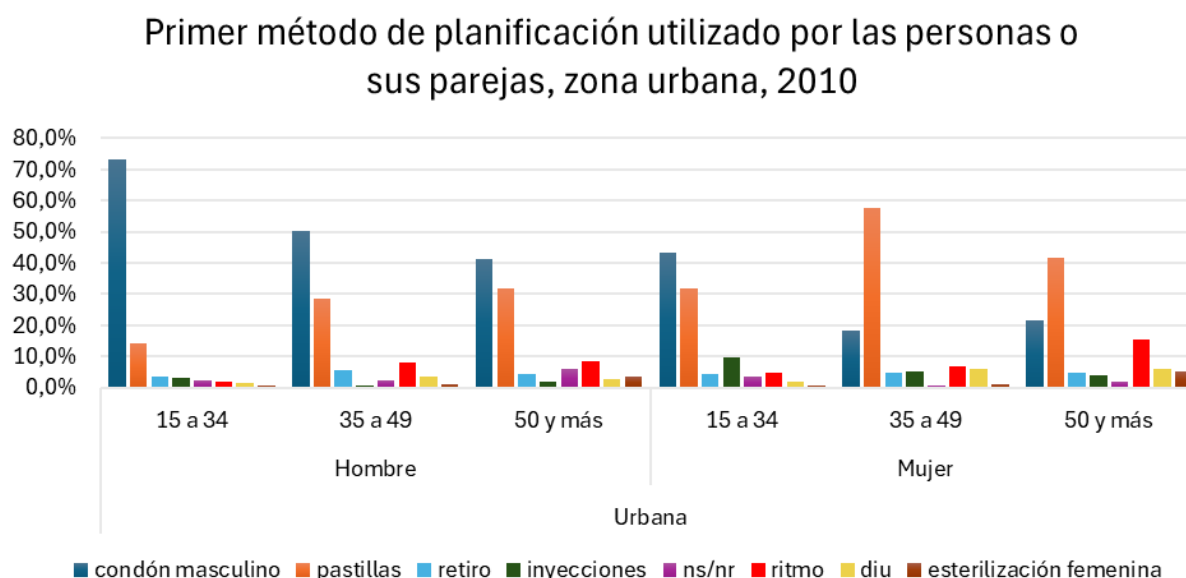
áreas rurales, pero siempre fueron del resorte de las clases más acomodadas. (Mena,1976, p.303)

En este sentido, la población costarricense urbana y rural experimentaron un cambio de paradigma a nivel social, económico y cultural, el cual impactó directamente sus vidas y fue tiempo después cuando la información empezó a cobrar relevancia en hombres y mujeres de estas zonas.

4.3 Liberación sexual, explorando las preferencias e información en el uso de métodos anticonceptivos, ¿decisión propia o mutua?

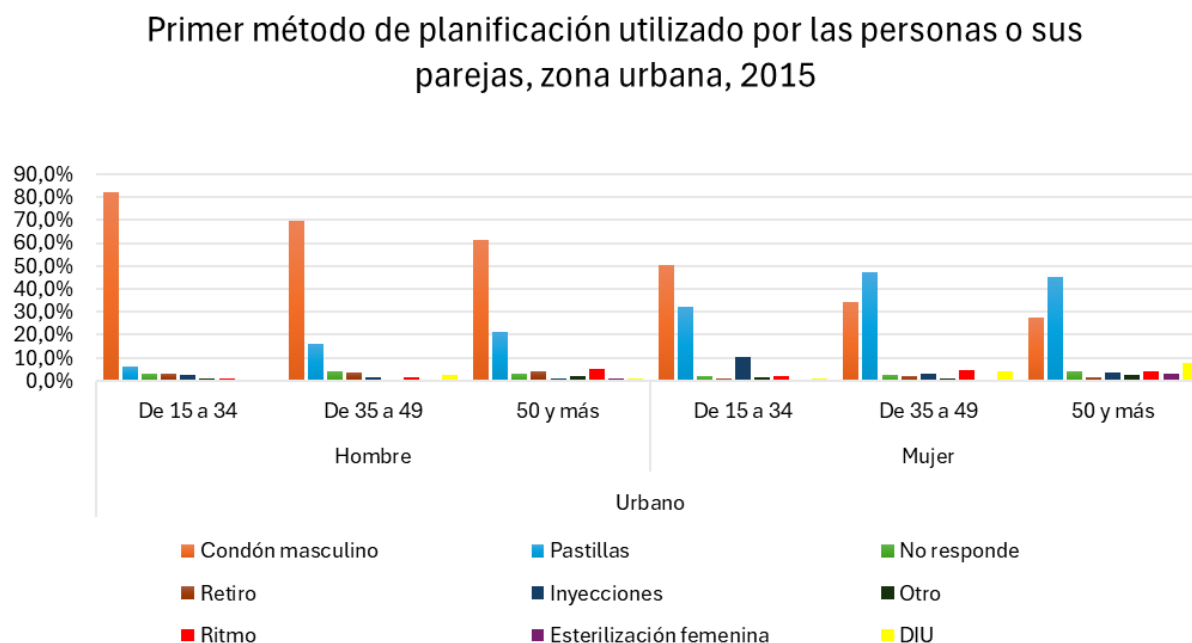
Entre los aspectos más relevantes que permitieron el avance de la planificación familiar centrandose, especialmente desde el análisis centrado en las mujeres, se encuentra la liberación sexual. En este sentido, Millet, en su obra “Política sexual” (1970), analiza cómo las relaciones de poder y control sobre la sexualidad femenina han condicionado el ejercicio de su autonomía reproductiva, es “[...] el conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo” (Millet, 1970, p.68). Además, como menciona Millet, el ideal de política donde la equidad se encuentre presente no es lo que ha sobresalido en la historia de la humanidad, muy por el contrario, el dominio de algunos grupos sobre otros es lo que ha prevalecido. En búsqueda de conocer acerca de las decisiones de hombres y mujeres en el uso de la planificación familiar, se procede a analizar las siguientes preguntas:

Gráfico 1. Método anticonceptivo que utilizaron por primera vez, por sexo, zona de residencia y grupo etario, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Gráfico 2. Método anticonceptivo que utilizaron por primera vez, por sexo, zona de residencia y grupo etario, 2015.



Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

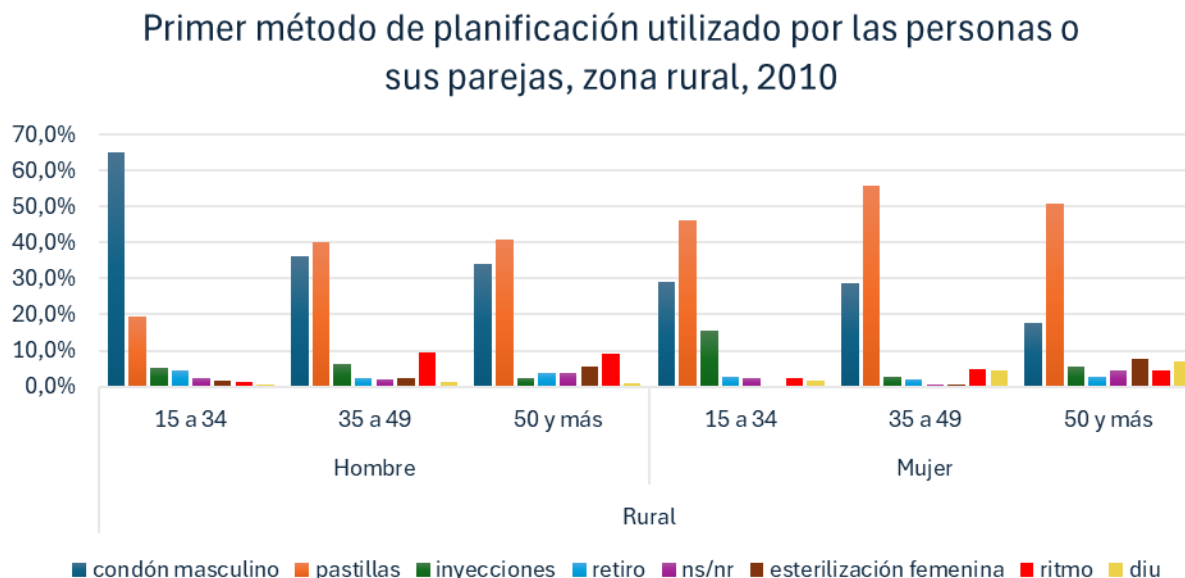
Dentro de los métodos anticonceptivos mencionados en las encuestas, los más utilizados por primera vez son los representados en los gráficos, se observa que predomina el condón masculino, las pastillas, las inyecciones, el retiro y el ritmo, los resultados varían de acuerdo con el grupo etario. Como se mencionó al inicio del recorrido histórico de los métodos anticonceptivos, practicar el retiro a pesar de ser común, implica un alto riesgo de embarazo y no lo recomiendan las organizaciones internacionales ni por médicos como un método seguro.

En 2010, en la zona urbana la edad que sobresale en el uso del condón masculino destacó entre los 15 a 34 años en hombres, con un 73 %; mientras en el 2015 se observan características similares pero el porcentaje aumentó a 82,2 %; y, en las parejas de las mujeres el uso de condón en el 2010 fue de 43,4 % y para el 2015 50,2 %. Las mayores diferencias entre porcentajes se relacionan al uso del condón y las pastillas anticonceptivas, se observa en estas la disminución como primer método utilizado para la encuesta de 2015. En los demás grupos etarios también se observan diferencias importantes de un año a otro, en su mayoría un aumento en el uso del condón masculino.

En la zona rural, en relación con el uso del condón, se observa una diferencia significativa en

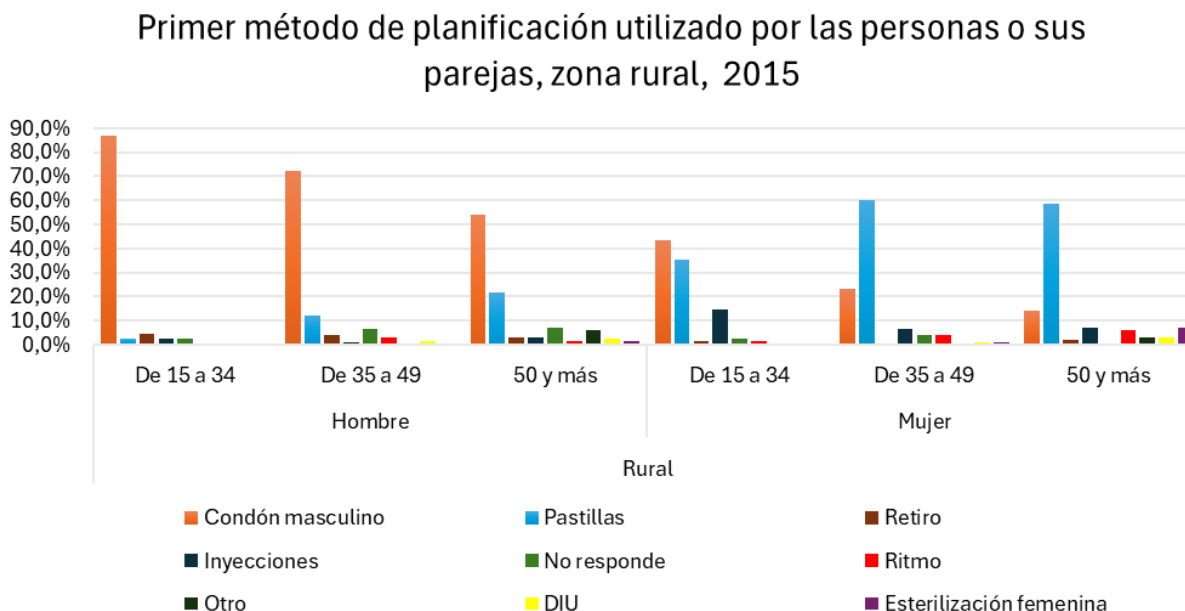
comparación con el año 2010 y 2015 en los diferentes grupos etarios. Las zonas rurales muestran un alza en el uso del condón para el 2015 entre los 15 y 34 años un 87,1 % de los hombres lo mencionaron como primer método utilizado y la opinión de las mujeres fue de un 43,2 %, como se observa a continuación:

Gráfico 3. Método anticonceptivo que utilizaron por primera vez, por sexo, zona de residencia y grupo etario, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Gráfico 4. Método anticonceptivo que utilizaron por primera vez, por sexo, zona de residencia y grupo etario, 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

Entre las similitudes identificadas en la zona rural, se observa que las mujeres entre los 35 y más de 50 años mostraron una mayor preferencia por el uso de pastillas anticonceptivas, por tanto, es el método más utilizado en estos grupos etarios, como estrategia de planificación. Ahora bien, entre las mujeres de 15 a 34 años, destaca el uso del condón masculino por parte de sus parejas como primer método, pasando de 29,1 % en 2010 a 43,2 % en 2015, lo cual evidencia una diferencia de 14,1 % entre años. Por su parte, el condón masculino se mantiene como el primer método anticonceptivo más usado por los hombres, en ambas zonas del país y en todos los grupos de edad, aunque su uso presenta una disminución a medida que aumenta la edad.

Dentro de la decisión de uso de métodos anticonceptivos, el de primer uso refleja aspectos importantes, tanto para hombres como mujeres, desde el género y la edad entre los 15 a 34 años los métodos más utilizados han sido temporales, como el caso del condón masculino y las pastillas; esto se podría relacionar con una vida sexual más activa, en las edades de 35 años en adelante los métodos de larga duración como el DIU, las inyecciones o incluso la esterilización femenina han sido también utilizados.

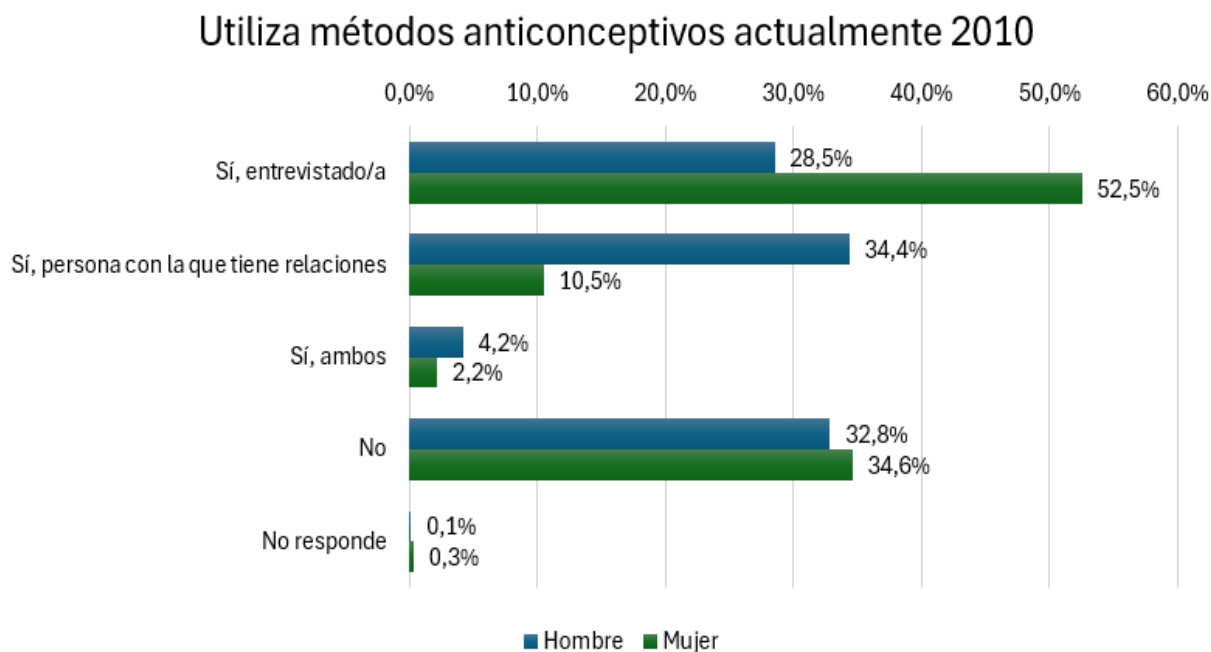
Dentro de la libertad sexual que han conseguido las mujeres, Millet (1970) se refiere a los métodos anticonceptivos como parte del avance tecnológico y la importancia del uso de estos en las decisiones tomadas por las mujeres respecto a sus cuerpos y control de la natalidad, además, Millet (1970) plantea que “el patriarcado se halla tan firmemente enraizado, que la estructura característica que ha creado en ambos sexos no constituye solamente un sistema político, sino también, y sobre todo, un hábito mental y una forma de vida”. (p.130)

La revolución y la liberación sexual, constituyen aspectos que abarcan más allá de las instituciones sociales, el ser humano que no tenga el conocimiento y el acceso a prácticas que permitan mayor libertad sexual, más allá del sexo, en búsqueda del placer, la auto liberación y el autoconocimiento, le será más complejo descubrir su sexualidad, esto se vincula directamente con los métodos anticonceptivos y la importancia de una decisión informada de su uso. Es importante brindar tanto a hombres como a mujeres el conocimiento, la información y las herramientas de estos para llevar a cabo su vida sexual de forma libre y responsable con sus parejas.

Ahora bien, respecto al uso de métodos anticonceptivos, al momento de realizar las encuestas 2010 y 2015 estas presentan datos que permiten reflexionar y evidenciar las dinámicas de género, la decisión de utilizar métodos anticonceptivos y las responsabilidades reproductivas tanto en

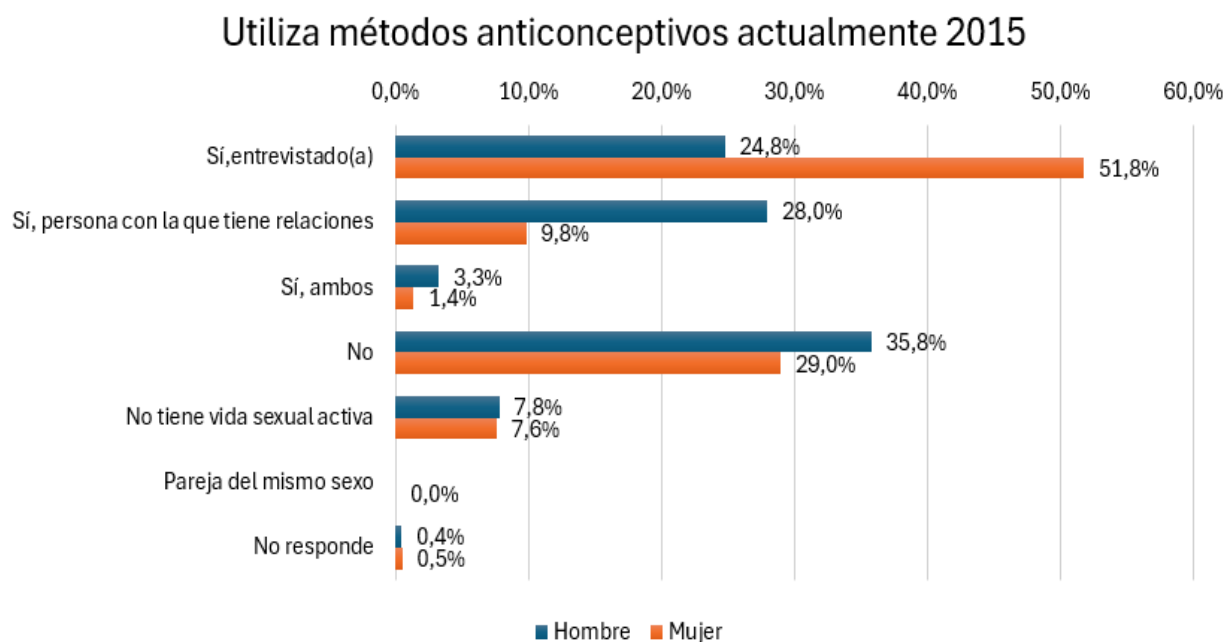
hombres como mujeres; como se presenta a continuación.

Gráfico 5. *Porcentaje de personas que utiliza actualmente métodos anticonceptivos por sexo, 2010.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Gráfico 6. *Porcentaje de personas que utiliza actualmente métodos anticonceptivos por sexo, 2015.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

2015.

Como parte de las tendencias y las diferencias de género en el uso de métodos, el 52,5 % de las mujeres en el 2010 indicó que sí utilizaba métodos anticonceptivos, esto predomina para ambos años en mujeres casadas, en unión libre y solteras, cuyos niveles educativos más altos alcanzados se encuentran, la primaria (38 %), secundaria académica (34,5 %) y la universidad (18,4 %), y, para el 2015 un 51,8 % de las mujeres también estaba utilizando algún método, los resultados son similares, se observa una baja en las mujeres con solamente primaria (32,6 %) y aumenta la secundaria académica (37,7 %) así como la universitaria (21,4 %). Esto refleja datos positivos; pues los resultados de 2015 muestran que las mujeres que han optado por utilizar algún método, han tenido la oportunidad de alcanzar la secundaria académica o el grado universitario.

Por su parte, la participación masculina presenta una disminución en el uso de métodos para el 2010 un 28,5 % de los hombres reportó que estaba utilizado anticonceptivos; mientras para el 2015 fue un 24,8 %. Al igual que las mujeres, entre los hombres que utilizan algún método se encuentran principalmente hombres casados, en unión libre o solteros y dentro del nivel escolar más alto alcanzado se repiten las opciones, hay un aumento del 37,1 % en 2010, a un 42,7 % en 2015 que alcanzaron la secundaria académica y se visualiza una leve baja en quienes cuentan con primaria y universitaria.

Tomando en cuenta la perspectiva de Millet (1970) quien argumenta que el patriarcado no solo se manifiesta en las estructuras públicas; además se reproduce en la esfera privada, por supuesto dentro de las relaciones familiares o íntimas, los resultados de ambas encuestas revelan un patrón que muestra que la responsabilidad del uso de métodos anticonceptivos continúa recayendo sobre las mujeres. Las respuestas de ellas muestran que, en la mayoría de los casos, son ellas quienes portan en sus cuerpos la carga física y simbólica de la planificación familiar. A su vez, una cantidad importante de los hombres señala que es su pareja quién utiliza el método anticonceptivo, esto refuerza la idea de que la planificación sigue siendo vista como una “responsabilidad femenina” dentro del vínculo de pareja.

Dentro de los aspectos relevantes, se señala que entre las personas que propiamente utilizan algún método el porcentaje predomina en las mujeres, dentro del uso en pareja, en 2010 el 34,4 % de los hombres mencionó que la pareja era quien usaba métodos anticonceptivos, en el 2015 disminuye el porcentaje; sin embargo, sigue siendo visible que el uso de métodos anticonceptivos sobresale entre las mujeres. Por otra parte, es importante reconocer que, a pesar de que el porcentaje fue de 0 %, para el 2015 se incorporó la opción de “pareja del mismo sexo” además de “no tiene vida sexual activa” esta última si formó parte de las respuestas con resultados similares para hombres y mujeres.

Como parte de la delegación de responsabilidades y la equidad de género en la planificación familiar, los datos anteriores muestran a las mujeres como grandes responsables en la planificación familiar, así el término autonomía empieza a hacerse presente desde la perspectiva de decisión de uso de métodos anticonceptivos, para lo cual es importante conocer los principales métodos utilizados por las personas.

Cuadro 1. *Métodos anticonceptivos utilizados actualmente por las personas o sus parejas en el 2010 por sexo y edad. Año 2010*

	Hombre			Mujer		
	15 a 34	35 a 49	50 y más	15 a 34	35 a 49	50 y más
Pastillas	32,8%	16,5%	6,4%	39,6%	15,5%	1,7%
Diu	2,7%	4,0%	1,6%	3,3%	4,9%	0,8%
Anticoncepción de emergencia	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inyecciones	11,6%	6,7%	2,1%	14,7%	6,6%	0,0%
Condón masculino	46,5%	21,9%	17,3%	19,6%	10,6%	5,0%
Condón femenino	0,2%	0,4%	2,4%	0,4%	0,4%	0,0%
Vaginales	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Norplant/implante	0,2%	0,6%	0,0%	0,4%	0,3%	0,0%
Esterilización femenina	10,4%	34,4%	57,4%	19,1%	50,5%	83,8%
Esterilización masculina	1,6%	7,4%	9,5%	2,9%	8,6%	6,2%
Billings	0,4%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
Ritmo	1,0%	6,2%	1,6%	1,1%	2,3%	0,9%
Retiro	1,5%	5,9%	3,4%	2,4%	1,8%	3,2%
Otro	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Cuadro 2. *Métodos anticonceptivos utilizados actualmente por las personas o sus parejas en el 2015 por sexo y edad. Año 2015*

	Hombre			Mujer		
	De 15 a 34	De 35 a 49	50 y más	De 15 a 34	De 35 a 49	50 y más
Pastillas	24,8%	23,7%	12,4%	41,4%	18,7%	7,6%
DIU	1,2%	4,1%	3,8%	3,1%	3,3%	1,6%
Anticoncepción de emergencia	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%
Inyecciones	12,2%	6,8%	8,8%	18,2%	4,3%	1,5%
Condón masculino	49,2%	20,3%	22,3%	17,2%	9,8%	8,7%
Condón femenino	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Vaginales	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Implante/Norplant	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Esterilización femenina	5,5%	31,3%	39,3%	14,1%	52,0%	76,0%
Esterilización masculina	2,5%	6,8%	9,8%	2,7%	7,9%	2,9%
Billings	0,6%	1,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
Ritmo	1,3%	2,0%	1,3%	1,1%	1,3%	0,0%
Retiro	1,6%	2,8%	0,0%	0,4%	0,7%	0,7%
Ninguno	0,4%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%	0,5%
Abstinencia	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%	0,0%
Otro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
No responde	0,0%	0,0%	1,3%	0,4%	0,3%	0,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

Dentro de los métodos anticonceptivos más utilizados para los años 2010 y 2015 se encuentran: las pastillas, el condón masculino, la esterilización femenina y las inyecciones, en ambos años se hallan patrones que permiten reflexionar sobre la elección de los métodos.

A excepción del condón masculino, cuyo uso predomina entre los 15 a 34 años, se observa que la mayoría de los métodos anticonceptivos recae en las mujeres. En su caso, destacan los métodos hormonales, principalmente entre los 15 y 49 años; así como la esterilización femenina a partir de los 35 años, con porcentajes superiores al 10 % en casi todas edades; mientras la esterilización masculina no alcanza el 10 % en ningún rango de edad.

Como parte del aporte feminista en la comprensión de las desigualdades que enfrentan las mujeres, en particular en lo relacionado con la planificación familiar, principalmente el uso de anticonceptivos continúa recayendo sobre ellas, Lagarde señala que:

El análisis de género feminista es detractor del orden patriarcal, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la

jerarquización política de las personas basadas en el género. (Lagarde, 1996, p.16)

Tanto la encuesta de 2010 y la de 2015 presentan algunos patrones similares en el método que utilizaban, uno muy importante e influye en ambos sexos, es la disminución del uso del condón masculino a partir de los 35 años, tanto en la respuesta de los hombres como en la de las mujeres, sus parejas no utilizan condón. Este hallazgo puede traer consigo distintas interpretaciones, a partir de esta edad muchas personas pueden tener relaciones estables o monógamas y, por tanto, la necesidad de protección disminuye contra infecciones de transmisión sexual, por lo cual la percepción de riesgo reduce el uso del preservativo, pero no se debe invisibilizar el riesgo existente si la pareja no es monógama.

Además, los cambios hormonales que experimentan las mujeres a partir de los 35 años pueden provocar incomodidad con el uso del condón, por ejemplo, debido a la resequedad vaginal u otras alteraciones. Los datos muestran que muchas mujeres a partir de esa edad utilizan métodos definitivos como la esterilización femenina, o bien, métodos hormonales. Incluso algunos hombres optan por la esterilización masculina.

Dos métodos anticonceptivos que presentan un bajo porcentaje de uso, pero son importantes de recalcar, es la disminución de uso reflejado en el retiro y el ritmo, para el 2015, en ninguna de las edades el porcentaje supera el 3 % en comparación al 2010 cuando si se practicaba principalmente a partir de los 35 años.

En relación con lo mencionado, las decisiones reproductivas y sexuales de las mujeres no son únicamente biológicas o individuales, están atravesadas por relaciones de poder; además de estructuras de género y desigualdades en la distribución de la responsabilidad reproductiva, el cuerpo femenino sigue siendo visto como el principal en el control de la reproducción. Por lo tanto, lo reproductivo es también político, como señala Firestone (1973):

El movimiento feminista es el primero en combinar eficazmente el factor 'personal' con el 'político'. Está desarrollando un nuevo tipo de relación, un nuevo estilo político, que con el tiempo reconciliará el factor personal –constante prerrogativa femenina– con el público –con el 'mundo exterior'–, a fin de devolver a este mundo sus emociones y sus sentimientos. (p.53)

Lo anterior permite comprender que la elección de un método anticonceptivo no siempre es una decisión individual, es parte de relaciones sociales, históricas, culturales y de salud que median

en la elección y uso de estos.

4.4 Toma de decisión: ¿quién o quiénes deciden qué método anticonceptivo utilizar?

La decisión de utilizar o no un método anticonceptivo puede ser, sin exagerar una decisión que cambie la vida de las personas sexualmente activas, importancia que radica en todas las sociedades, donde la decisión de tener relaciones sexuales se toma voluntariamente, es ahí donde la planificación familiar resulta de vital importancia. En relación con esta toma de decisión, se presentan los siguientes datos:

Cuadro 3. *Hombres que decidieron utilizar el método anticonceptivo seleccionado, por sexo, 2010.*

	Mi decisión	Mi pareja	Ambos	Médico	Otro	Ns/Nr
Condón masculino	45,0%	3,9%	50,5%	0,6%	0,0%	0,0%
Pastillas	3,9%	30,7%	61,0%	4,4%	0,0%	0,0%
Inyecciones	3,4%	29,8%	51,8%	15,1%	0,0%	0,0%
Esterilización femenina	1,3%	34,3%	38,8%	24,1%	0,0%	1,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Cuadro 4. *Mujeres que decidieron utilizar el método anticonceptivo seleccionado, por sexo, 2010.*

	Mi decisión	Mi pareja	Ambos	Médico	Otro	Ns/Nr
Pastillas	65,4%	0,6%	24,3%	9,4%	0,3%	0,0%
Inyecciones	62,0%	2,3%	24,3%	11,5%	0,0%	0,0%
Esterilización femenina	48,2%	1,4%	22,6%	27,6%	0,3%	0,0%
Condón masculino	18,6%	10,2%	70,3%	1,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Los datos recopilados presentan los resultados sobre quién tomó la decisión respecto al uso del método, para ello, se consideran cuatro de los anticonceptivos más utilizados por la población al momento de encuesta: condón masculino, pastillas anticonceptivas, inyecciones y esterilización femenina. En el marco de la liberación sexual y anticonceptiva, la planificación familiar recae en gran medida sobre el poder reproductivo de la mujer, sustentado en hechos biológicos como la ovulación, que puede conducir al embarazo si el óvulo es fecundado durante la ventana fértil. Por ello, se insiste en que las mujeres cuenten con la educación necesaria para decidir qué método

anticonceptivo utilizar; sin embargo, no debe dejarse de lado la responsabilidad masculina en estas decisiones.

Como se observa en los datos obtenidos en el 2010, la opción predominante por parte de los hombres fue que ambos —con un 61 %— tomaron la decisión de que la mujer usará el método anticonceptivo: pastillas anticonceptivas y, en la decisión tomada por ellos mismos predomina el condón masculino con un 45 %.

Por su parte, las mujeres en el 2010 la decisión predominante tomada por ambos fue el condón masculino con un 70,3 % y la decisión propia las pastillas anticonceptivas un 65,4 %, seguido por las inyecciones 62 %. Se observan diferencias importantes en ambos sexos donde los anticonceptivos hormonales son bastante utilizados por las mujeres al igual que el de barrera. Ahora bien, la encuesta de 2015 presenta los siguientes resultados.

Cuadro 5. *Hombres que decidieron utilizar el método anticonceptivo seleccionado, por sexo, 2015.*

	Mi decisión	Mi pareja	Ambos	Médico	Madre	Otro	No responde
Condón masculino	48,0%	2,9%	48,8%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Inyecciones	6,3%	47,9%	40,9%	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Pastillas	4,0%	47,7%	42,5%	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Esterilización femenina	2,1%	53,7%	30,0%	14,2%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

Cuadro 6. *Mujeres que decidieron utilizar el método anticonceptivo seleccionado, por sexo, 2015.*

	Mi decisión	Mi pareja	Ambos	Médico	Madre	Otro	No responde
Inyecciones	71,3%	3,8%	17,6%	7,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Pastillas	61,4%	1,5%	25,8%	10,7%	0,6%	0,0%	0,0%
Esterilización femenina	58,6%	1,6%	16,7%	21,1%	0,6%	0,0%	1,4%
Condón masculino	18,2%	9,5%	68,5%	2,9%	0,9%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

En referencia a las decisiones de uso de los métodos, para la encuesta de 2015, en la opinión de los hombres predomina el condón masculino con 48,8 %, seguido de las pastillas anticonceptivas

42, 5%, esto refleja diferencias significativas en comparación con la encuesta 2010. Dentro de la opinión de la pareja, la esterilización femenina predomina con 53,7 % como decisión tomada por la mujer, y el condón masculino similar al 2010 (45 %) fue también la mayor opción elegida por los hombres, para el 2015 obtuvo un 48% como el método que decidieron usar.

Por otra parte, para el 2015 se observa que las mujeres toman la decisión mutuamente con su pareja al usar el condón masculino, lo cual refleja el 68,5 %, esto disminuyó en 1,8 % en relación con el 2010; como parte de la decisión tomada por las mujeres en el 2015, las inyecciones son un método elegido en su mayoría por las mujeres con 71,3 %, seguido por las pastillas y la esterilización femenina.

Además, la encuesta de 2015 añadió una nueva categoría en su respuesta, agregó la opción de madre como la persona que decide qué método anticonceptivo utilizar; y, este porcentaje se ve solamente reflejado en las opiniones de las mujeres, aunque en un valor pequeño, han sido las madres quienes han decidido en un 0,6 % que se utilicen las pastillas anticonceptivas, un 0,9 % el condón masculino y un 0,6 % la esterilización femenina, las madres son seres que pueden influir de gran manera sobre las decisiones de sus hijas, más aún en su sexualidad.

Los datos presentados reflejan como los métodos anticonceptivos hormonales predominan como usados por las mujeres, así como ellas son las que deciden en su mayoría utilizarlos. Dentro de los ideales de Firestone y la apropiación del cuerpo femenino, el control de la fertilidad en definitiva debería ser una decisión de las mujeres, bajo la premisa de que la ovulación se da en el cuerpo de la mujer y son ellas quienes sobrellevan una mayor parte de la responsabilidad cuando de anticoncepción se trata, más aún en los sistemas económicos y laborales actuales, se espera que los métodos anticonceptivos sean accesibles, prácticos y no representen una carga adicional en la vida cotidiana de las mujeres, especialmente en términos de tiempo, salud o responsabilidad emocional.

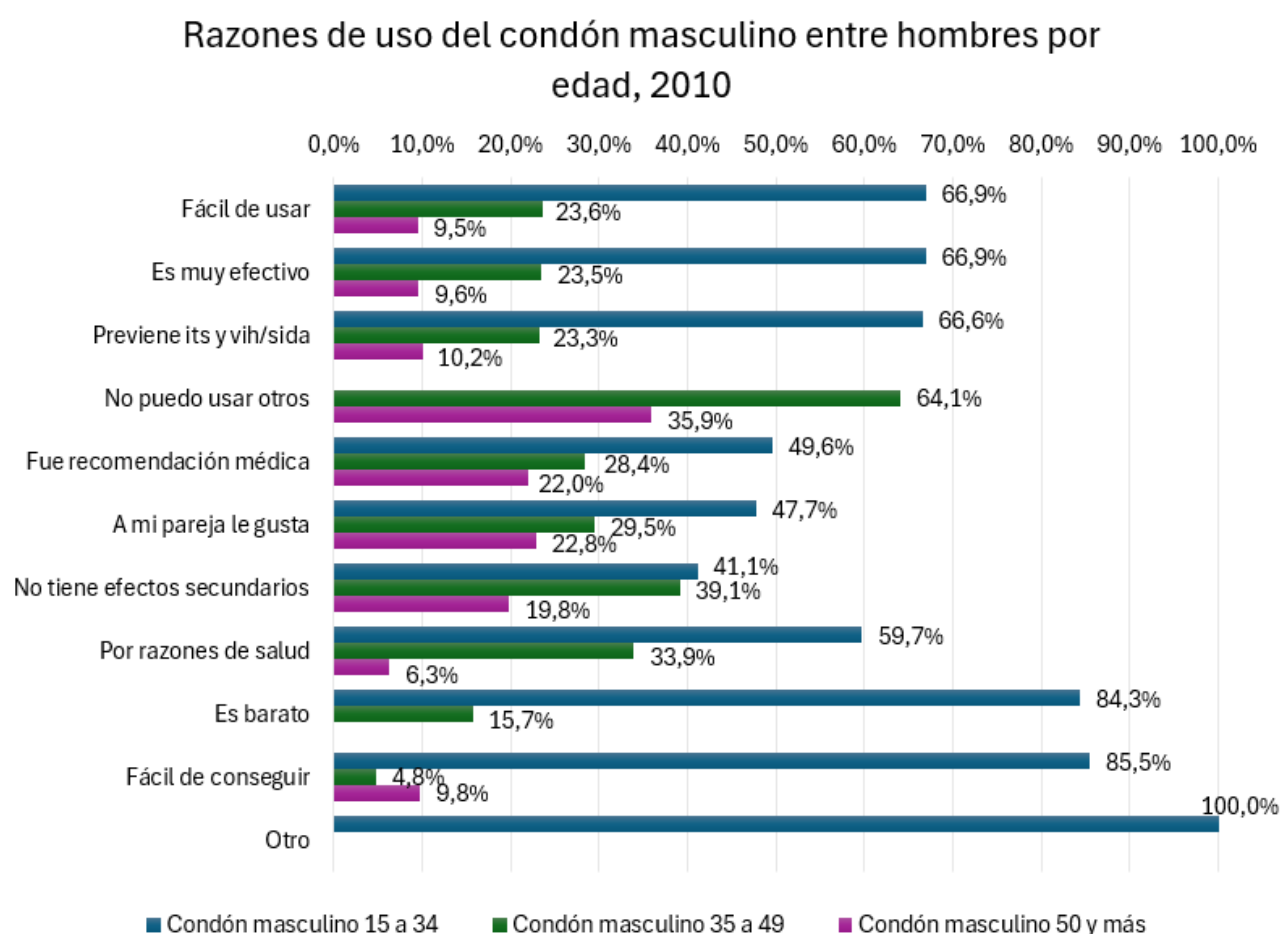
4.5 Métodos anticonceptivos, una elección que pasa por el cuerpo de mujeres y hombres e influye directamente sobre su salud, economía, presente y futuro

Si bien los métodos anticonceptivos ofrecen, especialmente a las mujeres, una mayor libertad sexual —entendida como la posibilidad de decidir de manera voluntaria tener o no hijos desde el disfrute pleno de la sexualidad, lo que constituiría el ideal—, la mayoría de los métodos anticonceptivos convencionales implican responsabilidades específicas: control de uso, cumplimiento de horarios establecidos y posibles efectos secundarios a corto o largo plazo. Por ello, es importante conocer las razones por las cuales las personas entrevistadas han decidido utilizar el método seleccionado.

Para los siguientes gráficos, se muestran los métodos más utilizados y, de acuerdo con la información obtenida, resulta importante señalar que —en algunos casos—, se muestran porcentajes que equivalen a 100 %, eso indica que el análisis se realizó por filas, tomando en cuenta sexo (hombre, mujer), el método que utilizaba en ese momento y el grupo etario al que pertenecía, de acuerdo con cada motivo de uso. Por lo tanto, el 100 % indica que, para esa opción de respuesta, en algunos casos, solo las personas de un grupo etario contestaron.

Método anticonceptivo elegido y la razón de uso: condón masculino

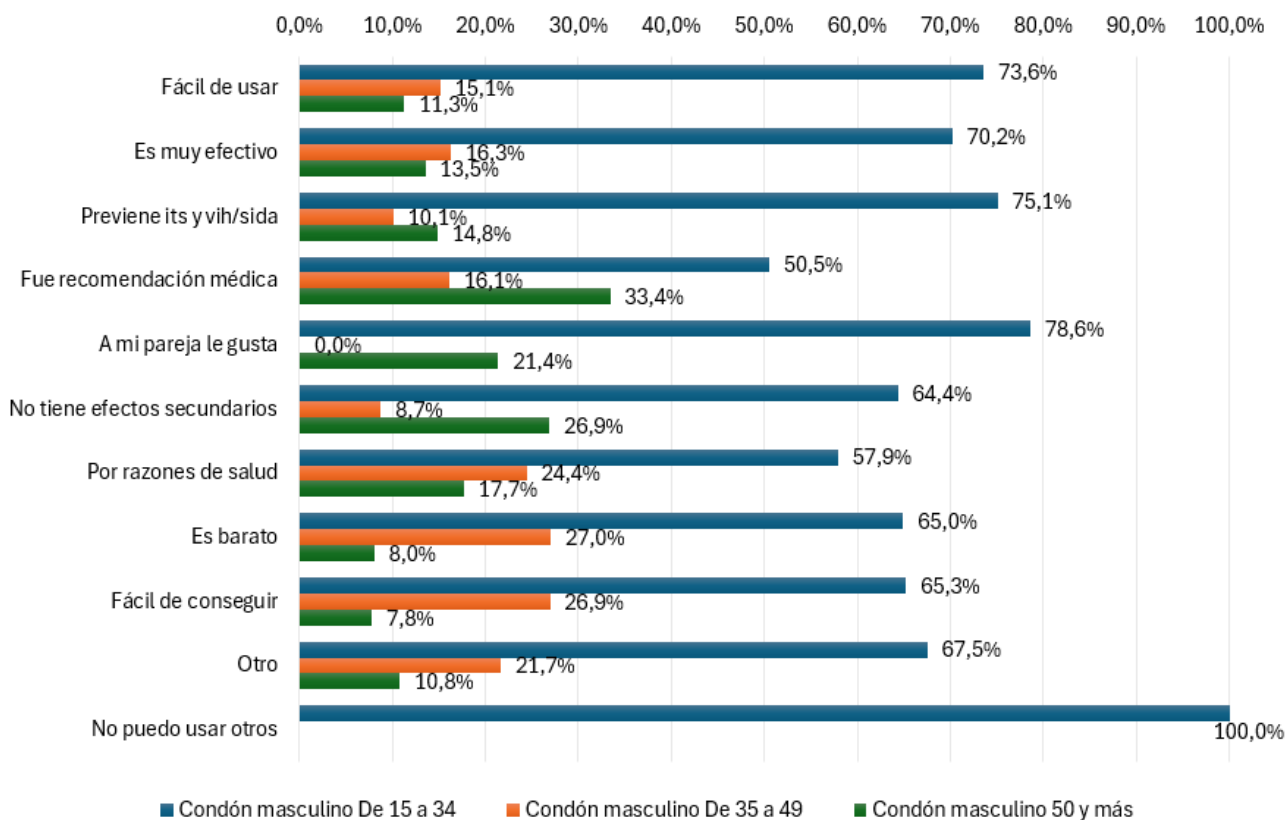
Gráfico 7. Porcentaje de hombres que utilizan el condón masculino y la razón por la cual lo eligieron, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Gráfico 8. Porcentaje de hombres que utilizan el condón masculino y la razón por la cual lo eligieron, 2015.

Razones de uso del condón masculino entre hombres por edad, 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

El condón masculino es el método anticonceptivo más utilizado de forma directa (en su propio cuerpo) por los hombres, según la encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015, al tomar en cuenta cada razón de uso y la subdivisión por edad, los mayores datos se observan entre los hombres de 15 a 34 años, motivados por razones prácticas como “fácil de usar”, “previene ITS”, “es muy efectivo”, “fácil de conseguir”. Se observa un bajo uso del condón en hombres mayores de 50 años, lo cual se ha comentado en la investigación, entre quienes sí lo utilizan destacan razones como “no tiene efectos secundarios” o “por recomendación médica”.

Tal como sostiene Kate Millet (1970):

Ahora bien, el primer paso de la revolución sexual tendría que consistir en abrogar la institución del patriarcado, aboliendo tanto la ideología de la supremacía masculina como la organización social que la mantiene en todo lo concerniente a la posición, el papel social y el temperamento. (p.128)

Desde la perspectiva de Millet, se puede ubicar una centralidad del cuerpo femenino, la cultura patriarcal históricamente ha asignado a las mujeres la carga de evitar un embarazo, de acuerdo

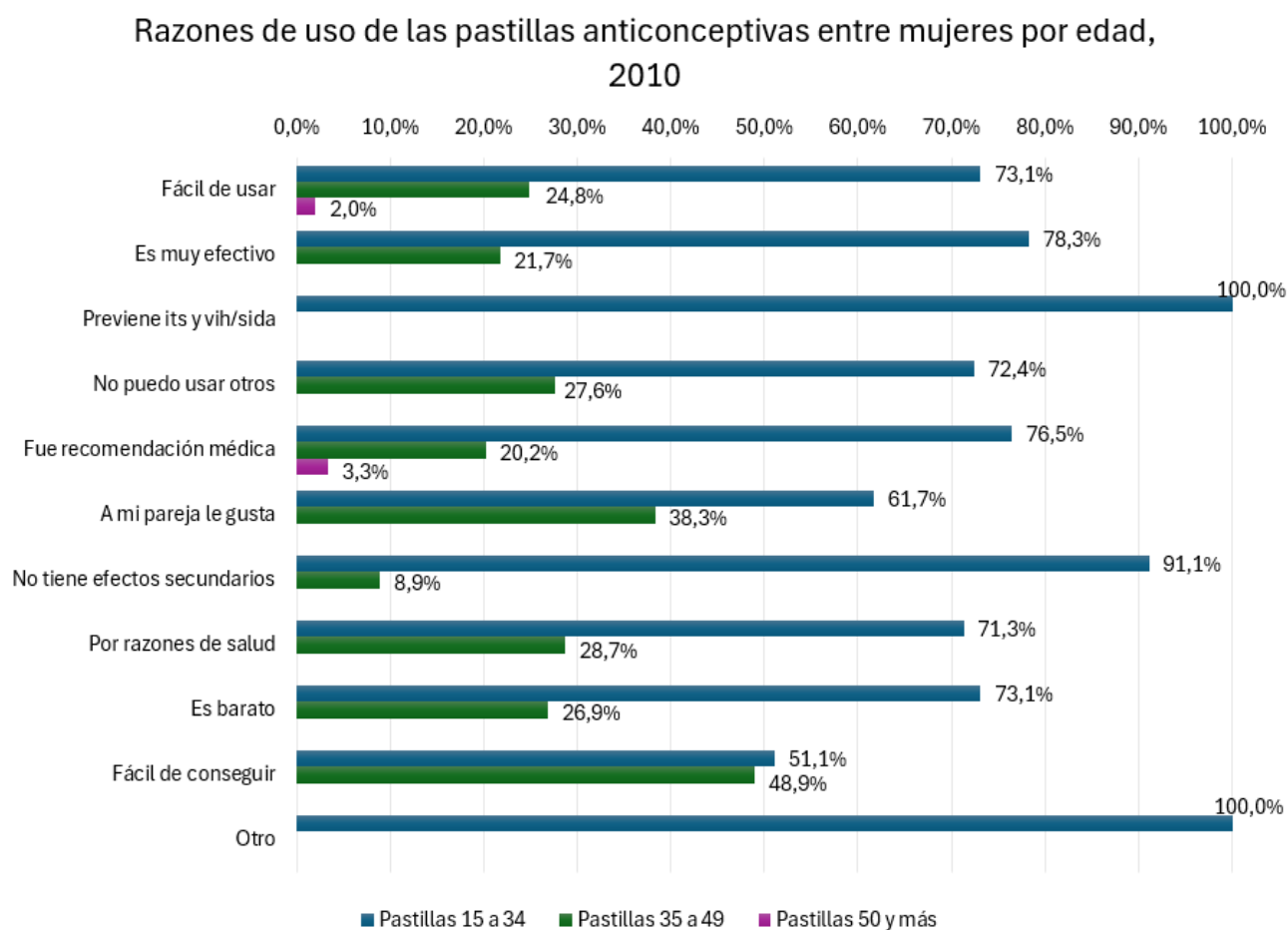
con las opciones de respuesta se sigue evidenciando que los motivos de uso del método no son neutrales, están influidos por normas de género o relaciones de poder. Por ejemplo, respuestas como “a mi pareja le gusta” invitan a reflexionar sobre el grado de autonomía y consenso real en la toma de decisión. Por lo tanto, resulta necesario profundizar si esta preferencia refleja una comunicación equitativa dentro de la relación o si, por el contrario, responde a una aceptación incuestionable de los deseos de la pareja, en ese caso, se podría evidenciar dinámicas de poder desiguales en la relación, así como la falta de escucha activa y mutua.

Método anticonceptivo elegido y la razón de uso: pastillas anticonceptivas, inyecciones y esterilización femenina

Para conocer cuáles razones toman en cuenta las mujeres al elegir el método anticonceptivo, se presenta cada uno y el año correspondiente, de esta manera, se identifican las diferencias o similitudes entre ambos.

Método anticonceptivo: pastillas anticonceptivas

Gráfico 9. Porcentaje de mujeres que utilizan pastillas anticonceptivas y la razón por la cual las eligieron, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Gráfico 10. Porcentaje de mujeres que utilizan pastillas anticonceptivas y la razón por la cual las eligieron, 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

Las pastillas anticonceptivas son el método más utilizado por las mujeres, su efectividad es alrededor del 97 % cuando se utilizan para evitar un embarazo; sin embargo, para que eso sea efectivo las mujeres deben seguir una serie de pasos, idealmente que sean recomendadas por una persona profesional de la salud, quien evaluará diferentes aspectos para determinar el anticonceptivo más adecuado. En caso de que se elija dicho método, se deberá escoger la opción que se ajuste a las necesidades de la mujer o acordar la elección con la pareja.

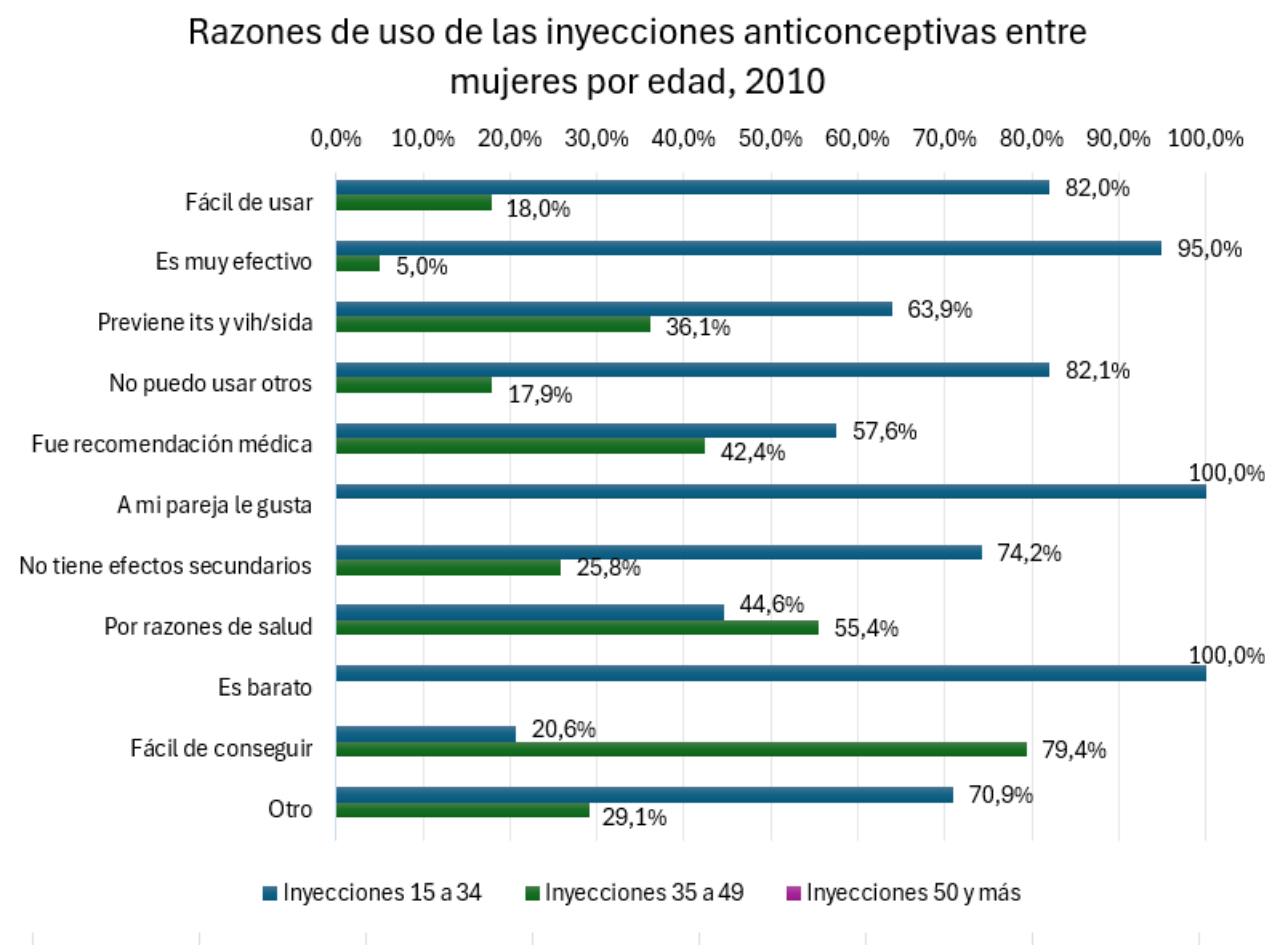
Dentro de las opiniones brindadas por las mujeres encuestadas para el 2010, el grupo etario con mayor participación fue de 15 a 34 años en el cual más se consume este anticonceptivo. El 2015 presenta similitud de resultados; sin embargo, por grupo etario presenta mayor consumo de este anticonceptivo e incluso en mujeres de 50 años y más.

Como parte de la autonomía corporal, las pastillas anticonceptivas pueden representar la decisión, organización, responsabilidad y valentía de las mujeres al utilizar este método, el cual brinda una gran protección, pero a la vez, debe utilizarse con mucha responsabilidad para obtener la efectividad deseada.

La eficacia de las pastillas anticonceptivas usadas como anticonceptivo, inicia porque inhiben la ovulación en la mujer, engrosan el moco cervical y pueden alterar el revestimiento uterino, aspectos muy importantes; pues es la ovulación que precede a la menstruación, por lo tanto, durante el consumo de las pastillas el cuerpo de la mujer no menstrua naturalmente, se da el conocido sangrado por privación.

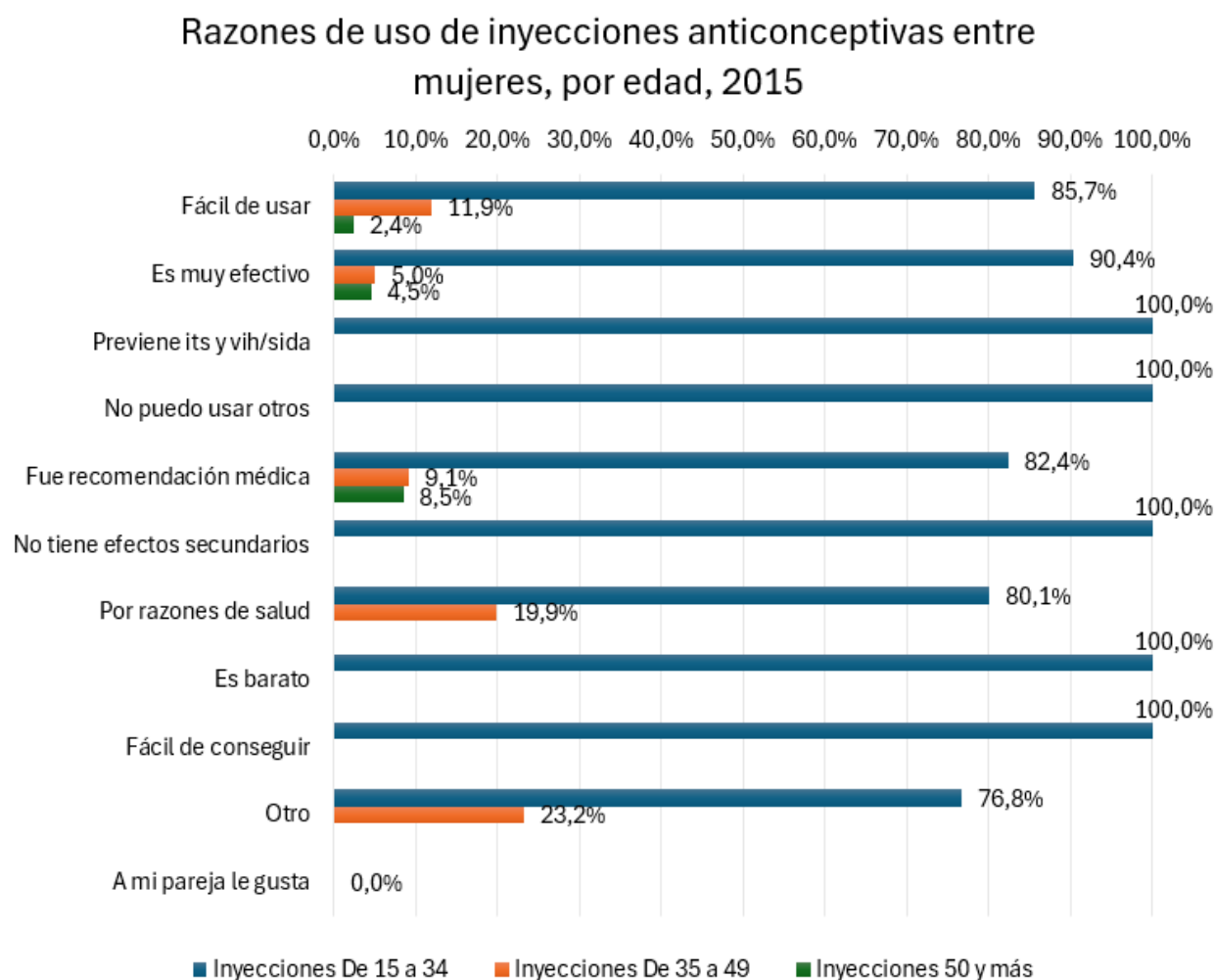
Método anticonceptivo: inyecciones

Gráfico 11. *Porcentaje de mujeres que utilizan inyecciones anticonceptivas y la razón por la cual las eligieron, 2010.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Gráfico 12. Porcentaje de mujeres que utilizan inyecciones anticonceptivas y la razón por la cual las eligieron, 2015.



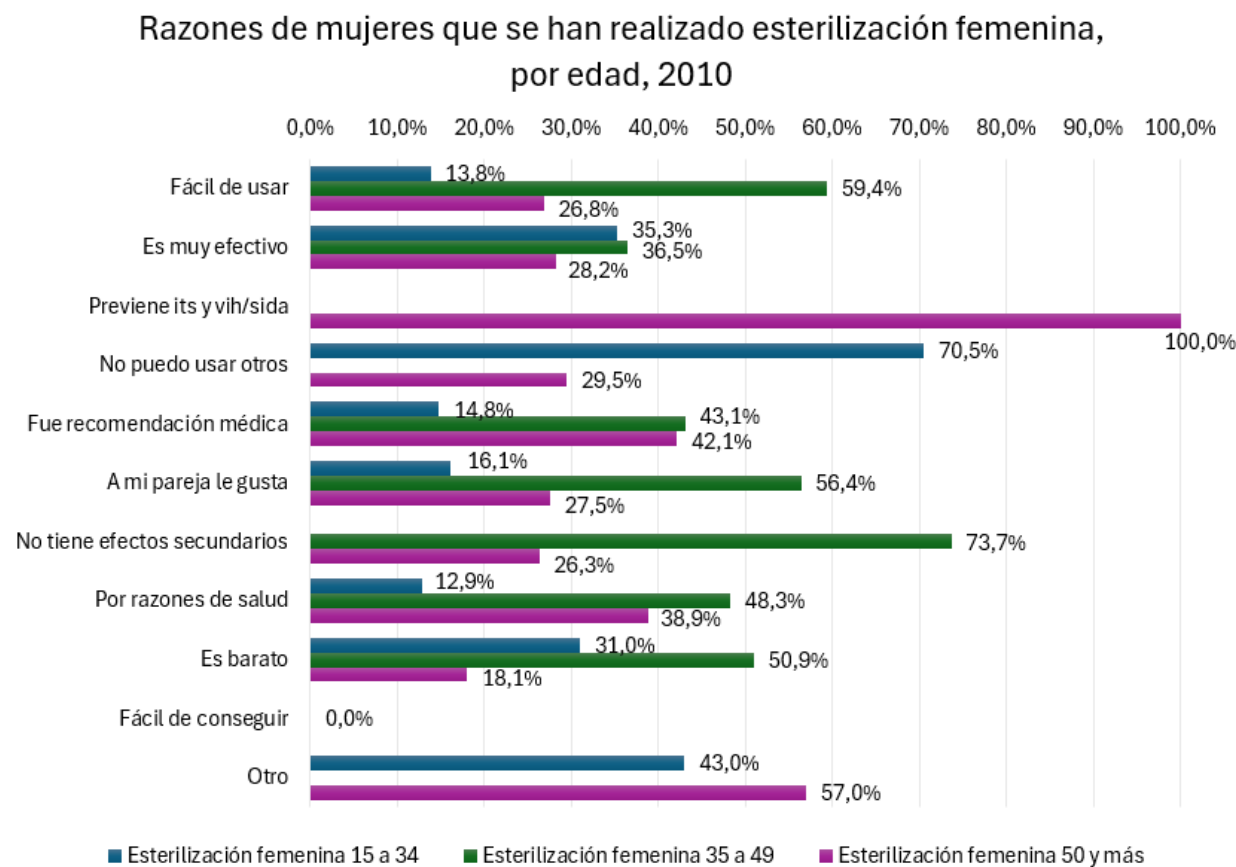
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2015.

Las inyecciones anticonceptivas son otro de los métodos más utilizados por las mujeres, en ambos años el grupo de 15 y 34 años es el que alberga la mayoría de las respuestas en casi todas las categorías. Esto refleja que es un método preferido por su facilidad de uso y otras características percibidas como ventajas. Además, en 2015 se manifiesta más razones que se concentran en el grupo de 15 a 34 años, lo cual podría vincularse como resultado de una educación sexual más amplia o programas de salud dirigidos a mujeres jóvenes.

En 2015, destacan motivos vinculados con la eficacia, la accesibilidad y la recomendación médica; mientras en 2010 se evidenciaban más razones vinculadas al gusto de la pareja o la imposibilidad de usar otros métodos. Las inyecciones, como método hormonal que se administra mensualmente o cada tres meses, según el tipo y la indicación médica, poseen una efectividad superior al 96 % si se utilizan de forma correcta.

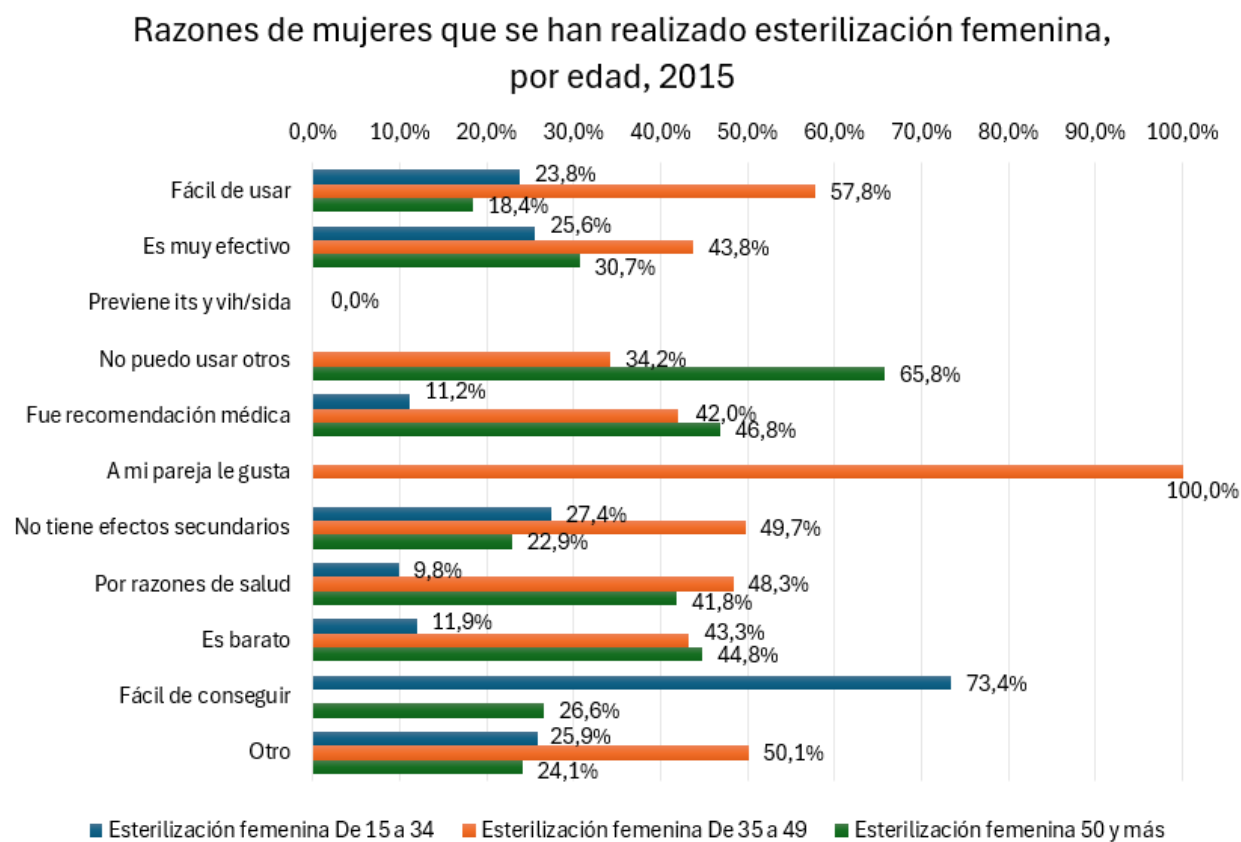
Método anticonceptivo: esterilización femenina

Gráfico 13. Porcentaje de mujeres que se han realizado la esterilización femenina, y la razón por la cual la eligieron, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2010.

Gráfico 14. Porcentaje de mujeres que se han realizado la esterilización femenina, y la razón por la cual la eligieron, 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

Por último, la esterilización femenina se halla como uno de los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres mayores a los 35 años, por rango etario, ambas encuestas muestran las diferentes razones, por ejemplo: es “fácil de usar” un porcentaje mayor al 50 % lo consideran en ambos años, “a la pareja le gusta”, “por razones de salud” o “recomendación médica” predominan entre la decisión de uso. La esterilización femenina es un método quirúrgico para evitar embarazos, cada vez las mujeres la utilizan más como decisión definitiva con un alto porcentaje de efectividad.

A su vez, la esterilización femenina como parte de la corporalidad y autonomía, otorga a las mujeres la oportunidad de decidir si ser madres o no, o, por el contrario, realizarla después de ser madre. Es un proceso que puede tardar tiempo de espera en el seguro social y tener un alto costo en el sector privado, aun así, lo más importante es una decisión informada y segura por parte de la mujer.

Finalmente, de forma general es indispensable conocer si las personas que utilizan los métodos

anticonceptivos al momento de las encuestas habían experimentado algún problema, en el 2010, en el área urbana el 60,9 % de los hombres no experimentaba ninguno, tampoco un 39,1 % en el área rural. En el caso de las mujeres no han tenido problemas el 59,9 % en la zona urbana y un 40,1 % en la zona rural como se observa a continuación:

Cuadro 7. Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido algún problema al utilizar métodos anticonceptivos por zona, 2010 y 2015.

	2010				2015			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Sin problemas	60,9%	39,1%	59,9%	40,1%	75,3%	24,7%	71,7%	28,3%
Problemas de salud	63,6%	36,4%	57,8%	42,2%	84,1%	15,9%	74,7%	25,3%
Pareja desaprueba	100,0%	0,0%	83,6%	16,4%	50,4%	49,6%	100,0%	0,0%
Acceso/disponibilidad	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Alto costo	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Incómodo	59,3%	40,7%	90,6%	9,4%	80,5%	19,5%	100,0%	0,0%
Otro	80,2%	19,8%	46,0%	54,0%	82,3%	17,7%	79,5%	20,5%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

La encuesta de 2010 y 2015 refleja realidades en torno a problemas vividos por hombres y mujeres en la zona rural y urbana, los problemas de salud son uno de los factores que han experimentado las personas, la zona urbana tanto en hombres como mujeres predomina el porcentaje que han tenido estos problemas, para el 2015 se refleja también esta situación.

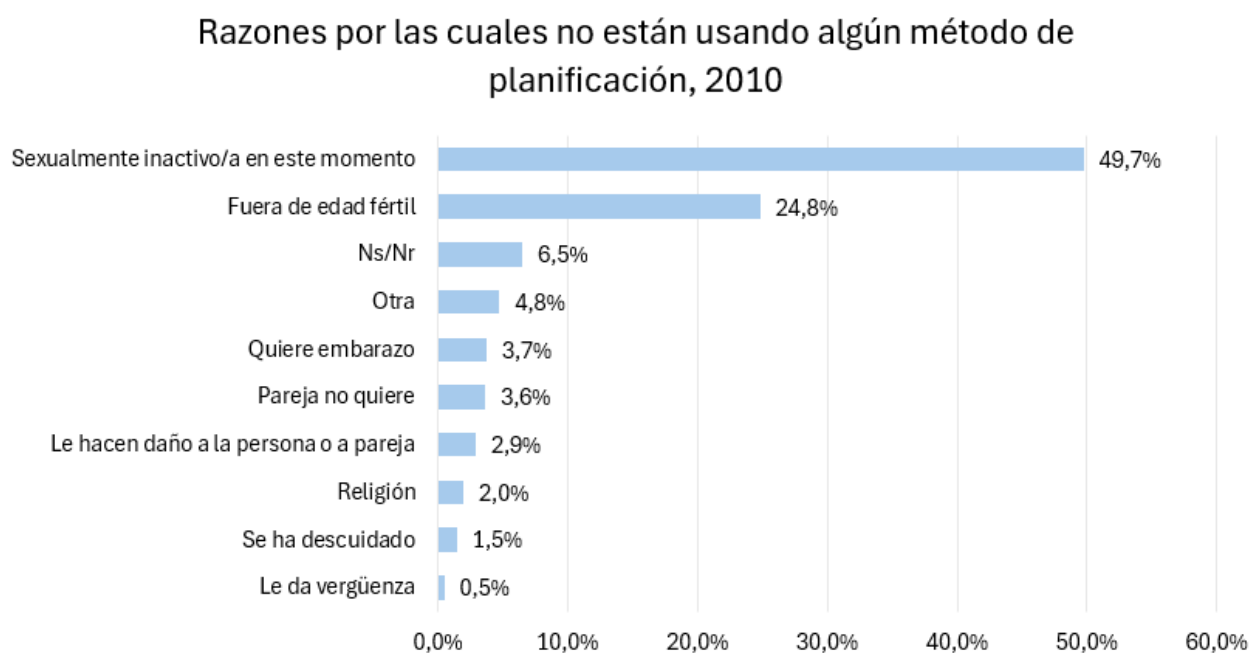
Los problemas de salud no se especifican en la encuesta, pero la realidad es que muchos de los métodos anticonceptivos pueden provocar efectos secundarios, principalmente de tipo hormonal. Otro motivo mencionado es la desaprobación de la pareja, un escenario reportado exclusivamente por hombres de la zona urbana en el 2010. Para el 2015, esta razón fue señalada por un 50,4 % de hombres en la zona urbana y un 49,6 % en la zona rural. En el caso de las mujeres el 83,6 % en la zona urbana lo ha vivido y un 16,4 % en la zona rural.

Para el 2015, la desaprobación por el uso del anticonceptivo también se encuentra presente, tanto en hombres como mujeres, los roles de género se hallan como parte importante al analizar esta variable, como se ha mencionado la decisión de utilizar un método anticonceptivo debería llevarse a cabo de una manera informada y acompañada, tanto desde el ámbito médico como de pareja, este puede ser un gran apoyo para vivir una sexualidad y planificación familiar sana.

4.6 El no utilizar métodos anticonceptivos: entre decisiones personales y estructuras de poder

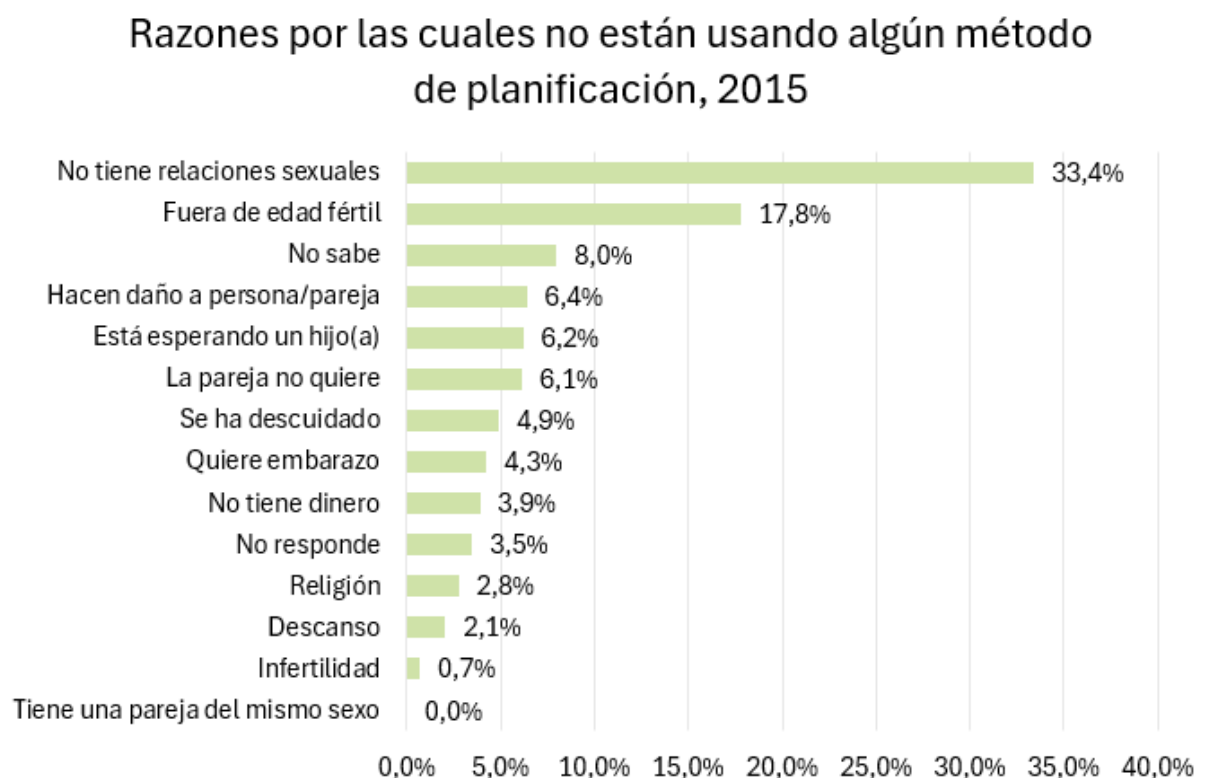
Comprender las razones por las cuales las personas encuestadas no estaban utilizando métodos anticonceptivos al momento de las encuestas resulta fundamental; pues estas decisiones no solo reflejan elecciones individuales, sino también condiciones sociales, de género, culturales y estructurales que inciden en la salud pública. Por ello, se exponen a continuación las razones de las personas participantes para no hacer uso de métodos anticonceptivos:

Gráfico 15. Razones por las cuales no está usando algún método de planificación familiar, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010.

Gráfico 16. Razones por las cuales no está usando algún método de planificación familiar, 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015.

De acuerdo con los datos, se observa una baja de 49,7 % en el 2010 a 33,4 % en el 2015 para las personas que no tienen relaciones sexuales, dentro de este dato es importante recalcar que para el 2015 se incluyeron más clasificaciones o hubo mayor sinceridad en la población respecto al no uso de métodos. Entre las razones personales y estructurales predominantes de respuesta, en el 2015 se observa un aumento en que no los utilizan porque a la persona o la pareja le hace daño, o bien, la pareja no quiere utilizar, se ha descuidado y una nueva categoría para el 2015 que fue la falta de dinero, esto muestra implicaciones sociales y económicas.

Como parte del no uso de métodos anticonceptivos, como menciona Lagarde (2005):

Las mujeres prefieren no informarse para evitar ser descubiertas en la transgresión. Muchas de ellas informadas prefieren el riesgo de embarazarse que comprar los anticonceptivos, o pedir al ginecólogo que los prescriba. Otras no usan anticonceptivos para que su pareja no se entere, ya que para muchos su uso significa la libertad erótica de las mujeres. (p.422)

Por lo tanto, las razones brindadas por las personas tienen un peso simbólico y estructural, más allá del uso de anticonceptivos como un posible acto de rebeldía frente a un control masculino

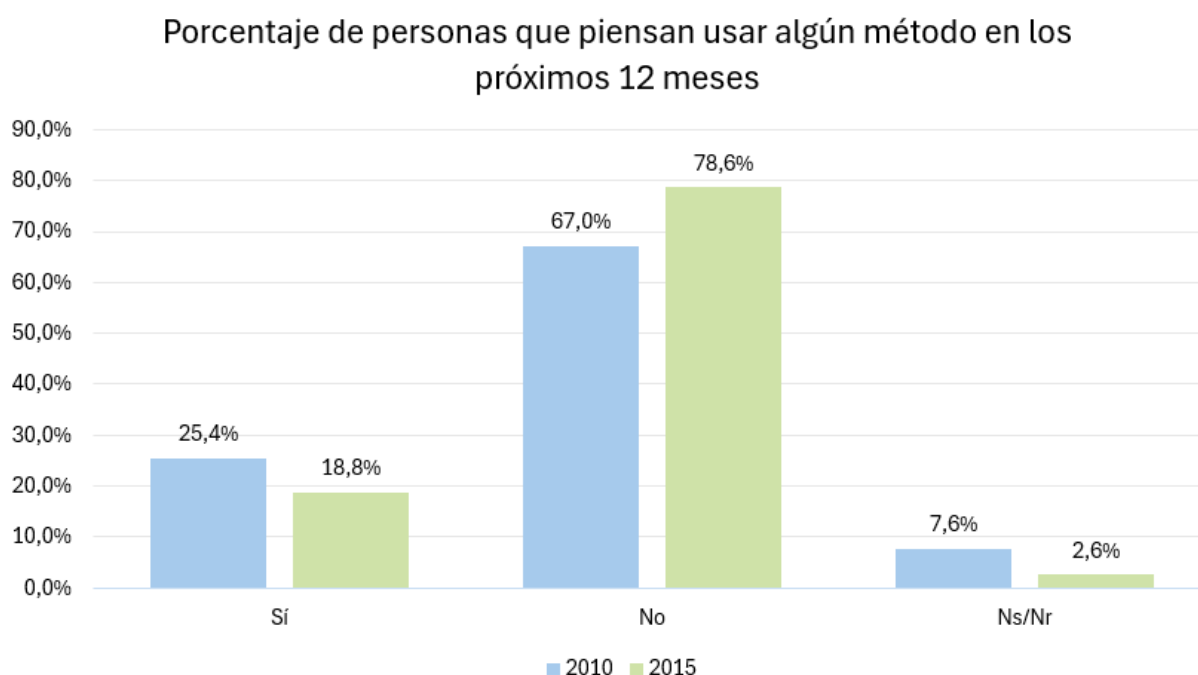
que aboga por la feminización del uso de anticonceptivos, el miedo, la sumisión o riesgos de embarazo lleva a las mujeres a no enfrentar su derecho de ejercer a la planificación familiar.

Dentro de los grupos etarios, algunas diferencias clave para ambas encuestas se encuentran, para el 2015 el aumento en personas de 15 a 34 años que opinan que la pareja no quiere usar algún método; esto es visible tanto en hombres como mujeres. Además, entre los 35 a 49 años se triplica el porcentaje de mujeres que opinan que el método les hace daño a ellas o a sus parejas pasando de un 6,3 % en el 2010 a un 19,2 % en el 2015. En hombres, se sextuplica la cifra, de un 3,1 % en el 2010 a un 20,0 % en el 2015, esto implica notoriamente un temor ante los efectos adversos de los anticonceptivos y también hace un llamado a la información con enfoque de género, educar tanto a mujeres como a sus parejas y ambos participen de forma activa y equitativa.

A partir de lo expuesto, resulta fundamental que, más allá de una respuesta como “le hacen daño” o “la pareja no quiere”, se implementen estrategias que ayude a las mujeres a entender que tienen derecho a decidir por sí mismas, y que el acompañamiento de la pareja en la toma de decisión es muy importante. No se trata de seguir feminizando el uso de métodos anticonceptivos, pero, dentro de una sociedad que históricamente lo ha hecho, la información y la educación con enfoque de género puede beneficiar decisiones más voluntarias, guiadas e informadas.

Ahora bien, el siguiente gráfico muestra el porcentaje de personas que no utilizaban anticonceptivos, pero piensan usarlos en los próximos doce meses:

Gráfico 17. *Porcentaje de personas que piensan usar algún método de planificación en los próximos doce meses, 2010 y 2015.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 y 2015.

Los datos muestran que para el 2015 disminuyó el número de personas que piensan usar métodos anticonceptivos y esto se refleja en cada grupo etario; mientras que en el 2010 un 43,1 % de los hombres entre 15 a 34 años pensaban usarlos, para el 2015 baja a un 28,8 %. Esta baja significativa también se refleja en las mujeres de un 41,9 % a un 24,9 %. Además, para el 2015 en las personas de 50 años y más, el 100 % de los que contestaron a esta pregunta consideran que no piensan utilizar ningún método, esto debido a que la mayoría mencionan que no tienen relaciones sexuales o se encuentran fuera de la edad fértil.

A partir de la información presentada, dentro de los métodos que quisieran implementar estas personas, el más mencionado por los hombres es el condón masculino, especialmente en el grupo de 15 a 34 años, representó un 58 % en el 2010 y un 58,5 % en el 2015. Por el contrario, entre las mujeres de ese mismo grupo etario, prevaleció el uso de pastillas anticonceptivas, que pasó de un 39,1 % en 2010 a 46,1 % en 2015.

Otro cambio relevante surge entre los 35 a 49 años en hombres, respecto al posible uso del condón, se observa una ligera baja del 53,9 % en 2010, al 50,5 % para el 2015. Como parte de otros métodos que expresan los hombres que planean usar sus parejas se encuentran desde los 15 a los 49 años: las pastillas, las inyecciones y la esterilización femenina. En el 2010 con un 11,1

% ellos expresaban la esterilización masculina, dato que refleja 0 % para el 2015.

En el caso de las mujeres, para el grupo entre 35 a 49 años a diferencia de 2010, que predominó el posible uso de pastillas, inyecciones, condón masculino, el DIU, la esterilización femenina y la masculina, para el 2015 dentro del poco porcentaje de mujeres que piensan usar algún método, el 100 % de quienes contestaron esta opción correspondió solo a que la pareja utilice el condón masculino.

Por tanto, se visualiza como el condón masculino y las pastillas anticonceptivas siguen sobresaliendo en su posible uso, a pesar de ello se debe tomar en cuenta que esto se encuentra altamente diferenciado por las variables de sexo y edad. Asimismo, dentro de los patrones que surgen en los datos, aluden a que las mujeres jóvenes optan por métodos que pueden brindarles autonomía y control por parte de ellas sobre su fertilidad. Pero como se ha mencionado, no hay un hecho claro que refleje que esta decisión se esté dando de manera consensuada con su pareja; por eso, en relación con el análisis de Kate Millet (1970) estas decisiones deben entenderse como políticas; pues no es un hecho neutro la planificación familiar, por lo cual, se sigue reflejando la lucha por la autonomía corporal y el disfrute de la sexualidad.

4. Conclusiones

Esta investigación permitió analizar el uso de métodos anticonceptivos, la preferencia de uso, las razones por las cuales las personas prefieren un método sobre otro, además de los cambios y persistencias de uso en los años 2010 y 2015. Asimismo, se evidencia la compleja interrelación entre las decisiones reproductivas, desigualdad de género, relaciones de poder y las estructuras sociales. A partir de los datos procedentes de las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, se lograron observar patrones que reflejan avances en la autonomía, como tensiones persistentes sobre quién decide, cómo y por qué usar (o no) un método anticonceptivo.

Como uno de los métodos más utilizados que mencionaron los hombres o sus parejas femeninas, se encuentra el condón masculino, el cual predomina en edades de 15 a 34 años como principal método anticonceptivo utilizado, como se ha detallado anteriormente en los años de las encuestas 2010 y 2015 los métodos anticonceptivos destinados al uso masculino fueron el condón masculino, el retiro y la vasectomía, la cual en ese periodo no presenta mayor reporte de uso por parte de los hombres.

Con una gran diferencia, las mujeres cuentan con una amplia lista de métodos anticonceptivos, en su mayoría hormonales, los cuales figuran como los más utilizados, dentro de estos: las pastillas anticonceptivas, un método utilizado por gran parte de las mujeres; las inyecciones y la esterilización femenina; los datos obtenidos muestran que se presenta una feminización del uso

de métodos anticonceptivos; pues la mayoría de los métodos están destinados al uso por parte de las mujeres. Desde la perspectiva feminista abordada por Firestone (1973) la desigualdad de género se evidencia, pues se ha alimentado un sistema social que deja sobre la mujer la gestión de la anticoncepción cuando debería ser una responsabilidad compartida al tener relaciones sexuales consensuadas entre la pareja.

Por lo tanto, los datos de ambas encuestas evidencian que siguen vigentes las desigualdades entre hombres y mujeres en torno al derecho anticonceptivo. Además, a nivel social, cultural y de salud se le exige más responsabilidad a las mujeres con respecto al uso de la anticoncepción, pero no se educa a los hombres para que puedan participar de forma activa y equitativa en la toma de esta decisión, que pueden cambiar los planes de vida a nivel individual o de pareja. Cabe destacar que pueden existir explicaciones técnicas de los métodos, tanto en el ámbito académico como de salud, pero no se habla del miedo, la presión de la pareja, la vergüenza e incluso, las normas sociales que pueden afectar esa decisión.

Desde el pensamiento de Marcela Lagarde (1996 y 2005), se evidencia cómo —a pesar de que las mujeres puedan estar informadas—, estas muchas veces renuncian al usar anticonceptivos para evitar conflictos con sus parejas, por lo cual, como ha planteado esta investigación, se pone en entredicho la posible libertad de decisión o que esta haya sido estudiada y negociada entre la pareja.

Como parte de los aportes de Kate Millet (1970) desde la importancia de que lo personal es político; por lo tanto, el control del cuerpo y la sexualidad es también una forma de poder, la planificación familiar se convierte en un campo de disputa, donde las personas arrastran aspectos históricos, culturales y sociales.

Por su parte, Shulamith Firestone sostiene que, mientras la fertilidad continúe siendo un factor de control sobre los cuerpos femeninos, no será posible alcanzar una igualdad. De modo que, la autonomía reproductiva se podrá alcanzar cuando las decisiones en torno a la maternidad y al uso de anticonceptivos se tomen en condiciones de libertad, sin coacciones ni presiones por parte de la pareja, tampoco debería haber condicionamientos religiosos, sociales o económicos. Por ende, aparte de transformar el acceso a los métodos anticonceptivos es importante reestructurar los marcos culturales, educativos y simbólicos sobre quién tiene el poder de decidir la reproducción.

Por otra parte, los métodos anticonceptivos tradicionales que conllevan un respectivo estudio sobre conocer el cuerpo femenino, sus fases, temperatura basal o medida de las hormonas femeninas, no se hallan dentro de los principales métodos utilizados por las mujeres en los años de las encuestas. Sin embargo, a pesar de la dificultad que pueda llegar a representar su posible

uso, sin duda son una gran opción de enseñanza del cuerpo femenino, tanto para mujeres como para hombres, esto puede estar estrechamente vinculado a una mayor libertad sexual que quieran obtener las mujeres que no deseen utilizar métodos anticonceptivos hormonales o irreversibles, así logran reconocer su fertilidad y asociar los cambios en su cuerpo durante cada ciclo.

A pesar de que las características de vida actuales parecen no ser compatibles con estos métodos de planificación, si no existe el acceso público, gratuito y seguro a la información, tanto de métodos naturales como hormonales, reversibles o irreversibles, la desinformación y el desconocimiento seguirán presentes. Por lo tanto, es de gran importancia la creación de planes educativos actualizados que se basen en los datos recopilados de este tipo de encuestas, las cuales ayudan en el surgimiento de nuevas políticas públicas.

Dentro de la liberación sexual y autonomía corporal es importante seguir destacando que las mujeres en la actualidad en Costa Rica cuentan con mayor información y acceso al uso de métodos anticonceptivos, lo cual podría proporcionar la opción de elegir o no la maternidad; además, sin duda es de gran importancia seguir conociendo sobre las preferencias de las personas al usar algún método anticonceptivo, la educación que se brinda al respecto, la accesibilidad a estos métodos, tal información permite conocer la realidad que viven hombres y mujeres y especialmente conocer qué mejoras pueden llevarse a cabo en términos de salud sexual y reproductiva a nivel país.

5. Referencias Bibliográficas

- Barrantes, et al. (2012). *Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José*. <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-aceptabilidad-condon-femenino-migrantes.pdf>
- Clavero, J. (2018). Historia evolutiva de la anticoncepción. *Real Academia Nacional de Medicina de España*; 135(01):56–59. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>
- Firestone, S. (1973). *La dialéctica del sexo*. Editorial Kairós. [163005241-shulamith-firestone-la-dialectica-del-sexo-pdf.pdf\(wordpress.com\)](https://www.wordpress.com/163005241-shulamith-firestone-la-dialectica-del-sexo-pdf.pdf)
- García, M. (2012). Capítulo 3. *Los métodos de investigación*. <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag135806/12%20metodologc3ada-1-garcia-y-martinez.pdf>
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/259>
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. <https://www.museodelasmujeres.co.cr/biblioteca>
- Mena, H. (1767). *Planificación familiar en áreas rurales*. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/acta/v10n3/art8.pdf>
- Millett, K. (1970). *Política sexual*. Ediciones Cátedra. [Kate-Millett-Politica-sexual.pdf \(revista emancipa.org\)](https://www.revistaemancipa.org/kate-millett-politica-sexual.pdf)
- Ministerio de Salud. (2011). *Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010*. Informe de resultados Encuesta Nac Salud Sexual 2010.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Mecanismos de acción y eficacia de los métodos anticonceptivos*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf>

Parenthood, P. (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos*.
https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf

Caso 4. Perspectivas juveniles religiosas: navegando entre Derechos Sexuales y Reproductivos

Por: Jean Carlo Zamora Villalobos

Resumen

En Costa Rica, los derechos reproductivos y sexuales han adquirido una importancia creciente, especialmente entre las personas jóvenes, ya que abarcan temas clave como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la educación sexual integral y la autonomía sobre el cuerpo y las decisiones reproductivas. Sin embargo, la influencia de las orientaciones religiosas ha modelado —de manera significativa— las percepciones y los comportamientos relacionados con la sexualidad y la reproducción, imponiendo normas estrictas sobre la moral sexual, la castidad y el matrimonio.

Por ende, se pretende correlacionar la adscripción religiosa a partir del uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres, según los resultados de las Encuesta Nacional de Juventudes en sus tres ediciones 2008, 2013 y 2018. Con esa base de antecedentes cuantitativos se sustenta la investigación.

El estudio se apoya en un análisis cuantitativo y reflexivo de los datos obtenidos en las tres ediciones de las encuestas mencionadas. Se examinarán aspectos como la educación sexual, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y la influencia de las creencias religiosas sobre la autonomía en la toma de decisiones sexuales y reproductivas. El análisis cuantitativo permitirá identificar tendencias y patrones; mientras el enfoque reflexivo ofrecerá una interpretación crítica de los hallazgos.

Los resultados reflejan que una parte significativa de los jóvenes se ve afectada por la influencia religiosa en sus percepciones y disposiciones sobre salud sexual y reproductiva. Existe una falta de acceso adecuado a la educación sexual integral y los servicios de salud sexual que respeten su autonomía. Las normas religiosas influyen en las decisiones relacionadas con la sexualidad, lo cual dificulta la capacidad de los jóvenes para ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, también se observa un cambio generacional que demanda más información y acceso a estos servicios.

Introducción

En el contexto de Costa Rica, la intersección entre Derechos Sexuales y Reproductivos, métodos

anticonceptivos y el factor religioso crea un diálogo complejo y significativo en las diferentes esferas sociales y políticas. En el país, se han experimentado cambios sustanciales en la percepción y aplicación de los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de los años; mientras se enfrenta a la influencia considerable de las creencias religiosas en la toma de decisiones individuales y políticas públicas.

El reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos son elementos cruciales en la promoción de la salud y el bienestar de la población en general. La disponibilidad y la accesibilidad a métodos anticonceptivos desempeña un papel fundamental en este ámbito; pues ofrece a las personas la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la posible influencia de las afiliaciones religiosas, arraigadas en la cultura costarricense, pueden generar tensiones y desafíos en la implementación efectiva de políticas que respalden estos derechos fundamentales.

Esta investigación cuantitativa, por tanto, se centra en el análisis descriptivo de información estadística, a partir de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Juventudes en los años 2008, 2013 y 2018. Es de suma relevancia este análisis, pues permite mirar al pasado y contrastar información para evidenciar posibles cambios en esas dinámicas, así como resaltar vacíos o necesidades que puedan tener las personas jóvenes sobre el tema de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

Es relevante este estudio de análisis; pues de dichas encuestas surgen iniciativas educativas, políticas públicas, programas de salud, entre otros beneficios destinados a la población costarricense. Por tanto, dar visibilidad y poder reflexionar en torno a estos temas, es una excelente oportunidad para aprovechar la información de este tipo de estudios o mostrar vacíos para próximos que se implementen en el futuro.

Asimismo, permite un mayor alcance en la comprensión de las complejidades del sector juventud, con respecto al acceso a los servicios estatales, necesidades educativas, características demográficas y otros elementos que influyen en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Metodología

La metodología propuesta para este capítulo se basa en el análisis estadístico descriptivo de la Encuesta Nacional de Juventudes en los años 2008, 2013 y 2018 en Costa Rica, a la vez, se problematizan elementos presentes en su base de datos para intentar ir un paso más allá del Informe General. Específicamente, en la problematización de la variable religiosa en el ejercicio de algunos de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La herramienta principal para llevar a

cabo este análisis fue con el software PSPP, el cual permitió un abordaje estadístico y se usaron algunas herramientas adicionales fundamentalmente SPSS y Microsoft Excel para procesar la información de una manera adecuada.

Específicamente, se llevó a cabo la selección de las variables relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, así como la información sobre afiliación, confianza o creencia religiosa. Este proceso implica una revisión minuciosa de la Encuesta Nacional de Juventudes para identificar las preguntas y las categorías que aborden estos aspectos.

El análisis de la información se llevó a cabo desde la modalidad descriptiva y comparativa, para así identificar, de manera reflexiva, la forma en que las personas jóvenes viven algunos aspectos de su vida sexual y reproductiva planteados en las encuestas.

En el análisis comparativo, se pueden relacionar los diferentes resultados de las encuestas según las variables que se hayan utilizado. Algunas preguntas no son comparables a nivel estadístico en las diferentes ediciones de la encuesta, debido a que la pregunta no es idéntica o incorpora otros conceptos. Por lo anterior, se realiza una comparación entre las variables que sí pueden ser medidas longitudinalmente, debido a que son preguntas idénticas. Este análisis permitió identificar patrones y contrastes relevantes en la percepción y la práctica de los Derechos sexuales y reproductivos en virtud de la afiliación religiosa.

Finalmente, se plasmará en cuadros, figuras y gráficos los hallazgos de mayor relevancia y se desarrollará el análisis con la información del marco teórico problematizado previamente.

Contextualización de las encuestas

Las Encuestas Nacionales de Juventudes de Costa Rica de los años 2008, 2013 y 2018, constituyen un esfuerzo del Estado para comprender las dinámicas, percepciones y necesidades de las personas jóvenes en el país. Según la Ley General de la Persona Joven (N° 8261), se considera como "personas jóvenes" a quienes tienen entre 12 y 35 años, un rango amplio que incluye etapas diversas del desarrollo humano, como la adolescencia y la adultez temprana.

Estas encuestas se comenzaron a realizar en 2008 y con ello se marca el inicio de un proceso sistemático para recopilar datos sobre esta población. Se realizan cada cinco años, lo cual permite analizar tendencias a lo largo del tiempo y evaluar el impacto de las políticas públicas dirigidas a este grupo. Es importante señalar que las encuestas estaban proyectadas para trabajarlas cada cinco años; sin embargo, en la agenda del gobierno actual no estuvo planificada.

En cuanto a su metodología, las encuestas utilizan un diseño cuantitativo representativo, basado

en entrevistas realizadas a personas jóvenes seleccionadas mediante muestreo probabilístico. Esto asegura que los resultados reflejan las características de la población joven en todo el territorio nacional. Los cuestionarios abordan temas como educación, empleo, salud, participación ciudadana, acceso a tecnologías y valores.

Un aspecto relevante es que estas encuestas han sido fundamentales para identificar brechas y necesidades específicas de las juventudes, y, con ello, generar políticas públicas. Un aspecto importante de estas encuestas, especialmente para este documento, es el tema de derechos sexuales y reproductivos, es su contribución a visibilizar las brechas en el acceso a la educación sexual integral, los servicios de salud reproductiva y la prevención de embarazos no planificados.

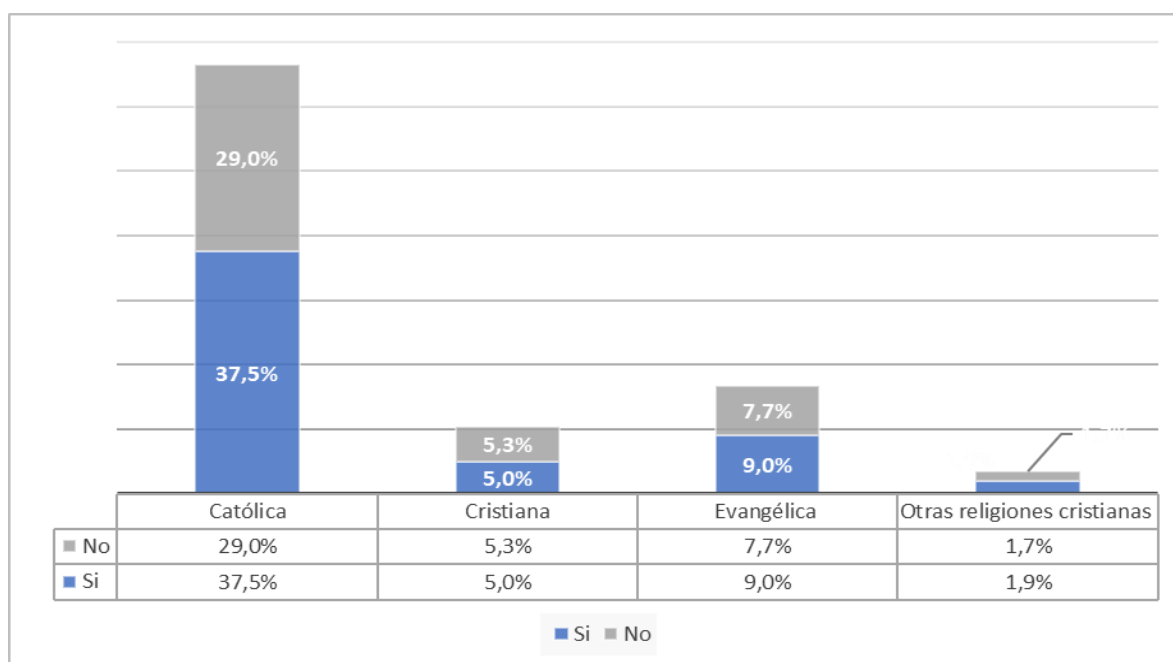
Estos datos han sido esenciales para impulsar políticas que fomenten el acceso a la información y servicios necesarios, de tal manera que se promueva la autonomía y el bienestar de las juventudes costarricenses.

Fe y responsabilidad: un análisis de los métodos anticonceptivos y las personas jóvenes con afiliación religiosa

En la actualidad, la toma de decisiones respecto al uso de métodos anticonceptivos en personas jóvenes se ha convertido en un tema de relevancia en el ámbito de la salud pública en Costa Rica. El acceso a información precisa, la adopción de prácticas saludables —en cuanto a uso y el tema de la planificación familiar—, no solo impactan la vida de los individuos, sino que inciden en el desarrollo social, educativo y económico, entre otras aristas sociales y personales.

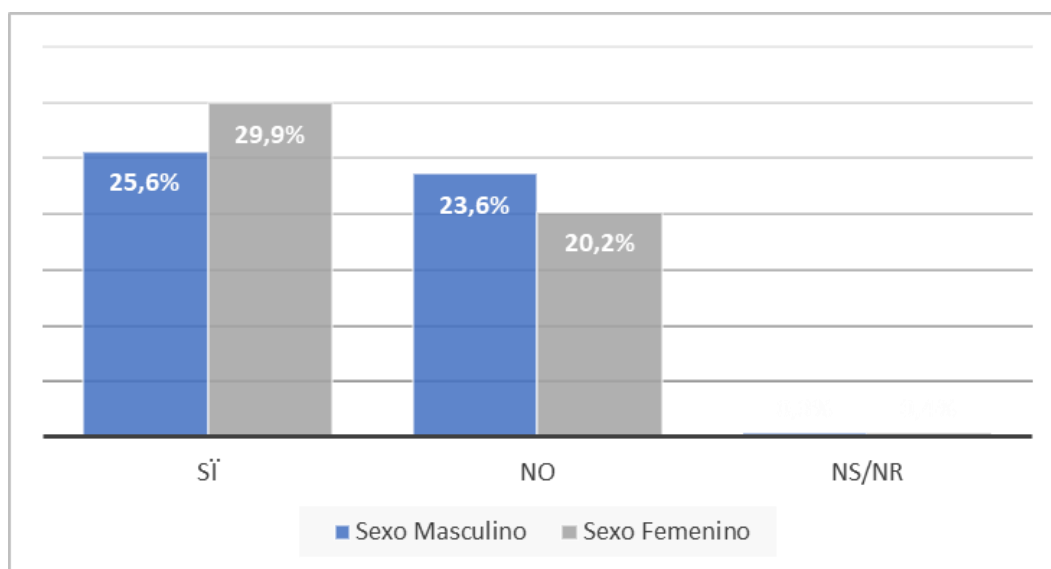
Se procede a presentar algunos gráficos de suma relevancia, según los cruces realizados y su respectivo análisis.

Figura 1. Porcentaje total de personas jóvenes que han utilizado algún método anticonceptivo en Costa Rica, por afiliación religiosa, para el 2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Primera Encuesta Nacional de Juventudes (2008).

Figura 2. Personas jóvenes que han utilizado algún método anticonceptivo según el sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Primera Encuesta Nacional de Juventudes (2008)

Como se puede observar en la Figura 1, el uso de métodos anticonceptivos constituye un aspecto fundamental dentro de la vida sexual de las personas jóvenes. Sin embargo, los datos evidencian que una parte significativa de esta población, no ha hecho uso de ellos. Particularmente, se destaca que, en algunas afiliaciones religiosas, como las cristianas no católicas y evangélicas, más del 46 % del total de jóvenes no han utilizado ningún método anticonceptivo. Esta situación refleja la

influencia que puede tener la religión en las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, lo cual limita el acceso o la disposición al uso de métodos anticonceptivos entre ciertos grupos juveniles.

Los datos presentados en la Figura 1 muestran que el 66 % de las personas jóvenes encuestadas se identifican con el catolicismo, lo cual representa una mayoría significativa. Dentro de este grupo, se observa una tendencia más elevada al uso de métodos anticonceptivos (37,5 %) en comparación con los grupos de filiación cristiana no católica, evangélica y otras religiones cristianas, en las cuales los porcentajes entre quienes han utilizado o no métodos anticonceptivos son bastante similares. Esta distribución evidencia un patrón relevante que sugiere la necesidad de considerar las creencias religiosas como un factor que incide en las prácticas de salud sexual en la juventud.

Por su parte, la Figura 2, que desagrega el uso de métodos anticonceptivos según el sexo, muestra que las mujeres jóvenes reportan un uso ligeramente mayor (29,9 %) en comparación con los hombres (25,6 %). No obstante, al sumar los porcentajes de quienes no han utilizado ningún método (23,6 % en hombres y 20,2 % en mujeres), se concluye que aproximadamente el 43 % del total de personas jóvenes nunca ha utilizado un método anticonceptivo.

En este sentido, la Política Sexual de Millett (1970) explica cómo se ejerce un régimen patriarcal y un orden establecido mediante sistemas de control, desde los cuales, la vida y la salud reproductiva se ven comprometidas por ideas hegemónicas de una jerarquía, y, en ese sentido, la religión y la iglesia son instrumentos de control e ideología que, a su vez, ejercen gran influencia sobre decisiones de personas jóvenes, esto atenta contra los derechos humanos esenciales.

El uso y la utilización de los métodos anticonceptivos, es una de las tantas premisas que históricamente ha dejado consigo la lucha del feminismo, la misma Millett (1970) señala que, en la primera ola del feminismo, los cambios radicales y de importancia del momento no se produjeron estrictamente por cambios sociales, sino de las mejoras tecnológicas inducidas para la elaboración de métodos anticonceptivos y su respectiva emancipación para las mujeres.

La Organización Panamericana de la Salud (2019) en América Latina y el Caribe, indica que Costa Rica es de los países con índices más elevados en el acceso a métodos anticonceptivos, se reporta el uso del 70 % junto con países como Brasil, Colombia, Cuba y Paraguay. Frente a países que llegan en un 20 % y 30 % (Haití y Bolivia), hay una gran diferencia. Se debe señalar que, a pesar de que Costa Rica no es un país con índices rojos en el uso de métodos anticonceptivos, una gran parte de personas jóvenes no hacen uso de ellos, se muestran diferencias perceptibles que pueden hacer la diferencia en la vida de las personas.

Al observar el último cuadro se podría pensar, que la adscripción religiosa tiene un importante peso en la autonomía reproductiva y la libertad sexual, así lo plantea la autora:

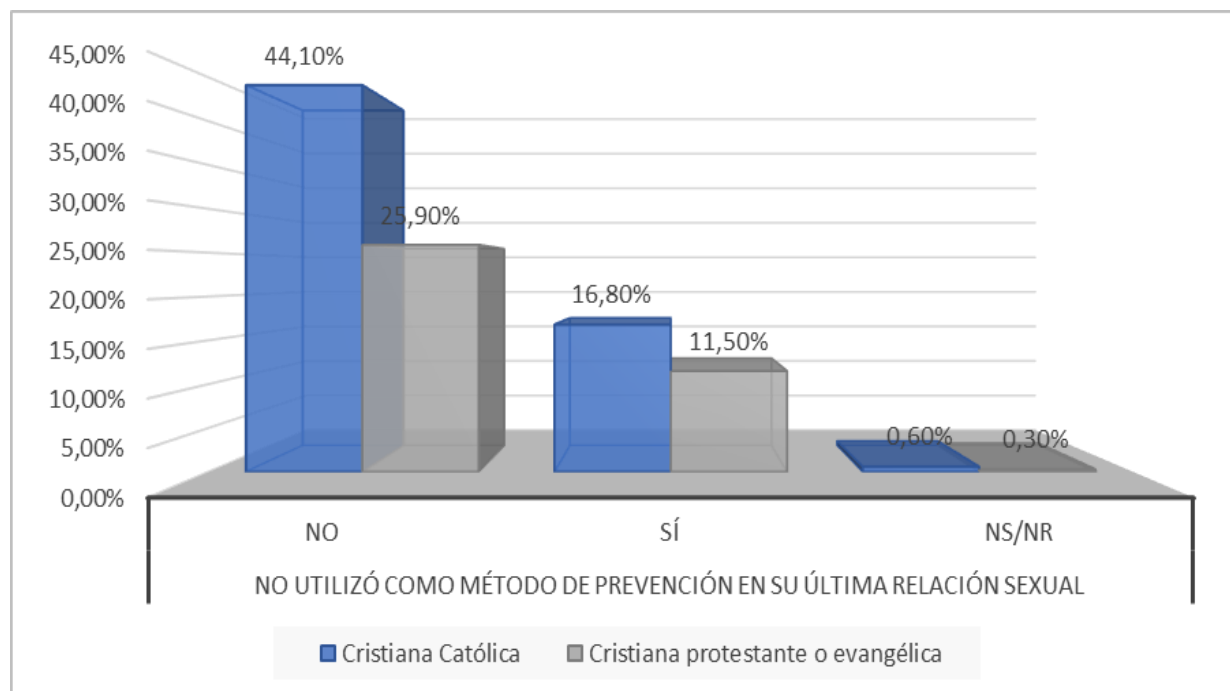
La religión patriarcal, la opinión popular y, hasta cierto punto, la ciencia supone que tales distinciones psicosociales descansan sobre diferencias biológicas observables entre los sexos y mantienen que, al modelar la conducta, la cultura no hace sino colaborar con la naturaleza. (Millett, 1970, p.73)

Algo importante dentro de las religiones, es la supremacía de valores morales en relación con la forma en que se “debe vivir”, según los mandamientos y pautas dichas por alguna persona con jerarquía local o estatal. En este caso particular, la influencia de la llamada “biblia”, considerada como libro sagrado por este grupo religioso, en la cual se promueven reglas de conducta específicas.

Lo anterior expuesto, puede significar que las personas no utilicen métodos anticonceptivos en momentos específicos o el uso esté influenciado por el sexo hombre-mujer, pues la sexualidad tiene matices diferentes desde sus creencias, como también desde el sexo, en la figura 2 incluso se muestra un pequeño porcentaje de un mayor uso de estos en mujeres, rastros de esa conducta natural que problematiza la autora y evidencia de esa contrahegemonía que señalaba anteriormente Millet.

Para dar seguimiento a las ideas anteriores, se muestra en los siguientes datos.

Figura 3. Utilización de algún método anticonceptivo durante la última relación sexual, año 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

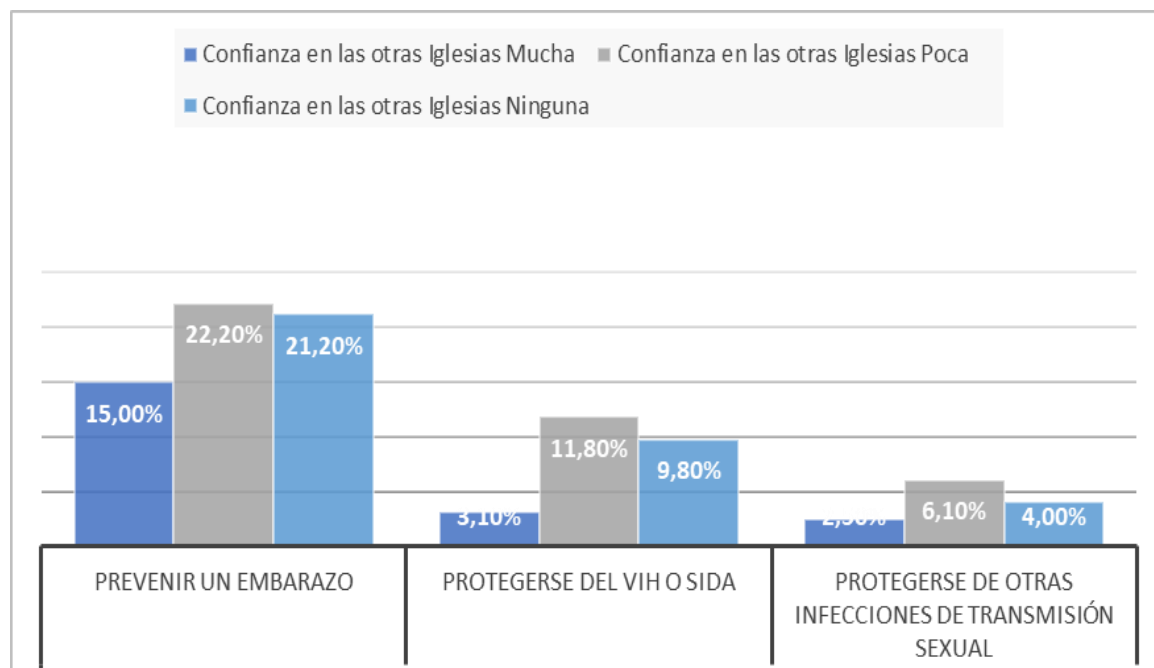
Como bien se ilustra en la figura N°3, existe una clara tendencia a omitir en gran medida el uso de los métodos anticonceptivos. Esto se evidencia específicamente en la última relación sexual, pero junto con el gráfico anterior se visibiliza una tendencia o preferencia negativa a no utilizarlos, tanto en el caso de las personas jóvenes con creencias hacia el catolicismo como en las evangélicas.

Se debe señalar que, del total de la población con afiliación religiosa, las creencias católicas son predominantes en cantidad con un porcentaje de afiliación; sin embargo, los creyentes evangélicos utilizaron en mayor medida algún método en su última relación sexual, teniendo en cuenta que hay solamente un 5 % de diferencia en “Sí utilizaron algún método”; mientras en “No utilizo método” existe casi 20 % de diferencia, dato que se inclina hacia el catolicismo.

Se podría indicar, que existe un dilema importante. Como bien explicaba Millett, el uso de los métodos de control sexual y reproductivo marcó un antes y después en la lucha social del feminismo. En este escenario se corrobora que más de la mitad de la población en estudio, mantienen relaciones sexuales de manera regular sin uso de ningún método. Esto es un problema en temas de salud sexual, puesto que mantiene relaciones con riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS) e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Esto último, se problematiza a continuación.

Figura 4. Motivación de las personas jóvenes para utilizar métodos anticonceptivos de acuerdo con la confianza en otras iglesias, año 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes (2013).

Los métodos anticonceptivos tienen diversos usos en la actualidad y su importancia radica en que se procura cuidar la salud sexual y reproductiva de manera integral, más allá del conocimiento popular de la prevención del embarazo. Desde hace muchas décadas, cuando el feminismo luchó para el uso de estos métodos, tenían claridad de la importancia de lo que esto significaba.

Firestone (1970) señala que algunas mujeres en ciertas culturas dependían del hombre para acceder al permiso y utilización de métodos anticonceptivos, y, al final lo que llevaba a que los pudieran utilizar en gran medida, era un miedo constante del hombre por tener alguna repercusión debido a las enfermedades venéreas. Por este motivo, surgen nuevas formas para la mujer de autonomía reproductiva y salud sexual.

Asimismo, Millet (1970) menciona que los gobiernos regulaban la “prostitución” (o mujeres que las pensaban como prostitutas) debido a las enfermedades venéreas y existía una opresión constante, puesto que las mujeres mayores de 12 años podían ser obligadas a tener una revisión médica. Y, en caso de negarse, se daban encarcelamientos y represión moral y física.

En la figura 4 que se mostró anteriormente, se puede identificar que el uso de métodos anticonceptivos, está mayormente pensado, legitimado, intencionado, entre otros aspectos, al control de la maternidad específicamente diseñado para mujeres. Puesto que su utilización se da en mayor medida en la prevención del embarazo.

Los porcentajes disminuyen en forma considerable cuando se trata de protegerse del VIH, curiosamente es mucho menor cuando tiene mucha confianza en otras iglesias, llegando al 3,1 % y otras enfermedades de transmisión sexual se ubica por debajo del 2,5 %.

Una vez que se revisa lo anterior expuesto, se pueden identificar tres puntos principales; la razón principal en porcentajes altos 15 %, 22 % y 21 % respectivamente es por la prevención del embarazo, las enfermedades de transmisión sexual son problema de segundo plano, lo cual expresa prácticas contraproducentes para el autocuidado y la prevención de ITS. Y, luego, mientras mayor es la confianza en otras iglesias, menor es la disposición de utilizar métodos, pues se muestra con los índices menores.

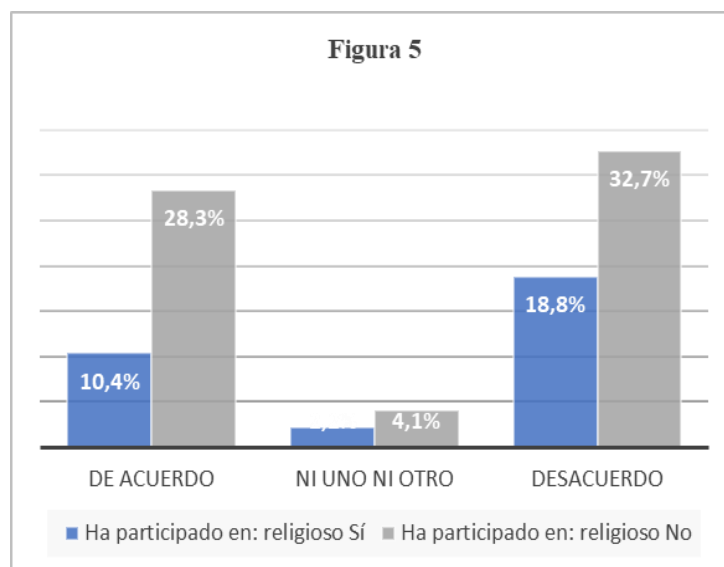
Es de suma importancia no menospreciar la repercusión de los métodos anticonceptivos en el control de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes y cómo ha tenido una importancia histórica para las mujeres y su autonomía sexual.

Reivindicando la autonomía: la importancia del aborto como un Derecho Sexual Reproductivo para mujeres jóvenes

En el contexto particular de Costa Rica, el debate en torno al aborto, los Derechos Sexuales y Reproductivos, personas jóvenes, el factor religioso y el papel del Estado, adquiere matices específicos que reflejan la complejidad del escenario nacional, entre estos temas. Un país donde la influencia de la religión, principalmente la católica, ha dejado una marca profunda en la cultura y las políticas públicas, la discusión sobre interrumpir el embarazo se entrelaza con creencias arraigadas y valores tradicionales e ideas conservadoras que vuelven a emerger en la emancipación de grupos religiosos protestantes al catolicismo tradicional (agrupaciones evangélicas y vertientes).

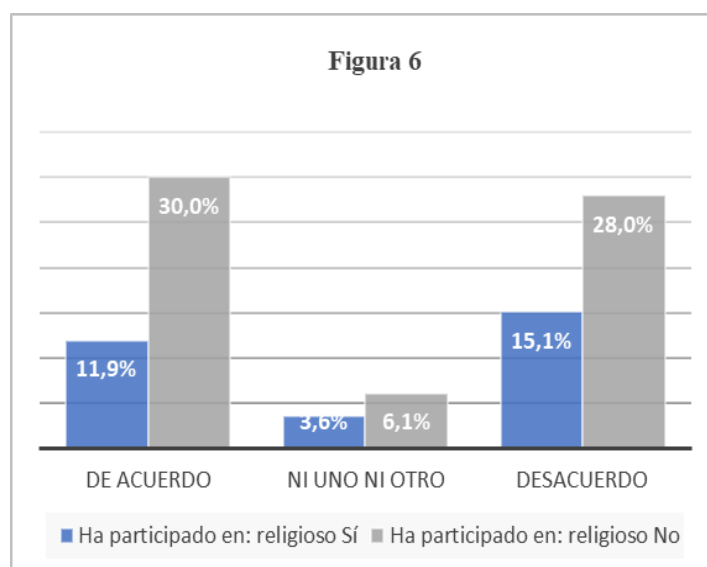
A su vez, este escenario desafía la búsqueda de un consenso que respete tanto los derechos individuales de las mujeres que, durante tantos años han luchado por ganarlos, como las sensibilidades religiosas que han moldeado la identidad costarricense hasta la actualidad. Explorar estos elementos es lo que se busca en este apartado, se utiliza como base la primera y segunda ENJ que contienen preguntas específicas acerca del aborto, la primera encuesta de 2008 no tenía preguntas específicas sobre el aborto. Para entrar en materia, el aborto es un derecho que no se percibe como tal para la mayoría de costarricenses que son creyentes o cercanos a una religión o no, y esto se refleja en los siguientes gráficos e información:

Figura 5. *El aborto cuando el feto tiene malformaciones que no le permiten sobrevivir.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

Figura 6. *El aborto cuando la vida de la mujer está en peligro.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

Según muestran los datos, la inclinación de estar en desacuerdo hacia el aborto resulta notable; no obstante, estos casos son bastante particulares. Entre estar en favor o en contra entre jóvenes que no han participado en un grupo religioso es casi 30 % a 30 %; sin embargo, en jóvenes que si han participado de grupos religiosos hay una inclinación a estar en contra, con una diferencia del 5 % y 8 % en contra.

En este caso, no se observa que la balanza se incline por completo hacia un solo lado. Esto parece evidenciarse en las ideas derivadas de las doctrinas sagradas de ciertos grupos religiosos, según las cuales la aprobación o no del aborto depende del tipo de situación que atraviesa la mujer. Sin embargo, es importante señalar que la postura negativa frente al aborto no se explica solo por el factor religioso; sino que forma parte de una estructura social más amplia: el patriarcado.

En los casos de “estar en riesgo la vida de la mujer y “malformaciones del feto que no le permitirán vivir”, el aborto puede percibirse como una situación límite, en la cual la vida de alguien está en riesgo, en este caso la mujer o el feto. En estas dos situaciones, en las encuestas de 2013 y 2018 se encuentra el mayor porcentaje de aceptación hacia el aborto, pues se está problematizando que son situaciones que comprometen la salud de la mujer o una muerte instantánea al nacer, la cual no solo es la vida del “feto” sino también la situación de la mujer que llega hasta ese punto.

En relación con este aspecto expuesto en el párrafo anterior, autoras como De Beauvoir (1949) señalan:

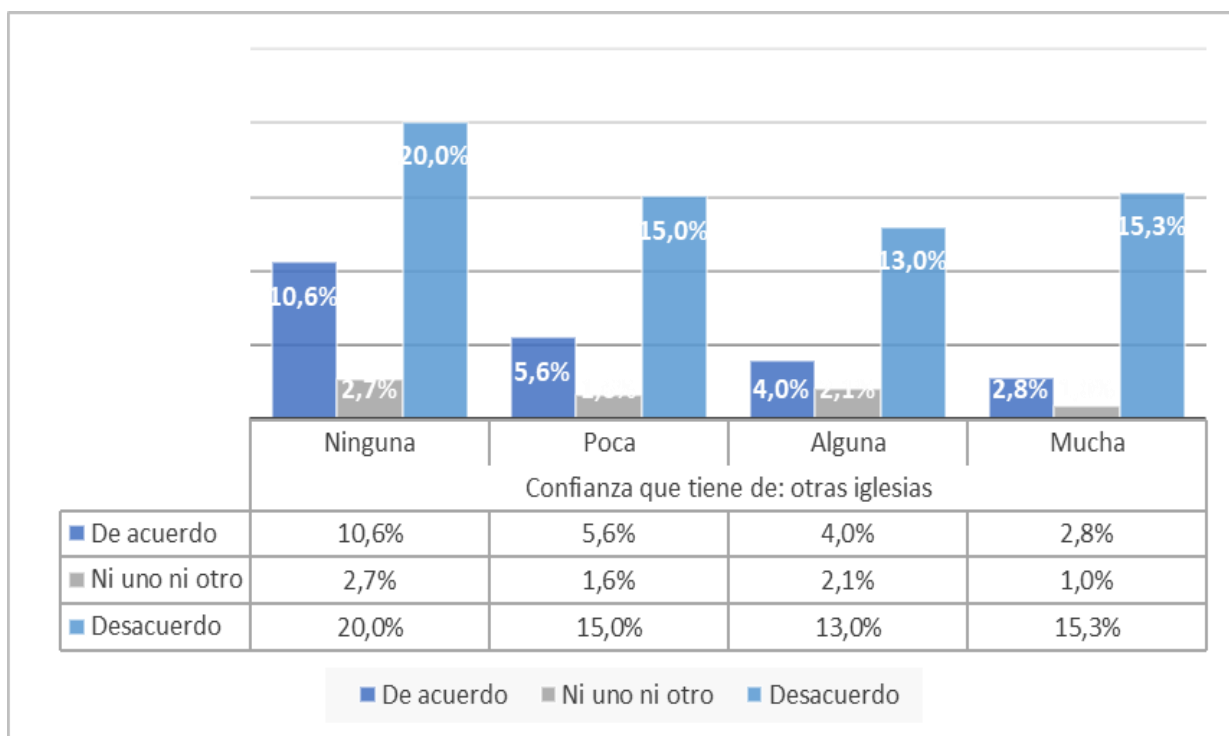
No se podría obligar directamente a la mujer a dar a luz: todo cuanto se puede hacer es encerrarla en situaciones donde la maternidad sea para ella la única salida; la ley o las costumbres le imponen el matrimonio, se prohíben los procedimientos anticonceptivos y el aborto, se prohíbe el divorcio. (de Beauvoir, S. 1949, p.22)

Estas situaciones límite, son las que pueden llegar a explicar que las opiniones se encuentran relativamente igualadas entre estar en favor o en contra, con diferencias mínimas de 2 % entre estos dos escenarios. Importante señalar también que, a pesar de que se divide entre personas que han participado en un grupo religioso o no, esto parece restar importancia; pues no hay una clara inclinación hacia la variable religiosa que sea determinante. Más adelante se observará como si tiene mucho peso en otras situaciones específicas alrededor del aborto.

La maternidad, exaltada como un camino sin salida, como bien lo señala De Beauvoir, también está presente en leyes, costumbres, factores religiosos y cultura dentro de Costa Rica. La autora incluso menciona primero los métodos anticonceptivos, se puede observar la importancia de estos al no comprometer la salud de la mujer o llevarla a situaciones como las que observamos.

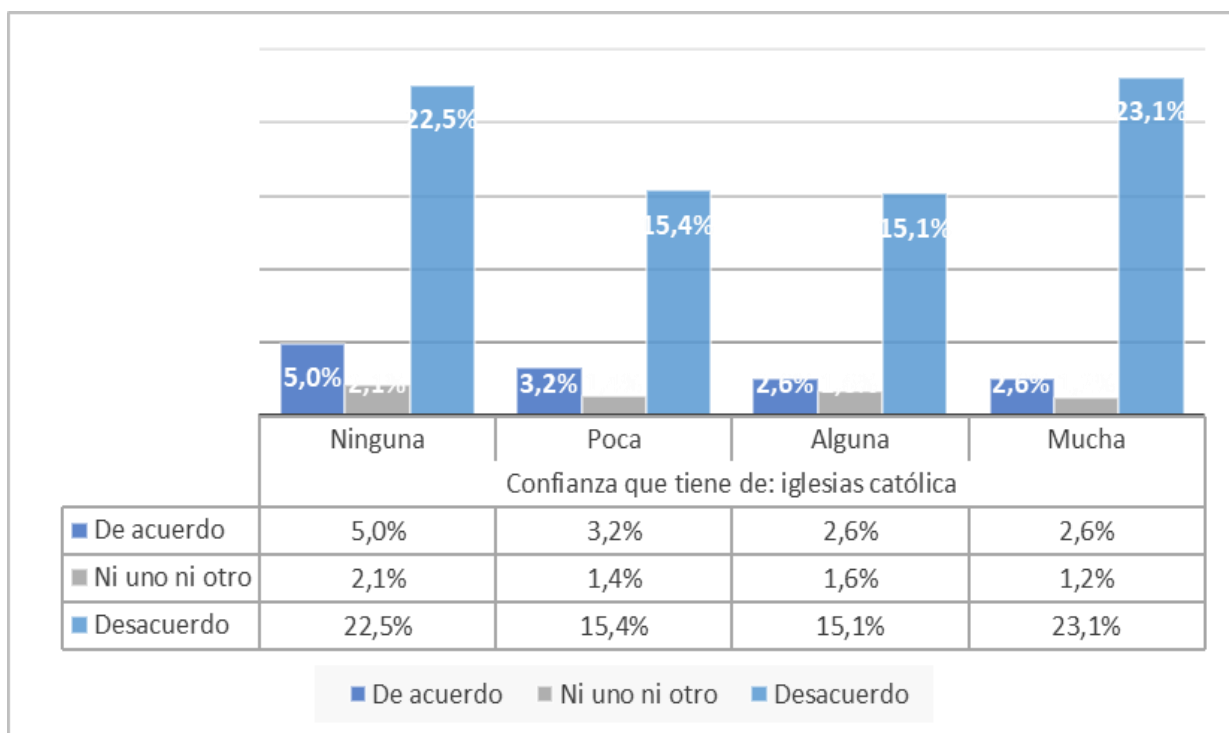
El aborto, además, tiene mayor complejidad de lo que se piensa; pues no solo es un proceso quirúrgico o médico, sino también es una experiencia que puede vivirse desde una construcción moral patriarcal, la cual intenta forzar la maternidad y con frecuencia lleva a las mujeres al límite, de tal manera que se fuerzan sentimientos de culpa socialmente impuesta. Se ahondará en estas situaciones a continuación en los siguientes gráficos.

Figura 7. El aborto cuando el embarazo es producto de una violación, en relación con la confianza en otras iglesias.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

Figura 8. El aborto cuando el embarazo se da en menores de 14 años, en relación a la confianza en la Iglesia católica.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

En estos dos gráficos se observa una realidad bastante distinta en relación con el derecho sexual y reproductivo al aborto. A diferencia de otros casos, donde podía observarse cierta paridad entre las posturas en favor y en contra, en estos escenarios específicos se evidencia una tendencia marcada hacia la negación del aborto. El derecho de las mujeres sigue siendo igualmente válido; sin embargo, los datos muestran otra percepción social más inclinada hacia el rechazo generalizado.

Asimismo, hay dos escenarios: cuando la mujer es menor de 14 años; es decir, una niña y, por lo tanto, la relación sexual que hubo de por medio se convierte en una violación a los derechos de esta, lo cual constituye un delito y, por otra parte, en caso de violación a cualquier edad, directamente se indica que hubo una relación no consensuada, violenta y se ejerció fuerza en contra de la voluntad de la mujer.

En estos casos en particular, se denota una clara posición de las personas que, cuando tienen “confianza en la Iglesia Católica” y también en otras iglesias, en el gráfico, mayoritariamente hay —de igual manera— una inclinación generalizada hacia estar en contra del aborto, pero se puede también apreciar como existe una negativa alta porcentualmente desde personas con mucha confianza hacia estas instituciones religiosas, así como también de las personas que no tienen confianza, el factor religioso no es determinante.

Con esto se debe señalar, “también se sabe que las mujeres siguen buscando los medios para abortar, a pesar de las sanciones legales, morales y religiosas que caen sobre ellas a partir de esa decisión” (Mesa, S. 2012, p.16). Es pertinente indicar que parece existir no solo una sanción religiosa presente en esta población, sino definitivamente, sanciones morales, éticas y culturales profundamente arraigadas en la sociedad costarricense. Sanciones que se extienden desde el código penal (el aborto como delito) y reparación de grupos conservadores, autoridades eclesiásticas, conferencia episcopal, para dar algunos ejemplos.

Además, ambas “religiones” en este caso, se muestran en los gráficos como las de mayor porcentaje en cuanto a estar en contra, en el caso de aborto en caso de violación si se evidencia un pequeño aumento porcentual a estar en favor, esto desde personas que no tienen ninguna confianza o poca en otras iglesias. Es una diferencia del 5 % en contraste cuando la mujer es menor de 14 años.

Al observar estas diferencias y similitudes entre estas dos situaciones, resulta pertinente traer a colación la categoría de “Cuerpo y autonomía” de Firestone (1973), en el cual la autora expone —desde el feminismo radical— cómo el control sobre los derechos sexuales, el aborto y la vivencia de la sexualidad de las mujeres están completamente relacionados con la libertad con

la que dispone. Este control se inscribe en un sistema estructurado de manera violenta hacia la mujer y orientándola hacia el destino de la maternidad y cuidado de los hijos, del cual ella se ha ido emancipando poco a poco a través de luchas históricas.

Con los últimos dos gráficos, se pone en duda esa libertad individual de las mujeres jóvenes pues, esta se interioriza (invisibiliza) por valores hegemónicos religiosos, pero también culturales y morales. Ni aun existiendo casos tan delicados y sensibles como los que se presentaron, parece haber algún tipo de empatía o conciencia alrededor de la importancia de este derecho sexual y reproductivo y, como este puede significar una manera alternativa de seguir viviendo y no reincidir en una posible revictimización de las situaciones que aquí se han problematizado.

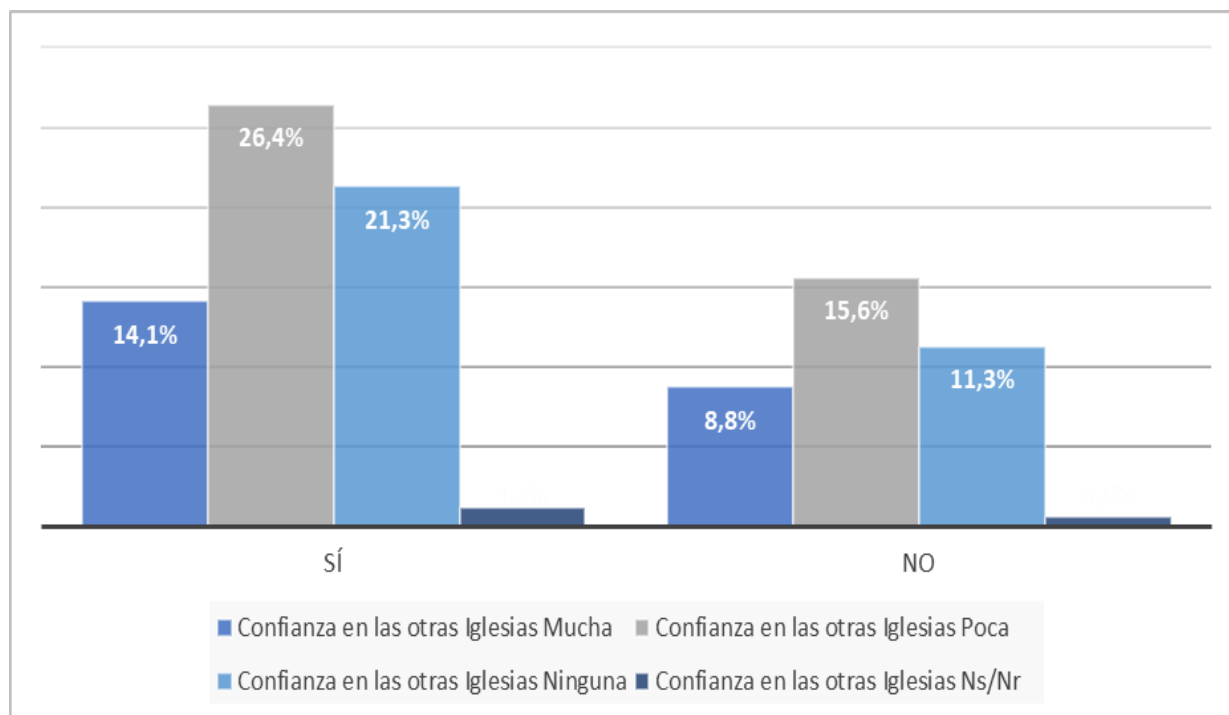
Deseos y derechos: sobre el placer, deseo y religión en la exploración sexual de personas jóvenes

Adentrándose en otro aspecto de tremendo interés, en Costa Rica la intersección entre los derechos sexuales, el deseo sexual, el placer, la salud sexual y el uso de métodos anticonceptivos podría estar condicionada por las creencias religiosas, especialmente entre las juventudes, quienes inician procesos de exploración y educación sexual (de parte de cualquier institución social, entre ellas la iglesia) a una edad prematura.

Para los jóvenes que siguen prácticas religiosas, la exploración de su sexualidad puede verse condicionada por normas y enseñanzas que a menudo desalientan el uso de métodos anticonceptivos y limitan la expresión del deseo y el placer. Esta dicotomía entre las convicciones religiosas y la autonomía sexual plantea la necesidad de un diálogo que promueva el acceso a la educación sexual integral y servicios de salud reproductiva, así se garantiza el ejercicio pleno de los derechos sexuales para todas las personas, independientemente de su orientación religiosa.

En los siguientes datos se tratará de explorar la situación de manera reflexiva.

Figura 9. Información compartida hacia personas jóvenes sobre el placer y disfrute de la sexualidad, año 2013 según confianza en otras iglesias.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes (2013).

En este gráfico se ilustra claramente el tema, pues parece existir un porcentaje en relación con el hecho de recibir información acerca del placer y disfrute sexual. Según los datos de personas que tienen poca o ninguna confianza en otras iglesias, existe prácticamente un 10 % por encima de las personas jóvenes que tienen mucha confianza.

El disfrute de la sexualidad y del placer es fundamental dentro de los derechos sexuales y reproductivos, esas personas jóvenes que no reciben información oportuna y veraz tienen el riesgo de no poder vivir una vida sexual plena y saludable. Asimismo, las creencias religiosas y la estructura patriarcal universal, se ha caracterizado por priorizar el placer y deseo sexual del hombre. Una combinación trágica para las mujeres a través de la historia.

Es importante señalar que se hablaba sin cesar de la igualdad sexual, pero casi nadie —o, en el mejor de los casos una reducidísima minoría— era capaz de observar en la práctica: “casi todos tenían miedo de la autonomía y la libertad sexual” (Millett, 1970, p.306). Millet es contundente al evidenciar la distancia entre el discurso y la realidad de la libertad sexual. Esto resulta particularmente relevante si se considera que permanecer o rendir culto a una religión implica asumir una serie de compromisos y estatutos institucionales que regulan la vida íntima. En muchos de estos marcos religiosos se establecen normas que limitan el disfrute de la sexualidad, en especial para personas jóvenes y, de forma más marcada, en las mujeres, cuya vivencia del deseo suele ser satanizada o calificada de pecado. Lejos de ser algo excepcional, esta

moralización de la sexualidad constituye un mecanismo cotidiano de control sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas.

Asimismo, en relación con la problematización anterior expuesta, se indica:

En la práctica, la nueva libertad sexual se aplicó sobre todo a los hombres. Numerosas pruebas corroboran que la situación de la mujer empeoró durante las primeras décadas de la revolución, debido, en gran parte, a la explotación sexual de la que fue objeto. (Millett, 1970, p.309)

En el plano histórico, la libre sexualidad —al igual que muchas condiciones materiales, sociales y económicas de las mujeres— era un tema de completa desigualdad. La moral y los códigos patriarcales hegemónicos tuvieron total control sobre este factor y han existido luchas largas e históricas hasta la actualidad donde se han logrado cambios radicales.

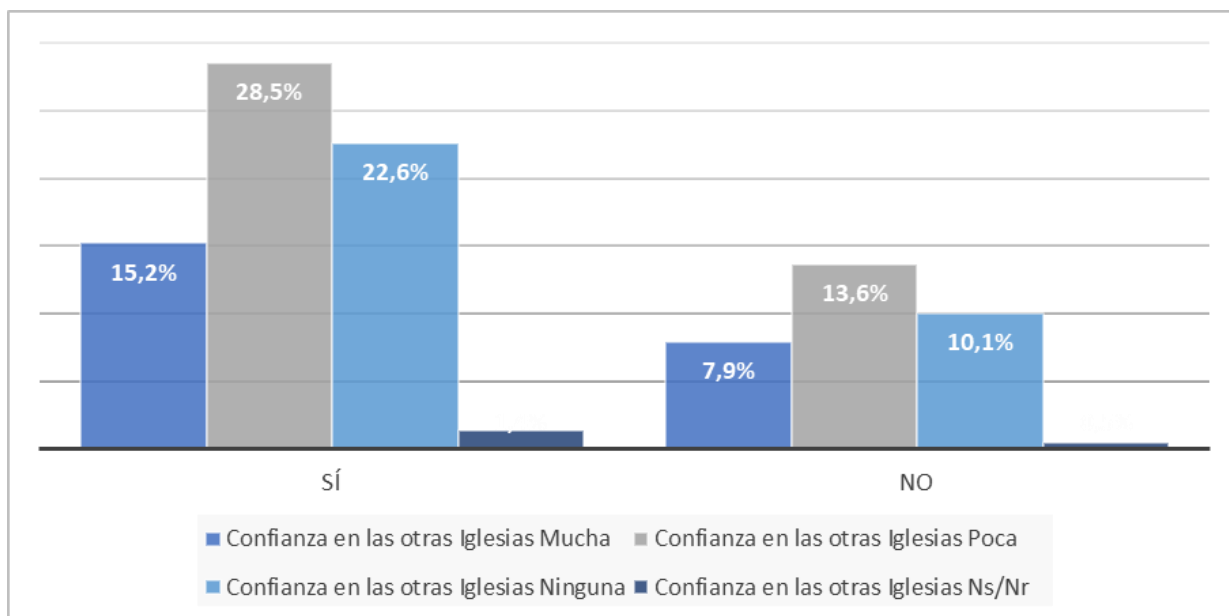
Lastimosamente, la libertad sexual del deseo y placer de las mujeres sigue siendo restringida, el factor religioso indudablemente tiene un papel primordial. Costa Rica es un país con altísimos índices de población creyente en el cristianismo católico y evangélico-pentecostal; pues según Díaz González, José Andrés, et al. (2019) en una investigación se halla que el 97.5 % afirma ser creyente y el 52.5 % hacia el catolicismo, un 27 % pertenece a iglesia cristiana o evangélica, un 16.5 % se ubican las personas que son creyentes, pero no practicantes.

Asimismo, según la Escuela Ecuménica de Ciencias de la Religión y el IDESPO (2024), indican que si bien el catolicismo sigue siendo la religión mayoritaria con un 50 % de adhesión, ha perdido su posición histórica de dominio casi absoluto. La presencia significativa de personas que se identifican como evangélicas 33 % y de quienes se declaran creyentes sin pertenecer a una religión específica 16 %, evidencia un proceso de pluralización religiosa.

Estos son grandes aparatos ideológicos y de orden moral. Las ideas de las mujeres en roles enfocados en la maternidad y el cuidado de la familia y el hombre perduran como una tradición que parece interminable.

Dando continuidad a las ideas sobre la libertad sexual y el placer, se observan los siguientes datos:

Figura 10. *Derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales de acuerdo a la confianza en otras iglesias, año 2013.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes (2013).

Otro aspecto relevante, indispensable de traer a discusión, es el derecho que tienen las personas a tener relaciones sexuales consentidas, sanas y que exploran —de manera consciente— la sexualidad, sin violentar ningún tipo de decisión. En el gráfico anterior, con respecto a si las personas jóvenes han recibido información sobre cuándo desean tener relaciones sexuales, se muestra una predisposición: a menor o nula confianza en “otras iglesias”, se brindó mayor información sobre este derecho sexual y reproductivo.

Definitivamente, resulta cuestionable que, entre quienes manifiestan tener mucha confianza en “otras iglesias”, la proporción de personas que afirma haber recibido información sobre este derecho sea casi entre un 10 % a 7 % menor que en otros grupos. Esto sugiere una posible relación entre la alta confianza en estas entidades religiosas y la falta de educación o información sobre un derecho sexual tan indispensable como el de vivir una vida libre de violencia sexual. Cuando una persona se ve forzada a tener relaciones sexuales sin ningún tipo de consentimiento, se produce una violación y, por tanto, una vulnerabilidad directa de su autonomía y de sus derechos fundamentales.

Millet (1970) plantea que la violación no debe asumirse solo como un acto sexual, sino como una manifestación extrema de violencia y dominación. Según su análisis, se trata de una acción profundamente agresiva que busca vulnerar y destruir la integridad emocional y física de la otra persona, negando por completo su autonomía y sus derechos sexuales. Este tipo de violencia constituye un ejemplo claro y contundente de lo que ella define como política sexual; es decir, la forma en que las relaciones de poder entre géneros se ejercen y perpetúan a través del control del cuerpo y la sexualidad.

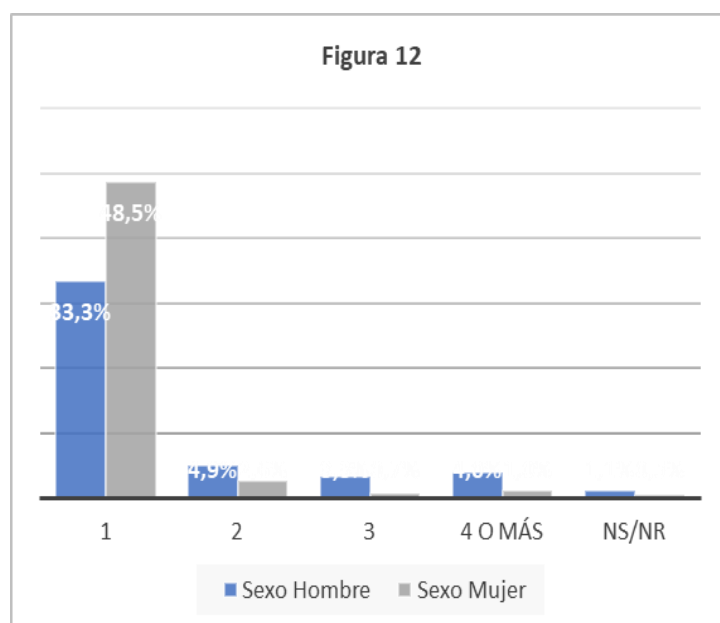
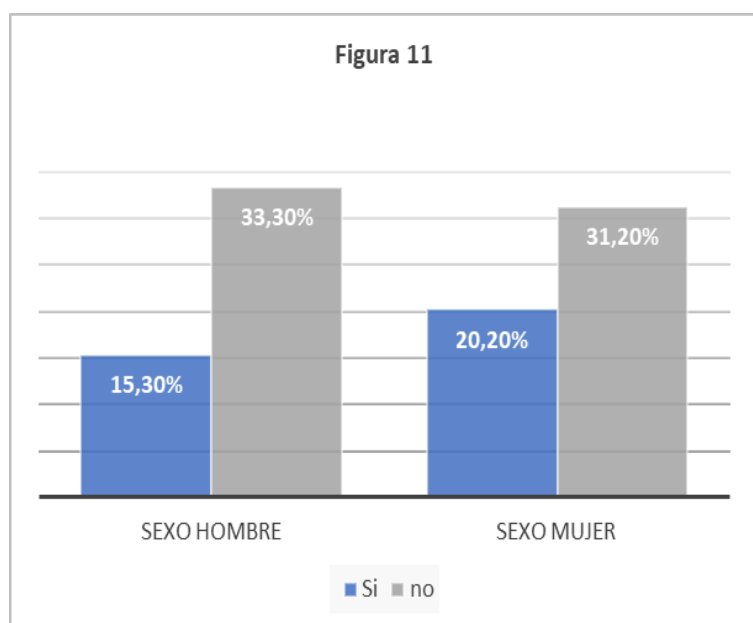
Esto, como bien señala Millet, es una ilustración del dominio histórico del hombre hacia la mujer en el ámbito político sexual. Sin embargo, aquí es importante destacar un punto trascendental, en el caso de personas jóvenes, donde los abusos y el irrespeto hacia la autonomía es mayoritario por el tipo de población (vulnerable), no solo el hombre patriarcal agrede a mujeres, jóvenes o niñas, sino también que esas agresiones sexuales se evidencian contra hombres jóvenes y niños. El patriarcado perverso y la violencia sexual del hombre no discrimina sexos en muchos casos y tiene como víctimas tanto a niñas como a niños.

Es totalmente contraproducente, que no se eduque con la debida responsabilidad sobre un tema de tanto cuidado como son las relaciones con consentimiento. Por eso, la importancia de evidenciar este tipo de relaciones según la información de los gráficos mostrados. La confianza en otras iglesias, significa un porcentaje de ausencia de información de esas personas jóvenes en un tema relevante para sus vidas y vinculado por supuesto con las normas y las creencias desde la institución religiosa, la cual sataniza —en muchas ocasiones— hablar de temas como este, fuera de los textos sagrados que son el punto de vista “moral esencial”.

Seguidamente, algunas características en cuenta a sexo en relación con la libertad sexual de las personas de sus deseos y derechos.

Figura 11. información acerca del derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses por sexo, año 2013.

Figura 12. Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales por sexo, año 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera y Segunda Encuesta Nacional de Juventudes (2013 y 2018).

Estos dos cuadros resaltan un aspecto importante, el cual se basa en las notables diferencias entre hombres y mujeres jóvenes.

En el primero, se constata una diferencia del 5 % en la información recibida acerca del consentimiento para decidir cuándo tener relaciones sexuales. En este caso, son mayoritariamente las mujeres quienes reportan haber recibido esa información. Esta situación puede interpretarse, a la luz de lo planteado por Millet (1970): en la vida cotidiana, la libertad sexual se valida sobre todo en los hombres; mientras que la estructura patriarcal y diferentes instituciones —entre ellas la iglesia y otros grupos religiosos— legitiman esas relaciones de poder. Como consecuencia, la autonomía sexual de las mujeres disminuye y sus cuerpos son con frecuencia tratados como objetos de explotación sexual.

¿Las mujeres deberían recibir mayoritariamente esta información? Pareciera que la mujer debe preocuparse en mayor medida de la situación, como si fuera un problema de esas mujeres o niñas jóvenes. El problema surge desde el patriarcado y la educación de los hombres en gran medida, como se mencionó en párrafos anteriores, los hombres deben tener cuidado hasta de su “especie”; pues el tema de la violación de derechos sexuales, no es algo exclusivo hacia mujeres, aunque estén en mayor grado de vulnerabilidad.

Para seguir con estas ideas:

Demos gracias a Dios por haber creado a la mujer»; «La Naturaleza es buena pues dio a los hombres la mujer». En estas frases y en otras similares, el hombre afirma una vez más con una ingenuidad arrogante que su presencia en este mundo es un hecho ineluctable y un derecho; la de la mujer es un simple accidente, aunque un accidente afortunado. (de Beauvoir, S. 1949, p.167)

De Beauvoir, tiene clara estas relaciones de poder que sientan su base desde una “naturaleza” biológica. Los hombres limitan a las mujeres a objetos a merced de las necesidades del macho (cualquiera que sea), esto intenta justificar la ventaja que tiene el hombre hacia el cumplimiento y capricho de sus deseos sexuales, ideas impensables en la mente de las mujeres; pues es llevar la contraria a muchos principios morales impuestos por las instituciones hegemónicas (religión, política, patriarcado, entre otras entidades).

Asimismo, en el segundo gráfico se aprecia el número de parejas sexuales que las mujeres y hombres jóvenes han experimentado. Desde allí se pueden desprender dos puntos clave: el

primero, el hecho de que las mujeres en porcentaje tienden a tener solamente una pareja sexual por encima hasta de un 13 % en comparación con los hombres. Estos últimos, tiene mayor porcentaje en el caso de dos parejas sexuales, tres, cuatro o más. Estos números son mayoritarios en hombres debido a que la mujer, tal y como señala Simone “fue dada a los hombres”; es decir, la exploración sexual y libertad de experimentar es un privilegio del cual carecen las mujeres.

Las instituciones patriarcales y los códigos morales son represores de la vivencia sexual de las mujeres, como señala Millet (1970) que uno de los grandes objetivos de la revolución sexual de las mujeres es establecer un código moral universal hacia la libertad sexual y no que se establezca desde la corrupción, las tradiciones y los valores de instituciones tan determinantes como las políticas o religiosas.

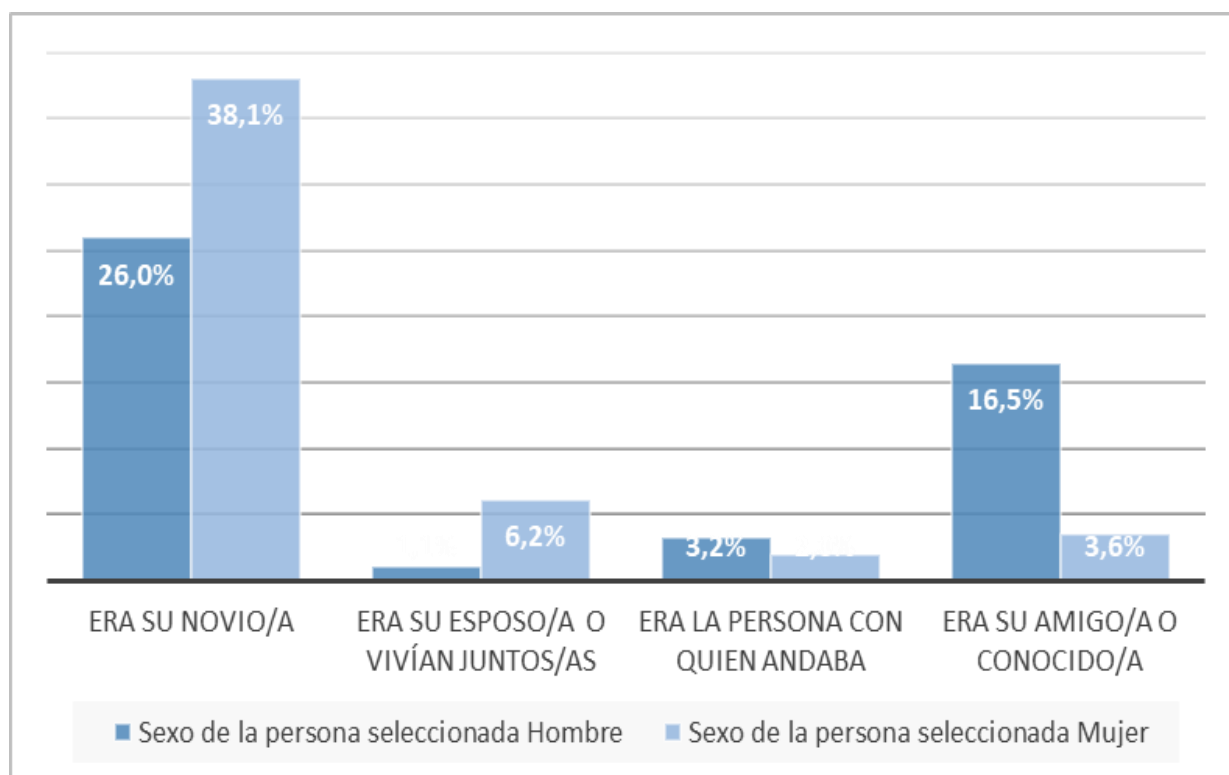
“Entre la pureza y la pasión”: explorando la primera experiencia sexual en jóvenes con convicciones religiosas

La primera experiencia sexual de los jóvenes en Costa Rica es un momento significativo que se ve influenciado por diversos factores, entre ellos, las creencias y los valores religiosos. En una sociedad en la cual la religión tiene un papel importante, las enseñanzas y expectativas de las diferentes denominaciones religiosas pueden moldear profundamente las actitudes y los comportamientos de los jóvenes hacia la sexualidad. Estas influencias pueden generar un espectro de experiencias, desde aquellas marcadas por la culpa y la vergüenza, hasta aquellas vividas con una sensación de respeto y responsabilidad, siempre enmarcadas en el contexto de la fe y los principios morales que se les inculcan desde temprana edad.

Asimismo, existe todo un entramado de control social gestionado desde el patriarcado, el cual históricamente, ha restringido y moldeado gran parte de esas experiencias a interés de un sistema político que con frecuencia es represivo, sobre todo con las mujeres y su libertad sexual. Se analizará en este apartado con estas palabras de Beauvoir:

No es raro que la primera experiencia de la joven sea una verdadera violación y que el hombre se muestre odiosamente brutal; en el campo, por ejemplo, donde las costumbres son rudas, es corriente que la joven campesina, consiente y rebelde a un tiempo, pierda su virginidad en una cuneta entre la vergüenza y el horror. Lo que sí es frecuente en todos los medios, en todas las clases, es que la virgen sea violentada por un amante egoísta que busca su placer por el camino más rápido, o por un marido seguro de sus derechos conyugales a quien la resistencia de su esposa hiere como un insulto, que llega a ponerse furioso si la desfloración es difícil. (de Beauvoir, S. 1949, p.361)

Figura 13. Persona con la que tuvo primera relación sexual por sexo, año 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

Definitivamente, la experiencia de la primera experiencia sexual puede marcar un antes y un después en la vida de una persona joven. Es interesante si se atiende al gráfico; pues la “primera vez” surge de motivaciones y preferencias distintas entre ambos sexos.

Se muestra como en el caso de la mujer, el 38 % pertenece a la variable de su novio; mientras que el hombre en este aspecto alcanza un 26 %. En ese sentido, el hombre tiene un porcentaje que resalta, en el caso de su primera pareja sexual fuera amiga o conocida y ocupa un 16,5 %, una cifra muy diferente a la mujer que tiene 3,6 %.

Al analizar esta información, se constata que el hombre tiene la posibilidad de carecer de compromiso al iniciar su vida sexual, en cambio las mujeres —en gran medida— están sujetas a “algo” que en este caso puede verse como un noviazgo o persona con la que vive o esposo.

El hombre puede experimentar sin temores con personas con las que no tiene un vínculo formal de manera directa; pues el patriarcado legitima esta acción. En las mujeres, sin embargo, esas situaciones son moralmente castigadas.

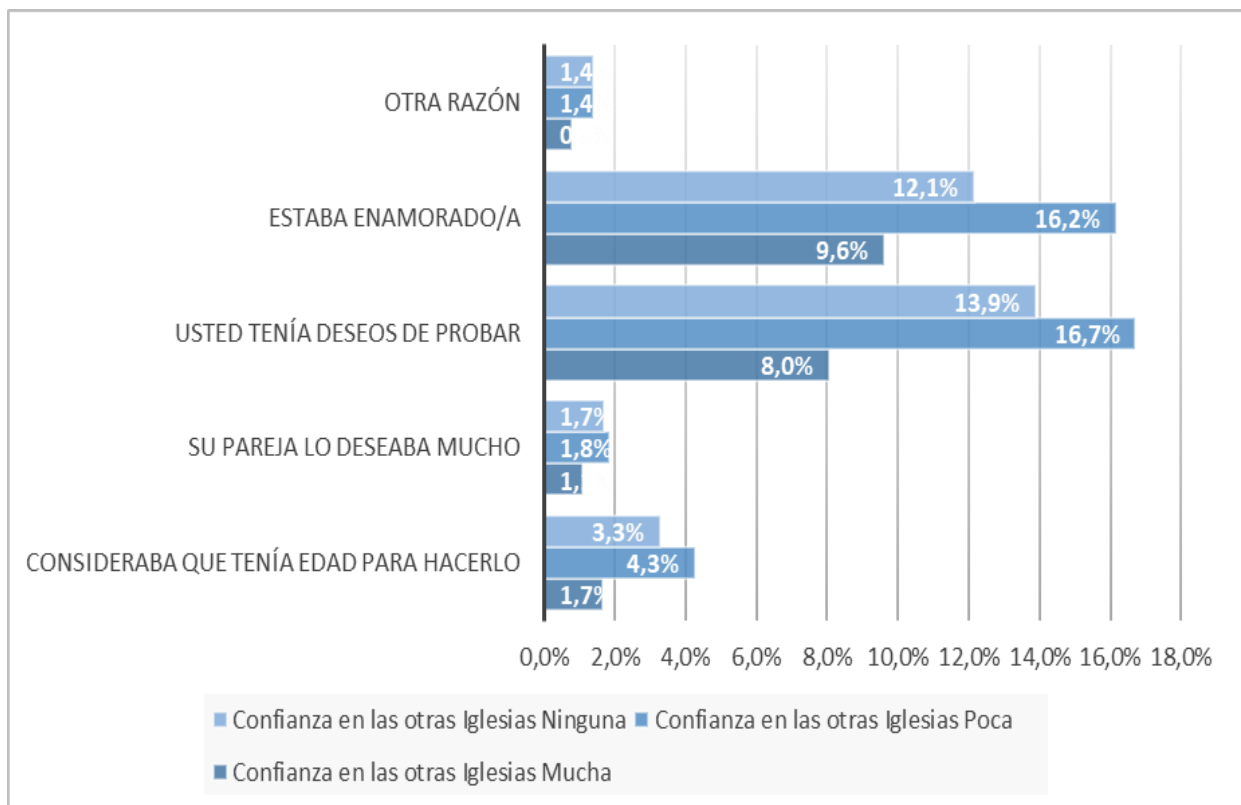
Esto se entiende cuando:

A las niñas se las educa de manera diferente que a los niños: se les colma de caricias y de arrumacos, se les fomenta la sensibilidad. Mientras que a los niños se les inculca la

duresa: los niños no lloran, un niño no pide que le besen, los niños no se miran a los espejos, se les dice. Y, al mismo tiempo, se les transmite que son educados así por ser superiores. (de Beauvoir, S. 1949, p.20).

El hombre se acostumbra a tener un proceso de socialización que incentiva a la fortaleza y con ímpetus de superioridad. Romantizar el trato que tienen que mostrar las mujeres y la forma en que se deben comportar para el hombre limita de gran manera su capacidad de explorar deseos propios. En los hombres se premia la libertad excesiva, en cambio las mujeres deben estar bajo parámetros de comportamientos estrictos, una mujer sensible y dócil parece ideal para el patriarcado. Es una lucha histórica por la igualdad que la mujer todavía vive en la actualidad.

Figura 14. Motivo de la primera relación sexual según confianza en otras iglesias, 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

En el gráfico anterior, se observa cómo la confianza en otras iglesias puede influir en la variable del motivo de la primera relación sexual, como muestra evidente se muestra que cuando la confianza es poca o ninguna, hay una predisposición a querer experimentar con mayor libertad.

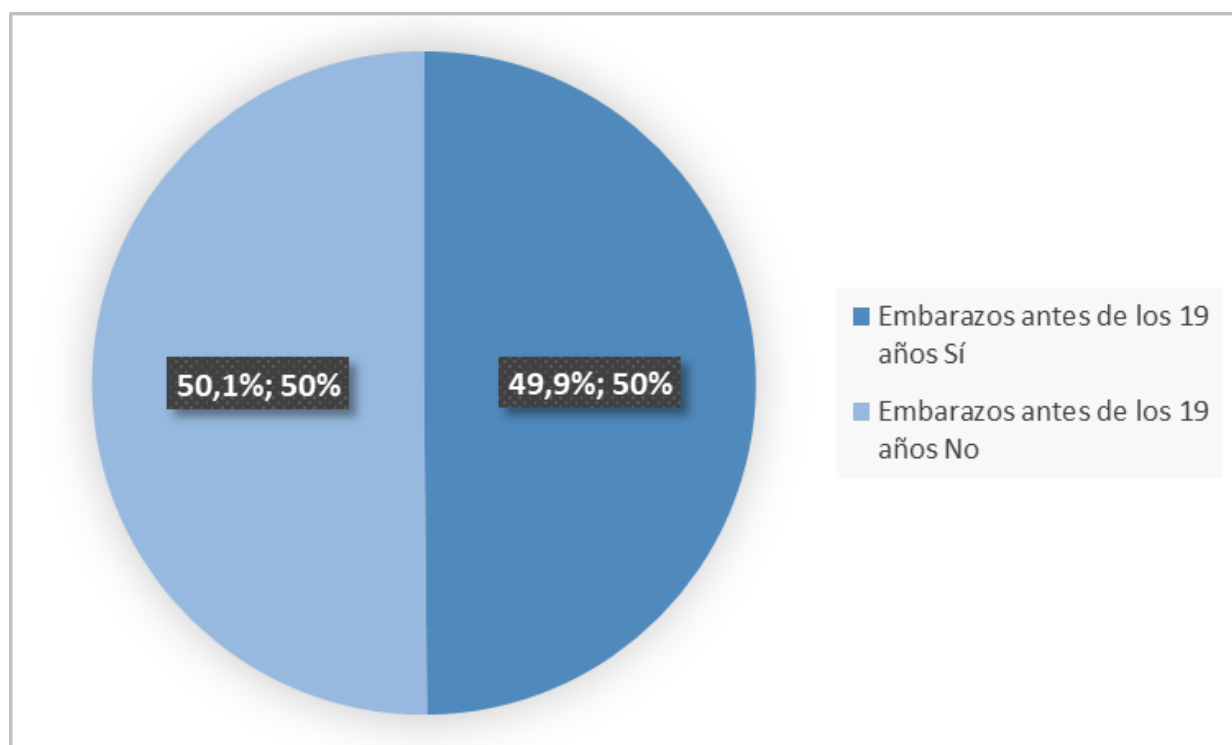
Se nota que cuando la confianza es poca, por ejemplo, en el caso de si está enamorado(a) es de un 16,2 %, también en el caso del “deseo de probar” en un 16,7 % y cuando la confianza es ninguna un 13,9 %. Son los valores de porcentajes más altos, en el caso de cuando hay mucha

confianza los valores bajan considerablemente.

La influencia de la religión es un claro determinante, puesto que la ideología, las tradiciones y las normas restringen en especial manera la experiencia sexual, como bien se observó supra las mujeres son las que padecen en mayor medida, no solo las restricciones del patriarcado, sino también religiosas.

Un tema, que es importante señalar en el apartado está relacionado al embarazo.

Figura 15. *Embarazo de la mujer joven antes de los 19 años.*



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes (2018).

El tema del embarazo, la maternidad, y el aborto, sin lugar a duda, siempre son temas de mucha controversia, pareciera que los derechos sexuales y reproductivos tienen jerarquías para las mujeres y estos ocupan un lugar en el olvido, debido a la violencia de la autonomía del cuerpo de la mujer, pues “la mujer tiene miedo de la desfloración, de la penetración, del embarazo, del dolor, y este miedo frena su deseo; esta explicación es demasiado racional”. (de Beauvoir, S. 1949, p.20).

Del total de mujeres para el 2018 en la Tercera Encuesta Nacional de Juventudes se observa que el 49,8 % de las mujeres encuestadas (entre 15 y 35 años) reportó haber tenido al menos un embarazo antes de cumplir los 19 años, es interesante cómo a tan temprana edad se da esta cifra. Con este tipo de datos, es cuando pueden surgir muchas dudas: ¿esos embarazos fueron

planificados?, ¿la mujer en algún momento pensó en el aborto como una opción?, ¿el cónyuge estuvo en el proceso?, ¿hubo algún hecho de aborto clandestino? Muchas preguntas que definitivamente son una forma de problematizar un dato que, a simple vista, podría parecer un dato aleatorio de una encuesta, pero engloba una cantidad de aristas que durante este documento se han problematizado.

En “Política sexual”, Millett (1970) plantea que las relaciones sexuales y reproductivas están profundamente atravesadas por estructuras de poder. El embarazo adolescente no puede entenderse como una decisión estrictamente individual, sino como una consecuencia de la desigual distribución del poder en una sociedad patriarcal y estructuralmente violenta hacia la sexualidad de las mujeres.

Asimismo, estas condiciones pueden agudizar la pobreza que limita el acceso a educación sexual integral, métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva, lo cual genera una vulnerabilidad estructural en la que las jóvenes no pueden ejercer plenamente su derecho a decidir. En esta lógica, si las mujeres son pobres pueden ser reguladas y controladas por el sistema patriarcal, el cual las empuja a asumir roles de maternidad tempranos, sin ofrecerles herramientas para cuestionarlos o resistirlos. Esto contribuye a un ciclo de reproducción de la pobreza; pues la maternidad adolescente suele implicar abandono escolar, dependencia económica y exclusión laboral.

De igual manera, De Beauvoir (1949), desarrolla la idea de que la mujer es construida socialmente como el “otro”; es decir, como un sujeto subordinado dentro de una cultura dominada por lo masculino. En contextos de pobreza, esta subordinación se acentúa pues señala que, la maternidad impuesta o asumida sin libertad ni proyecto personal, es una forma de opresión, en especial cuando la mujer no ha tenido oportunidad de acceder a una educación que le permita soñar, planear y construir un futuro diferente.

En ese sentido, el embarazo adolescente se convierte en una interrupción estructural de la posibilidad de superación y dignidad: una joven que queda embarazada a los 16 años en condiciones de pobreza difícilmente podrá retomar sus estudios, insertarse en el ámbito laboral en buenas condiciones o romper con el círculo de exclusión.

La combinación de género y clase social opera como una doble opresión: las mujeres pobres quedan atrapadas entre la subordinación patriarcal y la exclusión económica. Sin educación, sin redes de apoyo, sin políticas públicas efectivas, el embarazo adolescente se convierte en un destino, no en una elección, lo cual alerta a un llamado urgente y repensar las condiciones materiales que impiden a las mujeres jóvenes vivir con dignidad, autonomía y libertad.

Conclusiones

Al final de este análisis descriptivo de la información se deben mencionar algunas ideas inquietantes y resultados del ejercicio reflexivo. Lo primero a mencionar es que —entre los derechos sexuales y reproductivos— existe una suerte de jerarquía, esto significa que las ideas morales de posiciones políticas, religiosas o personales definitivamente son influyentes en esta aprobación o negación de derechos.

En el ámbito religioso, como se observó en algunos casos específicos, por ejemplo en relación con el aborto, suele presentarse una aceptación de ciertas situaciones frente a otras, lo que podría resumirse en la idea de que “depende de su gravedad”. Al final, la opinión sobre el tema parece estar configurada por múltiples actores y, en menor medida por la propia mujer involucrada.

También en Costa Rica, es una realidad que los derechos sexuales y reproductivos y, específicamente, los métodos anticonceptivos tienen uno de los mejores índices en toda Latinoamérica; sin embargo, en personas jóvenes se muestra todavía puntos de mejora en cuanto a su uso y decisión de utilizarlos. Los métodos anticonceptivos no solo son una barrera para prevenir embarazos no deseados, sino también una herramienta de prevención de enfermedades de transmisión sexual, tema que según se mostró en el análisis, parece restar importancia para las personas jóvenes; pues, aunque debería ser una función principal del uso, parece no tener relevancia.

Un hallazgo a tener en cuenta, es la alta cifra de mujeres que tienen un embarazo a temprana edad, antes de los 19 años (donde la mujer está saliendo de la adolescencia). Aquí influyen factores sociales diversos, pero definitivamente muestra que la anticoncepción no está dando los resultados esperados. El uso de métodos anticonceptivos, entre otros aspectos, colabora en una planificación del deseo de la maternidad; sin embargo, en edades tempranas puede tener problemas de salud y desarrollo personal de las mujeres, quienes cargan con el peso y la responsabilidad del niño o niña.

Asimismo, existe también un problema de estructura en algunos ejes temáticos de las encuestas, como el de los derechos sexuales y reproductivos. Hay preguntas que en la primera edición se planearon y eran muy importantes, pero que en las posteriores ediciones se omitieron. Además, hay algunas preguntas que podrían estar abiertas para conocer un poco más sobre algunas perspectivas de las personas jóvenes sobre temas trascendentales.

Finalmente, el Estado tiene una deuda debido a que las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva y las Encuestas Nacionales de Juventudes están fuera de la agenda de gobierno

actual; pues las emisiones se debían trabajar cada cinco años. Esta información tiene mucha importancia y utilidad en materia de política pública. Por lo tanto, resulta indispensable que se le pueda dar seguimiento y tener información actualizada.

Referencias Bibliográficas

- Consejo de la Persona Joven. (2008). *Primera Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica*. [Primera Encuesta Nacional de Juventudes 2007 - CPJ](#)
- Consejo de la Persona Joven. (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica*. [Segunda Encuesta Nacional de Juventudes 2013 - CPJ](#)
- Consejo de la Persona Joven. (2018). *Segunda Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica*. [Tercera Encuesta Nacional de Juventudes 2018 - CPJ](#)
- Díaz González, J. A., Mora Solano, S., Fajardo Andrade, J. M., Rojas Rojas, A., Pineda Sancho, A., y Amando Robles, J. (2019). *Percepción de la población costarricense sobre valores y prácticas religiosas*.
- Escuela Ecuménica de Ciencias de la Religión e Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). (2024). *Percepción de la población costarricense sobre valores y prácticas religiosas*. Universidad Nacional.
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo* (1949). Buenos Aires: Siglo XX.
- Firestone, S. (1973). *La dialéctica del sexo*. Editorial Kairós. <https://patagonialibertaria.files.wordpress.com/2014/11/163005241-shulamith-firestone-la-dialectica-del-sexo-pdf.pdf>
- Mesa, S. (2012). *(Re)pensar el aborto: Hablan las mujeres*. Universidad de Costa Rica, San José
- Ley General de la Persona Joven, N° 8261, art. 1 (2002). *Diario Oficial La Gaceta*.
- Millett, K. (1970). *Política sexual*. Ediciones Cátedra.
- Organización Panamericana de la Salud. (25 enero, 2019). La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe. *Organización Mundial de la Salud*. [La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

Capítulo VI. Conclusiones

5.1 Conclusiones generales

Con base en los análisis realizados, se concluye que las Encuestas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva; y, por otro lado, las Encuestas de Juventudes, han permitido reconocer cómo las políticas públicas sobre la sexualidad están influenciadas por estructuras estatales y sociales de género, las cuales afectan la autonomía de todas las personas; en especial hacia las mujeres, direccionando la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Las estructuras de género siguen trabajando como mecanismos de normalización, control y reguladores de la sexualidad en Costa Rica. Entre los capítulos abordados, resultó posible identificar que, aunque las mujeres accedan cada vez más a información sobre salud sexual y reproductiva, y muestran una participación destacada en el uso consciente de métodos, este avance no representa necesariamente una transformación radical en las relaciones de poder.

Por el contrario, los datos muestran que las mujeres siguen expuestas a responsabilidades de cuidado reproductivo, control de su cuerpo y reproducción de roles asignados; imponiéndoseles una autoridad para decidir qué hacer o no con sus aspiraciones maternas, escogencia y preferencia de métodos anticonceptivos o sus aspiraciones familiares o sociales.

Estas estructuras de género, arraigadas en normas socioculturales y roles de género tradicionales, impactan la toma de decisiones sobre su salud sexual, además, limitan el acceso equitativo a la información, al uso de métodos anticonceptivos y la autodeterminación sobre sus propios cuerpos, confinando a la mujer a no concebir deseos, necesidades y aspiraciones. Además, se refleja la persistencia de desigualdades en la distribución de responsabilidades en el uso y acceso a la planificación familiar, se evidencia también mayor carga hacia las mujeres en la gestión del uso de métodos anticonceptivos en comparación a los hombres.

De acuerdo con lo anterior expuesto y los datos de estas encuestas, se logra visualizar las barreras estructurales, sociales y culturales que siguen condicionando la libertad de decisión y actuar respecto a la sexualidad y la reproducción de la sociedad costarricense, la cual conduce a las mujeres a meramente a desarrollar sus funciones reproductivas y apoyar sus aspiraciones, deseos y necesidades socio sexuales. Como ejemplo ante esta aseveración, el deseo de tener hijos sigue siendo una dimensión atravesada por controles tradicionales, que aparenta ser una decisión individual, pero en realidad responde a una socialización guiada por modelos patriarcales.

También, el análisis de las fuentes de información revela una contradicción fundamental a partir de estructuras de género, en las cuales los espacios de información deben garantizar una formación sexual integral, pero las escuelas y familias como fuentes de información directa

cargan con niveles altos de insatisfacción por transmitir discursos moralistas, fragmentados y desprovistos de enfoques de derechos.

Asimismo, se destacó como la moral religiosa, lejos de ser influencia neutral, trabaja como un dispositivo ideológico de vigilancia y subordinación, el cual define lo correcto y aceptable dentro de la sexualidad. Esto se traduce en una jerarquización de derechos, donde el acceso a métodos anticonceptivos se regula por medio —no sólo por políticas públicas—, sino también por valores morales que colocan, especialmente a las mujeres, en posiciones de culpa y vigilancia constante.

Como se aprecia, la aparente libertad para tomar decisiones reproductivas es, en muchos casos, una libertad condicionada por el peso simbólico y normativo de la familia, instituciones educativas y la religión.

Estas estructuras de género analizadas desde las perspectivas de las autoras Firestone y Millet mayoritariamente, permitieron reconocer cómo las instituciones sociales costarricenses son elementos centrales para perpetuar el control sobre los cuerpos de ambos sexos. Así, entonces, se identificó cómo las políticas actuales vigentes son elementos centrales normativos y limitantes para regular la sexualidad y condicionar autonomías. También se reconoce las estructuras familiares tradicionales y la educación en las escuelas y colegios del país como instituciones propagadoras de las desigualdades e imposición de roles dentro de la sociedad costarricense; donde las autoras antes mencionadas abogan por la necesidad de una revolución sexual libre y con la seguridad de una mayor autonomía hacia el control de los cuerpos.

Estas conclusiones buscan enfatizar en el control del Estado sobre las necesidades sexuales y las aspiraciones de la población, cuando se interviene de forma directa sobre las condiciones materiales que forman la salud sexual y reproductiva. Además, la educación y las campañas sexuales se redirigen al valle central y en los pueblos rurales se limita esta educación, donde la cantidad de nacimientos es mayor.

La familia que se considera tradicional y el Estado son elementos coercitivos que imponen roles de género tradicionales sobre la población, así se le condiciona a las mujeres para que sean las principales responsables de la salud sexual y, más bien, los hombres tengan un rol secundario en este ámbito.

Por ende, resulta fundamental que los núcleos familiares, así como el sistema educativo, realicen un papel activo en la ruptura de patrones tradicionales que perpetúan las desigualdades de género en la salud sexual y reproductiva y ponen en peligro la autonomía de las mujeres.

Por otra parte, a partir de lo expuesto en el primer capítulo, la creciente tendencia hacia la maternidad tardía evidencia que las aspiraciones de independencia económica se convierten en

una prioridad antes de asumir y desear la maternidad. Este cambio da paso a un mercado en expansión en torno a la fertilidad y la reproducción asistida, mercantilizando las necesidades y deseo de las mujeres; convirtiendo la maternidad en un servicio al que solo algunas pueden acceder.

Además, se reconoce que la construcción de una sociedad más equitativa requiere que mujeres y hombres reciban educación sexual crítica desde edades tempranas, para así formar criterios informados y en la búsqueda de toma de decisiones sobre sexualidad que no recaigan en un solo género. Esto necesita que se promuevan espacios de diálogo y libres de prejuicios, dentro de círculos familiares que enfrenten las estructuras patriarcales que históricamente han limitado la autonomía de las personas, en especial hacia las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Los datos analizados evidencian la urgencia de fortalecer las políticas públicas que respalden programas de educación sexual integral, basada en principios de inclusión y que garanticen el acceso a información clara, libre de estereotipos y de carácter científico. Estas propuestas de programas requieren adoptar un enfoque de género que asegure el cuestionamiento y proyecte la transformación de las estructuras patriarcales, así como ampliarse a otras poblaciones adultas. Estas investigaciones demostraron la importancia de seguir desarrollando estudios sobre salud sexual, y, aunque los datos correspondan a encuestas de años pasados, siguen siendo importantes para comprender la realidad actual y la toma de decisiones informadas, para la formulación de políticas públicas que promueven la equidad en la salud sexual y reproductiva.

5.2 Recomendaciones generales

Según lo abordado en los capítulos de este trabajo, la primera recomendación recae sobre la importancia de una educación sexual integral, con enfoque feminista y de derechos humanos. Esto implica que se puedan reformular programas de educación sexual desde un enfoque crítico, el cual incluya no solo las bases de conocimiento biológico, sino también que abarque temas como la autonomía corporal, consentimientos, diversidades sexuales, y, con especial importancia, hacia los derechos sexuales y reproductivos.

Este cambio en el paradigma de la educación implica capacitar docentes y personal educativo para garantizar que la información brindada no cargue con juicios morales o religiosos, sino que se oriente hacia el empoderamiento de personas jóvenes sobre su capacidad de decisión y autonomía.

Es importante retomar que las políticas públicas requieren estar libres de moral religiosa; por lo tanto, dentro de este documento se aprovecha el espacio para reafirmar la idea de separar la influencia de las instituciones religiosas en la formulación y ejecución de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, con el fin de que se garantice el acceso y la información sobre métodos, no por medio de juicios morales, sino que se encuentre respaldada por criterios científicos y bajo el principio de equidad de género.

El Estado debe ser el principal responsable en garantizar los derechos de salud sexual, debe asumir un rol activo en la promoción de la libertad sexual segura, para eliminar prácticas institucionales que refuerzan estereotipos y roles tradicionales. Esto puede lograrse a partir de la promoción de campañas nacionales sobre el derecho a decidir y así contradecir las bases tradicionales sobre la maternidad y la feminidad.

Otra recomendación recae sobre el papel de la familia y los centros educativos como agentes esenciales para generar espacios libres de represión, en los cuales se formulen estrategias que eviten sesgos de género o prácticas de control y lleguen a ser espacios abiertos y seguros respecto al uso de métodos anticonceptivos.

Cabe añadir la necesidad de generar un enfoque diferenciado y territorializado para el acceso a la salud sexual, donde se puedan diseñar estrategias diferenciadas según tipos de poblaciones, sean rurales, indígenas, migrantes, entre otras comunidades históricamente excluidas, con el fin de que puedan considerarse sus contextos socioculturales específicos al tipo de información que requieren. Con esto se pretende un acercamiento hacia un acceso gratuito, seguro y universal de métodos anticonceptivos.

Por último, este escrito aboga por mantener una investigación continua sobre la sexualidad a partir de una perspectiva crítica, propiciar espacios para la investigación social que problematice

las estructuras de género y las desigualdades sexuales, aportando evidencia para diseñar políticas públicas. Así también integrar a estos diseños, organizaciones feministas y de derechos humanos para generar programas de mayor criticidad desde un abordaje científico.

Referencias Bibliográficas

- Alvarado, M. (2016). *II Encuesta nacional de salud sexual y salud reproductiva: Costa Rica 2015*. [Informe-2daEncuesta-2015.pdf \(ucr.ac.cr\)](#)
- Araya, J. (2016). Población adolescente tiene pésima información sobre sexualidad. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/poblacion-adolescente-pesima-informacion-sexualidad/>
- Atuesta, B., Mancero, X., y Tromben, V. (2018). *Herramientas para el análisis de las desigualdades y del efecto redistributivo de las políticas públicas*. Repositorio CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7bf5e48e-5f0e-4116-90ca-a591a48c00fd/content>
- Ávila, Y. (2005). Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres. *Desacatos*, (17).. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2005000100007
- Barrantes, et al. (2012). *Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José*. <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-aceptabilidad-condon-femenino-migrantes.pdf>
- Bencomo, O. (2018). *Diversas concepciones de la maternidad: el deseo de ser o no ser madre*. [Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación. Universidad de La Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/12230/Diversas+concepciones+de+la+maternidad+El+deseo+de+ser+o+no+ser+madre.pdf;jsessionid=4170A343B231C43A51FEFB043E1F817F?sequence=1>
- Blanco, P. (2019). *El vallecentrismo crea desigualdad en las regiones del país*. Universidad de Costa Rica. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/10/03/el-vallecentrismo-crea-desigualdad-en-las-regiones-del-pais.html>
- Brenes, M., Rojas, M. (2013). Métodos anticonceptivos en el Siglo XX: mujeres que se opusieron a maridos, familia y credo religioso. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22(2):169-178. [art13v22n2.pdf \(scielo.sa.cr\)](art13v22n2.pdf)
- Caja Costarricense de Seguro Social. (1994). *Fecundidad y Formación de la Familia*. San José,

- Costa Rica: CCSS, Programa Salud Reproductiva.
<https://ccp.ucr.ac.cr/sites/default/files/2023-05/ensrfff1993.pdf>
- Cardona, D. (2014) *Mujeres y anticonceptivos, ¿liberación femenina?* Persona y Bioética..
<http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n1/v18n1a02.pdf>
- Central America Data. (2015). *Costa Rica: Estado de la Nación 2015*.
https://centralamericadata.com/es/article/home/Costa_Rica_Estado_de_la_Nacin_2015
- Chaves, T. y Pérez, M. (2020). *Factores que inciden en la aplicación de la anticoncepción de emergencia para el mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres*. América Latina. 2007-2018. Universidad de Costa Rica
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81650/TFG%20TANIA%20CHAVES%20Y%20MARCO%20PEREZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Chen, M.et al. (2001). *Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica, 1999-2000*. Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.<https://ccp.ucr.ac.cr/sites/default/files/2023-05/final.pdf>
- Clavero, J. (2018). Historia evolutiva de la anticoncepción. *Real Academia Nacional de Medicina de España*; 135(01):56–59. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>
- Consejo de la Persona Joven. (2008). *Primera Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica*.
[Primera Encuesta Nacional de Juventudes 2007 - CPJ](#)
- Consejo de la Persona Joven. (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica*.
[Segunda Encuesta Nacional de Juventudes 2013 - CPJ](#)
- Consejo de la Persona Joven. (2018). *Segunda Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica*.
[Tercera Encuesta Nacional de Juventudes 2018 - CPJ](#)
- Cuevas, T. (2014). Contracepción y feminidades: un análisis de la resistencia a la pastilla. *Revista de Ciencias Sociales*
<https://www.redalyc.org/pdf/153/15333871011.pdf>
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo* (1949). Buenos Aires: Siglo XX.

- De Miguel, A. (2015). *La revolución sexual de los sesenta: una reflexión crítica de su deriva patriarcal*. Universidad Rey Juan Carlos.
<https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/51377/47657>
- Díaz González, J. A., Mora Solano, S., Fajardo Andrade, J. M., Rojas Rojas, A., Pineda Sancho, A., y Amando Robles, J. (2019). *Percepción de la población costarricense sobre valores y prácticas religiosas*.
- Dirección General de Estadística y Censos (1978) *Encuesta Nacional de Fecundidad en la República de Costa Rica 1976*. San José, Costa Rica: DGEC.
<https://censos.ccp.ucr.ac.cr/documentos/cr/enfscr1976.pdf>
- Evaluación de programas de RRHH en Salud. (2013). *Evaluación de programas de recursos humanos en salud en Costa Rica Informe de país*. Evaluación de Programas de RRHH En Salud, Observatoriorh.
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/evalprogra_instrum4_cor.pdf
- Firestone, S. (1973). *La dialéctica del sexo*. Editorial Kairós.
<https://patagonialibertaria.files.wordpress.com/2014/11/163005241-shulamith-firestone-la-dialectica-del-sexo-pdf.pdf>
- Fuentes, E. (2009). *Representaciones sociales que orientan la fecundidad de mujeres de 20 a 29 años en tres contextos socioeconómicos*. Centro Centroamericano de Población.
<http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/1365/Representaciones%20sociales%20que%20orientan%20la%20fecundidad%20de%20mujeres>
- Fuentes, L. (2014). *Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua*. [Las apuestas del poder sobre el cuerpo de las mujeres. Las relaciones entre el Estado, la jerarquía eclesiástica y el movimiento feminista alrededor del aborto en Costa Rica y Nicaragua \(redalyc.org\)](http://redalyc.org)
- Galán, G. (2010). 50 años de la píldora anticonceptiva. *Revista Chilena Obstétrica Ginecológica*. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n4/art01.pdf>
- García, M. (2012). Capítulo 3. *Los métodos de investigación*.
<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-135806/12%20metodologe3ada-1-garcia-y-martinez.pdf>

- Gómez, R. (1980). *Determinante de la fecundidad en Costa Rica*. Obtenido de Biblioteca ccp de la Universidad de Costa Rica: <http://www.biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/847/Determinantes%20de%20la%20fecundidad%20en%20Costa%20Rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, V. (1994). *Actualidad Demográfica de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica. <https://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81058/Conocimiento%20y%20pr%C3%A1ctica%20anticonceptiva%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Govern de Les Illes Balears. (s. f.). *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Govern de Les Illes Balears. https://www.caib.es/sites/salutsexual/es/atica_en_las_relaciones_sexuales/#:~:text=En%20nuestra%20sociedad%2C%20la%20vivencia,la%20persona%20que%20los%20transgrede.
- Interacemic. (s.a). Catarina. (s.f.). *Metodologías de la Investigación*. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/calva_p_db/capitulo3.pdf
- Jiménez, J. (diciembre de 2021). La construcción de la normalidad sexual en Costa Rica entre 1930-1950. Scielo. *Diálogos Revista Electrónica de Historia* : https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-469X2021000200029&script=sci_arttext&tlng=es
- Jiménez, M., Aliaga, L., y Rodríguez, J. (2011). Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva. *Población y desarrollo*, (97). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7132/S1001054_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/259>
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. <https://www.museodelasmujeres.co.cr/biblioteca>
- Lagarde, M. (2023). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. <https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/Marcela%20Lagarde%20-%20Claves%20feministas%20para%20el%20poderio%20y%20la%20autono>

[mia%20de%20las%20mujeres.pdf](#)

Ley General de la Persona Joven, N° 8261, art. 1 (2002). *Diario Oficial La Gaceta*.

López, M. (s.f.). *El segundo sexo en el tiempo*.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/47187/El%20segundo%20sexo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Madero, A. (2021). *La reconceptualización de lo político en el feminismo radical de Kate Millett y Shulamith Firestone (1967-1970)*. Universidad Autónoma de México.

<http://132.248.9.195/ptd2021/enero/0806619/Index.html>

Mena, H. (1767). *Planificación familiar en áreas rurales*.

<https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/acta/v10n3/art8.pdf>

Mesa, S. (2012). *(Re)pensar el aborto: Hablan las mujeres*. Universidad de Costa Rica, San José

Millett, K. (1970). *Política sexual*. Ediciones Cátedra. [Kate-Millett-Politica-sexual.pdf \(revistaemancipa.org\)](#)

Ministerio de Salud. (2011). *Política Nacional de Sexualidad 2010-2021*. Ministerio de Salud:

<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 (2011). Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. *Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud*. [0a \(prt\) \(unfpa.org\)](#)

Ministerio de Salud. (2011). *Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010*. <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fasciculo-enssr2010.pdf>

Ministerio de Salud. (2010). *Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta de salud sexual y reproductiva*. Costa Rica. https://censos.ccp.ucr.ac.cr/documentos/cr/VSRSP-AENSSSR_CR10.pdf

- Morant, I. (2018). *Lecturas de El segundo sexo de Simone de Beauvoir*. Universidad Nacional de la Plata, <https://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe053/9787>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Mecanismos de acción y eficacia de los métodos anticonceptivos*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf>
- Ossó, B., & Ossó, B. (2014). *Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las ciencias de la salud: aportaciones de la investigación cualitativa*. https://congreso enfermeria.com/2016/sites/default/files/styles/escucharobservarcomprender2parte_1424533180194.pdf
- Parenthood, P. (2012). Historia de los métodos anticonceptivos. https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf
- Parra, M. (2022). Preocupan las posturas de nuevo presidente electo frente a derechos de mujeres y diversidad sexual. *Seminario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/preocupan-posturas-de-nuevo-presidente-electo-frente-a-derechos-de-mujeres-y-diversidad-sexual/>
- Paz-Gómez, L. (2010). Tamaño de familia deseado. Un análisis sobre los ideales de fecundidad en Colombia y México. *Scielo*, 16(65):2448-7147. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300004
- Preinfalk, M. L., y Sequeira, P. (2021). *La trayectoria histórica de la anticoncepción en Costa Rica. Del centralismo en el discurso de la sobrepoblación hasta su transformación en un derecho humano*. Repositorio UNA: <https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/20220/47169-Texto%20del%20art%03%adculo-184978-1-10-20210529.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramírez, M. (2015). Experiencias y narraciones en torno al uso de tecnologías anticonceptivas (1970-2010): una propuesta para su análisis y discusión. *Revista de Historia*. <https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/20963/MARCELA%20RAM%03%8dREZ%20HERN%03%81NDEZ%20Experiencias%20y%20narraciones%20en%20torno%20al%20uso%20de%20tecnolog%03%adas%20anticonceptivas%201970->

[2010%20%20Una%20propuesta%20para%20su%20an%c3%a1lisis%20y%20discusi%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Rodríguez, G. (2015). *Arranca II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2015*. UNFPA. <https://costarica.unfpa.org/es/noticias/arranca-ii-encuesta-nacional-de-salud-sexual-y-salud-reproductiva-2015#:~:text=Para%20esta%20segunda%20encuesta%20el,de%20Poblaci%C3%B3n%20de%20Naciones%20Unidas>

Rodríguez, G. (2017). *El Derecho a la Planificación Familiar*. UNFPA Costa Rica: <https://costarica.unfpa.org/es/news/el-derecho-la-planificaci%C3%B3n-familiar-0>

Rosero, L. (1981). *Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica 1981*. Resultados de la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/881/Fecundidad%20y%20anticoncepci%C3%B3n%20en%20Costa%20Rica%201981.%20Resultados%20de%20la%20segunda%20encuesta%20de%20prevalencia%20anticonceptiva.pdf?sequence=1>

Sánchez, C., y Leiva, R. (2016). Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 14(1):1-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44646470005>

Suárez, J. (2024). *¿Cuál es la mejor edad biológica para ser madre primeriza? ¿Por qué? Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/la-edad-para-ser-madre/#:~:text=Seg%C3%BAn%20las%20encuestas%20%20de,ser%20madre%20en%20poco%20tiempo>

Tapia, H; González, C; Nicolás, E. (2017). *Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas*. Enfermería Universitaria. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n4/2395-8421-eu-14-04-251.pdf>

UNESCO. (2023). *Educación integral en sexualidad*. HYPERLINK "<https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/costa-rica/~educacion-integral-en-sexualidad>"<https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/costa-rica/~educacion-integral-en-sexualidad>

Writtle, L.; Gómez, V.; Morris, L. (1992). *Comportamiento sexual de los Costarricenses Menores de 25 años: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes*. San José, C.R.: CCSS. Departamento de Medicina

Preventiva. <https://ccp.ucr.ac.cr/sites/default/files/2023-05/ensraj1991.pdf>

Sales, T. (207d. C.). *Repensando la interseccionalidad desde la teoría feminista*. AGORA: Papeles de Filosofía. <https://revistas.usc.gal/index.php/agora/article/view/3711>

Alfaro, R. (2010). Elecciones nacionales 2010 en Costa Rica: una mujer al mando sesenta años después. *Revista de Ciencias Sociales*, 2215-2601. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/4157>

Organización Panamericana de la Salud. (25 enero, 2019). La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe. *Organización Mundial de la Salud*. [La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

UNFPA (2021) *El impacto del COVID-19 en los logros alcanzados en anticoncepción y en la prevención y atención de la violencia basada en género en Costa Rica*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José, Costa Rica. https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/documento_impacto_covid_en_ssr_y_vbg_final.pdf